

## Table ronde

animée par Hélène Cardin

*Journaliste*

**JOHN ANDREWS** : j'ai l'honneur de céder la présidence à une collègue journaliste de France Inter, la rédactrice en chef adjointe Madame Hélène Cardin, qui va accueillir toutes les personnes qui sont intervenues ce matin pour une table ronde au cours de laquelle elles pourront répondre à vos questions.

**HÉLÈNE CARDIN** : nous allons vous donner la parole, car je suis sûre que vous avez beaucoup de questions à poser aux intervenants de ce matin, qui ont tous été extrêmement intéressants. Vous savez maintenant ce que pense le professeur Étienne-Émile Baulieu de la retraite et de la planétarisation des moyens de communication...

**CHRISTIANE COLLANGE** : ma question porte sur la différence de longévité entre les hommes et les femmes. C'est un sujet qui préoccupe beaucoup les Françaises, les Européennes, et même les Suédoises que j'ai rencontrées. Est-elle physiologique ? Est-elle en quelque sorte psychologique ? On peut se dire en effet, comme l'a dit le professeur Étienne-Émile Baulieu, que les femmes sont beaucoup plus actives au moment de la retraite que les hommes, et que c'est cela qui les conserve. Où en est la recherche à ce sujet ?

**FRANÇOISE FORETTE** : il y a certainement au moins deux phénomènes impliqués. Le premier phénomène, qui était mis en avant autrefois, c'est l'exposition aux facteurs de risque. Il est vrai que les facteurs de risque étaient, et sont encore, plus nombreux chez l'homme : en particulier le tabagisme, l'alcoolisme, les expositions au stress, la violence. En fait, à égalité de facteurs de risque, les femmes vivent quand même plus longtemps que les hommes. Il est vrai qu'à l'heure actuelle, elles perdent un peu de longévité avec le tabagisme, c'est tout à fait sensible, mais il n'empêche qu'elles vivent plus longtemps, même si elles ont les mêmes facteurs de risque. Il faut bien aller vers des facteurs biologiques, en particulier les facteurs génétiques. Cela n'est pas vrai seulement dans l'espèce humaine. Dans la majorité des espèces, les femelles vivent plus longtemps que les mâles. On pourrait dire que c'est en raison de l'élevage des enfants, qui est absolument nécessaire, mais je trouve que nos compagnons vivent quand même pas mal, ils vivent assez longtemps. On aimerait qu'ils vivent davantage, mais il y a certaines espèces animales où le mâle meurt après avoir fécondé la femelle. Donc, messieurs, vous avez beaucoup gagné par rapport à ces espèces animales... Néanmoins, les grands enjeux de la prévention, et l'un des grands enjeux de la recherche biologique sur les facteurs de vieillissement intrinsèque au niveau cellulaire, moléculaire, etc., restent certainement de diminuer ce fossé entre les hommes et les femmes.

**ÉTIENNE-ÉMILE BAULIEU** : si l'on veut vraiment être court, on répond à votre question : on ne sait pas. Cela, c'est clair. Mais il y a plusieurs pistes, naturellement. La première semble une fausse piste, que j'ai d'ailleurs partiellement empruntée à un moment, à savoir la difficulté pour l'organisme de

résister aux actions délétères des androgènes, des hormones mâles. En quelque sorte, dans une conception en partie évolutionniste, mais aussi conforme à la biologie des hormones, les androgènes pourraient avoir d'abord la vertu de faire des hommes forts et reproducteurs. Il faut pour cela beaucoup d'androgènes chez les jeunes mâles, mais ils peuvent avoir des effets négatifs, en particulier au niveau artériel, sur le cholestérol, etc. C'est une hypothèse recevable, d'après ce que je sais, de façon immédiate et non pas par mon expérience scientifique personnelle. Je n'ai pas travaillé sur cette question. Toutefois, il ne semble pas que les androgènes, contrairement à ce que l'on a pensé, soient particulièrement délétères. Il ne semble pas qu'il y ait du mal à avoir des hormones mâles. Il se trouve que j'ai été invité à plusieurs congrès récents et il m'a semblé que c'était la mode chez les biologistes, en ce moment, de développer pour l'espèce humaine beaucoup de recherches sur la santé des hommes vieillissants, par rapport aux femmes. C'est vraiment un problème d'actualité, je peux vous le dire. Je fais partie d'un grand nombre de comités, de sociétés savantes de par le monde qui sont dévolus à la santé des hommes (des mâles) vieillissants. Cela soulève toutes sortes de problèmes. Par exemple, si les hommes prennent des hormones, quelles seront les conséquences du point de vue du cancer de la prostate ? Il y a beaucoup de questions de ce genre. Cela dit, beaucoup de gens s'accordent actuellement pour penser que le facteur principal, c'est que les hommes se soignent beaucoup moins que les femmes. Les femmes ont plus de courage pour aller voir le médecin. C'est aussi pour elles une nécessité à cause d'une vie reproductive plus « accidentée ». La réponse définitive à votre question, je ne la connais pas. Cela reste un problème extrêmement intéressant. Est-ce que c'est vraiment généralisable chez les animaux ? Ce n'est pas complètement établi.

**HENRI LERIDON** : pour continuer un peu dans la même direction d'explications, il faut rappeler que les inégalités entre hommes et femmes existent presque partout, alors qu'elles n'existaient pas autrefois quand on avait des espérances de vie de l'ordre de 25–30 ans. Les différences étaient très faibles entre hommes et femmes. Aujourd'hui, elles existent, mais elles n'ont quand même pas toutes la même amplitude. C'est 4 ans ici, 5 ans, 8 ou 10 ans ailleurs.

**ÉTIENNE-ÉMILE BAULIEU** : c'est beaucoup moins en Afrique, par exemple.

**HENRI LERIDON** : c'est moins en Afrique, en effet, mais la raison est peut-être la plus grande brièveté de l'espérance de vie. Il faut se souvenir aussi de l'expérience assez dramatique qu'a vécue un pays comme la Russie dans la dernière décennie, où l'on a vu l'espérance de vie masculine chuter de façon invraisemblable. Cela a creusé un écart considérable. En l'espèce, on ne peut invoquer que des explications de nature comportementale. Je pense que ce qui en effet complique l'analyse, c'est que maintenant les différences de mortalité se concentrent sur les âges élevés, sur ce qui se passe après 65 ans. C'est peut-être, c'est probablement un résultat d'origine génétique, pourquoi pas, d'origine biologique, mais il fait intervenir aussi les comportements adoptés pendant les premières 65 années de la vie, et pas seulement de ce que l'on fait au moment de la retraite. Cela ne va pas être très facile à analyser. Je suis assez convaincu qu'il y a une bonne part d'explication dans les comportements. Si on regarde les causes des décès aux âges de 50–60 ans, on voit bien que les hommes sont plus exposés à certains risques que les femmes.

**BRUNO VELLAS** : je voudrais avancer une autre hypothèse dont vous pourrez vous faire une idée dans les minutes qui viennent... Observez les déjeuners et regardez ce que mangent les femmes : elles vont manger peu et bien. Regardez ce que mangent les hommes : ils vont manger plus et vont aller spontanément vers ce qui est peut-être moins conseillé.

**HÉLÈNE CARDIN** : cela, c'est carrément du bon sens.

**ROBERT N. BUTLER :** tout ceci est très intéressant. Il faut souligner en effet que, malheureusement, il faut une sorte de compromis. Vous savez que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Cependant, elles ont plus de problèmes cardiaques. Elles ont plus de problèmes socioéconomiques. Elles peuvent être plus pauvres. Elles peuvent être plus vulnérables au crime, par exemple, et se retrouver seules. Par exemple, aux États-Unis, 40 % des femmes vivent toutes seules et donc, je crois qu'il faut faire attention à ce point-là. De façon plus générale, je crois que les femmes, en effet, vivent plus longtemps que les hommes tout simplement parce qu'elles le méritent.

**HENRI LERIDON :** la situation est très différente d'un pays à l'autre. Les taux de pauvreté en France chez les femmes âgées sont beaucoup plus faibles, par exemple, que ceux observés aux États-Unis. Ceci est lié aux systèmes de propriété et de retraite, aux structures des pensions de reversion. En fait, quand on regarde les écarts de longévité entre les pays, la France est l'un des pays où l'écart est plus important, puisque nous sommes le deuxième pays au monde par l'amplitude de la différence entre l'espérance de vie des femmes, et surtout des femmes âgées, et celle des hommes. Pour les hommes, la France a une espérance de vie assez faible, inférieure même, je crois, à ce qui est observé en Grande-Bretagne. La majeure partie des écarts entre les hommes et les femmes, dans les populations actuelles, a été acquise avant l'âge de 65 ans. Donc, quand on projette à la fois – malheureusement – les taux de tabagisme féminin et les habitudes de vie des générations actuelles, on peut espérer que l'écart aura tendance à se réduire et il me semble que c'est ce que les démographes incluent dans leurs projections.

**FRANÇOISE FORETTE :** il y a davantage de comportements violents chez les hommes, y compris les accidents de moto ou de voitures.

**UN INTERVENANT :** je voudrais revenir à la question de la recherche clinique, qui a été abordée de nombreuses fois, notamment il y a quelques instants par Étienne-Émile Baulieu. Dans le domaine de la recherche thérapeutique, bien sûr, il y a des maladies de personnes âgées, par exemple la maladie d'Alzheimer, etc. Mais le problème se pose de l'adaptation de la recherche clinique par rapport à l'ensemble des traitements qui sont validés principalement chez l'adulte et qui, effectivement, ne sont pas validés par l'expertise thérapeutique chez les personnes âgées. Quelles seraient vos recommandations pour la conception et pour le financement de ces études ? Une firme qui a démontré efficacement l'utilité d'un médicament chez l'adulte a-t-elle un « intérêt » à apporter ces preuves chez les personnes âgées ?

**HÉLÈNE CARDIN :** le professeur Étienne-Émile Baulieu a effectivement évoqué ce problème à la fin de son exposé.

**FRANÇOISE FORETTE :** il y a deux façons d'envisager ce problème, qui sera d'ailleurs évoqué en détail par notre collègue Vetel cet après-midi. La première, c'est la manière coercitive, si je puis dire. Elle consisterait à décréter qu'aucun produit destiné à être prescrit à des sujets de plus de 60 ans n'obtiendrait l'AMM pleine et entière s'il n'y avait pas des études faites sur les sujets de plus de 60 ans. Il s'agirait en somme de légiférer, comme on sait si bien le faire en France. On peut aussi, de façon moins autoritaire, prendre acte d'une évolution actuelle dans le bon sens. Dans la mesure où l'ensemble des firmes pharmaceutiques savent très bien, maintenant, que la majorité de leurs médicaments sont prescrits chez les personnes de plus de 60 ans, on voit que l'âge d'entrée dans les essais s'élève. Pour les maladies qui sont relativement plus fréquentes chez les personnes âgées, par exemple la maladie d'Alzheimer, dans tous les essais qui ont été montrés ce matin, la moyenne d'âge de la population était de 72 ans. C'est donc tout à fait différent de la plupart des essais thérapeutiques

réalisés dans d'autres domaines. Soit il faut être coercitif, soit il faut que les entreprises s'engagent dans cette voie, et elles le font, qu'elles travaillent davantage dans cette partie de la population.

**ROBERT N. BUTLER :** aux États-Unis, malheureusement, il n'y a aucune exigence relative à l'âge pour l'obtention de l'équivalent américain de l'AMM. Si vous regardez les taux de participation dans les domaines de recherche, ils sont très bas et pas du tout reliés à l'incidence des maladies. En revanche, nous avons des exigences concernant la représentation des femmes et celle des minorités, mais pas celle des personnes plus âgées. C'est vraiment un problème sérieux. Nous sommes un peu sur la défensive. Nous disons qu'il ne faut pas utiliser des personnes fragiles, parce que nous ne devons pas les traiter comme des « cobayes », si je peux dire. Mais en fait, nous connaissons des études récentes et même de plus anciennes, par exemple, en oncologie. Ces études ont montré qu'il fallait réduire les posologies des médicaments anticancéreux chez les personnes âgées.

Je crois que le vieillissement est complètement différentiel. Les personnes âgées ont des polyopathologies et des polymérisations et, généralement, elles ne sont pas impliquées dans les études thérapeutiques parce que les critères d'inclusion dans ces études thérapeutiques sont extrêmement sévères. On n'accepte pas les comorbidités. C'est pourquoi les populations que nous traitons dans la communauté ou dans les hôpitaux sont très différentes des populations qui ont été incluses dans les essais. La première chose à faire, c'est de former des pharmacologues-cliniciens, plus aptes à mieux connaître la physiologie, le comportement des médicaments dans l'organisme âgé, les interactions médicamenteuses, etc. Cette meilleure connaissance permettra aussi une diminution des coûts.

**FRANÇOISE FORETTE :** je voulais juste ajouter un mot sur la coercition. Je suis contre le fait de légiférer, de dire : aucun médicament ne sera mis sur le marché chez des personnes âgées s'il n'y a pas d'études. En effet, si l'on introduit une pareille contrainte, un certain nombre de firmes renonceront à faire les études et on aboutirait à des restrictions d'indications défavorables aux personnes âgées. On dira que tel médicament, qui est une innovation, peut être prescrit jusqu'à 60 ans et pas au-delà, puisqu'il n'y a pas d'études. On entrerait dans une ère de discrimination et non pas de progrès. Il faut laisser le clinicien, le gériatre en particulier, mais pas seulement le gériatre, avoir le bon sens d'adapter ses posologies, quand il est nécessaire de les adapter, et ça ne l'est pas toujours, comme le professeur Butler l'a dit, à un patient déterminé.

**PIERRE GODEAU :** je voulais intervenir pour renforcer ce que disait Jean-Pierre Michel, car si j'avais pris la parole j'aurais dit pratiquement ce qu'il a dit. Je pense que dans tous les essais thérapeutiques, on a tendance à vouloir cibler la population que l'on étudie de façon trop restrictive. On prend des cas typiques. On élimine tout ce que l'on appellerait *borderline*. En réalité, la majorité des cas qui posent des problèmes sont justement ces cas *borderline*. C'est une considération qui va au-delà du problème de l'inclusion des sujets âgés. Chaque fois que l'on fait un essai thérapeutique, on prend des cas tellement typiques que l'on oublie tout ce qui est atypique alors qu'en médecine, les formes atypiques représentent la majorité des cas. C'est la raison pour laquelle la décision du clinicien doit rester souveraine. On ne doit pas lui imposer des critères trop stricts, en application d'un prétendu principe de précaution qui, finalement, paralyse la recherche et les initiatives personnelles. La médecine et la science, en général, ont toujours progressé par des initiatives personnelles, et parfois en contradiction avec la règle du grand nombre.

**CHRISTIAN RICHE :** je ne voudrais pas polémiquer sur ce sujet qui est capital, mais rappeler que le professeur Lucien Abenhaïm, à la Direction générale de la santé, a plusieurs fois abordé ce sujet des études de post-marketing et la différence qu'il y a entre le profil d'utilisation du produit dans les essais et le profil d'utilisation réelle. Je crois que, justement, le problème de la personne âgée entre tout à fait

dans cette problématique qui est en réflexion, qui va impliquer de modifier la manière d'aborder le post-marketing et le suivi en post-marketing. Qui va payer ? Comment va-t-on organiser tout cela ? Je crois effectivement que c'est un domaine de réflexion actuelle.

**UN INTERVENANT :** je voulais savoir si vous avez fait des études sur les classes d'âge précédant le vieillissement supposé. On se rend compte avec les modes de vie de la modernité – on le constate d'une manière empirique – que dans les classes d'âge, grosso modo, de 30 à 50 ans, il existe des facteurs d'accélération d'un certain vieillissement. Je voulais savoir si les gériatres travaillent de façon interdisciplinaire avec leurs autres collègues. Commencent-ils à travailler sur ces questions ? Car, effectivement, les problèmes ne commencent pas à la retraite. Il faut envisager le management de la vie dans son ensemble et pas seulement la gestion des classes d'âge vieillissantes.

**STÉPHANE JACOBZONE :** mes collègues médecins pourraient sans doute en parler mieux que moi, mais il existe des études de cohorte très célèbres, comme l'étude de Framingham ou l'étude des fonctionnaires britanniques, qui ont déterminé les facteurs de longévité grâce à des données longitudinales. Le problème, en fait, tient souvent à la disponibilité de l'outil. Nos amis britanniques et américains sont très célèbres pour les études longitudinales de très longue portée. Ces études sont moins nombreuses en France. Les outils ne sont peut-être pas tout à fait au même niveau, mais on peut quand même citer, à ma connaissance, les travaux épidémiologiques réalisés chez les salariés de EDF/GDF. Il s'agit là d'une cohorte importante qui devrait être suivie sur une très longue période. On peut également, en tant qu'économiste, souhaiter qu'à terme la France se dote de plus d'outils permettant de suivre le vieillissement de façon longitudinale. J'aimerais à ce sujet porter à votre connaissance les travaux de l'enquête américaine *Health and Retirement Study*, enquête sur la santé et la retraite, qui vise à suivre des personnes pendant une durée de 10 à 15 ans, à partir de l'âge de 50 à 55 ans, à travers la retraite, le vieillissement, le veuvage, les cessations d'activité, les problèmes de santé, et qui permet d'appréhender de façon multidisciplinaire la question du vieillissement. Je sais qu'actuellement les responsables de l'Institut national du vieillissement américain, qui ont financé cette étude, essayent par tous les moyens de susciter des initiatives similaires en Europe. On a aujourd'hui une étude longitudinale britannique sur le vieillissement qui a été lancée. En France, quelques chercheurs au DELTA (Département et laboratoire d'économie théorique et appliquée) essaient de réfléchir sur ces questions. La Commission européenne s'y intéresse également, mais il faudrait qu'à terme, on ait de véritables panels qui puissent suivre des populations âgées significatives sur une longue période et dans de multiples dimensions de leur vie : financière, sanitaire, sociale et matérielle.

**JEAN-PIERRE MICHEL :** je voudrais insister sur cette notion d'étude longitudinale. Elle a bien été ciblée par une étude faite à l'Onu sur les recherches gériatriques en Europe. Je pense qu'il est extrêmement dangereux de tirer des conclusions avant de disposer de ces données de suivi de cohorte. Je vais vous donner un exemple majeur de ces dangers. À Genève, une étude a été réalisée tout récemment sur l'isolement de la population âgée vivant dans la ville de Genève. On est tombé sur des résultats qui ont affolé tout le monde, la presse en particulier, selon lesquels 20 % des personnes âgées de Genève sont complètement isolées. Or, la même étude a été faite en même temps parmi les étudiants de Genève et on retrouve exactement le même chiffre de 20 %. Je vous laisse conclure... Je crois qu'il faut bien se garder de comparer des cohortes différentes et se méfier de toute interprétation trop hâtive.

**OLIVIER ADAM :** aujourd'hui, on vit dans un monde d'action. C'est paradoxal dans la mesure où la durée du travail, qui est légale, est adaptée effectivement à une durée de vie qui, on l'a vu, est complètement modifiée aujourd'hui. Or, pour un certain nombre de raisons de contexte économique, on arrive à une situation dans laquelle le départ à la retraite se fait de façon de plus en plus précoce. On a cité

pour les personnes de 55 à 60 ans la proportion d'un actif sur trois. C'est effectivement une donnée qui va tout à fait à contre-courant de ce que l'on vient de dire aujourd'hui. Est-ce qu'il y a sur cette question – qui a été abordée par un certain nombre des conférenciers – des recherches transversales et multidisciplinaires, qui associent à la fois des ergonomes, des économistes, des représentants du monde du travail et des entreprises, des ressources humaines, des syndicalistes ? Car on voit mal effectivement comment on pourra continuer à augmenter la durée de vie et limiter la durée du travail.

**STÉPHANE JACOBZONE :** à ma connaissance, le Conseil d'analyse économique, placé auprès du Premier ministre, a un groupe de réflexion, je crois, sur les travailleurs âgés. Il y a sur ce sujet une publication de l'OCDE, l'Organisation pour la coopération et le développement économiques. L'OCDE développe actuellement une enquête transversale avec un examen par pays des travailleurs âgés. Je ne sais pas si la France fait encore partie de cette étude, mais je sais que la Belgique était en train d'être étudiée et le cas de la Finlande est souvent cité. Ils ont un institut des accidents de travail dont le responsable n'arrête pas de circuler à travers le monde. Effectivement, c'est grâce à une approche multidisciplinaire que l'on permettra le maintien dans l'emploi, en essayant de regarder à la fois la capacité ergonomique des individus âgés, leur capacité à s'adapter aux horaires et l'adaptation du milieu du travail. Il ne faut pas se leurrer. Il y a deux points importants qui doivent constamment être rappelés. Premièrement : ce n'est pas parce que les personnes restent sur le marché du travail plus longtemps que l'on va empêcher les jeunes de travailler, au contraire. Quand on regarde les pays qui ont les niveaux de chômage les plus bas aujourd'hui, ce sont ceux où à la fois les personnes âgées travaillent le plus longtemps et où les jeunes travaillent. C'est une perception sociale qui est totalement erronée et qui est malheureusement véhiculée dans le discours ambiant en France. Le deuxième point, c'est quand même l'importance des incitations économiques, c'est-à-dire l'idée qu'il doit y avoir un lien entre la durée travaillée et le montant de la retraite. Il faut mettre en place, d'une certaine façon, une espèce de capital actuariel accumulé au cours de la vie active auquel soit proportionné le montant des droits à la retraite. Par rapport à cela, il faut malgré tout laisser une certaine flexibilité aux individus par rapport à leurs trajectoires individuelles.

**FRANÇOISE FORETTE :** je voudrais ajouter que, bien évidemment, il faudra que le système se transforme et, cela, tout le monde le sait. Quelques pistes ont déjà été données par le ministre des Affaires sociales, François Fillon, sur le problème des retraites. Le problème, c'est que c'est très, très mal supporté, comme vous le savez, par la mentalité française. On pourrait imaginer qu'il y ait en France, avec un vieillissement qui se fait, dans l'ensemble, en bonne santé, surtout pour les plus de 60 ans, de 60 à 70 ans, une volonté de revendiquer le droit au travail. Comme vous le savez, ce n'est pas du tout le cas. Nous avons fait, au sein de l'ILC, *International Longevity Center*, une étude tout à fait exemplaire sur les baby-boomers. Cette étude a montré que, quel que soit l'âge supposé de la retraite, les personnes veulent partir 5 ans plus tôt. Ceux qui devaient s'arrêter à 60 ans disaient qu'ils aimeraient bien s'arrêter à 55, ceux qui devaient s'arrêter à 55 ans, puisqu'il y a des métiers où l'on s'arrête à 55, disaient qu'ils voulaient s'arrêter à 50. À l'heure actuelle, en France, il existe une volonté de la majorité des citoyens de s'arrêter très tôt de travailler, même si ce n'est pas possible. Une autre attitude un peu schizophrénique est celle des décideurs industriels. Quand vous parlez de l'âge de la retraite avec l'ensemble des décideurs industriels, ils s'écrient : mais oui, il faut continuer à travailler plus longtemps. Mais, inversement, ce sont ces mêmes industriels qui depuis 5 ou 10 ans ont énormément « dégraissé », comme on dit, aux dépens de leurs travailleurs les plus âgés, simplement parce que ces travailleurs les plus âgés sont les travailleurs les plus coûteux. Et comme il fallait réduire les effectifs, on les comprend aussi, chaque système a sa logique, ce sont les plus âgés qui ont été touchés. Les chefs d'entreprise pratiquent le discours : « il faut que la France travaille plus longtemps » et, en même temps, dans bon nombre d'entreprises, on met fin à l'activité des gens d'âge mûr avec le système des préretraites,

qui a été véritablement une aide à la majorité des industriels. François Fillon a annoncé, heureusement, que ce système des préretraites allait se terminer, mais il faut reconnaître que les entrepreneurs ont eu là une attitude un peu schizophrène. Nous avons mené cette étude au sein de l'ILC en France il y a quelques années et nous avons en chantier, en association avec le Credoc, une étude sur les blocages de la société française vis-à-vis d'une réforme du système des retraites. Quand on fait une analyse qualitative, c'est-à-dire un sondage, on demande aux personnes : « Est-ce que vous consentiriez à travailler plus longtemps ? » La réponse est « non ». Presque 100 % des personnes veulent s'arrêter plus tôt. Lorsque vous leur demandez : « Êtes-vous favorable aux fonds de pension ? » Presque 100 % des gens disent « Non, les fonds de pension ce n'est pas bien du tout ». C'est le système américain, c'est Enron et tout cela, c'est très mauvais. Mais si on leur dit : « Très bien, vous êtes contre les fonds de pension, mais vous-mêmes, est-ce que vous avez commencé à penser à votre retraite et à vous aménager un certain capital pour votre retraite ? » Alors, dans 50 % des cas, la réponse est « oui ». Ce qui importe, c'est de savoir ce que les Français savent du système par répartition, car finalement ils n'ont pas compris ce qu'était ce système. Ils ne savent pas ce qu'ils sont capables d'accepter quand on leur dit : « Si on garde le système tel qu'il est, vous aurez des retraites du même montant et vous partirez au même âge, c'est-à-dire 55 à 60 ans, et voilà les conséquences pour vos enfants ». La réponse que nous avaient faite les baby-boomers, c'est que de toute façon, l'État y pourvoira. Ce qu'il faut bien faire comprendre aux gens, c'est que l'État ce sera leurs enfants. Et à quels prélèvements obligatoires leurs enfants devront-ils s'astreindre pour payer un système qui ne peut plus être efficace dans les mêmes conditions ? Nous allons faire cette étude parce que nous pensons que, dans les années qui viennent, les gouvernements devront faire un effort massif de pédagogie et de communication pour faire accepter des changements qui, de toute façon, sont inéluctables.

**ROBERT N. BUTLER :** oui, je souhaiterais ajouter de l'eau à ce moulin en fonction de l'expérience américaine. Nous avons aux États-Unis, vous le savez, des lois qui interdisent la discrimination par le sexe et par l'âge. Nous pouvons prendre des mesures dans ce cadre-là. C'est une loi très contraignante aux États-Unis. Depuis cette débâcle Enron, depuis la chute des marchés boursiers et depuis l'augmentation du chômage, les études nous montrent que les systèmes de retraites qui protégeaient tous les travailleurs ne sont plus aussi bons. Maintenant, comme vous le dites, les personnes les plus âgées sont en effet licenciées. Nous apprendrons beaucoup peut-être du lien entre l'emploi, les opportunités et la discrimination. En effet, si l'on regarde la réalité en face, on voit que de plus en plus de personnes vont devoir trouver comment financer cette longévité, qu'ils le souhaitent ou pas. Il faudra des changements de mentalité considérables en ce qui concerne les personnes elles-mêmes. On ne peut pas vivre plus longtemps sans trouver de nouvelles sources de financement. Aux États-Unis notamment, nous avons découvert, dans notre centre, que 20 % seulement des adultes aux États-Unis ont compris que l'âge auquel on pouvait bénéficier des avantages sociaux était repoussé de 65 à 67 ans. Il y a donc un large pourcentage de la population qui n'est pas au courant. Il faudra bien pourtant que l'on pense à ces retraites et à leur financement avec l'âge élevé de la retraite.

**STÉPHANE JACOBZONE :** les ménages ont eux aussi une attitude schizophrénique. Si l'économie suppose que les agents sont rationnels, l'hypothèse de l'équivalence ricardienne va peut-être se vérifier. C'est une hypothèse avancée par les économistes et qui dit que d'une certaine façon, face à des défaillances de l'État, les actions des agents privés vont avoir tendance à compenser. En France, on observe un développement très important de l'assurance-vie et des différentes formes d'épargne, au moins équivalent à ce que se passe dans de nombreux autres pays, notamment aux États-Unis. Face à ce phénomène d'épargne, on peut se demander s'il n'y a pas effectivement des substitutions par des décideurs privés, qui anticipent bien les difficultés. Les épargnants français, d'une certaine façon, essayent eux-mêmes, d'ores et déjà, de se protéger en utilisant les canaux de la fiscalité existante, qui

sont plutôt ceux de l'assurance-vie que des fonds de pension. À mon sens, le vrai problème, c'est qu'à force de ne pas traiter le problème, on continue d'entretenir cette espèce de crainte collective de faillite du système alors que, entre autres, l'exemple de la Suède montre que l'on peut trouver un équilibre dynamique du système grâce à une formule actuarielle où, d'année en année, on ajusterait l'évolution, un peu comme on ajusterait une valeur du point. On accroîtrait ou l'on décroîtrait la valeur du point de retraite en fonction des gains d'espérance de vie observés dans l'année. On pourrait très bien avoir une formule où l'on modifierait chaque année la durée de la vie active et l'évolution de l'ajustement de la retraite par rapport aux salaires, en tenant compte dans la formule de la capacité à financer, c'est-à-dire de l'évolution de la durée de vie. C'est ce que les Suédois ont fait. Et pourquoi ce qui marche en Suède, dans un pays social-démocrate avec une institution sociale extrêmement développée, ne pourrait-il pas être transposé en France ? Enfin, par rapport à ce que disait Robert N. Butler, il me semble également qu'il faudrait alléger les règles du cumul. Il faudrait permettre aux personnes âgées de travailler tout en cumulant leur retraite, aussi longtemps qu'elles le veulent, et que la perception négative du cumul soit totalement éliminée. Aux États-Unis, récemment, une mesure importante a été prise de façon entièrement bipartisane, par les Républicains et les Démocrates, du temps du président Clinton, pour éliminer les restrictions au cumul des revenus, compte tenu de l'activité des retraités pendant leur retraite. Ce sont des choses auxquelles il faut également penser en France.

**MICHAEL SPEDDING :** j'ai entendu ce matin que les coûts pour la santé sont vraiment influencés par le placement en institution des personnes à la fin de leur vie. Et donc, il faut faire tout pour éviter cela que ce soit avec des médicaments, avec des aides à domicile, avec des auxiliaires de vie ou par le maintien d'activités. Le maintien des activités physiques et intellectuelles est certainement très important. C'est ce que les anglo-saxons expriment par l'aphorisme « *use it or lose it* ». On a décrit des effets remarquables sur la qualité de vie avec l'entraînement physique des personnes âgées, des effets pas seulement physiques, mais pléiotropiques. On peut utiliser des médicaments en cas de maladie avérée. Pour diminuer les coûts, il faut tout faire pour diminuer ou retarder le placement en institution. Les médicaments qui permettraient de corriger les MCI pourraient jouer un rôle très important.

**BRUNO VELLAS :** je voudrais faire un commentaire sur ce que l'on peut faire dans l'immédiat, avant même d'avoir des résultats de toutes ces études sur les médicaments. Il faut dès à présent s'efforcer de diminuer les placements qui sont faits en urgence et mal faits. De temps en temps, le placement en maison de retraite peut être une bonne chose pour une personne âgée qui ne peut pas continuer à vivre seule. Mais tous les jours, dans tous les hôpitaux, dans nos services d'urgence, tous les médias s'en sont fait l'écho, on voit arriver un grand nombre de personnes âgées qui sont adressées en urgence alors qu'elles ont seulement besoin d'un placement. Or, le placement est l'exemple même d'une démarche qui ne doit pas se faire dans l'urgence. Un placement fait en urgence sera mal fait. Il va entraîner des dysfonctionnements, de longues hospitalisations, une déstabilisation de la personne. Il faut savoir programmer et organiser le placement en maison de retraite quand il doit se faire. L'amélioration des conditions du placement en institution est une action importante qui pourrait être entreprise dès à présent.

**JEAN-PIERRE MICHEL :** ce qui a été dit ce matin par rapport au coût institutionnel est tout à fait vrai et je voudrais me référer à des études qui ont été faites par Bengt Winblad, chercheur suédois qui travaille énormément avec Bruno Vellas, par rapport au coût global de la démence. B. Winblad a montré que la majeure partie des coûts de la démence, deux tiers à trois quarts, sont liés à l'institutionnalisation. Le coût du diagnostic est inférieur à 1 %, le coût du traitement est inférieur à 1 %, le coût des hôpitaux de jour est inférieur à 1 %. Ce sont des chiffres qui montrent bien que l'institutionnalisation est la chose qu'il faudrait essayer de combattre en priorité. On peut objecter toutefois que ce sont des

données suédoises. Ce qui importe, en fait, c'est de voir quel est le rapport entre le soignant professionnel et ce que l'on appelle le réseau informel de soins : la famille, les enfants, les voisins et autres. Je crois que c'est le point essentiel. Il se trouve parmi les personnes âgées – en particulier dans une ville comme Genève où il y a beaucoup d'organisations internationales – des sujets étrangers qui sont complètement isolés (ce n'est pas la première fois que je le dis), et qui n'ont aucun support amical ou familial pour les maintenir à domicile. Quand on parle d'une maladie comme la maladie d'Alzheimer, la souffrance des familles est absolument extraordinaire. Donc on a certainement des choses à faire sur le plan médical et je suis tout à fait d'accord avec ce qu'a dit Bruno Vellas. Je pense aussi que nous devons prendre conscience que nous sommes dans un parcours de vie où nous avons à cultiver, si je peux employer cette métaphore, des fleurs relationnelles. Nous devons les semer, les nourrir, les entretenir, les aménager, continuer à les faire fleurir. Ces fleurs relationnelles nous serviront tout au long de la vie pour que le soin informel trouve sa place. Il faut favoriser le support au niveau de la communauté, le support au niveau des familles et aussi, peut-être, prévoir des « lits de répit » ou des soutiens de répit, pour soulager l'entourage afin d'éviter cette hospitalisation où nous n'aimerions pas aller. Pour terminer, je voudrais citer une étude parue dans le *New England Journal of Medicine* en février 1991. D'après cette projection, 43 % des Américains âgés de 65 ans ou plus en 1990 finiraient leur vie en institution, ce qui est complètement affolant et nous oblige à faire autre chose que simplement attendre ce moment-là.

**FRANÇOISE FORETTE :** je suis totalement en accord avec tout ce qui vient d'être dit. Il faut quand même souligner qu'en France, les taux de placement en institution sont quand même relativement bas. C'est environ 5 % de la population de plus de 65 ans. Cela augmente avec l'âge, bien évidemment, mais ce n'est que 12 à 15 %, selon les formes de l'institutionnalisation, après 80 ans. Pour ce qui est de la maladie d'Alzheimer, vous savez que 80 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées sont traités dans et par leurs familles, d'où une charge extrêmement lourde et la souffrance de ces familles qu'a soulignée notre ami Jean-Pierre Michel. Donc, l'institutionnalisation en France est quand même relativement peu fréquente et beaucoup moins fréquente qu'en Suède. Il en résulte que le coût de l'institutionnalisation dans le coût de la maladie en France est quand même inférieur aux statistiques suédoises, pour des raisons de différence de taux d'institutionnalisation. Pour répondre à Michael Spedding sur l'injonction « *use it or lose it* », c'est vrai pour l'activité physique, c'est tout à fait vrai pour l'activité cérébrale, c'est aussi vrai pour l'activité sexuelle. Vous savez qu'il y a un grand aphorisme gériatrique qui dit que l'activité sexuelle, c'est le contraire de la pile Wonder®, cela ne s'use que si on ne s'en sert pas...

