



Minutes des 3^e Rencontres Santé Société de la Fondation Roche

*«Longévité et qualité de vie,
toujours plus de vie, pour quelle vie ?»*

Avec le parrainage de l'Inserm

Maison des Arts et Métiers, mardi 19 octobre 2004



Avec le parrainage de l'Inserm

Sommaire

Introduction p4

Première partie – Approche biologique et médicale de la longévité

p 10

- Quels sont les facteurs déterminants de la longévité (génétiques, environnementaux et médicaux) ?
- Quelle sera la part apportée par la médecine dans l'amélioration de la longévité ?
- Quelle sera la part apportée par la médecine dans l'amélioration de la qualité de vie ?
- Jusqu'où peut-on, éthiquement, reporter l'échéance finale et dans quelles conditions de santé, de dignité, d'autonomie et d'acceptation sociale ?

Deuxième partie – Approche sociale de la longévité

p 25

- La qualité de vie de la personne vieillissante est-elle aujourd'hui prise en compte par la société ou faudra-t-il attendre la pression des seniors pour la faire progresser ? (dans 20 ans, les plus de 65 ans représenteront plus de 20% de la population)
- Comment évolue l'image de la personne vieillissante dans la société ? (vieillesse autonome et vieillesse invalidante : n'y a-t-il pas un risque de ségrégation des personnes âgées dépendantes)
- Allons-nous vers une nouvelle répartition entre la vie active et la vie de retraité en raison des gains de longévité ? Quel effet sur le dynamisme économique et social ? Quel sera le coût de la longévité en matière de soins et de retraite ?

Débat introduit par



Professeur Monique Capron
Présidente du Conseil d'Administration de l'Inserm

Monsieur Henry-Vincent Charbonné
*Président de Roche Pharma France
Et Président de la Fondation Roche*



Monsieur Philippe Douste-Blazy
Ministre de la Santé et de la Protection Sociale

Monsieur Pierre-Luc Séguillon
Journaliste



Henry-Vincent Charbonné

Monsieur le Ministre, Mesdames et Messieurs, merci d'être là ce soir et d'être aussi nombreux. En tant que président de Roche et de la Fondation Roche, j'ai le grand plaisir de vous accueillir pour les 3èmes Rencontres Santé Société, qui, comme vous le savez, sont consacrées cette année à « Longévité et qualité de vie, toujours plus de vie, pour quelle vie ? ».

Ces débats Santé Société ont toujours été organisés avec l'appui et le soutien de l'Inserm. J'ai donc le plaisir d'ouvrir ces Rencontres en duo avec Madame le Professeur Monique Capron présidente du Conseil d'Administration de l'Inserm. Tout d'abord, je voudrai remercier Monsieur Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, d'être là et d'avoir bien voulu faire l'allocution inaugurale de ces rencontres. Je voudrai aussi remercier Monsieur François d'Aubert, Ministre Délégué à la Recherche, qui a accepté de donner le haut patronage de son ministère à ces Rencontres.

Ces Rencontres ont pour objectif d'être un lieu de dialogues et d'échanges, entre personnes venant du monde de la santé, de la recherche et de la société civile. C'est donc un grand honneur que d'avoir la présence de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale et d'être placé sous le haut patronage du Ministre de la Recherche. Je voudrais remercier aussi, tous les orateurs qui ce soir animent notre débat : Madame et Messieurs les professeurs Armelle Debru, Philippe Amouyel, Jean-François Dartigues, Emmanuel Hirsch, Jean de Kervasdoué, Hervé Le Bras et François Piette.

Je vous souhaite une très bonne soirée et laisse à présent la parole à Madame le Professeur Monique Capron.

Monique Capron

Monsieur le Ministre, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, le contexte démographique se traduira à l'horizon 2050, par le fait que 40% de la population européenne aura plus de 60 ans. Je crois que chacun des orateurs ou des participants, ce soir présentera ces chiffres à sa manière.

La prise de conscience, hélas encore limitée, du vieillissement des populations, non seulement dans les pays industrialisés, mais aussi dans les pays en développement, pose des interrogations essentielles, à la fois au management social, mais également à l'approfondissement des connaissances sur les multiples conséquences du vieillissement, et leurs éventuelles préventions.

Il est important de rappeler à cet égard que l'Inserm a engagé depuis l'an 2000 la somme totale de 24 millions d'euros en faveur de ces recherches, soit 7.2% de ses moyens directs impliquant plus de 100 structures Inserm, qu'ils s'agissent d'unités Inserm, de centres d'investigations cliniques ou de structures partenariales avec les hôpitaux.

De manière remarquable avec 450 protocoles, il s'agit du domaine de recherche biomédicale dans lequel l'Inserm s'est le plus investi, domaine du vieillissement, pathologies associées au vieillissement et qualité de la vie de la personne âgée.

La diversité des problèmes à prendre en compte est considérable : les conséquences de l'érosion télomérique dues à l'affaiblissement progressif de la mémoire immunitaire, l'augmentation de la susceptibilité aux infections et la rupture de tolérance qui induit des pathologies auto-immunes. L'Inserm participe à toutes ces recherches. Il est évident que cette situation requiert un surcroît de mobilisation à la fois de la recherche publique et de la recherche industrielle. Il est important de le souligner aujourd'hui.

L'Inserm que je représente ici et son Directeur Général le Professeur Christian Bréchet, se félicitent bien évidemment de l'initiative prise par la Fondation Roche, et par ces quelques mots, j'ai voulu vous convaincre, Monsieur le Ministre, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs du rôle de l'Inserm, non seulement comme parrain de cette manifestation mais comme partenaire important dans cette quête de l'amélioration de la qualité de notre vie. Au nom de l'Inserm, je m'associe au mot de bienvenue du Président Charbonné et je souhaite que ces débats soient très fructueux. Merci beaucoup.

Philippe Douste-Blazy

Monsieur le Président, Messieurs les Présidents, Mesdames les Présidentes, Mesdames, Messieurs, bonsoir.

Le thème de votre débat « longévité et qualité de la vie : toujours plus de vie, pour quelle vie ? », traduit bien l'ampleur des questions qui nous sont posées par la révolution de la

longévité et par le vieillissement démographique dans notre pays. Récemment au conseil des ministres, le Président de la République disait : « c'est très bien qu'il y ait une augmentation de l'espérance de vie, il faudra peut-être rapidement regarder comment nous faisons une grande politique familiale de natalité. » Parce que si vous comparez aujourd'hui les pays du monde, les fameux « multi-pôles » et que vous regardez les âges, la vitalité démographique, on peut se poser des questions sur cette « vieille Europe ».

Certains spécialistes estiment qu'un enfant sur deux naissant aujourd'hui en France, vivra plus d'un siècle. Les centenaires au nombre de 6.000 aujourd'hui, pourraient atteindre 150.000 dans 40 ans. L'espérance de vie sans incapacité augmente encore plus rapidement. La question est : la longévité peut-elle continuer indéfiniment ? En un siècle, l'espérance de vie est passée de 45 à 79 ans. Rares étaient ceux qui atteignaient l'âge de 60 ans en 1900. Ils étaient alors considérés comme très âgés. Aujourd'hui, on est souvent en grande forme à cette âge et on a plus de 20 années de vie devant soi. On vit donc de mieux en mieux et de plus en plus vieux. Ceci étant, lorsqu'on regarde les facteurs de risque, on s'aperçoit que les femmes qui ont actuellement 50 ans, verront leur espérance de vie probablement baisser dans 20 ou 30 ans, en raison des facteurs de risque auxquels elles s'exposent aujourd'hui.

Mais il est légitime de s'interroger sur les facteurs expliquant cette augmentation de la longévité. Quelle est la part apportée par la médecine dans ce phénomène en termes de longévité et de qualité de vie ? Cette révolution de la longévité modifie la conception des temps de la vie. Nous vivons une génération de plus que nos parents. A 50 ans, on peut encore refaire sa vie, comme on dit aujourd'hui. C'est là, à mon avis, un bouleversement de civilisation. En outre, si les relations entre les générations sont dynamiques et harmonieuses dans notre pays, les mentalités n'ont pas entièrement pris la mesure de la coexistence croissante des âges successifs.

Autrefois, les générations se suivaient sans se croiser. Au début du XVIII^{ème} siècle, un enfant avait généralement perdu ses deux parents quand il atteignait l'âge de 30 ans. Aujourd'hui, il n'est plus rare de rencontrer dans une réunion familiale, les grands parents, les parents, les enfants, les petits-enfants, voire les arrières petits-enfants. Avoir 55 ans, ce n'est plus être au bout de la chaîne, mais être à une place intermédiaire cruciale entre deux générations. Je vois ce qui est arrivé dans ma famille ; il y a 10 jours, mon père 83 ans, syndrome de menace d'infarctus du myocarde, coronarographie : trois artères coronaires très sténosées. Il n'y a pas si longtemps, on aurait dit : « Pontage coronarien ? Il a 83 ans, c'est un risque majeur. » On a décidé de faire une angioplastie par stents et il va très bien. C'est cela le sujet. Jusqu'où, comment, quand ?

Il y a ici des personnes qui ont eu des responsabilités d'importantes ou qui en auront. Je pense au Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, Monsieur Parrot, Monsieur de Kervasdoué, qui est ici. Je vous voyais l'autre jour parler de votre livre, dans une émission de télévision. Vous l'avez fait avec courage. Vous avez été directeur des hôpitaux et vous vous posez aujourd'hui des questions sur le système. Je suis le premier à penser les mêmes choses que vous. Jusqu'où doit-on aller ? Comment peut-on faire ? Comment peut-on mieux organiser la santé des personnes âgées ?

En conséquence, ce que l'on appelle la retraite n'est plus vraiment une période de retrait et de repos, mais une période de grande activité. Les plus de 65 ans s'occupent aujourd'hui de leurs parents, de leurs petits-enfants et continuent bien souvent à s'investir activement dans la vie économique, sociale et même politique. Il y a quelque chose d'assez intéressant sur le rapport Camdessus qui est paru aujourd'hui concernant le problème de l'activité des personnes de plus de 60 ans. Notre pays est le pays européen où il y a le moins d'activité entre 55 et 65 ans. Aussi, il faudra commencer à y penser sur le plan économique. Pour la 1^{ère} fois dans l'histoire de l'humanité, quatre, voire cinq générations viennent ainsi de s'engager ensemble dans le nouveau millénaire. C'est une chance et un défi pour chacun d'entre-nous, comme pour la

société dans son ensemble. Mais cette chance n'a de sens que si les générations échangent, si chacune d'elles apportent aux autres ce qui fait sa force et retient des autres de quoi la faire avancer. L'épanouissement individuel, comme la cohésion sociale, repose sur la découverte et l'utilisation de la valeur de chacun des âges de la vie. Ce n'est pas encore complètement le cas dans notre société française, notamment dans le domaine de l'emploi.

Cette révolution de la longévité appelle des interrogations de fond. La 1^{ère} question que vous devez vous poser ce soir est : comment faire pour que chacun développe au maximum ses potentialités, et prenne les décisions qui joueront un rôle favorable dans l'évolution de son propre vieillissement ? La 2^{ème} question : comment prévenir les risques liés à l'âge, éviter l'isolement, surmonter au mieux les caps difficiles, sources de fragilisation tels que la retraite ou le départ des enfants ? La 3^{ème} question : enfin, comment faire évoluer le regard de la société, afin de remettre en cause certaines idées reçues et faire évoluer les comportements ?

C'est à toutes ces questions que chacun d'entre-nous doit s'efforcer de répondre pour que tous puissions aborder cette période de la vie dans les meilleures conditions. Il faut tout d'abord retarder les effets du vieillissement, en tout cas limiter les pratiques nuisibles à la santé.

Le gouvernement a conçu un programme de prévention et de promotion de la santé intitulé « bien vieillir », qui a été lancé par le Premier Ministre en mars 2003. Son premier volet est consacré à la promotion de la santé et du bien-être par l'alimentation et par l'activité physique et sportive. Il est coordonné par le PNNS, le Programme National Nutrition Santé. L'alimentation et les activités physiques jouent un rôle majeur dans la prévention de certaines maladies liées à l'âge. Le second volet concerne plus particulièrement l'amélioration de la qualité de vie à travers les activités sociales, culturelles et touristiques. Ces différentes activités sont un support privilégié d'intégration sociale et de solidarité entre les générations.

Et puis, il ne faut pas oublier que l'atteinte d'un âge avancé peut s'accompagner d'une dégradation de l'état de santé. Au fur et à mesure qu'on fait les angioplasties, des dialyses rénales, des greffes de foie, il y a de plus en plus de maladies d'Alzheimer. Nous avons aujourd'hui 800 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée en France. 165 000 de plus par an. Je vous pose une question : pensez-vous que l'on puisse payer en France 1000 euros par jour d'hôpital public pour toute personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Ce n'est pas possible. Le problème est de savoir comment inventer une société pour ces gens là, avec probablement des dizaines de milliers d'emplois à la clé, des emplois de service. J'y travaille actuellement, avec Jean-Louis Borloo, pour que des personnes plus jeunes, formées, aillent travailler à domicile pour s'occuper des personnes âgées dépendantes.

Le Premier Ministre a annoncé un plan « Vieillesse et solidarités », le 6 novembre 2003 qui constitue un effort sans précédent en faveur des personnes âgées. Ce plan traduit la priorité du Gouvernement pour une politique ambitieuse en faveur des personnes âgées. Elle se concrétise par un renforcement sans précédent des moyens humains et financiers destinés à la prise en charge du grand âge. La loi du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, met en œuvre un engagement financier inscrit dans ce plan « Vieillesse et solidarités », à savoir plus de 4 milliards d'euros, de 2004 à 2007, en faveur de la pérennisation de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA. Surtout, il apporte une ressource financière supplémentaire pérenne tant pour la prise en charge de nos aînés que celle de nos handicapés, grâce à l'instauration d'une journée de solidarité nationale.

Je voudrais en dire un mot : il n'y a pas eu une mesure politique plus impopulaire depuis 15 ans dans notre pays. Dire aux Français : « vous allez travailler un jour férié », cela n'avait jamais été fait. Simplement, je veux bien que ce soit impopulaire, mais je pose la question : comment subvient-on aux besoins des personnes âgées dépendantes, comment s'en occupe-t-on ? Qui paie ? Les conseils généraux financent. C'est très bien, mais c'est l'augmentation des impôts locaux. Il fallait augmenter soit les impôts, soit les prélèvements obligatoires, soit

encore le temps de travail. C'est le choix qui a été fait. Je trouve que ce choix est très courageux, très intelligent et important pour une société. Les financements supplémentaires permettront d'augmenter de 400 millions d'euros par an les crédits alloués à l'APA. Enfin la longévité, renvoie au sujet que traitera le Professeur Emmanuel Hirsch, « jusqu'où peut-on éthiquement reporter l'échéance finale et dans quelles conditions de santé, dignité, d'autonomie et d'acceptation sociale ? ».

Croyez bien que vos débats contribueront à la réflexion de la représentation nationale sur la fin de vie. Là aussi, nous avons pour la première fois décidé de parler en toute simplicité et humilité de la loi sur la fin de vie le 26 novembre. Des députés socialistes, communistes, UDF et UMP se sont mis ensemble, pour une première étape majeure qui est celle du choix qu'une personne fait en fin de vie lorsque le collège des médecins se sera prononcé. Il s'agit de donner le choix, à une personne consciente, entre l'acharnement thérapeutique curatif ou les soins palliatifs, la pompe à morphine, la dignité, la sincérité, la fin tranquille. Si le malade est inconscient, avec le concours du collège des médecins et avec un testament de vie, des décisions pourront être prises.

La seconde partie de la soirée est consacrée à l'approche sociale de la longévité. Notre société se doit de relever le défi de la formation et de l'activité des plus de 55 ans. De nombreuses personnes souhaitent conserver une occupation au-delà de 60 ans, ce qui permettrait de transmettre leur savoir faire aux plus jeunes. Dans ma ville, à Toulouse, les ingénieurs de très haut niveau qui quittent à 60 ans Airbus ou Motorola sont nombreux. Ces gens intelligents, en pleine forme, qui jouent au tennis, qui sont encore classés me disent : « que vais-je faire, Monsieur le Maire ? » Ce sont des personnes dont la société a besoin. Je ne dis pas, je ne veux pas les obliger à travailler, je dis que s'ils ont envie de travailler, ils pourraient le faire.

Le Professeur Maurice Tubiana estime même que « la retraite serait un non sens sur le plan médical ». Aujourd'hui, l'organisme est souvent en bon état jusqu'à l'âge de 70 ans, bien meilleur qu'à 60 ans, il y a quelques décennies. Rien n'est plus destructeur que l'exclusion ou le sentiment d'exclusion. Chacun a besoin de jouer un rôle dans la société, quelque soit son âge. Les sociétés africaines nous l'ont appris.

Face à cette situation, le gouvernement a conduit et soutenu plusieurs réformes. La réforme des retraites supprime le couperet des 60 ans, assouplit les conditions permettant de bénéficier de sa retraite, tout en continuant à travailler. On pourra passer de manière plus progressive de l'activité à la retraite. De même, la réforme de la formation professionnelle, qui organise un droit individuel à la formation, autorise chacun à tirer profit tout au long de sa vie active et quelque soit son âge. Au-delà de l'activité professionnelle, l'implication économique et sociale active peut prendre la forme du bénévolat. Nombreux sont les seniors qui exercent, aujourd'hui, une activité à titre bénévole dans des associations.

Bien vieillir, dynamiser la place de nos aînés dans la société, accompagner ceux qui souhaitent poursuivre une activité, tels sont, me semble t-il, les défis que nous devons relever tous ensemble pour que notre passé puisse être davantage solidaire de notre avenir. Et puis je crois beaucoup à la physiologie. Je crois que les grands-parents, les arrière-grands-parents ont besoin d'entendre le bruit des enfants. Je pense que nous sommes dans un communautarisme effrayant, pas seulement religieux, d'âge aussi. Ce n'est pas bon. A Toulouse, il n'y a pas une seule crèche qui ne soit pas adjointe à une maison de retraite pour personnes âgées dépendantes. Et nous nous sommes aperçus que le bruit des enfants change tout dans la maison de retraite. Maryvonne, ma député, tu es d'accord ? Il me semble qu'il y a là une réflexion pour demain, nous avons augmenté notre espérance de vie. Espérons, les uns et les autres, que nous resterons en vie le plus longtemps possible et en bonne santé. Il y a des modifications sociales, sociologiques absolument considérables, qui sont du domaine du politique, du domaine d'une politique de proximité impliquant les maires, les conseils généraux, c'est la vie locale qui doit s'organiser d'avantage.

Ce débat touche des pans entiers de notre société et je voudrais vraiment vous remercier de m'avoir permis de l'introduire. Merci.

Pierre-Luc Séguillon

Bonsoir, le Ministre Philippe Douste-Blazy vient de formuler l'enjeu de cette rencontre, et de ces échanges qui sont très bien formulés autour de l'intitulé de cette table ronde longévité et qualité de la vie. Il est évident que le terme important, est ici, qualité de la vie. A quoi bon prolonger l'existence, si cette existence n'a pas une certaine qualité et si elle n'est pas assumée par l'ensemble de la collectivité.

Il a en quelque sorte dessiné le contexte de nos échanges autour de trois constats : 1^{er} constat, l'accroissement de la longévité est un fait. Il suffit de citer le nombre de centenaires qu'il y aura en France en 2050, 2^{ème} constat, l'accroissement de la longévité a un coût. Aujourd'hui, une personne de plus de 65 ans coûte 2,5 % de plus que la moyenne de la population et à partir de 80 ans, elle coûte 4,5% de plus de la moyenne. 3^{ème} constat, l'accroissement de la longévité pose de multiples problèmes, à la fois sociologiques, économiques, politiques et culturels.

Première partie : Approche biologique et médicale de la longévité

Intervenants



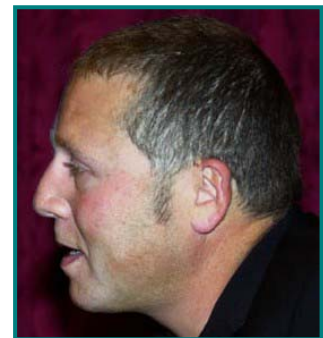
Professeur Philippe Amouyel
Directeur de l'Institut Pasteur de Lille



Professeur Jean-François Dartigues
Neurologue CHU de Bordeaux



Professeur François Piette
Gérontologue Hôpital Charles-Foix (Ivryà)



Professeur Emmanuel Hirsch
Directeur de l'espace éthique AP-HP

Thèmes

- Quels sont les facteurs déterminants de la longévité (génétiques, environnementaux et médicaux) ?
- Quelle sera la part apportée par la médecine dans l'amélioration de la longévité ?
- Quelle sera la part apportée par la médecine dans l'amélioration de la qualité de vie ?
- Jusqu'où peut-on, éthiquement, reporter l'échéance finale et dans quelles conditions de santé, de dignité, d'autonomie et d'acceptation sociale ?

Pierre-Luc Séguillon

Je vous propose que la 1^{ère} table ronde soit concentrée autour d'une approche à la fois biologique et médicale de la longévité. Pour débattre de ce sujet, nous avons avec nous le Professeur Philippe Amouyel, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, spécialiste de l'épidémiologie génétique des maladies cardio-vasculaires. A côté de lui le Professeur Jean-François Dartigues, professeur en épidémiologie, à Bordeaux et qui travaille sur les problèmes de dégénérescences cérébrales et de la maladie d'Alzheimer, le Professeur François Piette, gérontologue à l'hôpital Charles Foix à Ivry et enfin le Professeur Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace Ethique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et qui est Professeur d'éthique médicale à Paris 11.

J'aimerais commencer par une question basique : jusqu'où peut-on prolonger l'existence ? Est-ce que l'on peut indéfiniment repousser le terme de cette longévité ?

Philippe Amouyel

C'est une question qu'on se pose depuis longtemps puisque différentes études de biologistes montrent qu'il existe des limites finies à la durée de vie de nos cellules. Par exemple, ce qu'on appelle la limite de Hayflick fait que l'on ne peut faire pousser et repiquer plus d'un nombre de fois déterminé des cellules de type fibroblaste en culture.

Les autres informations reposent sur ce que l'on connaît de l'existence de différentes personnes. On a en France, un exemple célèbre qui s'appelle Jeanne Calment qui fixe une limite de la personne qui a vécu le plus longtemps jusqu'à 122 ans. Encore faut-il que l'on ait des données précises, sur la date de naissance des personnes. Ainsi un certain nombre de légendes de longévité extrêmes existent dans différents pays, qui ont tous un point en commun : il n'y avait pas de registre de naissance pour confirmer le moment où ces personnes auraient du naître ou prétendent être nées. En revanche, des études tendent à montrer que, compte tenu d'un certain nombre d'informations biologiques et épidémiologiques, 150 à 160 ans pourraient être une limite possible. Des études plus récentes, en particulier de modélisation liée à des travaux de démographes, montrent que compte tenu de ce que l'on connaît de la modélisation d'évolution d'espérance de vie des différentes générations et en particulier des familles multi générationnelles, à 5 générations en particulier, on se rend compte, que théoriquement les modèles mathématiques ne présentent pas de limite finie, qui permettent de dire à quel âge, surviendra la mort. Donc tous les espoirs sont permis compte tenu de l'évolution de nos connaissances.

Pierre-Luc Séguillon

Vous vous situez dans un long terme, si l'on se situe dans un terme plus court, François Piette quel est votre diagnostic ?

François Piette

Jusqu'à Madame Calment, de grands esprits se sont réunis pour expliquer qu'il y avait des phénomènes biologiques qui feraient que l'on ne pourrait dépasser 115 ans. Elle a vécu 123 ans, donc je crois que les prédictions sont faites pour être dépassées. Je me garderai bien de dire quel va être le prochain record. Alors, je laisse à la futurologie les 150 et 160 ans qui ont été évoqués par Philippe Amouyel.

Jean-François Dartigues

Tirer des plans sur la comète et faire des prédictions est certainement quelque chose de très hasardeux parce que l'avenir peut nous réserver des surprises dans ce domaine. C'est vrai que j'ai eu la possibilité de tester le vaccin contre la maladie d'Alzheimer et que ce vaccin n'a pas marché mais s'il avait marché, jusqu'où aurait-on été dans la prolongation de la fonction cérébrale ? On était vraiment à deux doigts de la réussite, ça n'a pas marché parce que il y a eu des effets secondaires, mais là on se dit, que peut-être, les paris peuvent être complètement inversés, lorsqu'il y a des challenges relevés par les chercheurs et l'esprit humain. On n'est pas à l'abri de cela.

Pierre-Luc Séguillon

Sans anticiper, pour l'heure, quels sont aujourd'hui les facteurs qui favorisent cette longévité, entre les facteurs environnementaux, les facteurs médicaux, les facteurs de comportement personnel, les facteurs génétiques, comment est-ce que vous établissez la proportion entre ces différents facteurs, qu'est ce qui joue le plus ?

Philippe Amouyel

Pour estimer la proportion entre ces différents facteurs, il y existe des méthodes épidémiologiques. Néanmoins je crois qu'il faut bien garder à l'esprit que la progression de l'espérance de vie est relativement récente, elle s'est accélérée essentiellement après la seconde guerre mondiale. Si l'on considère l'évolution des facteurs environnementaux, elle a été extrêmement rapide puisque nos modes de vie ont changé depuis les années 50 de manière importante et changent quotidiennement. En revanche nos facteurs génétiques changent beaucoup moins vite. Donc, une grande partie de l'évolution et de l'augmentation de l'espérance de vie actuelle est essentiellement due à des facteurs environnementaux et relativement peu, même voire quasiment pas, à des facteurs génétiques.

Pierre-Luc Séguillon

Les facteurs environnementaux ne sont pas nécessairement en évolution favorable aujourd'hui ?

Philippe Amouyel

La notion de favorable ou de non favorable se calcule en fonction d'un risque potentiel. Prenons un exemple très simple, la nutrition. Quand on pense à la nutrition aujourd'hui, on pense à tout ce qui est relatif à l'excès nutritionnel, à la consommation excessive d'acides gras saturés mais quand on regarde la nutrition dans les années 50, c'est l'arrivée et la banalisation des congélateurs et des réfrigérateurs qui a entraîné un changement gigantesque dans la capacité des gens à pouvoir consommer des protéines et des aliments frais dans de bien meilleures conditions. Prenons l'OMS, qui a publié un classement des dix plus grands facteurs de risques mondiaux : le premier est la malnutrition et le dernier est la suralimentation. La nutrition est donc quelque chose qui est au cœur de cette évolution de notre longévité, au niveau de l'hygiène, de l'eau, de la réduction d'un certain nombre d'éléments microbiens et de l'augmentation de la sécurité alimentaire qui reste un élément prédominant dans cette augmentation de l'espérance de vie.

Jean-François Dartigues

Jusque dans les années 50, 60, l'augmentation de l'espérance de vie a été essentiellement liée à une amélioration du milieu dans lequel vivaient les gens et l'amélioration de l'hygiène. Dans ce

domaine, par exemple, la qualité de l'eau et le progrès dans la qualité de l'eau ont été vraiment essentiels. Mais depuis cette époque là, manifestement, il y a deux facteurs qui jouent celui de la qualité de l'eau mais aussi celui de la qualité de l'air. Parce que si on compare l'air de nos villes d'il y a 60 ans avec l'air de nos villes actuellement. Si on mesure par exemple, les fumées noires ou certaines particules, on a une bien meilleure qualité actuelle qu'il y a 50 ou 60 ans à l'époque où il y avait des usines, très polluantes et des chauffages domestiques.

Mais le plus grand progrès dans la longévité et l'espérance de vie est lié aux avancées médicales. Actuellement la prolongation de l'espérance de vie tient à la maîtrise des maladies cardio-vasculaires et tient à une meilleure connaissance des cancers. Monsieur Douste-Blazy décrit le traitement de son père, qui était complètement inimaginable il y a 30 ou 40 ans. Maintenant son père est reparti pour 10 ans.

Pierre-Luc Séguillon

Vous êtes d'accord avec cela ?

François Piette

Je crois qu'il y a eu en effet des progrès médicaux majeurs. Je pense qu'il ne faut pas opposer complètement les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux. La différence la plus importante en matière de longévité est la différence liée au sexe. On peut dire que c'est génétique, il n'y a rien à y faire. Cette différence qui doit être en France d'environ 8 ans, varie dans le monde entre 1 à 2 ans dans des pays comme l'Inde jusqu'à 13 ans dans les pays de l'ex URSS. A la notion de sexe est associé probablement des comportements différents dans ces différents pays. Dans certains pays, malheureusement quand il n'y a pratiquement pas de différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes, cela relève d'un phénomène malheureusement bien connu, les femmes y sont mal traitées. L'exemple de la Russie dont on dit toujours qu'elle est liée à une consommation alcoolique excessive chez les hommes, mériterait sûrement d'être mieux étudié. Quelle est la consommation d'alcool chez les femmes ? On la connaît mal, et les statistiques sont dans l'ensemble réputées être fausses pour les pays de l'ancien bloc d'URSS. Mais plus généralement, il est probable que c'est le caractère « prise de risque » dans le sexe masculin qui contribue à cette différence d'espérance de vie. Il y a quelques exemples. Lorsque les primates mâles s'occupent de la descendance, ils ont un comportement de type familial, maternage si je puis dire avec peu de prise de risque vers l'extérieur, la différence entre les mâles et les femelles est très faible. Au contraire, s'ils passent leur temps à aller courir dans la savane, la différence est très grande. Je crois que le facteur génétique de base est d'avoir deux chromosomes X, cela protège. Par exemple, chez les oiseaux où ce sont les mâles qui ont les deux chromosomes X ou les équivalents de X, l'espérance de vie est plus importante chez les mâles que chez les femelles. L'avantage génétique assez systématique à ce double chromosome X est lié à un comportement différent, notamment en terme d'agressivité. J'en terminerai avec ce facteur génétique du sexe par le fait que dans certains pays à haut niveau de vie et notamment les pays scandinaves, il y a une tendance sur les 20 ou 30 dernières années à une réduction de la différence de l'espérance de vie, les hommes prenant moins de risque, se soignant plus et ayant une attitude de prévention qui est dans nos sociétés méditerranéennes plus généralement le fait des femmes que celui des hommes.

Pierre-Luc Séguillon

Vous avez évoqué tous les trois et vous-mêmes vous avez beaucoup insisté sur l'environnement, vous avez parlé d'une médecine curative, si j'ai bien compris, qui vous semble essentielle. Et vous dites, à la fois le comportement, la prise de risque et puis les

facteurs déterminants. Monsieur Hirsch, vous écoutez les uns et les autres comment vous réagissez à ces trois éléments de la longévité ?

Emmanuel Hirsch

D'abord, je réagis avec beaucoup d'admiration aux certitudes, espérances et promesses exposées par nos spécialistes de la longévité. Je ne peux m'empêcher de leur rappeler la phrase de Nietzsche : « Etre responsable, c'est tenir ses promesses. » J'espère que ces médecins et chercheurs vivront suffisamment longtemps pour être au rendez-vous des engagements qu'ils prennent aujourd'hui ! En effet les promesses engagent et nous tiennent responsables de nos annonces avec les effets qu'elles génèrent. J'admire l'audace mais aussi cette faculté de se projeter dans l'avenir sans témoigner *a priori* la moindre retenue ou réticence aux enjeux et conséquences de ces affirmations. Peut-on encore se permettre de consacrer un effort d'exigence de sens là où la biomédecine se dit capable de nous assurer longévité et peut-être même éternité, sans que cela suscite la moindre inquiétude ne serait-ce que d'un point de vue socio-économique, pour ne pas évoquer ici des considérations anthropologiques ou éthiques ? De telles projections dans l'avenir sont du reste soutenues par les représentations et mythes suscités par le débat relatif au clonage. La médecine dite régénératrice semble permettre, à terme, de pallier le dysfonctionnement de certains organes en les remplaçant. Ainsi, selon ce modèle, doté d'un capital de substitution il nous serait donné de nous renouveler de manière itérative et sans que des limites soient clairement déterminables... Qu'il me soit donné, ne serait-ce qu'un instant de demander à nos chercheurs d'anticiper les conséquences de telles mutations. Qu'en est-il de leur valeur sociale, de leur apport et plus encore de leur signification ? À quels besoins ou mieux à quelles exigences correspondent-elles ? S'agit-il de justifications d'ordre anthropologique, de répondre à la nécessité de prolonger coûte que coûte le temps ou plus exactement la durée de la vie ? Ou n'est-il pas davantage question de se soumettre à des logiques pour beaucoup inspirées par la pression de certains acteurs économiques ? Pour me résumer, je considère qu'avant de se préoccuper de longévité, il conviendrait de consacrer nos efforts à préserver les conditions physiologiques de la personne afin qu'elle puisse vivre son existence jusqu'à son terme dans un contexte favorable à sa qualité et à sa dignité. D'autre part, notre attention doit être portée, en terme d'équité, à ceux qui dans notre monde éprouvent une condition existentielle telle que leur simple droit à la vie leur est lui-même contesté.

Je citerai en référence une phrase de Léo Ferré. Dans une interview donnée à *L'Événement du Jeudi* du 22 juillet 1993, il affirmait : « *Moi, le jour où j'aurai vraiment mon âge, je mourrai. (...)* La liberté, c'est la détresse permanente qui se transforme en bonheur. » Pour le poète, notre relation intime et toujours très personnelle avec l'âge et donc avec le temps incite à relativiser l'approche du vieillissement et de la finitude humaine. Il nous faut maintenir un lien de sens avec l'existence, dont son temps est compté, afin de surmonter notre anticipation de l'échéance ultime et d'être en capacité d'être créatif, donc vivant, en dépit de la mort annoncée. Le rapport à l'existence procède d'intuitions et d'expériences infiniment subjectives. Je crains que l'on ne tente de nous imposer ce que serait un modèle – une norme – de la *bonne vie* : une vie menée le plus longtemps possible, en quelque sorte une performance de vie validée par notre capacité d'aller plus loin, plus fort, plus longtemps, s'inspirant ainsi de l'idéal promu dans les Olympiades. Qu'en serait-il d'une existence à ce point obsédée par sa persistance, qu'on risquerait, à titre de précaution, de ne pas la vivre ? L'historien Jean-Pierre Vernant considère que « *La vieillesse c'est une autre façon de vivre le temps* ». Le concept de longévité, nous permet-il encore de *vivre le temps*, mieux de vivre notre temps, à notre mesure, selon ce que l'on souhaite, selon ce que l'on peut, selon ce à quoi on est d'autant plus attaché qu'on le sait limité ?

Dans quelques années, on ne parlera plus de longévité mais de durabilité, avec tout ce que cette évolution sémantique suscitera du point de vue de l'*instrumentalisation* de la personne, de sa soumission à une médicalisation sans retenue de l'existence : révocation de la vie en tant que telle pour lui préférer des notions pourtant incertains et équivoques relevant du concept

de durabilité de la vie. On peut dès lors envisager les conséquences discriminatoires de cette mutation qui affecteront directement les valeurs de la démocratie.

Au terme de son existence, le philosophe Emmanuel Levinas confiait à ses proches une ultime interrogation qui me paraît de nature à éclairer notre débat : « *Qu'attendons-nous ?* » Qu'attendez-vous de vos recherches portant sur la longévité ? Où vous situez-vous par rapport à ce que notre société attend de ses chercheurs dans le champ biomédical ? Avez-vous le sentiment que la durée de la vie prévaut sur sa densité, sa qualité, y compris s'agissant de personnes affectées de maladies qui compromettent le pronostic de vie ? Attendons-nous, sans autre préoccupation d'une nature plus subtile et complexe, de la longévité alors que nous éprouvons souvent tant de difficultés à *vivre notre vie* dans sa quotidienneté ? N'êtes-vous pas fascinés – sans que cela me paraisse pour autant en soi péjoratif – par une certaine idéologie de la performance ? Comment accompagner vos projets de recherche d'une réflexion de nature à les situer, à les penser, voire à en délimiter les contours et les finalités ? Je me permets de vous inciter à lire l'avis n° 81 « Performance et santé » (17 novembre 2003) du Comité Consultatif National d'Éthique. Dans sa conclusion, il mentionne : « *Nos sociétés modernes et post-modernes, fondamentalement marquées par la recherche de performances, ne se posent pas toujours la question de leurs implications et conséquences. (...) Non seulement la santé d'une personne se laisse détruire, mais encore socialement, un culte immodéré de la performance conduit à valoriser les uns et à humilier les autres, voire à les exclure. Mais ces efforts et ces recherches rencontrent aussi les limites qui marquent fondamentalement la condition humaine. Ces limites ne peuvent pas être fixées a priori. Elles n'en existent pas moins, signes à la fois de notre besoin de relation à l'autre (la limite, c'est en effet l'autre, sa dignité et ses droits) et de notre moralité. La fragilité et la vulnérabilité font partie de nous-mêmes.* »

Pierre-Luc Séguillon

Quand vous évoquez la performance, jusqu'où peut-on aller ? Cela pose le problème de la longévité avec dépendance ou sans dépendance. Peut-on réduire le temps de la vieillesse avec incapacité ? C'est le problème : incapacité physique ou incapacité cérébrale ?

Philippe Amouyel

Je crois qu'aujourd'hui, face à cette question de la dépendance et de la longévité, il est important d'essayer de modéliser les impacts de l'une sur l'autre. Pour ce faire, les démographes ont proposé deux visions. La première est la théorie de la pandémie. Cette théorie postule que plus on progresse en âge, plus la fréquence des maladies chroniques est importante. A terme, avec la progression de la longévité généralisée, la planète entière sera habitée par des gens malades. Cette situation risque d'être ingérable sur le plan économique, sur le plan humain et sur le plan social.

A l'opposé, il y a la théorie de la compression de la morbidité. Cela est plus optimiste. Elle postule que tout le monde vivra très longtemps en parfaite santé, et quarante-huit heures au mieux à quelques semaines avant son décès, chacun développera la ou les maladies qui le conduiront très rapidement à la mort, d'où la notion de compression de la morbidité.

Actuellement, on peut mesurer l'espérance de vie totale, l'espérance de vie sans incapacité. Quand on fait le rapport des deux, on obtient un coefficient qui va nous permettre de savoir si on est plutôt dans la théorie de la pandémie ou plutôt dans la théorie de la compression de la morbidité.

Aujourd'hui, on est dans la théorie de l'équilibre, c'est-à-dire que l'espérance de vie totale augmente et qu'elle augmente aussi vite que l'espérance de vie sans incapacité.

Enfin pour répondre à votre question, sur l'attributabilité des facteurs sur l'évolution de la longévité, on sait par exemple, pour les maladies cardio-vasculaires, que la réduction de la fréquence de ces affections dans le monde entier, est en moyenne de 2% par an. Cette baisse importante est due pour 12 à 15% à des modifications favorables des facteurs de risque mais pour 30 à 40% à l'introduction des nouveaux traitements, qui sont apparus au cours des quinze dernières années.

Pierre-Luc Séguillon

Compression de la morbidité, Monsieur Dartigues qu'en pensez-vous ?

Jean-François Dartigues

Je vous amènerais sur mon terrain qui est celui du problème de l'incapacité d'origine cérébrale, c'est celle dont tout le monde a peur, plus encore que l'incapacité motrice ou l'incapacité d'autres éléments parce que finalement, l'incapacité motrice ou l'incapacité d'autres éléments du corps humain, on peut s'y adapter. Et on montre bien que sur la qualité de la vie, hormis les phénomènes douloureux chroniques, celui qui pose le plus de problème, c'est la perte de l'autonomie cérébrale.

Si on faisait un sondage ici, qu'est-ce qui fait le plus peur, la grande majorité des gens diraient c'est la maladie d'Alzheimer, c'est l'incapacité que j'ai à pouvoir guider ma vie, tout simplement parce que je n'ai plus le cerveau pour cela. Et la grande peur, elle tient au fait comme le disait Philippe Amouyel, c'est que c'est une maladie qui dure, 5 ans en moyenne actuellement. Si on continue de progresser, or quand on est médecin et qu'on a décidé de médicaliser cette maladie, on ne peut que progresser, que vouloir progresser. Le challenge sera de prolonger la maladie, on a vu qu'il y avait une augmentation du nombre de cas, une augmentation en prévalence, c'est-à-dire en nombre, 800.000 et en incidence apparition de nouveaux cas, 160.000 actuellement, probablement 20 à 30% de plus.

C'est vraiment un défi très important pour la société, savoir comment on va pouvoir contrôler cette dépendance. Moi, je ne vois qu'une issue optimiste, à laquelle la médecine peut répondre par la prévention. On est arrivé à contrôler relativement bien les maladies infectieuses, grâce à la prévention, on est arrivé à mieux contrôler les maladies cardio-vasculaires et pour les cancers cela marche relativement bien. Je pense que l'on peut faire la même chose avec la maladie d'Alzheimer et reculer l'échéance. On a démontré statistiquement avec les modèles dont a parlé Philippe Amouyel, qu'il suffirait de reculer de 5 ans le début de la maladie, toujours avec l'hypothèse qu'on continue à en mourir, pour diviser par deux le nombre de malades, ce n'est pas quelque chose de complètement utopique. Puisque par exemple, le fait d'avoir un niveau d'études supérieur par rapport à quelqu'un qui n'a jamais été à l'école, et bien il a le même risque de la maladie mais cinq ans après.

Pierre-Luc Séguillon

Le niveau d'étude est un exercice mental comme un exercice physique ? La maladie cérébrale que vous décrivez, l'exercice mental est l'équivalent pour d'autres affections de l'exercice physique ?

Jean-François Dartigues

Mais l'exercice physique marche aussi. Parce que l'exercice physique joue sur les maladies cardio-vasculaires, et à partir du moment où on a un arbre vasculaire en bon état, on vascularise correctement le cerveau, on l'oxygène correctement.

Philippe Amouyel

C'est pour aller dans le sens de Jean-François Dartigues, ces notions de prévention sont très importantes. Sur des maladies comme la maladie d'Alzheimer ou des maladies neuro-dégénératives, l'enjeu du curatif est quand même assez complexe. Et une des hypothèses sur lesquelles on travaille actuellement c'est justement sur ces notions de prévention et en particulier sur les liens qu'a rappelés Jean-François Dartigues avec les maladies cardio-vasculaires. Ainsi le fait de prendre en charge ou de prévenir précocement des maladies cardio-vasculaires, pourrait à terme permettre de prévenir un certain nombre de maladies d'Alzheimer. Un recul dans le temps du moment d'apparition de la maladie d'Alzheimer permettrait finalement indirectement de régler, de réduire l'impact de la croissance de la prévalence de cette maladie chez le sujet âgé.

Pierre-Luc Séguillon

Il s'agit là de reculer le moment du déclenchement de l'incapacité quelle soit cérébrale ou physique ? Mais à partir du moment où l'incapacité physique se déclare que signifie la qualité de la vie ? Est-ce qu'il y a des critères objectifs ? Est-ce que ce sont des critères subjectifs ? Vous me disiez qu'il y a au fond deux questions, la question que pose le médecin : comment allez-vous ? Et la question à laquelle répond le patient : comment je me sens ? Ce n'est pas la même chose.

François Piette

Je vais vous répondre. Je voudrais finir la discussion précédente. Je crois que l'espérance de vie sans incapacité a effectivement reculé, comme l'a dit Philippe Amouyel. Il y a un autre concept qui est intéressant : c'est l'espérance de vie sans maladie, l'âge auquel un français sur deux se croit ou se sait porteur d'une maladie. Cela se situe en dessous de 40 ans. Et cela n'évolue pas. Le gros problème de la prise en charge médicale et de la sécurité sociale c'est que les français se sentent ou se croient malades toujours au même âge, voire de plus en plus jeune parce que l'on fait de mieux en mieux les diagnostics et ils vivent de plus en plus longtemps, donc les gens sont de plus en plus longtemps malades, prennent des médicaments et l'âge de l'incapacité ne fait que progresser.

Il y a une frange considérable de la population, qui va bien mais est porteur d'un certain nombre d'affections qu'elle connaît, qui ont été dépistées plus tôt qu'avant et qui consomme énormément. C'est un bien mais c'est une difficulté économique incontestable. Cela est la première chose et je pense que pour ce qui est du diagnostic de maladie d'Alzheimer, je ne suis pas très optimiste sur le fait qu'on va reculer la date d'apparition. Oui, c'est vrai si on définit la maladie d'Alzheimer, comme une maladie démentielle et dans démence, il y a le mot incapacité. Mais, je suis persuadé que les progrès éventuels que l'on pourra faire dans ce sens seront compensés, pour ce qui est du nombre total de malades, par le fait qu'on va parler de pré-alzheimer ou de maladie à un stade plus précoce.

La prévalence totale de la maladie ne changera pas, me semble t'il, ou ira plutôt en augmentant parce qu'on dépiste plus tôt. Mais, ce sera un bien considérable c'est que l'âge de l'incapacité, l'âge d'obligation de rentrer en institution par exemple, sera lui-même déplacé. Je crois qu'il faut bien distinguer le vieillissement avec des maladies, et cela commence avant 40 ans, et le vieillissement avec incapacité qui concerne les dernières années de la vie. La deuxième réflexion est jusqu'où veut-on aller et jusqu'où chacun veut-il aller ? On peut faire toutes les discussions dogmatiques que l'on veut. On veut aller jusqu'où ? Il n'y a pas de réponse. Je veux attirer l'attention de l'auditoire sur le fait qu'une des grandes difficultés est que tout le monde, à 50 ans, a une opinion sur la vieillesse et la dépendance et sur ce qu'il conviendra de faire. Cette opinion est souvent négative : « plutôt mourir que d'être dans cet état ». Mais quand les

gens arrivent à ce stade de dépendance, physique ou mental, ils n'ont plus du tout ce réflexe qu'ils avaient à 50 ou 60 ans. Les individus doivent rester maîtres de leur destin, y compris au moment où les maladies et la dépendance surviennent. Ce n'est pas tout à fait pareil de savoir ce que l'on va faire et d'en discuter à 50 ans ou de savoir ce que l'on veut devenir quand on a 80 ans.

François Piette

C'est vrai, mais la loi, Emmanuel Hirsch en parlerait mieux que moi, a institué une notion, que je trouve très importante qui est la personne de confiance, la personne à laquelle on a confié son désir de vie mais cette notion est à manier avec précaution puisque je viens de vous dire qu'à 60 ans, on a des conceptions sur sa vieillesse et à 85 ans on n'a pas forcément les mêmes. Mais l'affaiblissement intellectuel ne doit pas être un facteur d'euthanasie. Excusez-moi de prononcer ce mot mais il faut, encore que l'individu même s'il a désigné 10 ans avant une personne de confiance, puisse tout de même, peut-être pas avec des concepts très élaborés, mais par son comportement, par son sourire, par ce qu'il lui reste de convivialité, dire s'il veut qu'on continue à le soigner ou s'il veut qu'on rentre dans d'autres modes de prise en charge.

Jean-François Dartigues

Juste pour dire que pour ces personnes qui sont la majorité, qui vont rentrer dans les établissements et les hébergements collectifs, qui ne sont plus maîtres de leur destin et de leur autonomie, il est indispensable que les gens qui s'occupent d'eux aient bien conscience de cette situation et aient eu une formation adéquate pour remplacer la personne de confiance qui les prenait en charge.

Pierre-Luc Séguillon

Il y a une question qu'on n'a pas évoqué tout à l'heure, est-ce que la génétique va permettre en procédant à un certain nombre de corrections et en étant capable d'anticiper une longévité de plus en plus sans incapacité et de réduire cette période de morbidité ?

Philippe Amouyel

Vous parliez de futurologie tout à l'heure, nous sommes avec cette question en plein dedans. La question, ce n'est pas parce qu'on connaît l'alphabet cyrillique, qu'on sait lire la bible en russe. C'est le premier problème. On s'aperçoit que c'est très compliqué. On sait qu'il y a quelques facteurs qui semblent gouverner certains éléments mais de là à les modifier ! Ce sont des facteurs génétiques. On en est encore loin. Alors on peut tout imaginer, mais si on espère quelque chose dans des délais qui sont relativement courts, parce que les questions se posent aujourd'hui, les espoirs restent très limités. Il faut néanmoins continuer de travailler activement dans ces notions de facteurs génétiques, de traitement de maladie génétique, de thérapie génique car la génétique permet de trouver certaines cibles qui permettent de mettre en face un certain nombre de produits, d'outils, d'éléments qui vont permettre éventuellement d'orienter dans tel ou tel sens la création de nouveaux médicaments. Ce sont des choses beaucoup plus concrètes et la pharmacogénétique et la pharmacogénomique sont actuellement des pistes très sérieuses de développement, de nouvelles cibles, de nouveaux traitements. En revanche la thérapie génique, sauf événement particulier reste du domaine pour le moment de la futurologie.

Emmanuel Hirsch

Le Grand rabbin Gilles Bernheim me confiait récemment : « *Un homme meurt doublement, lorsque sa vieillesse et sa mort sont niées.* » J'écoute avec une grande attention ce que les professionnels de santé nous restituent d'une expérience profonde de leur confrontation à la maladie, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'évoquer les situations de dépendance et de démence. Il convient de ne pas anticiper la mort de l'autre, je veux dire de le révoquer dans ses droits, ses valeurs et ses espérances au motif d'une vie amoindrie, altérée, voire limitative du fait des manifestations de la maladie. La dignité de la personne ne s'évalue pas à l'aune de sa faculté d'expression ou de discernement, à la mesure du temps estimatif de l'existence qu'il lui sera encore donné de vivre. J'incite à se référer à l'avis n° 7 relatif aux expérimentations sur des malades en état végétatif chronique (24 février 1986) du Comité Consultatif National d'Ethique, dans lequel il est rappelé que plus une personne est vulnérable, plus nos obligations à son égard sont fortes. De manière concrète je demande à nos spécialistes de caractériser le champs de leurs obligations avant de promouvoir des orientations, en termes de recherche ou de soin, qui ne sont pas toujours de nature à servir les intérêts immédiats des personnes qui se confient à eux.

François Piette évoque le principe supérieur attaché à la notion d'autonomie de la personne, consacré notamment par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il me paraît en toutes circonstances indispensable de témoigner des égards, de la considération et donc un véritable respect à l'égard de la personne malade; de privilégier son libre choix dès lors qu'elle se trouve dans l'incapacité de le faire valoir de manière explicite. Je ne suis pas certain pour autant que notre relation à la personne malade puisse se réduire à ce que serait notre stricte respect de son autonomie. Une telle position, de toute évidence par trop idéologique, dénature la relation de soin tant elle s'avère indifférente à l'expérience même de la maladie. Notre autonomie est directement affectée par la nature même d'une maladie qui pénètre et envahit notre sphère intime, bouleverse et compromet nos repères. Le risque, trop souvent constaté aujourd'hui, est de se démettre de toute responsabilité au prétexte de respecter l'autonomie de la personne. Il est certes plus délicat de préserver un rapport d'humanité soucieux de l'identité et de la dignité de la personne dans un contexte à ce point délicat qu'il ne peut se satisfaire des considérations générales, voire des slogans quelque peu démagogiques...

François Piette évoque le souci d'être en capacité de maîtriser son destin, y compris lorsque cette faculté s'avère altérée, tout particulièrement s'agissant d'affections neuro-dégénératives. Il me faudrait du temps pour exposer les références éthiques élaborées au plan international dans ce champ très sensible de l'activité de soin. Toutefois, on observe que la notion de maîtrise s'avère pour le moins incertaine et subjective. S'en remettre en toute confiance à un tiers lorsque l'on n'est plus en capacité d'assumer de manière autonome ses choix, permet d'envisager autrement son existence sans être pour autant confronté à la seule alternative de la limitation de traitement, voire de l'assistance médicale dans/à la mort. Il nous faut être clair à cet égard. Lorsqu'une personne estime préférable la mort à la vie ou à la survie à laquelle on l'accule, cela interroge nos sociétés et nos institutions de santé sur leur capacité d'assumer leurs devoirs, leurs fonctions et missions. Il nous faut poser en des termes de responsabilité politique nos engagements à l'égard des personnes malades et tout particulièrement les plus vulnérables et dépendantes parmi elles. Le déficit de communication, l'évolution dans une maladie qui compromet les facultés relationnelles ne sauraient abolir les droits reconnus à toute personne. « *Mieux savoir ce qu'est la personne humaine, c'est mieux voir ce qui y est à respecter, de son identité physique à sa liberté de sujet. Mais qu'est-ce que respecter ? Et pourquoi au fond, comment au juste est-elle à respecter ? C'est ici le cœur de la réflexion proprement*

*morale.*¹ » Nous voilà davantage confrontés aux interrogations relatives à l'exercice concret du respect, qu'à celle qui touchent à l'idéal de maîtrise dont on sait le caractère ambivalent. Les *directives anticipées* seront consacrées dans une prochaine loi relative aux droits des malades et à la fin de vie. Dans ce texte, la *personne de confiance* sera associée à la prise de décision collégiale. S'agit-il en l'occurrence d'honorer nos responsabilités à l'égard de la volonté anticipée de la personne d'être reconnue dans ses choix profonds, ou d'agir selon des principes et des valeurs qui lui épargnent l'arbitraire de certains jugements ou décisions qui révoqueraient sa dignité de personne ?

Pierre-Luc Séguillon

Vous faites le procès de votre goût de la performance et votre participation de la longévité ?
Quelle est votre réponse ?

François Piette

Il est clair que la qualité de la vie est une notion qui s'est introduite assez récemment en médecine. Traditionnellement, on dit que les médecins essaient de soigner les maladies, s'attaquer à la morbidité, et de fait ils agissent sur la mortalité, ils agissent aussi sur la qualité de vie des gens puisqu'ils réduisent les maladies qui retirent de la qualité de vie. On se rend compte à partir de quelques exemples les plus médiatiques, Vincent Humbert, qu'il peut y avoir une dissociation complète entre quantité et qualité de vie. Cette notion est entrée dans notre discussion. Il est clair que si on interrogeait toute la salle sur ce qu'est la qualité de vie on aurait probablement des niveaux de définition très différents et je crois qu'il faut en retirer la notion que la qualité de vie ne peut être déterminée que par l'individu lui-même. Je dénie à quelqu'un d'autre la capacité de dire quelle est ma qualité de vie.

Pierre-Luc Séguillon

Il y a quelques critères objectifs ?

François Piette

La première notion qui entre dans la qualité de vie est le bien être. Mais on ne peut pas limiter cela au bien être, peut-être dans la salle certains disent mon bien-être actuel n'est pas terrible parce que j'ai un peu froid, j'ai un peu faim. Puis ils vont aller prendre une coupe de champagne. Leur bien-être ira beaucoup mieux. C'est une notion variable dans le temps et si on se limitait à ça, ce serait une porte ouverte à tout ce qui est addictif : l'alcool, la drogue améliorent au moins instantanément le bien-être. La qualité de vie ne se réduit pas à cela ni à l'autonomie, ni à cette vision de la performance que décrivait Emmanuel Hirsch.

Il y a eu des travaux qui ont comparé ce que les individus entendent par qualité de vie et ce que les professionnels entendent par qualité de vie. Les professionnels donnent toujours un rôle prééminent à l'autonomie dans l'appréciation de la qualité de vie. Les individus un peu moins et des individus très lourdement handicapés, peuvent considérer qu'ils ont encore une bonne qualité de vie. Donc il y a du bien-être, il y a de l'autonomie et puis il y a l'absence de maladie.

C'est bien montré dans toutes les échelles de qualité de vie, c'est l'absence de dépression, de douleur. Cela joue sur le sommeil, la sexualité et sur le niveau de socialisation. C'est forcément composite. Il est indispensable que l'individu soit le seul juge de la façon dont il vit ses

¹ *Recherche biomédicale et respect de la personne humaine, Explicitation d'une démarche*, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Paris, la Documentation française, 1988.

différents paramètres y compris son autonomie. La médecine essaie d'améliorer la qualité de vie, autrefois elle le faisait peut-être sans le savoir, maintenant elle essaie de le faire en le sachant. S'attaquant à la morbidité, elle améliore les douleurs, les dépressions, etc. S'attaquant à soigner les maladies, elle vise toujours à améliorer l'autonomie. Très clairement sur des domaines comme la sensation subjective de bien-être, de degré de sociabilité, elle a un impact plus faible. Il y a d'autres phénomènes culturels qui interviennent dans ces données.

Les plus connues sont le sexe et la géographie. Mais là encore rien n'est plus simple. Il y a le « dire » et le « faire ». Si on interroge des échantillons de population, ce sont les femmes du Sud du bassin méditerranéen qui se plaignent le plus, qui semblent avoir la moins bonne qualité de vie. Si on regarde les statistiques, ce sont les hommes du Nord de l'Europe qui se suicident le plus...

Jean-François Dartigues

Pour argumenter ce qu'a dit Emmanuel Hirsch, je ne crois pas que développer la prévention, c'est promouvoir le jeunisme. Vouloir reculer l'échéance d'une dépendance, notamment d'une dépendance intellectuelle, est une nécessité de base pour des raisons financières, pour la société et puis aussi parce que la maladie dans ce cas particulier est un drame humain. C'est vrai que nous sommes dans une société qui valorise les valeurs du jeune âge et du jeunisme, cela n'a pas été toujours le cas. J'ai lu, il y a quelques mois un livre qui m'a énormément frappé de Stephan Sweig qui s'appelle « la confusion des sentiments ». Stephan Sweig décrit la société de Vienne à la fin du XIXème siècle et puis au tout début de la guerre de 14, une société qui veut se vieillir, qui fait l'apologie de la vieillesse avec son empereur qui vieillit. Une société qui devient de plus en plus sécuritaire, comme le sont les personnes âgées qui se replient sur elles-mêmes. Les médecins eux-mêmes, qui doivent s'installer à 30 ans, sont obligés de se vieillir, se mettre une longue redingote, se laisser pousser la barbe, sinon ils n'ont pas de clients. Cette société devient tellement cadennassée, tellement frileuse qu'elle aboutit à l'apocalypse de la guerre de 14. Il faut se garder des deux excès, le jeunisme et le vieillisme.

Philippe Amouyel

La vision d'Emmanuel Hirsch est importante parce qu'il nous donne un certain nombre de fait à partir desquels on peut réfléchir. Que ce soit les nouveaux traitements, l'espérance de vie, le fonctionnement intellectuel, l'élément important, c'est comment les intégrer dans notre société ? Parce qu'on est aussi un animal profondément social. Un exemple, qui a été repris par Jean-François Dartigues et François Piette, c'est le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Il dépend d'une certaine tolérance sociale. Si vous avez un problème de trouble de mémoire et que vous vous perdez, en pleine campagne, vous n'embêterez pas grand monde. Si vous êtes dans un HLM surpeuplé, vous allez oublier d'éteindre le gaz et faire exploser tout le HLM, le risque social sera manifeste et la tolérance bien moindre. Ainsi, la gêne sociale qui va être engendrée par la maladie d'Alzheimer n'aura pas le même niveau en ville qu'à la campagne. Jean-François Dartigues a réalisé des travaux qui illustrent bien ces questions. Les calculs de prévalence qui sont faits à partir des données cliniques, montrent qu'un pourcentage important de gens qui sont à la campagne, ayant un diagnostic d'Alzheimer, ne sont pas reconnus comme tels par le médecin ou par l'environnement social. Tout ce qu'on dit sur le niveau de dépendance intellectuelle, mal quantifiable et mal identifiable, doit être intégré dans cet ensemble social. Même si on arrivait à mettre en place un vaccin anti-Alzheimer, à repousser à un certain moment la maladie, tout dépendrait de la limite qu'on se serait fixée pour la tolérance sociale, de quelqu'un qui a un comportement qui n'entre pas dans une certaine norme et peut potentiellement nuire à la société.

Emmanuel Hirsch

Peut-on en fait légitimer une recherche forcenée de longévité quand la majeure partie de l'humanité ne dispose pas des conditions minimales lui permettant de vivre dignement ? Nous contribuons à amplifier l'iniquité flagrante qui sépare les hommes en catégories distinctes : ceux qui prétendent à une plus grande (et plus durable) humanité, et ceux qui se trouvent réduits à une condition *infra* humaine qui leur refuse toute perspective d'avenir.

En l'état actuel des choses, l'éclat des images publiques de longévité constitue un paradoxe proprement scandaleux, quand tant de nos proches éprouvent le handicap, la maladie chronique ou le très grand âge comme une mort sociale doublée d'une misère institutionnelle. En ce domaine, notre attachement aux valeurs d'une vie de qualité se doit de sensibiliser et d'engager la société, de toute urgence, dans un projet ambitieux. Nous posons ainsi les prolongements éthiques et politiques de la revendication de longévité soutenue par les processus de pensée propres aux pays économiquement développés. En mal de transcendance, on y convoite, comme ultime ressource, l'au-delà d'une temporalité jusqu'alors déterminée. On y fait assaut de puissance pour dépasser les limites, comme si cela revenait à surmonter la vulnérabilité de notre condition. Mais que dire d'une audace qui se détourne de nos devoirs à l'égard des réalités humaines immédiates, pour nous engager dans une fuite en avant sans horizon concevable ?

De la question du handicap, des situations de vulnérabilité à celle de la longévité, l'hôpital se trouve investi d'obligations qui ne sauraient être ramenées aux idéologies de circonstance ou aux pressions utilitaristes. On attend des soignants qu'ils pondèrent les excès et préservent la mesure, tout en maintenant la qualité d'une attention à l'égard des demandes qui évoluent. Il s'agit là d'un nouveau défi. Il nécessite une compréhension réciproque et une attitude qui témoigne de notre attachement aux valeurs dont nous sommes collectivement comptables. Dès lors, ne conviendrait-il pas de sensibiliser davantage les professionnels aux conditions de restitution à la société de leurs expériences mais aussi des réflexions que suscitent les mutations auxquelles ils contribuent ? Nos valeurs doivent être reformulées dans le cadre d'une discussion publique, afin de s'accorder sur la hiérarchisation des priorités et sur les conditions concrètes d'exercice d'un soin de qualité au service de tous. De telle sorte que l'expression *vivre avec la maladie* soit comprise comme une intention véritablement partagée.

Philippe Amouyel

Je partage tout à fait cette notion de grande prudence qu'il faut avoir dans la transmission de messages, mais la notion de ces annonces dépasse largement le cadre du scientifique. Certains scientifiques, se laissent aller parce que les médias sont un certain miroir, une certaine représentation sociale. Mais d'une manière générale, il y a une attente de ces messages, parce qu'il faut des repères, et la science peut produire un repère. C'est n'est pas pire qu'une religion. Pour en revenir à la norme, c'est un concept important. Quand François Piette disait « maîtriser son destin », je l'ai compris non dans le sens « qu'est-ce que mon destin ? Et qu'est-ce que je maîtrise ? ». De toute façon, je ne maîtrise que peu de chose et je ne sais pas où je vais. Je l'ai compris plutôt dans le sens, « on va m'imposer une norme et peut-être qu'au moment où j'aurai à assumer cette norme, je ne serai pas dans l'état d'esprit qui a fait qu'on avait créé cette norme ». La réaction qu'on va avoir, à 85 ans, pour avoir suivi quelques personnes âgées, montre que l'état d'esprit qui nous habite est totalement différent de l'âge biologique que l'on affiche. Quand une personne se lève le matin, elle ne se sent pas avoir 85 ans, elle a gardé le même esprit, les mêmes sensations et la même envie de vivre que lorsqu'elle avait 20 ans.. La volonté qu'on peut avoir et l'idée qu'on se fait d'un certain âge, se modifient énormément. Etablir une norme sur des effets de classe d'âge ou sur d'autres éléments purement numériques, est à mon avis une erreur énorme. C'est cela qu'entendait peut-être François Piette dans la maîtrise de son destin.

Débat Salle – 1^{ère} table ronde

Question 1 :

Ce débat très intéressant pour sa pertinence et sa qualité et j'en remercie les organisateurs et les débatteurs, nous amène à constater qu'on veut mieux maîtriser cette dernière partie de la vie des hommes : la vieillesse ; qu'on voudrait bien en fixer des règles et en établir des normes.

Face à ces tendances, n'arrive-t-on pas à avoir une autre vision de la médecine qui prenne en charge les pathologies nouvelles liées au grand âge.

L'hypertension artérielle consécutive au stress ou au syndrome polymétabolique, l'obésité nous interpellent sur notre mode de vie. Comment la médecine, les médecins peuvent-ils conduire à des modifications de nos comportements ? Ces constats nous obligent à repenser une médecine plus large, plus à l'écoute et plus proche et une prévention ciblée basée sur les antécédents familiaux. Cela nous amène à constater que le médecin touche aux limites de sa disponibilité et de sa proximité. Comment faire une médecine de proximité afin de gérer l'avenir et le risque de chaque individu en fonction de ses particularités ?

Philippe Amouyel

Deux points sur la médecine de proximité, sur les antécédents et sur l'obésité. Certes, les antécédents familiaux sont un élément important du diagnostic et réfèrent au risque génétique. En matière de maladies cardio-vasculaires, on a décrit de nombreux polymorphismes, éléments moléculaires qui permettent de mesurer le risque génétique. Mais on s'aperçoit que ce qui apporte le plus d'information, c'est la simple question : avez-vous eu dans votre famille des antécédents de maladies cardio-vasculaires ? Cette question recouvre, englobe indirectement tous ces éléments génétiques.

L'épidémie d'obésité que l'on voit actuellement, n'est pas tellement le fruit de notre patrimoine génétique mais plus de notre environnement. Pourquoi ? Pour qu'on ait tous dans cette salle, pu survivre jusqu'à aujourd'hui, après tout ce qui nous est arrivé dans notre histoire sur les 200.000 dernières années, il a fallu qu'on résiste aux disettes, aux périodes hivernales, et aux autres événements hostiles de notre environnement. La seule façon alors était d'être capable d'accumuler de l'énergie. Nous avons donc tous été sélectionné au cours des siècles pour être capables d'accumuler de l'énergie. Aussi, l'augmentation de la prévalence de l'obésité n'est-elle pas liée à une particularité génétique d'une partie de la population, mais concerne bien l'ensemble de la population. C'est donc l'enrichissement alimentaire, la facilité d'accès aux aliments et nos comportements alimentaires qui expliquent cette progression de la prévalence de l'obésité. Si cette tendance se poursuit, que ce soit l'augmentation de la consommation de sucres rapides, d'acides gras saturés, l'accroissement du déséquilibre nutritionnel, nous allons nous retrouver avec une planète d'obèses. Cette évolution concerne également les pays en voie de développement dont beaucoup font leur transition démographique et dont on voit actuellement augmenter de manière importante la corpulence de leurs populations.

Jean-François Dartigues

Juste un point sur la médecine de proximité. Le vieillissement pose un problème très difficile parce que la personne âgée malade, est un être biologique, médical et psychosocial. Et on doit demander de plus en plus de choses au médecin généraliste qui a de moins en moins de temps pour l'écoute des patients. Beaucoup de ce qu'on a dit passé par du temps et de l'écoute. On sera peut-être obligé dans l'avenir, à ce qu'il y ait, Francois Piette sera d'accord avec moi, une partie de la délégation du médecin qui soit assurée par d'autres personnes, pour améliorer la

prise en charge au quotidien et de proximité : par exemple les infirmières libérales, ce serait une bonne chose. Ainsi, il faudrait repenser la médecine de proximité, au travers des caractéristiques de l'homme âgé.

Pierre-Luc Séguillon

Une autre intervention dans la salle ? Non. Avant de passer à la table ronde suivante pour poursuivre notre discussion, sous un angle plus sociologique et économique, j'aimerais vous poser une question : cette longévité apparaît comme un succès de la médecine, est-ce que l'opinion ne vit pas la mort aujourd'hui, comme un échec de la médecine et l'incapacité, comme un autre échec de la médecine ? Comment réagissez-vous à cette attitude un peu perverse de l'opinion ?

Philippe Amouyel

L'échec de la médecine, c'est quand la médicalisation complète la notion de la longévité. Cela a été bien démontré par plusieurs intervenants. Au-delà de l'augmentation de l'espérance de vie par des méthodes médicales, il existe tout un environnement social qui y contribue également profondément. Longévité et échec de la médecine, c'est quand on réduit la longévité à l'absence de maladie. Lorsqu'on n'arrive pas à supprimer certaines maladies, cela devient un échec. Mais c'est réduire de manière complète, le concept de vieillissement dans sa dimension prévention, philosophique et sociale. Cette réaction est légitime parce qu'on aimerait avoir des solutions « simples et globales » à tout. La médecine est porteuse d'espoir et nous-mêmes, en tant que médecins, nous faisons passer des messages qui permettent de croire qu'on résoudra peut-être tout demain par la force de la médecine. Aujourd'hui, ce n'est pas suffisant.

Jean-François Dartigues

La mortalité et la mort doivent être vécues comme un échec, quand elle est précoce : avant 60 ans. Il faut que tout le monde soit d'accord, on peut en discuter bien sûr. La mortalité précoce est une définition qui est admise avant 60 ans. Il faut le vivre comme un échec, de façon à progresser. En France, nous avons une très forte espérance de vie, mais on est parmi les pays qui ont le plus de mortalité précoce chez l'homme. Ensuite, il faut faire confiance à l'homme. On a étudié la santé subjective qui est un élément très important de la qualité de vie. Cette santé subjective est très corrélée aux maladies et à la dépendance. Plus les gens sont malades, plus ils sont dépendants, plus ils se sentent mal. Mais arriver à 90 ans, arriver au très grand âge, il n'y a plus de corrélation. Les gens de très grand âge deviennent capables de relativiser et considèrent qu'ils sont en bonne santé alors même qu'ils sont extrêmement dépendants, tout en ayant toute leur maîtrise intellectuelle. Comme s'ils s'adaptaient à ce très grand âge en privilégiant l'instant présent au futur. L'être humain est capable de s'adapter.

Deuxième partie – Approche sociale de la longévité

Intervenants



Hervé Le Bras

Démographe et directeur d'études à l'Ecole des Hautes études en Sciences Sociales



Professeur Armelle Debru

Professeur d'histoire de la médecine à l'Université René Descartes



Jean de Kervasdoué

Professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers



Professeur Emmanuel Hirsch

Directeur de l'espace éthique de l'AP-HP

- La qualité de vie de la personne vieillissante est-elle aujourd'hui prise en compte par la société ou faudra-t-il attendre la pression des seniors pour la faire progresser ? (dans 20 ans, les plus de 65 ans représenteront plus de 20% de la population)
- Comment évolue l'image de la personne vieillissante dans la société ? (vieillesse autonome et vieillesse invalidante : n'y a-t-il pas un risque de ségrégation des personnes âgées dépendantes)
- Allons-nous vers une nouvelle répartition entre la vie active et la vie de retraité en raison des gains de longévité ? Quel effet sur le dynamisme économique et social ? Quel sera le coût de la longévité en matière de soins et de retraite ?

Pierre-Luc Séguillon

Maintenant, je vous propose une autre approche, l'approche démographique, sociologique et culturelle. Interviendront dans cette table ronde Hervé Le Bras, démographe et directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, qui a écrit de nombreux ouvrages dont le dernier est « Adieu aux masses : migration et politique » édition Delau, Armelle Debru, professeur d'histoire de la médecine à l'Université René Descartes, Paris V et Jean de Kervasdoué, professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers, qui a été directeur des hôpitaux au Ministère de la Santé et qui vient de sortir le livre « L'hôpital vu du lit ». Emmanuel Hirsch reste avec nous.

Vous avez évoqué la « Star Academy », et cette image noble de la vieillesse qui transmet un savoir.

L'image de la vieillesse a évolué. Dans le dernier ouvrage, un peu pamphlétaire, de Régis Debray, intitulé le « plan vermeil », les vieux sont rassemblés dans un « Bioland ». L'auteur en a une vision pessimiste et en veut beaucoup à la société actuelle de véhiculer de la vieillesse une image de désastre ou de naufrage.

Est ce vraiment l'image qui existe aujourd'hui ? Comment évolue-t-elle au fil du temps ?

Armelle Debru

L'hebdomadaire qui a présenté des extraits de ce pamphlet, présente, en première page, une image irénique de la vieillesse en montrant un couple d'un certain âge, beau, sportif, musclé, les bras pudiquement enlacés.

Ce couple doit avoir entre 50 et 60 ans. Ce sont des « seniors » Et tout est beau ! Le ciel est bleu, ils sont bronzés. C'est une image de la vieillesse qui est une image d'aujourd'hui : positive, agréable, dynamique.

Et à l'intérieur du même hebdomadaire, on a des pages épouvantables sur des destins de vieillesse d'aujourd'hui.

Sans avoir lu le pamphlet en entier, je pense qu'il s'agit d'une utopie à l'envers. On prend les vieux et on les met sur une île, dans un pays « à part »... parce qu'on ne les supporte pas.

Le langage utilisé émet une impression de peur.

Le jeunisme, c'est la peur de devenir vieux !

C'est bien là l'image d'une vieillesse qui est aujourd'hui totalement paradoxale.

D'un côté, les médecins nous présentaient, ici même, l'espoir d'une belle vieillese (pendant un certain temps du moins). On a inventé le mot de « Senior », qui est un mot de sportif ... Et en même temps on a peur ! On a peur d'être isolé, d'être dégradé, abandonné, on a peur de toutes ces caractéristiques dont parlait Emmanuel Hirsch.

L'image actuelle est très contrastée. Pour revenir à l'histoire, cette image a d'ailleurs toujours été complexe. Cela n'a jamais été simple de parler de la vieillese : on a tantôt privilégié le côté positif, tantôt le côté négatif Et là, on a l'impression qu'il y a un empilement, et qu'on n'arrive pas à réduire l'écart entre les deux images.

Pierre-Luc Séguillon

Mr Le Bras, êtes-vous d'accord avec cette image contrastée de la vieillese ?

Hervé Le Bras

Oui. Ce contraste existe sur un plan anthropologique et historique.

Dans toutes nos références, des plus anciennes (comme la Grèce) ou plus lointaines (comme l'Afrique), les personnes âgées sont considérées tantôt comme des dépositaires de sagesse et souvent de pouvoir, tantôt comme des personnes usagées, « à bout de course ». J'avais publié un article dans la revue anthropologique « L'Homme » pour montrer que, dans à peu près toutes les langues, l'ambiguïté existe au cœur même des racines linguistiques. Un terme comme « *senex* » (en latin), qui donne « Sénat », exprime en quelque sorte le couronnement de la sagesse. Un terme comme « *geros* » veut dire vieux, abîmé, usé.

On est pris dans un dilemme, et il est difficile de dire, qu'à un moment donné, dans une société, on a eu une certaine image de la vieillese plutôt qu'une autre.

Jean de Kervasdoué

Je voudrais en guise d'introduction revenir à la mort, et vous lire une citation de Didier Sicard : « Face à la médecine qui cherche constamment à étendre son territoire pour drainer de plus en plus de sujets à traiter, la réponse de la société est consumériste. Peu à peu s'installe un dialogue de sourds entre deux revendications contradictoires : celle de la médecine qui voudrait s'adresser à des malades, mais qui s'adresse en fait à des personnes en bonne santé, et celle de ceux qui revendiquent le statut de malade pour rester en bonne santé »

Une des préoccupations de la vie, c'est la mort. L'hôpital, aujourd'hui, est l'un des rares endroits où les gens se rendent compte de la tragédie de leur passage sur terre.

Dans notre société, tout est fait pour l'ignorer, la cacher, la cloisonner, la parquer à l'hôpital.

Je me souviens qu'enfant en Bretagne, dans les années 50, on assistait systématiquement à tous les enterrements. Aujourd'hui, on tente d'ignorer les morts.

Encore une fois, le vrai sujet de toute société, c'est certes la vie, mais, dans la vie, c'est la mort.

Mais, revenons sur un terrain plus matériel, en matière d'économie, une des évolutions marquantes des 20 prochaines années, sera que les vieux vont devenir riches ou tout au moins plus riches qu'ils ne le sont aujourd'hui. Et ceci de manière marquante, puisqu'en euros constants, le revenu annuel des personnes de plus de 80 ans va passer de 16 000 euros à 24 000 euros, et leur patrimoine de 50 000 euros à 200 000 euros.

Une raison simple de cette évolution des revenus est que les femmes auront cotisé pendant toute leur vie, et toucheront donc une retraite à taux plein.

Les vieux contrôlant en outre le patrimoine, on va avoir, lié à la mort et à l'argent, un conflit entre les générations.

L'intérêt de la personne âgée et l'intérêt économique de ses descendants seront contradictoires.

Hervé Le Bras

Un retraité en France a un revenu moyen supérieur à celui d'un actif, et c'est une tendance extrêmement lourde quand on regarde les évolutions des indices de pauvreté dans les pays développés. La proportion des personnes dont le revenu est inférieur au demi revenu médian diminue constamment à partir de l'âge de 60 ans depuis une trentaine d'années. Il y a de moins en moins de personnes âgées vraiment pauvres, et, inversement la proportion des jeunes pauvres augmente continûment.

C'est un énorme problème. Mais, au lieu qu'il se traduise par un conflit, ce qui serait un sentiment naturel, il s'exprime au contraire en France, par une sorte d'asservissement par transfert. Les personnes âgées aujourd'hui en France redistribuent une grande partie de leurs revenus et de leur patrimoine (notamment par les donations) aux plus jeunes et achètent ainsi leur passivité.

C'est un thème connu de la sociologie de la vieillesse, notamment chez Agnès Pitrou ou Louis Roussel. En échange de la visite des plus jeunes, la génération âgée aide à l'achat d'une voiture, d'un frigidaire, d'un appartement ... Les transferts sont importants. Une fois, dans l'émission « Rive droite, Rive gauche », Beigbeder me disait qu'au fond, le bon système de retraite, étant donné l'évolution de la pyramide des âges, serait de faire payer par les vieux la retraite des jeunes, je lui ai répondu que c'est exactement le système dans lequel nous vivions !

Pierre-Luc Séguillon

Mais avec l'évolution démographique, ne va-t-on pas vers un déséquilibre ?

Hervé Le Bras

Ce déséquilibre est déjà là.

Les jeunes entrent de plus en plus tard sur le marché du travail. La France est le pays en Europe où il y a le moins de personnes qui travaillent après 60 ans et entre 20 et 25 ans. Il y a actuellement un blocage général.

Comment ce blocage va évoluer ? Difficile à dire, mais aucune tendance ne montre aujourd'hui que nous travaillons de plus en plus longtemps.

Jean de Kervasdoué

Quelques mots sur les conséquences économiques du vieillissement.

Le vieillissement de la population n'explique pas l'augmentation des dépenses de santé en France, contrairement à ce qu'ont dit de nombreux ministres.

Il explique 0,5% de l'augmentation, et une simulation faite par le ministère montre qu'en 2050 les dépenses de santé seraient de l'ordre de 11% du PIB (contre 14% aujourd'hui aux USA). En revanche, les finances sociales seront marquées par la nécessaire croissance des fonds requis pour les retraites.

Les plus de 65 ans représentent 16% de la population aujourd'hui. Ce taux sera de 28% en 2030 en France. Le ministre parle même de 40% en Europe ... Il est vrai que nous devrions parler moins des bébés phoques que des italiens, dont la moitié disparaîtront d'ici 2030, parce qu'il y a un taux de natalité, notamment en Italie du Nord, très très faible.

Le sujet de la retraite est un sujet que tout le monde connaît et comprend ... et son poids économique dépend de « l'évaporation » des retraités par la mortalité.

Le sujet dont on ne parle pas, c'est la dépendance. Il y a une loi « scélérate » (Mme Veil qui en est à l'origine en convient), qui date de 1975, et qui distingue, en matière de prise en charge, le secteur sanitaire et le secteur social.

En 1983, la gestion du secteur social a été transférée au Département. Depuis cette date, le souci du Département est d'expliquer que les vieux sont malades, et celui de l'assurance maladie que les malades sont vieux !

Le curseur vieux / malades bouge beaucoup, et c'est une des causes majeures de l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie.

Le ministre a dit récemment que la maladie d'Alzheimer allait être remboursée à 100%. Ce n'était pas le cas jusqu'à présent : le malade était très souvent pris en charge par la famille.

Il y a une dizaine d'années, selon une étude effectuée dans le Loiret, seulement 15% des malades « d'Alzheimer » étaient pris en charge par des institutions. 85% l'étaient donc par la famille.

Quand se met en place l'allocation personnalisée d'autonomie, on crée un droit lié à la personne. Il se produit alors une demande nouvelle, ce que l'on appelle en économie une demande « induite », et fait apparaître des dépenses nouvelles ... à juste titre, puisque ce droit existant pour chacun, tout le monde est « en droit » de demander cette aide.

Le coût de la prise en charge de la dépendance est passée de 1,7 milliards d'euros en 2002 à 3,7 milliards cette année et pourrait rapidement atteindre 8 milliards d'euros.

Tout le débat sera donc de savoir dans quelles conditions va s'exercer la solidarité intergénérationnelle et dans quelles conditions va s'exercer la prise en charge de la dépendance. En sachant qu'aujourd'hui sur le territoire français, les situations sont très disparates : le pire département pour être âgé, dépendant et malade mental, c'est Paris !

Hervé Le Bras

Dans l'augmentation des dépenses de santé, la part démographique joue effectivement un faible rôle.

En revanche, cette augmentation est liée à l'enrichissement des personnes âgées, une part importante de leur budget allant vers les dépenses de santé.

On est devant un cercle vicieux engendré par les retraites de bon niveau et la possession du patrimoine.

Jean de Kervasdoué

Il y a 2 effets liés à l'âge.

Il y a l'effet démographique (aux faibles incidences), et l'effet lié à la conception qu'ont les générations de la médecine, cette conception évoluant avec le temps.

Ce dernier effet est lié à la perception et à la valeur que l'on a du rôle de la médecine ... qui est, aujourd'hui, celles d'un « garagiste » : à chaque fois qu'il y a une panne, on va la faire réparer.

Ce facteur est une cause essentielle de la croissance des dépenses, plus que ne le sont le facteur démographique, ou les facteurs économiques objectifs.

Pierre-Luc Séguillon

Une précision sur le poids de la dépendance : celle-ci sera de plus en plus coûteuse...

Jean de Kervasdoué

Il faut se rappeler d'une chose simple : le poids économique d'un service aussi bien pour l'hôpital que pour la prise en charge de la dépendance se mesure au poids de la main d'œuvre.

Pour avoir une personne à temps plein auprès d'une autre personne, en tenant compte de l'application des 35 heures qui sont les 32 heures dans ce secteur, il faut 7 personnes par an.

Pour cette charge économique, bien des familles offrent de meilleurs services à la personne dépendante que ne le fait une personne professionnelle.

Il y a donc un vrai problème de substitution.

La partie technique médicale de la dépendance ne coûte pas cher. Ce qui coûte cher c'est l'institutionnalisation de la prise en charge.

Pierre-Luc Séguillon

Qui va en supporter le coût ? avec des jeunes de plus en plus pauvres et des vieux de plus en plus nombreux.

Jean de Kervasdoué

La bonne nouvelle, c'est que l'augmentation de notre espérance de vie s'est accompagnée d'une diminution puis d'une plus récente stabilisation du nombre de mois de dépendance.

En 1970, nous avions 12 mois de dépendance. Aujourd'hui, nous en avons 9 ... dans toute une vie !

Ce sont les jeunes retraités qui supporteront le coût de cette dépendance.

Hervé Le Bras

Ce ne sera vrai que pendant un certain temps ... car les couples ayant des enfants de plus en plus tard, l'écart entre les générations va s'accroître dans les années à venir, après s'être beaucoup raccourci dans le passé, à la suite de la période du baby-boom où on se mariait et on faisait des enfants tôt.

Armelle Debru

L'image de vieillesse est marquée par la double intervention des démographes et des médecins, qui a complètement changé l'image de la vieillesse que nous avions au 18^{ème} et 19^{ème} siècle.

En calculant le poids respectif des plus de 60 ans, des plus de 75 ans, etc..., les démographes nous ont donné une représentation de la vieillesse menaçante par le nombre ... on a même parlé de « vieillesse galopante » !

Cette nouvelle image du vieux, qui était par le passé un « individu » dans une famille ou dans un environnement, a été élaborée par le discours démographe.

Ce n'est pas innocent, car ce sont eux qui ont tenu les premiers un discours alarmiste sur la vieillesse ! Ils pensaient que le danger provenait de la disproportion entre les vieux et les jeunes et que la nation en était affaiblie, à une période, le début du 20^{ème} siècle, dominée par des considérations de performance militaire.

Les démographes nous ont fait peur ! Et tout en ayant raison sur les chiffres, ils ont modifié l'image d'une vieillesse tranquille en une image de vieillesse menaçante, en tous cas, pour la nation.

Sur le plan de la médecine, c'est l'apparition de la gériatrie au début du 20^{ème} siècle qui va amener une vision détaillée de la détérioration de l'organisme vieux. De la tête aux pieds, c'est une longue liste de déficiences, de maladies, de faiblesses ... Le vieillard est un corps menacé.

Bien que la médecine fasse du bien, elle continuera à en faire, l'appréhension du corps du vieillard par le médecin a induit un langage qui a conduit à une vision de l'organisme vieux plus négative qu'elle ne l'était auparavant.

Je lance un pavé dans la mare en disant : Messieurs les médecins, votre langage est à l'origine de l'image négative de la vieillesse. Sa médicalisation est trop forte : dépendance, démence Il faut revoir la façon dont vous vous exprimez !

Hervé Le Bras

Je vais « refiler la patate chaude » aux Darwinistes. Car ce qui s'est passé à la fin du 19^{ème} siècle, c'est l'irruption des théories darwinistes dans le champ social : ce qu'on a appelé le Darwinisme social. Les civilisations, et même les races, ont été considérées comme des espèces qui avaient d'abord une croissance, puis une maturité, et qui enfin étaient appelées à disparaître. Cela a conduit aux théories sur le déclin des civilisations. On les retrouve chez Paul Valéry, qui écrivait « nous, civilisations, savons que nous sommes mortelles », phrase qui a servi de base à des dizaines de sujets du baccalauréat ... c'est dire qu'elle était dans l'esprit du temps.

Le terreau intellectuel du début du 20^{ème} siècle puise dans ces théories, et, dans ce contexte, les démographes ont joué leur partie ... en retournant le raisonnement : les darwinistes sociaux affirmaient que les races et civilisations, après une période de croissance, devenaient de plus en plus stériles, avaient du mal à se reproduire, déclinaient et vieillissaient. Les démographes ont retourné la causalité, et Alfred Sauvy y a contribué, en précisant que le vieillissement de la population intervenait alors même que la civilisation « se portait bien », et c'est ce vieillissement qui conduisait au déclin de la civilisation. Dans le livre qu'écrivit Sauvy avec Robert Debré en 1946, « Des français pour la France », un chapitre s'intitule « l'invasion des vieillards ». Sauvy y explique que quand les vieillards seront devenus très nombreux, même les jeunes seront eux-mêmes « vieux » ! C'est là la base de la théorie du déclin de la civilisation.

Je ne plaide pas pour dire que les démographes ont tort ou raison, les démographes sont très variés ... et très variables. Ils n'ont fait, dans le fond, que prendre un vaste train idéologique !

Jean de Kervasdoué

Juste un mot sur les vieux qui seraient de plus en plus nombreux.

On confond deux facteurs qu'il est important de distinguer : le vieillissement de la population, et le fait que la génération du « baby boom » arrive à l'âge de la retraite. Le sujet général du vieillissement n'est pas l'événement démographique aux conséquences, certes, énorme qu'est cette génération qui marque plus d'un siècle et demi.

Hervé Le Bras

Je pense qu'il n'y a pas de vieillissement si on regarde les potentialités de la population.

L'espérance de vie était de 68 ans pour l'homme en 1970. On vient de dépasser aujourd'hui les 75 ans : 7 ans de plus qui ne sont pas 7 ans de misère de plus ! C'est juste un décalage dans le temps.

Quand on compte les gens de plus de 60 ans, bien-sûr leur nombre augmente, mais on fait comme s'ils étaient tous pareils éternellement. Non ! Ils sont différents : la personne de 65 ans d'aujourd'hui est très différente de la personne de 65 ans d'il y a 40 ans ou d'il y a 100 ans.

J'ai vu récemment un graphique montrant que depuis Napoléon, la proportion des personnes âgées avait continuellement augmentée : oui, mais ce n'est pas pour cela qu'il faisait mieux vivre sous Napoléon ! En ce temps là, on était vieux à 40 ans et à 45 ans, on n'avait plus de dents !

On confond vieux et retraité. Or on est aujourd'hui à la retraite à un âge jeune. C'est à 57 ans en France que le nombre d'hommes actifs passe au dessous de 50%, pour un taux proche de 100% d'actifs sur la tranche 25-50 ans.

On considère que sous prétexte que quelqu'un est à la retraite, il est vieux. Les retraités sont vieux socialement, car dépendants du versement de leur retraite et ce, d'autant plus que nous sommes dans un système de répartition. Les retraités sentent qu'ils n'ont pas pris sur leurs revenus et qu'il va falloir « amadouer » les jeunes.

Réduire donc le débat, sur la vieillesse à des considérations démographiques ne permet pas de faire progresser la discussion et amène même de la confusion.

Pierre-Luc Séguillon

Même en étant jeune beaucoup plus longtemps, on tombe malgré tout sous le couperet de cette vieillesse « administrative » représentée par l'âge de la retraite...

Armelle Debru

Cette frontière des 60 ans date de Colbert, et depuis l'administration française a gardé cet âge pour marquer le seuil de la vieillesse.
L'administration évolue lentement !

Jean de Kervasdoué

Quand on a inventé la Sécurité Sociale en 1945, l'espérance de vie (61 ans) était inférieure à l'âge de la retraite (65 ans).

Je pense qu'il ne faut pas trop charger les épaules de nos enfants ! Leur faire supporter, d'un seul trait de plume, 55 milliards d'euros dans le cadre du dernier plan d'assurance maladie, est proprement scandaleux !

Nos jeunes vont devoir financer non seulement nos retraites, et l'évolution des dépenses de dépendance (qui est un vrai sujet), mais aussi, par ce transfert, nos consommations de soins de l'année dernière et de cette année ...

Nous allons bientôt publier le carnet de Santé de la France, qui s'articule cette année autour des « territoires ». On a étudié avec des géographes la relation existante entre les territoires de la médecine, de la santé et de l'économie.

Il n'y a pas de relation entre les territoires de la santé et de la médecine : ce n'est pas parce que l'on consomme plus de soins que l'on vit plus vieux ! Cela, nous le savions.

Il n'y a pas de relations entre les territoires de l'économie et de la santé. Cela est moins évident, car la littérature courante affirme que plus on est riche, plus on vit vieux ! En France, ce n'est pas le cas : un ouvrier de Montpellier vit aussi longtemps qu'un ingénieur de Lille.

La cause majeure, dans le temps et dans l'espace, des écarts d'espérance de vie, est en fait le niveau d'éducation des femmes.

Le sud a refusé l'industrialisation depuis le 19^{ème} siècle, et son niveau d'éducation a été très longtemps supérieur à celui du Nord de la France. Par ailleurs, il a accueilli, ces dernières années, de forts courants de migration au niveau d'éducation moins élevé. Ceci pour expliquer, qu'un département comme l'Hérault qui était au 7^{ème} rang des départements en matière d'espérance de vie il y a 30 ans, se retrouve aujourd'hui au 70^{ème} rang. Alors que le Gers, département voisin, a conservé son rang.

La Bretagne, chère à mon cœur, qui a eu longtemps une faible espérance de vie, a un niveau qui s'améliore significativement depuis peu, et notamment chez les femmes.

Ces considérations nous amènent à nous demander si, pour améliorer la santé des français, il ne vaut pas mieux investir dans l'éducation plutôt que dans la médecine.

En se rappelant que le déficit de l'assurance maladie cette année (14 milliards d'euros) est une fois et demi supérieur au budget de l'enseignement supérieur (9,3 milliards d'euros) et l'équivalent du budget de l'enseignement supérieur et de la recherche (14,6 milliards d'euros).

Emmanuel Hirsch

Nous voilà confrontés à l'exploration forcée de nouveaux territoires jusqu'à présent inexplorés et comme livrés à nos ardentes convoitises. La longévité me fait penser aux polders conquis sur la mer : elle constituerait une extension vers plus de possible.

La question consiste à savoir si l'on a la capacité d'explorer et d'exploiter ces nouveaux territoires, mais aussi de quels moyens nous dotons-nous pour entreprendre cette nouvelle aventure humaine. Que souhaitons-nous faire de ce surplus d'existence ? Doit-on en privilégier des enjeux de longévité sur toute autre considération plus tangible, plus immédiate et qui nous confronte à des réalités certes moins idylliques et utopiques ?

Constatons que dans notre société la vieillesse à laquelle on promet une extension et en quelque sorte une permanence, est trop ramenée à l'expérience de la solitude, de l'exclusion, de la relégation, de la perte d'estime de soi et de rôle social. Se préoccupe-t-on véritablement de tels enjeux ? Comment se permettre une projection dans un futur à ce point idéalisé sans assumer tout d'abord de tels défis, voire tant de contraintes ? La rupture avec la vie active s'accompagne d'un sentiment de désaffection, d'absence de reconnaissance sociale. Comment recréer un sentiment d'appartenance, d'intérêt, un lien social, s'agissant des personnes de la sorte révoquées ?

Le discours scientifique a trop souvent la vertu de neutraliser ou de disqualifier certaines questions essentielles. Il est rassurant d'évoquer la longévité, ne serait-ce qu'afin de conjurer les peurs et fantasmes auxquels renvoie l'image du vieillissement, de la *décrépitude*, de l'exil et de la dérive dans un contexte de mentalité sociale qui mutile la mémoire et anéantit toute perspective d'avenir. Il me semble essentiel de repenser notre relation au devenir, au futur, au possible avant de satisfaire à l'exigence très discutable de longévité. En d'autres termes, peut-on se permettre de viser la longévité alors que nous n'assumons pas, comme il conviendrait morale de la faire, nos devoirs sociaux à l'égard des plus fortes immédiateités ? Je n'hésite pas à reprendre ici la formule de Gaston Bachelard : « *Le réalisme immédiat est une philosophie trop pressée.* »

Pierre-Luc Séguillon

Vous soulignez donc une rupture sociale trop brutale et précoce.

Hervé Le Bras

Cette question de rupture n'est pas facile à résoudre. Ce n'est pas parce qu'on veut se débarrasser d'elles, que les personnes âgées de 57 ans partent à la retraite ... c'est le plus souvent parce qu'elles veulent, et en particulier parce que leur niveau de « formation » est dépassé !

La France est le pays d'Europe au plus faible taux de formation permanente (mesuré en comptabilisant la proportion d'actifs en formation au cours d'une semaine donnée). On forme les jeunes longtemps, puis la vie passe, et ils atteignent l'âge de 57 ans. Ils sont alors encore « jeunes » physiquement et mentalement, mais leur formation, acquise il y a plus de 35 ans, ne vaut plus grand chose. En outre, leur rémunération augmentant à l'ancienneté (en France, plus qu'ailleurs), ils coûtent cher ! La seule solution est souvent de les « virer » et ils acceptent difficilement d'être réengagés à moindre salaire !

Face à ce constat, une solution à cette rupture est effectivement d'apprendre à changer, c'est-à-dire apprendre à avoir une 2^{ème}, voire une 3^{ème} carrière ... en se formant à 35 ans, à 45 ans, etc.....

En Angleterre, qui n'est pas un modèle de pays socialistes, les actifs prennent souvent vers 40 ans une formation de 6 mois, qui leur permet d'acquérir un nouveau métier. A 57 ans, leur formation est alors âgée de 17 ans contre 37 ans pour les Français.

Le biologique n'y est donc pour rien dans cette rupture, c'est une fois de plus l'éducation qui est au cœur du problème !

D'où l'apparition de propositions politiques sous la forme de chèques formation, pouvant donner à la personne entrée tôt sur le marché du travail la possibilité au bout de 10 ou 20 ans de reprendre pendant un an des études.

C'est ni plus ni moins, ce que font depuis plusieurs années les travailleurs américains.

Pierre-Luc Séguillon

Passons aux questions ...

Débat Salle – 2^{ème} table ronde

Question 1 :

J'ai trouvé que le ton général des deux tables rondes présentait l'avancée en âge de manière un peu trop médicale et pessimiste. A une vision médicalisée, on peut opposer une vision biologique. Le problème de chacun est de prendre conscience que « je ne suis plus l'être que j'étais il y a quelques années ». Je suis différent non pas parce que je suis dépendant, malade, ou parce que l'on m'a étiqueté Alzheimer, mais parce que je vieillis normalement.

Est-ce que cette différence se fait toujours dans la dégradation ? Dans l'altération ? Je ne suis pas sûr. Cette différence n'arrive pas toujours vers des déficits. Des études sur les performances cognitives ont montré que cette différence est marquée aussi par des conduites adaptatives. L'expérience montre qu'on utilise des stratégies différentes et les personnes qui avancent en âge ne sont pas toujours déficitaires. La seule manière de se rassurer par rapport à la vieillesse est de ce dire que ce n'est pas toujours négatif. Sainte Beuve a dit que « vieillir est la seule manière de vivre longtemps ».

Jean de Kervasdoué

Je partage votre point de vue, mais ce n'était pas le sujet traité. Nous avons débattu sur un autre sujet : comment du fait du vieillissement de la population, notre société va-t-elle fonctionner dans ses valeurs, son économie, puis dans le lien social ?

Armelle Debru

J'ai été très sensible à ce que vous avez dit. Vous avez raison. A propos du langage médical, de l'approche médicale, c'est tout à fait vrai. Lorsqu'on parle de prise en charge de la dépendance, ce sont des mots « blocs de béton » qui font peur. On peut dépendre un peu, beaucoup de quelqu'un, pour quelque chose : aider sa vieille mère à traverser la rue, ce n'est pas être avec une personne dépendante ! Etre aidé pour porter ses paquets, ou pour aller chercher son pain, ce n'est pas être dépendant. La très forte médicalisation du langage agit sur l'image de la personne et sur son vécu.

Hervé Le Bras

Souvenez-vous de la grève des conducteurs de métro. Pourquoi faisaient-ils grève ?

Parce que l'on remettait en question leur droit à la retraite à 52 ans. Ces gens-là ne craignaient pas la retraite. Le raisonnement était le suivant : On s'est engagé dans un métier dur, on a passé des nuits à conduire des trains et des métros. On l'a fait parce qu'on savait qu'à 52 ans, on serait libéré. Les enquêtes montrent que la majorité des français reste attachée à l'âge au départ à la retraite parce qu'encore beaucoup de métiers restent des métiers durs. Ce qui est dur est aussi de faire le même métier toute sa vie. Toutes les sociétés ne sont pas tendres avec les vieux. Prenez le livre de Jean Malaurie, *les derniers rois de Thulé*, sur les esquimaux. Lorsque l'esquimau n'est plus capable d'effectuer certaines tâches, on lui demande poliment de se

suicider ! Ou le livre intéressant sur la société paysanne en Lozere au XVIIème siècle, écrit par Elisabeth Claverie, un anthropologue historienne, et vous verrez qu'on étouffait parfois le vieillard en le coinçant avec une lourde porte pour s'en débarrasser! Des portes qui étaient appelées des étouffoirs. On ne dit pas assez que notre société n'est plus aussi dure et par là, on entretient un misérabilisme de la vieillesse.

Pierre-Luc Séguillon

Une dernière question pour conclure...Vous avez évoqué la longévité qui pose des problèmes culturels, économiques et sociaux et qui nécessitent une décision politique. Mais qui a le pouvoir politique ? Qui va décider ?

Jean de Kervasdoué

J'ai des enfants qui ont presque 40 ans. Je sens dans leur génération une volonté à juste titre de prendre le pouvoir. Notre génération a eu la chance d'avoir le pouvoir jeune. Cette génération du babyboom ne pourra pas longtemps confisquer toutes les formes de pouvoir aux générations des gens qui ont entre 35 et 45 ans, âges auxquels on devrait pouvoir l'exercer. Le transfert de nos problèmes aux générations futures, nous sera reproché, très sévèrement dans peu de temps, dans une dizaine d'années.

Hervé Le Bras

La classe politique est assise dans la durée c'est-à-dire, une fois que vous avez un mandat vous le conservez. Elle bénéficie de la longévité et de la retraite. Dans les petites communes ou les petites villes, une grande partie du personnel politique est un personnel à la retraite qui trouve là l'occasion de mener une sorte de seconde carrière. Mais cela posera un problème de renouvellement.

Jean de Kervasdoué

La situation française aujourd'hui est très particulière : on dit que Monsieur Sarkozy est très jeune alors qu'il a 50 ans environ, alors que Laurent Fabius était 1^{er} ministre à 36 ans. En 20 ans, la question du pouvoir et de l'âge est traitée de manière très différente. Il est dangereux de ne pas associer les jeunes générations.

Armelle Debru

Je pensais à ce titre de Ionesco, « comment s'en débarrasser ». Nous sommes une génération dont il va falloir se débarrasser mais comment ? Sur le plan politique, il n'est pas sûr que la maturité soit mauvaise. Le courage politique n'est pas lié à l'âge. Toutes les personnes d'un certain âge peuvent être courageuses dans leur décision. Il faut nuancer ce bloc de jugement : les vieux qui sont vieux et les jeunes qui sont jeunes. Il faut en faire une société d'invention, la vieillesse est un champ ouvert à toutes nos idées et à toutes nos créations.

Emmanuel Hirsch

Scientifiquement admise, l'espérance d'une extension de l'existence au-delà des limites habituellement établies constituerait donc l'un des critères d'une nouvelle conception de la condition humaine et donc de la qualité de vie. Il dépendrait de notre seul bon vouloir, fortement soutenu par quelques pouvoirs biomédicaux ou économiques, de nous octroyer une plus grande liberté de vivre.

Vivre plus longtemps permet-il d'espérer vivre mieux ? Pour apporter un gain quantitatif, la

longévité représente une conquête symbolique sur la voie idéale du désir d'immortalité. Les fantasmes de dépassement de la condition humaine sont permanents dans l'histoire, sous des aspects culturels diversifiés.

La richesse et la valeur d'une vie ne se mesurent pas à sa longueur. Si la durée à elle seule ne peut se substituer aux exigences de *vivre sa vie*, c'est-à-dire d'y puiser une signification et d'en édifier un projet, le combat contre les vicissitudes du temps nécessite d'autres armes.

La démarche éthique vise à porter notre existence au niveau le plus accompli d'une créativité personnelle en assumant pleinement nos responsabilités. Une conscience commune de notre finitude comme de notre désir d'éternité nous relie ainsi les uns aux autres. À la vanité d'exercer un illusoire pouvoir sur la vie, se substitue le projet moral de marquer notre présence provisoire par la qualité et l'originalité d'une contribution personnelle qui nous survivrait au-delà de la mort. Que serait un destin n'ayant pour suprême perspective que la tension d'un effort consacré à la seule survie ? Apprendre à s'éterniser, de même que les philosophes classiques imaginaient leur fonction comme un long apprentissage consacré à la mort ? La longévité apparaîtrait comme une requête individuelle, une nouvelle forme d'esthétisme égotiste, mobilisant des efforts considérables au profit d'un droit sélectif à la pérennité.

Henry-Vincent Charbonné

Il m'appartient de conclure. Je retiens de ce débat trois choses, une leçon d'espoir – nous devrions vivre relativement vieux avec assez peu d'ennuis, une leçon de sagesse – nous sommes mortels et nous devons gérer les différents âges de notre vie, et enfin le décalage d'une société conçue avec des valeurs qui correspondaient à 60-65 ans d'espérance de vie. Aujourd'hui, on en a 80 et il faut réinventer.

Merci à nos orateurs de nous avoir prêté de votre temps, de votre savoir et de votre talent. Bonne soirée à tous.