

Rapport sur le vieillissement

N° 59 - 25 mai 1998

Sommaire

I^{ère} partie : Des faits à considérer

I - L'augmentation de la longévité

II - Le processus physiologique de vieillissement

III - L'espérance de vie sans incapacité

IV - Incapacité et dépendances

V - La fin de vie

II^{ème} partie : Réflexions et orientations éthiques

I - Réduire les inégalités du vieillissement

II - Prévenir et prendre en charge la dépendance

III - Développer la gériatrie

Conclusion

Résumé

Références

Annexes

L'espérance moyenne de vie de l'homme connaît depuis plusieurs décennies la phase de croissance la plus rapide de toute l'histoire de l'humanité. En France, il est d'ores et déjà acquis que, dès 2010, il y aura plus de personnes de plus de 60 ans que de personnes de moins de 20 ans. Les plus de 60 ans qui étaient 11 millions en 1990 seront 16 millions en 2015. Dès 1997, la moitié des femmes et le quart des hommes de notre pays pouvaient espérer atteindre 85 ans. Cette longévité va encore progresser.

Ce fait représente un problème majeur de notre société pour les prochaines décennies... Les problèmes posés ne sont pas seulement du domaine économique. Il convient aussi de les aborder dans leur **dimension éthique**.

Si les réponses appropriées ne sont pas apportées rapidement, il est à craindre que s'accroissent l'isolement et l'exclusion que connaissent déjà, dans notre société, un grand nombre de personnes âgées.

Le CCNE a estimé qu'il était dans ses attributions d'entreprendre dès maintenant une réflexion approfondie sur le thème du **Vieillissement**.

I^{ère} partie : Des faits à considérer

I - L'augmentation de la longévité

1 - Dans le monde

L'espérance moyenne de vie de l'homme dans le monde occidental est passé en un siècle de 47 à 79 ans. Elle atteindra 85 ans dans les années 2010.

L'accroissement de la population âgée et très âgée est le principal phénomène de société de cette fin de siècle (1).

Ce processus n'est pas seulement observé dans les pays industrialisés. Il se poursuit et s'accroît également dans les pays en voie de développement. Cette augmentation de

longévité aura comme conséquence la transformation progressive de la population au niveau planétaire. C'est là une des données de base fondamentale du futur proche de l'humanité. C'est la phase de croissance la plus rapide de toute son histoire.

Entre 1900 et 2100 la population du globe aura augmenté de 700% = de 1,6 milliards à 11,5 milliards, soit une augmentation de 10 milliards d'habitants.

En 1950 la population mondiale était de 2,5 milliards. En 1970, 3,7 milliards, en 1994, 5,6 milliards. En 1999 elle sera de 6 milliards et en 2050 de 10 milliards, selon les projections des Nations Unies (2). La fraction de population de 65 ans et plus qui n'était que de 128 millions en 1950 (5,1%) atteindra 419 millions dès l'an 2000 (6,8%). Cette proportion va s'accélérer dans la première moitié du XXI^e siècle, elle atteindra 14,7% de la population du globe en 2050, soit 1,5 milliards de personnes âgées de 65 ans ou plus.

La fraction de la population de 80 ans et plus va augmenter de 13 à 137 millions de personnes en 2025. Le facteur de croissance sera de 3 pour les plus de 60 ans et de 10 pour les plus de 80 ans. La tendance sera sensible sur tous les continents.

Mais il convient d'ajouter à ce tableau global que ces variations touchent de façon inégale les populations (3, 4). Il en est ainsi quand on considère les différences entre les hommes et les femmes : en 1950 et 2000 l'espérance de vie des femmes a augmenté de 20 ans, celle des hommes de 18 ans. La différence d'espérance de vie entre hommes et femmes est de 3 ans en Asie et en Afrique, de 7 ans en Amérique du Nord, de 8 ans en Europe. En dépit des avancées médicales et de la recherche, l'homme continue à vivre en moyenne 7 à 8 ans de moins que la femme. De plus, l'espérance de vie actuelle plus courte et l'accroissement démographique plus importants en Afrique que dans le reste du monde doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Concernant les pays développés, l'ensemble des études démographique publiées ces vingt dernières années montrent un accroissement régulier de ***l'espérance de vie moyenne des hommes et des femmes (environ 3 mois par an) avec une différence constante entre les hommes et les femmes, ce qui conduit à la projection suivante, en nombre d'années (5) :***

	Femmes	Hommes
1990	81	72
2030	88	79
2050	90	82

Il faut également souligner que l'augmentation de la population âgée sera loin d'être compensée par la venue de nouveaux enfants sur lesquels reposera la force de travail des futures générations.

2 - En France

Concernant la population française, comme nous l'avons vu plus haut, une très large fraction peut dorénavant atteindre 85 ans, et dès lors les femmes peuvent espérer vivre encore 6,4 ans et les hommes 5,2 ans. Ainsi, et autrement dit, en 2010 il y aura plus de personnes de plus de 60 ans que de personnes de moins de 20 ans, avec une particulière augmentation de la tranche d'âge 75-79 ans. Dès 2025, 25% de la population française aura plus de 60 ans et 40% cinquante ans ou plus.

3 - Des Rapports à suivre (7) : trente ans de îpolitique vieillesseî

Les données précédentes suffisent à prévoir les conséquences que vont avoir pour la société îla révolution de la longévitéî (5).

Elle justifie que s'engage à son propos la réflexion éthique.

Celle-ci doit être conduite dans la continuité des réflexions et propositions menées en France depuis plus de trente ans sur la politique de la vieillesse.

Elles ont donné lieu à trois rapports officiels successifs qui ont été jusqu'à ce jour à la base de la réponse politique aux problèmes posés par les personnes âgées. Le rapport de la «Commission d'étude des problèmes de la vieillesse», dit rapport LAROQUE, 1962 (8).

Le rapport de «l'intergroupe pour l'étude des problèmes relatifs aux personnes âgées», du Commissariat Général au Plan (préparation du VI^e Plan, 1971-1975) dit rapport QUESTIAUX, 1971, (9).

Le rapport «Vieillir demain» du groupe Prospective Personnes âgées (préparation du VII^e Plan), dit rapport LION, 1982 (10).

En dépit de leur qualité et de la pertinence de leurs conclusions, les travaux de ces commissions officielles paraissent n'avoir pas recueilli tout l'écho qu'elles méritaient. Par ailleurs, bien qu'elles aient été prévisibles, les conséquences de la longévité semblent n'avoir pas été jusqu'ici prises en compte pour ce qu'elles sont : ***l'un des problèmes majeurs de notre société pour les prochaines décennies***.

II - Le processus physiologique de vieillissement

Le vieillissement est un processus qui, au long des années, transforme un sujet adulte en bonne santé en un individu fragile, dont la compétence et les réserves d'énergie diminuent au niveau de la plupart des systèmes physiologiques, et ainsi devient de plus en plus vulnérable à de nombreuses maladies et donc susceptible de mourir rapidement.

Le processus du vieillissement est aussi mystérieux que l'ont été les mécanismes de l'hérédité ou des infections, et le sont largement encore ceux de la différenciation et de la croissance, des cancers, dans la mesure où on ne sait pas dans quelle direction il faudrait à coup sûr orienter les recherches pour en définir les causes premières et y remédier éventuellement.

Le processus physiologique du vieillissement se déroule simultanément mais pas nécessairement parallèlement à l'âge chronologique. La difficulté à définir biologiquement le vieillissement, contrairement à la description de la seule longévité qui est chronologique, éclate quand on observe les différences entre des individus du même âge ou que l'on recherche des marqueurs pour systématiser les modalités du vieillissement, bien que personne ne confonde des sujets de 90 ans et de 20 ans. Un homme ostéoporotique mais sans fracture, athéromateux mais sans angine de poitrine, avec une prostate hypertrophique mais non cancéreuse, vieillit bien physiquement et même sans difficultés mentales importantes s'il n'a pas de troubles cérébraux, et pourtant sa peau, ses muscles, ses yeux et ses oreilles déficitaires attestent de son âge. Les altérations que l'on enregistre se développent progressivement au cours de l'existence, divers facteurs de prévention ou d'aggravation peuvent intervenir dans ce processus.

Le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. C'est une suite programmée de mécanismes biologiques continus qui se succèdent à des rythmes différents, le développement, la maturité, la sénescence, de façon naturelle et continue pour tout être vivant. Il relève à la fois de mécanismes intrinsèques qui paraissent déterminés génétiquement et inéluctables, et extrinsèques qui relèvent clairement de l'environnement au sens large du terme et peuvent donc être améliorés ou optimisés (13-17). En tout cas, l'espèce humaine est parmi celles qui assurent à ses ressortissants une longueur de vie post-reproductive très importante qui, remarquablement, se prolonge de plus en plus depuis un siècle, probablement parce que les hommes ont su maîtriser et adapter leurs conditions

de vie. Ils ont modifié ce qu'on peut appeler l'environnement au sens large, incluant l'hygiène, les traitements, l'habitat, l'alimentation et les comportements, même si le 20^{ème} siècle a été contrasté à cet égard ! Jusqu'où ira-t-on ? Utilisant les déductions que l'on peut tirer d'observations qui ont été faites chez les animaux d'expérience, comme l'effet de la restriction calorique qui augmente la durée de vie chez les rongeurs et chez des primates non-hominiens, on peut se demander si notre espèce dépassera largement la durée attribuée jusque là à notre patrimoine génétique.

1 - Les mécanismes intrinsèques :

Si la longévité paraît héritable dans une certaine mesure, la recherche des gènes codant le vieillissement est resté aujourd'hui sans succès. Certains regroupent des gènes qui pourraient participer de façon cruciale au vieillissement sous le nom de *gérontogènes*. Ils distinguent des gènes impliqués dans la division cellulaire, ceux en cause dans l'apoptose, et certains qui ne s'expriment que tardivement (15, 18, 19).

Parmi les faits qui évoquent le rôle de certains mécanismes génétiques il faut retenir les formes familiales à début précoce de démence de type Alzheimer (20), représentant environ 10% des cas de cette maladie. La majorité de ces formes familiales, dont les premières manifestations surviennent avant 65 ans, seraient associées à une mutation de la préséniline 1, dont le gène est situé sur le chromosome 14. Dans d'autres familles, environ 10%, la maladie serait liée à une mutation du gène d'un précurseur de la protéine bêta-amyloïde situé sur le chromosome 21. Un gène situé sur le chromosome 19, celui de l'apolipoprotéine E, influence le risque de démence de type Alzheimer dans sa formule habituelle, sporadique et à début tardif. Ce risque serait multiplié par 10 pour les porteurs de l'allèle epsilon 4 de ce gène.

Il faut encore rappeler la similitude entre les plaques amyloïdes de la démence de type Alzheimer et les dépôts observés chez les sujets porteurs de trisomie 21, dont on connaît par ailleurs le vieillissement prématuré (21). Cependant les syndromes de vieillissement précoce tel que le syndrome de Werner diffèrent de ce que devrait être un vieillissement normal simplement accéléré : les maladies neurodégénératives, les complications cardiovasculaires et les cancers ne sont pas les mêmes.

Ce sont les produits des gènes qui règlent de nombreux phénomènes physiologiques qui peuvent être en jeu au cours du vieillissement, s'ils trouvent des circonstances favorables à leur expression. Ainsi plusieurs *mécanismes épigénétiques* sont invoqués dans le vieillissement ainsi que dans ses manifestations pathologiques. Parmi les réactions les mieux étudiées se situe la génération des radicaux libres oxygénés, vis à vis des quels les défenses baissent avec l'âge et sont à la merci de déséquilibre nutritionnel (22). L'augmentation de l'activité de certaines enzymes protéolytiques dégradant des constituants cellulaires sont à l'origine de phénomènes aggravant et accélérant le déclin de certaines fonctions contribuant à l'installation d'états pathologiques. Chaque fonction a sa vitesse de déclin spécifique. La plus rapide est celle des tissus élastiques. La détérioration de l'élastine et la dégradation de ses interactions avec les cellules contribuent à l'installation d'états pathologiques comme l'artériosclérose ou l'emphysème pulmonaire (23).

Si on résume les connaissances actuelles, personne n'a mis en évidence une " horloge " de la longévité, contrôlant à la fois des altérations de l'ADN, des pontages, alkylation et autres modifications chimiques post-traductionnelles des protéines, des changements de composition et de fonctionnement des membranes cellulaires, de mitochondries, de la synthèse des hormones et des neurotransmetteurs, des métabolismes organiques, etc... On a récemment identifié des gènes dont la mutation permet de modifier la longévité chez des animaux primitifs ; l'identification des protéines exprimées, grâce à leur clonage, suggère cependant qu'il s'agit souvent (toujours ?) de composés homologues de protéines régulatrices (récepteurs/enzymes) jouant un rôle connu très important dans le métabolisme des animaux supérieurs (par exemple enzyme de phosphorylation des inositides, récepteur de l'insuline). Ceci nous amène également à considérer l'espérance de vie comme

dépendant de façon très directe des fonctions nutritives, elles-mêmes liées à l'évidence à la nature de l'environnement.

Ainsi, malgré les corrélations publiées - qui ne sont pas des démonstrations - aucune hypothèse centrale et unitaire ne semble en vue pour permettre la définition de *igérontogènesi*, au sens de gènes ayant une fonction fondamentale, primitive et spécifique pour régler la durée de l'existence d'un organisme.

2 - Les mécanismes extrinsèques du vieillissement :

L'augmentation rapide de l'espérance de vie moyenne depuis le début du siècle suggère un rôle important des facteurs extrinsèques. Il y a peu de chances, en effet, que le génome humain ait pu subir des remaniements importants en si peu de temps. On attribue le gain de longévité aux conditions générales de vie et de travail avec meilleure nutrition, amélioration de l'habitat, du chauffage, de l'habillement, de l'hygiène avec le recul des pandémies, et les progrès de la médecine. L'interaction entre le milieu et le génome paraît jouer un rôle important dans le processus de vieillissement. A cause du nombre élevé de facteurs intrinsèques et extrinsèques qui interviennent dans le vieillissement et ses maladies, la vitesse de déclin des fonctions physiologiques est très inégale et variable. Ceci reflète à la fois la *iloterie* des *gènesi* et les conditions de vie variables d'un individu à l'autre. D'où l'importance d'agir sur l'environnement pour alléger le fardeau du vieillissement et remédier dans toute la mesure du possible aux inégalités.

De fait, il semble peu douteux que le vieillissement relatif et la résistance au vieillissement puissent être mis en relation avec le niveau socio-économique ainsi que le niveau et la durée des études, ce qui souligne le rôle préventif bénéfique de ces progrès et de l'éducation.

3 - En d'autres termes et en conclusion sur ces points, on ne sait pas actuellement s'il existe un système génétique spécifiquement dévolu au réglage de la longévité, ni chez les animaux ni chez l'homme. On découvre progressivement l'importance d'un certain nombre de processus physico-chimiques de signification métabolique, et qui par conséquent dépendent de l'environnement pris au sens large du terme, écologique, climatique, alimentaire, hygiénique et socio-culturel. C'est dire l'importance des conditions de vie, et en particulier des nutriments et des comportements. Ces processus sont influencés de façon décisive par les mécanismes neuro-hormonaux de l'organisme, ce qui oblige à la recherche des régulations en cause et des thérapeutiques compensatrices ou stimulantes des fonctions neuro-hormonales altérées au cours des années (17, 24-26). Les recherches récentes d'ordre épidémiologique, préventifs et curatifs (par exemple pour la ménopause, l'ostéoporose, l'hypertension, le diabète, le fonctionnement cérébral) incitent à des recherches fondamentales et à des essais directement appliqués à l'homme. En effet, ils indiquent déjà que plusieurs composantes du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique, peuvent être prévenues ou traitées pour aboutir à de plus nombreux cas de vieillissement réussi. La recherche est indispensable dans ce domaine.

4 - Evolution chronologique et limite biologique

En dépit des progrès observés dans la qualité de vie aux grands âges, les progrès dans l'espérance de vie semble buter sur un maximum biologique, conséquence inéluctable de l'accumulation dans les tissus et dans les cellules de lésions non réparées. Dans de nombreux cas, la fin de vie est caractérisée par la maladie, l'apparition d'états polyopathologiques, un état de dépendance plus ou moins accentué et souvent une grande solitude (22).

Cependant la détermination d'une limite infranchissable reste en question, et l'âge de la mort recule depuis la fin des années 1980. En effet, dès à présent, plus de 75% des décès surviennent après 65 ans, 60% après 75 ans et même 30% après 85 ans. Cette évolution devrait se poursuivre pendant plusieurs décennies au moins, et on ne peut pas en prédire la durée et donc l'importance. Elle concerne davantage les femmes que les hommes puisque

ce sont près de 43% des femmes qui meurent après 85 ans et seulement moins de 20% des hommes.

III - L'espérance de vie sans incapacité

L'absence de parallélisme entre l'âge chronologique et l'expression des manifestations biologiques du vieillissement explique que l'on observe un accroissement de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). En France, l'EVSI progresse plus vite que la longévité elle-même, notamment chez les hommes.

Ainsi l'augmentation de la longévité conduit à se préoccuper de la **Qualité de vie des personnes âgées encore heureusement préservées des incapacités liées au vieillissement**. Elles sont la majorité. Si dans les années 70 s'est dessinée une tendance à accueillir les personnes dès soixante dix ans dans des maisons de retraite ou des foyers logement, l'amélioration progressive de l'espérance de vie sans incapacité fait que le maintien au domicile est devenu la règle aussi longtemps que cela est possible. Les 600 000 personnes vivant dans des structures d'hébergement collectif pour personnes âgées (au 31.12.94) représentent 6,4% de la population de plus de 65 ans et 13,3% des 75 ans et plus (27) fut-ce au prix d'une aide diversifiée à domicile pour palier à des incapacités débutantes ou transitoires. Selon l'INSEE (28) 11% des plus de 60 ans (seulement) qui ne sont pas en institution sont physiquement dépendants et 1,7% d'entre elles ont besoin d'une aide pour la vie quotidienne. Les chiffres sont respectivement de 28% et 4,5% pour les personnes âgées de plus de 80 ans demeurées à leur domicile.

Mais il faut souligner les conséquences qu'ont pour ces personnes âgées demeurées valides les effets de *l'isolement et de la solitude* qui résultent de l'éclatement des cellules familiales traditionnelles au sein des quelles les aînés conservaient un rôle actif et utile. Il faut aussi déplorer que l'urbanisme n'ait pas favorisé le maintien des personnes âgées à proximité de leurs enfants tout en permettant la préservation nécessaire des individualités des diverses générations.

On ne peut manquer de souligner qu'il y a là un véritable problème de société qui ne peut qu'aller vers l'aggravation, dans la mesure où la solitude, l'impression d'inutilité et la désinsertion sociale sont des facteurs d'accélération des manifestations du vieillissement. Les réponses qui sont aujourd'hui apportées notamment par l'action des associations dites du 3^e âge ne peuvent être sous estimées, bien que le caractère purement ludique de certaines activités soient pour un grand nombre de personnes assez puériles, peu valorisantes et risquent de leur apparaître régressives.

Le maintien d'une réelle insertion sociale est l'une des conditions du maintien d'expression de la personnalité, et de la qualité de vie de la personne âgée.

IV - Incapacité et dépendances

1 - La fin de la période sans incapacité

La fin de la période d'EVSI est dominée par les manifestations de la sénescence des fonctions cérébrales notamment mnésiques, cognitives, sensorielles, cardio-vasculaire et de l'appareil locomoteur. Elles limitent les possibilités de déplacement, d'expression, de participation à la vie sociale. Plus ou moins associées à l'expression de diverses maladies plus ou moins chroniques ou récidivantes, elles conduisent la personne âgée à l'invalidité et à la dépendance.

A titre d'exemple l'étude européenne EURODEM incluant l'étude française PAQUID (20) estime que l'incidence de la maladie d'Alzheimer passe de 1% entre 65 et 70 ans à environ 15% au delà de 85 ans.

En 1995 sur huit millions de personnes âgées de 65 ans et plus, près de 700 000 souffrent

d'incapacités sévères qui les rendent dépendantes d'un tiers pour les actes de la vie courante. Jusqu'en 2010 la croissance de cette population devrait être limitée. En 2020 elles seront probablement 100 000 ou 200 000 de plus. Il convient cependant de noter que l'augmentation de l'EVSI et les effets certains de la prévention des facteurs de détérioration des capacités notamment relationnelles contribuent à repousser l'âge d'apparition de la dépendance et à rendre assez stable le nombre des personnes devenues dépendantes. L'amélioration de l'état de santé vient largement compenser l'effet du vieillissement de la population. On accède plus tardivement à l'état de dépendance et la durée de cet état de dépendance n'augmente pas sensiblement (28).

L'apparition de **la dépendance physique et - ou psychique** a deux conséquences essentielles (29). D'une part elle entraîne des frais considérables qui précipitent nombre de ces personnes dans la dépendance économique vis-à-vis de leur famille ou de la collectivité, d'autre part privées d'autonomie, c'est-à-dire de la liberté de décision concernant l'organisation de leur existence, ces personnes peuvent devenir dépendantes des décisions souvent arbitraires d'autrui, même quand elles se veulent bienveillantes.

L'environnement familial est un facteur déterminant du maintien à domicile. Il faut à cet égard souligner l'importance du rôle de l' *aidant* . Les aidants sont essentiellement les épouses âgées et les filles. Plusieurs enquêtes montrent que les personnes âgées fournissent 35% du volume d'aide informelle et près de 50% en cas de cohabitation.

Les filles procurent la majorité des différents types d'aide et de soins à leurs parents et beaux-parents âgés. L'activité professionnelle des femmes d'âge mûr ne cessant d'augmenter, il s'ensuit que les femmes en âge d'être actives sont moins disponibles, d'où pour l'avenir une possibilité moindre de prise en charge par les aidantes naturelles. Par ailleurs les conjointes ou filles retraitées en charge des personnes dépendantes les plus vieilles seront elles-mêmes âgées et devront être soutenues (30).

2 - Les soins à domicile

Créés pour prévenir ou différer l'entrée en institution des **services de soins à domicile (SSAD)** dispensent sur prescription médicale des soins infirmiers et des soins d'hygiène aux personnes âgées dépendantes (31). Fin 1996, 1547 services de soins offraient une capacité de 5650 îplacesî. 70% d'entre elles sont gérées par le secteur privé à but non lucratif. Près d'un bénéficiaire sur deux est âgé de 85 ans et plus, près d'un sur deux cumule dépendance physique lourde et détérioration intellectuelle. Les soins de înursingî dominent les actes plus techniques. Ici encore, l'environnement familial est un facteur déterminant de l'efficacité du dispositif. Mais il faut remarquer que seulement une personne âgée dépendante sur sept, vivant à son domicile en bénéficie.

3 - L'entrée en institution

L'aggravation de la dépendance ou l'impossibilité de poursuivre sa prise en charge au domicile justifie **l'entrée en institution** (32). On estime actuellement à 360 000 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, dépendantes résidant en institution, soit 63% de l'ensemble des résidents (au nombre de 600 000 au 31.12.94, d'âge moyen de 83 ans, dont 48% de 85 ans et plus).

Confrontées aux difficultés matérielles et psychologiques créées pour leur entourage familial par leur état de santé, leur hospitalisation ou leur entrée en institution, certaines personnes se laissent mourir et font ainsi le choix d'un véritable îsuicide altruisteî.

Il faut noter qu'en 1990 la France a le triste privilège d'avoir, au sein de la Communauté Européenne, le taux le plus élevé de suicide des personnes âgées de plus de 75 ans. Les raisons relèvent de l'isolement, de la solitude, de la dépression qui accompagne le veuvage, principalement des hommes âgés qui ont de moins grandes capacités que leur conjointe à s'adapter à cette situation souvent aggravée par la maladie ou le handicap.

4 - Détresses et attitudes

C'est une exigence éthique de garantir à tous des soins adéquats refusant tout à la fois l'abandon thérapeutique et l'obstination thérapeutique injustifiée.

L'abandon thérapeutique

résulte fréquemment d'absence de diagnostic qu'illustrent des remarques du genre *« pensez-vous qu'à cet âge on doit encore lui imposer des examens ? »* ou *« à 90 ans on ne fait plus de diagnostic ! »* (56)

Or, c'est ici renoncer à traiter même les maladies curables dont la guérison est susceptible d'améliorer la qualité de vie. Cette attitude négative peut certes conduire à des fins prématurées, mais plus encore à l'aggravation de la pénibilité de la fin de vie.

L'obstination thérapeutique

doit, aujourd'hui, laisser la place aux soins palliatifs et aux diverses formes d'accompagnement des personnes âgées en fin de vie. Ceci implique une parfaite connaissance par l'équipe médicale responsable de la particularité des polyopathologies des personnes âgées parvenues au stade de dépendance. Les attitudes requises font plus appel au souci de maintenir ou restaurer une *« qualité de vie »* qu'à des choix thérapeutiques démesurés et inopérants. Il faut par ailleurs rappeler que la personne âgée, voire très âgée, même malade et dépendante doit garder la maîtrise des décisions qui la concernent pour autant que son état mental le permet. Si le *« refus de soin »* doit être respecté, il convient d'être conscient que la solitude, un climat d'accueil trop impersonnel ou trop rude - bien éloigné des exigences aujourd'hui reconnues de l'accueil et de l'environnement en milieu gérontologique - peut lui aussi conduire à l'expression d'un refus de soin - suicide.

V - La fin de vie(1)

La mort a changé de lieu (35, 36). On meurt de moins en moins à domicile et de plus en plus en institution. Cette migration représente une véritable mutation sociale. Elle s'est faite très rapidement. Elle a pour causes un meilleur accès aux soins, la croyance en l'efficacité de la médecine, mais surtout l'urbanisation, la réduction de la taille des logements, l'individualisme, l'éclatement de la famille, et son corollaire l'isolement et la solitude de la personne âgée.

En 1991, 70% des décès des plus de 65 ans ont eu lieu en milieu hospitalier ou institutionnel (50%), en clinique (10%) ou en maison de retraite (10%). Après 85 ans, 15% des décès surviennent en maison de retraite. Cette *« institutionnalisation »* progressive a entraîné une médicalisation de la mort facteurs de gestes inappropriés, de coûts inutiles, quand elle survient dans un environnement médico-scientifique pour le quel la mort est habituellement ressentie comme un échec technique.

Il conviendrait d'éviter que la mort des personnes âgées survienne dans des lieux où l'on ne s'y intéresse pas.

Nous disposons aujourd'hui d'un ensemble de connaissances médicales, thérapeutiques, psychologiques et institutionnelles qui permettent d'améliorer vraiment les conditions de la mort des personnes âgées, tant au plan physique que psychologique.

II^{ème} partie : Réflexions et orientations éthiques

I - Réduire les inégalités du vieillissement

1 - La dévalorisation sociale de l'accèsion à la retraite

Il faut souligner l'importance du facteur socio-économique lié à la politique de l'emploi (38, 39). Le développement de la protection sociale en France a fait de l'accèsion à la retraite un acquis social fondamental. Nul ne peut contester la légitimité pour un travailleur salarié de bénéficier, à la cessation de son activité, d'un droit à pension, à la fois salaire différé et manifestation de la solidarité entre les générations. La possibilité de faire valoir ce droit précocement pour des travailleurs entrés tôt dans le monde du travail, ou y ayant exercé des métiers très pénibles est également parfaitement légitime.

En revanche, indépendamment de ses conséquences économiques la généralisation et l'uniformisation de l'abaissement de l'âge de la retraite (tel qu'il a été concédé dans les années 1980), a sur la composition de la société des conséquences qui ne peuvent être méconnues.

En effet, l'institutionnalisation d'un âge pour le droit à la retraite à taux plein détermine le *seuil symbolique* d'entrée dans la retraite, terme que l'on identifie à tort à *vieillesse* (12). En signifiant l'impossibilité d'exercer sa profession, la retraite correspond dans la mentalité collective à l'entrée dans la vieillesse et induit une définition sociale négative de cet âge de la vie. La vieillesse devient le temps du repos et non du travail et *le vieux* celui qui ne peut plus travailler : un *retraité* (40). Le fait que l'attribution du droit à pension est subordonné à la cessation d'une activité professionnelle en accroît encore la signification, que ne suffit pas à atténuer la tolérance d'une activité salariée limitée à 25 heures par mois. Qui plus est, désormais, les *pré-retraites* qui abaissent l'âge de la cessation définitive d'activité professionnelle pour des personnes qui ont encore la capacité physique et intellectuelle au travail accélèrent le processus d'exclusion de la sphère de production et accentuent la modification de la définition sociale de la vieillesse.

Retenir pour 2015 la notion de 40% de la population âgée de 50 ans ou plus ne correspond en aucune façon à 40% de la population en état d'incapacité.

Or un processus dévalorisant dans le corps social les " personnes âgées" contribue à accélérer le vieillissement de la personne pour laquelle l'attitude de l'opinion, le regard des autres joue un rôle important.

Cependant l'on continue à identifier les trois âges de la vie, la jeunesse pendant laquelle on se forme et apprend, l'âge adulte pendant lequel on exploite les connaissances acquises et la formation obtenue, et la retraite - le 3^{ème} âge - pendant laquelle on se repose des fatigues de l'âge actif. A l'évidence, cette conception qui ne correspond aujourd'hui à aucune réalité (41, 42).

La distribution du travail sur le cycle de vie a connu dans les vingt dernières années des bouleversements majeurs. Les jeunes font une entrée plus tardive sur le marché du travail en raison de l'allongement de la scolarité et des difficultés qu'ils ont à trouver un emploi. L'activité après 55 ans s'est considérablement réduite, en Europe et Outre-Atlantique. La vie de travail tend donc à se raccourcir aux deux extrémités et concerne désormais principalement les groupes d'âge médians.

Cette chute brutale de l'activité professionnelle après 55 ans est observée depuis les années 70 en France comme dans les pays industrialisés hormis la Suède et le Japon. Elle a d'abord concerné le groupe d'âge 60-64 ans et s'étend aujourd'hui de manière sensible au groupe d'âge des 55-59 ans. Ainsi les salariés vieillissants sont progressivement exclus du marché du travail (43).

Le CCNE ne méconnaît pas que le choix de l'abaissement de l'âge de la cessation d'activité salariée s'inscrit dans une recherche de solutions aux difficultés d'accès des jeunes à un emploi. Il s'interroge néanmoins sur le risque qu'il y a pour la société à créer ainsi artificiellement des tranches d'âges et à les opposer. L'équilibre d'une société repose sur les rapports sociaux de l'ensemble de ses membres. Déjà l'on observe au sein de notre société la dégradation des rapports sociaux fondamentaux au sein de la famille, du couple. En privant une partie de ses membres actifs des rapports sociaux valorisants que procure le travail notre société ne prend-elle pas le risque d'induire un processus d'exclusion, une discrimination qui pourrait ne plus être en conformité avec les Droits de l'Homme ?

Le fait que certaines professions peuvent faire valoir leurs droits à la retraite et reprendre alors une nouvelle activité salariée (c'est, par exemple le fait des personnels militaires), ce qui en soi n'est en rien critiquable, témoigne aussi des inégalités qui résultent de l'actuelle réglementation. S'il s'agit d'une bonne solution pour les uns, pourquoi ne pas l'appliquer aux autres ?

Le CCNE admet parfaitement qu'aucun individu ne peut prétendre occuper un emploi, exercer un pouvoir au delà de l'âge légal fixé pour sa fonction. Mais il tient à souligner qu'il n'y a pas de lien direct et confirmé actuellement entre l'abaissement de l'âge de la retraite et la création d'emplois. Il convient donc d'éviter des conflits inutiles entre classes d'âge.

Le CCNE observe que la solidarité financière assurée par les grands-parents à l'égard de leurs enfants et petits enfants tend à augmenter et repose donc la question du rôle économique direct des anciens dans la société.

Enfin l'abaissement de l'âge de la retraite laisse entière la question de l'utilisation des savoirs accumulés et de l'expérience de ceux qui cessent leur activité professionnelle.

L'appel au *bénévolat* ne résoud qu'une partie des problèmes. Ceux-ci font apparaître la nécessité d'une réflexion nouvelle sur le rôle du bénévolat dans nos sociétés et sur sa valorisation. Elle ne peut passer que par une reconnaissance, un statut approprié et une réelle légitimité.

Il faut enfin souligner que si cette notion " d'âge de la retraite" s'applique à la population salariée, elle est loin de s'appliquer aux artisans, aux commerçants et à de nombreuses personnes exerçant une activité libérale. Mais aussi qu'à l'inverse on assiste depuis quelques années à des situations de **vieillesse prématurée** parmi les chômeurs de longue durée et les sans emploi victimes de désinsertion sociale, comparable à celui observé de longue date dans certaines populations telle que la population carcérale.

N'y-a-t-il pas l'exigence éthique de réduire les inégalités devant le vieillissement ?

2 - L'image du vieillissement dans l'opinion

Il faut observer dans les médias et la publicité, **la surreprésentation des jeunes** et l'emphase sur tout ce qui touche à la jeunesse et à ses attributs, le *jeunisme dominant* qui incite tout ce qui pense et qui vend à se prosterner devant l'âge tendre et les têtes de bois... (36) et qui à l'extrême s'exprime parfois comme une sorte de iracisme anti-vieux. Or les retraités sont très consommateurs d'information, de communication, de culture, de médias. Ils s'y observent très dévalorisés.

Sachant que les prévisions démographiques d'aujourd'hui seront demain, la réalité de notre société, l'image du vieillissement dans l'opinion (37) doit être considérée comme une préoccupation d'ordre éthique d'actualité.

Ceci conduit à s'interroger dès maintenant sur l'importance de l'éducation des jeunes, pour la prise en charge de leur santé, leur compréhension des messages de prévention, leur

attitude face à la vieillesse, leur relation au temps passé, leur relation avec leurs grands parents et plus généralement leur inscription au sein de leur famille et de celle-ci dans le temps et dans la société.

3 - L'oubli du rôle économique des seniors

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'objectif *le plus pressant* du rapport LAROQUE (8) avait été de garantir (à chacune des personnes âgées) *des ressources qui leur assurent une vie décente*. On s'accordera à reconnaître que cet objectif a été globalement atteint. Les exemples sont nombreux des cas où, grâce à sa retraite une personne âgée a vu ses ressources atteindre un niveau jusqu'alors inconnu pour elle. Ces cas ont été fréquemment observés dans le monde rural qui de ce fait a eu accès à une culture (voyage, visites, etc.) dont elle avait été jusqu'alors écartée. Ils ont également fréquents chez les salariés retraités.

Récemment on observe que diverses branches du secteur de la consommation ne s'y trompent pas qui s'adressent aujourd'hui à la nouvelle catégorie qu'elles créent, celle du *citoyen senior* image nouvelle, en général positive et valorisante de la personne âgée active et dynamique. Le marché contribue à la faire émerger dans les diverses catégories des citoyens consommateurs que l'on cherche à toucher, mobiliser et séduire, notamment pour qu'il accède au marché des technologies et des services (44). Ceux-ci pourraient leur permettre d'accéder aux nouvelles modalités de la vie individuelle dans une société post industrielle, pour autant que notre législation sociale et un encadrement administratif contraignant ne leur en interdisent pas l'accès.

4 - Le déséquilibre démographique et risques d'inégalité

Il est à craindre que le déséquilibre démographique rende illusoire le maintien dans l'avenir, de la situation actuelle qui résulte de la solidarité intergénération. Il met en péril l'équilibre financier du système de retraites dès lors que le rapport actifs-inactifs se dégrade. Le rapport *vieillir demain* (10) avait attiré l'attention sur les perspectives démographiques défavorables à l'horizon 2000. Il soulignait l'intérêt de toutes les mesures qui traduiraient la volonté de préserver un équilibre démographique. On ne peut dire que de réelles mesures politiques et sociales aient été prises en France en ce sens. Il faut aussi observer que les résultats positifs des mesures réellement incitatives prises en ce sens en Suède, n'ont été que transitoires (39).

Selon le **Livre blanc sur les retraites** (45) publié en avril 1991, et précédé d'une préface du Premier Ministre de l'époque Michel ROCARD, même si la fécondité retrouvait promptement le niveau requis pour le remplacement des générations, même si les taux d'activité aux âges élevés se redressaient au siècle prochain et même si le chômage était résorbé rapidement, la charge des retraites à financer à l'horizon 2040, en l'absence de toute révision relative aux prestations vieillesse, serait supérieur de 50% en proportion du P.I.B. à son niveau de 1990. A l'horizon 2010, à législation inchangée, le besoin de financement supplémentaire serait de 8 points de cotisation pour le régime général et de 11 points pour le régime des fonctionnaires (46).

La loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale vise à préserver les droits fondamentaux assurés et les mécanismes de solidarité ainsi qu'à garantir l'équité entre les générations appelées à participer à l'effort de maîtrise des dépenses vieillesse. Dès à présent, les travaux d'actualisation mettent en lumière les risques prévisibles d'inéquité intra et intergénérationnelle (47).

Ne conviendrait-il pas de privilégier les solutions qui dissocient activité et solidarité dans le partage des richesses ?

II - Prévenir et prendre en charge la dépendance

Envisager comme un fait inévitable cette société de gens âgés, en partie privée de ressources, serait en contradiction avec l'exigence éthique de prévenir les effets de son vieillissement dès lors que nous en avons désormais la possibilité.

1 - La prévention, facteur d'espérance de vie sans incapacité

Si les progrès de l'espérance de vie butent sur un maximum biologique infranchissable, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) peut être accrue par la prévention active des conséquences néfastes et cumulatives des incapacités mineures ou des maladies transitoires (48). Il convient pour cela que les soins médicaux qu'elles requièrent soient apportés avec discernement.

a) Les personnes âgées jusqu'à 75-80 ans, *sans invalidité*, qui présentent une pathologie bien définie qui relève d'une spécialité donnée doivent être pris en charge dans les **services communs** et traités comme d'autres malades indépendamment de leur âge.

b) En revanche la coexistence de plusieurs pathologies déjà associées à une perte d'autonomie, mais aussi à un risque de perte d'autonomie du fait même de l'actuelle polyopathie, justifie la prise en charge dans un **service spécialisé de gériatrie**. Il devrait en être également ainsi en toutes situations au delà de 80 ans.

c) La prise en charge dans un service de gériatrie, ou dans une unité de gériatrie aiguë, à tout le moins l'intervention d'une équipe gériatrique consultante est indispensable à l'évaluation de l'état fonctionnel de la personne âgée malade, et permettra la mise en oeuvre des **actions de prévention de la dépendance**. Il faut à cet égard souligner l'importance et l'efficacité de la prise en charge dès leurs premières manifestations des démences de type Alzheimer débutantes.

L'efficacité de cette prévention est aujourd'hui démontrée par toutes les équipes de gérontologie. Celles ci sont malheureusement encore trop peu nombreuses. Une majorité de personnes âgées malades sont encore soignées en dehors des circuits gériatriques. Beaucoup reçoivent des soins qui ne sont pas adaptés à leur état... Le soin courant sans formation, si dévoué soit-il, génère trop souvent l'aggravation du vieillissement s'il est inadéquat ou insuffisant. Le fait de laisser le malade âgé alité ou immobile peut le rendre incapable de marcher. Un apport nutritif insuffisant compte tenu de la maladie peut le rendre cachectique. Des soins techniques sans le soin relationnel qui lui est indispensable peut conduire le malade âgé à la dépression. Un comportement inadapté, une infantilisation peut, par une absence de stimulus informatif, conduire à une désafférentation psychique. Désormais invalide, la personne âgée malade en vient à se culpabiliser d'exister. Alors que des soins adaptés l'eussent maintenues au nombre des personnes âgées valides (55), elle est venue accroître le nombre des *personnes dépendantes*.

2 - La prise en charge : la prestation spécifique dépendance

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance représente une première étape de la prise en compte par la société des conséquences socio-économiques de la dépendance. Elle ne peut être considérée que comme une première étape, dont la valeur symbolique ne peut être contestée. Elle ne s'adresse aujourd'hui qu'à 300 000 personnes alors que le nombre des personnes réellement dépendantes est de 700 000. Servie en nature, dégressive en fonction des revenus, basée sur une évaluation plus rationnelle du degré de dépendance, elle est gérée par les Départements. Elle recherche une optimisation des moyens engagés grâce à leur coordination à travers deux volets, celui des aides à la personne et celui des offres de service (49, 50). Cependant la mise en place de la P.S.D. et les résultats des premières études d'évaluation suscitent de nombreuses réactions. Selon l'étude réalisée à la demande de la Commission des Affaires Sociales du

Sénat (51) le dispositif ne pourra se révéler efficace que pour autant qu'il permette d'exercer en priorité les actions individuelles de prévention de la dépendance. Or la P.S.D. est réservée aux personnes âgées largement dépendantes dont le score sur la grille d'évaluation AGGIR est de niveau 1, 2 ou 3. En sont exclues les personnes âgées moyennement dépendantes de niveau 4, les plus à même de bénéficier par ce moyen de la prévention de l'aggravation de leur dépendance. Par ailleurs les personnes en état de dépendance lourde, de niveau 3, dont les ressources sont un peu trop élevées en particulier à cause de la valorisation de leur patrimoine se voient interdites de toute aide.

3 - Pour une approche de santé publique

On remarquera par ailleurs que la définition de la dépendance par le **î besoin d'aides pour l'accomplissement des actes courants de la vie î** telle qu'elle apparaît dans la législation française diffère de la définition de la dépendance retenue par le Conseil de l'Europe (52, 53). Sont qualifiées de personnes dépendantes celles qui **îpour des raisons liées à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle î**, nécessitent une aide importante afin de satisfaire des besoins spécifiques résultant de l'accomplissement des actes courants de la vie. Ainsi, indépendamment de l'âge de la personne le facteur déclenchant de la dépendance, une maladie, une affection ou une polyopathie est absent des définitions françaises.

Les indispensables considérations de santé publique sont de ce fait balayées du débat français, alors qu'une approche en terme de santé publique permettrait de mieux réfléchir à la prévention de la dépendance.

Une telle approche supposerait une discussion du rôle de l'assurance maladie, totalement occulté jusqu'à présent. La question de l'articulation entre la prise en charge de l'assurance maladie et la prise en charge des soins de longue durée n'est pas posée.

La législation française se démarque en la circonstance des recommandations n° R (94) des 9 et 10 octobre 1994, de la résolution 1008 (1993) de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe et de la recommandation 1254 (1994) de la même assemblée. Il faut observer qu'en dépit de ces recommandations persiste une très grande disparité de l'approche du problème par les divers pays de la Communauté (54). Les réponses déjà apportées au problème que pose le vieillissement de notre population et celles qui sont attendues en partant du constat objectif de l'état de la société française ne risquent-elles pas d'être contredites par notre destin européen ? Les questions relatives au vieillissement ne devraient elles pas relever du principe de subsidiarité ?

Cette situation, ainsi que les disparités observées dans les conditions d'attribution et l'efficacité de la PSAD selon les Départements, sont une conséquence négative de la loi de 1975 dissociant le **îsanitaireî** et le **îsocialî**, et des lois de décentralisation qui ont confié le **îsocialî** aux Départements tandis que le **îsanitaireî** demeure de la prérogative de l'Etat. Diverses possibilités d'actions coordonnées offertes par les Ordonnances de Mai 1996 devraient être mises activement en place pour une meilleure efficacité dans l'aide à la dépendance et à sa prévention.

4 - Une réponse de proximité

En ce sens le CCNE se prononce clairement en faveur d'une réponse de proximité aux situations de dépendance. Il serait contraire à l'éthique de nier la nécessité d'un accueil adapté et compétent des personnes âgées dépendantes, à proximité de leurs lieux de vie passée et de leur entourage familial et social.

Rien ne justifierait que soit refusée la transformation, à cet effet, de certaines structures hospitalières de court séjour devenues excédentaires ou obsolètes, et la formation appropriée des personnels impliqués.

III - Développer la gériatrie

Une approche jusqu'alors purement sociale du vieillissement, explique nos insuffisances dans les domaines de l'enseignement et de la recherche en gériatrie. Il convient sans délai d'y porter remède.

1 - L'enseignement de la gériatrie

L'enseignement *spécifique* des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux appelés à donner leurs soins à la population âgée devenue de plus en plus nombreuse doit être intensifié. Alors que depuis des décennies la spécificité des soins que requièrent les enfants avait conduit à identifier la discipline correspondante, la pédiatrie, il faut s'étonner que les problèmes liés aux pathologies de l'âge et au vieillissement devenus à l'évidence un problème majeur de santé publique, n'aient pas encore suscité au sein de l'Université française l'identification et la reconnaissance de la discipline gériatrie. L'enseignement demeure inclus dans la Médecine Interne dont elle est pour beaucoup le parent pauvre. Des formations dispersées sont dispensées dans le cadre de diplômes d'université et dans le cadre des actions de formation continue des médecins généralistes. Il faut à cet égard souligner le rôle majeur joué par des organismes professionnels et associatifs tels que la Fondation Nationale de Gérontologie.

Le suivi des personnes âgées par des médecins réellement formés à la gériatrie serait bénéfique pour la personne âgée elle-même, mais aussi pour la collectivité toute entière notamment par la réduction des dépenses de médicaments. La surconsommation des médicaments par les personnes âgées (61), est, elle aussi aujourd'hui, un problème de santé publique. Prévenir et éviter l'automédication, s'abstenir de prescription abondante ou redondantes en serait les premiers effets positifs, dans la stricte observance de l'article 8 du Code de déontologie.

2 - La recherche en gériatrie

La recherche en gériatrie apparaît-elle aussi comme une nécessité et une priorité compte-tenu de l'importance du phénomène de société qu'est aujourd'hui l'accroissement de la longévité, problème de santé publique majeur de demain. La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance figurait déjà dans la charte de 1987 (57), comme étant une priorité. Elle doit faire appel à la recherche *clinique* basée sur l'évaluation, à la recherche *fondamentale* sur les phénomènes du vieillissement et à la recherche en *sciences sociales* (58, 59). Les modalités et les procédures de recherche devraient être adaptées en conséquence. Les crédits nécessaires devraient lui être consacrés. Les protocoles validés devront faire l'objet d'une actualisation des enseignements.

Il faut déplorer le désintérêt des grands organismes de recherche pour la recherche en gériatrie. Certes il existe un grand nombre de laboratoires et de chercheurs individuels ayant un intérêt dans le domaine du vieillissement, mais ils sont très dispersés en dehors de la recherche en neurosciences. Il faut souligner, à cet égard, l'importance que pourront avoir à l'avenir sur la société, certaines des recherches en cours si elles parviennent à préserver la mémoire et l'activité mentale des personnes âgées et même très âgées (60). Les recherches récentes d'ordre épidémiologique, préventif et curatif (par exemple pour la ménopause, l'ostéoporose, l'hypertension, le diabète, le fonctionnement cérébral) incitent à des recherches fondamentales et à des essais directement appliqués à l'homme. En effet, ils indiquent déjà que plusieurs composantes du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique, peuvent être prévenues ou traitées pour aboutir à de plus nombreux cas de vieillissement réussi.

Il convient cependant de ne pas méconnaître que la recherche sur les patients âgés parvenus au stade de la dépendance, notamment la recherche thérapeutique est particulièrement difficile. Les essais thérapeutiques proprement gériatriques, dans un essai

contrôlé, doivent être conçus de façon à pouvoir y inclure les vrais malades âgés. De plus tous les essais thérapeutiques contrôlés comparatifs posent chez les personnes âgées dépendantes souffrant de DSTA des problèmes spécifiques de consentement (59, 60). Il paraîtrait nécessaire d'adapter la législation à ces spécificités dans le respect des réflexions éthiques déjà développées par le CCNE.

On ne saurait admettre que des restrictions soient opposées aux programmes de recherches en gérontologie sous le prétexte qu'elles vont encore contribuer à accroître la longévité et partant le déséquilibre démographique.

L'éthique médicale fait obligation aux médecins et chercheurs de faire progresser les méthodes de prévention et de traitement qui contribuent à retarder la mort. Il y a pour notre société une obligation éthique de faire le choix prioritaire de la prévention de la détérioration de la qualité de vie des personnes âgées, du maintien de leur autonomie, gage de la dignité de la personne.

Ainsi ne saurait être contestée l'utilité collective de la recherche sur la prévention de la détérioration de la qualité de vie et notamment la dépendance qui implique des recherches sur des personnes âgées dépendantes au motif qu'elles risquent de n'en tirer aucun bénéfice personnel (64).

Conclusion :

D'un enjeu collectif à un plan " gérontologie "

Ainsi, les possibilités aujourd'hui offertes par la prise en charge affective et efficace des manifestations du vieillissement conduisent à une appréciation nouvelle des relations entre le vieillissement biologique et le vieillissement démographique.

On peut à la fois croire à l'allongement de vie et avoir une vision optimiste sur la santé des plus âgés. A l'avenir " nos vieux " seront, à âge égal, en meilleure santé, mais ils seront aussi de plus en plus vieux et de plus en plus nombreux (4).

L'enjeu sera au niveau collectif une course de vitesse entre le rajeunissement biologique et le vieillissement démographique.

Il y avait 200 centenaires, en France, en 1953, ils étaient 3000 en 1988. Ils seraient aujourd'hui au nombre de 4 à 5000. Ils se compteront bientôt par dizaines de milliers (55), (56). Or, les âges avancés comportent inévitablement un besoin d'aide. Même si les personnes très âgées de l'an 2050 seront en meilleure forme que celles de 1951, il y aura tout de même un problème de santé publique, et probablement un problème de société.

Certes il est possible que si l'on en venait à poser la question de choix collectifs certains s'interrogent sur l'utilité sociale de ces grands vieillards, fussent-ils valides. Il conviendrait alors d'opposer à cette proposition le principe éthique absolu : toute personne humaine est éminemment respectable indépendamment de son âge et des conséquences que cet âge entraîne pour sa santé physique et mentale.

Dès lors il serait contraire à toute éthique de prôner sous couvert de contraintes économiques, l'absence de diagnostic et la limitation de certains soins par mesure administrative. L'âge, et même l'âge très avancé, ne doit être qu'un paramètre dans l'évaluation de l'état d'un individu. Il ne peut être un paramètre discriminant (62). Le CCNE s'est déjà clairement prononcé sur ce point (63).

*Compte tenu des données démographiques aujourd'hui bien identifiées, des enjeux que représente pour notre société le vieillissement prévisible de sa population, le CCNE suggère que soit mis en place et en priorité un **plan gérontologie pour résoudre avec rapidité***

et efficacité les difficultés résultant de la multiplicité et de l'intrication des réglementations, des instances et des structures concernées.

Résumé

L'espérance moyenne de la vie humaine connaît la phase de croissance la plus rapide de toute l'histoire : ce fait général représente un problème majeur pour notre société. Problème qu'il convient d'aborder dans sa dimension éthique.

Quelques faits notables appellent la réflexion. L'augmentation de la longévité demande que l'on poursuive en les ajustant les politiques vieillissement entreprises depuis trente ans. Les progrès dans la connaissance des processus physiologiques du vieillissement, dans ses mécanismes intrinsèques et extrinsèques et malgré la butée d'un maximum biologique, invitent à considérer les avancées actuelles et possibles de l'espérance de vie sans incapacité, et à aborder de front les prises en charge des situations de dépendance et les modalités de la fin de vie.

D'où des orientations éthiques, autour de trois axes :

- Tout d'abord, veiller à réduire les inégalités du vieillissement, sources d'injustices : les dévalorisations sociales, revers de la légitime accession à la retraite ; les images négatives de l'avancée en âge ; l'oubli du rôle économique positif des seniors dans la vie familiale et sociale ; les risques d'inégalité consécutifs au déséquilibre démographique croissant entre les classes d'âge.

- Ensuite, mettre en oeuvre l'exigence éthique de prévention puis de prise en charge - en terme de santé publique - des situations de dépendance liées au vieillissement. Pour cela supprimer la séparation excessive (due à la loi de 1975) entre les actions sanitaires et les actions sociales, et favoriser les actions de proximité.

- Enfin, développer activement l'enseignement et la recherche en gériatrie, tant au plan de la clinique que des sciences sociales et des études fondamentales.

On peut à la fois croire à l'allongement de la vie et avoir une vision optimiste de la santé des plus âgés. L'enjeu collectif de cette course de vitesse entre le rajeunissement biologique et le vieillissement démographique conduit le CCNE à recommander que soit mis en place en priorité un plan gérontologie, en vue de résoudre les difficultés résultant de la multiplicité et de l'interaction des réglementations des instances et des structures concernées.

Le 25 Mai 1998

Références

1- Lunenfeld B. , Aging Male, Editorial - *The Aging Male* 1 -1998-17

2- United Nation Department for Economic and Social Information and Policy Analysis , Population Division, World Population Prospects : the 1994, Revision, New York United Nations, 1994

3- Diczfalusy E. , An aging humankind : is our future behind us ?, *The Aging Male* 1 - 1998-8-19

4- Vallin J. , Espérance de vie : quelle quantité pour quelle qualité de vie ?, Congrès Européen de Démographie, Milan 4-8 septembre 1995, *INED, Dossiers et Recherches* n°49, Oct. 1995

5- Forette F. , Audition par le groupe de travail du CCNE, 6 Fév. 1996, La révolution de la longévité, Paris, Bernard Grasset, 1997

6- Bilan démographique 1997, *INSEE* , n°566, février 1998

7- Trente ans de Politique Vieillesse , *Gérontologie et Société* , **81** , juin 1997

8- Laroque P. (prés.) 1962, *Politique de la vieillesse* , Paris, La Documentation Française, 438 p.

9- Questiaux N. (prés.) 1971, rapport du groupe de travail pour la préparation du VI^e Plan (1971-1975), Paris, la Documentation Française, 333 p.

10- Lion R. (prés.) 1980, Vieillir demain, rapport du groupe de travail pour la préparation du VII^e Plan (1981-1985), Paris, la Documentation Française, 270 p.

11- Legaré J. , Une meilleure santé ou une vie prolongée ? Quelle politique de santé pour les personnes âgées ?, *Futuribles* , juin 1991, 53-66

12- Mulley G.P. , Preparing for the late years, *The Lancet*, 1995, **345** , juin 3, 1409-1413

13- Robert L. , Les horloges biologiques, histoire naturelle du vieillissement, de la cellule à l'homme, *Nouvelle bibliothèque scientifique* , Flammarion, Paris, 1989, 1 vol. Audition par le groupe de travail du CCNE, mars 1996

14- Kirkwood T. cité par Treton J. in *Pour la science* , 1990, **84** , 61

15- Miller R.A., The biology of aging and longevity. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* , third edition, edited by W.R. Hazzard, E.L. Bierman, J.P. Blass, W.H. Ettinger, Jr., J.B. Halter, MacGraw-Hill, Inc., New York, 1994

16- Lamberts S.W.J., van den Beld A.W., van der Lely A-J., The endocrinology of aging. *Science* , **278** , 419-424, 1997

17- Baulieu E.E., Editorial . Dehydroepiandrosterone (DHEA): a fountain of youth? *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* , **81** , 3147-3151, 1996

18- Martin G.M., Turker M.S., Genetics of human disease, longevity, and aging. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* , third edition, edited by W.R. Hazzard, E.L. Bierman, J.P. Blass, W.H. Ettinger, Jr., J.B. Halter, MacGraw-Hill, Inc., New York, 1994

19- Hayflick L., Theories of biological aging. *Experimental Gerontology* , **20** , 145-159, 1985

20- Académie Nationale de Médecine , La maladie d'Alzheimer, séance du 22 octobre 1996, *Bull. Acad. Natle Méd.* , 1996, **180** -n°7, 1668-1751

21- Selkoe D. , La maladie d'Alzheimer et la protéine bêta-amyloïde, *Pour la science* , 1992, **171** , 34-42

22- Ricki Rusting , Les causes du vieillissement, *Pour la science* , 1990, **84** , 54-61

23- Robert L. , Elasticité des tissus et vieillissement, *Pour la science* , 1994, **201** , 56-63

24- Urban R.J., Veldhuis J.D., Hypothalamo-pituitary concomitants of aging. *The Endocrinology of Aging* , edited by J.R. Sowers and J.V. Felicetta, Raven Press, New York, 1988

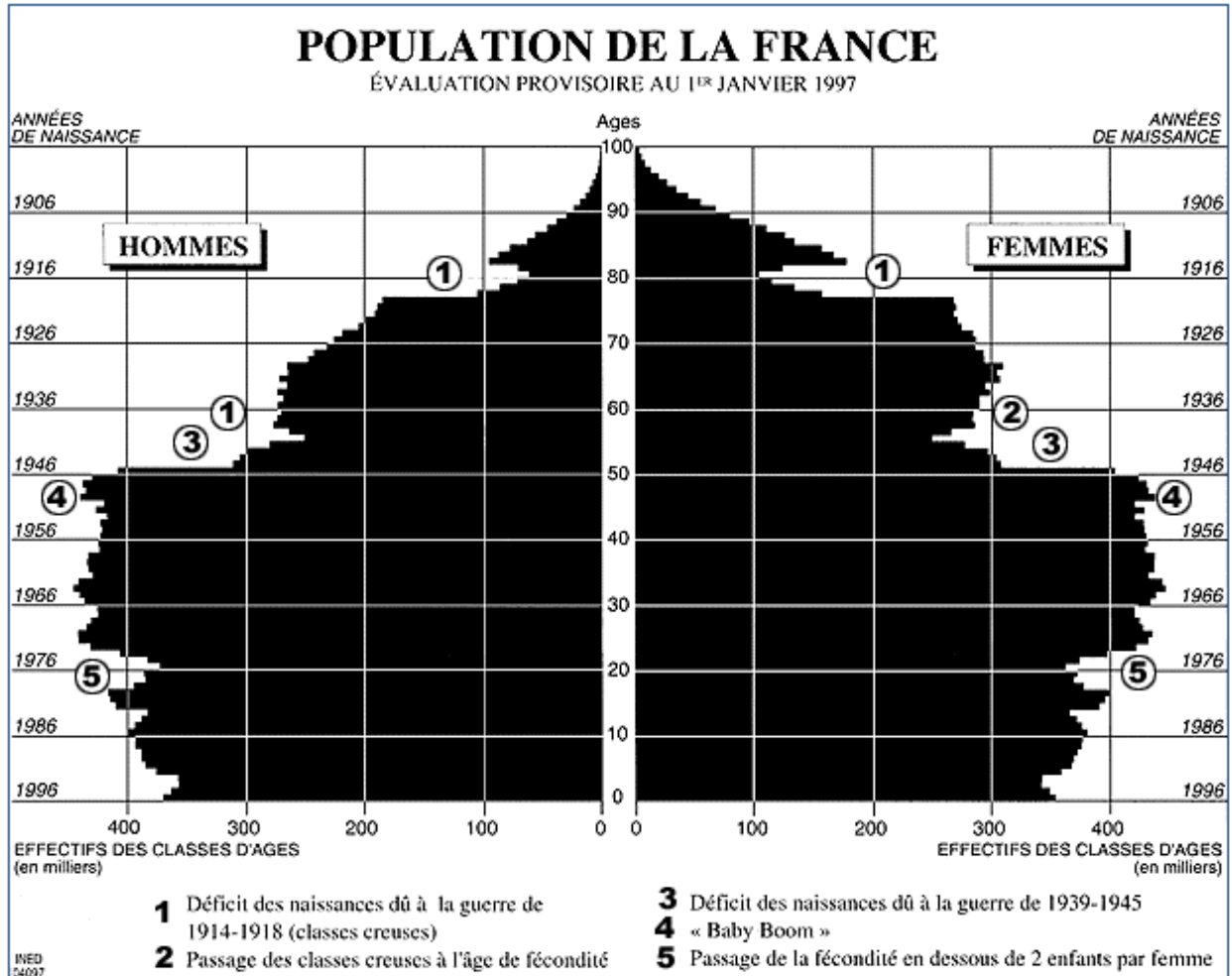
- 25- Rudman D., Feller A.G., Cohn L., Shetty K.R., Rudman I.W., Draper M.W.**, Effects of human growth hormone on body composition in elderly men. *Hormone Research* , **36** , 73-81, 1991
- 26- Ershler W.B.**, Interleukin-6: a cytokine for gerontologists, *J. Am. Geriatr. Soc.* **41** , 176-181, 1993
- 27- SESI** , *Info-Rapides* , n° **86** , février 1997
- 28- David M.G. , Starzec C.** , Aisance à 60 ans, dépendance à 80 ans, *INSEE* , Première n°477, avril 1996
- 29- Kuntzman F.** , Journées d'éthique, Strasbourg 1988
- 30- Lebeau-pin A. , Nortier F.** , Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir, in *Données Sociales* , 1996 : La Société Française, *INSEE* , Paris, 1996
- 31- Henrard J-C.** , Santé aides et soins, les défis du grand âge, *Revue Française des Affaires Sociales* , n° hors série, octobre 1997, 57-72
- 32- SESI** , *Info-Rapides* , n° **94** , janvier 1998
- 33- SESI** , *Info-Rapides* , n° **76** , juin 1996
- 34- Sébag-Lanoë R.** , Soins aux personnes âgées en fin de vie, Audition par le groupe de travail du CCNE
- 35- Sébag-Lanoë R.** , Mourir accompagné, Paris, EPI Desclée de Brouwer, 1986
- 36- Conscience N., Nouel E.** , La valeur des années, Impact Médecins Hebdo, **358** -21, mars 1977
- 37- Bourdelais P.** , L'âge de la vieillesse, Histoire du vieillissement de la Population, Paris, Editions Odile Jacob, 1994, 503 p.
- 38- Langevin A.** , La construction des bornes d'âges in Le vieillissement comme processus, *Revue française des Affaires Sociales* , n° hors série, octobre 1997, 37-53
- 39- Majnoni d'Intignano B.** , L'usine à chômeurs, Paris, Plon, 1998, 280 p.
- 40- Laroque P.** , Le passage de l'activité à la retraite, Communication, Bruxelles 1984, Audition par le groupe de travail du CCNE, 6 Fév. 1996
- 41- Laroque P.** , Pour une nouvelle politique de l'emploi, *Revue internationale du travail* , 1988, **1**
- 42- Guillemard A-M.** , Sortie précoce du travail et mutations de vie en Europe, *Gérontologie et Société* , **81** - juin 1997, 71-90
- 43- Legrand M.** , Vieillesse et vieillissement : évolution des représentation ?, *Gérontologie et Société* , 81 - juin 1997, 161-172
- 44- Bouchayer F. , Rozenkier A.** , Les implications réciproques du vieillissement de la population et des évolutions technologiques, *Revue Française des Affaires Sociales* , n° hors série, octobre 1997, 13-35
- 45- Livre blanc sur les retraites** , préface de Michel Rocard, la Documentation Française, Paris, 1991

- 46- Caussat L.** , De l'âge d'or de la retraite à sa réforme : trente ans de questionnement, *Gérontologie et Société*, **81** - juin 1997, 59-70
- 47- Commissariat général du plan** , Perspective à long terme des retraites (groupe de travail présidé par Raoul Briet), La Documentation Française, Paris, 1995
- 48- Andrian J.** , Les causes et les lieux de décès des personnes âgées
- 49- Meynadier B.** , la loi instituant une prestation spécifique dépendance, *Revue Française des Affaires Sociales*, **51** , n°45, 263-273
- 50- Kessler F.** , La prestation spécifique dépendance, premier commentaire de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997, *Droit Sanitaire et Social*, Paris, Dalloz, 1997
- 51- La P.S.D.** , un an après : premières tendances, Paris ODAS (les Cahiers de l'ODAS), 1998, 57 p.
- 52- Kessler F.** , Les normes du Conseil de l'Europe et la législation française sur la dépendance, *Revue Française des Affaires Sociales* , n° hors série, octobre 1997, 215-228
- 53- Kerschen N.** , La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale : le modèle allemand et le projet luxembourgeois, *Revue Française des Affaires Sociales* , n° hors série, octobre 1997, 205-214
- 54- Henrad J-C.** , **Ankri J.** , Financement de la dépendance dans cinq pays de la Communauté européenne, in *Vieillesse, Santé, Société*, Paris, INSERM, 1996
- 55- Robine J-M.** , **Allard M. Ritche K.** , Santé et longévité, *Pour la science* , **209** , 92-93, 1995
- 56- Perls Th.** , Les centenaires, *Pour la Science* , **209** , 88-91, 1995
- 57- Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante** , Fondation Nationale de gérontologie, Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale, 1987
- 58- Recherche et Vieillesse** , *Gérontologie et Société* , n°79, septembre 1995
- 59- Moulias R.** , **Meaume S.** , Audition par le groupe de travail du CCNE, Nov. 1995
- 60- Vallée M., Mayo W., Darnaudéry M., Corpéchet C., Young J., Koehl M., Le Moal M., Baulieu E-E., Robel P. et Simon H.**, Neurosteroids : deficient cognitive performance in aged rats depends on low pregnenolone sulfate levels in hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* , **94** , 14865-14870, 1997
- 61- La surconsommation de médicaments chez les personnes âgées : un problème de santé publique** , Symposium Thérapeutiques et Vieillesse, Bordeaux, janvier 1996 in *Quotidien du Médecin*, n° 5778, 29 janvier 1996.
- 62- Laroque G.** , Audition par le groupe de travail du CCNE
- 63- CCNE** , Rapport sur " Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthiques des choix collectifs" , n° 57
- 64- CCNE** , Rapport et recommandations sur " Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche" , n° 58

Annexes

1 - Rappel historique : les trois rapports sur la politique de la vieillesse

2 - Données démographiques

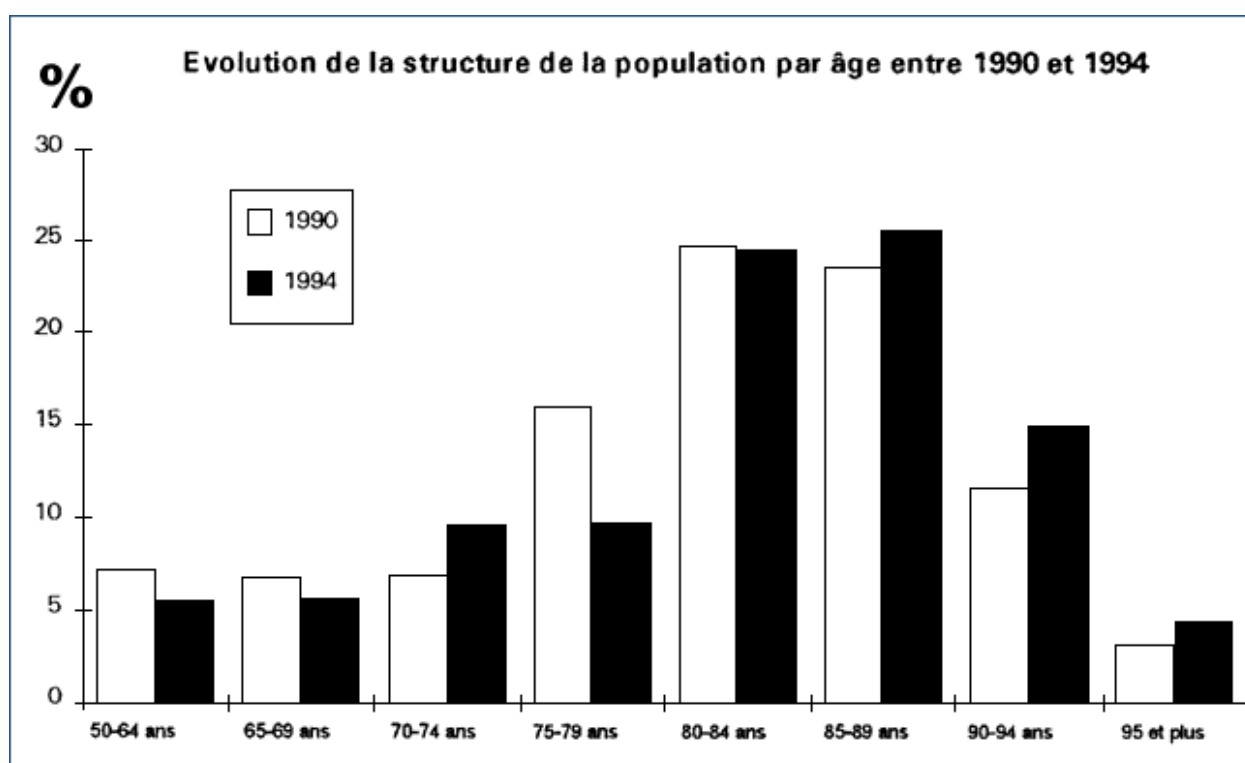


Pyramide des âges de la France au 1er janvier 1997. Source : INSEE [1]

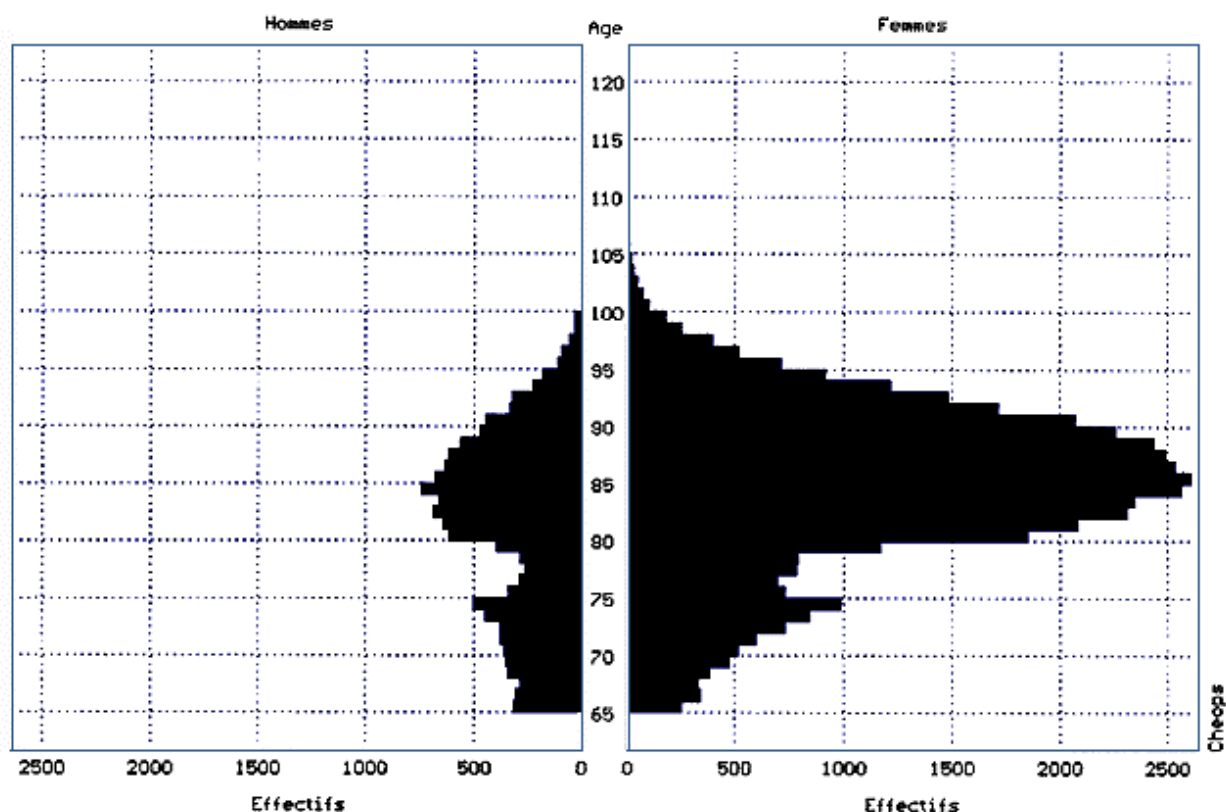
Tableau 1 - France métropolitaine. Indicateurs démographiques 1946, 1976, 1986 et 1988 à 1996

	1946	1976	1986	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (a)
Naissances (en milliers)	840	720	778	771	765	762	759	744	712	711	728	734
Décès (en milliers)	542	557	547	525	529	526	525	522	532	520	532	536
Excédent naturel (en milliers)	298	163	232	247	236	236	234	222	179	197	196	198
Solde migratoire (en milliers)	25	57	39	57	71	80	90	90	70	50	40	40
Variation totale (en milliers)	323	220	271	304	307	316	324	312	249	241	236	238
Taux de natalité (en ‰)	20,9	13,6	14,0	13,7	13,6	13,4	13,3	13,0	12,3	12,3	12,5	12,6
Taux de mortalité (en ‰)	13,5	10,5	9,8	9,3	9,4	9,3	9,2	9,1	9,2	9,0	9,2	9,2
Taux de mortalité infantile (b)	77,8	12,5	8,0	7,8	7,5	7,3	7,3	6,8	6,5	5,9	4,8	5,0
Indice de fécondité (c)	2,98	1,83	1,83	1,80	1,79	1,78	1,77	1,73	1,65	1,65	1,70	1,72
Espérance de vie (en années) :												
Hommes	59,9	69,2	71,5	72,3	72,5	72,7	72,9	73,2	73,3	73,7	73,9	74,0
Femmes	65,2	77,2	79,7	80,5	80,6	80,9	81,1	81,4	81,4	81,8	81,9	81,9
Mariages (en milliers)	517	374	266	271	280	287	280	271	255	254	255	279
Taux de nuptialité (en ‰)	12,8	7,1	4,8	4,8	5,0	5,1	4,9	4,7	4,4	4,4	4,4	4,8
Population (d) (en milliers)	40 448	53 019	55 682	56 270	56 577	56 893	57 218	57 530	57 779	58 027	58 265	58 494
Moins de 20 ans (d) (en ‰)	29,6	31,5	28,6	28,1	27,8	27,5	27,1	26,8	26,4	26,1	26,0	25,9
65 ans ou plus (d) (en ‰)	11,2	13,6	13,3	13,7	13,9	14,1	14,3	14,5	14,7	15,0	15,2	15,4

(a) Provisoires
 (b) Taux pour 1 000 naissances vivantes
 (c) Nombres d'enfants pour une femme
 (d) En fin d'année
 Source : INSEE [1]



Population hébergée par sexe et âge au 31/12/94



3 - Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, Prestation spécifique dépendance

4 - Grille AGGIR d'évaluation de la perte d'autonomie

Rappel historique

Les trois rapports sur la politique de la vieillesse (2)

I - Commission d'étude des problèmes de la vieillesse (1960)

Président, Mr. Pierre LAROQUE

Rapport LAROQUE, 1962 (3)

..." l'effort au profit des personnes âgées, sacrifiées au cours des quinze dernières années (1945-1960) doit recevoir durant la période prochaine une priorité permettant de rétablir l'équilibre aujourd'hui rompu à leur détriment".

..." le problème le plus pressant est de garantir à chacun des ressources qui leur assurent une vie décente".

..." toute solution qui conduirait de quelque manière que ce soit à une ségrégation des personnes âgées doit être formellement condamnée".

..." l'âge normal d'ouverture du droit à une pension vieillesse est de 65 ans".

..." le maintien, à tous égards souhaitable des personnes dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale".

... L'aide médicale à domicile avec traitements ambulatoires ou "hôpitaux de jour" doit être développée sous contrôle, ainsi que la réadaptation fonctionnelle.

... Lorsque vient le moment où la santé ou le milieu de vie se détériore, il faut alors songer à l'hébergement collectif ... Le seul critère d'admission devrait être l'état de santé : il faut cesser de mêler valides et grabataires.

II - Intergroupe pour l'étude des problèmes relatifs aux personnes âgées

Commissariat général au Plan

Préparation du VI^e Plan, 1971-1975

Président, Mme Nicole QUESTIAUX

Rapport QUESTIAUX, 1971 (4)

... un double objectif : "répondre aux besoins actuels d'une population d'un âge donné, agir sur les actifs d'aujourd'hui pour leur préparer une meilleure vieillesse".

..." l'amélioration des connaissances statistiques est l'une des priorités de la politique de vieillesse".

..." l'abaissement de l'âge de la retraite n'est pas une garantie contre le chômage".

..." c'est faute d'information que la société française accepte pour ses citoyens les plus âgés, la grisaille d'une vie quotidienne que le rapport a tenté de décrire".

..." aucune étude spécifique ne paraît avoir été conduite en ce qui concerne les besoins des personnes âgées et les conditions dans lesquelles l'avance en âge influe sur ceux-ci".

..." Faire en sorte qu'une personne âgée ne dispose pas de ressources inférieures à un revenu minimum. Ce revenu devrait être défini en fonction de la satisfaction des besoins et être lié au revenu des actifs. L'effort collectif en faveur de la vieillesse vise à assurer à chacun une proportion normale de son propre revenu d'activité".

..." La population âgée est pauvre et inactive. La disproportion entre ses ressources et ses besoins de logement est considérable".

Le rapport dresse la liste des principes qui devraient servir de base à une politique du logement.

Les équipements sanitaires sont peser sur le VI^e plan :

"Le besoin d'un hébergement collectif médicalisé demeurera important pendant le VI^e plan en raison de l'inadaptation quantitative des équipements actuels...du fait de l'accroissement de la population âgée, notamment du nombre des grands vieillards ; ... un hébergement fera croître dans des proportions importantes les besoins en personnel médical et paramédical"... Tout médecin devrait recevoir une formation gériatrique intégrée dans le cycle des études médicales.

... Il ne faut pas oublier "la charge que représentent pour la Sécurité Sociale les personnes hospitalisées en service d'aigus, de chroniques ou de gériatrie pour des raisons sociales non médicales".

III - Groupe "Prospective personnes âgées"

Commissariat général au Plan

Préparation du VIII^e Plan, 1981-1985

Président, Mr. Robert LION

Rapport "Vieillir demain" 1982 (5)

..." Le caractère principal d'une politique de vieillesse c'est de concerner la société toute entière et non pas les seules personnes âgées".

... La France va inventer le concept d'une vieillesse active, autonome et intégrée cependant que le grand âge devient une réalité sociale d'ampleur nationale.

... Si le "statut social de retraité" qui suit le "statut d'actif" s'inscrit dans le schéma de la succession des âges, le couperet de l'âge légal de la retraite est brutal. Il s'accommode mal du décalage fréquent entre l'âge chronologique et les capacités ou les souhaits.

... La vieillesse ne doit pas être assimilée à la retraite et celle-ci doit être distinguée du chômage.

... La crise économique dénature le problème de la vieillesse.

... Les recommandations de la Commission Laroque et celles de l'Intergroupe du VI^e plan ont été très peu prises en compte quand elles visaient l'organisation sociale.

... Il convient de donner à la population vieillissante et âgée un choix de vie plus libre dans un meilleur cadre d'échanges et de relations entre les générations.

... une "pédagogie du vieillissement".

... La limitation d'un vieillissement prématuré et de l'incidence des maladies liées à l'âge relèvent autant de mesures de prévention sanitaire et médicale tout au long de la vie que de la lutte contre la pauvreté.

... Les modalités des retraites doivent être réaménagées sur de nombreux plans.

Tels sont les faits à partir desquels le CCNE a mené sa réflexion éthique.

Notes

1. (le groupe de travail a longuement abordé le sujet de " la fin de vie" des personnes âgées. Du fait de la constitution récente d'un nouveau groupe de travail sur ce thème, il a été suggéré de dissocier ce sujet du présent rapport)

2. d'après Paillat P., Le rapport Laroque et son héritage historique in, 30 ans de Politique vieillesse, *Gérontologie et Société*, 81, 1997, 25-42

3. **Laroque P.** (prés.) 1962, Politique de la vieillesse, Paris, la Documentation Française, 438 p.

4. **Questiaux N.** (prés.) 1971, rapport du groupe de travail pour la préparation du VI^e plan (1971-1975), Paris, la Documentation Française, 333 p.

5. **Lion R.** (prés.) 1980, vieillir demain, rapport du groupe de travail pour la préparation du VIII^e plan (1981-1985), Paris, la Documentation Française, 270 p.