

Vous souhaitez nous soumettre un article pour le prochain numéro ? Adressez-nous simplement un mail à jdsamids@gmail.com

SOMMAIRE

Editorial3

Interview5

JEAN-PHILIPPE VINQUANT

Dossier

Dossier coordonné par Rémy Engrand

Bien vieillir

Les défis du vieillissement français.....8

DOMINIQUE LIBAULT

Session 1 : Le “Bien vieillir”, de quoi parlons-nous ?

« Bien vieillir » : s'adapter ou s'activer ?
Retour sur l'histoire d'une idée.....15

FRÉDÉRIC BALARD

Introduction épidémiologique du « Bien vieillir » :
approche « parcours de vie ».....21

SÉVERINE SABIA

Le vieillissement :
une chance pour les territoires ruraux.....28

RODOLPHE DUMOULIN

Session 2 : Aménager les environnements

La prévention des chutes.....31

BIENVENU BONGUÉ

Le changement de regard sur l'âge ; une clé pour
l'adaptation des environnements bâtis ?.....36

ANGÉLIQUE GIACOMINI

Session 3 : Lien social et santé mentale

Préserver et prendre en soins la santé mentale
de nos aîné-es.....39

THIERRY GALLARDA

Retours d'expérience : l'infirmière en pratique avancée
en équipe mobile de gériatrie.....43

CHRISTINE LENOUVEL

MonaLisa :
retisser des liens de citoyenneté et de solidarité.....47

FRANÇOISE FROMAGEAU

Session 4 : Droits et protection de la personne âgée

Lutte contre les maltraitements envers les personnes
âgées et politiques publiques50

ANNE-CLAIRE HOREL

Lutte contre les maltraitements envers les personnes âgées
et droit : quel(s) rôle(s) pour l'avocat ?
À propos de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant
mesures pour bâtir la société du bien vieillir et
de l'autonomie..... 61

MARIE-HÉLÈNE ISERN-RÉAL

Propos finaux du Séminaire « Bien Vieillir ».....72

THOMAS RAPP

Chroniques

C1 - Personnes et santé75

Chronique permanente

« Clinique éthico-juridique »

Refus de transfusion sanguine : « Qui aime bien trahit bien ». Le cas clinique de Géraldine 75

SCARLETT-MAY FERRIÉ

Santé mentale de l'enfant : la complexe question du consentement en pédopsychiatrie 80

ADÉLIE CUNEO

Débat sur la notion au sein des différents systèmes juridiques..... 90

SANDRINE JONNIAUX

C2 - Professionnels et institutions de santé 93

Chronique annuelle

« Déontologie des professions de santé ».....93

LISA CARAYON, MARIE MESNIL

C3 - Système et politiques de santé.....112

Séminaire Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble 112

- 4^{ème} séance (intervention de Laure de la Bretèche) :

La situation des EHPAD 112

- 5^{ème} séance (intervention de Olivier Guérin) :

Présentation du programme « Bien vieillir ensemble » 117

- 6^{ème} séance (intervention de Marc Bourquin) :

Présentation de la situation des EHPAD publics122

- 7^{ème} séance (interventions de Marie-Anne

Montchamp, Julien Emmanuelli et Jean-Baptiste

Frossard) : Vieillissement de la population et politique

d'accompagnement à domicile..... 126

C4 - Technologies et santé 130

Chronique permanente

« Droit des brevets »130

CAMILLE MARÉCHAL POLLAUD-DULIAN

C5 - Marchés et santé 135

Chronique permanente

« Droit de la concurrence »135

CAROLINE CARREAU

Nouvelles de l'étranger

Santé numérique et intelligence artificielle dans les soins de santé : les défis réglementaires.....145

FERNANDO AITH & ROBERTA DE FREITAS

Rédaction..... 155

Comme petit cadeau de Noël, l'Institut Droit et Santé est heureux de vous proposer le dernier numéro de notre Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie (JDSAM).

Son dossier est l'occasion de publier les actes d'un colloque organisé en partenariat avec l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). L'Institut Droit et Santé est en effet membre du réseau doctoral de cette prestigieuse école de formation et de recherche. Au-delà des liens ainsi noués, ce partenariat offre une appréciable opportunité de financement à certains doctorants inscrits à l'Institut Droit et Santé en leur proposant une bourse doctorale d'une durée de 3 années. Ce partenariat permet en outre aux doctorants sélectionnés, spécialisés en droit de la santé, de se former à l'interdisciplinarité en leur ouvrant l'accès à tout un réseau de chercheurs réalisant leur recherche dans des domaines non juridiques et ayant en commun la thématique de santé publique. La participation à différentes sessions de formation permet enfin aux doctorants d'ouvrir leur horizon de recherche, de confronter leurs idées à d'autres approches et ainsi d'enrichir leur réflexion personnelle.

Dans le cadre de ce programme de formation interdisciplinaire, les doctorants ont l'opportunité d'organiser une journée d'étude fréquemment réalisée en partenariat avec l'Institut Droit et Santé.

Cette année, une équipe de doctorants de divers horizons de formation a fait le choix de consacrer une manifestation à la loi dite « Bien vieillir ». Un colloque a ainsi été organisé le 1^{er} février 2024, soit peu de temps avant l'adoption de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Cette journée ambitionnait de proposer un état des lieux et des perspectives sur les actions de promotion en France. Furent ainsi abordés la définition du bien vieillir, le parcours de vie des personnes, les enjeux territoriaux du vieillissement de la population, les problématiques de l'aménagement de l'environnement des aînés ainsi que leur santé mentale. Les organisateurs se sont enfin saisis des questions juridiques en traitant des droits des personnes âgées au travers principalement du sujet de la maltraitance.

Rémy Engrand, doctorant de l'Institut Droit et Santé et membre du réseau EHESP, que nous remercions d'ailleurs chaleureusement, s'est chargé de la coordination de ce dossier, permettant à nos lecteurs de retrouver dans ce numéro la substance des contributions proposées durant cette riche journée.

Nous remercions également Monsieur Jean-Philippe Viquant, Président du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA) d'avoir accepté d'enrichir et poursuivre la réflexion de la thématique du dossier en acceptant de nous accorder la traditionnelle interview de la revue.

Longtemps attendu, le projet d'une « grande loi grand âge » semble donc définitivement enterré, le choix ayant été fait de traiter les différentes dimensions du sujet de manière morcelée au travers de « petites lois » sectorielles successives. Si le renoncement à l'adoption d'un texte unique qui aurait permis une approche globalisante du sujet doit probablement être regretté, il est cependant heureux de voir enfin adoptée cette loi « bien vieillir ». Si cette loi s'avère décevante à plusieurs égards, elle a néanmoins le mérite de faire avancer quelques sujets cruciaux tels que la prévention de la perte d'autonomie, le soutien de l'aide à domicile, la mise en œuvre d'un droit au répit des aidants, le contrôle des Ehpad ou encore la lutte contre la maltraitance.

Ce n'est pas la première fois que l'Institut Droit et Santé s'intéresse au sujet du vieillissement ainsi qu'aux lois visant à faire avancer sa prise en considération. Le 27 mai 2014 fut ainsi organisé un colloque sur la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette manifestation avait été l'occasion d'accueillir Madame Michèle Delaunay qui avait porté cette loi en tant que ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie.

Nous publions également régulièrement les contributions du think tank LISA (Laboratoire d'Idées Santé Autonomie) qui se consacre au sujet de la prise en charge du vieillissement. Ce numéro du JDSAM est d'ailleurs l'occasion de publier les résumés des dernières conférences proposées dans le cadre du séminaire « Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble », organisées par LISA et l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP).

Avec ce nouveau numéro du JDSAM, l'Institut Droit et Santé est heureux de contribuer à faire connaître ces sujets et favoriser la prise de conscience de l'impérieuse nécessité de s'en saisir. Nous vous souhaitons une bonne lecture et, pour finir, profitons de cet édito pour souhaiter à nos lecteurs de belles fêtes de fin d'année.

Lydia Morlet-Haidara

Directrice de l'Institut Droit et Santé

Interview de Jean-Philippe Viquant Président du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Interview réalisée par

Audrey Irastorza

Doctorante à l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

Elodie Vorkauffer

Doctorante à l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

1/ Pourriez-vous nous rappeler votre parcours vous ayant conduit à assurer aujourd'hui la Présidence du Conseil de l'âge au sein du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ?

Je suis entré à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 1997. Mon parcours m'a conduit à alterner des périodes d'activité au sein de l'Igas, où j'ai effectué des missions et assuré différentes fonctions, comme adjoint à la cheffe du service ou président du collège Protection sociale, et des responsabilités variées à l'extérieur du service. J'ai effectué une mobilité au sein d'un organisme de base de sécurité sociale. J'ai passé près de dix années en administration centrale, en tant que sous-directeur à la Direction de la sécurité sociale, et quelques années plus tard en tant que Directeur général de la cohésion sociale. J'ai également occupé des fonctions de conseiller en cabinet, auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé et de deux Premiers ministres. Mon expérience auprès des hauts conseils est ancienne : j'avais été secrétaire général du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) entre 2010 et 2012, et depuis le 1^{er} février 2023, je préside le conseil de l'âge du HCFEA.

2/ Le Conseil de l'âge a adopté, le 20 février 2024, un rapport sur les conditions à réunir pour permettre aux personnes de bien vieillir¹, pourriez-vous nous présenter ces principales recommandations² ? Cela vous semble-t-il compatible avec le cahier des charges établi pour les services à domicile et sur lequel le Haut conseil a rendu un rapport³ ?

En 2023, les travaux du Conseil ont en effet été centrés sur les accompagnements à domicile des personnes âgées. Ils visaient à établir un diagnostic des forces et faiblesses des approches, des outils et des pratiques actuelles, et à engager une réflexion sur les infléchissements ou réformes à même de garantir les projets de vie à domicile. Les perspectives démographiques - le nombre de personnes âgées de 75 ans devant doubler d'ici 2050 - et l'annonce d'un « virage domiciliaire » très ambitieux rendaient en effet nécessaire de mesurer l'adéquation des modalités selon lesquelles les réponses sont apportées aujourd'hui aux besoins et aux aspirations de ces seniors et l'identification des progrès qui pourraient être réalisés dans ce domaine.

Le rapport du Conseil de l'Âge de février 2024 s'appuie sur cinq documents d'éclairage approfondis qui ont été adoptés et diffusés à compter de décembre 2023⁴. Il identifie plusieurs difficultés majeures dans le système actuel de soutien à l'autonomie en France : un manque de planification et d'anticipation, un référentiel de principes dépassé avec une approche toujours très « compensatoire », des difficultés d'accès aux soins de santé, une trop grande complexité de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour une effectivité limitée, une déconnexion entre tarifications nationale et départementale et besoin de financement et de rémunération de l'offre de services

1 - https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_i_bien_vivre_et_vieillir_dans_l_autonomie_a_domicile.pdf.

2 - Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L. 312-1 du même code.

3 - https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_i_bien_vivre_et_vieillir_dans_l_autonomie_a_domicile.pdf.

4 - [Situations et perspectives départementales en termes de besoins, de recours et d'offre.](#)

[Enseignements des trois enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023 auprès des acteurs du domicile : CCAS et CIAS, SAAD et équipes médicosociales des conseils départementaux.](#)

[Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population.](#)

[Aspects relatifs à la santé et à l'accès aux soins.](#)

[Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA.](#)

d'aide à domicile et de leurs professionnels. Il souligne enfin la complexité administrative et institutionnelle de la politique du domicile et les disparités et inégalités territoriales observables.

Pour remédier à ces difficultés, le Conseil de l'Âge propose d'inscrire dans la loi l'impératif de prise en compte du vieillissement de la population et de garantir un droit des personnes âgées à une vie autonome et citoyenne, avec une démarche de planification à long terme (15 à 20 ans) des actions à engager pour accompagner la transition démographique. Elle doit dépasser le seul champ de l'autonomie, et se déployer dans une approche globale et intégrée impliquant l'ensemble des acteurs et des leviers disponibles, par exemple par l'adoption de « Plans longévité » de territoire.

Garantir une politique du vieillissement plus efficace, plus juste et plus adaptée aux besoins futurs passe par la promotion d'une diversité de formes de domiciles favorisant l'inclusion spatiale et sociale, adaptée aux problématiques du vieillissement et connectée à l'extérieur : développement de l'habitat regroupé et/ou inclusif pour répondre aux aspirations des personnes âgées et limiter l'isolement social, réforme en profondeur de l'APA pour la remplacer par une prestation plus universelle, puissante et englobante de soutien à l'autonomie, réduction des disparités territoriales en instaurant un système de cibles de convergence et de redevabilité des acteurs locaux.

S'agissant des accompagnements à domicile, le Conseil avait déjà donné en 2023 un avis favorable à la réforme créant les Services autonomie à domicile (SAD). Il a redit l'importance de mieux articuler les interventions soignantes et la prévention et le soutien à l'autonomie des personnes. Il recommande en outre de renforcer l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de leurs aidants, ainsi que l'accompagnement des fins de vie à domicile. Mais pour que cela soit possible, il préconise urgemment de résorber la déconnexion entre tarification et charges des services pour garantir une offre de services et de professionnels suffisante et pérenne.

3/ Pensez-vous que cela soit compatible avec les résultats de l'enquête initiée en 2024 par le Haut Conseil de l'âge présentant une vision âgiste de la part de la société française⁵ ? Pourriez-vous nous en dire plus sur cette enquête ?

Votre question est intéressante, car elle rejoint ce sentiment du Conseil de l'âge qu'une des raisons pour laquelle nous n'avons toujours par la loi de programmation que nous appelons de nos vœux est le biais âgiste de notre société.

Les résultats de notre enquête le confirment : les Français ont un regard ambigu sur le vieillissement et la France peut être qualifiée « d'âgiste malgré elle ».

Les Français ont des représentations plutôt négatives de la vieillesse, associée souvent à la maladie, à la solitude. C'est frappant : sept Français sur dix estiment qu'on est « vieux » dès 65 ans. Mais *a contrario*, le vieillissement de la population est plutôt vu par les répondants de toutes générations comme une opportunité à titre individuel et pour la société – avec un bémol sur ses effets sur la protection sociale.

Mais si les trois-quarts des Français déclarent ne pas être « âgistes », sept personnes sur dix considèrent la société française âgiste, discriminante vis-à-vis de l'âge. Et plus de 10 % des 50 ans et plus déclarent avoir été victimes de comportements ou de discrimination(s) âgistes, le plus souvent dans l'espace public, les commerces ou les médias.

D'où l'importance de donner une image plus positive des seniors et de leur participation sociale, de leur contribution économique et sociale, pour changer le regard sur ce temps désormais plus long et actif qu'est la retraite et l'avancée vers le grand âge. Ce sera l'objet de nos travaux des 6 mois à venir.

.....
5 - https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/note_hcfea_resultats_enquete_agisme.pdf.

4/ Suite aux États généraux des maltraitements envers les adultes vulnérables et à la médiatisation de la question⁶, avez-vous remarqué des changements ?

· Saisi par le ministre des Solidarités, nous avons rendu en effet un avis portant contribution aux États généraux des maltraitements (EGM), adopté à l'issue d'un travail participatif en juin 2023 et intitulé « Pour une stratégie ambitieuse de prévention et de lutte contre les maltraitements envers les personnes et personnes âgées vulnérables ». Il formule des préconisations pour mieux connaître, prévenir et lutter contre les maltraitements. Il rappelle également qu'en-deçà d'un niveau de moyens consacrés à la politique du Grand âge, les conditions propres à éviter certaines formes de maltraitements non intentionnelles ne seront pas assurées.

Nous y faisons le constat que malgré des avancées, le portage, les outils et les moyens de la politique de lutte contre les maltraitements étaient encore inadaptés. Nous avons noté que de nombreuses propositions formulées dans la note d'orientation de 2019 de la commission nationale pour la lutte contre la maltraitance commune au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et au HCFEA restaient d'actualité. Nous avons demandé leur mise en œuvre et l'adoption d'une stratégie ambitieuse et un changement de paradigme pour que les maltraitements ne soient jamais considérés comme une fatalité associée au vieillissement.

Près d'un an et demi après cet avis, nous avons le sentiment qu'il a été utile et pris en compte. Le rapport de la concertation des EGM, puis la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitements 2024-2027 ont repris de nombreuses orientations portées par le Conseil de l'âge. La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie comporte des dispositions importantes, prévoyant notamment que toute personne ayant connaissance de faits constitutifs d'une maltraitance, doit les signaler aux nouvelles cellules départementales qui seront gérées par les agences régionales de santé (ARS). Ces cellules, qui devront assurer le recueil, le suivi et le traitement des signalements de maltraitance envers les personnes majeures en situation de vulnérabilité, joueront un rôle majeur pour assurer aux victimes et témoins que les maltraitements ne sont ni anodines, ni laissées sans suites.

5/ Le Conseil de l'âge a souhaité entreprendre un vaste panorama des comportements conjugaux et configurations familiales des seniors, incluant des comparaisons dans le temps et des comparaisons européennes⁷. Pourriez-vous nous présenter les résultats ?

Notre vaste panorama montre que les mutations démographiques et sociologiques profondes que connaissent les couples et les familles dans notre pays concernent également les seniors. Si la vie en couple reste le modèle majoritaire chez les plus de 65 ans, elle recule avec les années. Une proportion importante de seniors, qui va encore augmenter dans les 20 prochaines années, vieillit isolée, sans l'appui d'un conjoint, d'un parent ou d'enfants. Les femmes âgées sont plus exposées aux conséquences des événements de la vie et notamment aux séparations. Le maintien en couple peut par ailleurs les exposer à des violences. Ces constats sont importants pour les objectifs que l'on devrait fixer en matière d'assurance contre les risques de la vie auxquels sont confrontés les seniors.

À ce titre, le Conseil de l'âge propose des orientations pour les politiques publiques, qui doivent mieux accompagner les seniors en situation de fragilité notamment du fait de leur situation conjugale ou familiale par des parcours ou des accompagnements adaptés.

6 - https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_avis_contribution_egm-2.pdf.

7 - https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/de_-_comportements_conjugaux_et_familiaux_23-07-2024.pdf.

Ce dossier retrace les interventions qui ont eu lieu lors du colloque « *Bien vieillir* » organisé le 1^{er} février 2024. Les propos tenus sont ceux des auteurs et n'engagent pas l'Institut Droit et Santé.

Dossier coordonné par :

Rémy Enggrand, Doctorant à l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France et membre du réseau EHESP

Les défis du vieillissement français

Dominique Libault

Président du Haut-conseil au financement de la protection sociale, Directeur de l'École Nationale Supérieure de Sécurité sociale (EN3S).

Résumé

Le vieillissement de la population en France constitue un choc démographique majeur, dont les implications sur les systèmes de santé et les métiers du grand âge sont souvent sous-estimés. Ce phénomène pose des questions sur la citoyenneté et l'autonomie des personnes âgées, tant en EHPAD qu'à domicile, où l'isolement social demeure un défi. Pour préserver leur santé, des politiques de prévention, comme la méthode ICOPE, sont nécessaires afin de prolonger l'espérance de vie en bonne santé et de réduire les inégalités sociales. Un autre défi majeur est le financement de l'autonomie, exacerbé par des tensions entre le contrôle des dépenses publiques et la qualité des services. De plus, les enjeux éthiques, tels que les maltraitances en institution, nécessitent une vigilance accrue pour garantir la dignité des personnes âgées. Une transformation du système est essentielle, en favorisant le maintien à domicile et la coordination des acteurs. La valorisation des professionnels de santé et des aidants est cruciale pour répondre à ces défis.

Mots-clefs

Prévention – Autonomie – Financement – Coordination.

Abstract

The aging population in France represents a major demographic shock whose implications for health systems and professions related to elderly care are often underestimated. This phenomenon raises questions about the citizenship and autonomy of older adults, both in nursing homes and at home, where social isolation remains a challenge. To preserve their health, preventive policies, such as the ICOPE method, are necessary to extend healthy life expectancy and reduce social inequalities. Another major challenge is the funding of autonomy, exacerbated by tensions between controlling public spending and ensuring the quality of services. Furthermore, ethical issues, such as abuse in institutions, require increased vigilance to guarantee the dignity of older adults. A system transformation is essential, promoting home care and coordination among stakeholders. Recognizing and valuing health professionals and caregivers is crucial to addressing these challenges.

Keywords

Prevention – Autonomy – Financing – Coordination.

Le colloque que nous entamons aujourd'hui traite d'un thème qui, à mon sens, est absolument fondamental et mérite une attention particulière, tant il impacte et impactera durablement notre société : celui du vieillissement de la population. Ce sujet est central dans de nombreuses politiques publiques, et il est vital de l'aborder de manière interdisciplinaire.

J'ai remis à Édouard Philippe, alors Premier ministre, en 2019, un rapport censé préparer une loi sur le grand âge et l'autonomie, qui n'a malheureusement pas vu le jour, mais dont les conclusions demeurent, je pense, toujours d'actualité. Ce travail m'a permis de développer une réflexion approfondie sur les enjeux liés au vieillissement, réflexion que j'ai poursuivie à travers un autre rapport intitulé « Service public territorial de l'autonomie », qui visait à structurer une réponse territoriale à ces problématiques. Aujourd'hui, je pilote la mise en œuvre de cette démarche de « service public territorial de l'autonomie », devenue depuis peu « service public départemental de l'autonomie », en réponse aux évolutions législatives et à la discussion actuelle autour de la Proposition de Loi (PPL) Bien vieillir, qui est en cours d'examen au Sénat et qui contient justement un article visant à formaliser la mise en place de ce service public de l'autonomie.

Cette introduction étant faite, je vais maintenant aborder plus précisément les différents aspects de ce choc démographique majeur que représente le vieillissement, et des enjeux qu'il soulève, non seulement en termes de santé publique, mais également sur le plan de la citoyenneté, des ressources humaines, des finances publiques, et bien entendu, des questions éthiques.

Le vieillissement : un choc démographique majeur

Pour débiter, j'aimerais insister sur ce que je considère comme le point central de notre problématique aujourd'hui : le vieillissement de la population est un choc démographique majeur pour notre pays, un choc dont l'ampleur est souvent sous-estimée et dont les conséquences sont encore largement ignorées par une partie de nos concitoyens, ainsi que par une partie du débat public. Ce vieillissement n'est pas un phénomène lointain ou futur : il est déjà à l'œuvre, et ses effets se font déjà sentir. Ce qui nous attend dans les prochaines années est tout simplement un bouleversement profond de la structure démographique de la société française.

Pour donner quelques éléments chiffrés : entre 2020 et 2030, la population des 75-85 ans en France augmentera de près de 50 %. Nous sommes en 2024, donc pratiquement à mi-chemin de cette période de transformation démographique. Cela signifie qu'en l'espace de quelques années, nous assisterons à un afflux de personnes entrant dans ce qu'on appelle le « quatrième âge ». Ce phénomène va s'accélérer au cours des années à venir, avec des effets qui se feront sentir sur l'ensemble de la société, et pas uniquement dans le secteur de la santé.

Puis, à compter de 2030, c'est la tranche des plus de 85 ans qui connaîtra une augmentation similaire. En d'autres termes, le vieillissement est déjà là, et il est amené à s'amplifier considérablement. Bien entendu, d'une certaine manière, il s'agit d'une bonne nouvelle. Cela reflète l'augmentation de l'espérance de vie, signe que nos systèmes de santé et nos conditions de vie se sont améliorés au fil des décennies. Mais cela pose également des questions cruciales auxquelles nous devons répondre dès aujourd'hui si nous voulons éviter d'être dépassés par l'ampleur des défis à venir.

Les impacts de ce vieillissement seront multiples. Ils concerneront les structures sociales, les systèmes de santé, les politiques publiques, et bien sûr, la vie quotidienne de millions de personnes. La question est de savoir comment nous allons faire face à cette situation, comment nous allons anticiper et nous adapter à ces nouvelles réalités démographiques. Et si nous choisissons de fermer les yeux ou de procrastiner en espérant que les choses se régleront d'elles-mêmes, nous courons le risque de nous retrouver dans des situations extrêmement problématiques dans un avenir proche.

Je commencerai par évoquer les enjeux démographiques, qui sont à la base de cette transformation. Le premier enjeu est simplement quantitatif : nous allons avoir beaucoup plus de personnes très âgées. Dans l'absolu, il s'agit d'une bonne nouvelle, puisque cela signifie que nous vivons plus longtemps, cela pose aussi un certain nombre de questions très concrètes. La première d'entre elles concerne l'accompagnement de ces personnes. Aurons-nous suffisamment de professionnels pour répondre aux besoins de cette population croissante ?

Aujourd'hui déjà, la situation est extrêmement tendue. Le nombre de professionnels formés et disponibles pour accompagner les personnes âgées est insuffisant, et cela à tous les niveaux. Ce problème n'est pas nouveau, mais il est exacerbé par la dynamique démographique actuelle. Les gériatres, par exemple, ne sont pas légion. La gériatrie, qui est pourtant une discipline clé dans ce contexte, est loin d'être le premier choix des jeunes médecins. C'est un domaine qui peine à attirer, en raison des conditions de travail, des rémunérations, et aussi, probablement, en raison de la manière dont la société perçoit ce métier.

À côté des médecins, il y a bien sûr tout un éventail de professions essentielles pour la prise en charge du grand âge, que ce soit les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de vie... Ces métiers, majoritairement féminins, souffrent d'une crise d'attractivité sans précédent. Ils sont mal rémunérés, peu valorisés, et souvent exercés dans des conditions extrêmement difficiles. Le manque de reconnaissance et les faibles perspectives d'évolution professionnelle constituent de véritables freins. Ces métiers sont pourtant au cœur de la qualité de vie des personnes âgées.

L'attractivité de ces métiers est un sujet absolument central. Il est indispensable que nous réfléchissions à des moyens concrets pour rendre ces professions plus attractives. Cela passe, bien sûr, par des mesures financières, mais pas uniquement. La reconnaissance sociale, l'amélioration des conditions de travail, la formation continue, et les perspectives de carrière sont autant de leviers sur lesquels nous devons agir.

Le bien vieillir et la citoyenneté : le défi d'une vie autonome et respectée

Au-delà de l'enjeu démographique et de l'accompagnement professionnel, le vieillissement soulève également des questions fondamentales sur la citoyenneté et la place des personnes âgées dans notre société. Comment garantir à ces personnes une place pleine et entière dans notre société ? Comment leur permettre de continuer à exercer leurs droits de citoyens, de faire des choix libres et éclairés concernant leur propre vie, y compris lorsqu'elles deviennent plus vulnérables ?

Le vieillissement ne doit pas être synonyme de perte d'autonomie ou de renoncement à sa capacité à choisir. Pourtant, beaucoup de personnes âgées vivent cette période de leur vie comme une phase durant laquelle elles ne sont plus maîtresses de leurs décisions. Les solutions qui leur sont proposées, ou parfois imposées, ne correspondent pas toujours à leurs souhaits. C'est un véritable enjeu de citoyenneté.

Prenons l'exemple des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Bien sûr, il ne s'agit pas de stigmatiser ces établissements, qui répondent à un besoin réel et qui, dans bien des cas, permettent de proposer une prise en charge de qualité. Cependant, il faut reconnaître qu'un grand nombre de personnes âgées perçoivent leur entrée en EHPAD comme une forme de relégation. C'est vécu comme un passage contraint d'un environnement familial et porteur d'identité vers un espace collectif, souvent perçu comme plus impersonnel, avec des règles qui ne sont pas choisies mais subies. L'entrée en institution marque souvent la fin d'une forme de liberté, d'autonomie, et c'est un moment difficile pour beaucoup.

Bien sûr, il existe des solutions alternatives à l'entrée en institution, notamment le maintien à domicile, qui est souvent plébiscité par les personnes elles-mêmes. Cependant, le maintien à domicile n'est pas exempt de difficultés. L'isolement social est l'un des problèmes majeurs auxquels sont confrontées les personnes âgées vivant seules chez elles. Les enquêtes menées par des associations comme les Petits Frères des Pauvres montrent régulièrement à quel point l'isolement peut être un facteur de souffrance pour ces personnes, qui, bien qu'elles restent dans leur environnement familial, se retrouvent coupées du reste du monde, privées de liens sociaux et communautaires.

Nous devons donc repenser nos réponses, tant pour les personnes vivant en institution que pour celles qui restent chez elles. Il est essentiel d'offrir des solutions qui respectent le choix et la dignité des personnes âgées. Cela implique de repenser notre conception même de la citoyenneté pour inclure ces questions liées au vieillissement.

Préserver la santé des personnes âgées : prévention et qualité de vie

Un autre enjeu crucial dans le débat sur le vieillissement est celui de la santé. Vieillir, bien entendu, implique des changements physiques et cognitifs, mais cela ne doit pas forcément rimer avec perte de santé. L'objectif du « bien vieillir » doit être de permettre aux personnes de conserver leurs capacités le plus longtemps possible et de vivre en bonne santé, dans la mesure du possible.

Nous devons donc nous concentrer sur la prévention. La prévention est un levier essentiel pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Aujourd'hui, on parle beaucoup d'espérance de vie, mais il est également important de parler d'espérance de vie en bonne santé. Autrement dit, combien d'années une personne peut-elle espérer vivre sans incapacité majeure qui affecte son autonomie ?

Les données statistiques sur l'espérance de vie en bonne santé montrent que la France a encore des progrès à faire. Si notre espérance de vie globale a augmenté, notre espérance de vie en bonne santé reste relativement faible par rapport à d'autres pays européens. Il est donc crucial de mettre en place des politiques de prévention efficaces, dès le plus jeune âge, pour permettre à chacun de vieillir dans les meilleures conditions possibles.

La prévention a un double intérêt. D'abord, elle permet aux individus de conserver une meilleure qualité de vie. Ensuite, elle permet de réduire les coûts pour la collectivité. Un rapport de la Cour des comptes estime qu'un gain d'un an d'espérance de vie en bonne santé pourrait générer une économie de 1,5 milliard d'euros par an pour les finances publiques. Cela montre à quel point la prévention est non seulement bénéfique pour les individus, mais aussi pour l'ensemble de la société.

Cependant, la mise en œuvre de politiques de prévention efficaces pose plusieurs défis. Le premier de ces défis concerne l'accès à la prévention pour tous, et en particulier pour les populations les plus vulnérables. Il existe aujourd'hui de fortes inégalités sociales en matière d'accès à la prévention, et ces inégalités se traduisent par des écarts significatifs d'espérance de vie en bonne santé entre les différentes catégories sociales. Les personnes les plus modestes sont souvent celles qui bénéficient le moins des actions de prévention, alors qu'elles sont aussi celles qui en auraient le plus besoin.

La prévention ne doit pas être un luxe réservé aux plus privilégiés. Il est indispensable de développer des actions de prévention qui touchent l'ensemble de la population, et en particulier les personnes les plus éloignées des dispositifs de santé. Cela implique de repenser la manière dont nous organisons nos politiques de prévention, pour les rendre plus inclusives et plus accessibles.

Dans ce contexte, il est intéressant de mentionner certaines initiatives qui visent à repérer et à accompagner la fragilité chez les personnes âgées. Par exemple, la méthode ICOPE, qui est en cours de déploiement en France, repose sur une approche populationnelle de la prévention et du repérage de la fragilité. Ce type de dispositif pourrait jouer un rôle clé dans l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.

Enjeux financiers liés au vieillissement

En parallèle des enjeux démographiques et de santé publique, le vieillissement de la population pose également des défis financiers redoutables. Notre pays a fait le choix, il y a quelques années, de socialiser le risque de la perte d'autonomie en créant une cinquième branche de la Sécurité sociale, dédiée à l'autonomie. Ce choix politique vise à garantir que les personnes âgées ou en situation de perte d'autonomie puissent bénéficier d'une prise en charge, quels que soient leurs moyens financiers. Ce choix est tout à fait louable, et je crois profondément qu'il s'agit de la bonne approche. Cependant, il faut bien reconnaître que ce modèle repose sur un équilibre financier extrêmement fragile.

La France, comme vous le savez, est un pays fortement endetté, et les dépenses publiques, bien que destinées à protéger et à soutenir les citoyens, sont soumises à des contraintes budgétaires de plus en plus strictes. Le vieillissement de la population va inévitablement accentuer cette pression financière. Les dépenses liées à l'autonomie vont augmenter de manière exponentielle dans les années à venir, en raison du nombre croissant de personnes âgées nécessitant un accompagnement. Et ces dépenses concernent à la fois les soins à domicile, les institutions spécialisées, et toutes les prestations sociales associées.

La question du financement est donc au cœur du débat sur le vieillissement. Si nous voulons garantir à chaque citoyen un accès égal à des services de qualité, il est impératif de trouver des solutions pour maintenir l'équilibre des comptes publics. Or, pour l'instant, nous sommes confrontés à un dilemme : comment concilier l'objectif de garantir des services de qualité avec la nécessité de modérer le poids des dépenses publiques ?

Un des premiers domaines affectés par cette contrainte budgétaire est la rémunération des professionnels du grand âge. Comme je l'ai mentionné précédemment, ces métiers souffrent d'un manque d'attractivité, notamment en raison de rémunérations souvent jugées insuffisantes. Cette situation est en partie liée aux enveloppes financières allouées à ces secteurs, qui ne permettent pas toujours d'offrir des conditions de travail et des rémunérations à la hauteur des attentes et des besoins des professionnels. Ainsi, un des défis que nous devons relever est de trouver un moyen de mieux valoriser ces métiers tout en restant dans des contraintes budgétaires strictes.

Cette question dépasse d'ailleurs le simple cadre des rémunérations. Elle touche aussi à la manière dont les interventions auprès des personnes âgées sont financées. Prenons l'exemple de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), une aide cruciale pour de nombreuses familles. L'APA est financée par les départements, mais les finances de ces derniers sont elles aussi soumises à des pressions importantes. Selon la situation financière de chaque département, la prise en charge des heures d'intervention pour l'aide à domicile peut être plus ou moins généreuse. Certains départements doivent limiter le nombre d'heures accordées aux personnes en perte d'autonomie en raison de leur budget. Cela crée des inégalités territoriales importantes, et met en lumière l'une des difficultés majeures auxquelles nous sommes confrontés.

La tension entre la nécessité de contrôler les dépenses publiques et l'exigence de répondre aux besoins croissants de la population vieillissante est une des raisons principales pour lesquelles le rapport que j'ai remis en 2019 n'a pas été suivi d'une loi sur le grand âge. En effet, bien que les intentions soient là, la mise en œuvre d'une telle loi pose des questions financières auxquelles il est difficile de répondre. La précédente ministre en charge de cette question, Aurore Bergé, avait annoncé une loi de programmation pour le grand âge en réponse à une forte pression parlementaire. Cependant, vous aurez peut-être remarqué que le Premier ministre, Gabriel Attal, n'a pas mentionné cette loi dans sa déclaration de politique générale. Ce silence a été interprété par beaucoup comme un signe de renonciation à cette loi, faute de solution financière viable.

La question du financement n'est pas simplement une question technique ou économique, c'est une question politique et sociale de premier ordre. Comment notre société choisira-t-elle de répartir les ressources pour faire face au vieillissement ? Quels sacrifices serons-nous prêts à faire, et quelles priorités établirons-nous ? Ce sont là des questions qui méritent d'être posées et débattues collectivement.

Enjeux éthiques : garantir la dignité des personnes âgées

Enfin, il me semble important de consacrer une réflexion à ce que j'appellerais les enjeux éthiques du vieillissement. Nous parlons ici d'un sujet qui touche au cœur même de nos valeurs en tant que société : comment traitons-nous les personnes les plus vulnérables, et en particulier les personnes âgées ? Cette question est essentielle, car elle renvoie à des principes fondamentaux de justice, de respect et de dignité humaine.

Malheureusement, force est de constater que nous sommes encore loin d'offrir à toutes les personnes âgées les conditions de vie dignes qu'elles méritent. Nous avons tous été témoins de scandales liés à la maltraitance dans certains EHPAD. Le livre-enquête sur le groupe Orpéa a mis en lumière des pratiques absolument inadmissibles, qui ne doivent pas exister dans un pays comme le nôtre. Ces pratiques sont choquantes, mais elles sont aussi révélatrices des dysfonctionnements profonds qui existent dans certaines institutions, et de la nécessité d'une plus grande vigilance de la part des pouvoirs publics.

Ce type de maltraitance institutionnelle n'est pas une exception, hélas. Nous avons également vu des situations dramatiques dans certains hôpitaux, où des personnes âgées sont laissées des heures, voire des jours, sur des brancards aux urgences, faute de place ou de personnel suffisant pour les prendre en charge. Ces situations sont totalement inacceptables, et elles doivent nous interroger collectivement sur la manière dont nous gérons l'accueil des personnes âgées dans nos structures de santé.

Il est absolument essentiel que nous mettions en place des dispositifs qui garantissent la dignité des personnes âgées, que ce soit en institution ou à domicile. Il est de notre responsabilité, en tant que société, de veiller à ce que ces personnes soient traitées avec respect et bienveillance, et qu'elles ne subissent jamais de traitement indigne de leur condition humaine. Cela doit être un principe fondamental de nos politiques publiques en matière de vieillissement.

L'indignité du traitement réservé à certaines personnes âgées n'est pas uniquement une question de maltraitance physique ou morale. Il y a également des situations d'indignité dues à la négligence ou à l'incapacité de nos systèmes à fournir une réponse adéquate. Par exemple, l'isolement social dont souffrent de nombreuses personnes âgées vivant seules est une forme de maltraitance par omission. Elles sont laissées à elles-mêmes, sans soutien, sans accompagnement, et finissent par être complètement coupées du monde extérieur. Cet isolement est souvent invisible, mais il est tout aussi destructeur.

Si nous acceptons l'idée que la manière dont une société traite ses membres les plus vulnérables est un indicateur de son degré de civilisation, alors nous devons nous interroger sérieusement sur l'état de notre propre société. Les personnes âgées doivent être au centre de nos préoccupations, et nous devons nous assurer que leur prise en charge est à la hauteur de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

Repenser le système de santé et le service public pour répondre aux défis du vieillissement

Au terme de cette réflexion, il me semble évident que le vieillissement de la population impose une transformation profonde de nos institutions, à commencer par notre système de santé. Celui-ci a été conçu dans les années 1960, à une époque où les besoins étaient très différents. À cette époque, notre système de santé était principalement orienté vers la prise en charge des soins aigus, avec une séparation assez nette entre l'hôpital et la médecine de ville. Ce modèle, bien qu'il ait permis de répondre efficacement aux besoins d'alors, n'est plus adapté à la réalité d'aujourd'hui.

Nous devons faire face à une population de plus en plus vieillissante, souffrant de maladies chroniques et de polyopathologies. Ces personnes ne souhaitent pas – et nous ne pouvons pas non plus les y contraindre – être hospitalisées en longue durée. Ce qu'elles souhaitent, c'est pouvoir rester chez elles, dans leur environnement familial, et bénéficier d'un accompagnement adapté. Le maintien à domicile doit donc être au cœur de nos stratégies de prise en charge du vieillissement.

Cela implique une transformation radicale de l'organisation de notre système de santé, qui repose encore beaucoup trop sur une approche hospitalo-centrée. Aujourd'hui, les soins de ville et les soins hospitaliers fonctionnent comme deux mondes séparés, avec des logiques et des modes de financement distincts. Les soins de ville, souvent exercés par des médecins généralistes installés en cabinets individuels, ne sont pas encore suffisamment intégrés aux logiques de parcours de soins qui seraient nécessaires pour une prise en charge globale des personnes âgées.

Un des grands défis de ces prochaines années sera donc d'organiser la coordination des acteurs autour des personnes âgées. Nous devons faire en sorte que les médecins généralistes, les infirmiers à domicile, les hôpitaux, mais aussi les acteurs du médico-social, travaillent ensemble pour offrir un parcours de soins cohérent et continu. Cela ne pourra se faire que si nous mettons en place des instruments de coordination efficaces, et que nous revoyons également la manière dont les financements sont alloués.

Aujourd'hui, notre système de rémunération est encore trop basé sur l'acte médical individuel, que ce soit pour l'hôpital ou pour les médecins libéraux. Ce modèle de rémunération par l'acte ne valorise pas suffisamment le travail de coordination, qui est pourtant essentiel pour une prise en charge de qualité des personnes âgées. Nous devons donc repenser en profondeur notre système de financement, pour encourager davantage la coordination et le travail en équipe, plutôt que de valoriser uniquement les actes isolés.

Des initiatives ont été lancées en ce sens, notamment les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Ces structures ont vocation à faciliter la coordination entre les différents acteurs de santé et du médico-social, et à mieux organiser la prise en charge des personnes âgées sur un territoire donné. Ce sont des avancées importantes, mais elles restent encore trop limitées et inégales selon les territoires. Il est impératif d'accélérer et de généraliser ce type de dispositifs.

Le service public territorial de l'autonomie : un modèle pour l'avenir

En parallèle de cette transformation du système de santé, je crois fermement que nous devons repenser notre service public dans son ensemble pour répondre aux défis du vieillissement. C'est dans cette optique que j'ai proposé la création d'un « Service public territorial de l'autonomie », qui vise à simplifier et à coordonner l'accompagnement des personnes âgées à l'échelle locale. L'idée de ce service public est de regrouper l'ensemble des acteurs concernés – départements, caisses de Sécurité sociale, ARS, etc. – pour offrir aux personnes âgées et à leurs aidants un guichet unique, capable de les orienter, de les accompagner, et de faciliter leur accès aux aides et aux services dont ils ont besoin.

Aujourd'hui, un des principaux problèmes auxquels sont confrontées les familles qui doivent prendre en charge une personne âgée en perte d'autonomie est la complexité des démarches administratives. Le parcours est souvent un véritable casse-tête, même pour les personnes qui pensent connaître le système. Il y a une multitude d'acteurs, chacun avec ses propres règles et ses propres dispositifs, et il est parfois très difficile de s'y retrouver.

Le service public territorial de l'autonomie a pour ambition de simplifier cette complexité et de décloisonner les actions des différents acteurs pour qu'ils travaillent ensemble autour de la personne âgée, et non chacun de son côté. Il s'agit d'une approche territorialisée, centrée sur les besoins concrets des personnes et de leurs familles.

Quatre missions principales sont identifiées pour ce service public : l'accueil, l'information, et l'orientation des personnes ; la gestion des droits (comme l'APA, par exemple) ; la mise en place des solutions concrètes sur le terrain ; et enfin, la prévention. Cette dernière mission est particulièrement importante, car elle nous permettrait d'anticiper les situations de perte d'autonomie, plutôt que de simplement réagir une fois que la dépendance est installée.

Dès 2024, 18 départements préfigurateurs vont expérimenter ce modèle de service public, avec pour objectif de généraliser ensuite le dispositif à l'ensemble du territoire. Ce projet est, à mon sens, un des axes essentiels pour réussir à relever le défi du vieillissement. Il s'inscrit dans une démarche de décloisonnement, de simplification, et surtout de centration sur les besoins des personnes, plutôt que sur les logiques administratives ou institutionnelles.

Conclusion : valoriser les acteurs du vieillissement, clé de la réussite

Pour conclure, j'aimerais insister sur un point fondamental : nous ne réussirons à relever le défi du vieillissement que si nous valorisons les acteurs qui, au quotidien, accompagnent les personnes âgées. Qu'il s'agisse des professionnels de santé, des aides à domicile, des travailleurs sociaux, ou des aidants familiaux, ils jouent un rôle essentiel dans la qualité de vie des personnes âgées. Il est impératif de mieux les reconnaître, de mieux les former, et de leur offrir des perspectives de carrière valorisantes.

Cela passe bien sûr par une revalorisation financière, mais aussi par une amélioration des conditions de travail, par un management rénové, et par des parcours de carrière plus attractifs. Nous ne pourrons réussir à répondre aux besoins croissants de la population vieillissante sans ces professionnels, qui sont au cœur du système.

En somme, le vieillissement de la population française représente un défi colossal pour notre société, mais c'est aussi une opportunité. Une opportunité de repenser nos systèmes de santé, de solidarité, et de service public, pour les rendre plus humains, plus efficaces, et plus respectueux de la dignité de chacun.

Dominique Libault

Bien vieillir

Session 1 : Le "Bien vieillir", de quoi parlons-nous ?

« Bien vieillir » : s'adapter ou s'activer ? Retour sur l'histoire d'une idée

Frédéric Balard

Maître de conférences en sociologie, TETRAS, Université de Lorraine

Résumé

Depuis leur origine, les travaux et recherches visant à comprendre et favoriser le « bien vieillir » ont développé des modèles au sein desquels figurent un certain nombre de critères ou de paramètres qui, s'ils sont remplis, témoignent d'un vieillissement réussi. Cet article se penche sur l'évolution contemporaine du bien vieillir dans le champ gériatrique pour montrer comment cette notion a abouti à une forme d'injonction invisibilisant le « mal vieillir ».

Mots-clés

Bien vieillir – Personnes très âgées – Gériatrie – Vieillissement réussi.

Abstract

Since its origin, studies and research aimed at understanding and promoting "aging well" have developed models that include a certain number of criteria or parameters which, if fulfilled, lead to and/or illustrate successful aging. This article looks at the contemporary evolution of aging well in the gerontological field to show how this notion has resulted in a form of injunction that makes "aging poorly" invisible.

Keywords

Aging well – Oldest old – Gerontology – Successful aging.

« Bien vieillir ». Cette expression du langage courant que tout un chacun peut s'approprier fait l'objet de débats scientifiques depuis plus de 70 ans. Cet article propose de revenir sur la genèse de cette notion telle qu'elle s'est développée dans le champ gériatrique. Nous verrons que dans un premier temps, il s'est agi d'analyser la manière dont les individus vieillissent et s'ajustent à leur nouvelle condition. Puis, à mesure que se déployaient différentes théories de l'avancée en âge, la gériatrie s'est instituée comme le champ de recherche devant favoriser le vieillissement réussi. Progressivement, l'analyse des liens entre « bien-être » dans l'âge avancé et activités a conduit à considérer que vieillir actif est tout à la fois le moyen et la preuve du bien vieillir. En établissant des ponts entre la recherche et la mise en œuvre de programmes de santé publique, la gériatrie a contribué à faire du bien vieillir une injonction généralisée qui laisse dans l'ombre le « mal vieillir ».

A la naissance de la gérontologie : analyser comment les âgés s'accommodent du vieillissement

La paternité du terme gérontologie est attribuée à Elie Metchnikoff, prix Nobel de physiologie et de médecine en 1908 connu pour ses recherches sur l'immunité cellulaire. Au début du 20^{ème} siècle ses travaux interrogent le processus de sénescence et il publie en 1901 *Etudes biologiques sur la vieillesse*¹ où il tente de développer une théorie explicative de la vieillesse qu'il conçoit comme une forme d'auto-empoisonnement de l'organisme. Bien que le terme « gérontologie » soit attaché à Metchnikoff, on considère que ce champ d'étude s'est véritablement développé de manière pluridisciplinaire au début des années 1940 sous l'égide du *National Institute of Health*, aux États-Unis. Le *National Institute on Aging* ne verra le jour de manière indépendante qu'en 1974. La *Gerontological Society of America* fut par contre fondée en 1945 par un groupe de chercheurs déjà constitué dans les années 1930 via le « *Club for Research on Aging* » et c'est en 1946 que paraît le premier numéro du *Journal of Gerontology*.

A la différence de la définition qu'en donne aujourd'hui le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), qui définit la gérontologie comme une branche de la médecine qui étudie le vieillissement, ce champ de recherche était et demeure largement pluridisciplinaire. À la suite de la Seconde Guerre mondiale, l'essor de la gérontologie américaine a pour effet de rapprocher des chercheurs qui ne relevaient pas de disciplines « biomédicales » (biologie, médecine, physiologie, etc.) et qui n'étaient pas des spécialistes du vieillissement.

Parmi les grands noms de la gérontologie débutante, on va retrouver entre autres les sociologues Ruth Shonle Cavan, Ernest Burgess ou encore Herbert Goldhamer. La première est alors une chercheuse pionnière et renommée pour ses travaux en criminologie tandis que le second est un spécialiste de sociologie urbaine, considéré comme l'un des principaux fondateurs de la sociologie moderne et éminent représentant de l'école de Chicago. Goldhamer est, quant à lui, connu notamment pour ses travaux sur la sociologie des conflits.

En 1949, ces trois sociologues – dont la postérité ne retiendra pas leur rôle pionnier en gérontologie – publient un ouvrage *Personal adjustment in old age*² avec un chimiste et physicien, Robert Havighurst³ qui est aujourd'hui considéré comme le véritable fondateur de la gérontologie en tant que champ de recherche à part entière. Cet ouvrage résume le travail mené par ce groupe de chercheurs sous l'égide du *Social Science Research Council*. Dans le cadre d'une démarche plus globale visant à interroger la thématique générale du « *social adjustment* », ces chercheurs ont porté leur focale sur les personnes âgées. Conformément à la philosophie de la gérontologie débutante, cet ouvrage défend une approche holistique de l'avancée en âge et interroge, à partir de notions issues de la psychologie et de la sociologie, ce que produit l'avancée en âge, quelles difficultés rencontrent les individus et quelles ressources et ajustements ils mettent en œuvre pour continuer à (bien) vivre. S'il n'est pas directement question de « bien vieillir » dans cet ouvrage, il s'agit néanmoins d'une démarche visant à comprendre ce que le vieillissement fait aux personnes et comment elles s'en « arrangent » en fonction de leurs ressources économiques, physiques, sociales, culturelles et psychiques.

Progressivement, ces pionniers sont rejoints par des chercheurs issus des sciences biomédicales comme Norman Kretchmer et Richard Greulich, des médecins tels que Robert Butler, connu pour avoir été premier à conceptualiser la notion d'âgisme et des psychologues comme Bérénice Neugarten. En dépit de leurs différences disciplinaires, ces chercheurs partagent un intérêt pour le développement humain, ses évolutions physiologiques et psychologiques. Ils se rassemblent ainsi autour de leur intérêt pour la compréhension de ce que l'avancée en âge produit sur l'être humain. En 1951, Ruth Albrecht⁴ soutient ce qui est probablement la première thèse de l'histoire en sociologie du vieillissement en portant le focus sur le changement de statut social des personnes âgées.

Ces travaux n'ont pas simplement pour vocation de constituer des recherches exploratoires sur l'avancée en âge, il s'agit également de pouvoir doter les professionnels du soin et du travail social de clés de compréhension pour accompagner au mieux les personnes vieillissantes. Dans leur ouvrage *Older people*⁵, Havighurst et Albrecht

1 - Metchnikoff, E., (1901). *Etudes biologiques sur la vieillesse*. *Ann Inst Pasteur*.

2 - Cavan, RS., Burgess, EW., Havighurst, R., Goldhamer, H. (1949). *Personal Adjustment in Old Age*. Chicago: Science Research Associates.

3 - Havighurst, R. J. (1949). Old age—an American problem. *Journal of Gerontology*, 4(4), 298-304.

4 - Albrecht, R. E. (1951). *The social roles of old people*, Doctoral dissertation, The University of Chicago.

5 - Havighurst, R. J., Albrecht, R. E. (1953). *Older people*. *Long-mans Green*.

s'intéressent à ce qui est continué et ce qui est abandonné dans l'avancée en âge et en arrivent à la conclusion que la satisfaction personnelle est permise par un environnement offrant un bon ajustement et une continuité de l'utilité sociale (*usefulness*).

Du vieillissement réussi à la théorie de l'activité

En 1954, l'*American Journal of Sociology* consacre un numéro spécial à la question du vieillissement auquel contribuent entre autres Havighurst, Burgess et Ruth Shonle Cavan via plusieurs recensions, dont celle de l'ouvrage de James Woods *Helping older people enjoy life*, publié en 1953⁶. Ce numéro aborde notamment les questions de la retraite, de l'isolement, du bonheur (*happiness*) et des activités de loisirs (*recreation*). Burgess⁷ établit par exemple des liens entre le bien-être et la participation des personnes âgées à différentes activités.

Ainsi que le soulignent Lemon et al.⁸, c'est au cours des années 1950 que s'impose progressivement l'idée selon laquelle la participation sociale (*social role participation*) a un effet positif sur la manière dont les personnes âgées s'ajustent à leur vieillissement (*adjustment in old age*). Par la suite, Havighurst poursuit cette réflexion en formalisant ce que devait être selon lui le rôle de la gérontologie, à savoir un but pratique : ajouter des années à la vie, c'est-à-dire permettre aux personnes âgées de bien vieillir. C'est ainsi qu'en 1961 il publie dans *The Gerontologist*, un article désormais célèbre "*Successful aging*"⁹ dans lequel il donne une définition simple du vieillissement réussi : être satisfait de sa vie. Dans cet article, Havighurst défend que la gérontologie doit se doter d'une théorie de l'avancée en âge et évoque deux voies possibles : la théorie de l'activité et la théorie du désengagement.

C'est dans la lignée des travaux précédents relatifs aux capacités d'ajustement des plus âgés que se développe la théorie de l'activité qui soutient une relation positive entre la participation aux activités sociales et la satisfaction de vie. L'activité est alors vue comme un support du rôle social qui préserve une image de soi positive.

Tandis qu'au milieu des années 1950, la tendance était encore à concevoir la vieillesse comme la dernière étape de la vie qu'il s'agissait de vivre du mieux possible, progressivement, les progrès de l'espérance de vie conduisent à un changement de regard. Alors que la retraite pouvait constituer un risque de mort sociale¹⁰, il est de plus en plus question de considérer plusieurs catégories des personnes âgées. Dès le début des années 1970, certains chercheurs tels que Neugarten¹¹ évoquent l'avènement des *young old*. Plus tard, les travaux de Laslett¹² proposent une nouvelle architecture de la vie humaine avec l'idée d'un troisième âge qui n'est plus la vieillesse. Ainsi, au fil des années et des publications, se développe l'idée qu'il est possible de bien vieillir et que soutenir l'activité des seniors est un bon moyen pour cela.

Cette conception du bien vieillir est aujourd'hui rattachée aux travaux de Rowe et Khan¹³ qui récusent l'idée que le vieillissement serait nécessairement pathologique. En s'appuyant sur la notion de vieillissement usuel, ils défendent que les effets de la sénescence ont été exagérés et qu'il est possible de modifier le vieillissement et de soutenir le bien vieillir en prenant en compte les facteurs psychosociaux, l'alimentation, l'exercice physique, les habitudes de vie.

6 - Woods, J. (1953) *Helping older people enjoy life*, Harper & Brothers.

7 - Burgess, E. W. (1954). Social relations, activities, and personal adjustment. *American Journal of Sociology*, 59(4), 352-360.

8 - Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of gerontology*, 27(4), 511-523.

9 - Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The gerontologist*, 1, 8-13.

10 - Guillemard, A-M, (1972). La retraite, une mort sociale. Paris, Mouton.

11 - Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *The annals of the American academy of political and social science*, 415(1), 187-198.

12 - Laslett, P. (1987). The emergence of the third age. *Ageing & Society*, 7(2), 133-160.

13 - Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.

L'activité : à la fois instrument de mesure et adjuvant au bien vieillir

Alors qu'au plan scientifique, certains travaux, tel le modèle développé par Baltès¹⁴, renouent avec une analyse de l'avancée en âge au prisme de l'ajustement, au plan politique, l'activité devient un élément central des conceptions occidentales du bien vieillir. En 1997, Rowe et Khan publient « Successful aging »¹⁵, un article qui paraît dans le même journal et avec le même titre que celui d'Havighurst en 1961. Dans cet article cité près de 12 000 fois dans la littérature scientifique, les auteurs soutiennent qu'un vieillissement réussi est multidimensionnel et englobe la prévention des maladies et des handicaps, le maintien de fonctions physiques et cognitives élevées et un engagement soutenu dans des activités sociales et productives.

Progressivement, l'activité apparaît tout à la fois comme un adjuvant et un instrument de mesure du bien vieillir via un raisonnement quasi circulaire. Il faut être actif pour maintenir des capacités physiques et cognitives élevées et faire montre d'activité est une preuve que l'on vieillit bien. Ainsi, les enquêtes en épidémiologie vont s'efforcer de mesurer l'autonomie fonctionnelle, la morbidité, l'état émotionnel et la participation sociale pour évaluer la qualité du vieillir. L'espérance de vie en santé et sans incapacité sont aujourd'hui devenues des standards pour comparer le vieillissement des populations. Des programmes de santé publique se développent pour promouvoir l'activité et l'année 2012 est désignée comme l'année du vieillissement actif par la Commission européenne.

En contrepoint, de nombreux chercheurs vont souligner la vision normative de cette conception du bien vieillir, sa dimension ethno et androcentrée¹⁶ ou encore sa tendance individualisante¹⁷. Des chercheurs tels Gondo et al.¹⁸ s'efforcent de proposer d'autres conceptions du vieillissement réussi, renouant notamment avec la théorie du désengagement. À l'origine, la théorie du désengagement¹⁹ n'était pas une théorie du vieillissement réussi mais simplement une théorie modélisant l'avancée en âge qui soulignait que la société délaisse (*withdraw*) les personnes âgées et que certaines personnes âgées peuvent accompagner ce désengagement de la société. Un an après, leur propos se modifie sensiblement et cette théorie de l'avancée en âge devient une théorie du vieillissement réussi qui sera reprise par Havighurst qui lui donne une conception encore plus radicale. Alors que l'idée d'origine était que la société se déprenait des personnes âgées dont certaines pouvaient accompagner ce désengagement, l'idée est désormais celle d'une acceptation voire d'un désir de désengagement de la vie active comme élément participant au vieillissement réussi. Cette conception de l'avancée en âge sera elle aussi critiquée car considérée comme relevant d'une forme d'âgisme en raison de son caractère essentialisant.

Au plan scientifique, les modèles et concepts relatifs au « bien vieillir » sont nombreux²⁰ et il n'est pas possible d'en rendre compte ici de manière exhaustive, nous pouvons en revanche affirmer que le modèle qui s'est imposé dans le champ politique est celui de l'activité. Vieillir actif est présenté comme une bonne façon de vieillir au point de devenir une injonction.

14 - Baltès, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American psychologist*, 52(4), 366.

15 - Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.

16 - Tornstam, L. (1992). The quo vadis of gerontology: On the scientific paradigm of gerontology. *The Gerontologist*, 32(3), 318-326.

17 - Hummel, C. (2002). Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires. *Gérontologie et société*, 25(102)(3), 41-52.

18 - Gondo, Y., Nakagawa, T., & Masui, Y. (2013). A new concept of successful aging in the oldest old. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33(1), 109-132.

19 - Cumming, E., Dean, L. R., Newell, D. S., & McCaffrey, I. (1960). Disengagement-a tentative theory of aging. *Sociometry*, 23(1), 23-35.

20 - Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir » : concepts et modèles. *Médecine/sciences*, 22 (3), 297-300.

Bien vieillir ou bonne vieillesse ?

Dans le cadre de nos précédents travaux²¹, nous avons souligné que cette injonction au bien vieillir qui accorde une grande importance à la santé, à la fonctionnalité et à la participation sociale, comporte un certain nombre de limites. Tout d'abord, ainsi que cela a été montré par plusieurs chercheurs, elle est la résultante d'une vision occidentale et normative de l'avancée en âge qui tient peu compte de la diversité culturelle. Les travaux de Jay Sokolovsky²² et de ses collègues ont pourtant souligné que toutes les sociétés ne conçoivent pas l'avancée en âge et la vieillesse de la même manière et qu'il existe même des sociétés pour lesquelles la « vieillesse n'existe pas »²³. Dans certaines sociétés, en particulier celles ayant une conception cyclique du temps et de la vie humaine²⁴, vieillir n'est pas perçu comme un risque et l'accumulation de différentes pertes mais comme une chance et la possibilité d'accéder à un statut supérieur. Dans ces sociétés, il ne s'agit pas de lutter contre le vieillissement par l'activité et de conserver les aptitudes et les modes de vie d'un quadragénaire, il est au contraire question d'abandon de certaines activités pour s'engager dans d'autres, plus socialement et symboliquement valorisantes justement parce qu'elles sont plus contemplatives, méditatives et détachées de l'activité²⁵.

L'autre limite de cette injonction au « vieillir actif » qu'il importe de mettre en lumière est qu'elle participe à une uniformisation des personnes âgées et à une invisibilisation de la grande vieillesse. Les personnes âgées, encore plus que les jeunes car elles ont tout un parcours de vie derrière elles, constituent une population très hétérogène. Si l'on vieillit comme on a vécu, les inégalités accumulées tout au long du parcours de vie tendent à se sédimenter pour produire de profondes différences tant dans les modes de vie qu'au niveau des statuts de santé et d'autonomie²⁶.

Par ailleurs, la prise de conscience de l'avènement d'un « troisième âge » de la vie qui désignerait les « seniors » ou « *young old* » ne doit pas pour autant faire oublier que les personnes très âgées constituent la catégorie d'âge qui s'est, proportionnellement, le plus accrue depuis un demi-siècle. Les nonagénaires, à peine 35 000 dans les années 1950, sont aujourd'hui près d'un million tandis que les centenaires qui n'étaient que 200 sont aujourd'hui 30 000. Bien qu'il faille tenir compte de la réalité de l'âge²⁷ et que les nonagénaires d'aujourd'hui sont en moyenne en meilleure santé que ceux d'il y a 70 ans, il n'est pour autant pas possible de les assimiler aux seniors qui constituent la génération de leurs enfants. Les recherches conduites auprès des nonagénaires et centenaires français²⁸ montrent que pour ces derniers, « bien vieillir » ne fait plus réellement sens mais qu'il importe surtout de faire « bonne vieillesse ». En effet, une grande partie de ces personnes considère avoir dépassé l'âge de la lutte contre le vieillissement qui impliquerait le maintien d'activités tant physiques que sociales. En revanche, elles s'efforcent de faire bonne vieillesse et cela passe davantage par des formes d'ajustement à leurs conditions sociales et physiologiques. Il s'agit par exemple de trouver des « lieux de secondarité » qui ne sont pas spatiaux mais davantage mentaux et mémoriels. Ce qui compte à leurs yeux n'est plus ce qui comptait 10 ou 20 ans auparavant.

21 - Balard, F. (2010). Les plus âgés des âgés : une culture vivante aux portes de la mort. Analyse ethno-anthropologique d'une classe d'âge en devenir. *Editions Universitaires européennes*.

22 - Sokolovsky, J. (Ed.). (2020). *The cultural context of aging: Worldwide perspectives*. Bloomsbury Publishing USA.

23 - Singleton, M. (2003). Devenir vieux-ailleurs et autrement. *Gênes: Erga Edizioni*.

24 - Maïga, I. (1999). Quelle belle vie que la mort ! Conception de la mort chez les Bambara. *Gérontologie et société*, (3), 35-47.

25 - Thomas, L. V. (1975). *Anthropologie de la mort*, Payot.

26 - Cambois, E., Laborde, C., & Robine, J. M. (2008). La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population Sociétés*, 44(1), 1-4.

27 - Bourdelais, P. (1993). *Le nouvel âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*. Odile Jacob.

28 - Balard, F. (2011). Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux. *Gérontologie et société*, 34(3), 231-244.

Balard, F. (2013). "Bien vieillir" et "faire bonne vieillesse". Perspective anthropologique et paroles de centenaires. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44(44-1), 75-95.

Mal vieillir ?

Depuis leurs origines, les travaux et recherches visant à comprendre et favoriser le « bien vieillir » ont développé des modèles au sein desquels figurent un certain nombre de critères ou de paramètres qui, s'ils sont remplis, témoignent d'un vieillissement réussi. De même, plusieurs recherches se sont attachées à prendre pour référence des êtres exceptionnels²⁹ afin de comprendre les mécanismes permettant une longue vie en bonne santé. A travers cette focale historique sur le vieillissement réussi, le vieillissement qui ne le serait pas échappe en quelque sorte à l'analyse puisqu'il ne serait que la version négative ou manquée du « bien vieillir ». Il est alors question du vieillissement pathologique lorsque celui-ci est accompagné de morbidité, de la grande dépendance lorsque l'autonomie fonctionnelle n'est pas préservée ou encore de solitude et d'isolement lorsque les liens sociaux s'étiolent. De ce fait, le « mal vieillir » n'a jamais réellement fait l'objet d'une réelle conceptualisation puisqu'il ne serait que l'exact inverse du « bien vieillir ».

Pourtant, il est au moins un élément qui devrait interroger la communauté scientifique sur ce qui pourrait être la conséquence du mal vieillir : l'augmentation des taux de suicide avec l'âge. Cette tendance qui se vérifie depuis que l'on dispose de statistiques fiables³⁰ et qui avait déjà été constatée par Durkheim³¹, devrait davantage interpeller les spécialistes qui interrogent voire promeuvent le bien vieillir. Selon les données épidémiologiques du dernier rapport de l'Observatoire national du suicide, le taux moyen de suicide en France est de 13,4/100 000 mais celui des personnes âgées de 95 ans et plus est de 50,5 et même de 90,1 pour les hommes de cet âge. Considérant ces statistiques, il n'apparaît pas impossible qu'il existe un « mal vieillir » en France et que celui-ci conduise une partie de nos aînés à mettre fin à leur vie. Comment interpréter ce « mal être au grand âge »³² ? Les recherches en cours sur le sujet tendent à montrer que ce mal vieillir mérite d'être interrogé en considérant les différences de sexe (sur les taux de suicide) et de genre sur les raisons de ce « mal vieillir ». Ainsi, il pourrait se dessiner des trajectoires de mal être au long cours pour des femmes devenues âgées et des mauvaises vieillisses pour des hommes vieux.

Que produisent les campagnes de santé publique visant à promouvoir le bien vieillir et le vieillir actif auprès des âgées qui « vieillissent mal » ? Peuvent-elles avoir pour effet de réduire le mal être ou à l'inverse de stigmatiser davantage encore ces personnes ?

Il apparaît aujourd'hui nécessaire, tant au plan scientifique qu'au niveau sociétal, de réinterroger nos modèles de l'avancée en âge. Lorsqu'un modèle devient trop normatif et s'avère intenable pour un trop grand nombre d'individus, alors, il convient peut-être de le remettre en question pour regarder avec un œil plus objectif et moins caricatural les réalités multiples de la grande vieillesse.

Frédéric Balard

29 - Antero-Jacquemin, J. D. S., Berthelot, G., Marck, A., Noirez, P., Latouche, A., & Toussaint, J. F. (2015). Learning from leaders: life-span trends in olympians and supercentenarians. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 70(8), 944-949.

Robine, J. M., & Allard, M. (1998). The oldest human. *Science*, 279(5358), 1831-1831.

30 - Balard, F. (2024). Ignoré, invisibilité, minoré ? L'interprétation du suicide des personnes âgées en France. *Déviance et Société*, (1), 113-146.

31 - Durkheim, E. (1897). La suicide. Félix Alcan.

32 - Voléry, I., Balard, F., Launay, P., Pisu, F., Poncet, H., & Burner, M. (2024). *Mal-être au grand-âge en contexte pandémique*, Rapport de recherche, 6^{ème} rapport de l'Observatoire National du Suicide.

Introduction épidémiologique du « Bien vieillir » : approche « parcours de vie »

Séverine Sabia

Épidémiologiste, chargée de recherches, Inserm U1153, équipe EpiAgeing, Université Paris Cité.

Résumé

Le vieillissement des populations s'accompagne d'une augmentation de la part des personnes âgées et d'une diminution de celle des actifs. De nombreux travaux de recherche portent sur le vieillissement mais des questions subsistent car 1) une majorité de ces travaux ont une visée descriptive ; 2) ceux évaluant les interventions sont axés principalement sur le soin et l'évaluation « coût-efficacité » pathologie par pathologie. Cette présentation propose une approche « vie entière » des systèmes complexes pour étudier en quoi les expériences cumulées au cours de la vie façonnent le « bien vieillir ». Cette approche vise à comprendre l'influence des facteurs socio-économiques, celle des comportements de santé, des facteurs de risque cliniques, de l'accessibilité aux soins et de leur gestion pour les maladies chroniques et des facteurs contextuels tout au long de la vie sur le « bien vieillir ». L'impact de cette recherche est à terme de contribuer aux politiques de santé publique pour la promotion du « bien vieillir ».

Mots-clefs

Bien vieillir – Approche vie entière – Facteurs de risque – Inégalités – Prévention et promotion.

Abstract

The ageing of populations is accompanied by an increase in the proportion of elderly people and a decrease in the proportion of the working population. Many research studies focus on ageing, but questions remain because 1) most studies are descriptive, and 2) those evaluating interventions are mainly focused on care and «cost-effectiveness» assessments, disease by disease. This presentation proposes a «life-course» approach to complex systems to study how cumulative life experiences shape «successful ageing.» This approach aims to understand the influence of socio-economic factors, health behaviours, clinical risk factors, access to and management of care for chronic diseases, and contextual factors throughout life on “successful ageing.” The ultimate goal of this research is to contribute to public health policies to promote “successful ageing”.

Keywords

Successful ageing – Life-course approach – Risk factors – Inequalities – Prevention and promotion.

La recherche sur le bien vieillir nécessite une compréhension des mécanismes tout au long de la vie qui conduisent à l'état de santé de la personne âgée. L'équipe Inserm EpiAgeing du Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques (CRESS) co-dirigée par Archana Singh-Manoux et Séverine Sabia a pour objectifs d'identifier les déterminants de la santé au cours du vieillissement. Cet article détaille les principes d'une telle recherche.

Le vieillissement, en tant que phénomène biologique, résulte de l'accumulation de dommages causés aux molécules, aux cellules et aux tissus tout au long de la vie. Ces processus entraînent une fragilité accrue, une vulnérabilité aux événements de santé, ainsi que des dysfonctionnements physiques et cognitifs. Traditionnellement, les études en épidémiologie du vieillissement se sont concentrées sur les personnes âgées. C'est compréhensible dans la mesure où la santé au cours du vieillissement s'évalue généralement à cet âge. Cependant, cette approche ignore souvent les trajectoires antérieures qui ont conduit certaines personnes à connaître un vieillissement réussi, tandis que d'autres ne le vivent pas de la même manière.

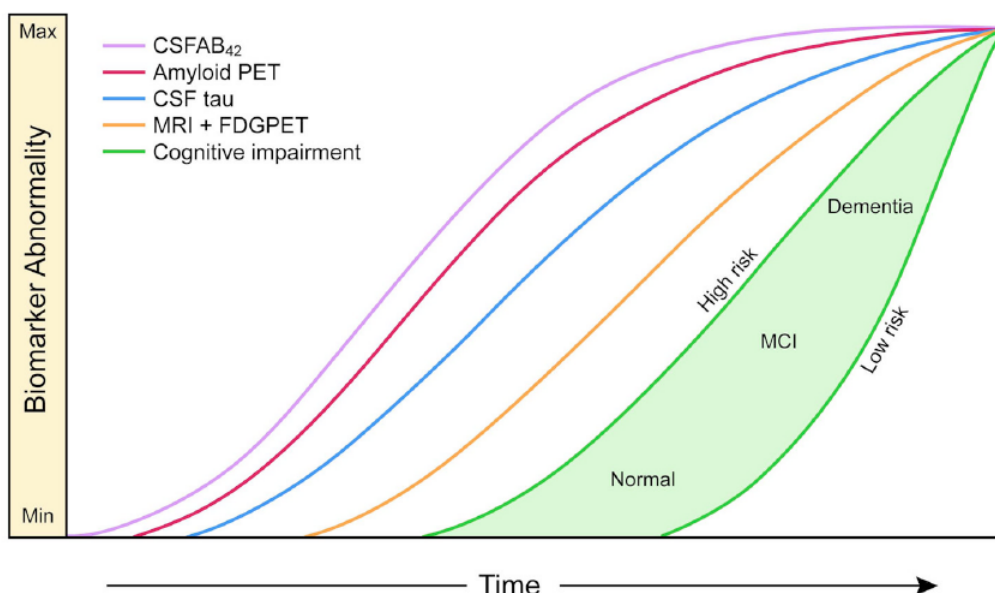
Les cohortes et le suivi longitudinal dans l'épidémiologie du vieillissement

Dans les travaux en épidémiologie, nous travaillons souvent avec des données de cohortes, c'est-à-dire des groupes de population que nous suivons sur une longue durée. Cela nous permet d'observer comment la santé évolue au fil du temps et d'identifier les facteurs de risque associés à certaines pathologies ou conditions du vieillissement. Historiquement, les études de cohortes sur le vieillissement se sont principalement intéressées aux personnes âgées de plus de 60 ans. L'idée était de suivre l'évolution de leur santé et d'examiner ce qui pouvait prédire un vieillissement réussi ou non.

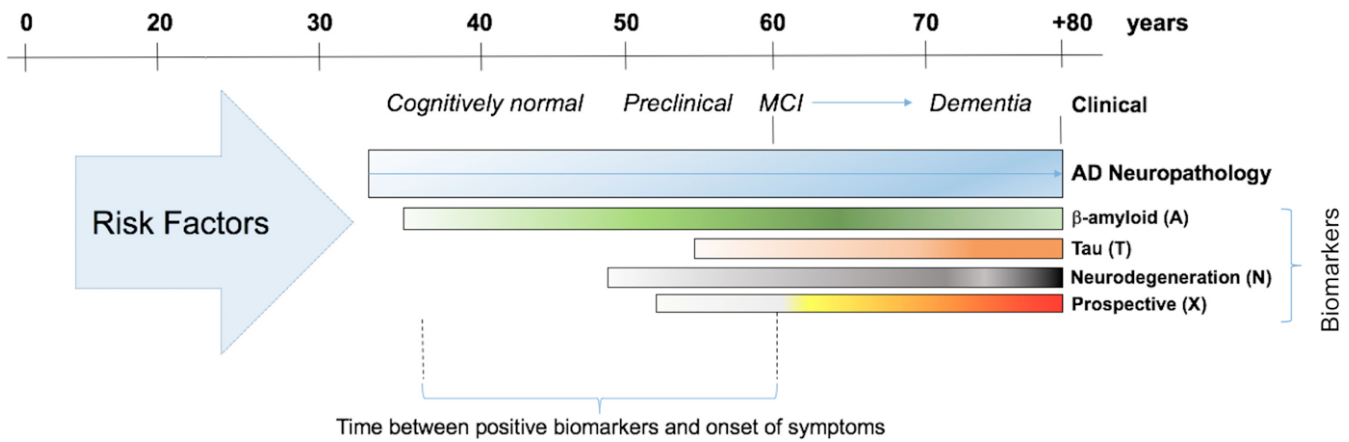
Dans les années 2000, il y a eu une reconnaissance explicite de l'importance du moment et de la durée de l'exposition à certains facteurs de risque dans la compréhension des relations causales entre ces expositions et la santé au cours du vieillissement. Autrement dit, le développement de maladies ou de dysfonctionnements à un âge avancé peut être la conséquence de facteurs qui ont agi bien plus tôt dans la vie, voire dès la période intra-utérine. Cela crée des disparités importantes au niveau des risques, et explique pourquoi il existe une hétérogénéité marquée dans la santé des personnes âgées. Ce que je vais faire aujourd'hui, c'est vous illustrer ces concepts à travers quelques exemples de pathologies spécifiques du vieillissement, pour ensuite étendre mon propos à la santé globale et au bien vieillir.

L'exemple de la maladie d'Alzheimer

Commençons par l'exemple de la maladie d'Alzheimer, qui est particulièrement prévalente chez les personnes âgées et constitue une pathologie emblématique du vieillissement. Ces dernières décennies, de nombreuses études ont montré que les anomalies cérébrales associées à la maladie se développent 10 à 15 ans avant le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer. Ce que vous pouvez voir ici sur ce graphique, c'est l'accumulation progressive de la protéine Beta Amyloïde dans le cerveau, laquelle commence bien avant l'apparition des symptômes.



Jack Jr. et al. Lancet Neurology. 2013



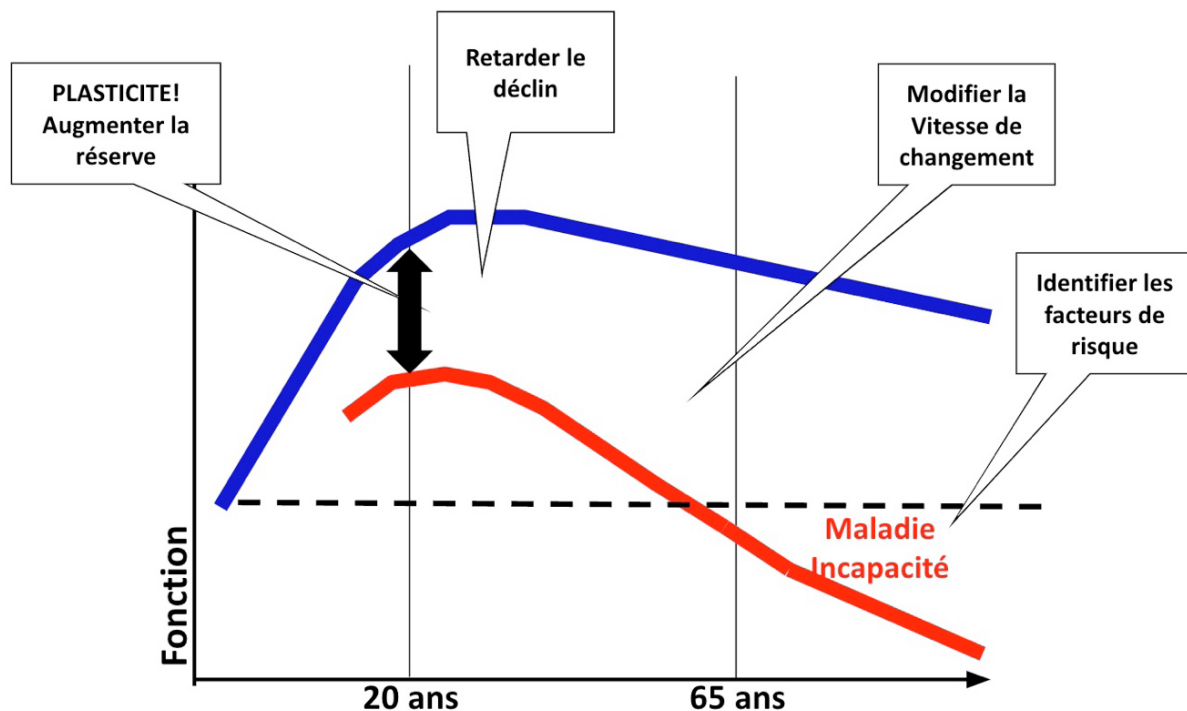
Silverberg et al. *Alzheimers Dement.* 2018

Cela nous a conduit à de nouvelles recommandations en matière de prévention de la maladie d'Alzheimer et plus généralement des maladies neurocognitives. En effet, si nous voulons prévenir la maladie, il est impératif d'identifier les facteurs de risque avant que les signes cliniques ne se manifestent, probablement dès l'âge de 30 ou 40 ans.

En pratique, cela signifie que nous devons étudier ces facteurs à un stade beaucoup plus précoce de la vie, et accorder une attention particulière à la période qui précède l'apparition des signes cliniques des maladies neurocognitives. La même approche peut être appliquée à la fragilité physique et cognitive, ainsi qu'aux incapacités. Ces états résultent eux aussi de processus qui s'étendent sur des décennies.

Comprendre les trajectoires de vieillissement

Regardons maintenant un autre exemple, représenté ici par un graphique très schématisé de l'évolution du fonctionnement cognitif et physique au cours de la vie.



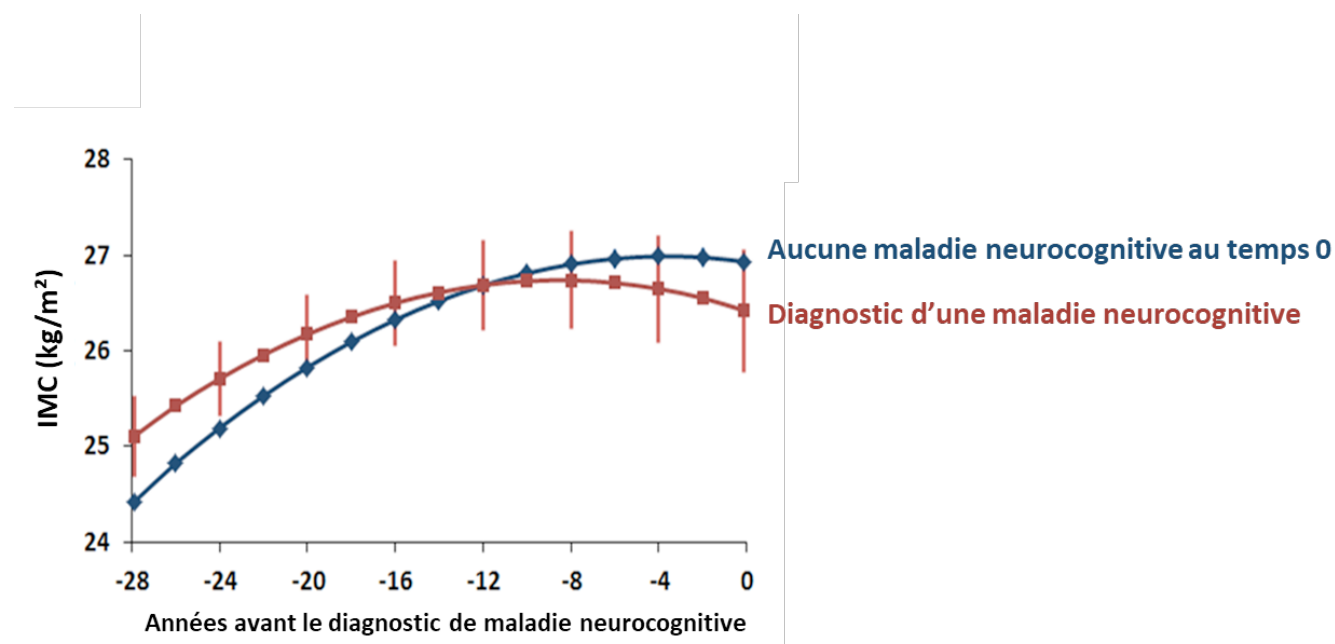
On y voit différentes trajectoires possibles. En bleu, une personne dont les capacités se développent normalement pendant l'enfance et l'adolescence, et qui connaît ensuite un déclin lent et progressif. En rouge, un scénario moins favorable, où le pic des capacités est atteint plus tôt et à un niveau plus bas, suivi d'un déclin plus rapide qui conduit à l'apparition de maladies ou d'incapacités à un âge plus précoce.

L'objectif de l'épidémiologie du vieillissement est de comprendre ce qui influence ces trajectoires, que ce soit en maximisant le niveau de réserve fonctionnelle initial (c'est-à-dire atteindre un pic de capacités plus élevé) ou en retardant le début du déclin. De plus, il est important d'identifier les facteurs qui déterminent pourquoi certaines personnes passent en dessous d'un seuil critique et développent des incapacités, tandis que d'autres parviennent à maintenir un bon niveau de fonctionnement.

Les cohortes britanniques : un exemple pratique

Je vais maintenant vous présenter quelques résultats issus d'une étude menée sur une cohorte britannique, qui nous donne des indications intéressantes sur les facteurs influençant le vieillissement. Cette cohorte suit 10 000 personnes qui, en 1985, avaient entre 35 et 55 ans. Ces personnes, volontaires et en bonne santé au départ, sont suivies régulièrement, et des informations détaillées sur leurs comportements, leurs antécédents familiaux et leur état de santé sont collectées tous les quatre à cinq ans. Cela nous permet d'obtenir une vision holistique de leur vieillissement.

À partir de ces données, nous avons pu analyser certains facteurs de risque pour des maladies comme les maladies neurocognitives. Par exemple, ce graphique montre l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) chez des personnes qui ont développé une maladie, comparée à celles qui ne l'ont pas développée.



Singh-Manoux et al.
Alzheimers Dement 2018

Ce que l'on observe, c'est qu'environ 16 à 28 ans avant le diagnostic de maladie neurocognitive, les personnes qui développeront cette maladie avaient un IMC plus élevé que celles qui ne la développeront pas. Cependant, dans les 12 années qui précèdent le diagnostic, les personnes atteintes de maladie neurocognitive montrent une perte de poids, tandis que celles qui n'en souffrent pas conservent un poids stable.

Cela illustre l'importance de la temporalité dans l'analyse des facteurs de risque. Si l'on mesure des indicateurs trop tard, on risque de confondre les effets de la maladie sous-jacente avec les causes réelles. Une intervention

précoce, basée sur des indices comme un IMC élevé dès 50 ans, pourrait aider à prévenir la survenue de maladies neurocognitives plus tard dans la vie.

Les facteurs de risque et de protection au cours de la vie

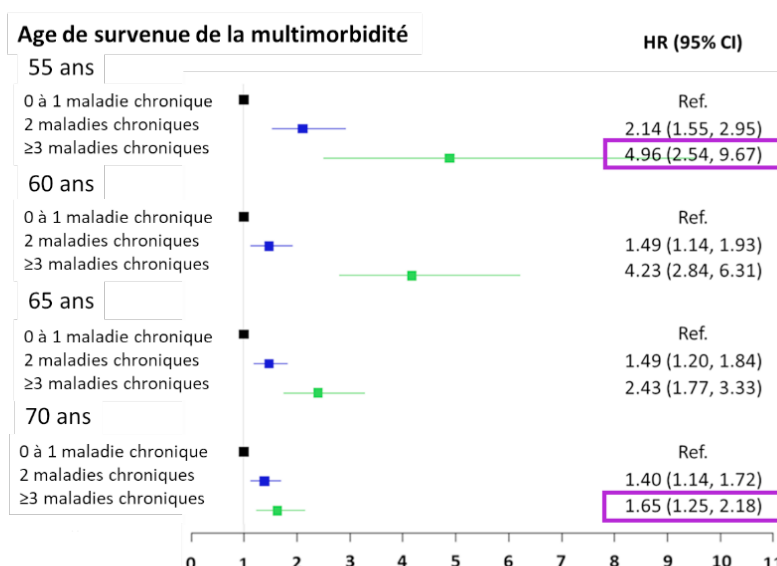
Un autre exemple concerne le diabète. Lorsque le diagnostic de diabète survient avant 60 ans, on observe un risque accru de développer une maladie neurocognitive plus tard. Ce risque est multiplié par deux chez les personnes ayant un diabète précoce. En revanche, lorsque le diabète est diagnostiqué après 60 ans, cette association disparaît. Cela montre l'importance d'intervenir tôt dans la vie pour prévenir l'apparition de comorbidités qui affecteront la santé à un âge avancé.

De même, nous avons étudié la multimorbidité, c'est-à-dire la présence de plusieurs maladies chroniques à différents âges. Ce que nous observons, c'est que la présence de plusieurs maladies chroniques à partir de l'âge de 55 ans est associée à un risque beaucoup plus élevé de développer une maladie neurocognitive. Plus les personnes sont exposées à ces maladies sur une longue période, plus l'impact est significatif.

Diabète de type 2 et maladie neurocognitive

Âge au moment du diagnostic de diabète	Taux/1000 personnes années	HR (95% CI)
Pas de diabète	8.86	Ref.
Diagnostic 66-70 ans	10.00	1.11 (0.70, 1.76)
Diagnostic 61-65 ans	12.99	1.49 (0.95, 2.32)
Diagnostic ≤60 ans	18.30	2.12 (1.50, 3.00)

Multimorbidité et maladie neurocognitive

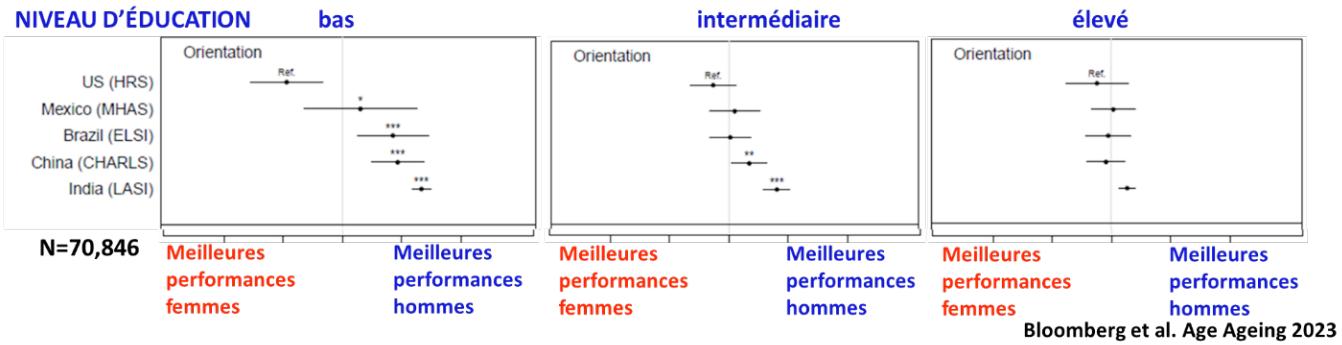


Barbiellini Amidei et al. JAMA 2021

Ben Hassen et al. BMJ 2022

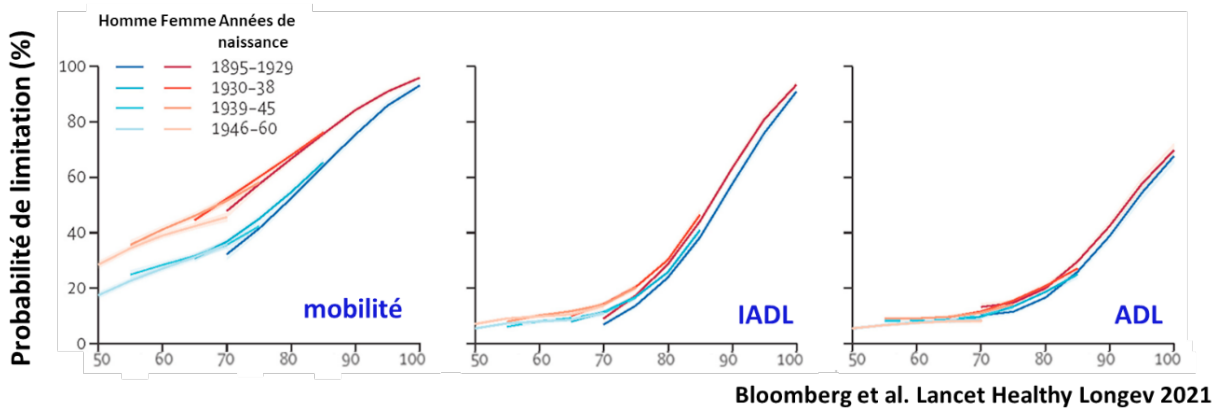
Les inégalités de genre dans le vieillissement

Pour comprendre le vieillissement, il est également essentiel de prendre en compte les différences de genre. Dans l'une de nos études, nous avons examiné les performances cognitives des personnes âgées de 50 à 90 ans dans plusieurs pays, dont les États-Unis, le Mexique, le Brésil, la Chine et l'Inde. Ce graphique montre les différences hommes-femmes dans un test d'orientation cognitive.



Ce que nous observons, c'est que, parmi les personnes ayant un faible niveau d'éducation, les hommes obtiennent de meilleures performances que les femmes, sauf aux États-Unis. Cependant, dans les groupes plus éduqués, les différences de performance sont quasiment inexistantes. Cela montre l'importance du niveau d'éducation dès l'enfance pour expliquer les différences de vieillissement entre les sexes.

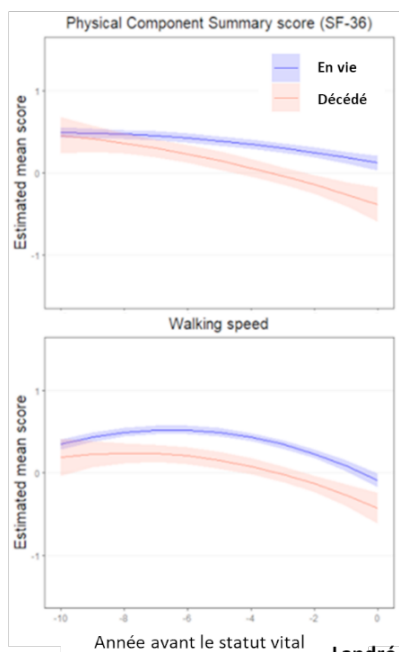
De même, nous avons observé des différences significatives dans les limitations fonctionnelles, notamment en matière de mobilité, dès l'âge de 50 ans. Les femmes rapportent plus de limitations que les hommes dans la plupart des pays étudiés, et ces disparités existent dès le début de l'âge adulte.



La fonction motrice et le vieillissement

En ce qui concerne la fonction motrice, nous avons également observé que les disparités entre les personnes qui décèdent et celles qui survivent apparaissent jusqu'à dix ans avant le décès. Pour les phénotypes de fragilité, c'est-à-dire les personnes vulnérables aux événements de santé, le déclin fonctionnel était déjà visible vingt-cinq ans avant le diagnostic de fragilité, soit vers l'âge de 50 ans. Cela montre bien que les trajectoires de déclin commencent tôt, parfois bien avant que la fragilité ou la maladie ne soient diagnostiquées.

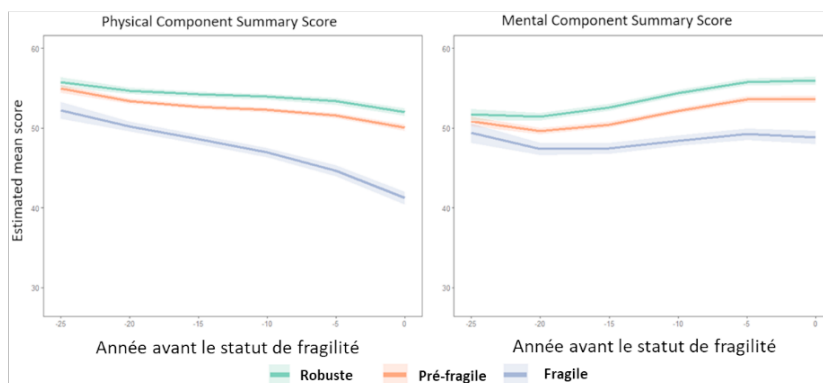
Déclin terminal de la fonction motrice



Landré et al. BMJ 2021

Phénotype de fragilité de Fried

Survenue de la fragilité à un âge moyen de 75,4 (6,3) ans



Landré et al. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2023

La prévention précoce pour un vieillissement en bonne santé

Je pense que cela vous a convaincus de l'importance de la prévention précoce pour un vieillissement en bonne santé. Il ne s'agit pas simplement d'intervenir auprès des personnes âgées, mais d'agir bien en amont pour modifier les trajectoires de santé. Le vieillissement en bonne santé est un processus de développement et de maintien des capacités de fonctionnement, permettant à l'individu de répondre à ses besoins essentiels, de prendre des décisions, d'être mobile et de participer à la société.

Dans le domaine de la santé, il existe deux entités distinctes dans les classifications médicales : les maladies (classées dans l'International Classification of Diseases (ICD)) et les limitations fonctionnelles et incapacités (classées dans l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)). Les maladies ne sont pas toujours corrélées à la capacité fonctionnelle, et vice versa. En 2012, le CIRCA (*Cambridge Institute for Research on Aging*) a défini le vieillissement réussi comme un bon fonctionnement cognitif, moteur et respiratoire, l'absence d'incapacité, de problèmes de santé mentale et de maladies chroniques. Cela montre bien que le vieillissement réussi va au-delà de l'absence de maladies : il implique également de bien fonctionner dans tous les aspects de la vie quotidienne.

Conclusion

Dans notre équipe, nous nous intéressons aux processus qui mènent aux incapacités, en tenant compte des transitions de maladie. Nos travaux ont montré que les facteurs sociaux et de mode de vie jouent un rôle important dans les différentes étapes qui mènent à la multimorbidité et aux incapacités. Les facteurs cliniques, comme l'hypertension ou l'IMC, influencent principalement les premières étapes du processus de maladie, mais perdent de leur impact à mesure que la maladie s'installe.

En conclusion, je voudrais souligner l'importance de prévenir le vieillissement pathologique dès les premiers âges de la vie. C'est grâce à une approche holistique et préventive que nous pourrions mieux comprendre et favoriser le bien vieillir.

Séverine Sabia

Le vieillissement : une chance pour les territoires ruraux

Rodolphe Dumoulin

Directeur du Développement Sanitaire et Social et directeur adjoint à la direction déléguée aux politiques sociales, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.

Résumé

Le vieillissement, souvent perçu négativement, peut être considéré comme une opportunité pour les territoires ruraux. L'allongement de l'espérance de vie, bien qu'exigeant des adaptations sociétales, offre la possibilité de repenser les modèles de solidarité et de prévention, en favorisant un vieillissement actif et en bonne santé. La Mutualité Sociale Agricole (MSA), à travers ses actions de prévention et de soutien aux personnes âgées, illustre l'importance de mobiliser les territoires ruraux pour accompagner ce changement démographique et améliorer la qualité de vie des seniors.

Mots-clés

Vieillesse démographique – Territoires ruraux – Prévention et soutien.

Abstract

Aging, often viewed negatively, can actually be seen as an opportunity for rural areas. The increase in life expectancy, while requiring societal adaptations, offers the chance to rethink models of solidarity and prevention, promoting active and healthy aging. The Mutualité Sociale Agricole (MSA), through its prevention and support programs for the elderly, highlights the importance of engaging rural communities to address this demographic shift and improve the quality of life for seniors.

Keywords

Demographic aging – Rural areas – Prevention and support.

Cette contribution se veut un peu provocatrice, notamment à travers son titre : « Le vieillissement : une chance pour les territoires ruraux ». Ce titre a pour objectif de renverser certaines représentations communément admises, car nous vivons dans une société où le vieillissement est souvent perçu comme une mauvaise nouvelle.

Le vieillissement, loin d'être uniquement un fardeau, est en réalité la conséquence d'une excellente nouvelle : l'allongement de l'espérance de vie. Cette avancée est un phénomène extraordinaire, et nous devons la reconnaître comme telle.

Un changement de perspective : l'adaptation de la société au vieillissement

Michèle Delaunay, alors ministre déléguée aux Personnes âgées auprès de Jean-Marc Ayrault en 2015, a fait émerger une loi visant l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi a permis de nombreuses avancées sur certains points, comme la réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Mais l'objectif principal de cette loi était surtout de faire évoluer la société face à une nouvelle réalité démographique : la coexistence de quatre générations, dont deux au-delà de 60 ans, une situation totalement inédite dans l'histoire de l'humanité.

Michèle Delaunay parlait de cette « révolution de l'âge » avec enthousiasme. Selon elle, il ne s'agissait pas simplement d'une transition démographique, mais d'une véritable révolution dans notre manière de penser et de vivre le vieillissement. Cela devait nous amener à percevoir cette réalité comme une bonne nouvelle, une invitation à réinventer notre façon de vivre ensemble. Cette vision est fondée sur la conviction que la perte d'autonomie et la dépendance ne sont pas des fatalités : nous pouvons agir en amont pour favoriser un vieillissement réussi.

Vieillesse et politiques publiques : la prévention avant tout

La prévention de la perte d'autonomie, la promotion du bien vieillir, sont devenues des enjeux majeurs de politique publique. Dès lors que nous changeons de perspective et que nous considérons que c'est à la société de s'adapter au vieillissement, et non l'inverse, notre manière d'aborder ces questions évolue radicalement. Plutôt que de voir le vieillissement sous un angle négatif, il faut y voir une opportunité pour repenser nos modèles de solidarité, et même notre rapport à la fragilité et à la vulnérabilité.

Comme d'autres, Martine Aubry a aussi beaucoup insisté sur l'importance du « care » – cette idée que la solidité d'une société se mesure à la manière dont elle traite ses membres les plus vulnérables. Il est essentiel de développer un rapport sain à la fragilité et de ne pas percevoir la vieillesse uniquement comme une source de problème.

Le rôle du régime agricole dans les territoires ruraux

La Mutualité Sociale Agricole (MSA), qui est le deuxième régime de protection sociale en France, couvre près de 5 millions de personnes. Ce régime s'adresse à l'ensemble des acteurs liés directement ou indirectement à l'agriculture, comme les agriculteurs, mais aussi des organismes de services tels que le Crédit Agricole ou Groupama. Le régime agricole a la particularité de couvrir l'ensemble des branches de la protection sociale : maladie, famille, vieillesse, et accidents du travail. C'est un guichet unique pour la population agricole.

En plus de ses missions de protection sociale, la MSA a également pour rôle de contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux. À travers ses actions, elle ne se limite pas aux seuls ressortissants du régime agricole, mais s'adresse aussi à la population générale des territoires ruraux.

Une approche proactive et collective pour le bien vieillir

Depuis plusieurs années, la MSA a développé une expertise avancée en matière de prévention de la perte d'autonomie. Avec deux approches principales : une approche individuelle, avec un « panier de services » visant à accompagner les personnes à domicile (aide humaine, téléservices, adaptation du logement, etc.), et une approche collective à travers des actions de prévention en inter-régimes.

Sur le plan collectif, des ateliers ont été mis en place autour des déterminants de santé identifiés pour favoriser le bien vieillir : nutrition, addiction, mémoire, équilibre physique, mobilité, et lien social. Environ 10 000 ateliers sont organisés chaque année, réunissant près de 100 000 participants. Ces ateliers sont des lieux d'échanges où les retraités peuvent non seulement se maintenir en forme, mais aussi créer du lien social, lutter contre l'isolement, et retrouver un sentiment d'utilité sociale.

Un autre exemple est le programme « antichute », développé par la MSA. Ce programme vise à prévenir les chutes, qui sont un des principaux facteurs d'hospitalisation évitable des personnes âgées. Nous disposons désormais d'outils scientifiques permettant de gérer le risque de chute et de réduire ainsi l'apparition de complications graves.

Les résidences autonomie et le relayage à domicile : des réponses adaptées aux territoires ruraux

La MSA a également développé un modèle de résidences autonomie, baptisé « Marpa », lesquelles sont des petites structures d'accueil autonomes de taille humaine, à moins d'une trentaine de résidents. Ce modèle, né dans les années 1980, permet de maintenir les personnes âgées dans leur village ou à proximité, sans nécessiter de lourds investissements pour les collectivités.

La MSA a aussi mis en place un service de répit à domicile, également appelé « Bulle d'air », qui permet aux aidants de souffler quelques heures ou quelques jours, en étant temporairement relayés par des professionnels. Ce service est crucial pour prévenir l'épuisement des aidants, un enjeu majeur aujourd'hui.

L'importance de la prévention : une approche dès le plus jeune âge

La prévention ne doit pas se limiter aux personnes âgées. Le vieillissement en bonne santé, c'est en réalité une question de bien vivre à tout âge. Il ne s'agit pas uniquement d'interventions médico-sociales, mais d'une réflexion interministérielle qui concerne l'ensemble des politiques publiques : le logement, les transports, l'éducation, etc.

Il y a dix ans, lorsque Michèle Delaunay élaborait la loi d'adaptation de la société au vieillissement, il était parfois difficile d'impliquer d'autres ministères comme celui des Transports, du Logement ou de l'Économie dans ce type de réflexion. Aujourd'hui, les choses évoluent. Lors de la présentation récente de la feuille de route « Bien vieillir », plusieurs ministres étaient présents aux côtés d'Aurore Bergé, ce qui montre bien que la question du vieillissement commence à être mieux appréhendée comme une transformation globale de notre société.

Conclusion : vieillissement et opportunité de politique publique

Le vieillissement n'est pas une fatalité, mais une opportunité de politique publique. C'est une chance de repenser nos modèles sociaux et notre solidarité intergénérationnelle. Le vieillissement, c'est l'évolution naturelle de notre société, et il doit être perçu comme une révolution démographique, une révolution de l'âge, à laquelle il faut s'adapter pour mieux vivre ensemble. Le régime agricole, avec ses spécificités, contribue à cette réflexion à sa manière et joue un rôle important dans cette évolution.

Rodolphe Dumoulin

Bien vieillir

Session 2 : Aménager les environnements

La prévention des chutes

Bienvenu Bongué

Pharmaco-épidémiologiste, enseignant-chercheur au laboratoire SAINBIOSE Inserm 1059 et coordinateur de la Chaire santé des aînés, Université Jean-Monnet Saint-Etienne.

Résumé

Le projet CASAH vise à promouvoir le bien vieillir en créant un environnement favorable à la santé pour les personnes âgées vivant dans des logements sociaux. Face à l'augmentation du nombre de locataires de plus de 60 ans et aux limites des solutions actuelles, CASAH propose des interventions telles que l'aménagement de jardins partagés, des améliorations extérieures et intérieures, ainsi que des innovations sociales pour lutter contre l'isolement. Cette recherche interventionnelle utilise une approche mixte pour identifier les besoins des résidents et tester des solutions innovantes. Les premiers résultats montrent que ces aménagements pourraient réduire les chutes et prolonger l'autonomie des résidents.

Mots-clefs

Bien vieillir – Autonomie – Évaluation de l'impact en santé (EIS) – Risque de chute.

Abstract

The CASAH project aims to promote healthy aging by creating an environment conducive to well-being for elderly people living in social housing. In response to the increasing number of tenants over 60 years old and the limitations of current solutions, CASAH proposes interventions such as shared gardens, exterior and interior improvements, and social innovations to combat isolation. This intervention research uses a mixed-methods approach to identify residents' needs and test innovative solutions. Preliminary results indicate that these adjustments could reduce falls and extend the residents' independence.

Keywords

Aging well – Autonomy – Health Impact Assessment – Fall risk.

Je suis le directeur de la Chaire Santé des Aînés à l'Université Jean Monnet de Saint-Étienne et, depuis une vingtaine d'années, coordinateur de projet au CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie). Le CETAF est un acteur de santé publique, spécialiste de l'ingénierie en prévention et de la promotion de la santé. À ce titre, il traduit les stratégies gouvernementales de santé publique en actions concrètes et opérationnelles allant de la conception à l'évaluation en passant par la formation, développe des projets innovants en prévention et contribue à la recherche en santé publique.

Pour restituer brièvement le contexte, depuis 1945, tout assuré du régime général bénéficie d'un examen de prévention tous les cinq ans. Le CETAF accompagne le réseau des 110 centres d'examen de santé. L'examen de prévention en santé (EPS) est destiné en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité, qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier par un médecin traitant, et aux personnes

qui recourent moins aux dispositifs de prévention (dépistages des cancers, vaccination, le programme MTD dents etc.). Cet examen de prévention permet de s'inscrire ou de se réinscrire dans le parcours de soins coordonné par un médecin traitant. C'est dans ce cadre que j'interviens depuis de nombreuses années.

En parallèle, depuis une dizaine d'années, je suis responsable de la Chaire Santé des Aînés à l'Université Jean Monnet. Mon parcours est peut-être plus complexe qu'il n'y paraît, car, au fil des années, mes activités se sont diversifiées. À mes débuts, j'étais spécialisé en pharmaco-épidémiologie, une discipline que j'ai pratiquée il y a plus de vingt ans. Aujourd'hui, mes préoccupations et mes champs d'actions se sont élargis, en grande partie grâce aux doctorants avec qui je travaille, et aux projets liés à la prévention des chutes que je coordonne.

Lorsque mes collègues m'ont demandé d'intervenir sur ce thème, je me suis souvenu que cela fait déjà une dizaine d'années que je porte des projets sur la prévention des chutes auprès du réseau des CES de l'Assurance Maladie. Face à ce public, composé de doctorants et de professionnels, j'ai cherché à trouver un juste équilibre dans mon discours, en proposant une première partie plus générale, suivie d'un exercice destiné aux étudiants, pour leur montrer comment structurer une présentation académique.

La prévention des chutes : une gestion du risque

La prévention, c'est essentiellement de la gestion du risque. Lorsque je parle de prévention, par exemple pour les chutes, j'explique souvent qu'il ne s'agit pas de traiter une maladie déjà présente, mais de réduire les probabilités qu'un événement indésirable survienne. Cela me rappelle l'exemple classique du tabagisme : « *Fumer tue* », mais cela ne signifie pas que tous les fumeurs mourront à cause de la cigarette. De même, en prévention des chutes, il s'agit de modifier le comportement des individus pour réduire leur risque de chute.

Cette nuance est très importante à comprendre. On ne soigne pas une certitude, on agit sur une probabilité. En demandant à quelqu'un d'adopter de nouveaux comportements – par exemple, en pratiquant des exercices pour renforcer l'équilibre – nous ne lui promettons pas une absence totale de chutes, mais une réduction de leur probabilité. C'est ce qui rend la prévention complexe à appliquer et à accepter, car il s'agit d'un véritable pari sur l'avenir, sans garantie de résultat immédiat.

Cibler les bonnes populations pour la prévention

L'autre difficulté dans la mise en place de programmes de prévention, c'est la question du ciblage. Quelle population viser pour une intervention spécifique ? Ce n'est pas la même chose de développer un programme pour les résidents en maison de retraite, avec une espérance de vie moyenne de 2,5 ans et un âge moyen de 83 ou 84 ans, que pour des personnes âgées autonomes, vivant à domicile, âgées de 60 ans ou plus.

Ainsi, si l'on parle d'un programme de prévention des chutes pour des personnes vivant à domicile, par exemple des GIR 5 ou 6 (les niveaux d'autonomie les plus élevés), le programme sera différent de celui destiné aux personnes en perte d'autonomie avancée. La première étape consiste donc à bien identifier la population cible.

En fonction du programme que l'on souhaite mettre en place, la prévention fonctionnera plus ou moins bien. Par exemple, une personne de 90 ans, très active physiquement, n'aura peut-être pas besoin d'un programme visant à promouvoir l'activité physique, car elle y participe déjà. À l'inverse, pour une personne plus fragile, même si l'activité physique semble bénéfique en théorie, les études montrent qu'elle n'améliore pas toujours significativement l'autonomie. La question à se poser est donc : « Est-ce que cette personne bénéficiera vraiment de ce programme ? ».

Programmes de prévention des chutes : des exemples concrets

Entre 2012 et 2017, j'ai coordonné trois programmes majeurs de prévention des chutes, chacun avec des objectifs et des populations cibles distincts. Le premier programme (PCPA1) portait sur la création d'un outil spécifique pour évaluer le risque de chute chez les personnes âgées. Le deuxième (PCPA2) visait à mettre en place un parcours de prévention des chutes pour des personnes âgées de 60 ans et plus. Le troisième (PCPA3) ciblait les personnes vivant à domicile, avec une moyenne d'âge de 83 ans, financé en partie par les actions sociales des CARSAT et

d'autres partenaires. Ce dernier programme concernait les GIR 5 et 6, soit des personnes relativement autonomes, et s'inscrivait dans une logique d'action sociale pour la prévention des chutes.

Dans chacun de ces programmes, les outils utilisés, ainsi que la conception même des interventions, étaient différents. Par exemple, le parcours de prévention pour les personnes âgées de 60 ans vivant à domicile intégrait davantage d'exercices d'équilibre, tandis que pour les personnes en maison de retraite, l'accent était mis sur des mesures plus globales de réduction du risque environnemental.

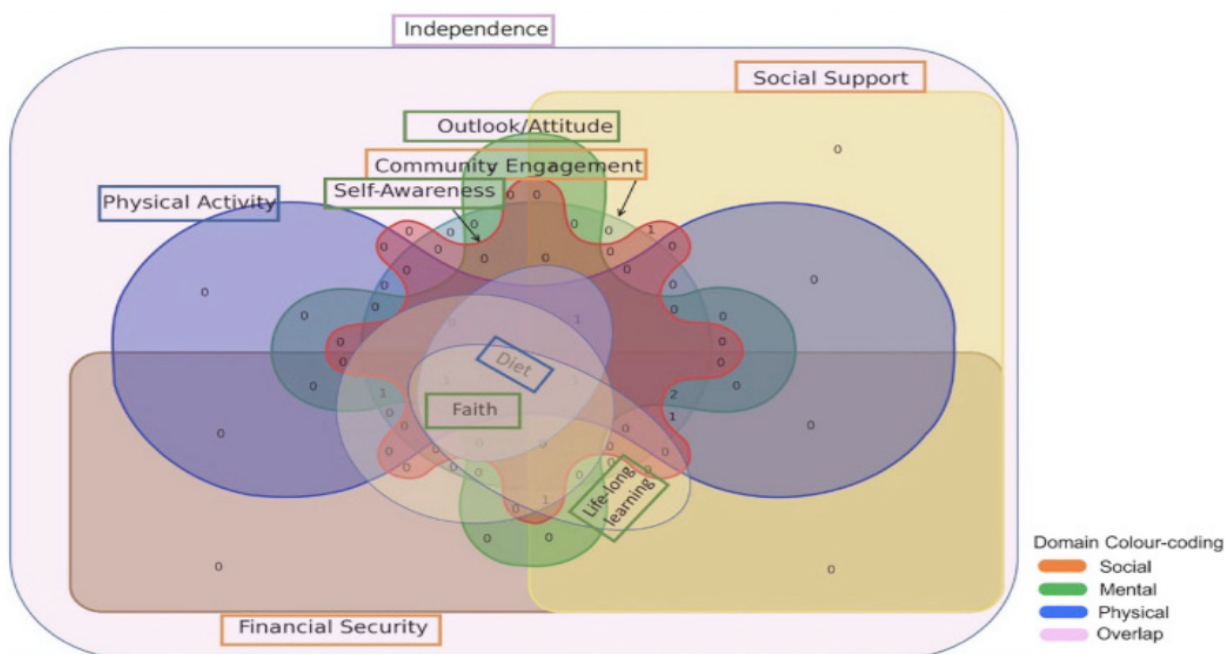
La participation : un défi majeur des programmes de prévention

Un des enjeux majeurs de ces programmes, comme dans beaucoup d'autres initiatives de prévention, est la participation des personnes. Comment inciter les personnes âgées à rejoindre ces programmes ? Comment aller vers elles ? L'approche « aller vers » – c'est-à-dire aller au-devant des populations pour les sensibiliser – est essentielle, mais elle est loin d'être facile à mettre en œuvre.

Il y a quelques années, un de mes doctorants, Luc Goethals, a réalisé une thèse sur le marketing social et son utilisation dans la prévention des chutes. Ce travail portait sur la manière de promouvoir la participation des personnes âgées à ces programmes, et ce fut une réflexion très intéressante sur l'un des défis majeurs de la prévention : comment attirer la bonne cible et les encourager à participer activement. Malgré tous nos efforts, les taux de participation demeurent faibles, ce que le rapport de la Cour des comptes a d'ailleurs mis en avant. Luc pourrait certainement approfondir ce sujet lors d'un futur séminaire.

Qu'est-ce que bien vieillir ?

Un autre concept clé dans la prévention est celui de « bien vieillir ». La définition de ce terme est vaste et complexe. Si vous faites une revue de la littérature sur ce sujet, vous trouverez des dizaines de définitions différentes. Globalement, bien vieillir est un concept multidimensionnel qui intègre les aspects physiques, mentaux, cognitifs, ainsi que le bien-être social et l'autonomie.



Représentation graphique des déterminants du vieillissement en bonne santé (Abud Tet al., 2022)

Lorsqu'on parle de bien vieillir, il est important de comprendre comment évaluer cela. En épidémiologie et en santé publique, nous avons souvent tendance à utiliser des questionnaires très détaillés avec des dizaines de questions pour évaluer la qualité de vie. Pourtant, il existe une question beaucoup plus simple et souvent plus efficace : « Comment vous sentez-vous par rapport à votre âge ? ». Cette question, posée sur une échelle de 0 à 10, est souvent un excellent indicateur de la qualité de vie d'une personne. Si une personne se sent bien par rapport à son âge, il y a de fortes chances qu'elle vieillisse en bonne santé, peu importe le nombre de médicaments qu'elle prend ou ses maladies chroniques.

Interventions à l'échelle individuelle ou populationnelle

En mettant en place un programme de prévention, il est important de décider si l'on souhaite agir à l'échelle individuelle ou à l'échelle populationnelle. Un exemple récent est un projet que nous avons lancé après la crise de la Covid-19, intitulé « *Agir collectivement pour la santé des aînés et leur habitat* », en milieu urbain. Ce projet cible les personnes âgées vivant dans des logements sociaux, car, comme vous et moi, ces personnes souhaitent vieillir chez elles en bonne santé, et non en maison de retraite.

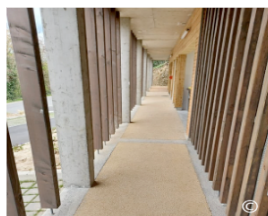
Ce projet est global et vise à créer un environnement favorable pour encourager le bien vieillir des personnes âgées à domicile et en bonne santé. Nous savons que l'activité physique est l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir la perte d'autonomie. Ainsi, le projet prévoit la création de Jardin-forêts au pied des résidences, composés d'espaces nourriciers, et la végétalisation des parties communes au service du bien-être, de la santé et du partage, qui favorisent l'activité physique et permettent également de renforcer les liens intergénérationnels. Les habitants s'organisent en équipes pour entretenir ces jardins, ce qui non seulement améliore leur santé physique, mais renforce aussi le lien social.

Aménagements extérieurs et intérieurs

Le projet inclut également l'aménagement des espaces extérieurs pour faciliter la mobilité de tous les résidents, les inviter à sortir de chez eux en toute sécurité pour partager des moments. Par exemple, nous avons prévu de réduire la hauteur des trottoirs pour faciliter les déplacements, notamment pour les personnes qui éprouvent des difficultés à lever les jambes.

"Réinventer le rapport à l'espace en faisant de la mobilité un service pour contribuer à l'épanouissement de chacun et favoriser les échanges"

Didier Charles Chef d'agence - TPCF-Colas



À l'intérieur des logements, des aménagements sont aussi nécessaires pour diminuer les risques de chute. Il est prévu entre autres de procéder aux aménagements personnalisés et sécurisés des salles de bain, s'intégrant dans l'habitat existant, pour apporter accessibilité et confort aux personnes âgées, à mobilité réduite ou ayant besoin d'améliorer leur autonomie au quotidien, tout en prenant en compte les besoins des aidants qui assistent ces personnes.

" Permettre à chacun de se sentir bien chez soi, dans un environnement fonctionnel et agréable, c'est essentiel pour préserver l'autonomie et la dignité de chacun "

Thomas Morel - Dirigeant MOREL'Adapt



L'innovation sociale : un défi de financement

L'un des aspects les plus délicats de ce projet concerne l'innovation sociale. Bien que des financements soient souvent disponibles pour des innovations techniques, il est plus difficile d'obtenir des fonds pour des initiatives visant à renforcer les liens sociaux ou à animer la vie communautaire dans les HLM. Organiser des activités sociales, comme des ateliers intergénérationnels, est essentiel, mais ces initiatives sont souvent le parent pauvre des financements publics.

Conclusion

Pour conclure, je dirai que la prévention des chutes peut se décliner à la fois de manière individuelle et collective. L'essentiel est de créer un environnement favorable à l'activité physique et au bien-être social, ce qui encourage la participation des personnes âgées. La prévention ne concerne pas seulement les personnes âgées : elle commence dès la naissance et se poursuit tout au long de la vie. Que ce soit par des vaccinations ou des actions plus larges, nous sommes déjà en prévention dès le premier jour.

Bienvenu Bongué

Le changement de regard sur l'âge ; une clé pour l'adaptation des environnements bâtis ?

Angélique Giacomini

Déléguée Générale Adjointe responsable de la prospective du Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés, Docteure en sociologie, Chercheure associée - LIR3S - UMR 7366 CNRS - uB.

Résumé

Au croisement des grands défis du XXI^{ème} siècle et des objectifs du développement durable définis par l'ONU, se révèle un enjeu majeur et inédit dans l'histoire de l'humanité : le vieillissement de la population ; une transformation sociétale qui bouleverse à la fois les modes de vie et les comportements individuels mais aussi le contrat social, les rapports entre les générations et la place de chacun dans la société. « Villes Amies des Aînés » (VADA) est une démarche d'adaptation de la société au vieillissement créée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle tire ses origines du cadre d'orientation « Vieillir en restant actif » (2002), dont elle est la mise en application concrète. Ainsi,, les villes amies des aînés adaptent leurs structures et leurs services pour les rendre accessibles aux personnes âgées, dont les besoins, les envies, le rythme peuvent évoluer dans l'avancée en âge. Le vieillissement peut constituer un levier de développement économique et territorial lorsqu'il est envisagé de manière positive et qu'il est concrètement anticipé à travers les politiques publiques. Pour cela, les principes de participation des habitants, de transversalité entre les domaines abordés et de lutte contre l'âgisme constituent des piliers essentiels.

Mots-clefs

Villes amies des aînés – Âgisme – Politiques publiques – Participation citoyenne – Territoires inclusifs.

Abstract

At the intersection of the major challenges of the 21st century and the United Nations' Sustainable Development Goals, a significant and unprecedented issue in the history of humanity has emerged: population ageing. This societal transformation disrupts not only lifestyles and individual behaviours but also the social contract, intergenerational relationships, and the role of each individual within society. The «Age-Friendly Cities» (AFC) initiative, created by the World Health Organization (WHO), seeks to adapt society to ageing. It originates from the «Active Aging» framework (2002), serving as its practical implementation. In practice, age-friendly cities adjust their structures and services to be accessible to older people, whose needs, preferences, and pace may change as they age. Ageing can become a lever of economic and territorial development when positively and proactively approached and anticipated through public policies. To achieve this, key pillars such as citizen participation, cross-sectoral collaboration, and combating ageism are essential.

Keywords

Age-friendly cities – Ageism – Public policies – Citizen participation – Inclusive areas.

Je vous propose à travers cette intervention d'explorer le sujet du vieillissement de la population par le prisme de la sociologie et des politiques publiques. En effet, je suis docteure en sociologie, mais aussi déléguée générale adjointe du Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés.

Pour commencer, permettez-moi de vous présenter brièvement notre démarche. Il s'agit d'un programme initié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont l'objectif est de dépasser une approche médico-sociale du vieillissement et d'adopter une vision plus transversale des enjeux liés à l'âge et à la longévité. Concrètement, il s'agit d'une méthodologie de projet basée sur un état des lieux du territoire et une démarche participative avec les habitants, dans le but de lutter contre l'âgisme. Cette approche s'applique à tous les territoires quelles que soient ses caractéristiques en termes de taille, de situation géographique ou bien même ses particularités locales. Elle offre une grande flexibilité pour que chaque territoire puisse l'adapter à ses spécificités.

Le Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés est une association loi 1901, créée en 2012, et affiliée au réseau de l'OMS. Aujourd'hui, nous comptons plus de 300 adhérents principalement en France mais aussi en Suisse, en Belgique et en Andorre.

L'âgisme et les politiques publiques

Bien qu'il y ait un consensus général sur l'importance de l'anticipation dans les politiques liées à l'âge, la mise en œuvre reste complexe, et de nombreuses limites subsistent. Ce qui est intéressant avec notre réseau, c'est qu'il s'est construit en dehors du modèle centralisé traditionnel de la France. Ce ne sont pas les autorités nationales qui ont imposé cette démarche, mais plutôt les territoires eux-mêmes qui se sont rassemblés pour promouvoir cette dynamique. Ce n'est plus seulement la responsabilité des conseils départementaux (qui ont la compétence sociale et le rôle de chefs de file de la politique gérontologique), mais une initiative qui peut être portée à tous les niveaux, avec une participation active de chacun.

Cela m'amène à souligner un point qui me tient à cœur : je préfère éviter de définir la démarche « Ville amie des aînés » comme de la prévention. Pourquoi ? Parce que la prévention, souvent, est associée à une forme de responsabilisation individuelle : « Si vous aviez bien mangé et bien bougé, vous seriez en bonne santé ». Or, les parcours de vie, ainsi que les appartenances sociales, influencent considérablement la santé des individus et leur capacité à répondre à ces injonctions de prévention.

Nous constatons en effet que l'envie de suivre ces messages de prévention est aussi un facteur essentiel. C'est une des raisons pour lesquelles, au sein du réseau, nous mettons l'accent sur la nécessité de donner du sens aux comportements bénéfiques pour l'individu et la société. Pour cela, il faut offrir aux personnes la possibilité de choisir, par exemple entre rester à domicile ou opter pour un habitat inclusif. Le choix permet aux personnes de retrouver du plaisir dans leur avancée en âge.

En cela, nous accentuons la place et le rôle des territoires en tant que vecteurs de prévention, d'anticipation, visant à donner l'opportunité et l'envie d'avancer en âge en adoptant des comportements qui favorisent la bonne santé.

Les effets des représentations sociales liées à l'âge

Mon objectif aujourd'hui est de vous montrer comment les représentations sociales liées à l'âge – cet âgisme latent – influencent la manière dont nous construisons notre environnement, qu'il soit social ou bâti. Cela a des répercussions directes sur la place des personnes âgées dans la société et sur leur possibilité de vieillir de manière active.

La première difficulté pour lutter contre l'âgisme provient de notre nature humaine. Notre cerveau simplifie le monde qui nous entoure par des catégories sociales, en se basant sur ce que la société, la famille, les médias, nous inculquent dès notre plus jeune âge. Ce processus de catégorisation crée des stéréotypes simplificateurs et souvent erronés.

Pour illustrer cela, je voudrais vous parler d'une étude réalisée en 2009 par Kwong See & Nicoladis. Dans cette recherche, une expérimentatrice montrait à des enfants de deux ou trois ans une paire d'objets : par exemple, une banane et un objet moins familier comme un fer à souder. Lorsque l'expérimentatrice prononçait un mot inventé, les enfants devaient montrer l'objet qu'ils pensaient être désigné. Intuitivement, l'hypothèse principale est que par déduction, l'enfant montre l'objet non familier lorsqu'il entend le mot inconnu. C'est le cas lorsque l'expérimentatrice présente les traits d'une personne jeune, mais ce qui est fascinant, c'est que lorsque l'expérimentatrice présente les traits d'une personne âgée, ils avaient tendance à désigner significativement plus souvent l'objet familier (la banane). Cela montre qu'un présupposé d'incapacité des personnes âgées existe dès le plus jeune âge.

Un autre point important de cette étude est que ce biais s'atténue chez les enfants ayant des contacts réguliers avec des personnes âgées, soulignant que la méconnaissance contribue à ces préjugés.

L'impact des stéréotypes dans notre société

Ces stéréotypes d'incapacité persistent tout au long de la vie, même chez les personnes âgées elles-mêmes. Par exemple, une personne âgée pourra souvent dévaloriser un autre aîné en le percevant comme « plus vieux » et donc « plus incapable ». On retrouve également ce phénomène dans la relation médecin-patient, où le praticien peut avoir tendance à parler plus fort, à simplifier son discours, voire à s'adresser à l'accompagnateur de la personne âgée, renforçant ainsi l'idée d'incapacité.

L'idée d'incapacité est si enracinée qu'elle nous empêche souvent de voir la véritable contribution des personnes âgées à la société. Par exemple, en France, les grands-parents assurent 16,9 millions d'heures de garde d'enfants par semaine. Ils sont également des consommateurs importants de services de proximité, et beaucoup d'entre eux jouent le rôle d'aidants familiaux. Ainsi, si demain les retraités faisaient grève, une grande partie de la société serait paralysée.

Le rôle de l'environnement dans la vulnérabilité

Un autre point important est que les personnes âgées ne sont pas des « petites choses fragiles ». Il est essentiel de comprendre que ce n'est pas toujours la vieillesse qui rend vulnérable, mais souvent l'environnement. À l'instar des femmes qui ont longtemps vécu dans un monde conçu par et pour les hommes, les personnes âgées évoluent dans des environnements conçus pour des individus plus jeunes. Il est donc crucial de repenser ces environnements pour qu'ils s'adaptent à tous les âges.

Nous sommes à un tournant inédit dans l'histoire de l'humanité : jamais autant de personnes n'ont vécu aussi longtemps. Aujourd'hui, il y a plus de personnes de plus de 60 ans que de moins de 20 ans, ce qui a un impact considérable sur la société. De plus, les projections montrent qu'un enfant sur deux né actuellement pourrait devenir centenaire. Cela nous oblige à repenser notre conception de la vieillesse et de la retraite.

Conclusion

Finalement, en tant que réseau, nous cherchons à transformer le regard porté sur les personnes âgées, notamment en les impliquant activement dans la vie publique et en valorisant leur expertise. Nous devons aussi veiller à actualiser nos repères, par exemple en veillant à ce que les personnes âgées se sentent bienvenues dans des événements culturels, comme les festivals de musique.

Pour conclure, j'aimerais souligner l'importance de lutter contre l'âgisme, non seulement par altruisme, mais aussi par égoïsme, car les vieux de demain, c'est nous.

Angélique Giacomini

Bien vieillir

Session 3 : Lien social et santé mentale

Préserver et prendre en soins la santé mentale de nos aîné-es

Thierry Gallarda

Chef de service des secteurs 17 & 18 et du service de psychiatrie de l'adulte âgé, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Site Hôpital Sainte-Anne, Paris.

Résumé

Les troubles psychiques chez les personnes âgées se caractérisent principalement par des dépressions et des troubles bipolaires d'apparition tardive, souvent associés à des maladies neurodégénératives, avec des symptômes dépressifs pouvant masquer des douleurs somatiques, rendant le diagnostic complexe. Les tentatives de suicide, souvent graves, révèlent des sentiments de regret et de solitude, tandis que des cas de psychoses vieilles et de troubles délirants compliquent la prise en charge en raison d'un manque de structures adaptées. Les addictions tardives, comme celles à l'alcool et aux benzodiazépines, entraînent honte et isolement. La distinction entre dépression et démence est facilitée par des outils diagnostiques modernes, et les consultations mémoire cruciales pour les patients et leurs familles. Le soutien aux aidants est vital pour prévenir l'épuisement et les problèmes de santé qui en découlent. L'isolement des personnes âgées, aggravé par la dispersion géographique de leurs proches et la précarité croissante, pose des défis majeurs. Toutefois, des initiatives prometteuses, comme la reconnaissance de la psychiatrie gériatrique, les collaborations entre hôpitaux et EHPAD, et le déploiement d'infirmières en pratique avancée, mettent en lumière la nécessité d'une approche interdisciplinaire face au vieillissement de la population.

Mots-clefs

Dépression – Addictions – Isolement – Aidants.

Abstract

Psychiatric disorders in elderly individuals are primarily characterized by late-onset depression and bipolar disorders, often associated with neurodegenerative diseases, with depressive symptoms sometimes masking somatic pain, complicating diagnosis. Suicide attempts, which are often serious, reveal feelings of regret and loneliness, while cases of aging-related psychoses and persistent delusional disorders complicate care due to a lack of appropriate facilities. Late-onset addictions, such as those to alcohol and benzodiazepines, lead to shame and isolation. Modern diagnostic tools facilitate the distinction between depression and dementia, and memory consultations are crucial for patients and their families. Supporting caregivers is vital to prevent exhaustion and associated mental health issues. The isolation of elderly dependent individuals, exacerbated by the geographical dispersion of their relatives and increasing precariousness, poses significant challenges. However, promising initiatives, such as recognizing geriatric psychiatry, collaborations between hospitals and nursing homes, and deploying advanced practice nurses, highlight the need for an interdisciplinary approach to address the aging population.

Keywords

Depression – Additions – Isolation – Caregivers.

Je dirige un service de psychiatrie adulte qui couvre le territoire du 16^e arrondissement de Paris. Cependant, depuis de nombreuses années, je travaille également au sein d'une structure non sectorisée dédiée à la prise en charge des intrications entre les pathologies psychiatriques et neurologiques chez les adultes âgés, notamment les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer. Cette structure est animée par plusieurs collaborateurs, dont le Dr Moussion, le Dr Wertenschlag, le Dr Chêne ainsi qu'une équipe paramédicale de trois infirmières dont Christelle Duquef, infirmière en pratique avancée (IPA). Ensemble, nous intervenons à l'interface entre psychiatrie, neurologie et gériatrie ce qui nous permet d'aborder les problèmes complexes liés à ces pathologies.

L'hôpital Sainte-Anne du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, où nous exerçons, est un observatoire privilégié de la psychiatrie des adultes âgés. Depuis plusieurs années, nous constatons une augmentation significative du nombre de patients âgés, voire très âgés, au-delà de 85 ans, admis pour des gestes suicidaires actifs, des mises en danger à leur domicile ou encore des troubles sévères du comportement, souvent en lien avec des situations de précarisation. Ces admissions en structure spécialisée avec ou sans le consentement des patients témoignent de la gravité des problématiques de santé mentale chez les personnes âgées et du lien majeur entre isolement, précarité sociale et détresse psychique.

Les spécificités symptomatiques des troubles psychiques chez l'adulte âgé

Les troubles psychiques que nous rencontrons chez les personnes âgées se caractérisent par une prédominance des troubles affectifs, notamment des dépressions et des troubles bipolaires. Ces troubles peuvent apparaître tôt dans la vie, souvent dès la fin de l'adolescence, mais ils peuvent aussi survenir de manière beaucoup plus tardive, après la retraite, vers 60 ou 70 ans. Ces dépressions ou troubles bipolaires d'apparition tardive sont souvent associés à des débuts de maladies neurodégénératives ou neurovasculaires, ce qui nous incite à mener des investigations neurologiques et cognitives plus poussées afin d'ajuster au mieux les thérapeutiques et d'établir un pronostic.

Il est également fréquent que les symptômes dépressifs chez les personnes âgées se manifestent sous forme de plaintes somatiques. Un patient âgé qui souffre de dépression peut se concentrer de manière excessive sur des symptômes physiques, tels que des douleurs abdominales, des troubles de l'équilibre, des symptômes urinaires ou encore cardiovasculaires qui masquent une dépression sous-jacente. Ces plaintes somatiques compliquent le diagnostic, surtout lorsqu'elles coexistent avec des maladies physiques caractérisées telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertrophie prostatique... Cela nécessite une approche conjointe entre la médecine somatique et la psychiatrie, ce qui n'est pas toujours facile dans les situations convoquant un certain degré de complexité dans un système de santé trop souvent cloisonné.

Tentatives de suicide et troubles délirants

Les tentatives de suicide constituent une autre problématique majeure en psychiatrie de l'adulte âgé. Ces gestes sont souvent graves (tentatives de pendaison, électrocution, déféstration, noyade, ou surdosage de médicaments toxiques) et nécessitent fréquemment une hospitalisation sans consentement en urgence ou à la demande d'un tiers familial. Souvent, ces patients expriment le regret de ne pas avoir « réussi » leur geste suicidaire, contraignant les urgentistes et les psychiatres à prendre les mesures de soins sous contrainte que je viens d'évoquer. Cependant, après quelques jours d'hospitalisation, à distance de la crise, ces mesures sont généralement levées une fois que l'on a pu élucider les raisons du geste suicidaire et initier un dialogue et une alliance thérapeutique. La crainte de la déchéance et la douleur de la solitude sont volontiers mises en avant pour rendre compte du désir de mourir.

Nous rencontrons également des cas de « psychoses vieilles », notamment des patients schizophrènes ayant progressivement perdu leur réseau familial de soutien confrontés à une perte d'autonomie : décès des parents, tensions avec les fratries du fait de la maladie, complications médicales par défaut d'accès aux soins, complications liées aux addictions... Ces patients se retrouvent souvent dans une grande précarité, sans solution d'aval adaptée à leur profil, « captifs » d'une institution psychiatrique qui a perdu sa fonction « asilaire ». Au gré des mouvements de « déshospitalisation » et de fermetures massives de lits, leur prise en charge devient complexe en raison du manque criant de structures spécialisées capables de répondre à leurs besoins chroniques et de délais d'admission démesurément prolongés.

Les troubles délirants persistants, ou paranoïas, sont aussi fréquents chez les adultes âgés. Ces patients développent insidieusement des croyances délirantes autour de leur voisinage (par exemple, ils croient que leur voisin les agresse avec des ondes, tente de les empoisonner ou s'introduit chez eux pour leur voler des objets). Ces délires peuvent durer des mois avant de provoquer des troubles graves du comportement, voire des agressions, alors que l'envahissement délirant devient paroxystique. Ils peuvent aussi conduire à des plaintes répétées auprès des autorités, ce qui ajoute une dimension judiciaire à leur prise en charge. Enfin, ces symptômes peuvent être inauguraux de maladies neurodégénératives, ils sont alors souvent transitoires, s'atténuant avec la progression du déficit.

Addictions tardives

Nous observons également l'apparition de troubles addictifs chez des personnes âgées qui n'avaient jamais présenté de tels comportements auparavant. Ces addictions concernent principalement l'alcool, les benzodiazépines, ou les antalgiques majeurs, ces derniers représentant un danger particulier en cas de surdose mais aussi de sevrage. Nous voyons également des cas d'addictions aux jeux, notamment chez des personnes âgées isolées, qui peuvent les mener à des pertes financières importantes. Ces comportements, souvent tus par honte, ne font qu'aggraver l'isolement et la culpabilité des patients.

Démence (ou trouble neurocognitif majeur) et dépression

La frontière entre dépression et démence est un sujet central en psychiatrie gériatrique. Il est parfois difficile de déterminer si un patient âgé souffrant de troubles de la mémoire est en train de développer une maladie d'Alzheimer ou s'il s'agit simplement de symptômes anxio-dépressifs s'exprimant par une plainte mnésique. Le diagnostic différentiel peut demeurer complexe, mais nous disposons aujourd'hui d'outils diagnostiques plus précis (imagerie cérébrale structurale ou fonctionnelle, tests neuropsychologiques, biomarqueurs du liquide céphalorachidien) pour distinguer ces deux états dans la plupart des cas.

Bien que les traitements actuels pour les maladies neurodégénératives au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer, aient montré leurs limites, les plans Alzheimer successifs, lancés il y a quelques années, ont permis de structurer la prise en charge de ces patients en France. Ces plans ont notamment facilité le développement des consultations mémoire, dans leurs différentes gradations (consultation mémoire de proximité, de territoire, de ressources et de recherche) qui jouent un rôle crucial dans le diagnostic et l'accompagnement des patients atteints de maladies neurodégénératives et de leurs aidants.

La place des aidants

De fait, un autre aspect essentiel de la prise en charge des adultes âgés est le soutien aux aidants. Qu'il s'agisse de conjoints ou d'enfants, les aidants sont souvent épuisés par la charge de soin à laquelle ils sont confrontés et peuvent eux-mêmes développer des problèmes de santé mentale (addictions, troubles anxieux...), voire des conduites suicidaires. De même, il n'est pas rare que l'épuisement psychique conduise à la décompensation d'une maladie somatique dont les soins ont été secondarisés. Il est donc crucial de leur fournir un accompagnement adapté, tant sur le plan psychologique qu'organisationnel.

Isolement et précarité

En France comme dans la plupart des sociétés occidentales, l'isolement des personnes âgées est un problème majeur. Le vieillissement s'accompagne souvent d'une dilution des liens intergénérationnels, en raison de la mobilité géographique des jeunes générations. Les grands-parents se retrouvent fréquemment seuls, avec des enfants et petits-enfants dispersés à travers le monde, ce qui contribue à un sentiment d'isolement d'autant plus prégnant qu'ils éprouvent une vive culpabilité à solliciter leurs familles et un vécu de honte lorsque la sollicitation émane des personnels soignants face à des situations très dégradées.

La précarité touche également de plus en plus de personnes âgées, notamment dans les grandes villes comme Paris où la flambée des prix de l'immobilier contraint à un exode en région diversement vécu. Dans certains quartiers, des personnes âgées vivent ainsi dans des conditions très dégradées, comme des « chambres de bonne » vétustes, mal équipées, et ces situations incarnées dans « le syndrome de Diogène » mènent souvent à des hospitalisations psychiatriques et à des orientations en institutions. Lorsque ces personnes se retrouvent dans des situations de telle précarité qu'un retour à domicile dans des conditions minimales de sécurité est devenu inenvisageable, elles finissent par être admises en urgence à l'hôpital, trop souvent orientées en psychiatrie, selon le principe de la « sectorisation » faute d'alternatives plus satisfaisantes.

Initiatives et perspectives

Malgré ces défis majeurs, il existe des initiatives positives. En France, la spécialité de psychiatrie de la personne âgée a enfin été reconnue dans la formation des internes en psychiatrie. Par ailleurs, des conventions entre hôpitaux et EHPAD comme celle mise en place entre notre GHU et la Ville de Paris permettent désormais d'accueillir des patients psychiatriques en perte d'autonomie dans des établissements adaptés, peu familiers de ce profil de résidents et d'acculturer les soignants du secteur médico-social à la psychiatrie.

Le déploiement des infirmières en pratique avancée (IPA) est également une avancée importante. Ces infirmières jouent un rôle clé dans la coordination des soins, notamment en géro-psycho-geriatrie, et permettent de maintenir à domicile des patients âgés souffrant de troubles psychiques. Elles se voient également déléguer des missions de suivi, tant des patients que de leurs aidants et des renouvellements de prescriptions de psychotropes mais aussi d'examens complémentaires.

Enfin, la coopération internationale offre aussi des perspectives intéressantes. Depuis plusieurs décennies, nous collaborons avec des collègues vietnamiens sur des questions de pédopsychiatrie et de géro-psycho-geriatrie, deux domaines particulièrement pertinents dans le contexte du vieillissement démographique mondial. Ces échanges culturels inscrits dans la durée s'avèrent particulièrement féconds.

Conclusion

La psychiatrie de l'adulte âgé est un domaine en pleine évolution, confronté à des défis majeurs, médicaux, sociétaux et politiques. Le vieillissement inexorable de la population nous oblige à repenser les modalités de la prise en charge des troubles psychiques chez les personnes âgées. Le développement des approches interdisciplinaires renforçant les liens entre santé mentale, neurologie, gériatrie et soins communautaires (médecine générale) offre des perspectives d'innovation des trajectoires de soins.

Thierry Gallarda

Retours d'expérience : l'infirmière en pratique avancée en équipe mobile de gériatrie

Christine Lenouvel

Infirmière en pratique avancée en gérontologie, infirmière en équipe mobile de gériatrie, Centre hospitalier de Saint-Brieuc.

Résumé

Le retour d'expérience sur les infirmières en pratique avancée (IPA) dans les équipes mobiles de gériatrie souligne l'apport complémentaire de ce nouveau métier dans la prise en charge des patients âgés. Les IPA, en collaboration avec les médecins gériatres, interviennent dans des situations complexes en contribuant à identifier les problématiques, à coordonner le parcours de soins, éviter les hospitalisations inappropriées et à soutenir les aidants tout comme les professionnels. L'équipe mobile de gériatrie (EMG) agit sur le lien entre les personnes âgées, son environnement et les différents acteurs de santé. Elle cherche à déconstruire également les stéréotypes liés au vieillissement et souligne l'importance du lien social pour une meilleure trajectoire de vie.

Mots-clés

Infirmières en pratique avancée (IPA) – Équipe mobile de gériatrie – Expertise gériatrique – Coordination des soins.

Abstract

The feedback on Advanced Practice Nurses (APNs) in geriatric mobile teams highlights the complementary contribution of this new profession in the care of elderly patients. APNs, in collaboration with geriatricians, intervene in complex situations by helping to identify issues, coordinate the care pathway, prevent inappropriate hospitalizations, and support both caregivers and healthcare professionals. The geriatric mobile team focuses on the connection between elderly person, their environment, and the various healthcare providers. It also seeks to dismantle stereotypes related to aging while emphasizing the importance of social connections for a better life trajectory.

Keywords

Advanced Practice Nurses – Mobile Geriatrics Team – Geriatric Expertise – Care Coordination.

L'IPA est un nouveau professionnel de santé, officialisé en France en 2018. Il s'agit d'une possibilité d'évolution de carrière pour les infirmiers et un mode d'exercice plus autonome, offrant une reconnaissance de la science clinique infirmière. Cette fonction nécessite de compléter sa formation à l'université pendant deux années. Elle s'inspire de modèles déjà déployés à l'international. L'IPA est autorisé à réaliser :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage,
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique,
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Contexte et enjeux multiples

L'exercice d'une IPA en EMG représente plusieurs défis : tout d'abord, exercer dans le domaine de la gériatrie, un secteur souvent mal cerné ou dévalorisé. Ensuite, contribuer au développement d'une EMG, avec un mode d'exercice différent et varié. Enfin, endosser un nouveau métier, celui d'infirmier en pratique avancée, un métier récent en France et qui suscite de nombreux questionnements.

Les équipes mobiles de gériatrie ont émergé au début des années 2000. Leur objectif est d'intervenir initialement en milieu hospitalier, en réalisant des évaluations globales de patients âgés, couvrant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Il a fallu démontrer leur utilité, mais aussi clarifier les limites de leur champ d'action pour éviter des malentendus quant à leur rôle.

En tant qu'infirmière en pratique avancée, il est également essentiel de communiquer clairement sur notre métier : nous ne cherchons pas à remplacer les médecins, mais à exercer grâce à une expertise clinique infirmière renforcée et une autonomie reconnue, pour des personnes aux situations médico-sociales souvent complexes, notamment en gériatrie.

Le rôle et les missions d'une infirmière en pratique avancée

L'infirmier en pratique avancée en gériatrie, est amené à suivre des patients en collaboration avec des médecins gériatres, notamment des patients atteints de troubles neurocognitifs. Avec le recul, nous nous apercevons que l'IPA intervient principalement pour des situations complexes et à des stades sévères, où il est souvent nécessaire de soutenir non seulement le patient, mais également les aidants et les professionnels. Il est essentiel de bien connaître le réseau et les ressources locales pour mobiliser efficacement les dispositifs adaptés tout en procédant à une analyse clinique rigoureuse.

Le rôle de l'IPA en gériatrie a également pour but d'assurer un parcours de santé fluide pour les personnes âgées, d'être en lien entre les différents acteurs, notamment entre l'hôpital et les structures de ville. Dans le cadre du pacte de refondation des urgences, de nombreuses EMG ont vu leur effectif renforcé. L'objectif est de renforcer leurs actions sur les trajectoires médico-sociales des sujets âgés, la mobilisation des acteurs adaptés à la situation ou encore de favoriser les hospitalisations directes, sans passage par les urgences, lorsque qu'elles s'avèrent incontournable. Le décryptage clinique et multidimensionnelle de la situation par l'IPA, sa capacité de positionnement contribue à une gestion plus rapide et coordonnée. Ce professionnel s'inscrit comme acteur ressource dans les dynamiques des filières gériatriques.

Les défis quotidiens et la coopération avec les urgences

L'équipe mobile de gériatrie est un dispositif pluridisciplinaire, composé de médecins gériatres, d'infirmières, et selon d'assistants sociaux, d'ergothérapeutes ou de psychologues. Notre mission principale est de réaliser des évaluations globales de patients âgés, à la demande de médecins spécialisés ou généralistes, tout en formant et en accompagnant les équipes soignantes afin de promouvoir des pratiques adaptées à la spécificité des personnes âgées. Nous agissons également afin de faciliter la coordination des soins, tant à l'hôpital qu'à domicile.

Au sein des services des urgences, l'intervention s'inscrit dans une logique de limitation des hospitalisations inappropriées et de lutte contre la iatrogénie hospitalière. La collaboration avec les équipes d'urgentistes, s'est révélée extrêmement bénéfique. Elle a permis de faire évoluer la perception des patients âgés, en encourageant une prise en charge plus adaptée et globale. Ce partenariat est fondamental, car l'accompagnement des personnes âgées ne doit pas être perçue comme relevant uniquement de la spécialité gériatrique, mais doit mobiliser l'ensemble des spécialités médicales.

En dehors de l'hôpital, l'EMG est également sollicité pour délivrer des avis téléphoniques, des consultations ou des évaluations à domicile. L'EMG adapte son niveau d'intervention à la situation en s'appuyant sur les partenaires tel que le Dispositif d'Appui à la Coordination. Ce type de sollicitation témoigne du besoin d'aide à l'analyse des situations et de la confiance croissante dans l'expertise clinique des IPA, qui interviennent régulièrement seuls ou en amont du médecin gériatre, notamment pour des situations à l'équilibre fragile, qui nécessitent des réponses rapides et précises.

L'évolution des infirmières en pratique avancée en gériatrie

Dans le modèle de l'EMG du CH de Saint-Brieuc, trois infirmières en pratique avancée coopèrent avec un équivalent temps plein médical. Cette configuration s'explique par l'augmentation de la population âgée, par l'évolution des pratiques et la pénurie de médecins gériatres. C'est une reconnaissance de l'efficacité des IPA par les médecins gériatres et l'institution. Grâce à la formation d'IPA et à l'expérience, l'IPA acquiert les compétences nécessaires pour gérer des situations exigeant une expertise infirmière approfondie, une capacité de positionnement, tout en collaborant étroitement avec les médecins et l'ensemble des professionnels. Il est important de noter que cette évolution est une véritable avancée dans l'organisation des soins, et que le rôle des IPA ne cesse de gagner en légitimité au sein des équipes pluridisciplinaires.

Le lien social dans la prise en charge des personnes âgées

Un aspect essentiel du métier d'IPA est de créer et maintenir un lien social avec les patients, un élément parfois négligé mais fondamental. La situation suivante, vécue aux urgences, permet d'illustrer l'impact de ces liens. Une patiente âgée s'était présentée pour des douleurs thoraciques. Après une évaluation gériatrique approfondie, il est apparu que ces douleurs étaient en réalité une stratégie pour fuir une situation familiale difficile en raison d'un déracinement. La patiente ayant pu exprimer les difficultés qu'elle taisait et n'étant pas prête à prendre une décision pour modifier son contexte de vie, l'IPA a convenu avec elle qu'elle puisse faire appel à lui en toute confiance si elle en ressentait le besoin. C'est ce qu'elle fera quelques semaines plus tard. Elle témoignera que l'accord passé avec l'IPA a représenté pour elle un encrage et une bouée de secours. Cette expérience montre combien il est important d'établir une relation de confiance et de prendre en compte les aspects psychosociaux dans toute situation médicale. Cette dimension humaine et ce rapport de confiance, sont au cœur du quotidien des soignants et alimentent le sentiment de satisfaction professionnelle.

Perspectives et réflexions sur l'avenir de la gériatrie

En conclusion, il est essentiel de déconstruire les stéréotypes liés au vieillissement. L'âgisme, que nous rencontrons régulièrement, constitue un obstacle majeur à une prise en charge optimale des personnes âgées. Nous devons également intégrer le vieillissement comme une étape naturelle de la vie, et cesser de le stigmatiser. Par ailleurs, il est crucial de renforcer les coopérations entre les différents acteurs de santé, en évitant de superposer inutilement les dispositifs. Enfin, le déploiement du modèle des IPA en gériatrie constitue une solution crédible face aux besoins populationnels liés au vieillissement de la population. Il permettrait d'assurer une meilleure couverture territoriale et de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, tout en offrant une expertise clinique spécifique.

Christine Lenouvel

Bibliographie

- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie
- Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
- Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Décret du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences

MonaLisa : retisser des liens de citoyenneté et de solidarité

Françoise Fromageau

Médecin gériatre, Présidente de MONALISA, Vice-présidente Fondation Croix-Rouge française.

Résumé

L'isolement social des personnes âgées constitue un défi sociétal majeur, avec près de 3 millions de personnes âgées de plus de 65 ans isolées en France, dont 500 000 en situation d'invisibilité sociale. La pandémie de Covid-19 a exacerbé cette réalité, révélant l'importance des liens sociaux et les tensions intergénérationnelles. L'isolement a un impact négatif sur la santé, soulignant l'urgence d'initiatives de mobilisation citoyenne et de coopération pour restaurer le lien social et améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Mots-clefs

Mobilisation citoyenne – Isolement – Lien social.

Abstract

Social isolation of the elderly is a major societal challenge, with nearly 3 million people over the age of 65 in France living in isolation, including 500,000 in a state of social invisibility. The Covid-19 pandemic has exacerbated this reality, highlighting the importance of social connections and intergenerational tensions. Isolation has a negative impact on health, underscoring the urgency of citizen mobilization initiatives and cooperation to restore social ties and improve the quality of life for older adults.

Keywords

Citizen mobilization – Isolation – Social connection.

Je suis Françoise Fromageau, présidente de l'association Mona Lisa, une mobilisation nationale dédiée à la lutte contre l'isolement des personnes âgées. Par ailleurs, dans ma vie professionnelle, j'ai été médecin gériatre pendant de nombreuses années et j'ai également créé un service de soins palliatifs dans un hôpital de proximité, situé à Quimper, dans le Finistère Sud.

Je vais structurer mon intervention autour de quatre points. Premièrement, je souhaite évoquer la situation actuelle en 2024, et les défis sociaux majeurs qui nous attendent dans les années à venir. Deuxièmement, je vous parlerai de l'aventure de Mona Lisa, qui a commencé il y a dix ans et qui recoupe de nombreux éléments abordés ce matin. Troisièmement, je ferai le point sur nos observations pratiques concernant la lutte contre l'isolement des personnes âgées. Enfin, je partagerai quelques réflexions, peut-être un peu libres et audacieuses, sur ces sujets.

L'isolement des personnes âgées : une réalité préoccupante

L'isolement des personnes âgées est une réalité qui nous interpelle, tant sur le plan individuel que collectif. Aujourd'hui, près de 3 millions de personnes âgées de plus de 65 ans sont isolées, et parmi elles, environ 500 000 vivent dans une situation de mort sociale, c'est-à-dire dans une invisibilité totale. Ces chiffres sont alarmants.

Autrefois, l'isolement des personnes âgées était presque une norme sociale, avec des représentations souvent péjoratives : la veuve solitaire ou le vieil homme acariâtre, par exemple. Mais aujourd'hui, les choses ont changé. La cohésion sociale, qui est le ciment de notre société, est en train de s'effriter. Le confinement lié à la pandémie de Covid-19 a révélé à chacun d'entre nous à quel point le lien social est vital. L'isolement, que nous avons tous vécu durant cette période, a modifié notre perception de la solitude.

Le Covid-19 a également mis en lumière des tensions intergénérationnelles, notamment autour des questions de vaccination. Par ailleurs, des pays comme le Royaume-Uni, le Japon ou les États-Unis parlent désormais d'une «épidémie de solitude», soulignant l'ampleur du problème. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), quant à elle, a récemment lancé une commission sur le lien social, insistant sur l'importance de ce dernier pour notre santé.

Les impacts de l'isolement sur la santé

L'isolement social a des conséquences dramatiques sur la santé. L'OMS a comparé le fait de vivre seul et isolé au fait de fumer quinze cigarettes par jour, en termes d'impact sur la santé. L'altération du lien social rend les individus plus vulnérables, et cette vulnérabilité peut se traduire par des pathologies graves, qu'elles soient psychiatriques, vasculaires ou liées à l'obésité. Il est donc essentiel de restaurer le lien social pour améliorer la santé publique.

L'histoire et les actions de Mona Lisa

L'histoire de Mona Lisa remonte à 2014, dix ans après la canicule de 2003, un traumatisme sociétal majeur. À l'époque, nous avons répondu à l'appel de Michèle Delaunay, qui a œuvré pour changer le regard sur le vieillissement. Aux côtés de grands réseaux associatifs et d'organismes de protection sociale, nous avons initié une mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées.

Deux leviers d'action ont guidé notre travail. Le premier repose sur la mobilisation citoyenne. En France, lorsqu'un besoin sociétal se fait sentir, la mobilisation bénévole est souvent forte. Lors d'un sondage, plus de 50 % des Français se sont déclarés prêts à accompagner une personne âgée isolée, et parmi les moins de 25 ans, ce chiffre dépasse les 75 %. Cette dynamique citoyenne permet de créer des rencontres réciproques entre des bénévoles et des personnes âgées, rétablissant ainsi un lien social fondamental.

Le second levier est la coopération. Nous avons mis en place une soixantaine de coopérations territoriales, adaptées aux spécificités de chaque région. Cette coopération repose sur la confiance mutuelle entre bénévoles et salariés, et sur une alliance de compétences pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Les enseignements de dix années d'observations

Après dix ans, nous avons pu tirer plusieurs enseignements. Tout d'abord, le temps est long pour que les politiques publiques apportent des réponses adéquates. La canicule de 2003, par exemple, a révélé des failles, mais il a fallu attendre de nombreuses années pour que des mesures concrètes soient prises.

Par ailleurs, nous avons observé que les personnes âgées isolées sont souvent les plus touchées par les transitions majeures, qu'elles soient liées aux épidémies ou aux changements climatiques. En Bretagne, lors de tempêtes, de nombreuses personnes âgées sont restées sans électricité ni téléphone pendant des semaines. Ces situations nous rappellent la vulnérabilité accrue de ces populations.

Nous avons également constaté l'importance de l'engagement des collectivités locales, notamment des CCAS, qui se sont fortement mobilisées durant la pandémie pour venir en aide aux personnes âgées. Cet engagement est essentiel pour renforcer la solidarité de proximité.

Enfin, il est crucial de lutter contre les stéréotypes et l'âgisme. L'Europe et l'OMS sont particulièrement actives sur ce sujet, mais il reste beaucoup à faire pour sensibiliser la société à l'importance de l'inclusion des personnes âgées.

Réflexions pour l'avenir

À l'avenir, il sera nécessaire de renforcer le lien social pour prévenir l'isolement des personnes âgées. Nous devons également nous poser la question de la manière dont nous identifions et accompagnons ces personnes. Les données, bien que souvent soumises aux contraintes du RGPD, peuvent jouer un rôle clé dans la détection de l'isolement.

En conclusion, il est essentiel que nous continuions à œuvrer pour que les personnes âgées soient reconnues comme des citoyens à part entière, jusqu'à la fin de leur vie. Cela passe par la mobilisation de chacun d'entre nous, pour lutter contre les inégalités de santé et pour offrir à nos aînés la place qu'ils méritent dans notre société.

Françoise Fromageau

Bien vieillir

Session 4 : Droits et protection de la personne âgée

Lutte contre les maltraitances envers les personnes âgées et politiques publiques

Anne-Claire Horel

Secrétaire générale adjointe au Haut Conseil à la Famille, à l'Enfance et à l'Age (HCFEA) - Conseil de l'Age.

Résumé

Le HCFEA, et plus précisément le Conseil de l'âge, a contribué en 2023 aux états généraux des maltraitances envers les adultes vulnérables. A cette occasion, le Conseil a réalisé un bilan des avancées, en termes de politiques publiques de prévention et de lutte contre les maltraitances, en mesurant les progrès accomplis dans l'application des orientations de la commission nationale de lutte contre les maltraitances et de promotion de la bientraitance. Il s'est également intéressé à la mesure de l'ampleur des maltraitances envers les personnes âgées. Sur la base de ces travaux, et suite à l'organisation d'un séminaire impliquant les membres du Conseil et des acteurs de terrain, le Conseil de l'âge a transmis au Ministre des solidarités une contribution et formulé des recommandations pour une stratégie ambitieuse de prévention et de lutte contre les maltraitances envers les personnes âgées vulnérables. Le présent article expose ces éléments de bilan et explicite les recommandations du Conseil de l'âge.

Mots-clés

HCFEA – Politiques publiques – Vulnérabilité – Prévention des maltraitances – Bientraitance des personnes âgées.

Abstract

The HCFEA, and more specifically the Age Council, contributed in 2023 to the general meeting on mistreatment of vulnerable adults. On this occasion, the Council took stock of progress in terms of public policies to prevent and combat mistreatment, by measuring the progress made in applying the guidelines of the national commission against mistreatment and for the promotion of good treatment. It also looked at measuring the extent of mistreatment of the elderly. Based on this work, and following the organization of a seminar involving members of the Council and stakeholders in the field, the Age Council sent the Minister of Solidarity a contribution and formulated recommendations for an ambitious strategy to prevent and combat mistreatment of vulnerable elderly people. The presentation intends to present these elements of the assessment and explain the recommendations of the Age Council.

Keywords

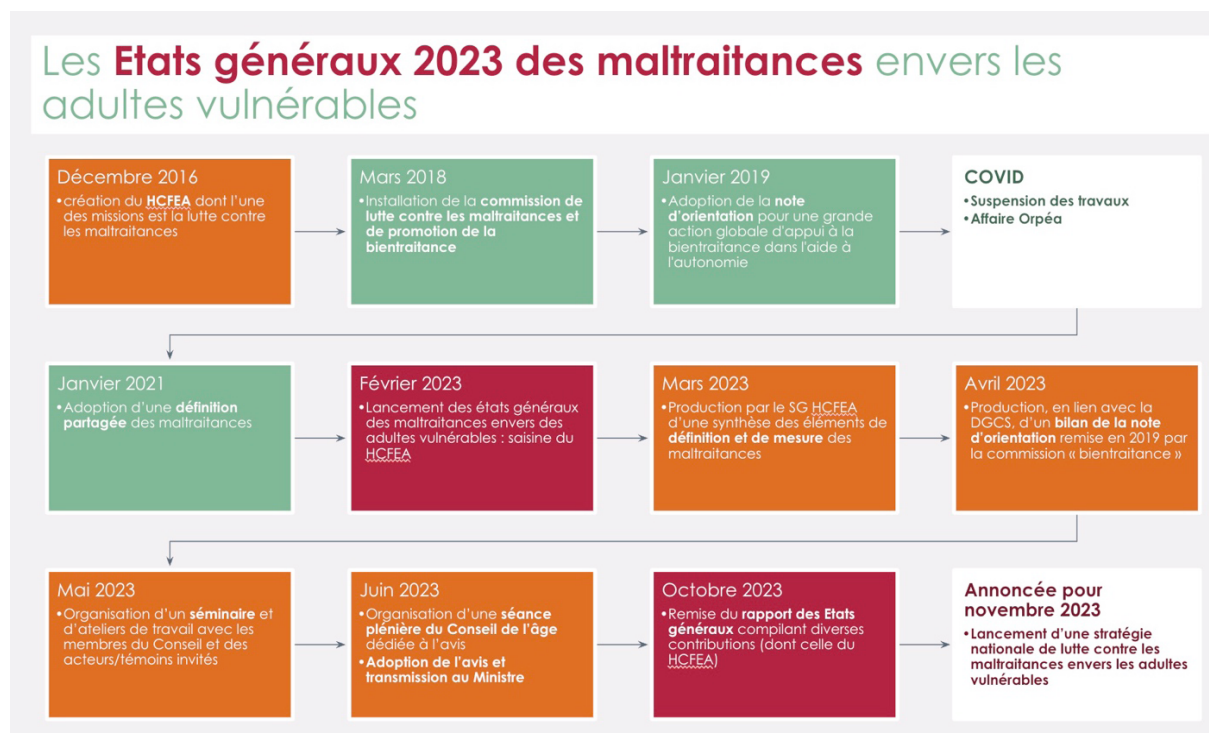
HCFEA – Public policies – Vulnerability – Prevention of mistreatment – Good treatment of the elderly.

Le rôle du HCFEA et la lutte contre les maltraitements

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), qui fait partie du réseau France Stratégie, est chargé de la prospective et de la formulation de recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques publiques, plus spécifiquement dans le domaine des politiques sociales. Il fonctionne de manière collégiale, en impliquant différents acteurs : des représentants de l'action sociale (comme les conseils départementaux et les ARS), des organisations syndicales, des associations, ainsi que des représentants de l'administration. Cela permet de garantir une prise en compte de l'ensemble des parties prenantes dans la définition des objectifs.

Depuis sa création en 2016, le HCFEA a pour mission la promotion de la bientraitance et la lutte contre les maltraitements. Ces responsabilités sont inscrites dans la loi : « *Le Haut Conseil formule toutes les propositions de nature à garantir le respect des droits et la bientraitance des personnes vulnérables à tous les âges de la vie* ». En 2018, une commission dédiée a été mise en place, regroupant le HCFEA et le Conseil national des personnes handicapées (CNPCH), afin de coordonner la lutte contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance.

En 2023, des États généraux sur les maltraitements ont été lancés, en réponse à plusieurs affaires, dont celle d'Orpéa, qui ont fait émerger la nécessité d'une action forte. Le gouvernement a ainsi chargé notre Conseil, le CNPCH, ainsi que le Haut Conseil du travail social, de formuler des préconisations sur la maltraitance envers les adultes vulnérables. Une stratégie a été annoncée pour novembre 2023, avec plusieurs mesures examinées par le Sénat dans le cadre de la proposition de loi sur « la société du bien vieillir ».

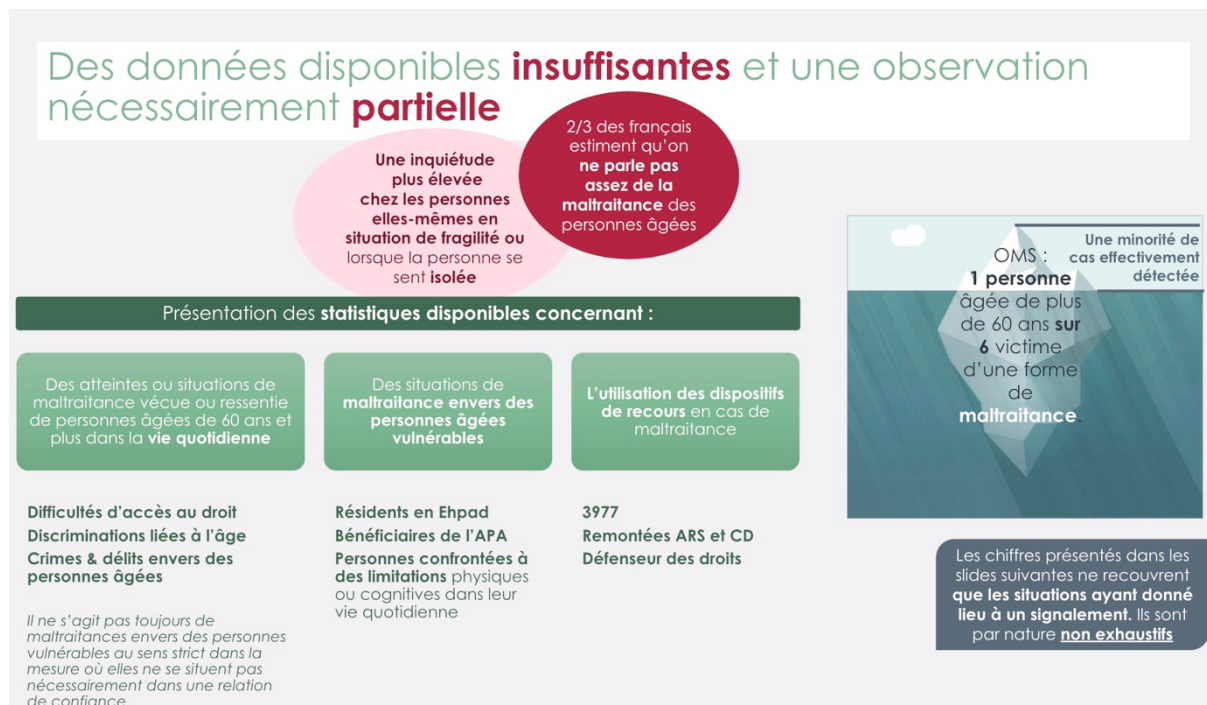


Les phénomènes de maltraitance : éléments de connaissance et de mesure

L'un des premiers défis pour traiter la maltraitance est de la définir de manière claire. Voici la définition élaborée par la commission : « *Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux et/ou à sa santé, et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement* ».

Les maltraitements peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non, et peuvent avoir une origine individuelle, collective ou institutionnelle. Les formes de maltraitance sont variées : physique, psychologique, matérielle, financière, négligence, abandon, privation, discrimination, maltraitance sexuelle, ou encore exposition à un environnement violent.

Cependant, observer et mesurer ces situations reste complexe. Selon l'OMS, une personne sur six âgée de plus de 60 ans serait victime de maltraitance. Pourtant, les systèmes de signalement restent insuffisants, et peu de données fiables sont disponibles.



Atteintes envers des personnes âgées dans la vie quotidienne

Les statistiques présentées ici sont issues :

- Des travaux du Défenseur des droits, qui s'appuient sur l'enquête 2020 sur les discriminations et inégalités d'accès aux droits des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile.

- Des données de l'enquête Cadre de vie et sécurité, éditions 2017 à 2019, traitées par le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Cette enquête vise à connaître les faits de délinquance qu'ils aient, ou non, donné lieu à une déclaration mais également à recueillir, auprès de l'ensemble de la population (victimes et non victimes), leur opinion concernant leur cadre de vie et la sécurité, et à analyser le sentiment d'insécurité.

- Des données de la base 2019 des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie également traitées par le SSMSI :

- . ces statistiques concernent des personnes ayant sollicité un service de sécurité au cours de l'année, elles ne couvrent donc pas l'ensemble des atteintes mais seulement la délinquance enregistrée.

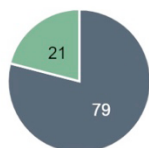
- . un zoom peut être effectué sur les personnes âgées de 60 ans et plus pour caractériser ces atteintes.

- Des données de la Fondation Médéric-Alzheimer, relatives au rôle et aux missions des notaires vis-à-vis des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

Un bilan statistique montre qu'une personne sur cinq de plus de 65 ans indique rencontrer des difficultés pour accéder à ses droits, notamment en ce qui concerne l'accès aux services publics. Une personne sur six de cette tranche d'âge déclare avoir subi au moins une discrimination liée à son âge au cours des cinq dernières années, notamment dans les transports publics et les services administratifs.

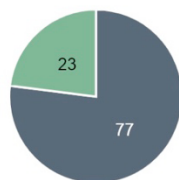
Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé | Rapport de la défenseure des droits

Difficultés rencontrées pour résoudre un problème avec un service public ces 5 dernières années



■ Jamais ■ Rarement à très souvent

Fréquence des difficultés rencontrées pour remplir ses démarches administratives



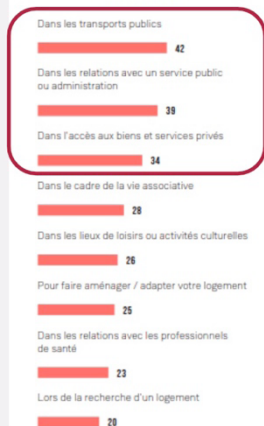
■ Jamais ■ Rarement à très souvent

- Une personne âgée (65 ans et +) sur cinq est confrontée à des difficultés dans ses relations avec les services publics et ses démarches administratives
- Parmi cette population, les 65-74 ans indiquent davantage faire face aux difficultés administratives que les plus âgées, ce qui renvoie en partie aux démarches nouvelles liées à l'âge qu'elles doivent engager avec les administrations (droits à la retraite, allocation perte d'autonomie, allocation de solidarité aux personnes âgées).

Source : Défenseur des droits, Etudes et résultats, Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé, octobre 2021 - enquête sur les discriminations et inégalités d'accès aux droits des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile, Défenseur des droits, 2020

Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé | Rapport de la défenseure des droits

Question : Vous-même, depuis que vous avez 65 ans ou plus, vous est-il arrivé de subir des traitements inégaux, injustes ou des discriminations liées à votre âge dans chacun des cas suivants ?

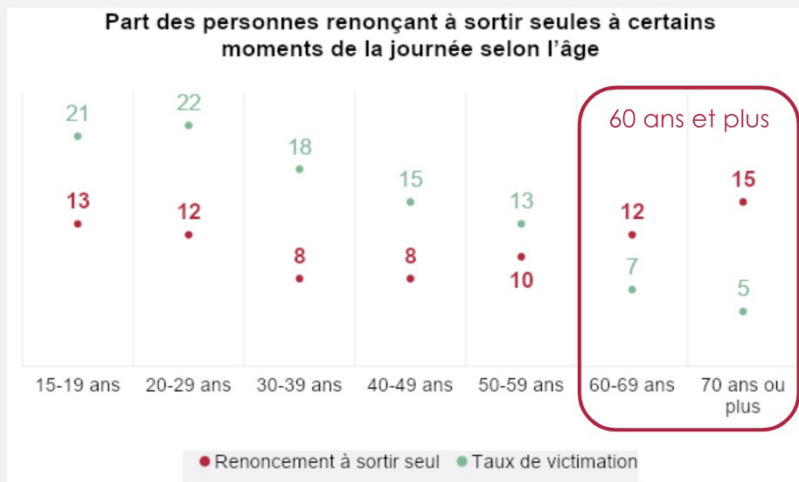


- Parmi les personnes de 65 ans et plus, 17 % déclarent avoir subi au moins une fois une discrimination liée à leur âge, au cours des 5 dernières années.
- Pour ces personnes, les discriminations se sont manifestées le plus souvent dans les contextes suivants :
 - les transports publics (42 %),
 - les relations avec les services publics (39 %)
 - l'accès aux biens et aux services privés (34 %)

Source : Défenseur des droits, Etudes et résultats, Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé, octobre 2021 - enquête sur les discriminations et inégalités d'accès aux droits des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile, Défenseur des droits, 2020

En ce qui concerne le sentiment d'insécurité, 12 % des personnes âgées renoncent à sortir seules, un chiffre qui grimpe à 15 % pour les femmes de plus de 70 ans. Bien que ce sentiment d'insécurité augmente avec l'âge, le taux de plaintes diminue paradoxalement. Cela souligne un décalage entre le ressenti et les actes de victimation signalés.

Atteintes dans la vie quotidienne | **Sentiment d'insécurité** selon l'âge

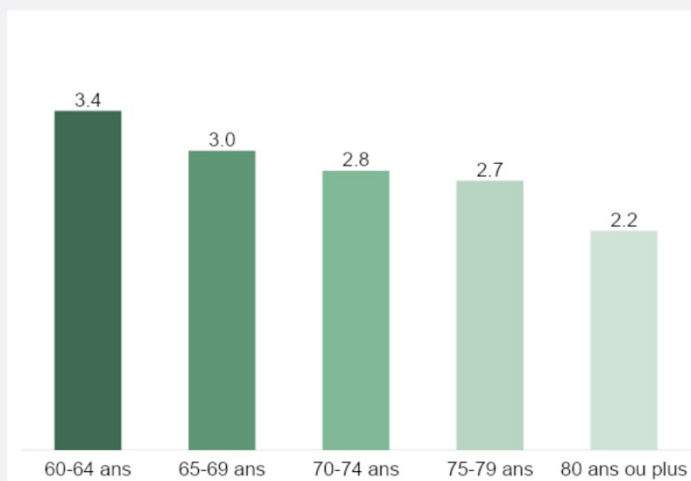


12% des personnes de 60 à 69 ans et 15% des personnes de 70 ans ou plus déclarent renoncer à sortir seules de chez elles pour des raisons de sécurité

Les personnes de 70 ans ou plus renoncent surtout à sortir à partir du début de soirée

Source : Insee référence - Sécurité et société Édition 2021 / Insee-ONDRP-SSMSI, enquêtes Cadre de vie et sécurité 2017 à 2019, traitement SSMSI.

Atteintes dans la vie quotidienne | **Victimes enregistrées par les services de sécurité** selon l'âge



Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, le taux de victimes (part des victimes pour 100 habitants de la classe d'âge) décroit avec l'âge. Il est supérieur à 3% pour les 60-70 ans et s'établit à 2,2% pour les 80 ans et plus

Source : Insee référence - Sécurité et société Édition 2021 / SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie 2019 ; estimations de population 2019.

Concernant les abus de faiblesse, deux tiers des notaires déclarent s'interroger sur la possible influence exercée par un tiers lors de transactions patrimoniales. Plus de la moitié des actions en justice pour abus concernent des situations d'abus de faiblesse, un sujet particulièrement préoccupant. Interrogés sur les situations concrètes illustrant les difficultés éthiques ou déontologiques (conflits de valeur, cas de conscience) rencontrés le plus fréquemment chez leurs clients âgés, les notaires relèvent que la difficulté à vérifier que le consentement est libre et à s'assurer que la personne âgée ne subit aucune pression, manipulation ou influence abusive de la part de tiers est le deuxième enjeu éthique rencontré par la profession (après l'identification d'éventuels troubles cognitifs).

Maltraitements envers des personnes âgées vulnérables

Les statistiques présentées ici s'appuient sur :

- Des travaux du SSMSI et de la Drees : maltraitements envers des personnes déclarant un handicap ou une limitation dans la vie quotidienne.

- Des travaux de l'ANESM sur la bientraitance et les pratiques professionnelles en EHPAD.

- Les enseignements des études de la Fondation Médéric Alzheimer ;

- . Étude de 2019, avec la CNSA, sur les bénéficiaires de l'APA à domicile.

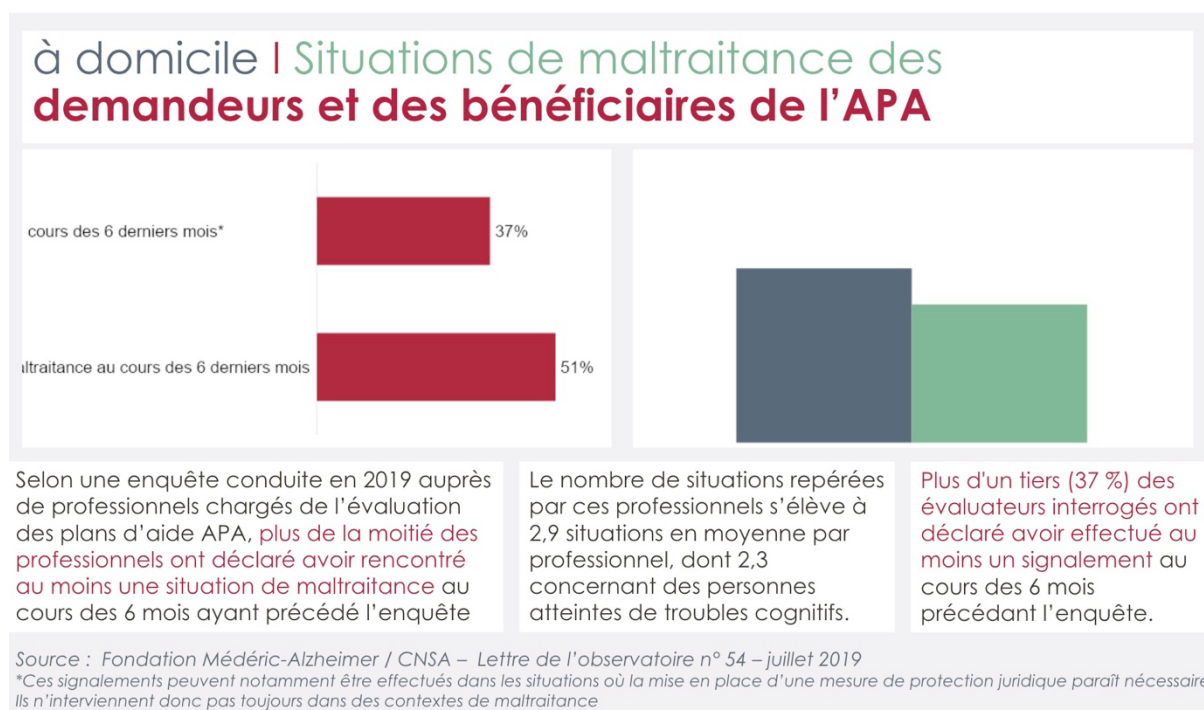
- . Étude de 2019 sur les équipes spécialisées Alzheimer.

- . Étude de 2020 sur les SSIAD.

- . Étude de 2022, conjointe avec l'IFOP sur les résidents en EHPAD

- L'enquête qualitative commandée par la DGCS sur les maltraitements à domicile envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap

Les situations de maltraitance concernent également les personnes âgées vulnérables, qu'elles vivent à domicile ou en institution. Parmi les professionnels de santé intervenant à domicile, la moitié rapporte avoir observé au moins trois situations de maltraitance au cours des six derniers mois. Les maltraitements physiques sont les plus fréquentes, suivies des négligences et des abandons.



à domicile | Les **situations de maltraitance** rencontrées par les professionnels



- Les types de maltraitements les plus déclarés par les professionnels à domicile sont les **maltraitements psychologiques** (60% des répondants concernés y ont été confrontés), les **négligences**, les **abandons** ou les **privations** (53%) et les **maltraitements physiques** (46%).
- Seuls 36% des professionnels interrogés déclarent avoir été témoins de situation de maltraitance, ce qui illustre bien **l'écart entre le repérage et la qualification d'une maltraitance**

Source : enquête qualitative ASDO commandée par la DGCS sur les maltraitements à domicile envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap, novembre 2021

Dans les EHPAD, les plaintes pour maltraitance concernent 40 % des 280 saisines enregistrées en six mois en 2022. Environ 70 % des établissements n'ont pas encore mis en place de structures pour réfléchir aux questions éthiques et à la prévention des maltraitements, et 27 % ne disposent toujours pas d'une charte de bientraitance.

SAISINES REÇUES POST-RAPPORT EN LIEN AVEC LES EHPAD MAI 2021 - DÉCEMBRE 2022 - N= 281

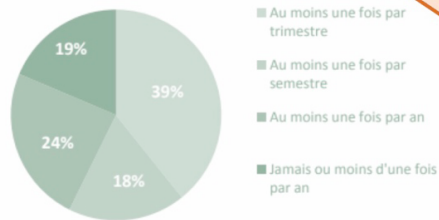


Source : Défenseur des droits - Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD (2023).

Bientraitance en Ehpad | La réflexion éthique

Vos équipes se réunissent-elles pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique ?

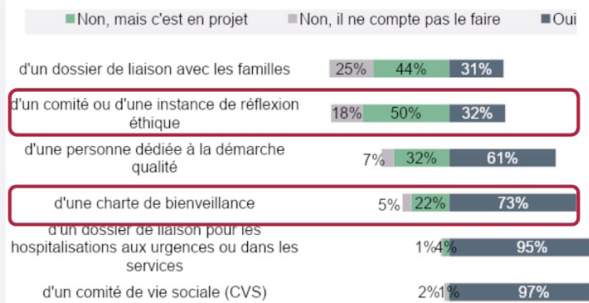
Chiffres 2015



En 2015, 1 établissement sur 5 ne réunissait jamais ou moins d'une fois par semestre leurs équipes pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique.

Source : Anesm – Bientraitance, analyse nationale 2015 - Déploiement des pratiques professionnelles en Ehpad

En 2022, l'établissement a-t-il mis en place ou dispose-t-il... ?



En 2022, 68 % des établissements étaient dépourvus d'instance de réflexion éthique, 27% ne disposaient d'aucune charte de bienveillance

Source : Enquête Flash EHPAD - Fondation Médéric Alzheimer/Iifop-Mars 2022

Utilisation des dispositifs de recours en cas de maltraitance

Les statistiques présentées ici s'appuient sur :

- Le suivi réalisé par le Défenseur des droits des recommandations figurant dans le rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD.
- Le rapport d'activité de la Fédération 3977.
- Le suivi des plaintes et réclamations reçues par les ARS réalisé par le secrétariat général des ministères sociaux.

Le numéro gratuit 3977, destiné aux victimes et aux témoins de maltraitances, a reçu 82 000 appels en 2022. Parmi eux, 7 400 dossiers ont été ouverts, dont 82 % concernent des personnes âgées de plus de 60 ans, en majorité des femmes, et 30 % des personnes en situation de handicap. Les principales formes de maltraitance recensées sont les négligences et les maltraitances psychologiques, commises majoritairement par des membres de la famille ou des personnels d'établissement.

L'activité de la Fédération 3977 | Chiffres clés

Chiffres clés 2022



81 701 appels reçus à la plateforme 3977
7 368 dossiers ouverts

Qui sont les victimes ?



82% ont 60 ans et plus



69% sont des femmes



30% sont en situation de handicap

Lieux des maltraitances

59% à domicile
41% en établissement

Qui sont les mis en cause ?

37% Entourage familial
47% Professionnels
13% Autres (voisins, amis)



Maltraitances principales les plus fréquentes

25% Négligences
21% Psychologiques
19% Physiques
14% Liées aux soins
10% Financières
10% Non respect des droits

Source : Rapport d'activité 2022, Fédération 3977

Malgré ces chiffres, les données sur la maltraitance des personnes âgées restent fragmentaires. Le Conseil national de l'information statistique a annoncé un projet sur cinq ans pour améliorer la collecte des données. En parallèle, une campagne de contrôle de tous les EHPAD de France a été lancée en 2022, et le ministère de l'Intérieur a décidé d'inclure les personnes de plus de 75 ans dans ses enquêtes de sécurité publique.

Bilan des actions réalisées ces dernières années

La Commission a établi une note d'orientation en janvier 2019, **identifiant 3 enjeux** :

- **Comprendre** les phénomènes de maltraitance
- **Réagir** collectivement face à la maltraitance
- **Prévenir** la survenance de ces phénomènes

Tout en soulignant :

- La complexité et l'absence de connaissance des phénomènes.
- Le manque de coordination entre les acteurs.
- La nécessité d'accorder davantage de place aux paroles des victimes.

Les orientations de la commission entendent ainsi :

1. Favoriser l'émergence de l'information d'alerte :

- Développer la communication à destination du grand public ;
- Créer et diffuser largement des outils de repérage ;
- Développer des formations pratiques ;
- Intégrer l'apprentissage des méthodes de prévention dans les formations initiales et continues des professionnels ;
- Systématiser les temps d'interrogations des pratiques et la réflexion sur l'éthique ;
- Légiférer sur la levée du secret professionnel et l'obligation de signalement ;
- Diffuser une documentation synthétique sur les droits et les devoirs des personnes confrontées à un fait préoccupant ;
- Étendre la plateforme de signalement en ligne ;
- Organiser la réorientation des cas signalés vers les destinataires appropriés au niveau local ;
- Développer les dispositifs d'écoute spécifiques dans les services de sécurité/justice ;
- Désigner, à l'échelon territorial, un coordonnateur territorial de l'écoute pour la bientraitance.

2. Mieux analyser et mieux orienter les alertes et signalements :

- Contractualiser au niveau local pour formaliser les procédures de recueil et le circuit de signalement ;
- Installer dans chaque département un groupe de coordination sur les informations préoccupantes ;
- Mobiliser le réseau du coordonnateur de l'écoute pour la bientraitance pour la collecte des informations de « faible intensité » relatives à un même établissement ou service.

3. Réagir aux maltraitances avérées de manière rapide et transparente :

- Automatiser l'inscription des crimes et délits d'atteinte aux personnes au casier judiciaire et automatiser sa consultation en amont des recrutements ;
- Articuler les démarches de protection et de parcours de soins et d'accompagnement ;
- Mettre en place un accompagnement des auteurs, responsables d'actes maltraitants ;
- Installer un droit à l'information tout au long de la procédure ;
- Organiser le chaînage entre le recueil d'une alerte et l'appui aux structures.

4. Faire de chaque événement un levier d'amélioration des pratiques :

- Capitaliser les enseignements pour les personnes et leurs aidants, notamment professionnels ;
- Capitaliser les enseignements pour les autorités régulatrices ;
- Disposer d'un lieu permettant aux acteurs locaux de capitaliser l'expérience collective ;
- Outiller les dialogues de gestion entre les structures et les autorités de tarification ;
- Faire profiter les formations initiales des retours d'expérience sur les situations traitées.

5. Piloter le dispositif de réaction aux événements indésirables, en veillant à la production de données utilisables par tous :

- Structurer un système d'information et une nomenclature de données ;
- Favoriser la recherche sur la maltraitance par la transparence sur les résultats ;
- Lancer une campagne d'action prioritaire sur les violences sexuelles ;
- Dynamiser le pilotage et l'animation nationaux.

En parallèle de ces recommandations, un certain nombre d'actions ont d'ores et déjà été initiées ou introduites par la commission :

• Inscrire les maltraitances parmi les politiques prioritaires :

- Depuis août 2022, un conseiller technique dédié à la lutte contre la maltraitance est placé auprès du ministre des solidarités.
- Mission de la conférence nationale de santé (CNS) pour mobiliser porter le sujet au niveau sociétal.
- Chantier « Promouvoir le lien social et renforcer la citoyenneté » dans le cadre du Conseil national de la refondation (CNR).
- Etats généraux sur les maltraitances des adultes vulnérables.

• Sensibiliser le grand public :

- Définition partagée de la maltraitance des personnes vulnérables dans le CASF.
- Actions de la FIAPA, du 3977 : Campagne télévisuelle 2021, colloque 2022, conférence de presse 2022.
- Enquête Crédoc.
- BD en FALC depuis mai 2023.

• Former les parties prenantes :

- Kit de formation en ligne depuis avril 2023.
- Intégration dans la formation continue des professionnels d'EHPAD.

• Améliorer la connaissance et la compréhension du phénomène des maltraitances :

- Étude lancée par la DGCS en 2021 pour mieux connaître les phénomènes de maltraitance à domicile et identifier les besoins des professionnels en matière de repérage et de signalement.
- Mission HCSP relative aux connaissances scientifiques (été 2023).

• Renforcer les contrôles et l'évaluation du risque :

- Campagne nationale de contrôle des EHPAD 2022-2024.
- InSCRIPTION du contrôle des antécédents judiciaires en amont des recrutements et développement d'un outil pour la systématisation de ce contrôle.

• **Mettre en place des circuits de recueil, de traitement et de suivi des alertes et le développement de dispositifs de signalement :**

- Création d'une plateforme de signalement pour les familles et les professionnels.
- Projet TACT (préconisations concernant l'organisation territoriale de prévention et de lutte contre la maltraitance).
- Mission IGAS/IGA/IGJ sur les circuits de signalement.
- Outil de retour d'expérience pour le traitement des maltraitances en institution (HAS, en cours).

• **Développer les actions de prévention des risques et les outils de repérage des maltraitances :**

- Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (HAS 2022).
- Association des Conseils de la vie sociale (CVS) au projet d'établissement (décret avril 2022).
- Inscription systématique de la démarche de lutte contre la maltraitance dans les projets d'établissement (décret en cours).
- Attribution d'une mission de repérage des situations de maltraitance aux intervenants à domicile (cahier des charges applicable aux SAD).
- Élaboration d'un outil d'évaluation du risque de maltraitance envers les majeurs vulnérables à domicile confiée à la HAS (en cours).
- Expérimentation par la DGCS d'une action à visée préventive envers les familles à risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité.

Conclusion

Le HCFEA a contribué aux États généraux avec ses recommandations, tout en notant que de nombreux objectifs fixés dans la note d'orientation de 2019 restent à atteindre. Des progrès ont été réalisés, comme l'intégration de la formation à la prévention des maltraitances dans les EHPAD et le renforcement des contrôles des antécédents judiciaires lors des recrutements. Toutefois, des améliorations sont encore nécessaires, notamment dans la coordination des dispositifs de signalement et la mise en place de circuits de suivi.

Il est également important de donner une voix aux personnes âgées dans les décisions qui les concernent. Il a été décidé de confier le pilotage territorial des actions de lutte contre les maltraitances aux ARS, avec des moyens de contrôle renforcés. Le Conseil de l'âge souligne également la nécessité de protéger les lanceurs d'alerte et de réfléchir aux questions complexes liées aux relations aidant-aidé.

Les 70 propositions issues des États généraux offrent une base pour l'élaboration d'une stratégie plus globale, mais leur mise en œuvre devra être progressive.

Anne-Claire Horel

Lutte contre les maltraitances envers les personnes âgées et droit : quel(s) rôle(s) pour l'avocat ? À propos de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

Marie-Hélène Isern-Réal

Avocate au Barreau de Paris, Spécialiste en droit de la famille, des personnes et de leur patrimoine, Ancien membre du CNB, Animatrice de la sous-commission « Les protections des personnes vulnérables », Conseillère scientifique de la FIAPA et d'ALMA

Résumé

La lutte contre l'isolement des personnes âgées ne porte pas seulement sur l'accompagnement pour le logement, l'organisation de la vie quotidienne, les aides techniques, mais aussi sur la présence de solutions pratiques pour faire respecter leurs droits.

Mots-clefs

Maltraitance – Éthique – Accès au droit.

Abstract

Combating the isolation of the elderly is not just a question of providing support with housing, organizing daily life and technical aids, but also of finding practical solutions to ensure that their rights are respected.

Keywords

Abuse - Ethics - Access to law.

La lutte contre la maltraitance ne se résout pas dans l'application d'une charte en vertu d'une éthique. Pour garantir le bien vieillir, il suffit d'appliquer le droit. C'est la condition nécessaire mais suffisante. Auxiliaire de justice, l'avocat a pour mission de faire appliquer le droit. Encore faut-il connaître le droit.

I- De quel droit parle-t-on ?

Le Code civil constitue le socle des droits fondamentaux : liberté, égalité, fraternité transformée de nos jours en solidarité.

La capacité totale liée à la majorité en âge¹ comporte des exceptions qui ne sont pas liées à la faculté de discernement, comme pour les enfants, mais à la double condition de l'article 425 : « *Toute personne dans l'impossibilité*

1 - Article 414 CC : La majorité est fixée à dix-huit ans accomplis ; à cet âge, chacun est capable d'exercer les droits dont il a la jouissance.

de pouvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre.

S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions ».

La personne, même sous protection judiciaire, bénéficie de tous les droits dévolus à un citoyen majeur.

Seul l'exercice de ses droits n'est diminué qu'en fonction de la loi, en vertu d'une décision de justice après avis médical et dans les limites de cette décision.

C'est aussi le code de la santé publique : notamment le droit à l'information² et **la recherche du consentement qui est de la responsabilité exclusive du médecin**³.

Le code de l'action sociale et des familles est l'expression du principe de solidarité de notre devise française.

Le principe de solidarité ne se résume pas à « un droit de créance » : « j'ai droit à la CMU, à l'éducation, à l'avortement, etc. ». C'est aussi la mise en œuvre d'un droit fondamental : le Code civil énonce **que la protection des personnes vulnérables est une obligation des familles et de la société** qui se traduit par une aide administrative et financière ciblée sur ceux qui en ont besoin.

C'est ainsi que le droit de la santé s'est rapproché du droit civil. Depuis la loi Kouchner de 2002, il est recommandé de ne plus évoquer des « patients » mais des **personnes libres de consentir à leurs soins médicaux après avoir reçu une information** adaptée, complète et loyale. Le contrat de séjour en EHPAD est soumis au Code civil et au code de la consommation.

La personne vulnérable n'a perdu aucun de ses droits. Un juge spécialisé lui donne simplement un mandataire pour les exercer, soit en **assistance**, c'est la curatelle, soit en **représentation**, c'est la tutelle, et ce en vertu d'un certificat médical et sur décision d'un juge qui donne au mandataire familial ou professionnel des pouvoirs dans l'intérêt exclusif de la personne. Ainsi, chaque proche ou professionnel, s'il veut être bien traitant, doit comprendre qu'il n'a aucun droit, mais des obligations en vue de garantir à la personne dépendante l'exercice effectif de ses droits.

2 - Art. L1111-2 CSP : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé [...]. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel [...]. L'information prévue au présent article est délivrée aux personnes majeures protégées au titre des dispositions du chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du Code civil d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension. Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément ».

3 - Art. L1111-4 CSP : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. Le consentement, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables ».

II- La mission de l'avocat

- Il est auxiliaire de justice :

Il fait partie intégrante du processus judiciaire, qu'il soit civil ou administratif, devant le tribunal judiciaire, qui règle les litiges entre les citoyens entre eux et devant le tribunal administratif qui règle les litiges entre les citoyens et l'administration.

- Il est aussi et avant tout conseil⁴ :

« *Partenaire de justice et **acteur essentiel de la pratique universelle du droit, l'avocat a vocation à intervenir dans tous les domaines de la vie civile, économique et sociale.***

Il est le défenseur des droits et des libertés des personnes physiques et morales qu'il assiste ou représente en justice, et à l'égard de toute administration ou personne chargée d'une délégation de service public comme à l'occasion de la réunion d'une assemblée délibérative ou d'un organe collégial.

Il fournit à ses clients toute prestation de conseil et d'assistance ayant pour objet, à titre principal ou accessoire, la mise en œuvre des règles ou principes juridiques, la rédaction d'actes, la négociation et le suivi des relations contractuelles... »

« *...Il doit s'assurer de son **indépendance**, et de l'application des règles relatives au **secret professionnel** et aux **conflits d'intérêts** ».*

En droit social, en revanche les obligations à la bientraitance relèvent de chartes censées combattre la maltraitance. La charte sur la bientraitance de la Haute Autorité de Santé remonte à mai 2012⁵. Mais il n'existe aucune sanction, seulement des recommandations. Or, un droit qui n'est pas sanctionné n'est pas respecté.

Par comparaison, les médecins, les avocats ont un Ordre compétent pour sanctionner les atteintes à leur déontologie. Le code de déontologie médicale est intégré dans le code de la santé publique. Le Règlement Intérieur National des avocats est authentifié par décret. Leur déontologie a force de loi. Devant ce vide juridique, l'avocat doit veiller à ce que le droit social soit appliqué à chaque citoyen, et solliciter une sanction s'il ne l'est pas⁶.

En raison de son obligation de conseil, l'avocat doit donner une consultation préalable.

III- La consultation préalable pour établir un bilan

Il devrait être possible d'organiser avec les CDAD (Accès au droit, maisons de justice, etc.) des **consultations gratuites** dans les établissements pour que les personnes puissent évoquer les difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour l'application des chartes et les contrats de séjour et de service.

La Cour de justice de l'Union européenne oblige les États à donner toute information aux citoyens pour qu'ils aient connaissance de leurs droits. D'où la création du site www.service-public.fr.

4 - 6.1 RIN des avocats : Mission générale : Partenaire de justice et acteur essentiel de la pratique universelle du droit, l'avocat a vocation à intervenir dans tous les domaines de la vie civile, économique et sociale. Il est le défenseur des droits et des libertés des personnes physiques et morales qu'il assiste ou représente en justice, et à l'égard de toute administration ou personne chargée d'une délégation de service public comme à l'occasion de la réunion d'une assemblée délibérative ou d'un organe collégial. Il fournit à ses clients toute prestation de conseil et d'assistance ayant pour objet, à titre principal ou accessoire, la mise en œuvre des règles ou principes juridiques, la rédaction d'actes, la négociation et le suivi des relations contractuelles. Il peut collaborer avec d'autres professionnels à l'occasion de l'exécution de missions nécessitant la réunion de compétences diversifiées et ce, aussi bien dans le cadre d'interventions limitées dans le temps et précisément définies, que par une participation à une structure ou organisation à caractère interprofessionnel. Lorsque la loi ne l'impose pas, il est recommandé à l'avocat d'examiner avec ses clients la possibilité de résoudre leurs différends par le recours aux modes amiables ou alternatifs de règlement des différends préalablement à toute introduction d'une action en justice ou au cours de celle-ci, ou lors de la rédaction d'un acte juridique en introduisant une clause à cet effet. Dans l'accomplissement de ses missions, l'avocat demeure, en toutes circonstances, soumis aux principes essentiels. Il doit s'assurer de son indépendance, et de l'application des règles relatives au secret professionnel et aux conflits d'intérêts.

5 - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf.

6 - Art.6 CEDH al. 1 et 3 : « Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle [...]. Tout accusé a droit notamment de se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent ».

Un représentant de l'organisation judiciaire (magistrat et avocat) devrait faire partie des instances mises en place par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie⁷ pour permettre enfin la communication entre le secteur médico-social et la justice.

Cette collaboration permettra de garantir les droits de l'article 23 de la Charte sociale européenne⁸, c'est-à-dire l'expression de la garantie donnée à chaque citoyen du respect de ses droits fondamentaux, **de son intérêt et de son bien-être**.

Le droit de la protection des majeurs concerne par définition, toute personne souffrante, rendue dépendante en raison d'un handicap, physique ou psychique, en raison d'un accident, d'une maladie ou de l'âge.

Ce droit ne devrait pas se référer exclusivement à la notion du respect de l'intérêt de la personne, car chacun voit son intérêt à l'aune de sa sécurité et de sa responsabilité à l'égard de la personne.

Si l'on prend en compte le bien-être de la personne, on devient plus concret : « *que puis-je faire pour qu'elle soit bien ?* » « *Comment puis-je savoir ce qu'elle attend de moi ?* ».

C'est ainsi qu'on ne sera pas maltraitant.

Mais ces droits sont mal connus. D'où la nécessité de prendre une consultation d'un avocat. C'est le paradoxe de la pile Wonder « *qui ne s'use que si l'on s'en sert* ». Se servir de l'avocat, c'est ne pas avoir besoin d'en user. Une bonne consultation coûte bien moins cher qu'un lourd contentieux. Surtout, il évite bien des souffrances.

Je vais partir des observations faites à Madame Elsa Schalck, sénatrice en charge des auditions au Sénat pour la discussion sur la proposition de loi, dite « *Mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France* », car lors de mon audition pour l'association française des avocats de la famille, le 15 décembre 2023, nous avons balayé tous les aspects de la protection des personnes dépendantes.

IV- Les principes de nécessité, de subsidiarité et d'individualisation de la mesure

Une mesure de protection doit respecter les droits fondamentaux. Le titre XI du code civil est très précis :

Article 415 : « *Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire selon les modalités prévues au présent titre. Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci. Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique* ».

7 - <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=HUcW0TmlZuZbzhIFcykQB81EHFQ2DgWXsjxXY-a5RFQ=>

Art. L. 113-3. CASF « - I. - Une conférence nationale de l'autonomie est organisée au moins tous les trois ans afin de définir les orientations et de débattre des moyens de la politique de prévention de la perte d'autonomie. Cette conférence s'appuie sur les travaux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'expertise du centre national de ressources probantes mentionné à l'article L. 223-7-1 du code de la sécurité sociale.

II. - La conférence nationale de l'autonomie est notamment composée de représentants :

1° De l'Etat ;
 2° Des conseils départementaux ;
 3° D'organismes de sécurité sociale ;
 4° D'organismes gestionnaires des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées ;
 5° D'associations représentatives des personnes âgées ;
 6° Des professionnels concernés par la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie ».

8 - Article 23 - « Droit des personnes âgées à une protection sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des personnes âgées à une protection sociale, les Parties s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment :

- à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, moyennant :
 a) des ressources suffisantes pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle ;
 b) la diffusion des informations concernant les services et les facilités existant en faveur des personnes âgées et les possibilités pour celles-ci d'y recourir ;
 - à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, moyennant :
 a) la mise à disposition de logements appropriés à leurs besoins et à leur état de santé ou d'aides adéquates en vue de l'aménagement du logement ;
 b) les soins de santé et les services que nécessiterait leur état ;
 - à garantir aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution ».

Article 428 : [...] « La mesure est **proportionnée et individualisée** en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé ».

La nécessité doit être médicale mais aussi juridique : la curatelle ne gère pas la dépendance aux toxiques. La mesure doit être subsidaire : c'est-à-dire si l'on ne peut pas juridiquement faire autrement : par exemple, il est inutile de mettre en curatelle renforcée une personne qui n'arrive pas à remplir les dossiers administratifs pour obtenir les aides auxquelles elle a droit. Une MASP y suffirait.

Le droit des régimes matrimoniaux ou des successions permet de régler bien des difficultés de gestion liées à l'incapacité. Celle-ci doit être proportionnée et individualisée. Dans ce cas, le bilan fait par l'avocat au cours de la consultation préalable lui permet d'éclairer le magistrat sur les solutions à apporter.

V- Le consentement de la personne en tutelle ou comment poser les bonnes questions ?

1- Le certificat médical circonstancié préconise une tutelle. On entend à l'audience :

- « Madame X n'a pas la capacité pour choisir son avocat dans la mesure où elle n'a pas la capacité de téléphoner pour prendre rendez-vous ou renoncer au mandat qu'elle lui a donné ;

- Il n'est pas nécessaire de permettre à la fille de Madame Y de sortir sa mère, car elle ne souvient pas être sortie ».

- Dans une décision pour organiser les relations entre la personne en tutelle et sa famille à la suite d'un conflit avec l'EHPAD pendant la pandémie, en décembre 2022, la juge de la protection des majeurs invoque le certificat médical circonstancié de 2012 pour s'opposer à la sortie pour le déjeuner de Noël.

Or, le certificat médical circonstancié tel qu'il est pratiqué ne permet pas l'individualisation de la mesure.

L'individualisation de la mesure impose que soit connue la volonté de la personne même si elle n'a pas la possibilité de la mettre en œuvre.

2- Les préconisations des autorités en matière d'éthique

Les conditions du recueil du consentement font l'objet de préconisations des autorités médico-sociales et éthiques.

Pour citer la plus significative :

La Commission nationale consultative des droits humains dans son avis du 16 avril 2015, adopté en assemblée plénière est formelle⁹.

« *Recommandation n° 1 : la CNCDH recommande que s'instaure, en amont de l'expression du consentement, un dialogue entre l'autorité qui propose et la personne dont le consentement est recherché,*

Le recueil du consentement doit être précédé d'un temps durant lequel une information précise sur les possibilités existantes, leurs conditions de mise en œuvre et leurs conséquences peut être délivrée à l'intéressé, mais aussi à son entourage.

Recommandation n° 2 : la CNCDH invite les médecins agréés à prendre en compte, au moment de la rédaction du certificat médical, le dossier médical et social de la personne à l'égard de laquelle le juge doit se prononcer. Cette recherche d'information et l'analyse du parcours de la personne vulnérable doivent être des éléments déterminants d'évaluation pour le médecin expert puis pour le juge. Cette prise en compte devrait devenir la règle.

Recommandation n° 3 : afin de veiller au meilleur respect de l'autonomie des personnes protégées, la CNCDH recommande, en amont de son audition, une information personnalisée de la personne à protéger et de ses proches et personne de confiance, sur le contenu de la mesure de protection, afin que lors de la ladite audition son consentement ou son refus de consentir soit plus éclairé. Cette mission pourrait être confiée à des professionnels spécialement formés à cet

9 - Avis sur le consentement des personnes vulnérables NOR : CDHX1513727V, Assemblée plénière du 16 avril 2015 (Adopté à l'unanimité), Conditions du recueil du consentement.

effet sur les plans juridique et de la communication alternative, par exemple des mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

Mais le mandataire nommé par le juge est susceptible d'être en conflit d'intérêts avec la personne protégée.

Recommandation n° 4 : la CNCDH invite les pouvoirs publics à promouvoir des dispositifs d'accompagnement de la mise en place des mesures de protection. Ces dispositifs doivent être intégrés dans les bonnes pratiques de coordination des services de soins, d'assistance et d'accompagnement des personnes vulnérables. Dans le cas des personnes âgées, de nombreux dispositifs existent et se développent pour coordonner la prise en charge de la vulnérabilité sur les plans sanitaire, médicosocial et social. Il serait important que la mise en place des mesures de protection soit intégrée à ceux-ci de manière beaucoup plus systématique qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Recommandation n° 5 : la CNCDH constate que les dispositions prévues en matière de recueil du consentement par le code de l'action sociale et des familles et par le code de la santé publique sont trop souvent contournées. Elle recommande aux autorités compétentes de s'assurer que le consentement de la personne vulnérable est effectivement recueilli et pris en compte pour les actes qui la concernent (choix du lieu de résidence, placement en institution, consentement aux soins et aux traitements...).

Le texte du Code civil ne prévoit pas le consentement à l'organisation de la vie quotidienne : sorties, rencontres, activités, etc. alors qu'il s'agit en fait du plus important. « *La société me maintient en vie, mais pour QUOI FAIRE ?* ». Chacun devrait se poser cette question du sens, comme s'il s'agissait de lui-même.

Recommandation n° 6 : la CNCDH recommande la mise en place d'une procédure spécifique de réception du consentement des personnes vulnérables. Cette procédure devra permettre l'émergence des expressions les plus complètes possibles des points de vue de chacune des parties impliquées, pour obtenir une sorte de consentement mutuel ou d'adhésion. Cette procédure devra permettre, voire susciter, l'expression, même confuse, de la personne vulnérable, qui devra être actrice du processus, même si celui-ci implique des tiers qui auront eux aussi le droit d'exprimer leur volonté.

Le consentement mutuel obtenu à l'issue de cette procédure devra être évalué à intervalles réguliers et programmés, et être renégociables. Cette procédure, collégiale et interdisciplinaire, devra impliquer l'ensemble des parties prenantes à la vie de la personne âgée ou malade (famille, aidants, soignants, travailleurs sociaux), et elle pourra être encadrée par un tiers extérieur (mandataire judiciaire, médiateur, travailleur social...).

Il n'y a pas lieu de créer une suspicion automatique à l'égard des proches. Ils sont parfois maladroits, surprotecteurs ou dans le déni, mais une bonne écoute et une formation compenserait les effets de la souffrance qui parfois les terrasse.

Cette recommandation ne pourra être suivie d'effet si l'avocat choisi par le majeur protégé est présumé – a priori et par présomption – comme en conflit d'intérêts avec les proches. La première exigence de sa déontologie est l'indépendance.

On peut seulement regretter que l'avocat ne soit pas signalé comme apte à recueillir le consentement de son client et à l'exprimer dans l'exercice de son mandat. Un avocat peut être commis d'office, s'il n'a pas la possibilité d'en choisir un, à sa demande, ou décision du procureur ou du juge. Mais quand l'affaire vient devant la juridiction, il est souvent trop tard.

Une formation spécifique reste à créer, comme celle proposée par l'Institut du droit de la famille et du patrimoine en relation avec l'Institut catholique de Lille à Issy les Moulineaux, pour l'audition de l'enfant.

3- Le texte présenté à propos de la vaccination contre la COVID-19 peut être généralisé

Il est l'application pratique du texte de principe de la CNCDH.

Le consentement à l'épreuve de la vaccination contre la COVID-19¹⁰

« En l'état actuel du droit français, la vaccination contre la COVID-19 ne peut pas être imposée. Elle nécessite donc une information objective et loyale de tous les individus, y compris des médecins prescripteurs. Toutes les personnes doivent pouvoir exprimer leur volonté d'être ou non vaccinées et respectées dans leur choix, y compris si elles présentent des troubles intellectuels ».

« La capacité de décider :

Cependant, si un patient ne peut pas décider de façon libre et éclairée, alors la bienfaisance et la non-maltraitance doivent prévaloir pour protéger la personne.

La capacité de décider est variable d'un individu à l'autre. **Autrement dit, il n'y a pas de corrélation absolue entre l'évaluation globale des performances cognitives et la capacité de décider.**

Déterminer si une personne est apte à consentir à être vaccinée contre la COVID-19 nécessite d'interroger la personne, précisément sur cette question et non pas de conclure par déduction. Le consentement du majeur doit être néanmoins obtenu s'il est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection, c'est-à-dire avec le soutien de celle-ci. Lorsque tel n'est pas le cas, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation à la vaccination, en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée éventuellement avant l'altération de ses facultés et sa mise sous protection.

Les habitudes antérieures de la personne vis-à-vis de la prévention de santé et plus précisément de sa participation ou non aux campagnes vaccinales avant sa maladie, peuvent ainsi aider la personne en charge de la mesure de protection à décider pour la personne.

Sauf urgence, en cas de désaccord entre celle-ci et son tuteur ou la personne habilitée, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision (CSP, art. L. 1111 4 ; C. civ., **art. 459, al. 2**) ».

Ces observations sont valables pour toute décision.

4- Et si l'on posait les bonnes questions ?

La législation doit exiger une réponse médicale précise et circonstanciée et non pas un QCM à peine circonstancié, qui maintient le majeur protégé dans les cases de la loi de 1968 – assistance – assistance renforcée - ou représentation - qui avaient pourtant été abolies par la loi de 2007 :

- La personne est-elle apte à choisir son lieu de vie ?
- Comment apprécie-t-elle son lieu de vie ?
- A qui fait-elle confiance pour s'occuper d'elle ?
- Est-elle apte à éliminer de son entourage des tiers nocifs pour elle ?
- Peut-elle consentir à ses soins médicaux ?
- Qui l'accompagne comme personne de confiance pour les soins et l'hébergement ?
- A qui fait-elle confiance pour la décharger de la gestion de ses affaires ?

Les questions peuvent être plus précises s'agissant de l'affectation des ressources de la personne à la gestion de sa vie personnelle :

- en quoi consistent ses revenus ?
- sont-ils suffisants pour financer ses besoins ?
- son patrimoine est-il grevé de dettes ?
- sera-t-il nécessaire d'en disposer pour assurer son entretien ?

10 - <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/le-consentement-lepreuve-de-la-vaccination-contre-la-covid-19>.

- quel mandataire sera compétent pour faire face à la gestion ?
- y a-t-il des questions de succession ou de gestion du patrimoine à envisager ?
- comment va fonctionner le régime matrimonial ?
- comment seront gérés les fonds et les biens situés à l'étranger ?
- sera-t-il nécessaire d'engager des actions pénales en abus de faiblesse ?
- Est-elle d'accord pour vendre sa maison ?

Le refus de répondre à ces questions précises montre que la personne a lâché prise et qu'elle a besoin d'être assistée. Il peut être nécessaire de gérer ses affaires à sa place, mais en veillant à exécuter sa volonté.

Cette position permet de comprendre le développement de la curatelle renforcée. La personne prend elle-même ses décisions et, en complément, est assistée pour la mise en œuvre de ses décisions.

La personne en tutelle ne doit pas être considérée comme n'ayant aucune expression de volonté au motif qu'elle est représentée pour les actes de sa vie courante.

Dans le calme et par la création d'un lien d'attachement, il est possible de comprendre son ressenti après lui avoir expliqué ce qui la concerne.

C'est ainsi que pratiquent la plupart des mandataires, familiaux et professionnels.

Le recueil du consentement de la personne nécessite des professionnels (avocats, mandataires, magistrats) parfaitement formés à l'écoute.

La loi prévoit cependant que la personne puisse s'organiser pour exprimer quelle serait sa volonté pour le cas où elle ne pourrait plus exercer ses prérogatives.

VI- Une volonté non exprimée ne pourra pas être respectée

1- Le mandat de protection future et l'article 477 du Code civil

Le mandat de protection future, par définition, n'est pas incapacitant. Il laisse la liberté au mandant pour tout ce qu'il ne prévoit pas. Le fait que les notaires aient pris l'habitude de reproduire les règles de la tutelle laisse entendre qu'il faudrait introduire la notion d'assistance. C'est contraire à l'esprit du mandat.

Seule la protection de la personne est d'ordre public (articles 458 et suivants du Code civil.) Le droit commun s'applique en référence avec les règles du code de la santé publique qui rappellent que « *le consentement de la personne doit être recherché dans tous les cas* ». Les articles L1111-4 et L 1111-6 du Code de la santé publique se suffisent à eux-mêmes dans leur nouvelle version de 2020.

Le texte de l'article 477 du Code civil renvoie aux règles générales du mandat (1984 à 2010 du CC.), sauf la représentation pour les actes de disposition (exclusion du mandat spécial de l'article 1988 du CC.). Le mandant met ce qu'il veut dans son mandat, dont il faut rappeler qu'il est censé être rédigé du temps de la capacité.

En revanche, comme préconisé par le rapport de la FIAPA sur la maltraitance financière en 2011, le mandat de protection future sur formulaire CERFA devrait être supprimé, car il est la porte ouverte à tous les abus de faiblesse¹¹.

Le mandat devrait être :

- obligatoirement rédigé par un professionnel du droit ;

- enregistré dès sa signature dans un répertoire national en application de l'article 477-1 du CC. Répertoire créé par le décret n° 2024-1032 du 16 novembre 2024 relatif au registre des mandats de protection future

Ce répertoire est essentiel pour les citoyens.

11 - Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/114000089.pdf>.

2- L'intérêt du répertoire prévu par l'article 477-1 du Code civil

Le mandat, qu'il soit immédiat ou de protection future, outre la liberté qu'il donne au mandant de choisir son mandataire et lui donner les pouvoirs nécessaires au fonctionnement de ses affaires, permet de faire connaître aussi **la déclaration de personne de confiance détenant les directives de fin de vie** en application de l'article L1111-6 du Code de la santé publique, prévoyant l'accompagnement de la personne pour les soins médicaux et l'hébergement dans les institutions déclaration qui pourra lui être annexée.

Il s'agit d'un acte important qui touche à l'intimité de **la personne**. Celle-ci a pris la peine de s'organiser, de réfléchir à ses vœux et de les formaliser, avec pour objectif absolu de faire respecter ses volontés si elle n'était plus capable de le faire par elle-même. Elle **est en droit d'obtenir du législateur les moyens de voir ses volontés respectées, comme il l'a prévu** la loi d'adaptation de la société au vieillissement **du 28 décembre 2015**.

L'intérêt de ce répertoire est évident pour tous les praticiens à condition qu'il soit rédigé par un professionnel du droit :

- Prévention de la maltraitance financière ;
- Garantie du respect des volontés des personnes, que ce soit pour la gestion de leurs affaires aussi bien que pour le respect des directives anticipées sur le plan médical ;
- D'autant plus nécessaire pour l'exécution du contrat de séjour et de service, l'application des soins palliatifs et la future loi sur l'aide active à mourir.

La personne a besoin que soit connue l'identité de la personne choisie, du temps de sa capacité, pour l'accompagner dans son état de dépendance lorsqu'il survient.

3- Les MJPM¹² ou les mandataires familiaux ne sont pas de super assistants sociaux qui « accompagnent »

C'est ne pas connaître le Code civil et le Code de procédure civile que de ne pas comprendre qu'ils exécutent un mandat judiciaire, d'assistance ou de représentation, selon la décision de protection.

Ce n'est pas connaître le Code civil et le Code de procédure civile que de faire pour eux la confusion entre une charte (pétition de principe qui ne comporte pas de sanction) et une déontologie qui ne peut pas s'appliquer à des salariés et nécessite un ordre qui contrôle.

La sanction de leurs manquements ne peut, en l'état du droit positif, résulter que d'une modification des articles 421 et 422 du Code civil. Pour que l'action en responsabilité soit expressément considérée comme une action personnelle, constituant pour la personne contestant la gestion de sa protection, une action personnelle et non seulement patrimoniale.

Il serait opportun que la loi prévoie une assurance obligatoire pour les mandataires familiaux auxquels on donne des responsabilités juridiques et financières importantes sans qu'ils aient reçu la formation nécessaire. Ces assurances, adossées à la multirisque habitation, ne sont pas très onéreuses.

4- La question du répertoire des mesures de protection est cruciale

Les mandats mis en œuvre par certificat médical circonstancié seront intégrés dans le répertoire des mesures juridiques prononcées. Ce répertoire, demandé sur question prioritaire de constitutionnalité par le Conseil constitutionnel en 2018, était prévu pour être mis en place avant 2026 – soit 8 ans après le constat de sa nécessité, notamment pendant les gardes à vue. Dans le cadre du vote sur la proposition de loi « *Mesures pour bâtir une société du bien vieillir en France* » le Sénat a prévu de créer un répertoire général de toutes les mesures en vigueur : curatelles, tutelles, habilitations familiales et mandats de protection future activés, pour 2024 ou 2025. Le Gouvernement a maintenu la date de 2026.

Ce répertoire des mesures prononcées contiendra évidemment l'inscription des mandats de protection future mis en œuvre.

12 - Mandataire judiciaire à la protection des majeurs : dispositions communes aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs (Articles L471-1 à L471-9) du code de l'action sociale et des familles.

5- Le contenu essentiel des mandats

Tous les mandats rédigés par acte notarié ou acte d'avocat :

- contiendront obligatoirement la désignation d'un **contrôleur du mandat**, différent du rédacteur et du comodatataire, dont il serait préférable qu'il soit professionnel : notaire, avocat, mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM).

- Le contrôleur aura pour mission de recevoir les comptes, vérifier l'inventaire et signaler les dysfonctionnements ;
- Ils permettront les actes de disposition.

Seule la publication des mandats de protection future signés et des mandats mis en œuvre permettra le développement du mandat de protection future pour rendre effectif le principe de subsidiarité et surtout assurer le respect de la volonté de la personne qui a pris le temps et l'énergie pour anticiper et s'organiser.

Dans son rapport au Médiateur de la République, Jean-Paul Delevoye, la FIAPA avait préconisé le financement d'un bilan médical, personnel, familial, social, patrimonial, fiscal..., financé par les caisses de retraite au moment où les personnes la sollicitent, afin de préparer un mandat de protection future. Cette proposition n'a évidemment rencontré aucun écho.

VII- L'habilitation familiale – article 494-1 du Code civil

Elle a été mise en place pour soulager les juridictions dans les cas simples à la suite du constat de l'échec du mandat de protection future.

Elle prend actuellement quatre formes :

- générale,
- spéciale,
- d'assistance, qui nécessite la cosignature de la personne,
- et de représentation.

Ces quatre formes sont non combinables entre elles pour les raisons qui suivent :

- quel médecin rédigera un certificat médical circonstancié pour simplement une assistance, dira s'il faut une habilitation spéciale pour telle ou telle question ?

- Dès qu'il s'agissait d'envisager une habilitation spéciale, le juge renvoyait vers une tutelle.

Mais comme la Justice ne peut plus faire face, la jurisprudence interprète largement le texte : l'habilitation générale permet tous les actes de disposition : vider, ouvrir un compte bancaire, vendre (sauf le domicile) ou s'il y a conflit d'intérêts entre la personne protégée et celle qui est habilitée. En effet, l'application des articles 217 et 219 du Code civil, mais aussi l'application des règles des régimes matrimoniaux et de l'indivision (la carence ou l'absence d'un héritier sont régies par des règles spécifiques) sont très techniques et nécessitent une appréciation, une requête spécifique, et un certificat circonstancié spécifiques pour se passer du consentement de la personne en habilitation.

- En matière successorale, surtout, si comme le prévoit la loi, on élargit les personnes susceptibles d'être habilitées, il y aura sans doute conflit d'intérêts, impliquant la nécessité d'un mandataire ad hoc¹³.

Il y a lieu de réserver l'habilitation familiale à la simple gestion administrative et la gestion des ressources pour payer les charges.

L'habilitation spéciale permet une vente en urgence, et fait partie du principe de subsidiarité dans les cas spécifiques où l'habilitation générale n'est pas nécessaire.

13 - Article 455 CC. : En l'absence de subrogé curateur ou de subrogé tuteur, le curateur ou le tuteur dont les intérêts sont, à l'occasion d'un acte ou d'une série d'actes, en opposition avec ceux de la personne protégée ou qui ne peut lui apporter son assistance ou agir pour son compte en raison des limitations de sa mission fait nommer par le juge ou par le conseil de famille s'il a été constitué un curateur ou un tuteur ad hoc.

En **conclusion** : des propositions complémentaires du barreau pour l'accès au droit :

- Organiser les consultations dans les établissements, afin qu'une personne enfermée dans un handicap et une dépendance puisse avoir une information pour faire valoir ses droits afin qu'ils soient effectifs. Parfois une simple intervention suffira pour apaiser la souffrance ressentie. Ainsi serait évitée la discrimination des personnes isolées en établissement en infraction à la Convention européenne des droits humains ;

- Pour que la personne âgée ne soit pas l'enjeu d'un contentieux qui la dépasse, imposer la médiation dans les cas de conflit entre les enfants, avec les établissements ou les services, afin de préparer la répartition du patrimoine de façon à ne pas créer un contentieux successoral, par exemple ;

- Tout délinquant, toute personne hospitalisée sans consentement, convoquée en procédure d'urgence comme le référé etc. bénéficie de la présence obligatoire d'un avocat. Ne pas le prévoir pour les personnes vulnérables constitue une discrimination en raison de leur dépendance ;

- On confie aux aidants des pouvoirs dont ils ne connaissent pas la portée. Une requête devrait obligatoirement être supervisée par un avocat : inventaires effectués qui comprendront les ressources et les charges, l'actif et le passif du patrimoine, les contentieux potentiels recensés (les personnes âgées sont souvent employeur, avec les risques patrimoniaux que cela comporte), successions, ventes à intervenir, incurie fiscale, etc.

Toutes ces propositions ne nécessitent pas que la loi change. Il suffit de les mettre en œuvre.

Marie-Hélène Isern-Réal

Propos finaux du Séminaire « Bien Vieillir »

Thomas Rapp

Professeur des universités, Titulaire de la Chaire AgingUP!, co-directeur de l'axe politiques de santé du LIEPP Sciences Po, LIRAES (URP 4470), Université Paris Cité.

Résumé (issu de la publication)

Objectifs

Des comparaisons globales et des échantillons importants sont nécessaires pour informer les décideurs politiques sur les tendances du vieillissement chez les personnes âgées de plus de 60 ans. En utilisant des données harmonisées provenant de la Gateway to Global Aging, nous introduisons un nouveau cadre pour mesurer le vieillissement en bonne santé dans 13 pays de l'OCDE.

Méthodes

Tout d'abord, nous avons développé une mesure originale de l'âge physiologique (AP), c'est-à-dire une mesure de l'âge pondérée en fonction de l'influence de la fragilité, des limitations des activités de la vie quotidienne et des comorbidités. Ensuite, nous avons comparé les mesures de vieillissement en bonne santé à travers 13 pays en fonction d'un classement des pays selon l'écart entre l'AP estimé et l'âge chronologique (AC). Enfin, nous avons exploré les facteurs socio-économiques associés au vieillissement en bonne santé.

Résultats

Nous avons trouvé une forte corrélation entre notre mesure de l'AP et l'âge biologique. L'Italie, Israël et les États-Unis sont les 3 pays où l'AP est le plus élevé (indépendamment de l'AC), indiquant ainsi un vieillissement en mauvaise santé. En revanche, la Suisse, les Pays-Bas, la Grèce, la Suède et le Danemark ont une AP bien inférieure à l'AC, ce qui indique un vieillissement en bonne santé. Enfin, l'écart AP-AC est plus élevé chez les personnes âgées plus pauvres, moins éduquées et célibataires.

Conclusions

Les pays ayant un AP plus élevé doivent mettre en œuvre ou renforcer des mesures de vieillissement en bonne santé et cibler les populations défavorisées.

Mots-clefs (issus de la publication)

Dépréciation du capital santé – Bien vieillir – Âge physiologique.

Abstract

Objectives

Global comparisons and large samples are needed to inform policy makers about aging trends among people aged older than 60 years. Using harmonized data gathered from the Gateway to Global Aging data, we introduce a new framework to measure healthy aging across 13 OECD countries.

Methods

First, we developed an original measure of physiological age (PA), that is, a measure of age weighted for the influence of frailty, activities of daily living limitations, and comorbidities. Second, we compared healthy aging measures across 13 countries based on a ranking of the countries according to the discrepancy between estimated PA and chronological age (CA). Third, we explored the socioeconomic factors associated with healthy aging.

Results

We found a strong correlation between our PA measure and biological age. Italy, Israel, and the United States are the 3 countries where PA is the highest (independent of CA), thus indicating aging in poor health. In contrast, Switzerland, The Netherlands, Greece, Sweden, and Denmark have much lower PA than CA, thus indicating healthy aging. Finally, the PA-CA discrepancy is higher among poorer, less educated, and single older individuals.

Conclusions

Countries with higher PA need to implement or reinforce healthy aging measures and target the disadvantaged populations.

Keywords

Health capital depreciation – Healthy aging – Physiological age.

Je tiens à remercier les organisateurs de cette journée et à les féliciter pour la qualité des échanges. Nous avons la chance, à l'UPC et à l'EHESP, de pouvoir compter sur des doctorants dynamiques, notamment sur des sujets comme le vieillissement. Il y a encore quelques années, il était difficile d'attirer de bons doctorants sur ces thématiques.

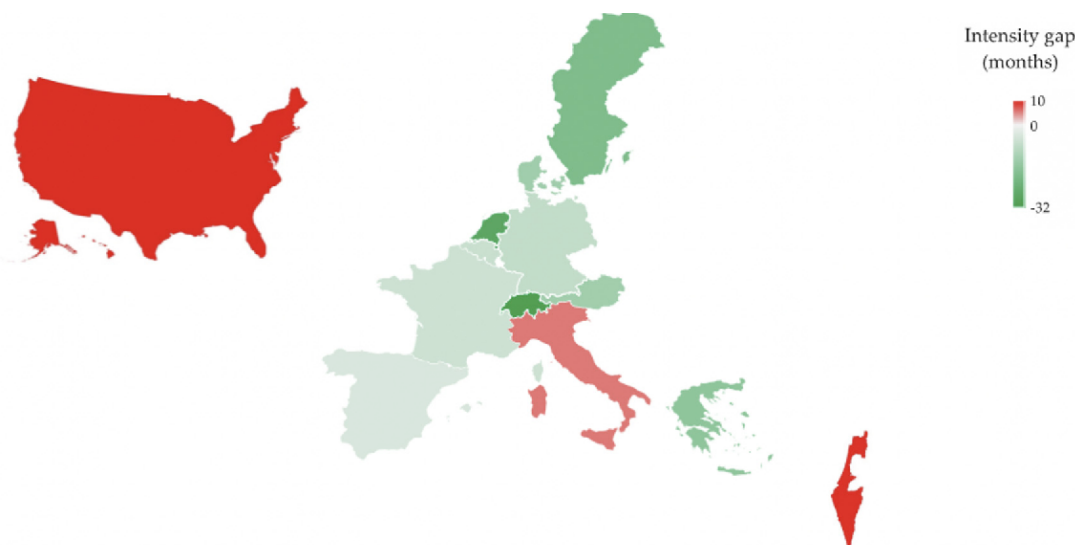
J'avais préparé plusieurs diapositives, mais compte tenu de l'heure et de l'intensité des débats, je vais me concentrer sur un seul point. Il s'agit d'une publication¹ récente issue de la chaire AgingUP, que nous avons lancée à l'Université Paris Cité avec le soutien de la Caisse des Dépôts et du mécénat des mutuelles AXA.

Cartographie de l'âge physiologique

Dans cette étude, nous nous sommes posé une question en termes de « Bien Vieillir » : où vieillit-on le mieux dans le monde ? À partir de grandes enquêtes internationales sur le vieillissement, nous avons développé une mesure originale de l'âge physiologique, validée scientifiquement. Cette mesure est basée sur l'âge civil des personnes, auquel nous ajoutons des mois de vieillissement si elles présentent des problèmes de santé qui sont peu fréquents pour leur groupe d'âge, et auquel nous retranchons des mois lorsqu'elles sont en meilleure santé que la moyenne de leur cohorte.

Les résultats sont présentés dans cette carte, qui montre la différence entre l'âge civil et l'âge physiologique dans les pays pour lesquels nous avons accès aux données. Pour chaque pays, cette différence est exprimée en mois. Sur cette carte, plus un pays apparaît en vert, meilleure est la santé des personnes âgées de 70 ans : leur âge physiologique est alors inférieur à leur âge civil. À l'inverse, plus un pays est en rouge, plus l'âge physiologique des personnes de 70 ans y est élevé par rapport à leur âge civil. En France, comme le montre la carte, nous sommes moyens, avec une teinte vert clair, ce qui signifie que l'âge physiologique des personnes âgées de 70 ans correspond à peu près à leur âge civil. En revanche, dans les pays nordiques, souvent cités en exemple, les habitants de cet âge bénéficient d'un âge physiologique inférieur à leur âge civil, témoignant de politiques plus efficaces en matière de vieillissement en bonne santé.

1 - Rapp, T., Ronchetti, J., & Sicsic, J. (2022). Where are populations aging better? A global comparison of healthy aging across Organization for Economic Cooperation and Development countries. *Value in Health*, 25(9), 1520-1527.



Note: The darker the color, the greater the gap between physiological age (PA) and chronological age (CA) in months. In green countries, the gap is negative (PA is lower than CA). In red, the gap between PA and CA is positive (older people are aging poorly). Source: Authors' calculations using the Gateway to Global Aging data (SHARE and HRS harmonized surveys), 2004-2017. N=121,705.

Les politiques du Bien Vieillir

L'analyse des politiques de ces pays montre qu'elles reposent sur des mesures relativement simples, que nous avons d'ailleurs beaucoup discutées aujourd'hui. Ces politiques incluent des initiatives visant à réduire l'isolement social, à combattre l'âgisme et les discriminations liées à l'âge, ainsi qu'à renforcer la générosité des aides publiques. En France, par exemple, nous avons des aides publiques encore très généreuses pour les soins et les séjours en EHPAD, mais elles restent bien moins importantes pour les soins à domicile.

Les pays qui obtiennent de meilleurs résultats ont souvent réussi à amorcer un processus de désinstitutionnalisation des soins. Cela signifie qu'ils ont mis en place des politiques visant à privilégier les soins à domicile plutôt que des soins en institution ou hospitalo-centrés. Ce sont des pays qui se sont posé la question de développer des soins autour de la notion de valeur.

La valeur des années d'espérance de vie gagnées

Cela nous amène à nous poser une autre question clé : quelle est la valeur des années d'espérance de vie gagnées depuis les années 1950 ? Nous avons en effet gagné 15 ans d'espérance de vie en moyenne, mais ces années ont-elles véritablement de la valeur ? Sont-elles des années vécues dans de bonnes conditions de vie ?

Pour y répondre, il est essentiel de comprendre les attentes des individus. Qu'est-ce qu'il fait qu'elles sont heureuses dans la vie de tous les jours ? Ce questionnement est au cœur de nos travaux de recherche au sein de la chaire AgingUP. Cette année, nous lançons une grande enquête internationale pour déterminer ce qui donne de la valeur à ces années supplémentaires, tant en termes de soins, de prévention que de financement. Nous cherchons à savoir si les services proposés aujourd'hui, et qu'on leur proposera demain avec les politiques qu'on mettra peut-être en place si on arrive à faire la réforme du vieillissement, la réforme du grand âge, correspondent réellement à leurs attentes.

Conclusion

Cette enquête bénéficie du soutien de plusieurs organisations internationales, dont l'OCDE et les Nations Unies, qui sont convaincues de la pertinence de remettre les individus au centre des décisions. Nous progressons dans cette démarche, mais il reste encore beaucoup à découvrir pour mieux comprendre.

Thomas Rapp

Chronique permanente « Clinique éthico-juridique »

Refus de transfusion sanguine : « Qui aime bien trahit bien ». Le cas clinique de Géraldine

Scarlett-May Ferrié

Maître de conférences en droit à CYU, Chargée de mission au Centre d'éthique clinique de l'AP-HP

Résumé

Cette rubrique permanente offre un regard à la fois juridique et éthique sur des cas cliniques, en montrant quelles peuvent être parfois les carences et les difficultés du droit pour répondre aux situations concrètes et délicates de certains patients. Cette fois, les cas de deux patients sont abordés, dans lesquels se posent les questions de l'arrêt du traitement et de la pertinence de la notion juridique d'obstination déraisonnable.

Mots-clés

Refus de soin – Autonomie – Intégrité professionnelle.

Abstract

This ongoing feature takes a legal and ethical look at clinical cases, showing how the law can sometimes be deficient and difficult to respond to the concrete and delicate situations of certain patients. This time, the cases of two patients are examined, raising the questions of stopping treatment and the relevance of the legal notion of unreasonable obstinacy.

Keywords

Refusal of care – Autonomy – Professional integrity.

Géraldine a 46 ans, elle est cadre commercial et élève seule sa fille de 10 ans. Son chirurgien thoracique lui a conseillé de se faire opérer pour retirer une tumeur bénigne qui, située entre ses poumons, conduit à ce qu'elle soit très essoufflée. Bien que l'intervention ne soit pas vitale, la retarder pourrait conduire à ce que la masse évolue et rendre son exérèse plus difficile à l'avenir. Véritablement gênée dans son quotidien, Géraldine accepte le principe de l'opération, elle est même désireuse que l'intervention ait lieu rapidement pour profiter des vacances scolaires et ne pas gêner la rentrée de sa fille, mais précise qu'elle refuse toute transfusion sanguine car ce serait pour elle « *une trahison* ». Elle vit en effet selon les préceptes des témoins de Jéhovah, elle a été éduquée ainsi par ses deux parents. Il y a trois ans, Géraldine avait d'ailleurs déjà exprimé le même refus pour une autre opération et y avait consenti seulement parce que sa chirurgienne de l'époque lui avait indiqué que le risque hémorragique était quasiment

nul. Mais, cette fois, la tumeur est volumineuse, très irriguée et difficilement accessible, le chirurgien a été très clair sur la réalité du risque d'hémorragie. Face à cette information, Géraldine n'a pas changé son positionnement : elle accepte l'opération mais refuse la transfusion. Elle a alors confié qu'elle se sentait soit une mauvaise mère – en prenant le risque de mourir – soit une mauvaise croyante – en acceptant d'être transfusée puis a ajouté : « *J'ai fait le choix et c'est difficile d'être une mauvaise mère* »¹.

Le chirurgien est prêt à respecter la volonté de Géraldine mais préfère en discuter au préalable avec le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP. Il se demande notamment si le principe du respect de l'autonomie peut à lui seul justifier de ne pas transfuser Géraldine et souhaiterait donc que la situation soit discutée à travers l'ensemble des principes d'éthique médicale de Beauchamp et Childress².

Le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP est à la disposition des patients, leurs proches et des équipes soignantes, en cas de difficulté éthique sur une prise en charge médicale. Son avis est uniquement consultatif. Toutes les parties prenantes sont rencontrées par un binôme médecin-non médecin. Sa démarche est sans *a priori*, tenant compte au même titre de toutes les parties prenantes à la décision. La situation est discutée en pluridisciplinarité avec des soignants (médecins, infirmières, psychologues, *etc.*) et des non soignants, experts en sciences sociales et humaines (juristes, philosophes, sociologues, *etc.*) ou autres représentants de la société civile (associations de patients par exemple), tous formés à l'éthique clinique. Il s'agit d'élargir le champ de la réflexion, considérant que le meilleur intérêt de la personne malade ne se mesure pas toujours en fonction de son seul intérêt médical. Son rôle est ainsi de contribuer à ce que la place de chacun dans le processus soit optimale : celle du patient, voire de ses proches, et celle des soignants mais aussi celle de la société civile³.

Tous les refus de transfusion sanguine ne sont pas exprimés par des témoins de Jéhovah mais cette communauté a indéniablement conduit à interroger la portée des refus d'une transfusion sanguine vitale. En effet, selon leurs préceptes, le sang est le siège de l'âme, de sorte qu'une transfusion rendrait le fidèle impur et compromettrait son salut divin⁴.

Malgré la récurrence de cette question, elle ne s'épuise pas. Le législateur français semblait avoir mis fin au débat en déclarant que le patient a le droit « *de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* » (article L. 1111-4 du Code de la santé publique). La même règle est d'ailleurs au cœur des principes d'éthique biomédicale selon Beauchamp et Childress : le principe du respect de l'autonomie postule que le patient est le meilleur juge de ce qu'il souhaite pour lui-même. Il a pour traduction directe le droit au consentement comme au refus de traitement. Dès lors, il incomberait au médecin de respecter le refus exprimé par les témoins de Jéhovah, peu important les conséquences pour leur santé, voire pour leur vie. Néanmoins, la pratique a montré que le respect de l'autonomie du patient ne suffisait pas à régler le dilemme des médecins et la jurisprudence française a investi l'exception de l'urgence vitale pour pratiquer la politique du "ni-ni", c'est-à-dire ne sanctionner ni le médecin qui respecte la volonté de son patient, ni le médecin qui l'outrepasse pour lui sauver la vie⁵. Impuissant à régler la question, le droit s'en remet à l'appréciation du médecin et renforce *in fine* le pouvoir médical que la consécration du droit au refus de soin visait pourtant à contrer.

1 - Le discours de Géraldine comportait naturellement davantage de détails, nous n'avons conservé que ce qui était de nature à illustrer notre propos sans pour autant trahir le sien.

2 - T. Beauchamp et T. Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les belles lettres, 2008.

3 - <https://ethique-clinique.aphp.fr/dvd-du-centre/>.

4 - Voir en ce sens : « *Que dit-elle [la Bible] de l'utilisation du sang par les humains ? Explique-t-elle comment des vies peuvent être sauvées grâce au sang ? La Bible montre clairement que le sang est plus qu'un liquide biologique complexe. Plus de 400 fois elle emploie le mot, et dans quelques cas il est question de sauver des vies. L'une des premières fois où l'on rencontre ce mot, le Créateur déclare : "Tout ce qui remue et qui vit pourra vous servir de nourriture (...). Cependant vous ne devez pas manger la viande qui contient encore la vie, c'est-à-dire le sang."* Il ajoute : "Votre sang aussi, qui est votre vie, j'en demanderai compte", puis il condamne le meurtrier (Gn 9, 3-6). » Site des Témoins de Jéhovah, Le sang : essentiel à la vie, [en ligne], <https://www.jw.org/fr/bibliothèque/livres/Comment-le-sang-peut-il-vous-sauver-la-vie/Le-sang-essentiel-à-la-vie/>.

5 - F. VIALLA, « Refus transfusionnel », *Médecine et Droit*, Vol. 2022 : « *Après une vingtaine d'années de répit, l'ordonnance rendue le 20 mai 2022 par le juge des référés du Conseil d'État remet sous les feux de l'actualité la question du refus transfusionnel émis par les témoins de Jéhovah. Entre les décisions de 2001 et 2002 et celle de 2022 le corpus législatif et réglementaire a considérablement renforcé les droits des patients, consolidant toujours l'autonomie de la personne. Bien que le refus de traitement soit clairement affirmé, la Haute juridiction administrative n'en maintient pas moins sa position* ». Sur la portée des décisions administratives rendues après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 voir not. Y. LACHAUD, « Le droit au refus de soins après la loi du 4 mars 2002 : premières décisions de la juridiction administrative », *Gaz. Pal.* 17 décembre 2002, p. 19 et s.

Dans de telles circonstances, il est étonnant que la Cour européenne des droits de l'homme n'ait été amenée à se prononcer que très récemment, première saisine qui l'a conduite à condamner l'Espagne pour non-respect de l'autonomie d'une patiente témoin de Jéhovah. Sur le fondement de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme protégeant le droit au respect de la vie privée, la Cour juge ainsi que le « *processus décisionnel* » conduisant à transfuser une patiente malgré son refus « *a pûti de l'omission d'informations essentielles concernant l'enregistrement des souhaits de la requérante, lesquels avaient été consignés par écrit sous différentes formes et à différents moments* »⁶.

Il n'est toutefois pas certain que la saga judiciaire du respect des refus de transfusion s'achève ici, notamment parce qu'imposer le traitement reste jugé légitime lorsqu'existent « *des motifs raisonnables de mettre en doute la décision* »⁷. Que ranger derrière ce motif raisonnable ? Quel est le moyen de disqualifier la volonté exprimée par un patient ? Cette ambition n'est-elle pas porteuse d'un paternalisme qui ne dirait pas son nom ? Telles sont exactement les interrogations qu'illustre l'histoire de Géraldine.

Les subtilités de la volonté ont du mal à entrer dans le cadre rigide du droit. Pour reprendre les termes de Géraldine, tout est ici affaire de « *trahison* ». Si Géraldine accepte la transfusion, elle trahit sa religion mais, si elle la refuse, elle trahit sa conscience maternelle. La situation du chirurgien n'est guère plus enviable : s'il accède à la volonté de sa patiente, il trahit une certaine vision de l'intégrité médicale mais, s'il la transfuse contre son gré, il trahit la confiance que Géraldine a placée en lui. Géraldine a déjà choisi : elle assume d'être une mauvaise mère à ses yeux en refusant la transfusion. Elle n'est pas la seule, d'autres, à d'autres occasions avaient exprimé le même choix : « *Ma vie avec Dieu passe avant ma vie avec mes enfants* »⁸. Le dernier mot appartient donc à son chirurgien pour qui il est sans doute tentant de sortir du dilemme en effaçant un terme : si la volonté de Géraldine n'est pas le reflet de son autonomie, alors il ne la trahit pas en la transfusant **(I)**. Néanmoins l'artifice est grossier et il serait plus honnête de considérer qu'il faut composer avec l'autonomie de Géraldine **(II)**.

I. Disqualifier l'autonomie du patient

Face à une volonté dont l'objet interroge, perturbe, dérange, l'instinct du médecin – et de quiconque – peut l'amener à douter de son authenticité. Peut-on sciemment préférer mourir que d'être transfusé ? Une réponse négative permettrait de disqualifier la volonté du sujet et de sortir ainsi du giron du principe d'autonomie et par là, du dilemme.

Dans cette perspective, le premier argument mobilisé réside souvent dans le support religieux de la volonté des témoins de Jéhovah. Toutefois, si l'argument avancé est celui de l'influence des croyances religieuses, il ne saurait être un argument d'autorité pour écarter systématiquement la volonté exprimée en son nom. Au contraire, l'exercice de la liberté religieuse a toute sa place dans la relation de soin, instant où le patient vulnérable peut puiser sa force dans ses croyances⁹. Pour Géraldine, sa croyance dans les préceptes des témoins de Jéhovah est constitutive de son identité et, partant, de l'exercice de son autonomie. Elle a été élevée ainsi et ne peut ni faire ni penser « sans ». Telle est sans doute la conception de la Cour européenne lorsqu'elle interprète le droit au respect de la vie privée (art.8) à la lumière de la liberté religieuse (art.9) pour juger que « *les souhaits (...) trouvaient leur origine dans sa fidélité aux engagements délivrés par sa communauté religieuse* »¹⁰. De même, si l'argument est celui de l'influence de la communauté religieuse à laquelle le patient appartient, cela revient à le considérer fatalement sous emprise. Juridiquement, cela irait à l'encontre de la jurisprudence qui dément le caractère sectaire des témoins de

6 - CEDH, « Pindo Mulla contre Espagne », req. n°15541/20, §182.

7 - CEDH, « Pindo Mulla contre Espagne », req. n°15541/20, §149. La Cour avait déjà jugé que, si le patient peut diriger le cours de sa vie au point de la mettre en danger, la question de l'authenticité d'un refus de traitement médical était une préoccupation légitime. V. CEDH, « Les témoins de Jéhovah de Moscou et autres contre Russie », 10 juin 2020, req. 302-02, §138.

8 - Ce verbatim est issu d'une étude menée par le Centre d'éthique clinique (CEC) auprès de Témoins de Jéhovah. V. S.-M. Ferrié, Ch. Aimé, D. Berthiau, N. Foureur, « Refus de transfusion : quelle est la juste place du principe de respect de l'autonomie? », in *Médecines&Sciences* 2024; 40 : 550-4.

9 - D'autant plus qu'il est par ailleurs admis que « *L'adaptation des pratiques professionnelles aux pratiques culturelles ou religieuses du patient est considérée par les soignants comme un aspect important de leur métier, dont l'objectif est de réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles.* », C. Bertossi, « La « diversité » à l'hôpital. Identités sociales et discriminations raciales dans une institution française », *Étude du Centre Migrations et Citoyennetés de l'Ifri*, 2011, p. 3.

10 - CEDH, « Pindo Mulla contre Espagne », req. n°15541/20, §97.

Jéhovah¹¹. C'est en outre contraire aux résultats d'une enquête menée par le Centre d'éthique clinique auprès de témoins de Jéhovah refusant la transfusion qui montre qu'ils ne peuvent être considérés *in abstracto* sous emprise¹².

D'autres arguments ne sont pas propres aux témoins de Jéhovah. Il s'agit par exemple de considérer que la volonté exprimée en amont n'équivaut pas à celle qui serait exprimée concomitamment à la prise de décision, or le patient est inévitablement dans l'impossibilité de réitérer son refus une fois sur la table d'opération. Le doute sur la constance de la volonté est bien sûr permis mais c'est alors tout procédé d'expression anticipée de la volonté qu'il faudrait remettre en question, à contre-courant de l'évolution actuelle qui a notamment rendu les directives anticipées contraignantes pour favoriser le respect de l'autonomie du patient¹³. Dans le même ordre d'idée, l'argument de l'urgence ne devrait pas pouvoir contrer la volonté exprimée. Certes, l'article 16-3 du Code civil comme l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique érigent tous deux l'urgence en exception à l'exigence cardinale du recueil du consentement¹⁴, mais l'anticipation n'est-elle pas de nature à déjouer l'urgence ? Géraldine ne saurait être prise au dépourvu par son état puisqu'elle a justement devancé son état d'empêchement pour être certaine que sa volonté soit entendue quelles que soient les circonstances. Dans son passé, elle avait même changé d'hôpital après que le premier anesthésiste rencontré lui eut fait savoir qu'il la transfuserait si nécessaire quand bien même elle le refuserait expressément avant d'être opérée. Il faudrait alors entendre l'exception de l'urgence comme une exception pragmatique en ne l'appliquant qu'à deux conditions cumulatives : l'impossibilité de recueillir le consentement *in situ* et l'absence d'expression d'un choix en amont¹⁵. A ce sujet, la CEDH a précisé que les directives anticipées n'ont pas l'obligation d'être contraignantes mais que, si l'État membre opte pour la contrainte, ce choix doit atteindre son objectif, objectif que l'urgence largement entendue pourrait compromettre¹⁶.

Sans nier que la volonté de tout un chacun peut être ambivalente, influencée, floue, versatile, les tentatives décrites ici pour réfuter l'autonomie d'un patient apparaissent surtout comme des stratagèmes pour l'écarter lorsqu'elle ne correspond pas à ce que le médecin juge bon pour son patient. Ecarter faussement l'autonomie ne détruit pas le dilemme et la trahison n'en sera pas moins douloureuse pour Géraldine. Quitte à trahir, peut-être faudrait-il le faire plus franchement en admettant que, si autonomie il y a bien, elle n'est pas toute puissante ?

II. Dépasser l'autonomie du patient

La spécificité du refus de soin exprimé par Géraldine est qu'il n'a pas pour objectif de mettre fin à ses jours. En cela, il diffère de la demande de suicide assisté exprimée par Madame Pretty et qui a conduit à la consécration européenne du droit à l'autonomie personnelle¹⁷. Géraldine souhaite être opérée, elle souhaite être guérie, elle accepte tous les traitements appropriés pour cela sauf...la transfusion sanguine. Dès lors, et contrairement aux patients qui réclament une aide à mourir, il peut apparaître bienfaisant de lui permettre de vivre. La transfusion pourrait alors avoir lieu mais au nom du principe de bienfaisance : faire du « bien », « soulager », telle est la motivation première de tout acte de soin « *sans laquelle soigner perd son sens* »¹⁸. Comprenons-nous bien. Il ne

11 - V. CEDH, 30 juin 2011, Association les Témoins de Jéhovah contre France, req. n° 8916/0511 ; CE, *Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie c/ Association Locale pour le culte des Témoins de Jéhovah de Clamecy*, 23 juin 2000, n° 215109. V. également CEDH, « Les témoins de Jéhovah de Moscou et autres contre Russie », 10 juin 2020, req. 302-02 : « Rien ne montre que la communauté requérante ait exercé des pressions inappropriées ou une influence induite sur ses membres ».

12 - V. S.-M. Ferrié, Ch. Aimé, D. Berthiau, N. Foureur, « Refus de transfusion : quelle est la juste place du principe de respect de l'autonomie? », *in Médecines&Sciences* 2024 ; 40 : 550-4.

13 - Article L. 1111-11 al. 3 du CSP et S. Rameix, « Libres propos », les Cahiers du CCNE, p. 23 : « L'attitude autonome consiste à penser que si l'autonomie ne peut s'exercer directement, elle existe cependant (...). On doit donc en chercher les expressions indirectes ».

14 - On retrouve la même exception, appliquée à l'obligation d'information, à l'article L. 1111-2, al. 2 du CSP.

15 - Sur ce point V. S.-M. Ferrié, « L'autonomie : à la vie à la mort. Etude de l'anticipation de la volonté dans le projet de naissance et les directives anticipées », *RJPF* 2021, p. 5.

16 - CEDH, « Pindo Mulla contre Espagne », req. n°15541/20, §156.

17 - Dans l'affaire *Pretty contre Royaume-Uni*, la requérante, âgée de quarante-trois ans, était atteinte d'une maladie dégénérative, mortelle et incurable, provoquant une altération des cellules qui commandent notamment les muscles respiratoires. La mort, survenant généralement à la suite d'une insuffisance respiratoire, est particulièrement douloureuse et jugée indigne par la plaignante. La requérante, se trouvant à un stade avancé de la maladie, souhaitait s'éviter une telle fin en choisissant le moment et les modalités de sa mort. Les capacités intellectuelles de Madame Pretty étant intactes, elle demandait au *Director of Public Prosecutions* de s'engager à ne pas poursuivre son mari dans l'hypothèse où celui-ci l'aiderait à mourir. En d'autres termes, elle souhaitait bénéficier d'une assistance au suicide. CEDH, *Pretty contre Royaume-Uni*, 29 avril 2002, req. n° 2346/02, § 7, *JCP* 2002, I, p. 157, obs. F. Sudre; *RJPF*, 2002, p. 11, obs. E. Garaud ; *Deffrénois*, 2002, p. 1131, obs. Ph. Malaurie; *RTD civ.*, 2002, p. 858, obs. J.-P. Margaud ; *RTDH*, 2003, p. 71, note O. De Schutter.

18 - V. Fournier, N. Foureur, *Ethique clinique. Aide-mémoire*, Dunod, 2021, p. 124.

s'agit pas de considérer que la volonté de Géraldine est trop ambiguë pour légitimer son refus. Sa volonté, comme celle de Madame Pretty, est nette. En revanche, aller à l'encontre de la volonté de mourir de Madame Pretty irait à la fois à l'encontre de son autonomie et du principe de non-malfaisance tandis que, aller à l'encontre du refus de transfusion de Géraldine contredirait son autonomie mais alimenterait la bienfaisance.

En réalité, le principe de bienfaisance justifie déjà souvent les décisions, au moins de manière implicite. Lors de la première opération de Géraldine, la chirurgienne qui a souscrit à sa volonté l'a fait car elle savait le risque hémorragique nul : c'est la bienfaisance qui était à l'œuvre et non l'autonomie. De même, le second chirurgien de Géraldine a indiqué qu'il serait plus facile pour lui de s' « *engager dans une opération qui devient indispensable* » car alors le pronostic vital est en jeu en tout état de cause. Dans cette situation, accepter de ne pas transfuser un patient plutôt que de le voir décéder de son refus d'être opéré est - avant toute autre chose - lui donner une chance de vivre : là aussi, la bienfaisance guide la décision.

Il nous semble que la décision serait mieux motivée en se fondant explicitement sur le principe de bienfaisance plutôt qu'en cherchant des échappatoires à l'autonomie. Cela étant, une application extensive du principe de bienfaisance pourrait remettre en question l'intégralité des refus de transfusion. Il est donc primordial de continuer à apprécier la balance entre le respect de l'autonomie et le principe de bienfaisance au cas par cas. Ici pourrait notamment peser le jeune âge de Géraldine, le fait qu'elle élève seule sa fille, que ses parents la soutiendront même s'il y a une transfusion, qu'elle n'est pas baptisée, que sa vie n'est pas en jeu *etc.*

Face à un tel dilemme, on comprend que le médecin se refuse à laisser mourir le patient sur la table d'opération mais c'est précisément parce que le dilemme est réel qu'il est vain de vouloir l'effacer en disqualifiant l'autonomie. Dès lors, si la « trahison » est parfois inévitable en vertu de la bienfaisance, elle doit être solidement et honnêtement justifiée pour être acceptable. Un médecin qui « aime bien, trahit bien ».

Scarlett-May Ferrié

Personnes et santé

Santé mentale de l'enfant : la complexe question du consentement en pédopsychiatrie

Adélie Cuneo

Juriste à l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

Résumé

Le consentement aux soins chez les mineurs est un problème complexe, impliquant l'enfant lui-même mais également ses représentants légaux. A travers cet article, traitant de cette problématique spécifiquement appliquée aux soins psychiatriques, nous nous intéresserons, d'une part, à la place des parents, titulaires de l'autorité parentale, dans la prise en charge de la santé mentale de l'enfant ainsi que, d'autre part, au rôle de l'enfant en la matière.

Mots-clés

Mineurs – Soins psychiatriques – Autorité parentale – Consentement aux soins.

Abstract

Consent to care for minors is a complex issue, involving both the child and his or her legal representatives. In this article, which deals with this issue as it applies specifically to psychiatric care, we look at the role of parents, as holders of parental authority, in the management of a child's mental health, as well as the role of the child in this area.

Keywords

Minors – Psychiatric care – Parental authority – Consent to care.

Depuis longtemps déjà, et plus encore depuis la pandémie de Covid-19¹, la question de la santé mentale des jeunes apparaît comme un véritable enjeu de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 14 % des personnes âgées de 10 à 19 ans souffriraient de troubles mentaux² à l'échelle planétaire, et, en France, les maladies dites « mentales » seraient les plus lourdes de conséquences pour les jeunes³. Dans un rapport de 2023 consacré à la pédopsychiatrie, la Cour des comptes indique également que « *les besoins de prise en charge spécialisée pour troubles psychiques concerneraient en France environ 600 000 à 800 000 enfants et adolescents de moins de 18 ans* »⁴. En pratique, chaque année, près de 500 000 mineurs sont pris en charge dans le secteur hospitalier psychiatrique⁵, 160 000 dans des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), 140 000 par des psychiatres et des

1 - V. en ce sens Rapport « Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes » - 5e rapport / Septembre 2022 et Drees « Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins de santé mentale entre mars 2020 et juillet 2021 » Études et résultats, 20/06/2023, n° 1271.

2 - World Health Organization, « Santé mentale des adolescents », 17 novembre 2021 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>).

3 - Selon le rapport du HCFEA « Quand les enfants vont mal : comment les aider ? » du 7 mars 2023, « pour les jeunes âgés de 5 à 14 ans [...] ce sont les maladies dites mentales qui ont les conséquences les plus importantes [et] pour la tranche d'âge allant de 15 à 29 ans, les maladies mentales dominant encore plus largement ».

4 - Rapport de la Cour des comptes « La pédopsychiatrie – Un accès et une offre de soins à réorganiser », mars 2023.

5 - Selon l'ATIH, en 2023, il y a eu 487 000 patients âgés de moins de 18 ans, ce qui représente 22% des patients pris en charge.

pédopsychiatres de ville et un nombre indéterminé par des psychologues libéraux⁶. Par ailleurs, le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfant et de l'Age (HCFEA) a signalé une augmentation majeure de la prise de psychotropes par les enfants et les adolescents⁷.

Bien loin d'être anecdotique donc, la question de la prise en charge de la souffrance psychique des enfants et des adolescents est source de réflexion au niveau international et européen⁸ mais aussi national⁹.

Outre les questions d'ordre organisationnel et financier, la psychiatrie – et a fortiori la pédopsychiatrie – soulève des questionnements éthiques relatifs aux droits et libertés des patients.

Lorsque le patient est « juridiquement capable », ceux-ci se posent essentiellement pour les soins psychiatriques contraints puisque le législateur a expressément prévu que les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques « librement consentis » sont titulaires des mêmes droits que les autres patients¹⁰.

En revanche, lorsque le patient est « juridiquement incapable », par exemple du fait de sa minorité, les questions éthiques se posent également en cas de soins dits « libres ». S'agissant des mineurs, ce sont alors les représentants légaux – son ou ses parent(s) ou son tuteur –, exerçant l'autorité parentale, qui prendront les décisions relatives à sa personne afin de « *le protéger dans sa sécurité, sa santé, sa vie privée et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* »¹¹. Ainsi, ce sont eux qui consentiront ou non à un suivi psychiatrique ou psychologique, à l'administration de psychotropes ou encore à une prise en charge dans un établissement de santé mentale. Sur ce dernier point, la Cour de cassation¹² a d'ailleurs rappelé que l'hospitalisation complète à la demande des représentants légaux est assimilée à des soins libres.

Que l'enfant ou l'adolescent soit pris en charge ponctuellement par un praticien de ville ou fasse l'objet d'une hospitalisation, son statut très particulier pousse à s'interroger sur l'encadrement juridique de la prise en charge de sa santé mentale. La relation traditionnelle de soins bipartite – soignant/soigné – fait ici place à une forme de relation tripartite – représentants légaux/soigné/soignant –, avec toutes les difficultés que cela peut engendrer.

Nous nous demanderons donc si la place accordée par le système juridique actuel, d'une part aux parents **(I)**, d'autre part, aux enfants **(II)** permet réellement de concilier les droits des uns et des autres.

I. Une place des parents dans la prise en charge de la santé mentale de l'enfant mineur en pratique incertaine

De prime abord, la règle semble sans ambiguïté : sauf exception, le praticien qui prodigue des soins à un mineur doit recueillir le consentement de ses représentants légaux. Pourtant, en pratique, la mise en œuvre n'en est pas si simple : elle se heurte, d'une part, à l'absence de définition de ce qui constitue l'« acte usuel » **(A)** – notion pourtant clé pour les parents entre eux mais aussi pour les tiers – et, d'autre part, aux limites **(B)** que le législateur y a posées.

6 - Rapport de la Cour des comptes « La pédopsychiatrie – Un accès et une offre de soins à réorganiser », mars 2023, *op. cit.*

7 - Selon le rapport du HCFEA « Quand les enfants vont mal : comment les aider ? » du 7 mars 2023, entre 2010 et 2021 l'estimation de la prévalence de la consommation de psychotropes chez l'enfant a connu l'évolution suivante :

- + 179 % pour les antidépresseurs et les normothymiques ;
- + 148 % pour les psychostimulants ;
- + 114 % pour les antipsychotiques ;
- + 35 % pour les hypnotiques et les anxiolytiques.

8 - A titre d'exemple, on peut citer le « Plan global d'action pour la santé mentale 2013-2030 » de l'OMS, le rapport de l'European network of ombudspersons for children (ENOC) « La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe » de 2018 ou encore celui de l'Unicef « La situation des enfants dans l'Union européenne en 2024 ».

9 - La santé mentale des jeunes est abordée dans le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033. Elle fait également l'objet de l'étude Enabee lancée en 2022 par Santé publique France.

10 - Article L. 3211-2 du code de la santé publique : une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

11 - Article 371-1 du code civil.

12 - Cass., 1^{ère} civ., Avis du 18/05/2022, n° 22-70.003.

A. La délicate qualification de l'acte usuel en matière de santé mentale

Si la loi prévoit que l'exercice de l'autorité parentale est partagé par les deux parents et s'exerce en commun¹³, l'accord des deux parents n'est en réalité pas sollicité pour tous les actes de la vie courante de l'enfant : seuls les actes dits « non-usuels » nécessitent le double consentement¹⁴. Le législateur n'ayant pas donné de définition précise de ce qu'est un « acte usuel », la jurisprudence¹⁵ ainsi que la doctrine¹⁶ en ont dessiné les contours.

S'agissant de la santé de l'enfant, néanmoins, une circulaire a précisé que les actes usuels sont des « *prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement)* »¹⁷. Comme pour les autres domaines, nulle énumération légale ou réglementaire mais des exemples apportés par les juridictions civiles, administratives mais aussi ordinaires : quelques jurisprudences relatives à la prise en charge de la santé mentale de l'enfant permettent en effet de préciser ce qu'est l'acte usuel en psychiatrie, et donc de déterminer, selon les cas de figure, le rôle du parent.

Les juges, quels qu'ils soient, semblent distinguer la prise en charge ponctuelle ou urgente de la prise en charge récurrente. Ainsi, quelques consultations auprès d'un psychologue constitueraient un « *acte usuel de prévention de la santé mentale* »¹⁸, de même que quelques consultations dans une unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent¹⁹, tandis qu'une prise en charge plus régulière serait un acte « non usuel ». Une interprétation que confirme la Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues (CNCDP) pour laquelle « *une consultation ordinaire fait partie d'un acte usuel et ne nécessite pas l'autorisation des deux parents, alors qu'une intervention ou une psychothérapie est un acte non usuel* »²⁰. Néanmoins, la frontière reste floue : pour la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, la psychiatre qui a suivi un enfant de manière régulière, puis épisodiquement, puis à nouveau de manière régulière durant plus de six mois « *n'a réalisé que des actes usuels* » et donc ne peut se voir « *reproch[er] de n'avoir pas averti le père de l'enfant de ce qu'elle avait été amenée à le consulter ni de ne pas l'avoir informé de son état de santé* »²¹ tandis que la psychiatre qui reçoit une enfant pour trois consultations en l'espace de deux mois sans informer le père qu'elle prend sa fille en charge en tant que médecin pédopsychiatre méconnaîtrait les dispositions de l'article R. 4127-42 du code de la santé publique, « *l'initiative d'une telle prise en charge ne [pouvant] être regardée comme un acte usuel pouvant être effectué par un seul des deux parents en application de l'article 372-2 du code civil* »²².

Si la question de la qualification d'acte « usuel » se pose pour une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre – ponctuelle ou périodique – il est naturel que ce soit également le cas pour une hospitalisation dans un service (pédo-)psychiatrique.

Certes, l'article L. 3211-10 du code de la santé publique pourrait laisser supposer qu'une admission en soins psychiatriques n'est pas un acte usuel : en effet, il précise que « *la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur [...] [est demandée] par les personnes titulaires de l'autorité parentale* » et non par une seule d'entre elles (ce qui pourrait être le cas s'il s'agissait d'un acte usuel). Dans le même sens, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) semble favorable à la qualification d'acte non-usuel, arguant qu'une « *hospitalisation en psychiatrie ne saurait [...] constituer un acte usuel, soumis au consentement d'un seul parent* »²³. Cependant, la jurisprudence apparaît, là encore, moins catégorique. Comme pour le suivi psychologique ou psychiatrique, les faits de l'espèce

13 - Article 372 code civil.

14 - Article 372-2 du code civil : A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.

15 - CA Aix-en-Provence, 28/10/2011, n° 11/00127 : « *[les actes usuels sont] des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant, qui ne donnent pas lieu à une appréciation de principe essentielle et ne présentent aucun risque grave apparent pour l'enfant* ».

16 - Rapport Léonetti « *Intérêt de l'enfant, autorité parentale et droits des tiers* », 2009 : « *c'est à la jurisprudence d'apprécier, dans chaque cas d'espèce, s'il s'agit d'un acte usuel ou bien d'un acte grave, inhabituel, pour lequel une décision collégiale s'impose* ».

17 - Circulaire 19/10/2009, n° DHOS/F4/2009/319.

18 - CA Aix-en-Provence, 28/10/2011, *op. cit.*

19 - TA Paris 13/12/2011, n°1002822/6-3.

20 - Avis CNCDP 2009-11.

21 - Décision chambre disciplinaire nationale, Ordre des médecins, 19/04/2013, n°11453.

22 - Décision chambre disciplinaire nationale, Ordre des médecins, 22/09/2020, n°13950.

23 - Rapport du CGLPL « *Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé* », 2017, *op. cit.*

sont primordiaux : tantôt l'hospitalisation d'un enfant en vue d'une prise en charge psychiatrique nécessite l'accord préalable des deux parents²⁴, tantôt non²⁵.

Une fois l'enfant pris en charge par un professionnel de la santé mentale ou admis en soins psychiatriques libres, il n'est pas rare que des traitements médicamenteux soient mis en œuvre. Le rôle des parents ne s'arrêtant pas à l'entrée dans le parcours de soins, leur consentement reste là aussi nécessaire... et la question de savoir si la prescription dudit traitement est un acte usuel ou non usuel est essentielle. Rares sont les arrêts relatifs à la prescription de médicament à un mineur et plus rares encore celles relatives à la prescription de psychotropes. Si les juridictions ordinaires ont été amenées à se prononcer sur la prescription d'antidépresseurs²⁶ et d'anxiolytiques²⁷ à des mineurs, une seule jurisprudence – à notre connaissance – a été rendue par la Haute juridiction administrative en la matière. Avec cet arrêt²⁸, le Conseil d'État indique formellement que la prescription d'antidépresseur n'est pas un acte « usuel ».

Bien que l'absence de définition légale des actes « usuels » et « non usuels » s'agissant de la santé de l'enfant – notamment des soins psychiatriques – ne soit à l'origine que de rares contentieux, elle n'en est pas moins source d'incertitude pour les acteurs en présence. La recommandation de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) de clarifier la distinction entre actes « usuels » et « non usuels », formulée dans un rapport consacré à la protection de l'enfance²⁹, pourrait légitimement être transposée au secteur de la santé.

La résolution de l'épineuse question de savoir si le double consentement est requis ou non ne met pas fin aux interrogations relatives au consentement aux actes de diagnostic, de prévention ou de soins dont l'enfant pourrait faire l'objet. En effet, en matière de santé mentale – comme dans les autres secteurs de la santé – les droits des parents, nous le verrons, ne sont pas absolus.

B. Les limites du droit des parents à refuser les soins pour leur enfant mineur

« Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ». Ainsi l'article R. 4127-36 du code de la santé publique confère-t-il au patient un droit de refuser les soins, corollaire du droit à y consentir. Se pose alors la question de savoir si les parents, lesquels consentent en lieu et place³⁰ de l'enfant mineur, peuvent refuser un acte de prévention de diagnostic ou de soins comme s'ils en étaient le bénéficiaire.

Si l'on s'interroge sur la portée du refus des parents, il semble judicieux de distinguer le refus qui émane d'un seul des parents de celui qui émane des deux. Lorsqu'un acte de prévention, de diagnostic ou de soin est proposé à l'enfant, le premier cas de figure auquel les soignants peuvent se voir confrontés est celui du refus d'un des deux titulaires de l'autorité parentale. Une telle opposition peut concerner un acte « non-usuel » : le parent peut alors exprimer son refus au moment où son consentement est demandé. Elle peut également concerner un acte usuel : le parent peut exprimer son refus au cours de la prise en charge³¹ mais également avant – rappelons que la présomption d'accord n'est valable que si le tiers est de bonne foi, c'est-à-dire s'il n'a pas connaissance de

24 - TA Versailles (Yvelines), 19/02/2016, non publié : en l'espèce, le tribunal indique que « le placement d'un enfant de neuf ans en unité psychiatrique ne peut être considéré comme un acte usuel de l'autorité parentale ».

25 - Décision chambre disciplinaire nationale, Ordre des médecins, 17/10/2012, n°11446 : les hospitalisations de courte durée d'une adolescente en hôpital psychiatrique et le traitement ordonné, effectués avec l'accord de la patiente et le consentement de sa mère présentent le caractère d'un acte usuel.

26 - Décision chambre disciplinaire nationale, Ordre des médecins, 29/10/2014 n° 11037 bis.

27 - Décision chambre disciplinaire nationale, Ordre des médecins, 21/12/2018, n° 13446.

28 - CE, 07/05/2014, n° 359076.

29 - CNCDH - Avis « Le respect de la vie privée et familiale en protection de l'enfance », 26/05/2020.

30 - Il s'agit ici d'un consentement juridique : « [les parents] ne consentent pas au sens moral du terme puisqu'en réalité on ne peut consentir à la place d'un autre » - Cf. R. Cremer et alii « Consentement éclairé de l'enfant – Les droits des parents ne sont ni sacrés ni inaliénables », La revue du praticien, février 2020, vol. 70.

31 - Décision chambre disciplinaire nationale, Ordre des médecins, 23/01/2024, n°15600 : en l'espèce, un médecin prenait en charge une enfant à la demande du père. La mère de l'enfant lui a rapidement fait part de son opposition à la poursuite de la prise en charge. Ce dernier ayant continué s'est vu infliger un blâme.

l'opposition du second parent³². En pratique, lorsqu'il s'agit de la santé de l'enfant, les désaccords entre les titulaires de l'autorité parentale peuvent être nombreux et divers (choix du médecin³³, vaccination³⁴, traitement³⁵, intervention chirurgicale³⁶ ...). Dans de telles circonstances – notamment lorsque le conflit est antérieur à l'acte médical et donc en empêche la réalisation – il est important de trancher dans un sens ou dans l'autre.

Jusqu'en 2002, c'était au juge aux affaires familiales que le code civil³⁷ confiait expressément cette mission. Depuis l'abrogation de l'article 371-1-1 de ce code, la saisine du juge aux affaires familiales n'est plus prévue stricto sensu que pour statuer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale, sur la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant ainsi que sur son droit à l'image³⁸. Cette modification a conduit une partie de la doctrine à s'interroger sur le maintien de cette possibilité en cas de mésentente des parents, s'agissant par exemple de la santé de l'enfant³⁹. En pratique, quelques jurisprudences récentes témoignent que ce juge continue à se prononcer sur de tels désaccords. Pour l'heure, aucun arrêt à notre connaissance n'a concerné la santé mentale de l'enfant, mais si le juge aux affaires familiales peut se prononcer sur l'administration d'hormones de croissance⁴⁰ ou sur un traitement d'orthodontie⁴¹, il pourrait aussi, à l'avenir, être saisi de la question de la prescription de psychotropes ou d'une prise en charge par un professionnel de la santé mentale.

Le second cas de figure est celui d'une discordance entre parents et soignants. En effet, il n'est pas rare, pour diverses raisons, que les professionnels de santé soient confrontés à une opposition des parents lorsqu'ils proposent, à la suite du diagnostic, un protocole thérapeutique. Quand l'équipe médicale ne parvient pas à convaincre les titulaires de l'autorité parentale de l'utilité des soins proposés, le rôle décisionnaire des parents sera plus ou moins restreint, selon l'incidence du refus du traitement sur la santé de l'enfant.

L'article R. 4127-36 du code de la santé publique précité peut s'appliquer si le refus ne « [met] pas en cause de façon significative la santé du mineur, et [si] l'abstention peut être admise compte tenu du contexte culturel de la famille et de ses convictions propres en matière de santé »⁴², laissant donc aux parents la possibilité de décider pour leur enfant.

Les choses en vont autrement en cas d'urgence ou lorsque l'absence de soins est susceptible d'entraîner de graves conséquences pour la santé de l'enfant : l'article L. 1111-4 du code de la santé publique⁴³ mais aussi l'article 42 du code de déontologie médicale⁴⁴ prévoient expressément que le médecin doit alors prodiguer les soins nécessaires. Le corps médical bénéficie donc, dans ce cadre, d'une marge d'appréciation lorsqu'il s'agit de la prise en charge du mineur, le législateur lui ayant confié la décision de mettre en œuvre ou non la thérapeutique, et ce, sans solliciter le juge. Un choix qui s'explique sans doute par l'importance d'agir – surtout en cas d'urgence – dans un laps de temps le plus court possible mais qui peut également devenir source de contentieux. En effet, excepté dans les situations les plus extrêmes ne laissant aucune place au doute (tentative de suicide, bouffée délirante aiguë, etc.), le concept de « conséquences graves », tout comme celui d'« urgence », peut être sujet à interprétation, comme l'illustre l'arrêt

32 - CA Nîmes, 15/09/2009, n° 07/04215 : en l'espèce, la responsabilité d'un médecin psychiatre est retenue en raison de la délivrance de soins à un enfant mineur alors que le père avait fait connaître son opposition au suivi psychologique de l'enfant par le médecin psychiatre par lettre recommandée avec accusé de réception.

33 - CA Toulouse, 07/17/2000, n° 144843 : en l'espèce, désaccord des parents sur le choix du psychothérapeute.

34 - CE, 04/10/2019, n°417714 : en l'espèce, désaccord des parents sur la vaccination contre le papillomavirus.

35 - CA Montpellier, 02/04/1998, n° 034961 : en l'espèce, désaccord des parents s'agissant d'un traitement contre l'asthme.

36 - CA Paris, 1, B, 29/09/2000, n° 1999/08304 : en l'espèce, désaccord des parents sur la pratique d'une circoncision.

37 - Article 371-1-1 du Code civil (abrogé) : Si les père et mère ne parvenaient pas à s'accorder sur ce qu'exige l'intérêt de l'enfant, la pratique qu'ils avaient précédemment pu suivre dans des occasions semblables leur tiendrait lieu de règle. A défaut d'une telle pratique ou en cas de contestation sur son existence ou son bien-fondé, le parent le plus diligent pourra saisir le juge aux affaires familiales qui statuera après avoir tenté de concilier les parties.

38 - Art. 373-2-6 du code civil.

39 - V. en ce sens M. Bruggeman « Le cadre juridique explicite : l'autorité parentale et la notion d'actes usuels », Journal du droit des jeunes, 2017/8-10 (n° 368-369-370).

40 - Cass. civ. 1, 15 mars 2017, n° 16-24.055 : en l'espèce, la mère qui souhaitait soumettre l'enfant à un traitement médical à base d'hormones de croissance avait saisi le juge aux affaires familiales pour qu'il l'autorise à passer outre le refus du père.

41 - Cass. civ. 1, 14 avril 2021, n°18-26.707 : en l'espèce, la mère a saisi le juge aux affaires familiales afin d'être autorisée à poursuivre les soins d'orthodontie de l'enfant et prendre seule toute décision médicale.

42 - L. Le Treut et T. Krouch « La question du consentement en pédopsychiatrie », Perfectionnement en pédiatrie, Volume 6, Issue 3, Septembre 2023.

43 - Article L. 1111-4 CSP : « Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur [...] risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur [...] le médecin délivre les soins indispensables ».

44 - Article R. 4127-42 CSP : « En cas d'urgence le médecin doit donner les soins nécessaires ».

du Conseil d'État du 7 mai 2014⁴⁵.

Par ailleurs, la décision des parents de s'opposer à la prise en charge peut être remise en cause même en l'absence d'urgence ou de « conséquences graves » puisque le médecin a la possibilité de saisir le ministère public dès lors qu'il y a un risque que la santé ou l'intégrité corporelle du mineur soient compromises par leur refus⁴⁶. L'appréciation de ce risque est laissée d'abord au médecin, puis au Parquet.

En outre, lorsque les conditions sont réunies, l'enfant peut faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement, soit sur demande d'un représentant de l'État, soit pour péril imminent. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un adolescent souffre de troubles psychiatriques compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public mais que les titulaires de l'autorité parentale se révèlent réfractaires au diagnostic et/ou à une prise en charge adéquate⁴⁷.

Cette limitation du rôle des parents, parfois incapables d'agir comme l'exigerait l'intérêt de l'enfant⁴⁸, est accompagnée d'une forme d'autonomisation du mineur, tempérée afin qu'elle ne représente pas un danger pour lui.

II. L'enfant, acteur vulnérable de la prise en charge de sa santé mentale

Si une partie de la doctrine prône une forme d'émancipation sanitaire du mineur, lequel devrait pouvoir se détacher progressivement de ses parents à mesure qu'il grandit, et que plusieurs textes vont en ce sens pour certains aspects de sa santé⁴⁹, ce n'est pas le cas pour la psychiatrie. En matière de santé mentale, l'autonomie du mineur est très relative **(A)**, laissant un rôle clé aux parents et aux professionnels de santé, pour ainsi dire seuls garants de ses droits et libertés **(B)**.

A. L'autonomie relative du mineur en matière de santé

Depuis plusieurs décennies déjà, se développe « l'idée d'établir une relation plus équilibrée entre le médecin et le patient mineur, afin de lui permettre d'exprimer sa volonté tout au long du processus de soin »⁵⁰. En ce sens, comme l'avaient fait, au niveau international, la Convention d'Oviedo⁵¹ ainsi que la Convention internationale des droits de l'enfant⁵², les deux lois adoptées le 4 mars 2002 – la première relative aux droits des malades⁵³ et la seconde à l'autorité parentale⁵⁴ – ont mis l'accent sur l'importance d'associer l'enfant aux décisions le concernant, en fonction

45 - CE, 07/05/2014, *op. cit.* : en l'espèce, le Conseil d'Etat annule la décision de la chambre disciplinaire nationale qui avait estimé que la jeune fille se trouvait dans une situation d'urgence justifiant la prescription d'un antidépresseur et ainsi écarté tout manquement déontologique de la psychiatre, la chambre disciplinaire n'ayant pas révélé d'éléments précis qui justifiaient en quoi cette aggravation était de nature à caractériser, à elle seule, une situation d'urgence.

46 - Article R. 1112-35 CSP : la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur [...] le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

47 - CA Versailles le 13/04/2023 n°23/02203 : en l'espèce, un mineur souffrant d'un délire de persécution et dont les parents, en plein divorce, dénie la maladie est hospitalisé sous contrainte à la demande du préfet.

48 - Les raisons sont multiples : incompréhension, crainte de la maladie, conflits familiaux voire parfois inaptitude à assumer le rôle de parent, comme en témoigne l'histoire de Corentin, citée par le CGLPL dans son rapport de 2017 (*op. cit.*) dont la mère avait été contacter pour consentir à une admission en soins psychiatriques libres alors qu'elle était concomitamment mise en cause pour maltraitance.

49 - Article L. 1111-5 du code de la santé publique : le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé ;

Article L. 5134-1 du code de la santé publique : le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs ni pour la délivrance de préservatifs internes et externes aux personnes mineures.

50 - E. Rude-Antoine, « *Le droit du patient mineur* », Journal du droit des jeunes, 2012/3, n°313, p. 19-24.

51 - Article 6 Convention Oviedo : « [...] L'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité ».

52 - Article 12 Convention internationale des droits de l'enfant : les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

53 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

54 - Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

de son âge et de son degré de maturité⁵⁵. Cette nécessité de prendre en compte l'avis du mineur, entérinée par les textes législatifs et déontologiques⁵⁶, a une traduction concrète : la Haute Autorité de Santé la positionne comme un élément nécessaire à la certification des établissements de santé prenant en charge des mineurs⁵⁷.

Néanmoins, la portée de cet « avis » de l'enfant ou de l'adolescent demeure source d'interrogation : dispose-t-il d'un droit propre, indépendant des prérogatives reconnues par la loi aux titulaires de l'autorité parentale ?

Avant de se pencher sur cette question, il convient de rappeler que les textes récents, nationaux comme internationaux, tendent à accroître les droits et libertés de l'enfant et promeuvent son autonomie. Or, comme le souligne le CCNE dans son avis 136, « le consentement est l'expression de l'autonomie de la personne ». Celui-ci repose sur l'idée que la personne – dans notre cas le mineur – est apte à prendre part aux décisions qui la concernent. Partant, c'est logiquement que le législateur a prévu que seul le mineur capable de discernement (c'est-à-dire de comprendre la situation et les choix qui s'offrent à lui dans cette situation, d'évaluer les conséquences de chacun de ses choix et de décider pour lequel d'entre eux opter) voit son consentement recherché. Le discernement est « le critère de la capacité de l'enfant à participer aux décisions qui le concernent ou à prendre lui-même ses décisions »⁵⁸.

En pratique, le corps médical – et le juge en cas de contentieux – doit distinguer « l'enfant qui sait ce qu'il fait et celui qui ne le sait pas ». De prime abord, cette solution semble garantir un juste équilibre entre autonomie et protection du patient mineur. Néanmoins, le droit français, contrairement à d'autres⁵⁹, ne reconnaît pas de majorité sanitaire anticipée ni ne prévoit expressément l'âge auquel le mineur est suffisamment mûr pour prendre – seul ou assisté de ses représentants légaux – les décisions relatives à sa santé.

Bien qu'il ait été proposé dès les années 1990⁶⁰ de créer une pré-majorité pour conférer aux adolescents de 16 à 18 ans un rôle plus actif dans leur prise en charge, pour l'heure leur participation reste corrélée à leur « degré de maturité », notion laissée à la libre appréciation du corps médical.

Si l'on s'en tient à la lettre des textes précités, le fait que le mineur fasse preuve d'un discernement suffisant ne lui confère pas pour autant un réel droit à consentir à la prise en charge. En application du principe général énoncé par l'article 6 de la convention d'Oviedo⁶¹ et par l'article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant⁶², l'article 371-1 du code civil énonce que « *les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent* » et les articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du code de la santé publique, respectivement, que « les mineurs ont le droit de [...] participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité » et que « *le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté ou à participer à la décision* ». Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 4 mars 2002 une volonté du législateur d'imposer la recherche de l'« adhésion » du mineur aux soins mais non de lui accorder un véritable pouvoir décisionnel⁶³. Une position également adoptée par une partie de la doctrine⁶⁴ qui souligne la nécessité de distinguer « rechercher le consentement » et « obtenir le consentement » : « *les textes doivent se comprendre comme imposant un devoir pour les parents et pour le médecin d'associer l'enfant aux décisions qui l'intéressent, plus que comme consacrant un droit pour*

55 - Article 371-1 du code civil.

56 - Article 42 du Code de déontologie médicale : Si le mineur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit également être recherché.

57 - Haute Autorité de Santé - Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Prise en charge des enfants et des adolescents - mars 2024.

58 - P. Bonfils, A. Gouttenoire, Droit des mineurs, 3^e édition, Dalloz, 2021.

59 - Existe par exemple en droit anglo-saxon la doctrine du mineur mature, concept que l'on retrouve essentiellement en droit médical qui consiste à considérer qu'un mineur est suffisamment mûr pour consentir à son propre traitement médical sans avoir besoin d'une autorisation parentale ou, à l'inverse, pour s'y opposer.

60 - « Affirmer et promouvoir les droits de l'enfant après la convention internationale sur les droits de l'enfant », La Documentation française, 1993 ; V. en ce sens S. Bernheim Desvaux « La relation de soin », Médecine & Droit 2011 p. 221-225.

61 - *Ibid.*

62 - *Ibid.*

63 - V. en ce sens N. Le Du, « Le consentement à l'acte médical des personnes vulnérables », Thèse, Université Paris Est, 2018, p. 122-128.

64 - Ex : D. Berthiau, « La décision médicale à propos du mineur : aspects juridiques et éthiques », *La revue sage-femme*, 2010, n°9, p. 146-150 ; S. Bernheim Desvaux « La relation de soin », Médecine & Droit 2011, p. 221-225, *op. cit.* ; M. Dupont et C. Rey-Salmon « La participation aux actes médicaux », L'enfant et l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs, Presses de l'EHESP, 2014.

l'enfant d'imposer son avis »⁶⁵. Abstraction faite de certains actes médicaux⁶⁶, le défaut d'adhésion du mineur ne fait donc pas, en théorie, obstacle à la réalisation des soins.

Cette position a été confortée, s'agissant de l'hospitalisation des mineurs, par une circulaire de 2009 qui indique que « *les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation* »⁶⁷. On peut également, en matière de soins psychiatriques, citer un arrêt de la CEDH dans lequel les juges strasbourgeois ont estimé que le médecin pouvait passer outre le refus d'un enfant de 12 ans et procéder à son hospitalisation au sein d'un établissement psychiatrique à la demande de ses parents⁶⁸. Une solution qui confirme l'idée selon laquelle, lorsque l'acte ou le traitement médical est nécessaire à la santé du mineur mais que celui-ci le refuse, le médecin doit privilégier l'autorisation parentale.

En pratique, les choses se révèlent néanmoins plus complexes puisque, d'une part, l'adhésion du mineur au traitement est, notamment en psychiatrie, souvent indispensable à l'alliance thérapeutique et, d'autre part, la contrainte physique – par exemple pour la prise de médicaments – apparaît contraire au principe de dignité humaine et à l'exigence de respect de la personne du mineur⁶⁹.

Le refus d'accorder au mineur, même adolescent, un consentement doté d'efficacité lorsqu'il s'agit de sa santé mentale peut s'expliquer par le besoin de le protéger : comme le souligne le CGLPL, demander à un enfant ou à un adolescent de consentir expressément aux soins, c'est attendre de lui qu'il reconnaisse le trouble mental, ce qui peut parfois s'avérer très compliqué voire impossible⁷⁰. La protection des intérêts du mineur justifiant qu'on lui accorde un pouvoir de participation et non de décision s'agissant de sa santé mentale, on s'attendrait à ce que cette protection soit optimale une fois la prise en charge engagée.

B. Une protection insuffisante du mineur en hospitalisation complète à la demande de ses parents

L'enfant, du fait de son âge, est une personne vulnérable. La personne souffrant de troubles mentaux également. Partant, l'enfant atteint de troubles psychiatriques, cumulant les « sources de fragilité »⁷¹, est d'une « particulière vulnérabilité »⁷². Pourtant, lorsqu'il fait l'objet de soins psychiatriques, il bénéficie d'une protection moins importante que les autres patients.

Selon l'article L. 3211-1 du code de la santé publique, les personnes recevant des soins psychiatriques libres bénéficient « *des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause* », droits parmi lesquels on peut citer celui de participer aux décisions concernant sa santé ou celui de refuser un traitement, quelle que soit la gravité des conséquences de ces choix⁷³. Comme vu précédemment, l'effectivité de ces droits est limitée lorsque le patient est mineur : s'il bénéficie, sous certaines conditions, d'un droit de participation aux décisions relatives à sa santé, il en est autrement pour le droit à refuser la prise en charge ou le traitement, notamment lorsque ce refus est lourd de conséquences pour sa santé.

Parmi les mesures particulièrement attentatoires aux libertés fondamentales dont les patients en soins psychiatriques peuvent faire l'objet, on trouve l'isolement et la contention.

Bien que suscitant des critiques⁷⁴, le recours à de telles pratiques n'est pas exclu pour les patients mineurs. De surcroît, aucune disposition spécifique les concernant n'est prévue, les règles applicables étant les mêmes que pour les patients majeurs.

65 - S. Bernheim Desvaux « La relation de soin », *Médecine & Droit* 2011, p. 221-225, *op. cit.*

66 - Par exemple, le mineur dispose d'un droit de veto pour certains actes médicaux tels que le prélèvement de moelle osseuse, les prélèvements sanguins pour autrui ou encore pour la participation à des recherches biomédicales.

67 - Circulaire du 19 octobre 2009, *op. cit.*

68 - CEDH 28/11/1988 Nielsen contre Danemark n° 10929/84.

69 - V. en ce sens P. Bonfils, A. Gouttenoire, *Droit des mineurs*, 3^e édition, Dalloz, 2021, *op. cit.*

70 - Rapport du CGLPL « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé », 2017, *op. cit.*

71 - F. Le Doujet-Thomas « Les soins sans consentement sur mineurs : analyse critique et prospective de la situation des patients mineurs admis en établissement psychiatrique », *Revue générale de droit médical*, décembre 2019, n°73.

72 - *Ibid.*

73 - Article L. 1111-4 du code de la santé publique.

74 - Exemple : Assemblée générale du Conseil des droits de l'homme, 34^e session sur la santé mentale et droits de l'homme, 2017.

Selon l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, « *l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement* ». Partant, comme le souligne la Cour de cassation dans son avis du 18 mai 2022⁷⁵, les possibilités légales de recours à l'isolement et à la contention des mineurs sont limitées puisque de telles mesures ne devraient pas intervenir en cas d'admission à la demande des représentants légaux. Si la position du législateur apparaît claire, tout comme celle de la Haute juridiction judiciaire, il n'est pas certain qu'en pratique le mineur soit réellement protégé de toute forme de coercition⁷⁶.

Tout d'abord, on notera que la Haute Autorité de Santé indique dans ses recommandations de bonnes pratiques relatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie générale, qui s'appliquent aux adolescents pris en charge dans ces services⁷⁷, que « *de façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres* ». Un mineur admis en soins psychiatriques libre peut donc faire l'objet d'une mesure d'isolement, et ce en toute légalité. Ensuite, hors le cas de l'urgence, le recours à l'isolement ou à la contention, bien qu'illégal, n'est, malheureusement, pas exceptionnel. Aucun chiffre officiel concernant le nombre de mineurs faisant l'objet de telles mesures n'a été publié, néanmoins ces techniques seraient encore fréquemment utilisées dans les services de pédopsychiatrie⁷⁸. En témoignent plusieurs recommandations en urgence du CGLPL⁷⁹.

Les dispositions encadrant le recours aux mesures d'isolement ou de contention⁸⁰ ne s'appliquant qu'aux soins psychiatriques sans consentement, ces mineurs et leurs parents – qui, comme le souligne le CGLPL, ne sont pas toujours informés de la mise en œuvre de ces mesures⁸¹ – ne bénéficient pas tous des mêmes garanties. Ceux d'entre eux qui connaissent leurs droits et sont en réelle capacité de les exercer peuvent saisir le juge, laissant les autres sans protection adéquate puisque celui-ci n'interviendra pas automatiquement.

Dans son rapport de 2017⁸², le CGLPL rappelle que l'enfant et l'adolescent peuvent se voir imposer une prise en charge psychiatrique par des « tiers » – les parents – sans bénéficier des garanties aux majeurs hospitalisés sous contraintes. Il ajoute que ces mineurs ont « *moins de droits et voies de recours qu'un majeur hospitalisé sans son consentement* »⁸³.

En effet, qualifier les soins demandés par les parents de « soins libres » conduit à écarter les garanties et contrôles extérieurs applicables aux soins sans consentement. Les parents et le médecin agissant dans l'intérêt de l'enfant^{84, 85}, nul besoin de justifier que ce dernier présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement – quoi qu'il en soit celui-ci n'est qu'optionnel – ou que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante. De même, aucune période d'observation préalable à la décision définitive d'hospitalisation⁸⁶, aucun certificat médical circonstancié⁸⁷, aucun contrôle de la commission départementale des

75 - Cass., 1^{ère} civ., Avis du 18 mai 2022, *op. cit.*

76 - V. en ce sens E. Péchillon et S. Renard « Hospitalisation psychiatrique des mineurs : derrière la clarté, des occasions manquées », La Semaine Juridique Edition Générale n° 26, 04 juillet 2022, act. 823.

77 - Depuis le 1^{er} juin 2023, l'article R.3221-1 du code de la santé publique a été modifié, conformément aux recommandations du CGLPL (Rapport du CGLPL « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé », 2017, *op. cit.*). Il indique désormais que les services de psychiatrie adultes « répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de dix-huit ans » et non plus d'une « population âgée de plus de seize ans », comme c'était le cas jusque-là. En pratique néanmoins, beaucoup de mineur seraient encore hospitalisés dans des services de psychiatrie adulte (Rapport Cour des comptes, mars 2023, *op. cit.*).

78 - V. en ce sens : Rapport sur la situation des mineurs en psychiatrie, Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme-France (CCDH-France), 2023 ; Rapport d'information n° 726 (2017-2018), tome I, déposé le 25 septembre 2018 « Une adolescence entre les murs : l'enfermement, dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif », *op. cit.*

79 - Exemples : Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 19 août 2022 relatives à l'établissement public de santé mentale de Vendée à La Roche-sur-Yon (Vendée) ; Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 1^{er} février 2022 relatives au centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin à Lens (Pas-de-Calais).

80 - Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

81 - Rapport du CGLPL « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé », 2017, *op. cit.*

82 - *Ibid.*

83 - *Ibid.*

84 - Article 371-1 du code civil : L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

85 - Article R.4127-43 du code de la santé publique : Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

86 - Article L. 3211-2-2 du code de la santé publique.

87 - *Ibid.*

soins psychiatriques⁸⁸ ou du juge des libertés et de la détention⁸⁹... Bien que le CGLPL ait recommandé, en 2017, que les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux puissent saisir la commission départementale des soins psychiatriques ainsi que, lorsqu'ils contestent la nécessité de l'hospitalisation, le juge des libertés et de la détention, le seul recours qui leur est aujourd'hui offert est la saisine du juge des enfants sur le fondement de l'article 375 du code civil⁹⁰ ...mais « *encore faut-il que le mineur soit en capacité réelle de le faire* »⁹¹.

Conclusion

Le cadre juridique actuel tente de concilier autorité parentale et autonomie du mineur, en laissant *in fine* aux professionnels de santé la lourde tâche d'apprécier tant la capacité des parents à agir dans l'intérêt du mineur que la valeur devant être accordée au consentement de ce dernier s'agissant de sa prise en charge. Alors que les mineurs dont la santé mentale est prise en charge à la demande de leurs représentants légaux constituent la majorité⁹² des enfants et adolescents faisant l'objet de soins psychiatriques, l'encadrement juridique demeure imparfait et inadapté. L'alerte ayant été donnée depuis plusieurs années déjà, charge au législateur, désormais, d'y apporter les modifications nécessaires.

Adélie Cuneo

88 - Article L. 3211-3 du code de la santé publique.

89 - Article L. 3211-12 du code de la santé publique.

90 - Cass., 1^{ère} civ., Avis du 18 mai 2022, *op. cit.*

91 - E. Péchillon et S. Renard « Hospitalisation psychiatrique des mineurs : derrière la clarté, des occasions manquées », La Semaine Juridique Edition Générale n° 26, 4 juillet 2022, act. 823.

92 - V. en ce sens Rapport du CGLPL « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé », 2017 et Rapport d'information n° 726 (2017-2018), tome I, déposé le 25 septembre 2018.

Débat sur la notion au sein des différents systèmes juridiques

Sandrine Jonniaux

Responsable du programme patients-partenaires, Direction des soins – Hôpitaux Universitaires de Genève

Retranscription de l'intervention qui a eu lieu lors du colloque « **Patients-experts, patients-partenaires : vision de droit comparé** » organisé le 21 septembre 2023 et dont le titre était : **le partenariat patient : un exemple avec le programme PP+3P (Proches, Professionnels, Public) des HUG.**

Résumé

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont mis en place une initiative ambitieuse qui redéfinit la relation entre les patients et les professionnels de la santé : le programme des patients partenaires. Lors du colloque sur les patients partenaires, tenu le 21 septembre 2023, Sandrine Jonniaux a détaillé les origines, les développements et les perspectives de ce programme. Ce projet se base sur une démarche relationnelle spécifique, qui cherche à intégrer les patients dans les processus décisionnels concernant leurs soins, en valorisant la confiance, le respect et la co-décision.

Mots-clefs

Patients-partenaires – Suisse – Partenariat patient-professionnel – Co-décision.

Abstract

The University Hospitals of Geneva (HUG) have set up an ambitious initiative that redefines the relationship between patients and healthcare professionals: the Patient Partners program. At the Patient Partners symposium, held on September 21, 2023, Sandrine Jonniaux detailed the origins, developments and prospects of this program. This project is based on a specific relational approach, which seeks to integrate patients into decision-making processes concerning their care, by valuing trust, respect and co-decision.

Keywords

Patient-partners – Switzerland – Patient-professional partnership – Co-decision.

I. Contexte du programme

Le contexte suisse est particulièrement favorable à l'émergence de ce type de programme. En 2019, un rapport commandé par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a mis en lumière la nécessité d'améliorer la qualité des soins en Suisse, notamment en renforçant l'implication des patients. Ce rapport souligne que plus les patients sont impliqués dans leurs soins, meilleure est leur adhésion aux traitements, et moins il y a d'événements indésirables. En août 2022, l'OFSP a publié un concept de promotion à l'autogestion, ayant pour premier objectif d'adopter une attitude de partenariat et de s'ouvrir à un apprentissage mutuel.

Ce cadre national a conforté les HUG dans leur volonté d'adopter une approche centrée sur le partenariat patient. Le programme genevois s'inspire du modèle de Montréal, bien qu'il ait été adapté pour répondre aux spécificités culturelles et sociales de la Suisse romande. Ce modèle se veut relationnel, mettant l'accent sur la confiance, l'écoute, le dialogue, le respect mutuel et la décision partagée.

II. Les fondements théoriques : le modèle relationnel

Le programme des HUG repose sur plusieurs concepts clés. Tout d'abord, il s'inspire du modèle de Montréal, qui constitue une référence en matière de partenariat patient-professionnel. Ce modèle propose un continuum de l'engagement des patients, allant de la simple consultation à la co-décision.

Cependant, à Genève, l'accent a été mis sur la démarche relationnelle. Ce choix s'explique par la volonté d'établir une relation de confiance et de respect mutuel avant d'engager les patients dans des processus plus formels de co-décision. Cette démarche est basée sur la reconnaissance des savoirs réciproques : le savoir professionnel des soignants et le savoir expérientiel des patients. Il met également en avant la complémentarité des expertises, ce qui permet d'enrichir les décisions prises au sein des équipes de soins.

III. Le programme des patients partenaires + 3P

Le programme des Patients Partenaires + 3P (Patients, Proches, Public) a débuté en 2016 dans le cadre du plan stratégique des HUG (2016-2020). Il a d'abord été lancé comme un projet expérimental, avec des fonds spécifiques, avant de devenir un programme pérenne en 2021. Le programme repose sur une équipe dédiée dont la mission est de recruter les patients partenaires et d'accompagner les partenariats entre les patients et les professionnels de santé.

La plateforme des patients partenaires

Un élément central de ce programme est la plateforme des patients partenaires. Il s'agit d'une base de données sécurisée, accessible uniquement par l'équipe de coordination, qui recense les patients partenaires, leurs pathologies, leurs compétences et les domaines dans lesquels ils souhaitent s'investir. Cette plateforme permet de mettre en relation les patients et les professionnels de santé en fonction des projets en cours. À ce jour, plus de 700 personnes ont été inscrites dans la plateforme, même si seules environ 70 sont activement impliquées.

Le recrutement des patients partenaires

Le recrutement des patients partenaires se fait par différents canaux : par les réseaux, par le bouche-à-oreille, par les patients eux-mêmes ou par les professionnels. Chaque patient intéressé par le programme participe à un entretien de recrutement, qui permet de faire connaissance, d'évaluer sa disponibilité, sa capacité à s'exprimer et la distance émotionnelle par rapport à sa maladie. Un formulaire de consentement est ensuite signé, garantissant la confidentialité des données et le respect du secret professionnel.

Le dédommagement des patients partenaires

La question du dédommagement est souvent soulevée. Aux HUG, un barème a été établi : pour une participation de moins de deux heures, il n'y a généralement pas de dédommagement, bien que des collations ou des bons cadeaux puissent être offerts. Au-delà de deux heures, les patients partenaires reçoivent un dédommagement de 50 Chf par heure, avec un plafond de 45 heures par an et par institution. Ce dédommagement est à la charge des services demandeurs.

Le site web du programme

Le programme des patients partenaires dispose également d'une page web dédiée, où les collaborateurs peuvent trouver des informations sur les collaborations passées, les formations disponibles, et les modalités de participation. Cette page sert de vitrine pour les activités du programme et encourage les professionnels à documenter leurs partenariats.

IV. Exemples concrets de partenariats

Le programme des HUG propose plusieurs exemples concrets de partenariats qui montrent la diversité et l'impact de l'implication des patients.

Formation au partenariat dans les soins et les services

Une des premières initiatives a été la mise en place de la formation au partenariat dans les soins et les services. Cette formation, obligatoire au départ pour tous les cadres médico-soignants, a été construite avec des patients partenaires et des professionnels. L'objectif initial était de sensibiliser tous les cadres de l'institution au partenariat, tant médicaux que soignants. Aujourd'hui, 350 cadres ont été formés, et la formation est désormais ouverte à un public plus large.

Partenariat en recherche

Une autre initiative clé est la formation au partenariat en recherche, développé en collaboration avec le réseau PartnerREC et le Labpat qui est affilié au Swiss Cancer Center Léman. Cette formation, qui comprend trois modules de 3h30, est ouverte aux citoyens et aux chercheurs. Elle permet d'apprendre ensemble et de croiser les perspectives des chercheurs et des patients. Deux sessions annuelles sont organisées, l'une à Lausanne et l'autre à Genève.

Co-enseignement

Plus récemment, une formation au co-enseignement a été mise en place en partenariat avec le Centre Interprofessionnel de Simulation et le Centre d'Éducation Thérapeutique. Cette formation s'adresse aux professionnels et aux patients qui souhaitent co-enseigner dans le cadre de projets spécifiques.

V. L'évolution des partenariats aux HUG

Depuis 2016, l'implication des patients dans les décisions de soins a considérablement évolué. Alors qu'au début, les patients étaient principalement impliqués dans des groupes de discussion, certains sont aujourd'hui directement impliqués dans la co-décision dans les projets institutionnels. Cette évolution témoigne d'un changement de culture au sein des HUG, où les patients sont de plus en plus considérés comme des partenaires à part entière.

VI. Témoignages et perspectives d'avenir

Les témoignages des patients partenaires soulignent l'impact positif de ce programme, tant pour les patients que pour les professionnels de santé. En termes de perspectives, le programme envisage de créer une plateforme d'échange entre patients partenaires, de développer le réseau de partenariat au sein de l'institution, et de redéfinir de nouveaux rôles pour les patients de plus en plus experts. Enfin, il est prévu d'améliorer les systèmes d'évaluation pour mieux mesurer l'impact des partenariats sur la qualité des soins.

Sandrine Jonniaux

Chronique annuelle « Déontologie des professions de santé »

Lisa Carayon

Maîtresse de conférences en droit, Université Sorbonne Paris Nord, Chercheuse à l'Institut de recherche inter-disciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), UMR 8156, Chercheuse associée à l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne, (ISJPS), Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Marie Mesnil

Maîtresse de conférences en droit privé, Faculté de droit Jean Monnet, Université Paris Saclay, Chercheuse à l'Institut Droit Éthique et Patrimoine (IDEP), Paris-Saclay, Chercheuse associée à l'Institut Droit et Santé (IDS), Université Paris Cité

Résumé

Cet article, qui constitue une chronique annuelle, présente une sélection de décisions rendues par les chambres disciplinaires régionales et nationales de plusieurs ordres professionnels ainsi que par le Conseil d'État en 2023 et 2024. Ce travail vise ainsi à rendre compte de l'application des règles de déontologie par les ordres professionnels des chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, pédicures-podologues et sages-femmes, avec un focus particulier mis, cette année, sur la gestion des violences sexistes et sexuelles.

Mots-clefs

Déontologie - Jurisprudence ordinale - Professions de santé - Ordres professionnels - Patients - Violences sexuelles.

Abstract

This article, which is part of an annual chronicle, presents a selection of disciplinary decisions handed down by the regional and national disciplinary chambers of several professional orders, as well as by the Conseil d'État in 2023 and 2024. The aim of this work is to report on the application of ethical rules by the professional orders for dentists, nurses, masseurs, physiotherapists, doctors, chiropodists and midwives, particularly this year in relation to the management of gender-based violence.

Keywords

Ethics - Ordinal jurisprudence - Health professions - Professional orders - Patients - Gender-based violence.

Édito

Pour la deuxième fois, nous proposons ici une chronique annuelle de déontologie des professions de santé¹. À travers une présentation de certaines décisions disciplinaires, rendues entre 2023 et septembre 2024, par les conseils régionaux, les conseils nationaux et le Conseil d'État, il s'agit de rendre compte de l'application de certaines règles de déontologie par les différents ordres professionnels.

1 - Lisa Carayon et Marie Mesnil, "Chronique annuelle : déontologie des professions de santé". [Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2023, n°38](#), pp. 102-114.

La sélection des décisions s'est effectuée, comme l'année passée, à partir d'une lecture de l'ensemble des décisions disponibles sur le site internet des différents ordres professionnels en mettant l'accent sur la protection des droits des patient·es dans la relation de soins. Sont ainsi mises de côté les décisions mettant en cause des professionnels de santé entre eux, notamment pour des conflits liés à l'exercice de leur profession et/ou la captation de patientèle. Un tel prisme permet néanmoins de couvrir un grand nombre de thématiques en lien avec la relation entre soignant·es et patient·es et la qualité des soins mais aussi le rapport avec les ordres professionnels ou les caisses d'assurance-maladie : après un rapide retour sur le domaine de compétence des ordres et les questions procédurales, il s'agit ainsi de présenter les décisions rendues à propos de l'obligation vaccinale des soignants, leur liberté d'expression – notamment dans leur rapport à l'ordre –, les fraudes à l'assurance-maladie, la dignité de la profession et les violences conjugales, le respect des droits à l'information et au consentement du patient, les faits de nature sexuelle ou encore le secret médical, les certificats de complaisance et les signalements de violence. Ce choix d'une présentation thématique s'accompagne d'un index en fin de chronique pour faciliter la lecture pour celles et ceux qui souhaiteraient se référer aux décisions étudiées en fonction de la profession de la personne mise en cause.

Les décisions étudiées concernent, comme l'année passée, les professions de santé (médecins, sages-femmes et chirurgien·nes-dentistes) mais également les auxiliaires de santé dotés d'un ordre professionnel disposant d'une compétence disciplinaire (infirmier·es, masseurs-kinésithérapeutes). Notre chronique annuelle est enrichie en outre d'une nouvelle profession : les pédicures-podologues font en effet leur entrée, cette année, dans la chronique de déontologie médicale, permettant d'étendre notre panorama.

Quelques remarques enfin quant à la sélection des décisions. L'ordre des infirmiers et infirmières, qui ne diffusait jusqu'alors qu'une sélection raisonnée de décisions, semble désormais donner accès à l'ensemble des affaires, ce qui doit être salué. S'il s'agit là d'une avancée certaine dans la transparence de la jurisprudence ordinale, force est de constater que certains ordres, comme celui des médecins ou des pharmaciens, ne disposent toujours pas d'un site internet permettant d'accéder effectivement à leur jurisprudence. Le moteur de recherche du site de l'ordre des médecins, inactif l'année dernière, a été partiellement remis en fonctionnement mais ne permet toujours pas d'obtenir toutes les décisions rendues sur une période donnée. Il a donc été choisi de procéder à une recherche par mots-clés autour de deux thématiques en particulier, à savoir les certificats de complaisance d'une part et les faits de nature sexuelle d'autre part. Ce choix conduit à une surreprésentation des médecins sur ces deux thématiques et à leur absence totale sur les autres sujets, pourtant tout aussi importants : espérons que l'outil de recherche sera rendu plus performant d'ici la prochaine chronique annuelle. En attendant un tel accès effectif à la jurisprudence ordinale, il conviendra donc de se contenter d'une analyse réduite sur ces deux thématiques qui ont été retenues compte tenu de l'actualité importante en la matière.

Comment ne pas mentionner ici que l'un des hommes mis en cause pour viols dans le procès de Mazan est infirmier ? La presse nous apprend qu'exerçant en libéral, il continue de se rendre auprès de ses patient·es pour leur délivrer des soins lorsqu'il n'est pas sur le banc des accusés². Une situation troublante qui rappelle cependant que les professions médicales sont, au moins autant que les autres, concernées par la révoltante banalité des violences sexuelles et que le rôle des instances ordinales est aussi de restaurer la confiance des patient·es vis-à-vis des professionnel·les de santé.

La présente chronique présentera les décisions étudiées en trois temps : il s'agira d'abord d'envisager les rapports des professionnel·les aux institutions **(1)**, puis aux patient·es à travers les bonnes pratiques de soins **(2)** avant de faire un focus sur les violences commises par les professionnel·les **(3)**.

2 - Bartholomé Simon, « Procès de Mazan : accusé de viol la semaine, infirmier le week-end », *Le Point*, https://www.lepoint.fr/societe/exclusif-proces-des-viols-de-mazan-l-un-des-51-accuses-continue-d-exercer-comme-infirmier-13-09-2024-2570212_23.php#11, publié le 13 sept. 2024, consulté le 22 nov. 2024.

1. Le rapport aux institutions : le respect des obligations professionnelles

En conformité avec le choix de traiter les questions déontologiques principalement en ce qu'elles intéressent les patient·es, seront successivement abordés ici : les questions procédurales ou de champ de compétence des ordres professionnels (1.1), les cas marquants d'encadrement de la liberté d'expression des praticien·es (1.2), les quelques affaires subsistantes en matière d'obligation vaccinale des personnels de santé (1.3) pour finir par la question des fraudes à l'assurance-maladie (1.4) et par les problèmes liés à l'exercice des professions de santé comme un commerce (1.5).

1.1. Domaine de compétence des ordres et questions procédurales

Deux décisions prises le même jour (28 juin 2024, n° 2023-01 et n° 2023-02) par la chambre nationale des **pédicures-podologues** précisent les contours procéduraux des sanctions disciplinaires mais illustrent aussi combien l'attitude des requérants est déterminante dans les positions des juridictions ordinaires. Dans la première affaire, un praticien avait subi une multiplicité de courtes suspensions pour diverses infractions à ses obligations disciplinaires (défaut de conformité de sa plaque, dossier administratif incomplet etc.) mais surtout, à chaque fois, pour avoir continué sa pratique malgré les interdictions temporaires d'exercer. Finalement radié, il conteste cette décision, arguant de sa bonne foi et, notamment, d'importantes difficultés psychologiques dans la période durant laquelle les manquements lui étaient reprochés. Bien lui en a pris puisque la chambre nationale réforme la décision de radiation, prenant en compte les difficultés personnelles alléguées. L'occasion pour la chambre nationale de rappeler que **la radiation ne peut intervenir que pour des faits particulièrement graves**. La situation en question n'atteint donc pas un degré de gravité suffisant pour prononcer la radiation puisque les faits ont été « *commis dans ses seuls rapports, avec l'ordre, lors de son installation, sans préjudice porté aux patients ou à l'assurance maladie* ». Il rappelle en outre à l'Ordre qu'en cas de doute sur les compétences professionnelles d'un·e praticien·ne, il lui est loisible de solliciter des mesures d'expertise – sous-entendu, avant de prononcer la radiation pour d'autres causes – et, en outre, qu'il est lui-même lié par des obligations déontologiques, en lui rappelant qu'« *en cas de réinscription, il appartiendra aux instances de l'ordre d'accomplir leur mission d'accompagnement vis-à-vis [du requérant], le cas échéant par la pratique de visites confraternelles* ». Dans cette affaire, la bonne foi du praticien semble avoir joué en sa faveur, malgré ses multiples manquements déontologiques.

À l'inverse, la chambre nationale fait peu de cas de la situation d'un praticien suspendu un an pour diverses violations dans ses relations avec des patient·es mais qui avait continué d'exercer à la suite de cette interdiction. Outre une contestation systématique de tous les actes qui lui étaient reprochés, l'intéressé se considérait victime d'une décision « *inique et inspirée par la volonté de lui nuire* ». Ignorant sans doute que nul n'est censé ignorer la loi, il argue que la décision elle-même ne comportait pas de date de début d'exécution et que la « *complexité des dispositions réglementaires applicables* » ne lui avait pas permis de le comprendre. L'occasion pour l'ordre de préciser la règle avec pédagogie : **une décision disciplinaire est exécutoire le lendemain de l'expiration du délai d'un mois durant lequel il peut en être relevé appel – ce délai se décomptant, comme tout délai administratif, de jour à jour** : une décision notifiée, comme en l'espèce, de 29 décembre pouvant ainsi être contestée jusqu'au 29 janvier minuit. L'appel du virulent requérant est ainsi rejeté, et la chambre nationale, comme à son habitude précise explicitement la date à laquelle l'interdiction d'exercer d'un an commencera à s'exercer...

Dans **trois décisions du même jour (CE 26 octobre 2023, n° 461015, 461017, et 461019) le Conseil d'État** annule la sanction prise par le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes à l'encontre de trois praticiens salariés d'un centre de santé. Il leur avait été reproché la pratique de leur activité comme un commerce au regard du caractère très visible et très accrocheur des enseignes lumineuses du centre dans lequel il exerçait. Mais le Conseil note qu'à l'inverse des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles « *l'ouverture d'un centre de santé n'est pas subordonnée à son inscription au tableau de l'ordre auxquels appartiennent les praticiens qui y exercent* ». De ce fait, par une application *a contrario* de l'article R. 4127-201 du code de la santé publique, ces centres ne sont pas soumis au code de déontologie des chirurgiens-dentistes et notamment, ici, à l'interdiction de pratiquer la profession comme un commerce. Leur reste cependant applicable l'article L6323-1-9 du même code, qui prohibe toute publicité en faveur de ces centres. Une disposition qui ne peut cependant servir de fondement à une sanction de nature disciplinaire (rapp. de **Chambre disciplinaire de première instance du Conseil interrégional d'Île-de-**

France-Antilles-Guyane-La Réunion-Mayotte de l'ordre des pédicures-podologues décision du 31 mai 2024, n° 23-04)

Par une importante **décision du 20 février 2024 (n° 469665), le Conseil d'État** a affirmé qu'il était loisible aux ordres professionnels – en l'occurrence l'ordre des infirmier·ères – de refuser une inscription en raison de comportements antérieurs à la demande, de nature à porter atteinte à la moralité de la fonction. Dans cette affaire, l'intéressé avait été condamné, un an avant sa première demande d'inscription et cinq ans avant le refus attaqué, pour détention d'images pédo-pornographiques et consultation habituelle, durant deux ans, de sites de même nature. Il faisait valoir pour sa défense son attitude irréprochable depuis sa condamnation et le respect de toutes ses obligations légales. Le Conseil ne le suit pas et approuve l'ordre d'avoir refusé son inscription « *eu égard à la gravité, à la durée et au caractère encore récent des faits* ». **Cette décision sous-entend cependant un contrôle de la proportionnalité** du refus, suggérant que des faits de telle nature, s'ils étaient plus anciens ou plus isolés, pourraient ne pas faire obstacle à l'inscription. Le fondement de la décision de l'ordre ayant été le défaut de moralité du requérant, **le Conseil refuse d'ailleurs de se prononcer sur le point de savoir si la condamnation définitive à l'exercice de toute activité professionnelle ou bénévole au contact de mineur·es ferait obstacle à l'inscription**. Une décision à rapprocher de décisions de la chambre nationale de l'ordre des kinésithérapeutes (20 oct. 2023, n° 024-2022) et des infirmiers (14 déc. 2023, n° 86-2022-00425) qui réaffirment toutes deux qu'une décision disciplinaire portant sur des actes antérieurs à l'inscription ne peuvent que prononcer la radiation. Position conforme à une jurisprudence constante du Conseil d'État selon lequel les juridictions disciplinaires saisies de faits antérieurs à l'inscription doivent apprécier si ces faits sont, « *par leur nature, incompatibles avec son maintien dans l'ordre* » et prononcer, si tel est le cas, « *la radiation du tableau de l'ordre* » mais que ces « *juridictions disciplinaires n'ont toutefois pas compétence, dans ce cas, pour prononcer une sanction autre que la radiation* » (Conseil d'État, n° 375016, 21 septembre 2015).

1.2. Liberté d'expression et rapport à son ordre professionnel

Les ordres ne sont pas susceptibles ! En attestent cette année trois décisions portant sur les propos négatifs, voire outranciers, prononcés par des professionnels à l'endroit de leurs ordres respectifs. Dans une **décision du 10 juin 2024, la chambre nationale de l'ordre des infirmiers (n° 29-2020-00513)** a rejeté la plainte du Conseil national à l'encontre d'un praticien qui, dans le cadre d'un virulent débat syndical tenu sur un page Facebook à propos de la dernière réforme des retraites, avait affirmé, face au président du conseil départemental de l'ordre de Seine-et-Marne, vouloir mettre fin aux « *petites magouilles* » qui auraient été mises en place par des « *baronnets locaux et régionaux* » des conseils ordinaires et combattre les « *petits chefs locaux qui usent et abusent de leur petit pouvoir* ». Confirmant la position de la chambre régionale dans laquelle l'affaire avait été dépaycée, la chambre nationale estime **que ces propos ne dépassent pas les limites de la liberté d'expression, en particulier dans un contexte polémique**. Elle souligne, presque ironiquement, que l'intéressé a, en outre « *sa confiance dans l'autorité ordinaire en précisant qu'il investirait à cette fin « les représentations de l'ordre national des infirmiers »* » et que celui-ci n'a pas tenté de mettre en œuvre une médiation entre les deux intéressés. Car la bonne foi doit venir des deux parties...

La chambre accepte également des critiques plus générales sur le principe même de l'existence d'ordres professionnels. Ainsi, elle refuse de sanctionner l'infirmier qui, réagissant sur un réseau social à l'annonce de la possible création d'un ordre des journalistes, écrit : « *Les ordres professionnels avec un pouvoir disciplinaire sont liberticides et corrompus. Le corporatisme s'oppose à la démocratie libérale. Ces instances sont un danger. Les journalistes doivent éviter cet écueil* ». S'appuyant sur la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme, la chambre nationale affirme élégamment que **l'intéressé « n'a fait qu'exercer son droit à la liberté d'expression – liberté fondamentale par nature irritante mais inhérente au débat public et pluraliste en démocratie » (Chambre nationale, 5 fév. 2024, n° 75-2022-00526 ; rappr. de Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des pédicures podologues, 7 mars 2024, n° 2021-01)**.

Ce n'était pas le cas, en revanche, du masseur-kinésithérapeute qui, suite à l'envoi d'instruction concernant notamment l'obligation vaccinale contre le Covid-19, a adressé au Conseil national, un courriel traitant ses membres de « *collabos* », de « *complices d'une sorte de gestapo* » se livrant à « *la chasse aux non vaccinés* » en écho à «

la honteuse chasse aux juifs » et cherchant à « racketter les kinésithérapeutes » en ne servant « sûrement pas l'intérêt de la profession et de ses professionnels ». Son action est qualifiée de manquement tant à l'obligation de responsabilité qu'à la bonne confraternité, justifiant une interdiction d'exercer d'un mois ferme. Cependant, il est souligné que le courriel, bien qu'ayant été envoyé à une adresse générique et non de manière nominative, devait être considéré comme une correspondance privée. L'intéressé échappe ainsi à toute condamnation pour déconsidération de la profession, qui ne peut être constituée que si le propos « entache le regard porté par des tiers sur la profession ou sur ses instances ordinaires » (CDN, 11 septembre 2023, n° 093-2022).

La publicité des propos est en revanche constituée lorsqu'un kinésithérapeute suspend dans sa salle d'attente une blouse sur laquelle figure visiblement l'inscription « Régime Macron 4^{ème} Reich » et la reproduction d'une étoile de David. L'intéressé n'a pas semblé regretter son action durant la procédure, assimilant l'action de la commission de conciliation à celle de la « gestapo ». Si le manquement aux obligations de responsabilité, de confraternité et de considération de la profession était évidemment constitué, **notons la rare invocation de la violation des obligations de l'article R. 4321-63 CSP selon lequel les kinésithérapeutes doivent apporter leur « concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire »**. Notant, outre les autres infractions relevées, que l'intéressé avait, par son comportement manifeste auprès des patients, « *cherché à discréditer, notamment auprès de ses patients, l'action entreprise par les autorités sanitaires dans le contexte de la pandémie* » ; la chambre nationale lui inflige une sanction de trois mois d'interdiction d'exercer dont six semaines avec sursis, prenant en compte l'absence de toute sanction disciplinaire antérieure (CDN, 11 septembre 2023 n° 083-2022).

1.3. Obligation vaccinale

L'année 2024 connaît encore les suites disciplinaires de l'obligation vaccinale imposée aux professionnel·les de santé durant la crise sanitaire du Covid-19. **La chambre nationale des kinésithérapeutes, dans deux récentes décisions (25 janvier 2024, n° 063-2023 et 22 février 2024, n° 106-2022)** a ainsi confirmé deux interdictions d'exercer prononcées sur ce fondement par des chambres régionales. Curieusement, alors que l'interdiction d'exercer de trois mois fermes est confirmée dans le second cas, cette même sanction est ramenée à trois mois dont deux avec sursis dans la première affaire. Les motifs de cette différence de traitement ne sont pas transparents, les deux praticiennes semblant par ailleurs faire preuve d'une certaine mauvaise foi – la première n'ayant ainsi ni répondu ni même réclamé les multiples courriers qui lui avaient été adressés. De la même façon, les deux praticiennes semblaient faire feu de tout bois pour contester la légitimité même de l'obligation vaccinale : la première faisant valoir un « harcèlement » et un « détournement de procédure » de la part de l'Agence régionale de santé et la seconde ayant contesté cette obligation en justice. La différence tient sans doute à ce que la seconde requérante a longuement continué d'exercer sans vaccination, conduisant même la chambre régionale à signaler sa situation au Parquet. La décision la concernant est d'ailleurs l'occasion pour la chambre nationale de rappeler, dans un considérant de principe, que **les juridictions disciplinaires peuvent se prononcer sans attendre l'issue d'éventuelles procédures pénales portant sur les mêmes faits, sauf à sursoir à statuer « lorsque cela paraît utile à la qualité de l'instruction ou à la bonne administration de la justice »**. Un rappel bienvenu alors que, notamment en matière de violences sexuelles et sexistes, les instances disciplinaires de certaines professions non-médicales prennent parfois comme prétexte de leur inaction, l'existence d'une procédure pénale en cours.

1.4. Fraudes à l'assurance-maladie

En des temps où il est à la mode de vouloir renforcer les contrôles subis par les bénéficiaires de l'assurance maladie, il convient de rappeler que les premiers auteurs de fraude aux prestations sont les professionnel·les de santé. Cette année jurisprudentielle en offre une fois encore quelques illustrations et ce dans toutes les professions (v. par ex. **Section des assurances sociales de l'ordre des infirmiers, 22 août 2024, n° 2019-00048** pour un préjudice de plus de 126.000€ ; **chambre disciplinaire nationale du même ordre, 19 avr. 2024 n° 37-2022-00439** pour un préjudice de plus de 340.000€ entraînant la radiation ; section des assurances sociales de la **chambre régionale d'Occitanie de l'ordre de pédicures-podologues, 23 oct. 2023, n° 2023-01-0301** pour un préjudice de 265€ entraînant une interdiction d'exercice de trois mois). Deux décisions attirent l'attention en ce qu'elles affirment des principes plus généraux.

Dans la **décision de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers n° 37-2022-00439**, l'infirmière en cause faisait amende honorable des fraudes commises et soulignait les énormes conséquences qu'aurait pour elle une radiation totale. Elle réclamait que ne lui soit proscrite que l'activité libérale mais qu'elle puisse poursuivre une activité salariée – dans laquelle, sous-entendait-elle, elle ne pourrait opérer de fraude. **La chambre semble sensible à l'argument mais souligne que l'article L. 4124-6 CSP ne lui permet pas cette distinction, soulignant cependant que la radiation du tableau de l'ordre des infirmières ne lui interdit pas de demander son inscription pour une autre profession de santé** – notamment celle d'aide-soignante.

Dans la **décision n° 043-2022 du 23 février 2023 de la chambre nationale de l'ordre des kinésithérapeutes**, la juridiction devait se prononcer sur le point de savoir qui pouvait porter une action pour fraude devant la juridiction ordinaire. En l'occurrence, les fraudes avaient été commises au sein d'un établissement hospitalier mutualiste – géré par une union mutualiste – dans lequel le professionnel exerçait à titre libéral. Or, la plainte avait été déposée par l'avocat de l'union mutualiste sans que la chambre régionale ne vérifie si celui-ci avait **régulièrement été mandaté par l'organe compétent au sein de cette association – lequel doit être déterminé par les statuts**. N'ayant pas procédé à cette vérification, sa décision est annulée. Pour autant, la chambre nationale ayant vérifié qu'en l'occurrence, le président de l'union avait compétence pour agir elle déclare la plainte recevable sur la forme. Restait la question du fond : l'établissement hospitalier avait-il été lésé par les agissements frauduleux du professionnel ? La chambre rappelle au préalable (point 7), **que la liste des personnes susceptibles de porter plainte devant l'ordre établie par l'article R. 4126-1 CSP n'est pas exhaustive** et concerne « *toute personne, lésée de manière suffisamment directe et certaine par le manquement d'un professionnel à ses obligations déontologiques* ». En l'occurrence, la chambre rappelle que **le passage à la T2A conduit à ce que la rémunération des professionnel·les de santé intervenant dans l'établissement ne soit pas le fait de l'assurance-maladie mais de l'établissement lui-même**. Bien que celui-ci reçoive de la part de l'assurance-maladie, un forfait calculé, non en fonction des actes déclarés mais du type de patientèle (Groupe harmonisé de malades – GHM), les fausses déclarations opérées par le mis en cause lui portaient nécessairement préjudice. Cela signifie-t-il *a contrario* que les actes effectués par un professionnel libéral dans un établissement demeuré entièrement au forfait – tels que les établissements de soins psychiatriques – ne seraient pas considérés comme leur ayant porté préjudice car payés directement par l'assurance maladie ? Peut-être faudrait-il alors invoquer un préjudice d'image et de réputation.

Enfin, une décision de la **section des assurances sociales de l'ordre des kinésithérapeute (25 janvier 2024, n° 001-2023)** rappelle que les règles de l'assurance sociale ne se limitent pas aux justes déclarations des actes effectués mais également à l'identification précise de la personne qui dispense les soins. Ainsi, le fait de ne pas signaler l'emploi de remplaçant·es, de continuer son activité en parallèle de celle desdites remplaçant·es et de facturer en son nom propre les actes par elleux effectués constituent des violations pouvant conduire à la sanction spécifique d'interdiction de dispenser des soins aux assurés sociaux. Ni l'obligation d'assurer la continuité des soins ni les – réelles – difficultés de recrutement de collaborateurs stables ne sauraient justifier de telles infractions au code de la santé publique.

1.5. Publicité et exercice de la profession comme un commerce

La **chambre disciplinaire de Bourgogne-Franche-Comté de l'ordre des podologues-pédicures** a, dans une **décision du 24 avril 2024 (n° 2024/01)**, prononcé un avertissement à l'encontre d'un praticien ayant promu dans la presse l'efficacité de semelles orthopédiques de son invention. Il lui est reproché, non la commercialisation de ce dispositif en lui-même – quoique non encore certifié – mais le fait que, d'une part, n'ayant fait aucun mystère de son lieu d'exercice, la promotion de ce produit ait pu lui apporter un avantage dans son exercice de santé et que, d'autre part, il ait pu faire usage de son titre professionnel pour la promotion de ce produit, triple violation des articles R. 4322-39-4, 4322-40 et R. 4322-46 CSP.

Concernant la même profession, la chambre disciplinaire de première instance du Conseil interrégional d'Île-de-France-Antilles-Guyane-La Réunion-Mayotte a pu décider, dans une **décision du 31 mai 2024 (n° 23-04)**, qu'une société d'exercice libéral (SEL) pouvait se voir déontologiquement sanctionner pour des questions de publicité. Elle a ainsi condamné à une semaine d'interdiction d'exercer une SEL intitulée « Podo Doc » au double motif d'une part de l'usage d'un titre universitaire étranger à la profession et, d'autre part, de l'utilisation, sur les

nombreuses enseignes apposées sur le local, de vertèbres, « *partie du corps humain sur laquelle les pédicures-podologues n'ont pas vocation à exercer leur art* ». Pratiques se rapprochant donc de l'exercice de la profession comme un commerce et contraires à l'obligation, mentionnée à l'article R. 4322-74 CSP, de pratiquer une publicité « discrète ». Il est vrai que, de façon générale, les informations portées à la connaissance des patient-es par voie d'affichage font l'objet d'un strict contrôle de l'ordre des pédicures-podologue, notamment en ce qui concerne la formulation des spécialisations obtenues par DU (**chambre disciplinaire des Pays-de-la-Loire, 14 mars 2024, N° 2023-03**).

La chambre disciplinaire interrégionale précitée a également rendu, le **26 janvier 2024, une décision (n° 22-11)** condamnant à un avertissement le fait, pour une pédicure-podologue, de partager des locaux avec un ostéopathe, une psychopraticienne et une hypnothérapeute « *avec laquelle elle avait en commun l'entrée et le lieu d'accueil de leurs patients et clients respectifs* », violation de l'obligation qui lui était faite de ne pas dispenser de soins dans des locaux à vocation commerciale. Une affaire qui pose également la question de la confusion de pratiques de santé avec celles de professions dont les méthodes ne sont pas éprouvées scientifiquement.

2. Le rapport aux patient-es : le respect de leurs droits et des bonnes pratiques de soins

2.1. Charlatanisme

La chambre disciplinaire de première instance de Nouvelle-Aquitaine **du conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues a rendu, le 18 avril 2024, deux décisions (n° 20230101 et 20230102)** très peu répressives à l'endroit de deux praticiennes dont la qualité était mentionnée dans un catalogue de formation à destination d'autres podologues-pédicures et qui proposait des cours en « Numérologie et Trame énergétique ». Quoique reconnaissant parfaitement le caractère scientifiquement infondé de la pratique, les deux professionnelles, jamais poursuivies, sont dispensées de sanction en raison du fait qu'elles n'ont « *pas eu la maîtrise du texte paru et qu'[elles ont] découvert lors de sa diffusion son contenu et l'utilisation de [leur] qualité de pédicure-podologue pour en faire la promotion* ».

La chambre disciplinaire nationale de l'ordre des kinésithérapeutes est beaucoup moins clémentine quant à la pratique du charlatanisme. Dans une décision du **16 octobre 2023 (n° 099-2022)**, elle condamne à un an d'interdiction d'exercice, assorti d'un sursis de onze mois, la praticienne prétendant exercer la « fasciathérapie » et, dans une décision du **19 septembre 2023 (n° 072-2022)**, inflige un blâme à la jeune praticienne souhaitant exercer la micro-kinésithérapie (et qui avait d'ailleurs tenté maladroitement de distinguer cette pratique de celle de masseur-kiné). Une décision particulière (**16 oct. 2023, n° 072-2022**) montre par ailleurs les dérives auxquelles peuvent aboutir cette dernière pratique : dans cette affaire, une praticienne se réclamant de la micro-kinésithérapie avait établi, à l'issue de deux consultations sur un enfant de trois ans, des attestations au contenu extrêmement précis mais ne reposant sur aucun constat objectif pouvant résulter de sa pratique. Elle attestait ainsi d'une « *perte de joie de vivre avec un blocage sur son bassin (abus sexuel)* » ou encore d'« *une blessure émotionnelle profonde (épreuve de la vie) datant de l'automne perturbant Y. dans sa personnalité* ». Il est également mentionné dans les attestations issues de ces bilans en micro-kinésithérapie que l'enfant « *se sent en insécurité lorsqu'il se rend chez son père* » ou que le blocage du bassin « *provoque une déviance du jugement de l'enfant à cause de l'influence du père* ». Ces attestations, que la praticienne établissait au regard de la prétention de la « microkinésithérapie » à détecter « *la mémorisation tissulaire de l'agression* », avaient été remises à la mère alors que la praticienne n'ignorait pas « *que les parents de l'enfant étaient en cours de séparation, que n'ayant jamais reçu le père de l'enfant, elle a néanmoins pris parti sur des éléments qu'elle n'a pas pu personnellement constater qui sont invérifiables, manquant ainsi à l'obligation de s'en tenir à des constats objectifs dans le respect du code de déontologie et à l'obligation de ne pas, à l'issue d'une consultation, délivrer un rapport tendancieux* ». Outre l'absence totale de fondement scientifique à ces affirmations, la juridiction souligne qu'alors qu'elle soupçonnait des violences sexuelles sur un enfant, la professionnelle n'avait mis en œuvre aucune des procédures permettant d'alerter sur la situation préoccupante d'un mineur. Il lui est infligé une interdiction d'exercer de dix-huit mois, assortie d'un sursis d'un an pour ces pratiques relevant du charlatanisme d'une part et la rédaction des certificats de complaisance d'autre part.

2.2. Respect du secret médical

Les professionnels de santé, tenus au secret médical (2.3.1), ne doivent pas délivrer de certificats médicaux de complaisance dans lesquels ils feraient état de faits inexacts ou non vérifiés (2.3.2). Les affaires mettant en jeu une violation du secret médical sont bien moins nombreuses que celles relatives à la rédaction de certificats de complaisance.

Dans seulement deux affaires concernant des infirmières, dans le cadre de conflit interprofessionnel, il est fait état d'une **violation du secret médical**. Dans la première affaire, une plainte a été déposée par une infirmière libérale à l'encontre d'une autre pour divers manquements déontologiques dont une atteinte au secret médical. Il est notamment reproché à l'infirmière de se faire accompagner par sa sœur jumelle lors de ses tournées chez ses patientes. Pour la chambre nationale disciplinaire, il n'y a pas pour autant d'atteinte au secret médical tant *« que ce tiers conducteur n'a pas connaissance « des données privées constituées par les noms et adresses des patients » et a été « instruit [en tant que] personnes qui l'assistent [des] obligations en matière de secret professionnel »* (CDNODI, 12 janv. 2024, n° 04-2021-00419). Dans la seconde affaire, une infirmière libérale porte plainte à l'égard d'une consœur pour avoir posté une photographie d'elle et échangé des commentaires désobligeants à son propos sur un fil de messagerie "Messenger" comportant jusqu'à 87 infirmiers. S'il est retenu une atteinte à la confraternité, justifiant de prononcer un avertissement, il n'est en revanche pas établi d'atteinte au secret médical (CDNODI, 4 juillet 2024, n° 87-2022-00452).

2.3. Interdiction de rédiger des certificats de complaisance

Les décisions dans lesquelles il est avancé une immixtion du professionnel de santé dans la vie privée des patients sont bien plus nombreuses ; il est en effet souvent reproché aux médecins et autres professionnels de santé d'avoir rédigé des **certificats médicaux de complaisance**, le plus souvent réalisés à la demande d'un tiers, afin de certifier soit d'un état vaccinal (2.3.1) soit d'une situation en particulier dans le cadre d'une procédure judiciaire (2.3.2).

2.3.1. Faux certificats de vaccination

Concernant les vaccinations, deux décisions mettent en cause des infirmières de manière très différente. Dans la première affaire, l'infirmière salariée a rédigé de faux certificats de vaccination contre le covid-19 afin que les personnes puissent disposer d'un pass vaccinal. La plainte introduite par l'ARS et le conseil interdépartemental de l'ordre aboutit au prononcé, en première instance, d'une interdiction temporaire d'exercer d'une durée de deux mois, assortie d'un sursis de trois semaines, et d'une injonction de suivre une formation relative à la prise en charge des patients réticents. L'ordre interjette appel estimant que le quantum de la peine n'est pas adapté compte tenu de la gravité de réaliser un « faux » dans l'exercice de ses fonctions et obtient une condamnation, en appel, à trois mois d'interdiction temporaire d'exercer, dont une semaine d'interdiction ferme (CDNONI, 4 juillet 2024, n° 27-2022-00453 et 27-2022-00453-1). Dans la seconde affaire, une plainte est adressée au conseil de l'ordre par l'ancien conjoint d'une infirmière hospitalière pour avoir certifié, à tort, de la vaccination de leurs deux jeunes enfants. En l'espèce, il est établi, et l'intéressée ne le niait pas, que l'infirmière s'est rendue coupable d'un « faux » mais elle n'a fait l'objet que d'un rappel à la loi par le parquet et d'aucune procédure disciplinaire au sein de l'hôpital où elle exerce. Pour le Conseil national de l'ordre, *« cette infraction est demeurée sans préjudice avéré et a été réparée après sa dénonciation ; en conséquence, les faits dénoncés dans les plaintes, s'ils sont réels et sérieux avaient eu lieu avant l'inscription de la mise en cause au tableau de l'ordre et n'étaient pas d'une nature telle, par leur gravité, que la juridiction disciplinaire soit compétente « dans ce cas, pour prononcer une sanction [de] radiation » »* (CDNONI, 14 déc. 2023, n° 86-2022-00425).

2.3.2. Les certificats médicaux produits en justice

Cette dernière affaire démontre l'incidence des conflits, entre conjoint mais aussi entre salariés et employeurs, sur les professionnels de santé qui peuvent être sollicités pour attester au profit de l'une ou de l'autre des parties. Ils peuvent être condamnés par l'ordre pour avoir rédigé ces certificats de complaisances ou rapports tendancieux dès lors qu'ils utilisent leur qualité pour faire état de faits qui ne sont pas strictement médicaux et/ou qu'ils n'ont pas personnellement constatés. Dans la seule affaire concernant un conflit entre salariés et employeurs, la plainte introduite par une association a été rejetée car il n'est pas établi que le médecin, qualifié en médecine générale,

qui a délivré le même jour quatre arrêts de travail, avait conscience que ces patients (qui n'étaient pas ses patients habituels) étaient employés par la même structure, ni qu'il était informé que les arrêts de travail coïncident en fait avec un mouvement social au sein de l'entreprise (**CDN, 2 nov. 2023, n° 15401**).

Les autres affaires concernent la rédaction d'écrits (et non d'arrêts de travail) dans le cadre des conflits familiaux. Ainsi, une sage-femme est condamnée à une interdiction d'exercice d'un mois dont quinze jours avec sursis pour avoir rédigé « *une lettre à son en-tête, sous son cachet professionnel, à la demande de l'ancien compagnon, père de l'enfant de Mme D, dont elle a suivi les suites de la naissance à domicile, et de son avocate* » pour faire valoir ce que de droit » dans laquelle elle fait état de faits qui ne sont pas de nature médicale d'une part et qu'elle n'a pas constatés personnellement d'autre part (**CDN, 13 déc. 2023, n° DC 65**).

Six décisions concernent des médecins. Deux d'entre eux, spécialistes en médecine générale, sont condamnés à un blâme : le premier, pour avoir envoyé des certificats médicaux relatifs à l'état de santé de l'un de ses patients à l'une des filles de ce dernier afin qu'ils servent dans une procédure judiciaire de mise sous tutelle (**CDN, 24 oct. 2023, n° 15005 et 15470**) et le second, pour avoir rédigé un certificat aux termes duquel il « *certifie que l'état de santé de Mme B nécessite un repos loin des tensions liées aux conflits conjugaux. Un séjour chez sa sœur lui serait salutaire* » (**CDN, 2 nov. 2023, n° 15019**). Un médecin spécialiste en psychiatrie est également condamné à un blâme pour avoir établi pour son frère, engagé dans une procédure judiciaire pour obtenir la garde de sa fille, un document indiquant qu'il avait observé un changement de comportement de la mère de sa nièce, caractérisant un dispositif d'aliénation à la mère (**CDN, 28 nov. 2023, n° 15228**). Des sanctions plus lourdes peuvent également être prononcées : un médecin, spécialiste en médecine généraliste, a été condamné à une interdiction d'exercer de deux mois, dont un avec sursis, pour avoir rédigé un certificat médical faisant état d'un rapport sexuel anal violent sans avoir examiné la patiente (**CDN, 28 mars 2023, n° 15405**) ; un autre a été condamné à une interdiction d'exercice d'un mois dont quinze jours avec sursis pour avoir rédigé un document à la demande de l'ex-conjoint d'une patiente dans lequel elle attestait n'avoir relevé sur l'enfant ou sa mère aucune trace de maltraitance, ni recueilli de leur part des propos sur des faits de violences conjugales (**CDN, 13 oct. 2023, n° 15610**). Un troisième, condamné à une interdiction d'exercice de six mois dont trois avec sursis pour avoir rédigé des certificats médicaux de complaisance dans le cadre de violences conjugales, a vu son pourvoi en cassation rejeté pour absence de moyens sérieux (**Conseil d'État, 14 nov. 2023, n° 479897**).

2. 4. Les signalements de mauvais traitements

Dans une affaire, un médecin est mis en cause pour avoir rédigé des certificats mais également effectué un signalement de maltraitance de complaisance. Pour ces raisons, il s'est vu interdire d'exercer pendant trois mois pour avoir non seulement rédigé deux documents à la demande de son bailleur pour qu'il les produise lors de la procédure de divorce de manière à influencer l'autorité judiciaire mais également effectué un signalement de maltraitance, avec l'accord du « *père, qui venait d'engager une procédure de divorce, et à l'insu de la mère* », dont il était pourtant le médecin traitant (**CDN, 21 déc. 2023, n° 15262**). Les professionnels de santé peuvent en effet effectuer des signalements de maltraitements et de violences intrafamiliales sans que puisse leur être opposée une violation du secret médical, en vertu de l'article 226-14 du code pénal. Ils doivent néanmoins réaliser ces signalements en conscience et de manière précautionneuse, en respectant les conditions limitativement énoncées par les textes, afin de ne pas rompre la confiance entre eux et leurs patients. Ils ne doivent pas non plus utiliser leur statut de professionnel de santé et l'autorité qu'il leur confère pour attester de faits médicaux – faux, inexacts ou non vérifiés – et *a fortiori* de faits non médicaux.

2. 5. Soins non-conformes aux bonnes pratiques

2.5.1. Infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues

Les décisions portant cette année sur les soins non-conformes aux bonnes pratiques nous rappellent à quel point les personnes les plus âgées et les plus dépendantes sont les premières victimes des négligences des soignant-es.

Dans deux décisions de la chambre disciplinaire nationale des infirmiers (**CDNOI, 16 nov. 2023, n° 51-2021-00404 et 30 mai 2024, n° 83-2021-00420**), les professionnel·les mis-es en cause arguaient notamment de leur

« fatigue » pour expliquer leur défaut de soins. La première pour expliquer ne pas s'être rendue à une heure donnée au domicile de la patiente (« *au 4^e étage sans ascenseur* » est-il précisé) pour effectuer une injection nécessaire à un processus d'AMP ; ce pour quoi lui est infligé un blâme. Le second pour expliquer ne pas avoir insisté alors que sa patiente n'ouvrait pas sa porte bien qu'il se rende chez elle chaque soir dans le cadre d'un suivi de diabète. En l'occurrence, cette personne de 76 ans avait chuté et, en l'absence de soins, est décédée des suites de son coma diabétique. Il lui est reproché de ne pas s'être inquiété de la situation alors même que la porte n'était pas verrouillée et que le cabinet infirmier avait la clef. Il lui est infligé la sanction de trois ans d'interdiction d'exercice. Une sanction bien plus sévère que les quinze jours d'interdiction avec sursis infligée à une infirmière qui, arrivée alcoolisée chez sa patiente de 94 ans ayant chuté, l'avait relevée au lieu de la placer en position latérale de sécurité, la patiente étant décédée deux jours plus tard à l'hôpital (**30 mai 2024, N° 31-2022-00438** ; sur l'état alcoolique v. également, à propos d'un médecin, **la décision du Conseil d'État du 1^{er} mars 2024, n° 464176** confirmant une suspension de 6 mois prononcée sur le fondement de l'article R. 4124-3 CSP, car « *son état de santé rendait dangereux l'exercice de la médecine* »). À propos d'une patiente de 83 ans ayant subi des injections intra-musculaires non-conformes aux règles de l'art et ayant conduit à un abcès, la chambre souligne que la procédure disciplinaire est marquée par l'absence d'empathie de la professionnelle pour sa patiente au cours de la procédure. Si ne lui est infligé qu'un avertissement c'est, comme le souligne la chambre, que la sanction prononcée en première instance ne peut être aggravée en appel (**CDNOI, 4 juillet 2024, n° 69-2022-00482**).

Une dernière affaire rappelle par ailleurs que les infirmier-es, notamment lorsqu'elles exercent des fonctions d'encadrement, ont une responsabilité spécifique dans la sauvegarde de la santé des personnes qu'elles dirigent (R. 4312-36 CSP). La décision de la chambre nationale du **17 avril (n° 62-2022-00443)** prononce ainsi un avertissement à l'encontre de la cadre qui avait refusé de déclencher le protocole « exposition au sang » au profit d'une aide-soignante ayant été fortement mordue par un patient atteint d'une infection antibio-résistante, ce qui avait par ailleurs conduit à un conflit avec cette professionnelle.

La collaboration avec d'autres professionnels ne saurait alléger les obligations des infirmier-es vis-à-vis de leurs patient-es, en particulier les plus vulnérables. Ainsi, dans une affaire concernant une patiente très dépendante de 102 ans, un avertissement est prononcé à l'encontre d'une infirmière qui n'avait pas cherché à faire mettre en place pour elle des soins adaptés au traitement de ses escarres. Le fait que la patiente soit par ailleurs suivie par un médecin et un kinésithérapeute ne saurait en effet exempter l'infirmière de son obligation de soulager la douleur en toutes circonstances (**CDNOI, 5 mars 2024, 13-2019-00287**). Tout au plus, la collaboration avec un médecin peut-elle conduire à un partage des responsabilités : c'était le cas dans une affaire dans laquelle un chirurgien de bloc avait oublié un sac de coelioscopie dans le corps d'une patiente opérée pour une salpingectomie suite à une grossesse extra-utérine et dans laquelle lui est infligé un simple blâme (**CDNOI, 17 mai 2024, 59-2021-00414**). **La chambre disciplinaire de Bourgogne, de l'ordre des kinésithérapeutes** rappelle cependant que la collaboration avec des tiers s'opère dans un cadre précis : en l'occurrence, la présence, durant les séances de soins, de bénévoles, participant par ailleurs aux activités d'une association d'accompagnement des enfants handicapés, est considérée comme de la complicité non-intentionnelle d'exercice illégal de la profession, sanctionnée d'un avertissement. Une décision qui permet d'ailleurs à la chambre de rappeler que cette infraction déontologique peut donc être non-intentionnelle : « *le fait que la complicité d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute constitue également un délit qui n'est constitué que si les faits sont intentionnels* » (**18 sept 2023, n° 028BFC/16032023**).

Pour quelques affaires dans lesquelles, à l'inverse de ce qui précède, les négligences dans les soins ne sont pas reconnues v. **CDONI, 5 mars 2024, n° 59-2020-00304 et 6 mars 2024, n° 17-2022-00431** ; **Chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des pédicures-podologues d'Île-de-France-Antilles-Guyane-La Réunion-Mayotte, 7 mai 2024, n° 23-03 et 31 mai 2024, n° 23-16**.

2.5.2. Sage-femmes

Les décisions concernant les sages-femmes sont moins nombreuses que celle concernant les autres professions mais les conséquences des mauvaises pratiques n'en sont pas moins dramatiques.

Une affaire toujours pendante en appel (**chambre disciplinaire nationale, 9 octobre 2023, n° 202370**) laisse soupçonner des faits de négligence importants mais sans qu'aucun cas spécifique ne conduise à une sanction sur le fondement de soins non-conformes aux bonnes pratiques. Un sage-femme est ainsi condamné à trois mois

d'interdiction d'exercice en raison de l'état désastreux de son cabinet, installé à son propre domicile. La motivation relève ainsi une absence de distinction entre le lieu de consultation et le reste du domicile, la présence d'une simple serviette sur la table d'examen, des kits d'examen à usage unique ouverts etc. Le signalement avait été effectué par une patiente se plaignant d'une prise en charge inappropriée dans le cadre d'une IVG mais celle-ci ayant agi anonymement la décision ne sanctionne pas la mauvaise prise en charge qu'elle affirme avoir subie.

Dans une **décision du 13 mai 2024 (n° 466541), le Conseil d'État** confirme le blâme infligé à une sage-femme qui, ayant détecté une tachycardie fœtale dans le cadre d'une grossesse pathologique, n'en a pas prévenu la médecin en charge – qui ne l'a appris que deux heures plus tard (sans que la décision ne laisse apparaître les conséquences de cette négligence). Il est notable dans cette affaire que c'est la médecin qui a porté plainte contre la sage-femme, et non la patiente elle-même ou ses proches : un cas qui souligne aussi l'importance de la co-surveillance entre professions lorsque les patient-es n'agissent pas, du moins sur le plan disciplinaire.

Enfin, deux affaires concernent cette année encore des cas d'accouchements à domicile ayant conduit au décès du nouveau-né. Dans le premier cas (CDN, 26 sept. 2023, n° DC70), la sage-femme est convaincue d'avoir administré, à domicile, une dose de miprostol par voie vaginale à une patiente enceinte au terme dépassé de six jours afin de déclencher son accouchement à domicile. Il convient de rappeler que l'usage de cette molécule n'est permis aux sages-femmes hors hôpitaux que dans le cadre de la prise en charge de l'avortement et à des doses bien inférieures (la praticienne s'étant manifestement procuré le médicament à l'étranger). La décision ne fait pas clairement apparaître le lien entre le décès du nouveau-né, intervenu le lendemain de la naissance, et cette prescription hors AMM mais il est largement souligné qu'une grossesse à terme dépassé doit être prise en charge, selon les recommandations de l'HAS sur le déclenchement, qu'elle qu'en soit la méthode, il « doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne ». La chambre reste indifférente au fait que la professionnelle affirme avoir agi face au désarroi de sa patiente lors de l'annonce du fait que son accouchement serait déclenché le lendemain en milieu hospitalier (v. section « violences »). Sans aucunement excuser le comportement de la sage-femme dans cette affaire, il est notable que les affaires d'accouchement à domicile impliquent manifestement souvent des femmes méfiantes à l'endroit de la prise en charge qui leur est proposée en établissement de santé. La deuxième affaire semble illustrer ce cas. L'accouchement à domicile du quatrième enfant d'une femme de 43 ans, en surcharge pondérale, ayant déjà vécu quatre fausses-couches, conduit à un malaise cardiaque dont résulte la mort de la femme et du nouveau-né. Il est reproché à la sage-femme, non seulement d'avoir accepté la prise en charge à domicile mais aussi de ne pas avoir « réactualisé les gestes d'urgence ce qui a entraîné un possible délai de diagnostic », de ne pas avoir « utilisé la bouteille d'oxygène disponible pour le bébé ni démarré le massage cardiaque ». Il lui est infligé la peine d'un an d'interdiction d'exercer dont neuf mois avec sursis – sans conséquence pratique puisque la professionnelle en question s'est depuis retirée de l'ordre.

3. Les violences commises par les professionnel·les

3.1. En dehors de leur pratique professionnelle : les violences conjugales

Dans une **décision du 18 avril 2024 (n° 2022-12-01), une chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de pédicures-podologues** a rendu une décision manifestant une certaine attention de cette instance au respect des droits des femmes. Dans cette affaire, le mis en cause avait non seulement été condamné par la justice pénale à une peine d'emprisonnement de dix mois dont sept mois avec sursis pendant deux ans, pour des violences conjugales, mais celui-ci avait également dénigré son ancienne compagne, dentiste, auprès de collègues avec lesquels elle travaillait. Ces deux faits sont considérés par la chambre comme portant atteinte à la dignité de la profession et ont conduit au prononcé d'une sanction de six mois d'interdiction d'exercer dont trois avec sursis. Deux éléments sont ici à souligner : d'une part **la décision fait clairement apparaître que la seule condamnation pour violence conjugale peut, en elle-même, entraîner une sanction disciplinaire** et, d'autre part, la chambre accepte que **l'interdiction judiciaire d'entrer en contact avec son ex-compagne justifie l'impossibilité pour le mis en cause de se présenter à la commission de conciliation** de l'ordre, à laquelle elle était susceptible de se trouver (tout en soulignant l'impolitesse consistant à ne pas prévenir de son absence...). Même si la chambre n'est pas allée jusqu'à anticiper cette impossible conciliation en convoquant les deux parties séparément, cette

affirmation est à saluer, tant les spécialistes de violences familiales soulignent que cette situation est incompatible avec de véritables procédures de conciliation ou de médiation (v. par ex. Glòria Casas Vila, « Médiation familiale : quelle place pour les violences conjugales ? », *Empan*, 2009/1 n° 73, 2009, p. 70).

La chambre disciplinaire nationale de l'ordre des kinésithérapeutes semble moins attentive au rapport entre violences sexistes et dignité de la profession. Dans une affaire (**22 fév. 2024, n° 001-2023**) dans laquelle un praticien avait envoyé de multiples messages violents, insultants et menaçants à son ex-compagne ainsi qu'à certains de ses proches dans le cadre d'une rupture difficile, alors même qu'une procédure pénale relativement à ces messages était en cours, la chambre semble relativiser leur portée en affirmant qu'ils sont « *étroitement liés au conflit conjugal* » dans lequel « *les parties s'accusent réciproquement et qui a donné lieu à des épisodes successifs de conflit et d'apaisement* ». **S'appuyant sur le fait que les messages n'ont pas été diffusés en dehors du cercle strict de leurs destinataires et que la profession de l'auteur n'ait pas été directement évoquée, la chambre écarte l'idée que les actes aient pu porter atteinte à la dignité de la profession** – alors même que certains messages avaient été envoyés depuis son adresse professionnelle. Leur d'espoir cependant : la plainte initiale ainsi que l'appel de la décision de première instance avaient été portés par le Conseil départemental lui-même, preuve d'une préoccupation émergente des instances ordinales pour la question des violences conjugales.

3.2. Au cours de leur pratique professionnelle : les violences sexuelles

De manière générale, la Cour des comptes constatait, en 2019, de nombreuses carences dans le traitement des plaintes par les instances disciplinaires de l'ordre des médecins, en particulier pour des faits à caractère sexuel. À partir de l'analyse d'une cinquantaine de décisions rendues entre 2016 et 2017, elle relevait l'existence d'irrégularités de procédure (le traitement de plaintes comme de simples doléances, sans que la distinction ne soit fondée), un manque de diligence dans le traitement des dossiers avec notamment une « *non transmission aux chambres disciplinaires de faits similaires antérieurs ou simultanés mettant en cause les mêmes médecins* » (Cour des comptes, *L'ordre des médecins*, rapport public thématique, déc. 2019, p. 106). Les comportements de nature sexuelle peuvent notamment être distingués selon la qualité des personnes qui en sont victimes : des collègues (**3.2.1**) ou des patientes (**3.2.2**).

3.2.1. Les violences sexuelles à l'égard de collègues

Les comportements ambigus de nature sexuelle de la part de professionnels se retrouvent aussi bien à l'égard des patientes que des collègues.

Pour des messages allusifs et connotés – le harcèlement sexuel n'étant pas établi – et des faits de harcèlement moral établis à l'égard d'une collègue, un masseur-kinésithérapeute exerçant au sein d'une école de formation est condamné à une interdiction temporaire d'exercer la profession de trois mois ; il est en particulier relevé « *un comportement non compatible avec les exigences qui s'imposent à un professionnel de santé dans ses relations professionnelles et notamment vis-à-vis de ceux de ses confrères qui sont placés sous son autorité hiérarchique au sein d'un institut de formation professionnelle, traduisant sa méconnaissance de son devoir de respect des personnes, son ignorance des rapports de bonne confraternité dus à sa consœur, ces manquements étant, s'agissant d'un élu ordinal, de nature à déconsidérer l'image de la profession* » (**CDN, 16 janv. 2024, n° 091-2022**). Un professeur de médecine, spécialiste en chirurgie urologique et titulaire d'un droit d'exercice complémentaire en cancérologie option traitement médicaux des cancers, fait également l'objet d'une interdiction d'exercice pour trois mois pour avoir été condamné pour harcèlement sexuel à l'encontre d'une secrétaire médicale contractuelle (**CDN, date inconnue, n° 15742**).

3.2.2. Les violences sexuelles à l'égard des patientes

Les faits de nature sexuelle peuvent relever d'une relation présentée comme consentie par le professionnel (**3.2.2.1**) mais restent, la plupart du temps, imposés aux patientes (**3.2.2.2**).

3.2.2.1. Des relations intimes bannies entre médecin et patiente

Le Conseil national de l'ordre a ajouté, en mars 2019, une mention spécifique dans le commentaire du code de déontologie médicale. Sous l'article 2 consacré au respect de la vie et de la dignité de la personne (art. R. 4127-2 CSP), il est désormais mentionné que « *le médecin ne doit pas abuser de sa position notamment du fait du caractère*

asymétrique de la relation médicale, de la vulnérabilité potentielle du patient, et doit s'abstenir de tout comportement ambigu en particulier à connotation sexuelle (relation intime, parole, geste, attitude, familiarité inadaptée, ...) ». Il a été reconnu, il y a quelques années, qu' « un médecin, qui dispose nécessairement d'un ascendant sur ses patients, doit, par principe, dans le cadre de l'exercice de son activité, s'interdire à l'égard de ses patients toutes relations intimes de nature à être regardées comme méconnaissant le respect de la personne, de sa dignité ou les principes de moralité et de probité ou à déconsidérer la profession ; qu'il en va ainsi tout particulièrement s'agissant de patients en état de fragilité psychologique, les relations intimes s'apparentant alors à un abus de faiblesse ; que si de telles relations viennent à s'instaurer, il appartient au médecin d'orienter son patient vers un autre praticien » (**Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins n° 12445, 12 janvier 2016**). Dans une autre affaire, où la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins avait prononcé une interdiction d'exercer la profession de médecin pendant une durée d'un an, le Conseil d'État a déclaré irrecevable le pourvoi qui soutenait qu'il s'agissait d'une atteinte à l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits et des libertés fondamentales de ne pas prendre en considération « *que les relations en cause peuvent s'inscrire dans le cadre d'une relation sentimentale réciproque* » (**Conseil d'État, 27 déc. 2023, n° 474898, inédit**). Cette affaire est emblématique du grand nombre de décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance et par la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins à propos de faits de nature sexuelle. Sur la base de données ordinale, une recherche à partir des mots-clés (« sexuel » / « connotation sexuelle ») a ainsi permis d'identifier dix-neuf décisions rendues entre septembre 2023 et septembre 2024 à propos des médecins.

Dans quelques très rares décisions, il est fait état par le professionnel de santé de relations sexuelles consenties avec une patiente. Il a d'ailleurs pu être retenu que la relation débutée par un médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, après le remplacement d'implants sur une de ces patientes, en dehors de l'exercice et des locaux du médecin et qui perdure encore aujourd'hui avec la patiente, n'était pas fautive (**CDNOM, 5 juin 2023, n° 15261**). La plainte avait été en l'espèce, introduite par l'ancien concubin de la patiente ainsi que le conseil départemental de l'ordre, à la différence des autres affaires où la patiente était à l'origine de la plainte. Ainsi, un médecin spécialiste en psychiatrie a pu être condamné à deux ans d'interdiction d'exercice après avoir eu des relations sexuelles avec sa patiente « *alors qu'il connaissait sa grande fragilité et son état de dépendance affective* » (**CDNOM, 20 nov. 2023, n° 14589**). De même, un médecin généraliste a été condamné à une interdiction d'exercer d'un an en appel (trois mois dont deux avec sursis en première instance) pour avoir eu des relations sexuelles, à plusieurs reprises, avec une patiente à l'occasion de visites médicales à son domicile, facturées à l'assurance-maladie, alors que la patiente était dans un état de fragilité psychologique avéré qu'il ne pouvait ignorer puisqu'il était lui-même à l'origine de la mesure de curatelle renforcée – et ce alors même qu'il avait été acquitté des chefs de viols aggravés en raison d'un doute subsistant sur l'absence de consentement de la patiente (**CDNOM, 7 avril 2023, n° 15183**). La tutrice d'une femme, ayant le statut d'invalide, a également pu introduire une plainte pour viol et agression sexuelle devant le conseil départemental de l'ordre à propos d'un infirmier, intervenant au domicile d'une patiente, souffrant d'un syndrome dépressif et d'addiction sévère à l'alcool. La radiation prononcée en première instance est confirmée en appel aux motifs « *qu'aucune relation amoureuse, a fortiori à connotation sexuelle, ne peut être légitimement entretenue pendant l'accomplissement du contrat de soins infirmiers, peu importe la circonstance qu'elle serait valablement consentie ; le caractère non consenti de cette relation, allégué par tout moyen, ou résultant de la fragilité inhérente à l'âge, à la capacité civile, au handicap, aux traitements ou à l'état de santé du ou de la patiente, aggrave le manquement précédent ; le fait qu'un infirmier ou une infirmière ne mette pas fin, sans délai, à l'instauration de cette forme de relation caractérise une attitude professionnelle manifestement inappropriée* » (**CNDONI, 19 juillet 2024, n° 85-2022-00462**). De la même façon, un masseur-kinésithérapeute a été condamné à deux ans d'interdiction d'exercer dont un avec sursis pour avoir organisé des soirées libertines dans son cabinet auxquelles il participait avec un patient, qu'il savait pourtant très fragile ; en dépit du caractère librement consenti des relations sexuelles entre le patient et les jeunes femmes présentes, il n'en demeure pas moins un manquement aux « *obligations de moralité, de responsabilité et de non-immixtion dans la vie privée des patients prévues par les articles R. 4321-54 et R.4321-96 du code de la santé publique* » ainsi qu'à l'obligation de ne pas déconsidérer la profession (**Kiné, CDN, 15 septembre 2023, n° 045-2022 et n° 048-2022**).

3.2.2.2. L'existence d'un continuum des violences sexuelles

Les relations sexuelles entre les médecins et leurs patientes sont interdites en raison de l'asymétrie de la relation médicale et de la vulnérabilité potentielle du patient ; les professionnels de santé disposant d'une très grande autorité sur les patientes ainsi que d'une proximité physique importante propre à l'établissement de situation d'abus de pouvoir. Ces violences peuvent également être qualifiées de violences de genre en ce qu'elles sont au croisement de deux relations asymétriques, liée à l'autorité médicale d'une part et à la domination masculine d'autre part. De manière systémique, il s'agit ainsi de violences commises par des hommes (dans une seule décision, isolée, l'auteur des faits est une femme) sur des personnes vulnérables, très majoritairement des femmes mais aussi parfois des hommes. Il convient enfin de mentionner l'existence d'un continuum entre les formes de violences sexuelles, admises en creux par les ordres qui prohibent les relations sexuelles³ : la possibilité de relations intimes implique, en amont, des comportements ambigus à connotation sexuelle – qui ne devraient pourtant pas avoir leur place dans les relations entre les professionnels et leurs patientes. Il peut s'agir de propos (3.2.2.2.1) et/ou de gestes inadaptés (3.2.2.2.2).

3.2.2.2.1. Propos inadaptés

À l'égard des patientes, les comportements reprochés sont de natures très différentes. Il peut s'agir de **propos inadaptés**. Un médecin, titulaire de capacités en pratiques médico-judiciaires et en addictologie clinique, reçoit un blâme pour « avoir tenu des propos et posé des questions inadaptées, sans lien pertinent avec l'objet de la consultation, qui ne pouvaient que susciter gêne, embarras et confusion de la part des intéressées sur lesquelles il exerçait un ascendant en qualité de médecin » (CDN, 15 nov. 2023, n° 15549). Il a également été retenu qu'un médecin, spécialiste en radio-diagnostic, a eu des gestes inappropriés et a tenu des propos gênants à l'occasion de quatre échographies mammaires effectuées en 2006, 2015, 2020 et 2022 ; que ces propos, présentés comme de l'humour pour calmer l'inquiétude des patientes, n'ont au contraire rien de rassurant et c'est pourquoi, il est condamné à une interdiction d'exercer de deux mois (CDN, 12 mars 2024, n° 15639 rapp. de chambre de première instance de l'ordre des sage-femmes, 9 oct. 2023, n° 202369). Il peut également s'agir de propositions plus directes. Ainsi, après six séances de rééducation maxillo-faciale, un masseur-kinésithérapeute a proposé à l'une de ses patientes de ne pas remettre son masque immédiatement afin de l'embrasser. Si la patiente a retiré sa plainte après la conciliation, le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Paris a décidé à l'unanimité d'engager « une action disciplinaire pour avoir voulu détourner la relation de soins, avoir manqué aux consignes d'hygiène dans un contexte de crise sanitaire et mis en cause la confiance nécessaire de la patientèle envers un professionnel » et fait appel à la suite du rejet de cette dernière en première instance. Un blâme est alors prononcé car le comportement reproché « ne procède pas d'une attitude correcte et attentive à son égard et est, comme le soutiennent les instances ordinales requérantes, inappropriée dans le cadre des rapports qu'un professionnel se doit d'entretenir avec ses patients et de nature à porter atteinte à l'image de la profession, dès lors qu'elle emporte le risque d'altérer la confiance qu'une patiente peut avoir dans un professionnel de santé de sexe masculin » (Kiné, CDN, 27 septembre 2023, n° 038-2022 et n° 039-2022).

3.2.2.2.2. Gestes inadaptés

Les propos inadaptés peuvent également être accompagnés de **gestes inappropriés**, comme le fait de dégrafer le soutien-gorge de la patiente, sans lui demander son consentement, ni l'avertir, pour un kinésithérapeute à l'égard duquel il est prononcé une interdiction d'exercer d'un mois avec sursis (Kiné, CDN, 20 mars 2024, N° 077-2022) ou encore d'avoir « tenu des propos non seulement déplacés mais humiliants, sexistes, injurieux voire obscènes à son entourage professionnel, étudiants compris, dépassant de très loin une familiarité que le praticien invoque pour sa défense et a fait preuve d'une attitude intimidante et violente tant verbalement que physiquement allant jusqu'à l'altercation avec un confrère » pour un médecin sanctionné d'un blâme (CDN, 29 mars 2023, n° 15087). Les gestes inappropriés sont pratiqués à l'occasion de la relation de soin, parfois sous couvert de l'exercice professionnel, du fait de l'autorité médicale et/ou de la proximité physique avec la patiente.

3 - Liz Kelly, Traduit de l'anglais par Marion Tillous (2019), « Le continuum de la violence sexuelle », Cahiers du Genre, n° 66(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cdgc.066.0017>.

En cas de condamnation pénale, les instances disciplinaires sont averties et peuvent plus facilement établir les faits. Ainsi, à la suite d'une condamnation définitive pour agression sexuelle, il a été prononcé une interdiction temporaire d'exercice de trois ans, dont dix-huit mois avec sursis, à l'encontre d'un masseur-kinésithérapeute « dont une large partie de la patientèle était constituée des élèves de la gendarmerie de Tulle au nombre desquelles figurait [la patiente] » (CDN, 28 déc. 2023 n° 062-2023). De même, un médecin généraliste a été condamné à dix-huit mois de prison avec sursis pour agression sexuelle sur une patiente qu'il a examinée nue puis enlacée et embrassée sur la bouche en se collant à elle ; l'ordre confirme l'interdiction d'exercice d'une durée de trente mois prononcée en première instance (CDN, 11 oct. 2023, 15080). Un médecin, spécialiste en dermatologie vénéréologie, condamné pour six agressions sexuelles et ayant continué à exercer malgré l'interdiction pénale fait ainsi l'objet d'une radiation à l'occasion de la plainte introduite par une nouvelle femme dénonçant une agression sexuelle lors d'un massage ayant duré plus d'une heure trente (CDN, 19 juin 2023, n° 15198). Après une condamnation pour harcèlement sexuel sur une étudiante en médecine et atteintes sexuelles sur une patiente, un professeur, qualifié spécialiste en chirurgie générale et qualifié compétent en cancérologie fait l'objet d'une interdiction d'exercice pour une durée d'un an (CDNOM, 28 sept. 2023, n° 13005). Une pédicure-podologue, seule femme mise en cause parmi notre corpus de décisions, a été condamnée à une interdiction d'exercice de 6 mois à la suite d'une condamnation pénale pour adresse sexuelle sur un patient (CDPI, 11 avril 2024, n° 617112023).

En l'absence de condamnation pénale, il revient dès lors à la section disciplinaire de déterminer la véracité des faits allégués d'une part et s'ils relèvent de la nécessité médicale d'autre part.

Concernant la preuve des faits reprochés, « il appartient au juge disciplinaire, dans le respect du contradictoire, d'apprécier si le contexte précis de l'affaire permet de donner une crédibilité aux propos des plaignantes et si des éléments du dossier viennent en établir la réalité ou la vraisemblance ». En l'espèce, il est jugé que « la crédibilité des témoignages des plaignantes quant à la nature des gestes reprochés [au masseur-kinésithérapeute, à savoir des attouchements sur les fesses, les seins ou l'entre-jambes] apparaît suffisante pour regarder la réalité de ces gestes comme établie » et que le professionnel a lui-même reconnu avoir eu de nombreuses relations intimes avec des patientes, considérant son lieu d'exercice professionnel comme un lieu de rencontres. De l'ensemble de ces éléments, il est prononcé une interdiction d'exercice de trois ans : « en pratiquant sur certaines parties du corps des deux plaignantes relevant de leur intimité des gestes intrusifs sans justification thérapeutique avérée et en leur tenant des propos laissant penser à chacune d'entre elles qu'il cherchait à obtenir des faveurs sexuelles, M. Y. s'est départi d'une attitude correcte, respectueuse du principe de moralité, a porté atteinte à la dignité des intéressées et s'est immiscé sans raison professionnelle dans la vie privée de celles-ci, en méconnaissance des dispositions précitées des articles R. 4321-53, R. 4321-54, R. 4321-58 et R. 4321-96 du code de la santé publique » (CDN, 21 mars 2024, n° 026-2023, n° 031-2023 et n° 032-2023).

Au contraire, il a pu être jugé, en l'absence de preuves et du fait du caractère isolé de la plainte, que les propos tenus lors de consultations par un médecin psychiatre n'étaient pas déplacés et ne constituaient pas un harcèlement sexuel quand bien même « ces agressions verbales correspondent assurément à la manière dont la patiente a reçu les propos du médecin, aucun élément de l'instruction ne permet d'affirmer qu'elles ont été recherchées par le Dr A » (CDN, 30 nov. 2023, n° 13705). De même, seul un blâme a été prononcé à l'encontre d'un médecin, spécialiste en psychiatrie, pour des faits d'agression sexuelle dénoncés par une patiente lors de l'examen par le professionnel de lésions cutanées aux jambes car « ces accusations, fermement contestées par l'intéressé, ne sont pas établies avec un degré suffisant de certitude » ; il est en revanche établi une « attitude particulièrement ambiguë avec sa patiente, qu'il a tutoyée et appelée par son prénom, dans le but manifeste d'établir une relation de familiarité » (CDN, 22 déc. 2023, n° 15496).

Une décision de l'**ordre national des kinésithérapeutes (2 oct. 2023 n° 067-2022)** montre la façon dont peut être investiguée une accusation de soins non-consentis. Les faits, quoiqu'inhabituels, devaient être pris au sérieux puisqu'il s'agissait de manipulations périnéales par voie anale effectuée par une praticienne sur un patient, qui affirmait donc qu'il n'avait pas été informé du geste qui allait être effectué sur lui et en avait ressenti une vive douleur, situation qui aurait donc pu relever de la **violence sexuelle**. La décision doit être signalée en ce qu'elle visibilise que ce type d'investigation ne doit pas s'arrêter au constat d'un affrontement « il a dit / elle a dit ». La juridiction ordinaire, pour rejeter la plainte, s'appuie ici sur un faisceau d'indices qui permettent de penser que la personne avait été informée sur le geste. Sont ainsi mis en avant : le fait que le geste était médicalement justifié et prescrit ; la durée particulièrement longue de la première consultation, antérieure à l'acte dénoncé ; le fait que la nature de l'acte et ses conséquences avaient été signalées sur le dossier du patient etc. Bien entendu, ces éléments

ne sauraient démontrer de façon certaine la fausseté des accusations mais cette affaire montre qu'une investigation sérieuse de ce type de dénonciation est possible.

De fait, une décision de première instance de **l'ordre des sage-femmes (9 oct. 2023, n° 202369)**, montre que la simple allégation de soin non-consentis est loin de suffire à faire condamner le ou la professionnel·le en cause, même dans le cadre particulièrement délicat des violences gynécologiques et obstétricales et dans un contexte global de manque de qualité des soins. Dans cette affaire, une patiente reprochait notamment à une sage-femme un toucher vaginal non-consenti ainsi qu'un retrait trop précoce, et lui aussi non-consenti, de points de suture sur une lésion du sphincter anal, entraînant une réouverture de la déchirure ainsi qu'une incontinence anale totale. **La plainte est cependant rejetée concernant le défaut d'information et de consentement sur le seul fondement qu'elle n'est étayée par aucun autre élément que les dires de la patiente.** Pourtant, la professionnelle est, en parallèle, condamnée à trois mois ferme d'interdiction d'exercer pour manque de formation continue, manquement aux bonnes pratiques d'hygiène et attitude incorrecte vis-à-vis de sa patiente, à laquelle elle ne conteste pas avoir demandé de « *relever ses petites papattes* » et auprès de laquelle elle s'est étonnée de son refus d'une épisiotomie. La juridiction **souligne ici la particulière vulnérabilité d'une patiente en post partum d'un accouchement spécialement difficile** qui aurait dû conduire la professionnelle à une attitude plus délicate, ses interrogations ayant pu être vécues comme une culpabilisation. Dans cette affaire, c'est donc essentiellement l'auto-incrimination de la professionnelle, qui ne nie pas les allégations de la patiente, qui conduit à sa condamnation. Il en est de même dans **la décision du 11 janvier 2024 de la chambre nationale de l'ordre des infirmiers** dans laquelle plusieurs patient·es alléguaient de propos déplacés de la part d'une infirmière... qui les reconnaît en défense en s'en justifiant. Ayant par ailleurs cessé brutalement la prise en charge d'un de ses patients – sans l'en informer directement – car la fille de celui-ci avait choisi une autre infirmière pour ses soins la concernant, elle est condamnée à un an d'interdiction avec sursis pour les premiers faits et à un an ferme pour les seconds ; sanctions sévères mais motivées par le caractère répétitif des signalements concernant cette professionnelle.

Concernant ensuite le caractère médicalement justifié des faits reprochés, il convient d'établir s'ils relèvent de l'exercice professionnel. Cet examen de la pertinence médicale des gestes effectués est plus facile à réaliser lorsque les professionnel·les ne sont pas censés intervenir dans la sphère intime. Au contraire, les examens gynécologiques et obstétricaux peuvent par nature donner lieu à des violences spécifiques, y compris sexuelles. L'expression de violences obstétricales et gynécologiques, qui gagne de plus en plus en visibilité⁴, recouvre ainsi quatre types de violences : les négligences, les violences verbales, les violences physiques et les violences sexuelles⁵. C'est sur ce dernier phénomène que nous souhaitons nous arrêter en dressant un bilan de l'analyse de toutes les décisions rendues sur l'année écoulée à propos des faits de nature sexuelle et ce, pour toutes les professions en santé.

Pour débiter, un masseur-kinésithérapeute exerçant également comme ostéopathe a été condamné à une interdiction temporaire d'exercice de deux ans pour avoir pratiqué un toucher pelvien sans prescription médicale (**Kiné, CDN, 12 mars 2024, n° 001-2021** ; décision intervenant sur renvoi après cassation). Il convient également d'établir s'ils sont médicalement justifiés. Par exemple, un médecin, qualifié spécialiste en neurologie, fait l'objet de plaintes pour viol : il a en effet demandé à plusieurs patientes de se mettre nue et à quatre pattes sur le lieu d'examen, introduisant pour l'une d'elles un objet tubulaire, métallique et froid dans l'anus. S'il est jugé que faute d'être corroborée par un ou plusieurs autres éléments versés au dossier, « *cette dernière allégation ne peut, en l'état de l'instruction, être retenue* » (§8), il est, en revanche, retenu que le médecin « *a placé sa patiente dans une situation qui pouvait être légitimement perçue par celle-ci comme humiliante, voire comme sexuellement connotée, sans qu'aucune nécessité médicale convaincante ne puisse être retenue pour le justifier, sans lui donner, sur le moment, aucune explication pour dissiper ce qu'il estime avoir été un malentendu, en dépit du trouble et du malaise ressenti par sa patiente, qu'un professionnel expérimenté tel que le Dr A n'a pas pu ne pas percevoir* ». Le médecin est condamné à une interdiction d'exercice d'un an à la place de la radiation prononcée en première instance (**CDN, 31 janv. 2023, n° 15162**). Dans le même sens, un médecin ayant réalisé un massage sur une patiente en lui demandant de retirer sa culotte – circonstance qui « *révèle en elle-même une attitude inappropriée du [généraliste], sans rapport avec les exigences de la*

4 - Diane Roman, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *RDSS*, 2017, p. 867 ; Anne Simon et Elsa Supiot (dir.), [Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit](#), Rapport de recherches, IERDJ, déc. 2023.

5 - A. Flavia d'Oliveira et al., Violence against women in health-care institutions: an emerging problem, *The Lancet*, 2002, Vol. 359, 9318, p. 1681-1685.

prise en charge médicale de sa patiente » – a, quant à lui, été condamné à une interdiction d'exercer d'un an (CDN, 8 mars 2023, n° 15335). Le même jour, un autre médecin généraliste a été radié du tableau de l'ordre pour avoir « *procédé à un toucher vaginal, d'abord sans protection ni lubrification, dont la justification paraît particulièrement malaisée eu égard aux symptômes évoqués et à l'ensemble des investigations pratiquées ou non, suivi d'un toucher rectal qui apparaît, en tout état de cause, absolument injustifiable, dans les circonstances de l'espèce, et alors même que Mme C aurait déclaré, en réponse à une question du praticien, présenter des épisodes occasionnels de constipation. Cette dernière circonstance révèle en elle-même une attitude inappropriée du Dr A caractérisant un acte à caractère sexuel, sans rapport avec les exigences de la prise en charge médicale de sa patiente* » (CDN, 8 mars 2023, n° 15336). De même, un médecin, spécialiste en médecine générale est condamné à une interdiction d'exercer pendant deux ans – alors qu'une radiation avait été prononcée en première instance – après dix-sept plaintes récentes et d'autres plus anciennes dénonçant un examen de prévention pendant lequel le médecin « *ne respecte pas la distance nécessaire et porte atteinte à l'intimité des jeunes femmes, en les examinant de manière trop insistante et intrusive sans avoir suffisamment expliqué le déroulement de l'examen médical, en laissant s'instaurer un sentiment de gêne et de malaise et en ayant dans certains cas un comportement inapproprié à connotation sexuelle* » (CDN, 8 fév. 2024, n° 15714, §8).

Dans une dernière affaire, de jeunes hommes ont été abusés par un médecin, spécialiste en médecine générale. Plusieurs patients ont ainsi dénoncé avoir subi des agressions sexuelles, lors de consultations portant sur d'autres sujets ; le médecin procédait en effet systématiquement à l'examen de leurs organes génitaux et posait des questions sur leur sexualité. Il a également reconnu avoir masturbé l'un d'entre eux tout en défendant que le patient était consentant. Pour la juridiction ordinaire, il s'agit de manquements déontologiques d'une particulière gravité justifiant de confirmer l'interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de trois ans, dont un an avec sursis (CDN, 24 juil. 2023, n° 15352).

Au contraire, il n'est retenu aucun manquement à l'égard d'un pédicure podologue pour les mouvements qu'il a fait réaliser à la patiente ainsi que les palpations qu'il a opérées sur elle ; il est en revanche condamné à une interdiction d'exercice pour six mois dont trois avec sursis pour les propos déplacés tenus à la patiente, sous couvert de compliments (CDN, 13 mai 2024, n° 2022-03).

Dans ces différentes affaires, **les stratégies de défense des professionnels mis en cause** varient, certains niant fermement les faits – y compris en présence d'éléments de preuve tels que des échanges écrits –, d'autres font valoir une relation sentimentale réciproque – qui ne résiste pas à une analyse au prisme de l'abus de faiblesse –, quand enfin certains défendent la nécessité médicale, l'humour (CDN, 12 mars 2024, n° 15639) et/ou font valoir le contexte #MeToo (CDN, 15 nov. 2023, n° 15549) ou encore les conséquences de la condamnation prononcée (l'un d'entre allant jusqu'à faire valoir la sous dotation médicale [CDN, 11 oct. 2023, 15080] et les autres faisant, la plupart du temps, état de leur situation familiale). Un masseur-kinésithérapeute a, quant à lui, à la suite du rejet de la plainte pour agression sexuelle d'une de ses collègues, saisi le conseil de l'ordre pour faire valoir un manque de confraternité ; comme pour l'agression sexuelle auparavant, le conseil de l'ordre estime qu'il n'est pas établi au terme de « *l'instruction que cette plainte serait constitutive d'une dénonciation dépourvue de toute justification formée dans le seul dessein de nuire à un confrère* » (CDN, 16 janv. 2024, n° 044-2023). Cette affaire, bien qu'isolée au sein de notre corpus, témoigne de l'existence de procédure-bâillon, y compris devant les instances ordinaires, sachant qu'une telle action ne peut être intentée que lorsque l'auteur est mis en cause par des collègues à lui.

Lisa Carayon, Marie Mesnil

Index - Accès aux décisions classées par professions

- Chirurgien-dentiste :

Conseil d'État : 26 octobre 2023, n° [461015](#), [461017](#), et [461019](#) (centre de santé - publicité - compétence de l'ordre).

- Infirmier :

Conseil d'État : 20 février 2024, n° 469665 (refus d'inscription - faits antérieurs - moralité).

Chambre nationale : 16 novembre 2023, n° 51-2021-00404 (mauvais soins, AMP) ; 14 décembre 2023, n° 86-

2022-00425 (faux certificats - vaccination - faits antérieurs à l'inscription) ; 11 janvier 2024, n° 86-2022-00432 (propos déplacés) ; 12 janvier 2024, n° 04-2021-00419 (secret médical - tournée accompagnée) ; 5 février 2024, n° 75-2022-00526 et 10 juin 2024, n° 29-2020-00513 (liberté d'expression - critiques outrancières contre l'ordre) ; 5 mars 2024, 13-2019-00287 (mauvais traitement de la douleur, patiente âgée, pas d'allègement de responsabilité du fait de la collaboration avec d'autres professionnels) ; 17 avril 2024, n° 62-2022-00443 (cadre de santé, mauvaise prise en charge d'un accident d'exposition au sang, collaboration avec une aide-soignante) ; 19 avr. 2024 n° 37-2022-00439 (fraudes - assurance-maladie) ; 30 mai 2024, n° 83-2021-00420 (mauvais soins, patiente âgée) ; , 17 mai 2024, 59-2021-00414 (mauvais soins, chirurgie, partage de responsabilité) ; 30 mai 2024, n° 31-2022-00438 (mauvais soins, alcoolisation, patiente âgée) ; 4 juillet 2024, n° 87-2022-00452 (secret médical - publication sur un groupe) ; 4 juillet 2024, n° 27-2022-00453 et 27-2022-00453-1 (faux certificats - vaccination - covid-19) ; 4 juillet 2024, n° 69-2022-00482 (mauvais soins, manque d'empathie, patiente âgée) ; 19 juillet 2024, n° 85-2022-00462 (relations sexuelles - abus de faiblesse)

Section des assurances sociales, 22 août 2024, n° 2019-00048 (fraudes - assurance-maladie) ; date inconnue n° 37-2022-00439 (fraude)

- Masseur-kinésithérapeute :

Chambre nationale, 23 février 2023 décision n° 043-2022 (fraudes, assurance-maladie) ; ; 11 septembre 2023 n° 083-202219 et n° 093-2022 (liberté d'expression) ; 15 septembre 2023, n° 045-2022 et n° 048-2022 (comportements de nature sexuelle - organisation de soirées libertines) ; 27 septembre 2023, n° 038-2022 et n° 039-2022 (demandes déplacées) ; 2 octobre 2023, n° 067-2022 (acte de nature sexuelle - consentement) ; 16 octobre 2023, n° 072-2022 (charlatanisme - micro-kinésithérapie - certificats de complaisance) ; 16 octobre 2023, n° 099-2022 (charlatanisme - fasciathérapie) ; 28 décembre 2023 n° 062-2023 (condamnation pénale - agression sexuelle) ; 16 janvier 2024, n° 091-2022 (harcèlement moral - propos inadaptés - entre collègues) ; 16 janvier 2024, n° 044-2023 (procédure-bâillon - agression sexuelle) ; 25 janvier 2024, n° 063-2023 et 22 février 2024, n° 106-2022 (obligation vaccinale - non-respect - sanction) ; 12 mars 2024, n° 001-2021 (renvoi après cassation - gestes inappropriés - champ de compétences) ; 20 mars 2024, n° 077-2022 (gestes sexuels inappropriés) ; 21 mars 2024, N° 026-2023, n° 031-2023 et n° 032-2023 (gestes inappropriés - sanction).

Chambre disciplinaire de première instance de Bourgogne, 18 septembre 2023, n° 028BFC/16032023 (mauvais soins, complicité d'exercice illégal de la profession).

Section des assurances sociales, 25 janvier 2024, n° 001-2023 (fraudes - remplacement - assurance-maladie).

- Médecin :

Conseil d'État, 4e ch., 14 nov. 2023, n° 479897 (certificat de complaisance) ; 27 déc. 2023, n° 474898, inédit (relations sexuelles - abus de faiblesse)

Chambre disciplinaire nationale - CDN, 31 janvier 2023, n° 15162 (gestes déplacés - absence de justification médicale) ; 8 mars 2023, n° 15335 (gestes déplacés - absence de justification médicale) ; 8 mars 2023, n° 15336 (gestes déplacés - absence de justification médicale) ; 28 mars 2023, n° 15405 (certificat de complaisance) ; 29 mars 2023, n° 15087 (propos déplacés - gestes violents) ; 7 avril 2023, n° 15183 (relations sexuelles - abus de faiblesse) ; 5 juin 2023, n° 15261 (relations sexuelles - absence d'abus de faiblesse - fin du suivi médical) ; 19 juin 2023, n° 15198 (condamnation pénale - agression sexuelle) ; 24 juillet 2023, n° 15352 (gestes déplacés - absence de justification médicale) ; 28 sept. 2023, n° 13005 (condamnation pénale - harcèlement sexuel - atteinte sexuelle) ; 11 octobre 2023, 15080 (condamnation pénale - agression sexuelle) ; 13 octobre 2023, n° 15610 (certificat de complaisance) ; 24 octobre 2023, n° 15005 et 15470 (certificat de complaisance) ; 2 novembre 2023, n° 15019 (certificat de complaisance) ; 2 novembre 2023, n° 15401 (certificat de complaisance - arrêt de travail - salarié) ; 15 nov. 2023, n° 15549 (propos déplacés) ; 20 nov. 2023, n° 14589 (relations sexuelles - abus de faiblesse) ; 28 novembre 2023, n° 15228 (certificat de complaisance) ; 30 nov. 2023, n° 13705 (harcèlement sexuel - plainte isolée - absence de sanction) ; 21 décembre 2023, n° 15262 (certificat de complaisance) ; 22 décembre 2023, n° 15496 (gestes déplacés - absence de preuve) ; 8 février 2024, n° 15714 (gestes déplacés - absence de justification médicale) ; 12 mars 2024, n° 15639 (propos déplacés) ; date inconnue, n° 15742 (harcèlement sexuel - entre collègues).

- Pédicure-podologue :

Chambre disciplinaire de première instance. Auvergne-Rhône-Alpes 11 avril 2024, n° 617112023, (condamnation pénale - agression sexuelle ; de Nouvelle-Aquitaine, 18 avril 2024, n° 20230101 et 20230102 (charlatanisme - numérologie) ; de Bourgogne-Franche-Comté, 24 avril 2024 (n° 2024/01) (publicité - usage du titre professionnel à des fins commerciales) ; d'Île-de-France-Antilles-Guyane-La Réunion-Mayotte, 26 janvier 2024, n° 22-11 (exercice dans un local commercial) ; 31 mai 2024, n° 23-04 (centre de santé - publicité) ; des Pays-de-la-Loire, 14 mars 2024, N° 2023-03 (mention d'une spécialité).

Chambre nationale, 13 mai 2024, n° 2022-03 (propos déplacés) ; 28 juin 2024, n° 2023-01 et n° 2023-02 (exercice en dépit d'une radiation - réformation de la sanction - début d'application de la sanction) ; 7 mars 2024, n° 2021-01 (liberté d'expression).

Section des assurances sociales de la chambre régionale d'Occitanie, 23 oct. 2023, n° 2023-01-0301 (fraudes - assurance-maladie)

- Sage-femme :

Conseil d'État : 13 mai 2024, n° 466541 (mauvais soins, collaboration avec un médecin)

Chambre nationale : 26 septembre 2023, n° DC70 (mauvais soins, accouchement à domicile, prescription hors AMM, décès du nouveau-né) ; 9 octobre 2023, n° 202370 (cabinet non-conforme aux exigences sanitaires) ; 13 décembre 2023, n° DC 65 (certificat de complaisance) ; 20 déc. 2023, n° DC 63 (mauvais soins, accouchement à domicile, décès de la patiente et du nouveau-né).

Chambre disciplinaire de première instance : 9 octobre 2023, n° 202369 (consentement - propos déplacés).

Systeme et politiques de santé

Séminaire Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble



Résumé (pour les 4 synthèses de ce numéro)

Lisa et l'Ocirp poursuivent, avec leurs partenaires, le cycle de séminaires sur les politiques de l'autonomie, destiné à approfondir l'analyse des besoins et de l'organisation de l'offre de prise en charge, avec, dans ce numéro, la question de la prévention (Olivier Guérin), la situation des Ehpad (Laure de La Bretèche et Marc Bourquin) et un point global sur les politiques de prise en charge à domicile (Julien Emmanuelli et Jean-Baptiste Frossard).

Mots-clefs

Autonomie – Politiques publiques – Prise en charge – Prévention – EHPAD – Prise en charge à domicile.

Abstract

Lisa and Ocirp are continuing, with their partners, the cycle of seminars on autonomy policies, designed to deepen the analysis of needs and the organization of the care offer, with, in this issue, the question of prevention (Olivier Guérin), the situation of Ehpad (Laure de La Bretèche and Marc Bourquin) and an overview of home care policies (Julien Emmanuelli and Jean-Baptiste Frossard).

Keywords

Autonomy – Public policies – Care – Prevention – EHPAD – Home-based care.

4^{ème} séance : mercredi 15 mai 2024

La situation des EHPAD

Synthèse

Lors de cette quatrième séance du séminaire *Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble*, nous avons eu le plaisir d'accueillir **Madame Laure de la Bretèche**, Présidente du conseil d'administration d'ARPAVIE, pour recueillir le point de vue d'un opérateur et faire état de la situation des établissements d'hébergement.

L'objectif de cette session était de mieux comprendre les difficultés qui pèsent sur ceux qui mettent en œuvre la politique du grand âge, pour adapter l'offre aux besoins en mutation d'une part, et éviter que cette politique soit mise en échec par les crises successives d'autre part.

La problématique du grand âge du point de vue d'un opérateur gérant principalement des résidences autonomie et subsidiairement des EHPAD

Dans un propos liminaire, Laure de la Bretèche a rappelé comment ARPAVIE, groupe singulier par la prédominance des résidences autonomie par rapport aux EHPAD, doit s'adapter à un public âgé et à la santé fragile.

Deux évolutions démographiques sont à prendre en compte. D'une part, les 75-85 ans passeront de 4,1 à presque 7 millions entre 2020 et 2040. L'offre d'hébergement doit donc prévoir une demande croissante d'un public fragile et dépendant. D'autre part, l'offre médicalisée doit également s'adapter pour un public qui passera de 2 à 3,5 millions de personnes sur la même période.

Un aperçu synthétique du financement des structures d'hébergement, par financeur

Laure de la Bretèche a quantifié la participation respective de l'État et des départements dans le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des résidences autonomies (RA), et des usagers.

- Pour les EHPAD, la participation de l'État, déléguée aux agences régionales de santé (ARS), se fait par le biais de la "dotation soin", qui couvre les salaires, donc 37 % des charges. Le département verse la "dotation dépendance", qui couvre 11 % des dépenses ;

- Pour les résidences autonomie, où le soin est subsidiaire, la participation de l'État au travers du "forfait soin" vaut 1,5 % de leurs ressources tandis que 3 % de ces dernières sont apportées par le département au travers du "forfait autonomie" ;

- L'État aide les personnes dépendantes au travers de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (déterminée par les pouvoirs publics mais mise en œuvre et versée par les départements). Les résidents de toutes les structures d'hébergement (RA, EHPAD, USLD) acquittent le "tarif résident aide sociale" fixé par le Conseil départemental. Il correspond à 22 % des ressources globales d'ARPAVIE.

Ces ressources ne suffisent plus depuis les bouleversements récents

Une évolution du besoin marquée par la crise du covid et le scandale Orpea :

Laure de la Bretèche décrit une triple évolution du besoin qui n'a pas été anticipée. La politique publique est donc en décalage.

- De point de vue de l'EHPAD, les publics hébergés entrent dans le dispositif à un âge de plus en plus avancé, avec un niveau de dépendance croissant, pour des séjours de plus en plus courts. Le GMP (GIR moyen pondéré) qui mesure le niveau de perte d'autonomie est passé de 735 à 789 entre 2021 et 2024. Or, dans les perceptions des familles (qui prennent le H d'hébergement pour "hospitalisation"), le soin est attendu. Ce constat appelle une spécialisation et à une médicalisation croissante de l'EHPAD.

La crise du covid et le scandale Orpea ont permis une prise de conscience de cette nouvelle réalité, mais ont jeté une suspicion généralisée sur les EHPAD ;

- Le domicile prend une ampleur croissante : 92 % des Français de plus de 60 ans déclarent vouloir vieillir chez eux selon une enquête d'ARPAVIE.

Cependant, il y a un cruel manque d'anticipation. Parmi les 38 % qui déclarent savoir qu'ils ne pourront pas demeurer chez eux, seuls 14 % ont commencé à se renseigner sur les alternatives d'hébergement. De plus, parmi les patients de la filière à domicile d'ARPAVIE, ARPAVIE@dom, on relève des insuffisances (mal adaptation du logement, services rares, dégradations non perçues de l'état du patient, isolement...);

- Les résidences autonomie (sans parler des récentes résidences seniors, plus coûteuses et reposant sur un autre modèle) sont ce vers quoi le public se tourne spontanément. Les taux d'occupation y sont meilleurs qu'en EHPAD.

La difficulté de cette offre est qu'elle est mal connue, peu médicalisée, mal dotée à cause d'un sous-investissement et ne correspond pas forcément au besoin.

Le panorama d'un secteur en crise

En s'appuyant sur le cas particulier d'ARPAVIE, Laure de la Bretèche décrit les difficultés dont souffrent les opérateurs du grand âge.

Sur les particularités d'ARPAVIE :

ARPAVIE est issue de la fusion en 2016 de 3 acteurs du grand âge : AREFO, ARPAD et AREPA, ainsi que deux bailleurs sociaux : Action logement et CDC habitat (de la Caisse des dépôts et consignations). Concentrée en Île-de-France, elle a dû s'accommoder d'un foncier particulièrement rare et cher, d'une période covid intense, et d'un parc à 37 % dédié au social. Elle gère 127 établissements, dont 44 EHPAD, qui concentrent une bonne part des enjeux financiers et 80 résidences autonomie.

Sur les difficultés financières des EHPAD

Depuis 2019, l'inflation a augmenté les charges de 12 %, tandis que le chiffre d'affaires n'a augmenté que de 5,5 %, notamment en raison d'un taux d'occupation décroissant, et d'une insuffisance des financements publics. En effet, ces derniers ont augmenté leur participation, avec le *Ségur* par exemple, mais sans que cette progression soit à la hauteur de l'augmentation des charges. Il faudrait une augmentation de la dotation soin de 5 % pour faire face aux charges et retrouver des marges de manœuvre sur la masse salariale, en forte tension.

Sur les difficultés de ressources humaines des EHPAD :

La pression financière s'ajoute aux besoins nouveaux des hébergés (dont les exigences des familles sont le corollaire) et au soupçon généralisé jeté par le scandale Orpea (qui s'illustre par les 90 % des EHPAD d'ARPAVIE contrôlés lors de l'année 2022). Le métier de directeur d'établissement, très exposé à la judiciarisation, devient alors très difficile et peu attractif. Oubliés de la reconnaissance collective dont ont fait objet les soignants, les directeurs d'établissements sont assez nombreux à démissionner.

Par ailleurs, l'ambiance parfois tendue au travail, la dépendance croissante des patients et la vétusté de certains établissements rendent aussi le métier de soignant plus difficile. Ainsi, l'absentéisme atteint parfois 30 % dans certains EHPAD. Laure de Bretèche évoque une "gestion RH de crise permanente et un pilotage quotidien".

Cela dit, ARPAVIE opère davantage de RA que d'EHPAD. Laure de la Bretèche s'est alors étendue sur les évolutions qui sont propres à ces résidences.

Premièrement, le public a changé d'un point de vue social. Le public a un rapport différent à l'autonomie et connaît souvent des difficultés dans ses démarches numériques et administratives. Ce public a aussi un besoin croissant d'accès au soin, qui était jusque-là assez limité dans ces structures qui ne sont pas médicalisées (les soins sont délivrés à domicile par des médecins libéraux et infirmiers).

Deuxièmement, seules 8 résidences autonomie sur 80 ont un forfait soin, qui permettrait pourtant de mieux s'adapter à la demande croissante de médicalisation, en délivrant des soins collectifs à moindre prix.

Malgré cela, les opérateurs, qui ont un temps d'avance sur les politiques nationales en raison de la pratique du terrain, savent s'adapter.

La prise d'initiative sur le terrain pour faire face aux difficultés et prendre en charge les nouveaux besoins

C'est ainsi que Laure de la Bretèche nous a fait part des initiatives prises par ARPAVIE.

En premier lieu, un accompagnement médical léger en résidence autonomie, où une bonne prévention à domicile permet une détection anticipée de problèmes médicaux et une hospitalisation précoce avant qu'ils n'entraînent une perte d'autonomie impliquant l'hébergement en EHPAD. Depuis peu, la prise de constantes est réalisée par un acteur commercial habilité, qui transmet l'information pertinente aux médecins.

En deuxième lieu, Laure de la Bretèche constate que les collectivités territoriales qui gèrent directement du public dans des résidences autonomie en régie connaissent les mêmes difficultés qu'ARPAVIE. Or, leur disparition et leur remplacement par des EHPAD ou des résidences services ne répondraient pas au besoin. Il convient alors de reprendre ces établissements ou de les maintenir avec un système de coopération ad hoc.

En troisième lieu, la prise en compte du covid a monopolisé toute l'attention des EHPAD et a différé certaines remises à niveau, qui étaient attendues. Cependant, cette mise sous pression permanente a permis un apprentissage. C'est ainsi que sont apparues, et ont été déployées les aides-soignantes diplômées d'État coordinatrice (ASDEC), avec davantage de responsabilités. ARPAVIE a aussi développé les formations à la fin de vie à destination des soignants.

En quatrième lieu, ARPAVIE a profité de la recrudescence des contrôles pour développer une démarche qualité. Ces derniers ont été accompagnés d'audits volontaires et de la création de nouveaux outils pour s'assurer de la réalisation de cet objectif.

En cinquième lieu, à côté des conseils de vie sociale (CVS), ARPAVIE a inauguré les conseils des résidents et des familles en 2020, pour échanger et régler les tensions. Laure de la Bretèche relève que ces derniers permettent notamment de prendre conscience des perceptions et des attentes des usagers et de leurs familles.

La vision d'un opérateur pour l'avenir de l'hébergement des aînés

Pour finir sa présentation, Laure de Bretèche a présenté la direction vers laquelle devrait tendre ARPAVIE ainsi que les défis à venir.

Au premier rang de ceux-ci, le soin. Les politiques ont tant voulu mettre en avant le projet de vie au sein de l'EHPAD que la culture du soin ne s'est pas véritablement installée, en dépit des attentes des familles. Certains processus, comme la distribution des médicaments, connaissent encore des imperfections. Ils doivent donc être formalisés, sans "faire l'économie du zéro défaut".

Du côté des RA, il faut anticiper le grand âge et comprendre qu'un déménagement choisi est possible. Cela suppose de comprendre que la dépendance n'est pas générale, mais touche certaines capacités, à certaines périodes. On la traite en proposant des services particuliers et en intégrant les porosités entre les différents hébergements et la prise en compte du domicile. Laure de la Bretèche résume cela en disant que "l'EHPAD de demain" comprend la résidence autonomie.

Débat avec l'assistance

Après avoir attiré l'attention sur le fait qu'au grand âge, les conséquences fonctionnelles et sociales des maladies sont plus importantes que les conséquences en matière de santé, Jean Claude Henrard a souhaité défendre un hébergement ancré dans un territoire et une filière. Cela passe selon lui par un rehaussement du nombre de soignants par hébergé à un niveau proche de celui des USLD (de 0,3 à 0,7), par des conventions avec l'hôpital psychiatrique et par la délivrance de soins palliatifs.

Laure de Bretèche rejoint son interlocuteur sur les trois pans de la santé (médical, social et psychologique). Toutefois, le médical constitue un socle prioritaire lorsque la réalité de la raréfaction du personnel oblige à prioriser.

Elle le rejoint aussi à propos de l'axe filière et territoire. Elle rappelle à cet égard que des partenariats existent déjà et que, selon les cas, soit ils fonctionnent bien, comme les équipes mobiles gériatriques lors du covid, soit il y a une distance entre la convention écrite avec l'hôpital et la pratique. Il faut alors prendre conscience de l'intérêt partagé pour réactiver la coopération. Un exemple de cette prise de conscience est le fait que, contrairement aux attentes, les médecins ont bien accueilli la prise de constantes par un tiers et la transmission des données pertinentes.

Pour améliorer l'offre de soin, ARPAVIE mise sur la formation. C'est ainsi qu'a été créé un centre de formation d'apprentis à destination de personnes en décrochage scolaire ou récemment arrivées en France. Grâce à l'apprentissage par l'expérience, il n'y a pas de choc entre les études et la réalité professionnelle qui cause habituellement les désertions.

Question de Benoît Péricard, ancien président d'une association gérant 6 EHPAD et ancien directeur de CHU contenant une unité de soins longue durée : comment à la fois renforcer la médicalisation de l'EHPAD, et le séparer de l'hôpital ?

En s'appuyant sur le rapport Jeandel, Laure de la Bretèche indique que les publics en EHPAD ont le même profil pathologique qu'en USLD ou ont davantage d'affections psychologiques lourdes et pulmonaires. C'est pourquoi il

est pertinent de ne plus séparer les deux radicalement. La solution réside dans la mobilisation du réseau médical autour de l'EHPAD et la meilleure détection du besoin.

Question de Béatrice Jérôme : ARPAVIE est-elle locataire des locaux ? Quel est l'impact des loyers sur le prix de séjour ?

ARPAVIE est locataire. Les évolutions du loyer ne sont pas répercutées sur les tarifs hébergement qui sont régulés par les pouvoirs publics selon un taux directeur d'évolution. C'est même un des facteurs qui est à l'origine du déficit constaté

Question de Ludovic Guillaume : avez-vous constaté, en résidence autonomie, la même augmentation du nombre de demandes d'aide sociale qu'en EHPAD (de 17 à 26 %) ?

Laure de la Bretèche n'a pas eu vent d'une telle augmentation. Par ailleurs, elle se réjouit de la prise de conscience du défi social que représente l'EHPAD, destiné à fournir un nuancier d'aides et à prioriser l'accueil de personnes à revenu moyen ou faible. Toutefois, les dossiers d'aide sociale demeurent trop compliqués et posent des difficultés au personnel des résidences autonomie.

Deuxième question de Ludovic Guillaume : comment assurer une bonne santé et sécurité au travail ?

Laure de la Bretèche rappelle toute l'importance de cette question en précisant que les soins aux personnes dépendantes est le secteur avec le plus haut taux d'accident. Selon elle, le fait de porter des charges lourdes dans des conditions de travail fatigantes n'est pas l'unique cause. Certaines pratiques et l'absence de renouvellement du personnel, dues à des lacunes de formation notamment, aggravent le risque.

Pascal Berger, directeur stratégie et développement d'un concepteur et fabricant d'aides techniques, souligne la double fonction de l'aide technique : ce qui améliore l'autonomie du patient facilite la vie du soignant, ce que l'assistance a unanimement approuvé. Il se demande ensuite comment le patient peut se rendre compte de l'utilité de l'aide technique pour sa propre santé.

ARPAVIE a développé EHSIA, un organisme spécialement destiné à intégrer les innovations dans les EHPAD, ce qui n'est pas chose aisée. L'exemple frappant soulevé par Laure de la Bretèche est l'incapacité des verres connectés à suivre de manière fiable le niveau d'hydratation des aînés dès lors que leur contenu peut être versé dans un pot de fleurs...

Conclusion

La Directrice générale de l'OCIRP, Marie-Anne Montchamp, retient de ce séminaire la preuve d'un décalage, qui avait été suggéré par les séances précédentes, entre le référentiel des opérateurs, des bénéficiaires et des décideurs publics. En présentant le point de vue d'un opérateur, Laure de la Bretèche a montré l'urgence de mettre en adéquation ces référentiels dans une dimension objective, le soin, et dans une dimension relative comprenant les financements et la situation des personnes. Elle a aussi montré le danger que constitue un décalage persistant, que les séminaires OCIRP-LISA ont justement pour but de résorber.

Le Président de LISA, Stéphane Le Bouler, souscrit à cette conclusion. Il ajoute que si le *Séjour* a permis de rattraper quelque peu le retard dans la rémunération des personnels d'encadrement, il n'a pas permis de rattraper le retard quant à leur nombre, dans la mesure où les initiatives prises ne font que pallier les carences constatées dans la durée. Celles-ci s'aggravent le temps que la décision soit prise. L'ambition des années 2000 de corriger l'écart du niveau d'encadrement entre USLD et EHPAD a été de longue date abandonnée.

En partenariat avec :



Chaire Aging UP!



Systeme et politiques de santé

Séminaire Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble



5^{ème} séance : mercredi 12 juin 2024

Présentation du programme « Bien vieillir ensemble »

Synthèse

Lors de cette cinquième séance du séminaire Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble, nous avons eu le plaisir d'accueillir le professeur Olivier Guérin, chef de pôle au CHU de Nice et président du Conseil national professionnel de gériatrie. Son intervention a été centrée sur le programme innovant « Bien vieillir ensemble », développé en partenariat avec Malakoff Humanis.

Marie-Anne Montchamp, Directrice générale de l'OCIRP, a introduit cette séance en soulignant l'importance d'aborder les défis démographiques et les enjeux sociaux liés au vieillissement. L'objectif de cette séance était de découvrir comment ce programme pouvait transformer la prise en charge du grand âge à travers une stratégie de prévention primaire.

Le **professeur Olivier Guérin**, chef de pôle au CHU de Nice, président du Conseil national professionnel de gériatrie, a captivé l'audience en décrivant « Bien vieillir ensemble » comme une initiative holistique et structurée. Le programme englobe la caractérisation des données biologiques, cliniques, sociales et environnementales, la définition de parcours de prévention personnalisés, et un suivi rigoureux avec des ajustements annuels. Ce programme, qui s'appuie sur une cohorte de 30 000 personnes des Alpes-Maritimes, vise à prédire et prévenir les dégradations de santé en prenant en compte la nutrition, la santé mentale et divers déterminants biologiques.

Cette séance a souligné l'importance de la collaboration entre les acteurs publics et privés pour anticiper et répondre aux défis du vieillissement, en apportant des solutions innovantes et adaptées aux besoins des aînés.

Introduction

Marie-Anne Montchamp, Directrice générale de l'OCIRP, a ouvert la séance en rappelant les défis démographiques imminents et les enjeux sociaux et financiers associés à la vieillesse. Elle a souligné l'importance de cette session en la plaçant sous le signe de trois objectifs principaux : comprendre comment agir sur les différentes formes du vieillissement, intégrer les principes de prévention primaire dans la prise en charge du grand âge, et découvrir la réponse innovante proposée par le projet « Bien vieillir ensemble ».

Après avoir mis en lumière les défis et objectifs de cette séance, Marie-Anne Montchamp a cédé la parole au professeur Olivier Guérin pour une présentation détaillée du programme « Bien vieillir ensemble ».

Présentation du programme **Bien vieillir ensemble**

Le programme « Bien vieillir ensemble », présenté par le professeur Olivier Guérin, est un projet visant à structurer de manière cohérente les efforts de prévention. Ce programme cible particulièrement les 55-75 ans, une tranche d'âge où les interventions préventives peuvent avoir le plus grand impact.

« Bien vieillir ensemble » succède au programme « Bien vieillir 2030 » et bénéficie d'un financement assuré par Malakoff Humanis, permettant une approche intégrée et holistique. Ce programme se distingue par une structuration accrue autour de la prévention, avec, on l'a dit, un focus particulier sur la tranche d'âge des 55-75 ans pour maximiser l'impact des interventions préventives.

Le programme repose sur trois volets principaux :

1. **Anticipation** : Pour prévenir la survenue de la maladie à l'échelle individuelle, éviter l'hospitalisation le plus longtemps possible et ralentir le passage à la dépendance.

2. **Temps sanitaire** : En réduisant le délai entre le diagnostic et la prise en charge du patient, en affinant les diagnostics, en ayant recours à l'intelligence artificielle et à des techniques scientifiques issues d'autres disciplines que la médecine, et en personnalisant les traitements.

3. **Suivi** : En créant le continuum de prise en charge du patient après son départ de l'hôpital (notamment les patients au long cours : maladie chronique, cancers...) en renforçant les liens entre le patient et le CHU, avec la ville et les autres établissements de santé.

Les raisons du ciblage des 55-75 ans

Le programme « Bien vieillir ensemble » cible spécifiquement les 55-75 ans pour plusieurs raisons stratégiques. Selon l'OMS¹, les interventions préventives à cet âge ont les effets les plus significatifs. En intervenant à 55 ans, les individus, souvent encore en bonne santé mais commençant à montrer des signes de vieillissement, peuvent acquérir des habitudes durables et saines qui peuvent transformer leur santé future.

De plus, la majorité des personnes de cette tranche d'âge sont encore actives sur le marché du travail, ce qui facilite grandement l'implémentation des programmes de prévention. L'implication des employeurs et l'utilisation des structures existantes comme les services de santé au travail jouent un rôle important dans la promotion de la santé des salariés, rendant les interventions plus efficaces.

Promouvoir la santé à cet âge permet également de préserver l'autonomie à long terme. En intégrant des stratégies de prévention, il est possible d'améliorer la qualité de vie pendant la période active et de réduire les risques de complications et de perte d'autonomie après la retraite. Des études montrent que les interventions préventives, telles que l'exercice physique régulier, une alimentation équilibrée et des contrôles médicaux réguliers, peuvent réduire significativement les risques de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers.

Il est primordial de cibler les interventions à un moment où elles peuvent avoir le plus grand impact. Le programme « Bien vieillir ensemble » se concentre sur cette tranche d'âge pour transformer les trajectoires de santé. Des données spécifiques² montrent que les interventions préventives à cet âge peuvent inverser ou ralentir les processus pathologiques, maximisant ainsi l'efficacité des stratégies mises en place.

1 - World Health Organization. Regional Office for Europe. (2023). Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373061>. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2 - <https://www.frontiersin.org/journals/aging/articles/10.3389/fragi.2023.1148926/full>.

Les enjeux de la prévention

Les enjeux de la prévention sont illustrés par des exemples internationaux, notamment le cas de la Corée du Sud. La transition démographique rapide de ce pays exerce une pression énorme sur le système de santé et les services sociaux, soulignant l'importance de politiques de prévention robustes et bien structurées. En France, il est impératif d'anticiper ces mêmes défis. Les prévisions démographiques montrent une augmentation significative de la population âgée dans les prochaines décennies, ce qui nécessite une préparation dès maintenant.

Les perspectives démographiques en Corée du Sud montrent que, dans 20 ans, la moitié des 51 millions de Coréens auront plus de 60 ans. Ce constat soulève la question de savoir comment une société peut fonctionner efficacement lorsque la moitié de la population active doit s'occuper de l'autre moitié, dépendante.

Selon le professeur Guérin, deux types de réponses existent selon les régions du monde. Le sud-est asiatique mise sur la technologie : l'automatisation, les robots et l'intelligence artificielle. Le bloc européen, quant à lui, mise sur le réservoir de jeunes que représente l'immigration africaine. Les États-Unis constituent un compromis entre technologie et immigration.

Ces prévisions ont des implications directes pour le secteur de la santé, qui doit faire face à un double mouvement : une augmentation des besoins en soins de santé et une diminution du nombre de professionnels de santé disponibles. Le professeur Guérin cite l'exemple des infirmières : actuellement, le manque d'infirmières est critique, et cette situation ne s'améliorera pas avant des décennies. L'accessibilité aux soins, déjà mise à mal, est actuellement à son niveau le plus élevé par rapport à ce que l'avenir réserve. L'habitude que nous avons de recevoir des soins quand nous sommes malades devient donc de plus en plus incertaine.

Cette perspective exige un système de santé capable de faire davantage avec moins de moyens et de temps de travail. La prévention participe à la soutenabilité du système de santé.

Projet de recherche : mesurer et prédire les aspects de la santé

La recherche se concentre sur les Alpes-Maritimes, choisies pour leur représentativité géographique et démographique. Ce territoire comprend des zones urbaines denses ainsi que des zones semi-rurales, rurales et montagneuses isolées, ce qui en fait un terrain d'étude pertinent. La cohorte de 30 000 personnes, la plus grande des programmes Bien-vieillir à ce jour, est également légèrement plus âgée que la moyenne française.

Le professeur Guérin a précisé les trois dimensions principales du programme : recherche, innovation et santé, en insistant sur l'importance d'une approche pluridisciplinaire. Il a souligné que le programme intègre diverses disciplines pour offrir une vision complète de la santé. Il a particulièrement mis en avant les volets psychologiques, qu'il considère comme essentiels pour le bien-être global des participants. Cette approche holistique inclut la collecte et l'analyse de nombreuses données. En accumulant ces données, le programme peut prédire les dégradations de l'état de santé et ainsi mieux les prévenir. Le programme prend en compte la nutrition, la santé bucco-dentaire, la motricité, le sensoriel, ainsi que des aspects comme la motivation, la spiritualité, l'implication, l'empowerment et la qualité du sommeil, afin de fournir une prise en charge globale et personnalisée.

La recherche comprend une banque d'échantillons biologiques :

- **Sang** : Pour étudier les télomères, l'extrémité des chromosomes qui raccourcit avec l'âge.
- **Urine et salive** : Pour repérer les biomarqueurs permettant d'évaluer le niveau de dégradation du métabolisme et ainsi prédire les maladies chroniques liées à l'âge.
- **Selles** : Pour caractériser le microbiote, car un manque de données empêche aujourd'hui de le corrélérer au vieillissement général et à des maladies spécifiques.
- **Cheveux** : À la manière de carottes glacées, ils contiennent de nombreuses informations sur l'environnement passé du sujet, jusqu'à 15 ans en arrière.

Ces échantillons sont soumis aux règles de protection des personnes participant aux projets de recherche. Il est plus simple de recueillir le consentement et de stocker des cheveux que du sang, ce qui influence les types d'échantillons collectés.

Parcours de prévention : accessibilité, ajustement et digitalisation

Le parcours de prévention se base sur trois principes : accessibilité, ajustement et digitalisation.

1. **Accessibilité** : Inclut une dimension géographique, sociale et numérique. La collaboration avec l'association WeTechCare de **Jean Deydier** assure cette dimension.

2. **Ajustement** : Les modules s'accompagnent d'un retour d'expérience continu et s'achèvent par un bilan, à partir duquel on voit si l'intervention doit se poursuivre l'année suivante ou être modifiée. Ce principe se déploie en trois phases :

- Caractérisation : Collecte de données biologiques, cliniques, sociales et environnementales.
- Définition individualisée : Évaluation des besoins en interventions de prévention.
- Co-construction : Mise en place du parcours et suivi des sujets. Le programme vise également à susciter un sentiment d'appartenance à une communauté chez les participants.

Ce programme teste également l'hypothèse selon laquelle un parcours structuré synergique, où les différents modules sont délivrés par la même équipe, est plus efficace qu'un parcours décomposé, où les modules sont délivrés par des équipes différentes.

3. **Digitalisation** : Implémentation de l'innovation digitale de trois manières : formation du sujet en autonomie, formation avec l'aidant familial et formation avec un membre de l'équipe. De nombreuses startups partenaires, comme celles développant des applications de suivi de santé et des dispositifs de télémédecine, testent leurs innovations au sein du programme. Ces technologies sont ajustées en fonction des retours des participants.

Partenariat : collaboration avec des acteurs publics et privés

Le partenariat est l'ADN de « Bien vieillir ensemble ». Le programme s'appuie sur plusieurs niveaux de collectivités territoriales et bénéficie de collaborations avec des partenaires privés comme Malakoff Humanis, des laboratoires pharmaceutiques et des éditeurs de logiciels médicaux. Par exemple, la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur est un partenaire clé pour la digitalisation bénéficiant aux personnes âgées. La métropole niçoise permet l'accès à son entrepôt pour croiser les données de santé collectées.

Un lien étroit est entretenu avec **Stéphanie Combes**, directrice du Health Data Hub, un groupement d'intérêt public qui gère le Système National des Données de Santé, garantissant une gestion éthique et transparente des données.

40 équipes de recherche de toutes disciplines participent au projet, provenant du CHU et d'ailleurs. Le personnel de soin primaire est impliqué, notamment pour les diagnostics précoces. Un conseil scientifique externe, présidé par le professeur **Bruno Vellas**, responsable du gérontopôle du CHU de Toulouse, supervise le travail de recherche.

Discussion

La présentation du programme « Bien vieillir ensemble » a suscité un débat animé et riche en perspectives, révélant les multiples facettes et les défis complexes liés à la mise en œuvre de ce programme :

Dimensions médicales et sociales

Jean Claude Henrard a exprimé des préoccupations sur l'approche principalement médicale du programme, soulignant l'importance d'intégrer des dimensions existentielles et psychologiques du vieillissement. Il a insisté sur le fait que « *l'autonomie ne se résume pas à l'absence de maladie ; elle inclut aussi le bien-être psychologique et l'implication sociale des individus* ». Cette remarque met en lumière la nécessité d'une approche plus holistique, prenant en compte les aspects sociaux et psychologiques du vieillissement, en plus des aspects médicaux.

En réponse, **Olivier Guérin** a précisé que le programme intègre effectivement ces dimensions. « *Nous accordons une attention particulière à la santé mentale et à la qualité de vie globale des participants. Les parcours de prévention sont personnalisés pour inclure des aspects comme la nutrition, la motivation et le soutien social* », a-t-il expliqué. Il a également souligné que les premiers bénéficiaires du programme seraient les populations les plus précaires, afin de réduire les inégalités en matière de santé.

Innovation technologique et politiques publiques

Jean-Martin Cohen Solal a déploré l'immobilisme de certains acteurs politiques face à l'importance de la prévention et de l'utilisation des nouvelles technologies. Il a plaidé pour une action plus résolue et coordonnée des décideurs politiques pour soutenir des initiatives comme « Bien vieillir ensemble ». « *La prévention et l'innovation technologique doivent être des priorités dans les politiques publiques pour répondre aux défis du vieillissement* », a-t-il affirmé.

Cette perspective met en lumière le rôle des politiques publiques dans la promotion de la santé et de l'autonomie des personnes âgées. Les décideurs politiques doivent non seulement reconnaître l'importance de la prévention et de l'innovation technologique, mais aussi mettre en place des cadres législatifs et des financements adéquats pour soutenir ces initiatives.

Collaboration et partenariats

Marie-Anne Montchamp a conclu en mettant en avant l'importance de la collaboration entre les acteurs publics et privés pour anticiper et répondre aux défis du vieillissement. Elle a mentionné la possibilité d'organiser un futur colloque en partenariat avec le laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques de Sciences Po, afin de continuer à explorer et promouvoir des approches innovantes pour la politique de l'autonomie. « *La collaboration interdisciplinaire est essentielle pour développer des solutions durables et adaptées aux besoins des aînés* », a-t-elle souligné.

Les partenariats multidisciplinaires sont importants pour aborder les défis complexes du vieillissement. Les collaborations entre les secteurs public et privé, ainsi qu'entre différentes disciplines académiques et professionnelles, sont indispensables pour développer des solutions intégrées et efficaces.

Perspectives

Les discussions ont également mis en exergue plusieurs perspectives pour le programme « Bien vieillir ensemble » :

1. **Élargissement de la cohorte** : Il a été suggéré d'élargir la cohorte au-delà des Alpes-Maritimes pour inclure d'autres régions de France, afin de garantir une plus grande représentativité et d'élargir l'impact du programme.

2. **Intégration des nouvelles technologies** : La digitalisation et l'innovation technologique continueront de jouer un rôle clé. Il est prévu de tester de nouvelles technologies, telles que les dispositifs portables de surveillance de la santé et les plateformes d'intelligence artificielle pour le diagnostic précoce et la personnalisation des traitements.

3. **Renforcement des politiques de prévention** : Les discussions ont souligné la nécessité de renforcer les politiques de prévention à tous les niveaux, de la sensibilisation du grand public à la formation des professionnels de santé, en passant par l'élaboration de cadres réglementaires favorisant la prévention.

4. **Suivi et évaluation** : Il est important de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation rigoureux pour mesurer l'impact du programme et ajuster les interventions en fonction des résultats obtenus. Les retours des participants et les données collectées serviront de base pour des améliorations continues.

5. **Éducation et formation** : Un accent particulier sera mis sur l'éducation et la formation des participants et de leurs aidants. Des programmes de formation seront développés pour améliorer les compétences numériques des participants et leur permettre de tirer pleinement parti des outils technologiques disponibles.

En partenariat avec :



Chaire Aging UP!



Systeme et politiques de sante

Séminaire Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble



6^{ème} séance : mercredi 10 juillet 2024

Présentation de la situation des EHPAD publics

Synthèse

Lors de la sixième séance du séminaire *Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble*, nous avons eu l'honneur d'accueillir **Marc Bourquin**, conseiller stratégie à la Fédération hospitalière de France (FHF). Son intervention a mis en lumière les enjeux critiques de la réforme des **EHPAD publics** dans un contexte de vieillissement démographique accéléré. D'ici 2050, la France comptera plus de **4 millions de personnes âgées de plus de 85 ans**, ce qui représentera un défi de taille pour les EHPAD. Ces établissements doivent impérativement se moderniser, ajuster leur financement et évoluer vers des plateformes de services pour mieux répondre aux besoins de cette population vulnérable.

Marie-Anne Montchamp, **directrice générale de l'OCIRP**, a ouvert la séance en insistant sur l'urgence de la situation. Elle a souligné la nécessité d'une meilleure coordination entre les acteurs médico-sociaux pour garantir une prise en charge efficiente et adaptée des personnes âgées.

Marc Bourquin a centré son intervention sur trois axes principaux : **la modernisation des infrastructures, la révision du modèle de financement et la transformation des EHPAD en véritables pôles de services intégrés**. Il a également insisté sur l'importance d'intégrer les nouvelles technologies pour optimiser la gestion des soins et sur les défis humains auxquels sont confrontés les soignants dans ces structures.

Modernisation des infrastructures

Un constat essentiel est celui de la **vétusté des infrastructures** des EHPAD publics, dont près de **40 %** n'ont pas été rénovés depuis plus de **20 ans**. Ces établissements doivent être **modernisés** non seulement pour répondre aux **besoins actuels**, mais aussi pour anticiper les évolutions démographiques et sociales à venir.

La **réorganisation des espaces** est une priorité : les chambres doubles doivent être progressivement remplacées par des **chambres individuelles**, plus respectueuses de l'intimité des résidents. De plus, les **espaces communs** doivent être adaptés pour faciliter l'interaction sociale tout en répondant aux contraintes liées à la mobilité des personnes âgées.

Un autre levier fondamental de cette modernisation est l'**intégration des technologies de santé**. Des systèmes de **télémedecine**, des **objets connectés** pour la surveillance des résidents, ainsi que des outils de gestion numérique des soins permettront d'améliorer l'**efficacité** et la **sécurité** des services. En adoptant ces innovations, les EHPAD pourront offrir une **meilleure qualité de soin** tout en optimisant l'organisation interne.

Pour financer cette modernisation, un **plan d'investissement** sur 10 ans est envisagé, en partenariat avec des **acteurs privés** et les **collectivités locales**. Ce plan priorisera les établissements les plus vétustes, notamment dans les **zones rurales**, où les besoins sont particulièrement pressants. Il inclura également des **mesures d'efficacité énergétique** pour rendre les infrastructures plus respectueuses de l'environnement et **durables** à long terme.

Naturellement le risque serait, dans une période de contraintes budgétaires fortes, de sacrifier l'investissement et de retarder la nécessaire transformation de l'offre.

Réforme du financement

Le modèle de financement actuel des EHPAD repose principalement sur des **subventions publiques** et les **contributions des familles**, mais il montre aujourd'hui ses limites. D'un point de vue conjoncturel, l'une des principales problématiques est l'**effet de ciseau** récent : les coûts de fonctionnement augmentent rapidement, notamment en raison de l'inflation, tandis que les **recettes** ne progressent pas à la même vitesse.

Entre 2022 et 2024, les coûts de fonctionnement des EHPAD ont augmenté de **14 %**, contre seulement **5 %** d'augmentation des tarifs appliqués aux résidents. Cette situation entraîne un **déséquilibre financier** croissant, avec un déficit cumulé (2022-2024) atteignant près de **1300 millions d'euros**.

Pour répondre à ces défis et suite aux dispositions introduites dans la loi Bien vieillir, Marc Bourquin évoque l'idée de modulation de la **contribution des familles**, où chaque ménage contribuerait en fonction de ses revenus. Cela garantirait un **accès équitable** aux services tout en générant les fonds nécessaires au fonctionnement des établissements. Cependant, des **mesures de soutien** doivent être prévues pour protéger les familles les plus modestes.

En complément, la **mobilisation du patrimoine** des personnes âgées pour financer leur prise en charge est une piste envisagée. Ce modèle, déjà appliqué dans certains pays européens, pourrait permettre de **dégager des ressources** tout en réduisant la pression sur les finances publiques.

Enfin, il est essentiel de **diversifier les sources de financement** à travers des **partenariats public-privé** et la création d'un **fonds national** dédié, qui permettrait de centraliser les investissements et d'apporter un soutien financier aux établissements les plus en difficulté.

Transformation des EHPAD en plateformes de services

La transformation des EHPAD en **plateformes de services** est un changement de paradigme fondamental proposé par Marc Bourquin. Cette évolution permettrait de **diversifier les services** proposés par les EHPAD pour répondre à une demande croissante de **soins à domicile** et de **téléconsultation**.

Au lieu d'être uniquement des lieux d'hébergement, les EHPAD deviendraient des **centres de coordination des soins**, en lien avec les **hôpitaux**, les **services de soins à domicile**, et les **acteurs locaux**. Cette approche faciliterait le maintien à domicile des personnes âgées tout en assurant un suivi médical adapté et en désengorgeant les établissements surchargés.

Cette évolution s'appuierait sur l'intégration des **technologies numériques**, comme la télémédecine, qui permettrait aux résidents de consulter des professionnels de santé sans avoir à se déplacer. Les EHPAD deviendraient des **pôles territoriaux de santé**, offrant un soutien non seulement à leurs résidents, mais également à la population âgée environnante.

Pour réussir cette transformation, il est indispensable d'adapter les **modèles d'organisation** et de **gestion des ressources humaines**, en garantissant une répartition optimale des tâches entre les différents acteurs du soin.

Défis humains et technologiques

La **revalorisation des métiers du soin** est au cœur de la réforme. Les **salaires peu attractifs**, le **manque de reconnaissance**, et les **conditions de travail éprouvantes** sont à l'origine d'un **turnover élevé** qui affecte directement la qualité des soins. Pour stabiliser les équipes et attirer de nouveaux talents, il est essentiel d'améliorer les **conditions salariales** et de rendre les métiers du soin plus attractifs.

Par ailleurs, l'introduction de **technologies** comme les **robots d'assistance** et les outils de surveillance à distance peut alléger la charge des soignants en automatisant certaines tâches répétitives. Toutefois, il est crucial que ces technologies viennent **compléter** l'action humaine plutôt que de la remplacer. Le **lien humain** reste au cœur de la relation de soin et d'accompagnement, et la technologie doit être perçue comme un **soutien** aux soignants.

Enfin, la **formation continue** des professionnels est indispensable pour s'assurer qu'ils puissent utiliser efficacement ces nouvelles technologies. Des **programmes de formation spécialisés** devront être mis en place pour permettre aux soignants de s'adapter aux outils numériques et de maintenir une qualité de soins optimale.

Discussions et perspectives

À la suite de la présentation de **Marc Bourquin**, une discussion animée s'est engagée avec les participants, abordant plusieurs points critiques liés à la réforme des **EHPAD publics**. Ces échanges ont permis d'approfondir certains des enjeux soulevés et d'envisager des pistes d'amélioration et d'innovation pour l'avenir des établissements.

Jean-Martin Cohen Solal, ancien directeur général de la **Mutualité Française**, a ouvert la discussion en soulevant une question fondamentale sur la viabilité financière des réformes proposées. Il s'est inquiété de l'impact de la **contribution progressive des familles**, en particulier pour les familles les plus modestes. Selon lui, il est essentiel de veiller à ce que cette réforme ne crée pas de nouvelles inégalités sociales.

En réponse, **Marc Bourquin** a réaffirmé que cette réforme a été conçue de manière à être **adaptée aux capacités financières** des familles, avec un objectif de justice sociale. Il a rappelé que le financement public demeurera un pilier essentiel du modèle des **EHPAD publics**, mais que les **partenariats public-privé** joueront également un rôle crucial pour soutenir les efforts de modernisation et de transformation.

Marie-Anne Montchamp a ensuite abordé le thème de la **technologie dans les soins**, en exprimant une préoccupation concernant la **déshumanisation des soins**. Elle a demandé comment maintenir une dimension humaine dans les interactions, même avec l'introduction massive de la **télé médecine** et des technologies numériques.

Marc Bourquin a précisé que la technologie est là pour **soutenir** et non pour remplacer les soignants. Les innovations, telles que les **robots d'assistance** ou la télé médecine, sont conçues pour alléger les tâches administratives et logistiques, permettant ainsi aux soignants de consacrer plus de temps aux résidents. Il a insisté sur le fait que ces technologies sont un **complément aux soins humains**, et non un substitut.

Enfin, **Jean-Claude Henrard**, professeur émérite en gérontologie, a soulevé la question de la **formation continue des soignants** face à l'introduction de nouvelles technologies dans les **EHPAD**. Il a exprimé des inquiétudes quant à la capacité des professionnels à intégrer ces outils tout en gérant leur charge de travail quotidienne.

Marc Bourquin a répondu en expliquant que la **formation continue** est une composante essentielle de la réforme. Des programmes spécialisés doivent être mis en place pour permettre aux soignants de se former aux nouvelles technologies et de mieux gérer l'évolution des soins dans les **EHPAD**. Il a également souligné que ces programmes de formation doivent s'accompagner d'un soutien institutionnel pour faciliter cette transition.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa, souligne que la **mobilisation du patrimoine** des personnes âgées pour financer leur prise en charge est une piste ancienne. Si elle ne doit pas être récusée a priori, la question des outils pour le faire est cruciale, pour éviter les pratiques de non-recours à l'aide. Cela nécessite un **travail technique** et un **débat de société** pour garantir son équité.

La question des **synergies territoriales** est également essentielle, avec une nécessaire implication accrue des **acteurs locaux** dans l'accompagnement des personnes âgées, qu'elles soient en EHPAD ou à domicile.

Enfin, la mise en place d'une **infrastructure numérique performante** est nécessaire pour garantir une **prise en charge fluide et efficace** des personnes âgées, en facilitant la coordination des soins entre les différents acteurs du système de santé.

En partenariat avec :



Chaire Aging UP!



Systeme et politiques de sante

Séminaire Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble



7^{ème} séance : 25 septembre 2024

Vieillessement de la population et politique d'accompagnement à domicile

Synthèse

Lors de la septième séance du séminaire *Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble*, nous avons eu le plaisir d'accueillir le docteur **Julien Emmanuelli**, de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), ainsi que **Jean-Baptiste Frossard**, également de l'IGAS, directeur de projet du service public de la petite enfance et secrétaire général du comité de filière de petite enfance, qui ont réalisé, avec Bruno Vincent, un récent **rapport intitulé « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées : les défis de la politique domiciliaire¹ »**. Leur intervention a mis en lumière les enjeux critiques de l'approche domiciliaire dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, dans un contexte de vieillissement démographique accéléré.

Avec l'arrivée au grand âge des générations nées après-guerre, le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie pourrait augmenter en France de près d'un million entre 2020 et 2040. Les Français étant nombreux à souhaiter vieillir chez eux, l'objectif de l'approche domiciliaire pour les pouvoirs publics est de renforcer les capacités de maintien à domicile dans de bonnes conditions et de diminuer la part des admissions en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Marie-Anne Montchamp, directrice générale de l'OCIRP, a ouvert la séance en insistant sur l'urgence de la situation. Elle a souligné l'étonnante atonie des politiques publiques sur le sujet, qui permettent certes parfois quelques avancées mais restent insuffisantes.

Julien Emmanuelli et Jean-Baptiste Frossard ont centré leur intervention sur trois axes principaux : la politique d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, la nécessité de réviser les outils d'évaluation et la nécessité d'une réforme des financements et des habitats intermédiaires.

1 - Dr Julien Emmanuelli, Jean-Baptiste Frossard et Bruno Vincent (IGAS), Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit, mars 2024 <https://www.igas.gouv.fr/Lieux-de-vie-et-accompagnement-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie-les>.

La politique d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile : promesse et réalité

Le premier thème abordé concernait le concept de « **virage domiciliaire** », désignant le passage à un modèle où les personnes âgées sont prioritairement accompagnées à domicile plutôt qu'en établissement. Jean-Baptiste Frossard a souligné qu'il serait sans doute plus approprié de parler de « **démarche domiciliaire** » ou de « **politique domiciliaire** », reflétant une approche considérant que toute personne a le droit de vivre à domicile, quels que soient son état, sa situation et l'endroit où elle réside.

Les personnes, quelles que soient leurs conditions physiques, sont considérées comme des citoyens à part entière, indépendamment de leur lieu de vie. Le rapport souligne que, malgré les discours politiques des dernières décennies, les résultats concrets ne suivent pas : le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) à domicile n'a pas augmenté significativement.

Il y a ainsi un objectif de rupture de fond dans les tendances à long terme, puisqu'on voudrait, d'ici 2030, diminuer de 4 à 5 points la part de bénéficiaires de l'APA qui sont en établissement, dans un contexte où le nombre global de personnes va augmenter de manière considérable.

En effet, les projections démographiques sont claires : d'ici 2040, la France comptera 415 000 personnes âgées de plus de 95 ans (par rapport à 115 000 en 2013 par exemple), avec une moitié en établissement. L'ambition de favoriser le maintien à domicile est donc un défi de masse. La **pénurie de personnel qualifié** dans le secteur de l'aide à domicile alimente cette crise, rendant incertain l'avenir de cette politique.

Le coût du maintien à domicile : une illusion ?

Un des points soulevés durant cette séance portait sur le **coût réel du maintien à domicile**. Contrairement aux idées reçues, Marie-Anne Montchamp a mis en garde sur le fait que le coût d'un accompagnement à domicile peut rapidement dépasser celui d'un hébergement en EHPAD, notamment pour les personnes en grande dépendance. Les familles doivent souvent assumer des charges financières importantes, rendant cette option économiquement viable uniquement pour les ménages aisés.

Les projections budgétaires sous-estiment également la demande en heures d'intervention à domicile. Les plans d'aide actuels sont vite saturés et ne permettent pas de répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables. Ainsi, les coûts privés du maintien à domicile peuvent parfois excéder ceux des établissements spécialisés, surtout pour les cas les plus lourds.

L'adéquation dans les domiciles alternatifs entre les cibles de publics affichées et les besoins réels des personnes

Il existe une forme d'incertitude sur la place des habitats intermédiaires, soit des résidences et habitats inclusifs. Tout d'abord, cette incertitude porte sur le type de public auquel s'adressent ces habitats et aux besoins auxquels ils répondent.

Par exemple, les résidences services seniors ont été pensées – et commercialisées – pour des personnes de 70 ans en bonne santé, qui ont envie d'avoir plus de sociabilité au quotidien. Néanmoins, en général, les personnes qui arrivent en résidence services commencent en réalité à avoir de vraies difficultés dans la vie quotidienne.

Pour ce qui est des résidences autonomie (ex logement-foyers), un quart des personnes qui y vivent sont en situation de perte d'autonomie. Or les résidences n'ont pas été pensées pour cette cible.

Le rapport de l'IGAS et les experts présents ont de fait posé la question de la pertinence des **habitats intermédiaires**, tels que les résidences autonomie, les résidences seniors et les habitats inclusifs. Bien que ces structures soient conçues pour des personnes autonomes, elles accueillent de plus en plus de résidents en **perte d'autonomie**. Cela révèle un flou dans leur mission et un manque de ressources pour prendre en charge les besoins spécifiques de ces personnes.

Pour répondre à la demande croissante, le rapport propose de doubler le parc de **résidences autonomie** d'ici 2040 afin de mieux répondre à cette demande, tout en insistant sur la nécessité de clarifier leur place dans l'offre globale de prise en charge. Les experts sont unanimes : ces habitats intermédiaires ne peuvent fonctionner efficacement sans une meilleure **coordination avec les services d'aide à domicile (SAD)** et les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**. Des mesures telles que le conventionnement obligatoire entre les résidences autonomie et ces services ont été évoquées pour garantir un accompagnement plus structuré et adapté.

Enfin, une réforme profonde des **habitats intermédiaires** est donc nécessaire. Les résidences autonomie et les habitats inclusifs doivent être intégrés de manière plus cohérente dans la politique d'accompagnement à domicile. Le développement de ces structures doit être assorti d'un soutien financier accru, mais également d'une meilleure régulation des services et des acteurs impliqués. L'un des défis majeurs identifiés est le manque de personnel qualifié dans ces structures, souvent gérées par des équipes peu formées et mal encadrées.

L'exemple du Danemark, qui a réorganisé son modèle domiciliaire en éliminant progressivement les EHPAD traditionnels et en les remplaçant par des habitats collectifs offrant une aide plus personnalisée, peut être intéressant. Le modèle en question montre qu'il est possible de séparer les questions d'habitat et de soins tout en garantissant un accompagnement adapté aux personnes en perte d'autonomie.

Jean-Baptiste Frossard insiste enfin sur la nécessité d'une **réforme du financement** des services à domicile. Les tarifs horaires des services d'aide sont aujourd'hui trop bas pour permettre aux structures de fonctionner de manière pérenne, ce qui conduit à une défaillance croissante de ces services. Il est urgent d'harmoniser les financements entre les différents services et de garantir une prise en charge plus adaptée aux besoins des personnes les plus vulnérables.

Repenser l'organisation des soins

Le rapport insiste sur l'importance d'adapter l'offre d'accompagnement aux réalités locales, car les besoins liés à la **perte d'autonomie** varient d'un département à l'autre. Des modélisations statistiques menées par l'IGAS montrent la nécessité de développer une politique plus précise, en fonction de l'**évolution démographique** anticipée et des infrastructures locales disponibles.

L'un des aspects essentiels de la politique domiciliaire consiste à **repenser l'agencement** entre les soins à domicile, les EHPAD et les habitats intermédiaires.

La saturation des établissements et la fragilité des services à domicile peuvent conduire à maintenir des personnes chez elles dans des conditions dégradées et à reporter la charge sur le système hospitalier ainsi que sur les familles. En effet, l'hôpital subit une pression énorme liée à l'augmentation du nombre de passages aux urgences des personnes âgées. Aujourd'hui, près d'un passage sur six aux urgences concerne des personnes âgées, suivi une fois sur deux d'une hospitalisation. Julien Emmanuelli a souligné l'importance de décharger le secteur hospitalier.

Le report de charge sur l'hôpital a pour conséquence une augmentation contrainte des dépenses publiques, car un séjour hospitalier représente un coût sans commune mesure avec celui d'un accompagnement de qualité à domicile ou en EHPAD.

Pour relever les défis de la prise en charge des patients très âgés, il a été recommandé de renforcer les soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile et de développer des services spécifiques pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et dégénératives, comme Alzheimer.

Réviser les outils d'évaluation : la grille Autonomie Gérontologie-Groupe Iso Ressource (Aggir)

Selon les intervenants, la représentation des motifs d'entrée en établissement, c'est-à-dire la tendance à projeter les offres à partir des GIR (Groupes Iso-Ressources) et à estimer que les GIR 1 et 2 seraient en établissement tandis que les autres seraient à domicile, doit être nuancée. En effet, la recherche sur les motifs d'entrée montre que ce ne sont pas prioritairement la situation des personnes en perte d'autonomie et leur état de santé qui déterminent leur

entrée en établissement, mais plutôt la façon dont leur entourage rapporte leur situation, ainsi que des critères tels que l'âge ou la survenue de chutes.

Ainsi, les auteurs du rapport recommandent de reprendre le projet de révision de la grille Autonomie Gérontologie - Groupe Iso Ressource (Aggir) et d'en faire un outil d'éligibilité à l'APA, et non plus un outil de classement au sein de l'APA. L'objectif est d'offrir des plans d'aide adaptés aux besoins, car le classement dans les GIR n'est pas corrélé au niveau de besoin d'accompagnement. Cela permettrait, par exemple, d'avoir une entrée dans l'APA pour les personnes qui sont en GIR 5 et 6 et dont l'évaluation FRAGIR (Grille de repérage de la fragilité) a identifié des troubles cognitifs.

Conclusion et perspectives

Cette séance a révélé l'urgence de réformer profondément la politique domiciliaire en France. Si le maintien à domicile reste un idéal, les défis logistiques, financiers et humains sont immenses. Les recommandations du rapport IGAS sont ambitieuses, mais leur mise en œuvre nécessitera un engagement politique fort et des réformes structurelles à long terme. Une meilleure coordination entre les services à domicile, les habitats intermédiaires et les soins hospitaliers sera essentielle pour assurer un accompagnement digne et soutenable des personnes âgées.

En partenariat avec :



Chaire Aging UP!



Chronique permanente « Droit des brevets »

Camille Maréchal Pollaud-Dulian

Maître de conférences HDR en droit privé, Directrice du Master 2 Droit général des activités numériques, Université Paris Cité, Inserm, Institut Droit et Santé, F-75006 Paris, France

Résumé

Dans sept arrêts rendus le même jour, la Cour de justice de l'Union européenne se prononce sur des accords de règlement amiable dans le secteur pharmaceutique et confirme une condamnation pour entente restrictive de concurrence.

Mots-clés

Règlement amiable – Secteur pharmaceutique – Entente restrictive de concurrence.

Abstract

In seven rulings handed down on the same day, the Court of Justice of the European Union ruled on out-of-court settlement agreements in the pharmaceuticals sector, confirming the company's conviction for restrictive competition practices.

Keywords

Out-of-court settlement – Pharmaceutical sector – Restrictive competition agreement.

Accords de report d'entrée entre laboratoires pharmaceutiques

CJUE, 27 juin 2024, aff. C-201/19 et C-207/19

Depuis quelques années, les accords de règlement amiable dans le secteur pharmaceutique sont souvent passés au crible du droit de la concurrence. En raison de la nécessité d'obtenir une autorisation de mise sur le marché (ci-après AMM) avant de pouvoir commercialiser les médicaments brevetés, les laboratoires pharmaceutiques bénéficient d'une période de temps réduite pour obtenir un retour sur leurs investissements, souvent colossaux, dans la recherche de nouvelles molécules. De plus, le certificat complémentaire de protection ne permet pas de compenser intégralement la perte d'exclusivité due à la durée de la procédure pour obtenir l'AMM. Assez rapidement soumis à la concurrence des médicaments génériques ou biosimilaires, les laboratoires *princeps* ont développé des stratégies pour prolonger leur période d'exclusivité, dont certaines sont anticoncurrentielles. Il en va ainsi de certains accords de report d'entrée, dits aussi « pay for delay », dissimulés dans des accords de règlement amiable mettant fin à des litiges sur la validité de brevets pharmaceutiques. Depuis l'enquête sectorielle clôturée en 2009 par la Commission européenne, qui a été suivie de la publication de rapports réguliers sur l'application du droit de la concurrence dans le secteur pharmaceutique¹, ces accords ont fait l'objet de plusieurs décisions d'interdiction de la Commission européenne et la Cour de justice de l'Union européenne a déjà eu plusieurs fois à en connaître.

1 - Rapport sur l'application des règles dans le secteur pharmaceutique, publié le 28 janvier 2019.

L'arrêt rendu dans l'affaire *Generics* le 30 janvier 2020 avait permis de poser les principes d'appréciation de tels accords². La Cour de justice les met de nouveau en œuvre dans les sept arrêts rendus le 27 juin 2024 dans l'affaire *Servier*, relative au périndopril.

Cette molécule mise au point par le laboratoire Servier est un médicament principalement destiné à lutter contre l'hypertension et l'insuffisance cardiaque par le biais d'un mécanisme d'inhibition de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Son principe actif se présente sous la forme d'un sel, le sel initialement utilisé étant l'erbumine. Le brevet couvrant cette molécule a été déposé devant l'Office européen des brevets (ci-après OEB) en 1981. Par la suite, Servier a déposé de nouveaux brevets sur de nouvelles formes de la molécule et sur des procédés de fabrication, notamment le brevet n° 947, couvrant la forme cristalline alpha du périndopril erbumine et son procédé de fabrication, qui a été délivré par l'OEB en 2004.

A partir de 2003 sont apparus des litiges avec une dizaine de fabricants de médicaments génériques qui s'apprêtaient à commercialiser une version générique du périndopril. Ces derniers ont formé opposition devant l'OEB à la délivrance du brevet n° 947 et ont aussi engagé des actions en justice devant des juridictions nationales pour contester sa validité. Parallèlement, Servier entamait des actions en contrefaçon et en demande d'interdiction provisoire contre les laboratoires génériques. En 2006, la division d'opposition de l'OEB a confirmé la validité du brevet n° 947.

C'est dans ce contexte que Servier a conclu, entre 2005 et 2007, plusieurs accords de règlement amiable, en particulier avec le laboratoire Niche et sa société mère Unichem (ci-après l'« accord Niche »), avec Matrix (ci-après l'« accord Matrix ») et avec Teva (ci-après l'« accord Teva »). Par ces accords, les laboratoires de génériques prenaient des engagements de non-contestation des brevets de Servier et de non-commercialisation des formes de périndopril protégées par ses brevets et recevaient en contrepartie des sommes d'argent de la part de Servier, censées couvrir les coûts pouvant résulter de la cessation de leur programme de développement d'une version générique du périndopril. En outre, la société Biogaran, filiale de Servier spécialisée dans le développement des génériques, a conclu un accord avec la société Niche aux termes duquel cette dernière s'est engagée à transférer à Biogaran des dossiers d'AMM pour trois médicaments autres que le périndopril ainsi qu'une AMM obtenue en France pour l'un de ces trois médicaments contre le paiement d'une importante somme d'argent (ci-après l'« accord Biogaran »). Ces accords amiables ont mis fin aux procédures menées devant les juridictions nationales avant qu'elles n'aient statué sur la validité du brevet n° 947. Cependant, par une décision du 6 mai 2009, la chambre de recours technique de l'OEB a finalement révoqué le brevet n° 947³.

Le 9 juillet 2014, au terme d'une procédure de six ans, une décision de la Commission condamnait l'ensemble des protagonistes pour entente⁴. Cette décision, qui a fait l'objet de huit recours devant le Tribunal de l'Union européenne, a été partiellement annulée, le Tribunal accueillant les moyens dirigés contre la constatation de l'infraction résultant d'un accord conclu avec la société productrice de génériques Krka. Servier a aussi obtenu une réduction du montant de l'amende à raison de sa participation à l'« accord Matrix »⁵. La Cour de justice fut enfin saisie de pourvois de plusieurs laboratoires pharmaceutiques contre les arrêts du Tribunal, pourvois qu'elle rejette pour l'essentiel. Les arrêts rendus sur le recours de Servier et sur celui de Biogaran seront plus particulièrement retenus pour cette analyse⁶.

Les arguments développés tenaient principalement à l'appréciation de la situation de concurrence potentielle entre le titulaire de brevet et le fabricant de médicaments génériques **(1)** et à la qualification de restriction de la concurrence par objet **(2)**.

2 - Affaire C-307/18.

3 - Décision T 1753/06.

4 - Décision n°AT.39612.

5 - TUE, 18 décembre 2018, aff. C-691/14.

6 - Aff. C-201/19 (*Servier*) et C-207/19 (*Biogaran*).

1- Concurrence potentielle entre titulaire de brevet et fabricant de médicaments génériques

Servier critiquait l'appréciation que le Tribunal avait faite de la situation de concurrence potentielle entre le fabricant du médicament *princeps*, d'une part, et les laboratoires de génériques, d'autre part. Il faut rappeler qu'au moment de la conclusion des accords, le brevet n° 947 de Servier était encore en vigueur même si sa validité était contestée devant l'OEB et devant des juridictions nationales. Il bénéficiait donc d'une présomption de validité. La Cour rappelle ici les principes établis dans son arrêt *Generics*⁷. Pour identifier une situation de concurrence potentielle, il faut apprécier premièrement « *si, à la date de conclusion (des) accords, le fabricant de médicaments génériques avait effectué des démarches préparatoires suffisantes lui permettant d'accéder au marché concerné dans un délai à même de faire peser une pression concurrentielle sur le fabricant de médicaments princeps* ». Celles-ci « *permettent d'établir l'existence de la détermination ferme ainsi que de la capacité propre d'un fabricant de médicaments génériques d'accéder au marché d'un médicament contenant un principe actif tombé dans le domaine public, même en présence de brevets de procédé détenus par le fabricant de médicaments princeps* ». Deuxièmement, il faut vérifier que « *l'entrée sur le marché d'un tel fabricant de médicaments génériques ne se heurte pas à des barrières à l'entrée présentant un caractère insurmontable* ». A ce titre, il faut se demander si malgré l'existence du brevet, le laboratoire de génériques dispose de possibilités réelles et concrètes d'intégrer le marché pertinent. La Cour considère que l'existence de brevets protégeant le médicament princeps ou son procédé de fabrication fait partie du contexte économique et juridique caractérisant les rapports de concurrence entre les titulaires de brevets et les fabricants de génériques mais que l'appréciation des droits conférés par un brevet ne doit pas consister en un examen de la force du brevet ou de la probabilité avec laquelle un litige pourrait aboutir à la constatation de sa validité et de sa contrefaçon. L'appréciation doit porter sur la question de savoir si, malgré l'existence du brevet, le fabricant de génériques dispose de possibilités réelles et concrètes d'intégrer le marché pertinent.

Le constat d'une concurrence potentielle peut être corroboré par des éléments supplémentaires tels que la conclusion d'un accord lorsque le fabricant n'était pas présent sur le marché concerné, ou l'existence de transferts de valeur au profit de ce fabricant en contrepartie du report de son entrée sur le marché.

Selon Servier, le Tribunal aurait adopté une conception extensive de la notion de concurrence potentielle en ne prenant pas en compte la perception par le fabricant de génériques de la force d'un brevet pour évaluer sa capacité à intégrer le marché. Pour le Tribunal, l'existence d'un brevet en cours de validité n'empêche pas le déploiement d'une concurrence potentielle ; en l'absence d'une constatation de contrefaçon, une déclaration de validité d'un brevet, telle que celle résultant de la décision de la division d'opposition de l'OEB du 27 juillet 2006, n'exclurait pas la possibilité d'une concurrence potentielle. La Cour de justice approuve le raisonnement du Tribunal, qui, selon elle, n'a pas commis d'erreur de droit et a suivi en tous points la méthode de l'arrêt *Generics*. La Cour de justice rappelle que l'existence d'un brevet qui protège le procédé de fabrication d'un principe actif tombé dans le domaine public ne saurait, en tant que telle, être regardée comme une barrière insurmontable et n'empêche pas de qualifier de concurrent potentiel du fabricant du médicament *princeps* concerné un fabricant de médicaments génériques qui a effectivement la détermination ferme ainsi que la capacité propre d'entrer sur le marché et qui, par ses démarches, se montre prêt à contester la validité de ce brevet et assumer le risque de se voir, lors de son entrée sur le marché, soumis à une action en contrefaçon. Selon elle, si elle fait incontestablement partie du contexte pertinent, l'existence d'un brevet protégeant un médicament *princeps* ou l'un de ses procédés de fabrication dont la validité n'a pas été établie définitivement par voie judiciaire, et donc à plus forte raison la perception de la force d'un tel brevet par le fabricant de médicaments génériques, n'est pas en soi décisive dans le cadre de l'appréciation d'un éventuel rapport de concurrence potentielle. La Cour précise aussi la place qu'il faut donner au critère tiré de la perception par un fabricant de médicaments génériques de la force d'un brevet : s'il constitue l'un des facteurs pertinents parmi d'autres, tels que les démarches préparatoires entreprises en vue d'entrer sur le marché, pour apprécier les intentions du fabricant et son éventuelle détermination ferme d'effectuer une telle entrée, le critère n'est pas pertinent pour apprécier la capacité propre du fabricant d'entrer effectivement sur le marché ni l'existence objective d'obstacles insurmontables à une telle entrée⁸. Par comparaison, les démarches effectuées afin d'obtenir l'AMM sont pertinentes pour prouver, tant la capacité que l'intention du fabricant de génériques d'entrer sur le

7 - Arrêt *Servier*, pts. 79 et s.

8 - Arrêt *Servier*, pts. 110-111.

marché⁹.

Le Tribunal n'a pas non plus inversé la charge de la preuve, comme le lui reprochait Servier. La Commission ayant établi, sur la base d'un faisceau d'indices concordants, l'existence d'une concurrence potentielle entre Servier et les fabricants de médicaments génériques en cause, il incombait à ceux-ci d'en réfuter l'existence en apportant la preuve contraire. Pour cela, il suffit aux entreprises de rapporter des preuves relatives à un fait positif, à savoir l'existence de difficultés techniques, réglementaires, commerciales ou financières qui constituent, selon elles, des obstacles insurmontables à l'entrée de l'une d'elles sur le marché¹⁰. En l'espèce, le Tribunal a conclu, sans commettre d'erreur de droit que les indices rassemblés par la Commission permettaient de considérer que Niche, Matrix et Teva étaient des concurrents potentiels de Servier, en examinant l'ensemble des obstacles possibles à leur entrée sur le marché dont il avait connaissance¹¹.

2- La qualification de restriction de la concurrence par objet

Servier soutenait que le Tribunal avait commis des erreurs de droit en interprétant la notion de restriction de concurrence par objet. Le premier argument avancé par Servier tenait dans la nécessité de « précédents » pour qualifier un accord de restriction de concurrence par objet. Il est rejeté, la Cour de justice expliquant qu'il n'est nullement requis que le même type d'accords ait déjà été sanctionné par la Commission pour que ceux-ci puissent être considérés comme restrictifs de la concurrence par objet et ce, quand bien même ils interviendraient dans un contexte spécifique tel que celui des droits de propriété intellectuelle. Seules importent les caractéristiques propres de ces accords, dont doit être déduite l'éventuelle nocivité particulière pour la concurrence, au besoin à l'issue d'une analyse détaillée de ces accords, de leurs objectifs ainsi que du contexte économique et juridique dans lequel ils s'insèrent¹².

La Cour de justice se prononce également sur la prise en compte des effets positifs sur la concurrence au stade de la qualification de la restriction de concurrence. Dans l'arrêt *Generics*, elle avait jugé que les effets proconcurrentiels d'un accord devaient, en tant qu'éléments du contexte, être pris en compte aux fins de sa qualification de restriction par objet, dans la mesure où ils sont susceptibles de remettre en cause l'appréciation globale du degré suffisamment nocif de la pratique collusoire concernée à l'égard de la concurrence. A les supposer avérés, pertinents et propres à l'accord concerné, ces effets proconcurrentiels doivent être suffisamment importants, de sorte qu'ils permettent de raisonnablement douter du caractère suffisamment nocif à l'égard de la concurrence de l'accord de règlement amiable concerné, et partant de son objet anticoncurrentiel¹³. Dans l'arrêt *Servier*, réaffirmant les principes de l'arrêt *European Superleague Company*, la Cour juge que, s'agissant du contexte économique et juridique dans lequel s'inscrit le comportement en cause, il y a lieu de prendre en considération la nature des produits ou des services considérés ainsi que les conditions réelles qui caractérisent la structure et le fonctionnement du ou des secteurs ou marchés en question¹⁴. En revanche, elle décide qu'il n'y a pas lieu de rechercher ni de démontrer les effets sur la concurrence, qu'ils soient réels ou potentiels, négatifs ou positifs¹⁵. Les effets proconcurrentiels n'ont donc pas à être pris en compte dans l'identification d'une restriction de la concurrence par objet¹⁶. Par conséquent, commet une erreur de droit le Tribunal qui prend en considération les effets potentiels de l'accord lors de l'examen du caractère restrictif de son objet. En l'espèce, cette erreur de droit n'a pas eu d'incidence car le Tribunal a écarté l'ensemble des arguments de Servier relatifs aux effets prétendument proconcurrentiels ou ambivalents des accords litigieux.

9 - *Ibidem*, pts. 118 et 191.

10 - *Ibidem*, pts. 123-124.

11 - *Ibidem*, pts. 203 et 267.

12 - Arrêt *Servier*, pt. 144.

13 - Arrêt *Generics*, pts. 103 et 107 ; sur ce point, V. L. Idot, RDC juin 2020, n°116w4, p. 85.

14 - V. aussi CJUE, 11 septembre 2014, Groupement des cartes bancaires (CB) c/. Commission européenne, aff. C-67/13.

15 - CJUE, 21 décembre 2023, *European Superleague Company*, aff. C-333/21.

16 - Arrêt *Servier*, pt. 145 et pt. 282 pour l' « accord Teva ».

Quant aux intentions des parties, la Cour rappelle que, si les objectifs visés par des accords à l'égard de la concurrence sont, certes, pertinents pour apprécier leur éventuel objet anticoncurrentiel, la circonstance que les entreprises ont agi sans avoir l'intention d'empêcher, de restreindre ou de fausser la concurrence et le fait qu'elles ont poursuivi certains objectifs légitimes n'est pas déterminante. Ainsi, le fait qu'une stratégie commerciale consistant pour des entreprises opérant à un même niveau de la chaîne de production à négocier des accords entre elles pour mettre fin à un litige relatif à la validité d'un brevet soit économiquement rationnelle de leur point de vue ne démontre aucunement que la poursuite de cette stratégie soit justifiable du point de vue de la concurrence.

La Cour de justice explique que les accords de règlement amiable passés entre laboratoires *princeps* et laboratoires de génériques ne peuvent être qualifiés, dans tous les cas, de restrictions de la concurrence par objet, même s'ils sont assortis de transferts de valeur au profit du fabricant de médicaments génériques. En effet, ces transferts peuvent s'avérer justifiés, par exemple par la compensation de frais ou de désagréments liés au litige qui les oppose ou correspondre à une rémunération pour la fourniture effective de biens ou des services au fabricant de médicaments *princeps*. Il faut alors vérifier, dans un premier temps, si le solde net positif de ces transferts peut se justifier de manière intégrale. Si cela n'est pas le cas, il importe de vérifier, dans un second temps, si ces transferts s'expliquent uniquement par l'intérêt commercial de ces fabricants de médicaments à ne pas se livrer une concurrence par les mérites. Pour ce faire, il y a lieu de déterminer si le solde, y compris d'éventuels frais justifiés, est suffisamment important pour inciter effectivement le fabricant de médicaments génériques à renoncer à entrer sur le marché concerné, sans qu'il soit requis que ce solde positif net soit nécessairement supérieur aux bénéfices qu'il aurait réalisés s'il avait obtenu gain de cause dans la procédure relative au brevet¹⁷. Le test paraît bien complexe à mettre en œuvre concrètement, dans la mesure où il s'agit d'identifier une restriction de la concurrence par objet. Il faut, en effet, rappeler que l'intérêt de cette qualification est d'ordre probatoire puisqu'elle dispense l'autorité de la concurrence d'établir que le jeu de la concurrence a été, en fait, affecté par l'entente.

En l'espèce, le Tribunal a correctement apprécié le caractère incitatif des transferts de valeur effectués au profit des laboratoires Niche, Matrix et Teva et la qualification de restriction de la concurrence par objet est confirmée. L'« accord Biogaran », par lequel la société Niche percevait une somme d'argent supplémentaire en contrepartie du transfert des dossiers d'AMM pour trois médicaments autres que le périndopril ainsi que d'une AMM obtenue en France pour l'un de ces trois médicaments, est analysé comme une incitation supplémentaire destinée à convaincre Niche de renoncer à entrer sur le marché du périndopril et à accepter les clauses restrictives de la concurrence prévues par l'accord de règlement amiable.

Finalement, la Cour de justice rejette tous les pourvois introduits par les fabricants, excepté celui de Servier qui n'est rejeté que partiellement, pour des motifs tenant au calcul de la durée de l'infraction et de l'amende relative à l'« accord Lupin ».

Camille Maréchal Pollaud-Dulian

17 - Arrêt *Servier*, pts. 163-164.

Chronique permanente « Droit de la concurrence »

Caroline Carreau

Maître de conférences émérite en droit privé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

Résumé

Le défi majeur des règles de concurrence est de parvenir à concilier deux impératifs à l'opposé l'un de l'autre. Sans doute, la liberté est-elle le principe. Mais elle se heurte à de nécessaires contraintes. La solution réside dans une forme de « sagesse » imposée à l'ensemble des parties prenantes. Il reste à les identifier. D'un côté, les entreprises doivent prendre leurs responsabilités au travers de stratégies irréprochables. De l'autre, les pouvoirs publics doivent agir dans l'intérêt commun. D'une part, il leur est demandé de mener une politique de santé à la hauteur des enjeux à satisfaire. D'autre part, ils sont tenus de contrôler à bon escient les choix de concurrence opérés par les acteurs du marché.

La présente rubrique cherche à rendre compte de la bonne ou mauvaise réalisation de ces objectifs.

Mots-clés

Politique de santé – Médicaments – Pandémie – Aide d'État – Union européenne – Pratiques anticoncurrentielles – Entente – Abus de position dominante – Contrôle – Préjudice – Opérations de concentration.

Abstract

The major challenge of competition rules is to reconcile two imperatives that are at odds with each other. Freedom is undoubtedly the principle. But it comes up against necessary constraints. The solution lies in a form of "wisdom" imposed on all stakeholders. They still need to be identified. First, companies must take responsibility through irreproachable strategies. Then, public authorities must act in the common interest. On the one hand, they are asked to conduct a health policy that meets the challenges to be met. On the other hand, they are required to judiciously monitor the competition choices made by market players. This section seeks to report on the success or failure of these objectives.

Keywords

Health policy – Medicines – Pandemics – State aid – European Union – Anti-competitive practices – Cartels – Abuse of dominant position – Control – Harm – Mergers.

Les besoins de la collectivité liés à la santé appellent une réponse qui, par définition, ne saurait trop attendre. Ils mobilisent par là-même toutes les anticipations, compétences et synergies aptes à les satisfaire. Chacun y prend sa part autant que nécessaire ou possible.

Les défis en la matière sont en effet immenses. Ils relèvent tout d'abord d'avancées scientifiques ou techniques souvent en devenir. Ils doivent ensuite rassembler les fonds aptes à en assurer la mise en œuvre à grande échelle. L'action des pouvoirs publics est ainsi appelée à se conjuguer avec des initiatives privées organisées à cette fin.

Les questions posées dans ce cadre couvrent en vérité l'ensemble des phases qu'implique la poursuite de l'objectif poursuivi.

L'approche pluridisciplinaire qui y préside inclut logiquement le droit de la concurrence. La santé demeure en tout état de cause un bien commun qu'il s'agit de préserver du mieux possible. Ainsi, il revient aux États de définir les mesures qui s'imposent à cette fin et maintenir une certaine discipline dans les échanges marchands qui en résultent. Dans cette optique, est appelée à jouer une politique éminemment volontariste. L'intervention des pouvoirs publics se traduit alors par une approche des rapports de concurrence qui peut être soit incitative **(1)** soit corrective **(2)**.

1. Santé et approche incitative des rapports de concurrence

L'acuité des questions de santé est telle que les pouvoirs publics n'ont véritablement d'autres choix que d'en prendre la juste mesure et agir du mieux possible. Il leur revient à ce titre d'améliorer l'existant par tous moyens qu'ils jugent opportuns. Leur champ d'action est ainsi largement ouvert.

Il recouvre l'ensemble des besoins qu'ont à satisfaire les différentes parties prenantes. On imagine par cette seule observation l'étendue de la tâche à entreprendre en termes de structures, d'accès et qualité des soins, de progrès des traitements notamment. Pour la mener à bien, autant que faire se peut, s'impose une politique incitative qui couvre tout à la fois les intérêts scientifiques **(A)** et financiers en jeu **(B)** dans le respect des règles de concurrence.

A. Incitation scientifique

Un aspect essentiel de la question posée réside dans la capacité à créer les conditions nécessaires à un redéploiement ou renouvellement des thérapies offertes à la communauté des patients. La recherche y contribue de toute évidence au travers de priorités dûment identifiées. Pour cette raison des « plans » d'interventions sont régulièrement déployés avec le soutien actif de l'Union européenne¹. La Commission ne manque pas en effet de prendre parti en la matière. L'incitation en est au demeurant le maître-mot. Il est vrai que la période récente a mis en évidence la nécessité d'une réponse adéquate à l'approche des maladies et la gestion du risque de nouvelles pandémies.

La politique ainsi mise en place s'inscrit dans une double perspective : celle d'un domaine **(a)** et d'une mise en œuvre à la hauteur des enjeux recensés **(b)**.

a) Domaine

L'objectif poursuivi a déjà été évoqué dans une précédente rubrique². On ne reviendra donc pas sur l'ensemble du dispositif recherché au sein de l'Union européenne, sauf à souligner de nouvelles prises de position en sa faveur dans la perspective d'une réforme de la législation pharmaceutique³. Il convient en revanche de mettre en évidence l'étendue de son domaine.

L'incitation à de nouvelles mesures en faveur de la santé des citoyens couvre sans doute très largement les maux liés à leur état physique. Témoigne de cette approche l'ensemble des mesures prônées par la Commission dans les publications citées jusqu'alors en exemple. Mais, bien sûr, elle ne saurait s'arrêter là. Désormais une tendance largement partagée se dessine en faveur de la protection de la santé mentale. La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé ne manque pas d'y insister en énonçant que « *la santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». En d'autres termes, celle-ci doit faire partie de toute politique utile. L'action annoncée par la Commission de l'Union européenne dans une communication du 7 juin 2023 se veut de grande envergure en collaboration avec des partenaires internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économique

1 - Cf. sur ce point [JDSAM 2023, n° 38](#), p. 115, avec nos observations.

2 - [JDSAM 2023, n° 38](#), p. 115 précité.

3 - Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil au Comité Économique et social européen (...) du 22 mai 2024 COM(2024) 206 final : L'Union européenne de la santé. Agir ensemble pour la santé des citoyens ; Communiqué de presse IP/24/2523.

notamment (OCDE)⁴. Elle constitue une incitation pour les États membres et les parties prenantes à agir utilement en un domaine qui doit faire partie intégrante de leurs priorités. Il leur est en vérité demandé ici d'entreprendre deux séries d'actions. La première est de se soucier de prévention « *notamment en s'attaquant aux facteurs de risque comportementaux et aux déterminants sociaux, environnementaux et commerciaux* ». La seconde est en quelque sorte plus « visible ». Elle appelle la mise en œuvre et le renforcement de « bonnes pratiques » dûment recensées par la Commission. Celle-ci ne manque d'ailleurs pas d'y revenir dans la Communication de 2024. Elle met à ce titre en exergue plusieurs principes directeurs : la prévention, l'accès à des soins et à des traitements de qualité, la lutte contre la stigmatisation et la réintégration, avec la mise sur un pied d'égalité de la santé mentale et de la santé physique, le soutien à la santé mentale dans tous les domaines d'action (...)⁵.

On ne manquera pas en outre de relever en parallèle l'influence de ces préoccupations en France. Dans la lignée d'actions gouvernementales⁶, le Premier ministre a clairement fait sienne cette priorité. Tout d'abord, au cours de sa première intervention télévisée puis lors des questions au Gouvernement à l'Assemblée nationale le 10 octobre, il a fait part de son intention de « *dire des choses très concrètes sur ce sujet à l'occasion de la journée mondiale de la santé mentale à venir* »⁷.

Pour louables qu'elles soient, ces intentions appellent néanmoins une mise en œuvre qui leur correspond.

b) Mise en œuvre

La question reste largement ouverte dans l'attente de l'entière réalisation des mesures projetées. Mais il est néanmoins possible d'en dessiner d'ores et déjà les grandes lignes. La dynamique de l'approche prônée par la Commission de l'Union européenne repose plus précisément sur deux axes décisifs qu'elle vient au demeurant de rappeler⁸.

En premier lieu, les États membres sont clairement sollicités pour accélérer les initiatives aptes à satisfaire la protection sanitaire de leurs concitoyens. D'une part, individuellement peut-on dire, doit prospérer une politique qui prend en compte l'ensemble des éléments

de nature à répondre à l'attente des patients. Sont ici notamment désignées leurs facilités d'accès à des médicaments « abordables et innovants », leurs possibilités de lutte contre le cancer à tous les stades de la maladie. D'autre part, collectivement, la Commission soutient des projets coopération. Le premier vise à échanger sur les politiques en matière de fixation des prix, de paiement et de marchés publics « afin d'améliorer le caractère abordable et le rapport coût/efficacité des médicaments, ainsi que la pérennité des systèmes de santé »⁹. Le second cherche à soutenir la mise au point et le premier déploiement industriel de traitements innovants et de nouvelles technologies utiles au combat contre différentes maladies.

En deuxième lieu, la Commission insiste sur un autre volet essentiel des actions à entreprendre. Il lui apparaît que les mesures à prendre en faveur de la santé doivent servir une « cause » qui reste d'actualité. La crise engendrée par la propagation à grande échelle de la COVID a en effet révélé l'urgence de mesures d'anticipation pour que rien ne se reproduise de la même façon. Dans cette perspective, elle insiste sur la nécessité d'actions ciblées et coordonnées. D'une part, rien ne saurait se faire sans l'adoption d'un dispositif qui permette de mettre les patients à l'abri de graves périls. Il reste bien sûr à les identifier. Dans le cadre particulier de la COVID, on notera l'adoption d'un nouveau règlement destiné à remédier aux difficultés passées¹⁰. Pour les autres menaces ou inquiétudes, telles que

4 - Communication de la Commission sur une approche de grande ampleur en matière de santé mentale du 7 juin 2023 à consulter sur le site https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases_en.

5 - Commission européenne, *eod.loc.* p. 22.

6 - Cf. notamment sur ce point différentes analyses à consulter sur les sites Internet du Ministère de la santé et des affaires sociales, www.sante.gouv.fr ; *adde* Le grand défi « Dispositifs médicaux numériques en santé mentale » www.sante.gouv.fr.

7 - Cf. Le Monde du 2 octobre 2024 : « [La santé mentale érigée en grande cause alors que le système est débordé](#) ».

8 - Commission européenne, Communication du 22 mai 2024 COM(2024) 206 final précité ; comp. Réforme de la législation pharmaceutique de l'Union européenne à consulter sur le site Internet https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/reform-eu-pharmaceutical-legislation_fr.

9 - Commission européenne, *eod.loc.* p. 14.

10 - Règlement du Parlement européen et du Conseil établissant un cadre de mesures relatives à une situation d'urgence dans le marché intérieur et à la résilience du marché intérieur et modifiant le règlement (CE) n° 2679/98 du Conseil (règlement sur les situations d'urgence dans le marché intérieur et la résilience du marché intérieur).

de nouvelles crises sanitaires transfrontières ou l'incidence néfaste du changement climatique, l'approche « une seule santé » apparaît comme la meilleure réponse qui soit. D'autre part, la mise en place de structures dédiées devrait nécessairement faciliter la collaboration à des interventions décisives. La Commission insiste à cet égard sur les missions confiées à des organes réputés pour leurs compétences et attendus pour leur réactivité¹¹.

Ces intentions, avant même d'être éprouvées, ont en toute hypothèse valeur de symbole. Mais elles ne sont jamais très éloignées de considérations financières.

B. Incitation financière

Le lien qu'il s'agit ici de mettre en lumière est moins surprenant qu'il n'y paraît au premier abord. Les efforts déployés aux fins qui viennent d'être évoquées impliquent en effet des dépenses souvent d'un montant considérable que leurs promoteurs ne peuvent eux-mêmes toujours pleinement assumer. Il ne reste plus dès lors qu'à faire appel à des formes évoluées de solidarité financière.

Le recours dont il est ici question prend la forme d'une aide apportée par l'État. Sans doute, à première vue, n'y a-t-il rien à redire d'une telle mesure que paraissent justifier des circonstances d'une particulière gravité. Mais, au-delà de considérations sanitaires, s'impose un regard sur les incidences éventuellement néfastes de ce soutien « officiel ». Il est clair en effet qu'il instaure au profit de son ou ses destinataires des possibilités de financement dont sont naturellement privées les autres entreprises. On mesure ainsi les risques pour la concurrence que comporterait son usage inconsidéré.

Un dispositif spécifique encadre précisément les aides d'État afin de préserver les principes qui gouvernent normalement les rapports marchands. Les articles 107 à 109 TFUE admettent à titre conditionnel le recours à cette initiative selon des modalités qu'il s'agit une nouvelle fois de mettre en lumière. Au cours de la période étudiée, la Commission européenne en a précisément accordé le bénéfice dans un contexte singulier. Elle s'est en effet prononcée en faveur de financements tant communs **(a)** qu'individuels **(b)**.

a) Autorisation de financement commun

La décision prise par la Commission le 28 mai 2024 donne la juste mesure des possibilités de financement accordées à des plans ambitieux dans le domaine de la santé. Elle entérine le premier projet important d'intérêt commun (PIIEC) dit « Med4Cure » visant à soutenir la recherche, l'innovation et le premier déploiement industriel des produits de santé, ainsi que des procédés de production innovants de produits pharmaceutiques¹².

L'événement est doublement marquant au regard de son historique **(1°)** et de ses modalités **(2°)**.

1° Historique

L'autorisation donnée en l'espèce s'inscrit de toute évidence dans un domaine sensible. Elle relève d'une stratégie de politique sanitaire ardemment soutenue par les instances de l'Union européenne qu'il fallait transposer utilement dans le respect des textes existants. Il est certainement utile de rappeler ici les reproches en termes de concurrence qui peuvent être adressés aux aides d'État et, dès lors, les restrictions imposées à leur usage.

L'Union européenne de la santé franchit ici une étape décisive. Au-delà des mots, aussi importants soient-ils¹³, il convenait en effet de tirer concrètement les leçons de la pandémie de COVID-19. Cet objectif est aujourd'hui atteint à l'issue d'un processus qui, en soi, n'avait rien d'évident. Une ambition commune de six États membres sensibilisés aux déclarations officielles (la Belgique, la France, l'Italie, l'Espagne, la Slovaquie, la Hongrie) a permis de sceller peu à peu l'instrument mis en œuvre aujourd'hui par la Commission, le projet important d'intérêt européen commun (PIIEC) portant sur la santé. Un autre projet devrait également voir le jour en vue de faciliter le financement de

11 - Commission européenne, Communication du 22 mai 2024 COM(2024) 206 final, précité p.7 s.

12 - Commission européenne, affaire SA 105088 Communiqué de presse du 28 mai 2024 IP/24/2852 ; RLC 2024 n°140, p. 15 observations L. Bachatene.

13 - Cf. U. Von der Leyen, Discours sur l'état de l'Union 2020 à consulter sur le site Internet https://state-of-the-union.ec.europa.eu/index_fr ; *adde* Commission européenne, Communication au Parlement européen, au Conseil (...) Exploiter au mieux le potentiel d'innovation de l'Union européenne (...) COM(2020) 760 final.

technologies médicales innovantes dites MedTech (Tech4Cure)¹⁴. De nouveaux financements porteraient alors sur « les dispositifs d'imagerie compacts, nomades et connectés, la durée de vie des implants médicaux actifs et la conception et fabrication durables de dispositifs médicaux »¹⁵.

L'autorisation finalement donnée par la Commission répond à de strictes exigences. Elle se justifie en tout état de cause par les possibilités d'ouverture définies par les textes. Il suffira sans doute d'observer ici qu'au-delà du nécessaire contrôle imposé par les textes, l'article 107 § 3 TFUE révèle que toute aide d'État n'est pas nécessairement incompatible avec le marché intérieur. En l'espèce, la Commission, auteur elle-même d'une importante communication sur les critères éventuels de l'admissibilité des PIIEC¹⁶, a ainsi pu estimer qu'une dérogation pouvait jouer en faveur du projet en cause. Elle a en effet considéré que le PIIEC en jeu remplissait les conditions qu'elle avait énoncées par le passé. Il en est ainsi à un double point de vue. Elle retient tout d'abord sa contribution à la réalisation des objectifs et exigences de l'Union dans le domaine des soins de santé par des technologies supérieures à ce qui existe actuellement. Elle insiste ensuite sur la charge financière qu'il représente au risque d'éloigner les entreprises actives et compétentes dans ce secteur.

Margrethe Vestager, vice-présidente exécutive de la politique de concurrence, en souligne elle-même toute la valeur¹⁷.

Ses modalités restent à examiner.

2° Modalités

Au-delà des seules ambitions du projet étudié, il convient d'observer que l'aide ainsi mise en place est véritablement de grande envergure. Sans pouvoir la détailler, faute de place dans cette rubrique, ses éléments essentiels peuvent au moins être présentés.

En premier lieu, l'enveloppe elle-même octroyée à ses signataires est à la hauteur des ambitions évoquées ci-dessus. La Commission autorise en effet jusqu'à 1 milliard d'euros l'aide accordée aux États parties à ce projet, étant précisé en outre qu'il devrait permettre de débloquer 5,9 milliards d'euros d'investissements privés.

En deuxième lieu, il porte sur 14 projets de recherche, de développement et de premier déploiement industriel assumés par 13 entreprises de toutes tailles, dont 3 françaises¹⁸. La Commission précise en outre que ces projets donneront lieu à plus de 70 collaborations prévues. Pour atteindre l'objectif fixé, l'aide qui leur est accordée se mesure à un juste équilibre et inclut même en cas de grand succès « un mécanisme de récupération ou claw-back ».

En troisième lieu, la Commission précise que les 14 projets s'inscrivent dans le cadre plus large de l'écosystème PIIEC Med4Cure qui englobe également 11 partenaires associés dans 4 États membres (la Belgique, les Pays-Bas, la Pologne et l'Espagne).

L'ampleur exceptionnelle de l'aide qui vient d'être évoquée se rencontre peu souvent. À défaut, une sorte de « droit commun » retrouve son emprise.

b) Autorisation de financement individuel

Des cas plus « ordinaires » d'aides d'État sont encore à mentionner. Ils n'appellent que de brèves observations. Tel est le cas de l'aide apportée dans le domaine de la santé par la Slovaquie (**1°**) et les Pays-Bas (**2°**).

1° Aide apporté par la Slovaquie en vue du soutien d'activités hospitalières

Faute d'une communication détaillée en l'espèce, il suffira d'indiquer l'autorisation qu'a donnée la Commission dans le cadre des articles 107 et 108 TFUE au soutien apporté par l'État slovaque pour soutenir ses activités hospitalières.

14 - Cf. Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, France 2030, Communiqué de presse du 5 juin 2024, n°1913 à consulter sur le site Internet www.economie.gouv.fr.

15 - Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Communiqué de presse du 25 mars 2024 à consulter sur le site Internet www.entreprises.gouv.fr.

16 - Commission européenne, Communication sur les critères relatifs à l'analyse de la compatibilité avec le marché intérieur des aides d'État destinées à promouvoir la réalisation de projets importants d'intérêt européen commun JOUE C 528 du 30 décembre 2021 p. 10.

17 - Commission européenne, affaires SA10588 (Belgique), SA105097 (France), SA 105126 (Hongrie), SA 105097 (Slovaquie), SA 105098 (Espagne) Communiqué de presse du 28 mai 2024 IP/24/2852.

18 - Cf. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Communiqué de presse du 25 mars 2024 précité.

Sont ainsi validées différentes mesures telles que subvention directe, prêt, avances récupérables¹⁹.

2° Aide apportée par les Pays-Bas en vue du soutien de la production d'isotopes à des fins thérapeutiques

La Commission européenne a également validé le projet ambitieux que lui avaient déjà soumis les Pays-Bas. Dénommé « Pallas », il prévoyait la construction d'un réacteur et d'un centre de santé nucléaire pour remplacer l'existant, « l'un des plus performants au monde ». Il lui est accordé une aide d'un montant de 2 milliards d'euros sous forme de prêts et de fonds propres en faveur d'une entreprise nouvellement créée²⁰.

La Commission estime que l'aide ainsi accordée est pleinement conforme aux exigences posées par les textes. Elle la considère tout à la fois comme « nécessaire et appropriée », « proportionnée car limitée au minimum nécessaire » et d'une incidence « limitée sur la concurrence et les échanges ».

La santé s'inscrit ainsi dans une perspective bienveillante, à la hauteur des enjeux qu'elle représente à des titres variés. Une telle orientation a toutefois ses limites quand s'imposent au contraire certaines corrections.

2. Santé et approche corrective des rapports de concurrence

Les règles de concurrence exigent malgré tout beaucoup de leurs destinataires. Elles consistent notamment en une certaine capacité d'adaptation. En particulier, il leur est demandé d'agir au mieux des intérêts des uns et des autres préservés les textes. À ce titre, les « décideurs » ne peuvent totalement agir à leur guise. La difficulté est bien en réalité de trouver un juste équilibre en la matière. Il est clair, on le sait, que le domaine de la santé est particulièrement exposé à un risque important de dérives.

L'intervention des pouvoirs publics apparaît encore de ce point de vue comme une nécessité pour corriger les excès qui pourraient être commis. Les situations qui les requièrent sont en vérité plus nombreuses qu'il n'y paraît au premier abord. Elles sont plus précisément de deux ordres. Selon une distinction qui ressort d'épisodes récents, certaines de ces corrections sont conjoncturelles **(A)**, ou structurelles **(B)**²¹.

A. Corrections conjoncturelles

Comme la présente rubrique en atteste, un contentieux assez important met en cause la conformité de différentes pratiques au droit du marché. Il s'agit alors pour les autorités ou instances compétentes de conclure ou non à l'existence d'interdits qu'auraient méconnus les acteurs de santé.

La procédure instituée par les textes permet de « suivre » en quelque sorte la logique instituée par les textes. Certains avertissements ou revirements contribuent en réalité dans une affaire donnée à une meilleure réponse en vue de la sauvegarde de la concurrence. Cette réaction englobe tout à la fois les prémisses d'éventuelles atteintes à la concurrence **(a)** que leur périmètre proprement dit **(b)**.

a) Prémisses d'atteintes à la concurrence

La sauvegarde de la concurrence s'inscrit dans la durée. Rien ne peut y être improvisé ou négligé. Il faut dire que les pratiques interdites relèvent généralement de plans dont rien n'apparaît spontanément au grand jour. La priorité est par là-même de mettre sans attendre les entreprises face à leurs responsabilités. On donnera ainsi pour exemple deux interventions récentes de la Commission européenne pour que soient mis au jour des comportements indus. L'un se rattache au spectre d'entente anticoncurrentielle **(1°)**. L'autre a trait à celui d'abus de position dominante **(2°)**.

1° Spectre d'entente anticoncurrentielle

La perspective d'une entente prohibée de longue durée a conduit la Commission à reconsidérer le comportement d'une entreprise dans une affaire précédemment évoquée. Il suffira sans doute de rappeler ici la collusion entre

19 - Commission européenne, Décision du 10 juin 2024, SA.45844 JOUE C 4421 du 11 juillet 2024.

20 - Commission européenne, 26 juillet 2024, Communiqué de presse du 26 juillet 2024 IP/24/4028.

21 - Cf. sur l'ensemble de la question, Rapport de la Commission au Conseil et au Parlement européen. Mise à jour sur l'application du droit de la concurrence dans le secteur pharmaceutique (2018-2022) COM (2024) 36 final du 16 janvier 2024.

différents acteurs pharmaceutiques relative à la commercialisation du SNBB à l'égard de laquelle s'est institué un débat mettant en cause leurs comportements. L'entreprise Alchem, étrangère à la transaction intervenue dans ce cadre²², pourrait ainsi avoir à répondre de comportements constitutifs d'une atteinte à l'article 101 TFUE. La communication des griefs qui lui a récemment été adressée est clairement en ce sens²³. Elle constitue en tout état de cause une présomption d'infraction aux interdictions énoncées par les textes que devra combattre l'entreprise concernée.

2° Spectre d'abus de position dominante

Dans une autre perspective, une affaire sensible précédemment évoquée dans ces lignes vient de considérablement évoluer. On rappellera simplement que le grief d'abus de position dominante avait été émis en son temps par la Commission à l'encontre du laboratoire Vifor pour dénigrement d'un produit concurrent²⁴. Il apparaît aujourd'hui qu'une solution à ce conflit potentiel pourrait être trouvée du fait de l'aval donné par la Commission aux engagements proposés par le laboratoire mis en cause²⁵.

Au-delà de la procédure suivie comme il vient d'être dit, une question pour ainsi dire « existentielle » demeure posée.

b) Périmètre d'atteintes à la concurrence

L'efficacité des règles de concurrence tient également, et peut-être surtout, à la pratique effective des autorités ou instances chargées de les faire respecter. Ce lien, loin d'être purement théorique, est au demeurant clairement mis en évidence dans un rapport officiel récent de la Commission européenne²⁶. Il en ressort notamment que l'application concrète des textes en vigueur « stimule l'innovation et augmente le choix des médicaments ». Un tel constat résulte d'un ensemble de procédures et de décisions qui veillent au respect des exigences posées par les textes. Il peut arriver dans ce cadre que se pose véritablement la question du périmètre des infractions susceptibles d'être retenues et sanctionnées. Le contrôle opéré n'en est que plus nécessaire et fructueux. L'observation qui précède s'inscrit dans une double perspective : celle de l'action publique (1°) et de l'action privée (2°) qu'elles ont vocation à susciter.

1° Action publique

L'existence proprement dite de possibles infractions constitue en elle-même une étape décisive des procédures instituées par les textes. Les autorités ou instances qui en sont saisies sont à l'évidence tenues d'en respecter strictement le contenu. À cet égard, il convient d'opérer un retour sur les accords de report d'entrée (pay for delay) qui alimentent depuis quelques années un contentieux abondant que la présente rubrique n'a d'ailleurs pas manqué d'aborder. En particulier, l'affaire mettant en cause, à titre principal, la stratégie du groupe Servier pour retarder l'entrée sur le marché d'un concurrent du « périndopril », un médicament destiné à soigner certaines maladies cardiaques, finit par constituer une sorte de cas d'école. Il en est ainsi pour deux raisons essentielles. La première tient à l'imbrication des accords litigieux. La seconde réside dans la complexité des clauses arguées de pratiques anticoncurrentielles.

Après la Commission et le Tribunal, la Cour de justice vient précisément de se prononcer dans plusieurs arrêts sur les recours intentés en l'espèce tout à la fois par la Commission et les laboratoires impliqués dans ces relations

22 - Commission européenne, Décision du 19 octobre 2023, Affaire AT40636, Communiqué de presse IP/23/5104 ; [JDSAM 2024 n° 39](#), p. 93 avec nos observations.

23 - Commission européenne, Décision du 13 juin 2024, Communiqué de presse IP/24/3241.

24 - Commission européenne, Décision du 8 avril 2024, Affaire AT 40577, Communiqué de presse IP/24/2110, JOUE C du 22 avril 2024, Concurrences « e-competition » news avril 2024 ; [JDSAM 2024 n° 40](#), p. 111 avec nos observations.

25 - Commission européenne, Décision du 22 juillet 2024, Communiqué de presse IP/24/3907, Europe 2024 comm.329, L. Idot, L'actu-concurrence 2024, n° 29 observations A. Ronzano.

26 - Rapport de la Commission au Conseil et au Parlement européen. Mise à jour sur l'application du droit de la concurrence dans le secteur pharmaceutique (2018-2022) COM (2024) 36 final du 16 janvier 2024 précité.

« douteuses »²⁷. Des neuf arrêts rendus dans ce cadre, seuls deux seront retenus dans ces lignes²⁸. Ils opèrent en effet, contrairement aux autres qui rejettent les pourvois des demandeurs, une censure qui ne saurait passer inaperçue. La Commission obtient en effet ici gain de cause au nom d'erreurs d'analyse que n'aurait pas dû commettre en l'espèce le Tribunal. Une double correction est alors apportée à sa vision des choses.

En premier lieu, l'impunité pour entente prohibée dont avaient précédemment bénéficié les laboratoires Krk et Servier est levée²⁹. Sans pouvoir entrer dans le détail des arguments développés à cette fin par la Cour, il est au moins possible de dégager les principales failles qu'elle impute à l'arrêt du Tribunal. L'examen approfondi des relations établies pour « déjouer » l'entrée sur le marché de génériques du médicament princeps revendu par Servier fait ressortir au moins deux imperfections. L'une a trait aux conclusions du Tribunal sur la notion de concurrence potentielle. L'autre insiste sur les lacunes de l'analyse des conditions de mise en œuvre de l'article 101 TFUE, qu'il s'agisse de la notion de restriction par objet ou celle de restriction par effet. La Cour estime que la méthode « contrefactuelle » généralement suivie appelait en réalité une approche différente de celle retenue par le Tribunal.

En deuxième lieu, au regard de l'article 102 TFUE, l'impunité pour abus de position dominante dont avait bénéficié en son temps Servier disparaît également. La Cour, dans ce même arrêt, contredit les éléments retenus par le Tribunal. Elle opère à ce titre les rectifications nécessaires à la détermination du marché pertinent et la substituabilité économique des médicaments en jeu.

Des questions sensibles se posent encore dans un autre cadre.

2° Action privée

Les pratiques anticoncurrentielles génèrent un contentieux qui va encore au-delà de l'atteinte à l'intérêt général. Dans les conflits relatifs aux actions privées, il ne saurait davantage être admis d'en attribuer indifféremment la charge qui en résulte. En ce domaine également, la Cour de cassation a été amenée à corriger l'analyse de ce point opérée par les juges du fond³⁰. Il convient à ce titre d'évoquer une nouvelle fois les éléments essentiels d'un litige ayant pour origine la mainmise d'une entreprise sur l'information des professionnels de santé³¹. Une fois établie l'existence d'un abus de position dominante de Cegedim, se posait en effet la question du sort de l'action privée qui pouvait en résulter, intentée en l'occurrence par Euris Digital Health. La réponse devenait en réalité plus complexe en l'espèce compte tenu d'un changement sensible des relations initiales. Dans ce contexte, il revenait aux magistrats de dire si le transfert d'actifs consenti par l'entreprise responsable était ou non de nature à la décharger, comme elle le prétendait, de la réparation dont elle était tenue originellement. L'opération en cause, intervenue en deux temps, contenait dès le départ une clause aux termes de laquelle « l'ensemble des droits et obligations liés à la procédure engagée par l'Autorité de la concurrence (...) » était « *expressément exclu de l'apport* ». La portée de cette stipulation est devenue le cœur du débat dans lequel la victime de l'atteinte entendait bien obtenir réparation du dommage qu'elle avait subi. Étaient ainsi mis en cause l'auteur de l'abus de position dominante, l'acquéreur de la branche d'activités litigieuses et l'opérateur auquel elle avait été finalement cédée. Les juges du fond avaient mis hors de cause Cegedim en considérant que le traité d'accord partiel d'actifs conclu initialement avec CS1 avait opéré transfert au premier bénéficiaire des actions indemnitaires. La Haute juridiction censure leur décision au travers de motifs dont l'essentiel ne peut qu'être rapidement abordé dans ces lignes. Deux enseignements s'en dégagent.

27 - CJUE, 27 juin 2024, affaires C-144 /19 P, Lupin Ltd c. Commission, C-151/19 P, Commission c.Krka, C-164/19 P, Niche Generics c. Commission, C-166/19 P, Unichem Laboratories c. Commission, C-176/19 P, Commission c. Servier SAS, Servier laboratories, les laboratoires Servier SAS, C-197/19 P, Mylan Laboratories et Mylan c. Commission, C-198/19 P, Teva UK c. Commission, C-201/19 P, Servier ea c. Commission, C-207/19 P, Biogaran c. Commission Communiqué de presse, CJUE n° 107/24 du 27 juin 2024, Contrats Concurr. Consomm. 2024 comm.152 D. Bosco, Europe 2024 comm. 309 et 310 L.Idot, LDDC 2024 n° 8, p. 7 observations E. Dieny, LEDPI 2024 n° 9, p. 4 observations J.P Clavier, L'actu-concurrence 2024 n° 25 observations A. Ronzano.

28 - Affaire C-157/19 P, Commission c.Krka, Affaire C-176/19 P, Commission c. Servier SAS.

29 - Affaire C-176/19 P, Commission c. Servier SAS Servier laboratories, les laboratoires Servier SAS.

30 - Com., 20 mars 2024, n° 22-11648, JCP E 2024 actualités 443, JCP G 2024 594 note L. Idot, Europe 2024 comm.210 L'application du droit de l'Union en France observations L. Idot, Comm. comm.électr. 2024 comm.81 M.S Garnier, JCP G 2024 doct.903 Chronique Contrats et obligations Régime de l'obligation comm. M.Billiau, RLC 2024 n° 138 p. 4, focus par L. Duparcq, RLC 2024 n° 40 p. 45 observations D. Roskis, C. Charbeaux, L'actu-concurrence 2024, n° 11 observations A. Ronzano, L'actu-concurrence 2024 n° 25 observations A. Ronzano, L'actu-concurrence 2024 n° 24 observations R. Amaro.

31 - Autorité de la concurrence, Décision n°14-D-06 du 8 juillet 2014 relative à pratiques mises en œuvre dans le secteur des bases de données d'informations médicales, JDSAM 2014, n° 4, p.72 avec nos observations.

En premier lieu, au nom de l'effet direct du droit de l'Union européenne, elle impose à l'auteur des pratiques interdites d'indemniser leur victime sans que la cession invoquée puisse changer en quoi que ce soit le cours des choses. D'un point de vue général, il convient de souligner la contribution de cet arrêt à la hiérarchie des normes que doivent respecter tant les personnes privées que publiques. À ce titre, le droit de l'Union européenne ne pouvait que triompher des velléités des parties en présence sous couvert du droit des sociétés. L'arrêt étudié s'inscrit ici dans la continuité d'une certaine « tradition » jurisprudentielle. D'un point de vue plus précis, il ressort de l'arrêt étudié une volonté de pérenniser en quelque sorte la sanction des pratiques anticoncurrentielles en neutralisant les effets d'un changement d'identité « *par suite de restructurations, de cessions ou d'autres changements juridiques ou organisationnels* ». La contrainte est sans doute plus forte que ne le pensaient les entreprises concernées ; mais elle est nécessaire. En toute hypothèse, elle contribue à l'alignement du « private enforcement » sur le « public enforcement »³².

En deuxième lieu, la Haute juridiction relève d'office un moyen qui, d'une certaine façon, atteste de sa détermination à empêcher la disparition en cascade des responsabilités. Elle censure sur un fondement identique l'arrêt qui avait déclaré recevable l'action de la victime de l'abus de position dominante dirigée contre l'entreprise venant aux droits du premier bénéficiaire de l'apport litigieux. Le « jeu » des clauses de transfert d'actifs se heurte ainsi à une limite dont les juridictions saisies ne sauraient impunément s'affranchir tant que « *la personne morale qui dirigeait l'exploitation de l'entreprise continue d'exister juridiquement* ».

Les écarts envisagés jusqu'alors, au demeurant redressés par les juges, sont révélateurs de circonstances propres à chaque espèce. Une autre correction doit encore être envisagée.

B. Correction structurelle

Un axe majeur du droit de la concurrence concerne un autre aspect essentiel de la sauvegarde des marchés. Comme il a été régulièrement montré dans ces lignes, un dispositif spécifique a été institué pour préserver leur structure d'opérations à risques. Dans ce contexte, un contrôle préventif permet d'en évaluer l'innocuité ou la nocivité³³.

Le principe est d'une utilité incontestable au regard de velléités d'entreprises tentées d'acquérir un pouvoir de marché qui excède les seuils institués par les textes ou crée des distorsions de concurrence. Dans ce contexte, l'intervention d'autorités publiques est normalement un gage de stabilité et de sécurité. Il n'y a d'ailleurs guère eu par le passé de bouleversements dans la mise en œuvre d'une procédure entre les mains d'organes dûment missionnés. Leur travail a d'ailleurs été régulièrement évoqué dans cette rubrique.

Le présent est tout autre. Il inclut une période pour le moins agitée. Tel est le constat qu'impose le cours d'une opération à risques pour le dépistage précoce du cancer du fait de l'acquisition de Grail par Illumina. La riposte, on le sait, ne s'est pas fait attendre. Elle est révélatrice des préoccupations des autorités chargées de la concurrence, surtout lorsqu'est en jeu la question de la répartition des marchés. Sans qu'il soit possible ou même souhaitable de revenir sur l'ensemble du contentieux né en réalité de l'insoumission répétée de ces acteurs, en sera seule évoquée la dernière phase. En quelques mois, et longtemps contre toute attente, l'ensemble du travail de la Commission européenne a été en effet réduit à néant.

L'intervention de la Cour de justice relance en vérité le débat³⁴. Le changement que son arrêt impose est en effet plus profond qu'il n'y paraît au premier abord. Il apparaît qu'au-delà des faits de l'espèce, la solution retenue est avant tout d'ordre organisationnel. Les pouvoirs de contrôle des concentrations dévolus à la Commission ne pourront plus s'exercer que dans un cadre plus restreint qu'il n'avait été primitivement envisagé dans cette affaire. Le redressement opéré met en lumière tout à la fois l'ambiguïté de la présente procédure où l'autorité en charge

32 - Cf. sur ce point L. Idot, JCP G 2014 594 précité, Europe 2024 com.210 précité, L'actu-concurrence 2024 n° 24 observations R. Amaro précité.

33 - Cf. sur ce point Rapport de la Commission au Conseil et au Parlement européen, Mise à jour sur l'application du droit de la concurrence dans le secteur pharmaceutique (2018-2022) COM (2024) 36 final du 16 janvier 2024 p. 14 s. précité.

34 - CJUE, gr.ch, 3 septembre 2024 affaires jointes C-611/22 P Illumina c. Commission, C-625/22, P Grail c. Illumina et Commission, Communiqué de presse MEX/24/3466, Communiqué de presse de la CJUE du 3 septembre 2024, n°127/24, D 2024 actualité 18 septembre 2024, Épilogue dans l'affaire Illumina/Grail, observations V. Giovanini, AJDA 2024, p. 1843, Actualité du droit de la concurrence et de la régulation observations P. Idoux, LEDDC 2024 observations A.S Choné-Grimaldi, L'actu-concurrence 2024, n°33, observations A. Ronzano.

du contrôle a été progressivement défiée **(a)** puis déjugée **(b)**. Quelques remarques suffiront à la démonstration.

a) Une autorité défiée

La première impression qui ressort des innombrables étapes qu'a connues cette affaire est sans doute celle du souverain mépris constamment affiché par les entreprises en cause aux mesures décidées par la Commission au cours de la procédure qu'elle avait engagée. Quelques étapes significatives illustrent le propos moins provocateur qu'il n'y paraît à première vue³⁵.

Assez rapidement, les signes de résistance donnés par les laboratoires se sont en effet succédés. Déjà, peu après l'ouverture d'une enquête approfondie dans la crainte d'effets néfastes de l'opération sur la concurrence, les intéressés se sont affranchis de l'obligation de suspension qu'appelait le contrôle en cours. Une condamnation à des amendes devenait ainsi inéluctable.

Encore plus radicale, la décision de Grail et Illumina de passer outre l'interdiction qui leur avait été notifiée par la Commission ne pouvait que dépasser les limites du tolérable. À ce titre, elle enjoignit peu après aux parties en présence de dénouer l'acquisition litigieuse par l'adoption de mesures provisoires afin de rétablir le *statu quo ante*³⁶.

La « paix » rétablie par son approbation du plan de dénouement de l'opération fut en réalité de courte durée.

b) Une autorité déjugée

Un vent contraire s'est en effet levé rapidement au travers des conclusions de l'avocat général N. Emiliou développées devant la Cour de justice³⁷. La question était dès lors de savoir si celle-ci allait les suivre. Aucun commentateur n'était en vérité sûr de la position qu'allaient prendre les juges. La réponse est intervenue le 3 septembre dernier dans un arrêt qui censure l'ensemble du processus initié par la Commission et validé par le Tribunal en cours de procédure. Comme elle y était invitée par les conclusions précitées, la Cour livre en réalité une tout autre lecture de l'article 22 du règlement 139/2004 sur le contrôle des concentrations.

Il en résulte un double enseignement. Dans l'immédiat, elle réfute ainsi la possibilité que la Commission s'était attribuée de se substituer à leur demande aux autorités nationales pour « gérer » des opérations dont celles-ci ne pouvaient connaître au regard des seuils définis par les textes. Pour l'avenir, la Cour invite la Commission et les États membres à s'orienter vers le législateur en vue d'une réforme qui soit conforme aux exigences du droit de l'Union en la matière.

L'Autorité de la concurrence a réagi à cet arrêt³⁸ en donnant l'assurance d'en prendre bonne note et de réfléchir aux moyens de renforcer utilement le contrôle des opérations de concentration.

Les perspectives d'évolution recherchées par les uns et les autres, si elles se réalisent, permettront peut-être d'envisager l'avenir avec plus de sérénité. Il ne saurait être question de laisser davantage les entreprises imposer leurs lois aux autorités ou instances chargées d'en assurer le respect.

Caroline Carreau

35 - Cf. sur ce point [JDSAM 2023 n° 37](#), p.136 avec nos observations, [JDSAM 2023 n° 38](#), p.123 avec nos observations et les références citées ; *adde* G. Decocq, A-L-H des Ysouses, E. Dieny (...) Concurrence-Droit de la concurrence : pratiques anticoncurrentielles JCP E 2024 1073.

36 - Commission européenne, Décision du 12 octobre 2023, affaire M.10939, Communiqué de presse IP/23/4872, [JDSAM 2024 n° 40](#), p.118 avec nos observations et les références citées.

37 - Conclusions présentées le 21 mars 2024 Communiqué de presse de la CJUE du 21 mars n° 56/24, Contrats Concurr. Consomm. 2024 comm.82, D. Bosco, RLC 2024 n° 137, p. 4 observations J. Berlemont, [JDSAM 2024 n° 40](#), p. 121, avec nos observations, L'actu-concurrence 2024 n°11 observations A. Ronzano.

38 - Autorité de la concurrence, Communiqué du 3 septembre 2024 à consulter sur le site Internet www.autoritedelaconcurrence.fr.

Santé numérique et intelligence artificielle dans les soins de santé : les défis réglementaires

Fernando Aith

Professeur titulaire de Droit de la Santé à l'Université de São Paulo – Brésil, Directeur du Centre de Recherche en Droit de la Santé de l'Université de São Paulo, Brésil (Cepedisa/USP).

Roberta de Freitas

Conseillère spéciale de Coopération Internationale de la Fondation Oswaldo Cruz – Brésil, Co-directrice du Centre d'Études sur la Bioéthique et la Diplomatie en Santé – NETHIS/FIOCRUZ.

Résumé

Le numérique révolutionne les relations sociales avec des impacts sur la santé individuelle et collective dans plusieurs dimensions. Les fonctions de régulation de l'État moderne s'imposent sur différents aspects de la transformation numérique des sociétés modernes, tels que la sécurité, la qualité et l'efficacité des technologies et services numériques de santé ; l'accès aux innovations technologiques intégrées au système de santé ; les critères de développement et de test d'algorithmes d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé ; l'utilisation des données de santé à des fins de recherche et de développement en IA ; les critères de responsabilité pour les dommages. Pour orienter une régulation globale sur la santé numérique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé le Guide des modèles d'intelligence artificielle multimodale pour la santé¹, offrant des conseils en matière d'éthique et de gouvernance pour l'utilisation de l'IA dans les soins de santé des différents États membres de l'Organisation. Un vaste agenda réglementaire est envisagé pour la santé numérique et l'IA en santé, allant des aspects liés à la protection des données aux interdictions de certaines utilisations et produits de santé numérique, visant la sécurité sanitaire ; à la définition claire des responsabilités entre les différents acteurs de la santé ; au contrôle du cycle de développement et de l'usage des technologies numériques et, principalement, à la protection des patients et des professionnels de santé.

Mots-clés

Droit de la santé – Santé numérique – Droit de la santé numérique – Intelligence artificielle en santé – Régulation de l'IA en santé.

Abstract

Digital technology is revolutionizing social relations with impacts on individual and collective health in several dimensions. The regulatory functions of the modern State are imposed on different aspects of the digital transformation of modern societies, such as the safety, quality and effectiveness of digital health technologies and services; access to technological innovations integrated into the health system; criteria for the development and testing of artificial intelligence algorithms in the field of health; the use of health data for AI research and development; liability criteria for damages. To guide global regulation on digital health, the World Health Organization (WHO) has launched the Guide to Multimodal Artificial Intelligence Models for Health , offering advice on ethics and governance for the use of AI in health care in the different Member States of the Organization.

1 - OMS. Guide des modèles d'intelligence artificielle multimodale pour la santé. 2021. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375579/9789240084759-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

A broad regulatory agenda is envisaged for digital health and AI in health, ranging from aspects related to data protection to bans on certain uses and digital health products, aimed at health security; to the clear definition of responsibilities between the different health stakeholders; to the control of the development cycle and the use of digital technologies and, mainly, to the protection of patients and health professionals.

Keywords

Health law – Digital health – Digital health law – Artificial intelligence in health – Regulation of AI in health.

1. Introduction

Le XXI^{ème} siècle est le siècle de la consolidation et de l'évolution du monde numérique, qui révolutionne les relations sociales, avec des impacts sur la santé individuelle et collective dans plusieurs dimensions. L'environnement numérique mondial actuel permet le stockage, l'utilisation et la circulation d'un volume incommensurable de données et d'informations sur la santé, dont le potentiel économique, social et culturel reste encore à révéler. Plus récemment, l'environnement numérique a été inondé de technologies qui utilisent l'intelligence artificielle (IA) à différentes fins, notamment à des fins liées à la santé et au bien-être des personnes.

Les outils d'IA servent à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins de santé et sont déjà utilisés pour suivre les données des patients, effectuer un triage, lire des images médicales, diagnostiquer des maladies, prendre des décisions de traitement, aider les patients à promouvoir la santé et fournir des soins de santé mentale primaires et aigus et des soins de longue durée. Les innovations en matière d'IA vont non seulement aider, mais potentiellement remplacer les soignants humains, les prestataires de services médicaux, les diagnostiqueurs et les décideurs experts. Cet ensemble complet de produits et services de santé utilisant les nouvelles technologies numériques a constitué le domaine d'étude de la « santé numérique ». Outre les avantages potentiels que promettent ces innovations, les nouvelles technologies numériques peuvent également présenter des risques pour la santé publique et individuelle si elles ne sont pas réglementées, surveillées et développées de manière éthique et responsable². Il faut développer le droit de la santé numérique autour du monde.

L'une des fonctions essentielles des États modernes est de réglementer le secteur de la santé de manière globale et détaillée, dans le but de promouvoir et de garantir le droit à la santé et le respect des droits fondamentaux reconnus dans les sociétés démocratiques. Le devoir des États modernes de prendre soin de la santé individuelle et collective sur leur territoire est inscrit dans plusieurs traités internationaux³ et a été incorporé dans les constitutions nationales du monde entier. Au Brésil, par exemple, l'article 196 de la Constitution de la République fédérative du Brésil de 1988 prévoit que l'État brésilien a le devoir de développer des politiques sociales et économiques visant à garantir le droit à la santé, notamment pour réduire les risques sanitaires et garantir l'accès universel et égal aux actions et services de santé publique. Par conséquent, en ce qui concerne la transformation numérique des systèmes de santé des différents États nationaux, une réglementation étatique doit être développée pour garantir que le droit à la santé bénéficie des outils technologiques.

Il existe une tension inhérente aux systèmes de santé du monde entier, entre les intérêts privés et l'intérêt public, qui doit être protégé par une réglementation étatique adéquate. Cette tension commence aujourd'hui à se manifester à plus grande échelle dans le domaine de la santé numérique, notamment en raison des avancées réalisées dans ce domaine tout au long de la pandémie de Covid-19. Actuellement, le monde numérique possède des réseaux sociaux numériques globaux et hautement connectés, contrôlés par de grandes sociétés multinationales dotées de bases de données variées qui stockent des informations sensibles sur la santé des individus.

Il faut donc prêter attention aux défis réglementaires actuels de la santé numérique qui nous attendent, en cherchant à préserver le développement de ces nouvelles technologies tout en protégeant la sécurité et la santé des utilisateurs. Dans le contexte de la santé numérique, l'intelligence artificielle s'impose comme une technologie

2 - Panch, Trishan et al. Artificial intelligence: opportunities and risks for public health. The Lancet Digital Health, Volume 1, Issue 1, e13-e14. 2019.

3 - OMS, 1946. Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>; ONU, 1948. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>; ONU, 1966. Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

vouée à être régulée par l'État pour la protection de la société. Il est essentiel de créer un environnement réglementaire qui nous permette, en même temps, de bénéficier du meilleur que ces innovations peuvent apporter, sans exposer les individus et la société dans son ensemble à des risques inutiles, voire mortels.

Pour construire un environnement réglementaire étatique, il est nécessaire de considérer plusieurs dimensions du phénomène de transformation numérique des systèmes de santé. Ainsi, les fonctions de régulation de l'État moderne s'imposent sans équivoque sur différents aspects de cette transformation numérique, tels que la sécurité, la qualité et l'efficacité des technologies et services numériques de santé ; l'accès aux innovations technologiques intégrées au système de santé ; les critères de développement et de test d'algorithmes d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé ; l'utilisation des données de santé à des fins de recherche et de développement en IA ; les critères de responsabilité pour les dommages, entre autres.

Bien que certaines avancées réglementaires soient déjà constatées au niveau international et dans certains États, des défis importants subsistent pour développer et organiser un environnement réglementaire et institutionnel clair, efficace et coordonné, capable d'offrir les bases nécessaires au développement de nouvelles technologies numériques.

2. Les compétences réglementaires appliquées au droit de la santé numérique

La régulation de la transformation numérique étant un devoir des États modernes, il est important de souligner qu'en général, la fonction de régulation de l'État englobe au moins six types différents de compétences juridiques qui doivent être développées simultanément pour que la régulation soit efficace⁴.

La première compétence réglementaire de l'État est la compétence normative. Elle couvre toutes les activités de l'État visant à produire des normes juridiques qui déterminent les droits, imposent des devoirs et définissent des obligations, y compris en prévoyant, si nécessaire, des mécanismes de sanction pour ceux qui n'observent pas ses préceptes. Dans l'État de droit démocratique, la publication des normes juridiques constitue la base de l'activité réglementaire de l'État.

La deuxième compétence réglementaire de l'État à souligner est la compétence d'autoriser et de permettre préalablement l'exercice d'une certaine activité, fonction ou profession, par l'exigence de la fourniture de dossiers, d'autorisations ou de certificats de qualification, par exemple. C'est un débat qui sera de plus en plus présent dans le domaine de la santé numérique et de l'IA : quels produits et services numériques nécessiteront une autorisation préalable de l'État pour être développés ou commercialisés ? Lesquels seront intégrés au système de santé publique de l'État ?

Une autre compétence réglementaire fondamentale de l'État moderne est la compétence de surveillance et contrôle, de vérification, de censure et de syndication des actions et omissions réalisées au sein de la société, couvrant les actions et omissions tant de l'État que de la société.

La capacité de sanctionner ou d'appliquer des pénalités doit également être soulignée dans le cadre des compétences réglementaires de l'État. Il s'agit de l'attribution de l'État visant à appliquer des sanctions à ceux qui ne respectent pas une certaine obligation sociale imposée par la loi.

La cinquième compétence réglementaire de l'État à souligner est la compétence d'arbitrage. Cette compétence implique la médiation et l'arbitrage de tous conflits sociaux existants, qui peuvent survenir au niveau administratif et/ou judiciaire. Dans la mesure où l'utilisation de ces nouvelles technologies produira inévitablement de nouveaux conflits sociaux, que ce soit entre individus, entre individus et entreprises ou entre individus et État, les capacités administratives et judiciaires de l'État doivent être développées pour résoudre les conflits liés aux technologies numériques appliquées à la santé.

4 - AITH, Fernando Mussa Abujamra ; GERMANI, Ana Claudia Camargo ; BALBINOT, Rachelle ; DALLARI, Sueli Gandolfi. Regulação do exercício de profissões de saúde: fragmentação e complexidade do modelo regulatório brasileiro e desafios para seu aperfeiçoamento. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, Brasil, v. 19, n. 2, p. 198–218, 2018. DOI: [10.11606/issn.2316-9044.v19i2p198-218](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p198-218). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/152586>. Acesso em: 5 nov. 2024.

Enfin, la dernière compétence régulatoire à mettre en avant est l'induction. La régulation inductive est le moyen par lequel l'État, à travers des recommandations guidées par la planification politique et administrative, oriente les actions des acteurs sociaux dotés de compétences techniques afin qu'elles répondent aux intérêts de développement de l'État.

La **figure 1** présente une synthèse des compétences et de leurs flux au sein de l'État régulateur :

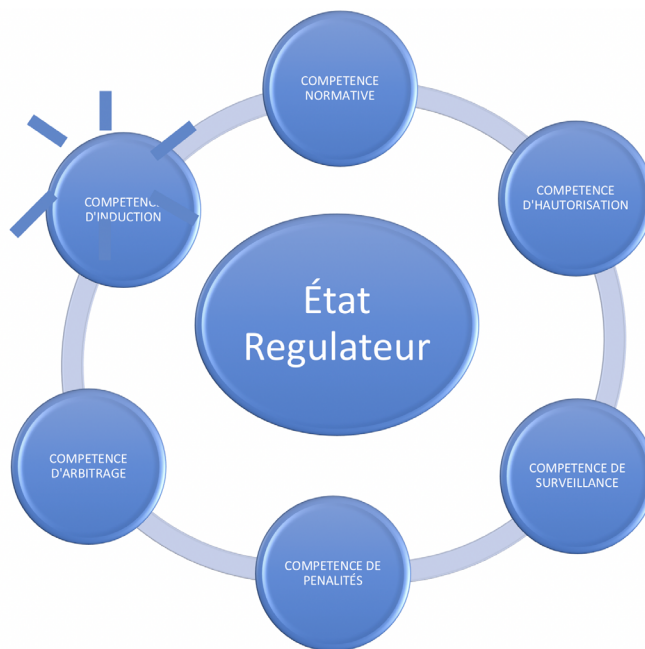


Figure 1 : Compétences régulatrices de l'État. Élaboré par l'auteur.

La fonction régulatrice de l'État de droit démocratique s'accroît à mesure que la société devient de plus en plus complexe, tant en ce qui concerne les diversités sociales existantes qu'en ce qui concerne la nécessité de renforcer le droit en tant qu'instrument étatique de contrôle et d'organisation sociale. L'État devient un acteur majeur du développement de la société et doit non seulement arbitrer les conflits, mais aussi agir activement pour réduire les inégalités sociales et économiques et corriger les distorsions du marché qui peuvent nuire à la société⁵.

En résumé, la régulation est une fonction étatique exercée par les trois pouvoirs étatiques – législatif, exécutif et judiciaire – qui rassemble dans son contenu un large éventail d'activités étatiques visant à intervenir dans la société, soit en assumant pleinement certaines responsabilités sociales, soit en vue de son exercice direct ; soit en incitant la société à développer des actions en faveur des objectifs de l'État ; soit en imposant des sanctions aux individus visant à préserver l'intérêt public. La santé numérique et l'IA appliquées au secteur de la santé comportent dans leur nature des risques pour les êtres humains et la société qui ne peuvent être négligés par l'État et qui nécessitent une réglementation intelligente et efficace, capable d'équilibrer l'innovation et le développement avec la sécurité sanitaire et la protection des droits fondamentaux.

La compétence régulatoire de l'État peut être partagée entre différents États, qui travaillent ensemble dans le domaine du droit international pour créer des bases réglementaires normatives et de contrôle qui seront partagées à l'échelle mondiale. Dans le système de gouvernance mondiale actuel, certaines institutions dotées d'un pouvoir de régulation international se démarquent et ont accordé de l'importance à la question de la santé numérique et, surtout, à l'utilisation de l'IA dans divers domaines, dont le secteur de la santé. Dans ce contexte, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), agence spécialisée des Nations Unies (ONU) pour la santé qui regroupe 194 États membres du monde entier, et l'Union européenne (UE), qui regroupe 27 États membres, ont déjà créé d'importants cadres réglementaires.

5 - Braithwaite, John, 'The Regulatory State?', in Sarah A. Binder, R. A. W. Rhodes, and Bert A. Rockman (eds), *The Oxford Handbook of Political Institutions* (2008; online edn, Oxford Academic, 2 Sept. 2009), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199548460.003.0021>, accessed 5 Nov. 2024.

Certaines initiatives de régulation de la santé numérique et de l'IA appliquées au secteur de la santé commencent à être adoptées par les organisations multilatérales et certains États. Ce texte présente une synthèse des principes éthiques établis par l'OMS et analyse la nécessité d'une régulation adéquate sur la santé numérique et l'IA en santé.

3. Réglementation de l'IA dans les soins de santé : principes éthiques de l'OMS pour la santé numérique et l'IA en santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé le Guide des modèles d'intelligence artificielle multimodale pour la santé⁶, offrant des conseils en matière d'éthique et de gouvernance pour l'utilisation de l'IA dans les soins de santé des différents États membres de l'Organisation.

Comme indiqué dans le document de l'OMS, les modèles d'intelligence artificielle multimodaux (MMIA), bien que relativement nouveaux et pas suffisamment testés, ont un impact énorme sur la société dans plusieurs domaines, notamment les soins de santé. Pour donner l'exemple le plus frappant de l'utilisation généralisée de ce type de modèle d'IA, il convient de rappeler que Chat GPT comptait, en janvier 2023, soit seulement deux mois après son lancement, environ 100 millions d'utilisateurs actifs dans le mois.

L'OMS prévient également qu'actuellement plusieurs entreprises développent des MMIA de manière intégrée avec des applications et des produits déjà largement utilisés, tels que des applications de recherche sur Internet et des applications pour divers services, ainsi que de nouveaux produits et applications. Il existe une véritable course mondiale, avec d'énormes investissements publics et privés, pour développer des MMIA concurrents. Plus récemment, des MMIA 'open source' sont apparus, qui semblent plus rapides et moins chers que ceux développés par les grandes entreprises, avec un potentiel d'utilisation et de diffusion encore plus grand.

Selon le guide de l'OMS, l'avènement des MMIA stimule les investissements dans le secteur et de nouveaux produits sont lancés à un rythme accéléré. L'agence des Nations Unies prévient que, bien que les modèles d'IA multimodaux soient diffusés et largement utilisés, certaines sociétés de développement admettent qu'elles ne comprennent pas pleinement pourquoi ces applications/produits génèrent certaines réponses. Même en utilisant des êtres humains pour renforcer l'apprentissage automatique, les MMIA peuvent générer des résultats qui ne sont pas toujours prévisibles ou contrôlés, comme la participation à des « conversations » sans y être invités, ce qui peut être pour le moins inconfortable pour les utilisateurs, ou la publication de fausses informations, de contenu biaisé ou défectueux, mais assez convaincant et avec un fort potentiel de préjudice.

Selon l'OMS, une grande partie du soutien généralisé aux MMIA qui existe dans divers secteurs des sociétés modernes découle non seulement de l'enthousiasme pour leur fonctionnalité, mais également d'affirmations sans réserve et sans critique sur la performance des MMIA dans des publications qui n'ont pas été évaluées par des pairs.

On sait désormais que les modèles d'IA multimodaux ont été largement et rapidement adoptés sans que les ensembles de données utilisés pour les entraîner ne soient publiés, ce qui rend difficile, voire impossible, de savoir, par exemple : si les données sont biaisées ; si les données ont été acquises légalement et conformément aux règles et principes de protection des données ; si la performance de la technologie dans la résolution d'une tâche ou la réponse à une requête reflète le fait qu'elle a été formée sur le même problème ou, au moins, sur un problème similaire ; ou même si elle a acquis la capacité de résoudre des problèmes. D'autres préoccupations concernant les données utilisées pour former les modèles multimodaux, notamment la cohérence avec les lois sur la protection des données, sont également abordées dans le document de l'OMS.

En ce sens, le document de l'OMS fait référence à une étude qui a révélé qu'un grand modèle de langage multimodal, GPT-3, peut, en même temps, par rapport aux humains, produire des informations précises et plus faciles à comprendre ou produire « une désinformation plus convaincante ». Le gros problème est que les humains ne peuvent pas toujours distinguer le contenu généré par les MMIA de celui généré par un être humain, ni si l'information est « exacte » ou s'il s'agit d'une « désinformation ».

6 - OMS. Guide des modèles d'intelligence artificielle multimodale pour la santé. 2021. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375579/9789240084759-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

L'agence des Nations Unies comprend que ni les individus ni les gouvernements ne sont prêts à lancer des MMIA à l'échelle à venir. Elle se déclare préoccupée par le fait que les individus n'ont pas été formés à l'utilisation efficace de ces nouvelles technologies et peuvent ne pas comprendre que les réponses ne sont pas toujours exactes ou fiables, même si un *chatbot* doté d'une technologie de modèle multimodal crée une telle impression sur les gens.

L'OMS estime que les gouvernements ne sont pas préparés à faire face à cette nouvelle vague technologique. Les réglementations et les lois rédigées pour régir l'utilisation de l'IA peuvent ne pas être adéquates pour relever les défis ou les opportunités associés aux MMIA. En ce sens, l'OMS comprend que le mouvement de l'Union européenne visant à approuver une réglementation spécifique pour l'IA est nécessaire, comprenant des dispositions sur l'utilisation des MMIA sur le territoire européen. Il met également en lumière les actions d'autres gouvernements dans le monde qui élaborent rapidement de nouvelles lois ou réglementations, ou qui ont institué des interdictions temporaires sur ces produits.

On estime que dans les années à venir, davantage de produits utilisant des MMIA seront lancés, de plus en plus puissants et capables d'introduire de nouveaux avantages, générant de nouveaux défis en termes de réglementation. Dans cet environnement dynamique, l'OMS énumère quelques lignes directrices sur l'éthique et la gouvernance de l'utilisation des MMIA dans le secteur de la santé.

Les premières lignes directrices de l'OMS sur l'éthique et la gouvernance de l'IA pour les soins de santé, publiées en 2021, ont examiné diverses approches de l'apprentissage automatique et diverses applications de l'IA dans les soins de santé, mais pas spécifiquement l'IA générative ou les modèles multimodaux. Au moment de leur publication, rien ne prouvait que l'IA générative et les MMIA seraient bientôt largement disponibles et appliqués à l'échelle mondiale aux soins cliniques, à la recherche en soins de santé et à la santé publique.

Le document présente de précieux principes éthiques et des recommandations de gouvernance pour l'IA dans les soins de santé, qui doivent être connus de tous les acteurs impliqués dans l'intégration de ces technologies dans les systèmes de santé, dans les secteurs public et privé. Il existe six principes éthiques de base pour l'IA dans les soins de santé, tels que systématisés dans le tableau 1 :

Tableau 1 : Guide des modèles d'intelligence artificielle multimodaux pour les soins de santé : principes éthiques de base pour l'IA dans les soins de santé

PRINCIPE	COUVERTURE
Protéger l'autonomie	Garantir que les humains continuent de contrôler les systèmes de santé et les décisions médicales ; que les fournisseurs disposent des informations nécessaires pour utiliser les systèmes d'IA de manière sûre et efficace ; que les gens comprennent le rôle que jouent les systèmes d'IA dans leurs soins ; que la vie privée et la confidentialité des données sont protégées ; que les informations utilisées dans l'apprentissage automatique sont valides et obtenues avec le consentement, réglementé par des cadres juridiques appropriés pour la protection des données.
Promouvoir le bien-être humain, la sécurité humaine et l'intérêt public	Garantir que les concepteurs d'IA répondent aux exigences réglementaires en matière de sécurité, de précision et d'efficacité pour des utilisations ou des indications bien définies ; que des mesures de contrôle de la qualité dans la pratique et d'amélioration de la qualité de l'utilisation de l'IA au fil du temps soient adoptées ; que l'IA ne soit pas utilisée si elle entraîne des dommages mentaux ou physiques qui pourraient être évités en utilisant une pratique ou une approche traditionnelle ou alternative.
Assurer la transparence, « l'explicabilité » et l'intelligibilité	Les technologies d'IA doivent être intelligibles ou compréhensibles pour les développeurs, les professionnels de la santé, les patients, les utilisateurs et les régulateurs ; les informations sur le produit doivent être suffisantes et publiées ou documentées avant la conception ou le déploiement de l'IA ; les informations devraient faciliter la consultation publique et le débat sur la manière dont l'IA est conçue et sur la manière dont elle devrait ou ne devrait pas être utilisée ; l'IA doit être explicable selon les capacités de ceux à qui elle est expliquée.

Promouvoir la responsabilité et l'imputabilité	Veiller à ce que l'IA soit utilisée dans des conditions appropriées et par des personnes dûment formées ; que les patients et les médecins évaluent le développement et le déploiement de l'IA ; que les principes réglementaires soient appliqués et que l'algorithme soit soumis à un contrôle humain ; que des mécanismes appropriés soient disponibles pour contester et fournir réparation aux individus et aux groupes lésés par les décisions basées sur l'IA.
Assurer l'inclusion et l'équité	Veiller à ce que l'IA soit conçue et partagée pour encourager l'utilisation et l'accès les plus larges, les plus appropriés et les plus équitables possibles, quels que soient l'âge, le sexe, l'identité de genre, le revenu, la race, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, les capacités ou d'autres caractéristiques ; veiller à ce que l'IA ne code pas de préjugés au détriment de groupes identifiables ; veiller à ce que l'IA soit surveillée et évaluée pour identifier les effets disproportionnés sur des groupes spécifiques de personnes.
Promouvoir une IA réactive et durable	Les technologies d'IA doivent favoriser la durabilité des systèmes de santé et doivent être en harmonie avec les environnements de travail.

Source : Guide OMS des modèles d'intelligence artificielle multimodaux pour la santé.

Les principes éthiques et de gouvernance de l'IA générative et des MMIA peuvent servir de base à la construction, au Brésil, d'une réglementation qui encourage le développement de technologies d'IA en santé qui ne causent pas de dommages et qui sont toujours utilisées au profit du système de santé.

4. Réguler est nécessaire

L'introduction de l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) dans les systèmes de santé du monde entier est un phénomène déjà cristallisé et en croissance rapide. La littérature scientifique, le mouvement régulateur européen, ainsi qu'une série de cas concrets de plus en plus robustes, mettent de plus en plus en évidence les risques pour la santé individuelle et collective liés à l'utilisation des nouvelles technologies numériques en santé. L'IA liée aux soins de santé peut être utilisée sous supervision humaine (IA supervisée) ou de manière autonome (IA autonome). Dans ce type d'IA, les robots pourront éventuellement effectuer des opérations chirurgicales sans surveillance humaine. L'énorme hétérogénéité de l'IA reflète l'hétérogénéité des besoins et des réponses en matière de soins de santé et rend plus complexe la conception d'une gouvernance et d'une réglementation appropriées.

Il est nécessaire d'avancer dans le débat sur la régulation de l'IA dans les soins de santé avant que les dégâts ne commencent à être visibles et considérables.

a. Les risques déjà identifiés

L'utilisation de l'IA dans les soins de santé soulève des problèmes de sécurité.

L'une des questions est de savoir comment garantir que seuls des outils d'IA sûrs soient sur le marché, qu'ils soient adoptés par les services de santé public ou privé. Certaines caractéristiques de l'IA rendent particulièrement difficile la prévision des risques ou l'identification des événements indésirables. Par exemple, l'apprentissage automatique profond « adaptatif » change ses caractéristiques au fil du temps, par définition, à mesure qu'il apprend. Par conséquent, tous les risques découlant de l'utilisation de ce type de technologie ne sont pas identifiables avant que la technologie ne soit adoptée dans le domaine des soins de santé. De nombreuses études ont été réalisées concernant l'explicabilité des décisions prises par l'IA⁷.

7 - Sajid Ali, Tamer Abuhmed, Shaker El-Sappagh, Khan Muhammad, Jose M. Alonso-Moral, Roberto Confalonieri, Riccardo Guidotti, Javier Del Ser, Natalia Díaz-Rodríguez, Francisco Herrera, Explainable Artificial Intelligence (XAI): What we know and what is left to attain Trustworthy Artificial Intelligence, Information Fusion, Volume 99, 2023, 101805, ISSN 1566-2535, <https://doi.org/10.1016/j.inffus.2023.101805>.

Une licence *ex ante* démontrant la sécurité de l'IA dans les soins de santé au moment où la demande est déposée auprès du régulateur peut avoir une valeur limitée, ce qui rend le défi de réglementer ce type de technologie très important. La nature de certaines IA, comme les réseaux neuronaux d'apprentissage profond, signifie que ni les régulateurs ni les professionnels de la santé ne peuvent comprendre comment une décision est prise. Ce « raisonnement » de l'IA peut même rester opaque pour les créateurs d'IA, transformant l'IA en un outil sans traçabilité de ses décisions. L'opacité de certaines IA peut rendre difficile l'identification des problèmes à l'avance (événements indésirables, biais...), ainsi que lors de leur utilisation pratique. Exiger une IA explicable ne résoudra peut-être pas tous ces problèmes : les explications fournissent généralement une approximation du fonctionnement de l'IA, et non une compréhension directe. Pourtant, certains outils d'IA peuvent être sûrs et efficaces sans être explicables⁸.

Une autre préoccupation liée à la sécurité est celle du biais algorithmique. L'IA s'appuie sur les données pour alimenter son apprentissage. Si les ensembles de données de formation utilisés par les programmeurs d'IA sous-représentent systématiquement des groupes (par exemple, les personnes âgées, les personnes de couleur, les femmes^{9,10,11}), l'outil peut entraîner des biais et/ou des erreurs. Les biais algorithmiques sont étroitement liés aux problèmes de sécurité et d'efficacité, car ils peuvent nuire à l'exactitude du diagnostic ou des recommandations de traitement, par exemple lorsque le diagnostic du cancer de la peau est précis pour les personnes blanches mais pas pour les personnes de couleur.

Un autre problème à l'horizon concerne la tendance des humains à être trop confiants et indûment respectueux des recommandations basées sur les machines¹². On ignore encore dans quelle mesure les IA appliquées aux soins de santé ne remplaceront pas les humains dans le processus de soins. Ce qui est sûr, c'est que, sans une réglementation adéquate qui induit la formation et l'alphabetisation des patients et des professionnels pour l'utilisation critique de ces outils, les risques de discrimination et d'erreurs seront énormes.

On ne peut pas supposer que ces problèmes peuvent être résolus par la surveillance post-commercialisation ou par une IA qui évolue en fonction des besoins du monde réel. Dans le monde réel, ceux qui ont été marginalisés n'auront peut-être pas accès aux technologies de l'IA parce qu'elles ne seront pas efficaces ou ne seront pas disponibles, en particulier pour ceux qui ne bénéficient pas des politiques publiques ou ne sont pas couverts par une assurance maladie privée.

Les préoccupations en matière de confidentialité figurent également en bonne place sur l'agenda réglementaire mondial¹³. Pour se développer et être précise, l'IA doit regrouper et collecter de grandes quantités d'informations sur la santé. De plus, ces données peuvent potentiellement être réutilisées et partagées avec des tiers. La réglementation doit prêter attention à la protection de la vie privée, en particulier lorsque l'IA est appliquée dans le contexte des dispositifs médicaux. Dans ce domaine, il y a encore beaucoup à évoluer en termes réglementaires puisque, à ce jour, les législations sur les informations personnelles de santé dans le monde exemptent normalement les données « anonymisées » de leurs protections, même si l'on sait que les outils d'IA actuels augmentent de plus en plus les risques de réidentification des individus^{14,15}.

La construction d'une régulation de l'IA en santé doit rechercher l'équilibre nécessaire entre encourager le développement et l'intégration de ces nouvelles technologies et la protection des droits humains fondamentaux, notamment les droits à la vie privée, à l'intimité, à la non-discrimination et à la santé. Si des cadres juridiques cohérents

8 - Roman V. Yampolskiy. AIUnexplainable, Unpredictable, Uncontrollable. Chapman & Hall/CRC Artificial Intelligence and Robotics Series. Routledge, CRC Press, 2024.

9 - How Artificial Intelligence Bias Affects Women and People of Color. <https://ischoolonline.berkeley.edu/blog/artificial-intelligence-bias/>.

10 - Van Kolschooten H. The AI cycle of health inequity and digital ageism: mitigating biases through the EU regulatory framework on medical devices. *J Law Biosci.* 2023 Dec 7;10(2):lsad031. doi: 10.1093/jlb/lsad031. PMID: 38075950; PMCID: PMC10709664.

11 - Ferrara, E. Fairness and Bias in Artificial Intelligence: A Brief Survey of Sources, Impacts, and Mitigation Strategies. *Sci* 2024, 6, 3. <https://doi.org/10.3390/sci6010003>.

12 - Comin, Diego A.; Jonathan S. Skinner, and Douglas O. Staiger. Overconfidence and Technology Adoption in Health Care NBER Working Paper No. 30345 August 2022 JEL No. I1, O3, O33. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w30345/w30345.pdf.

13 - Murdoch, B. Privacy and artificial intelligence: challenges for protecting health information in a new era. *BMC Med Ethics* 22, 122 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00687-3>.

14 - Lubarsky, Boris. RE-IDENTIFICATION OF "ANONYMIZED DATA" . 1 GEO. L. TECH. REV. 202 (2017). <https://georgetownlawtechreview.org/wp-content/uploads/2017/04/Lubarsky-1-GEO.-L.-TECH.-REV.-202.pdf>.

15 - El Emam K, Jonker E, Arbuckle L, Malin B (2015) Correction: A Systematic Review of Re-Identification Attacks on Health Data. *PLoS ONE* 10(4): e0126772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126772>.

ne répondent pas aux préoccupations soulevées ici concernant les biais algorithmiques et la confidentialité, cela pourrait miner la confiance du public dans l'utilisation de l'IA dans les soins de santé et créer un écart important entre le développement et la mise en œuvre d'une innovation. Certains auteurs qualifient cette divergence de « vérité la plus gênante » sur l'IA¹⁶. Cela pourrait entraîner la perte de nombreuses opportunités de développement précieux de l'IA qui pourraient améliorer le système de santé brésilien.

b. Perspectives de l'agenda réglementaire pour la santé numérique et l'IA en santé

Trouver une régulation adéquate pour ces questions est complexe en raison de la transnationalité du numérique, qui conduit à un chevauchement des traités et réglementations internationaux et des lois nationales.

Par ailleurs, la régulation sectorielle de la santé numérique et de l'IA appliquée aux soins de santé doit prendre en compte les complexités apportées par les systèmes de santé dans le monde. Toutefois, les complexités réglementaires ne peuvent pas être une raison pour l'inertie dans un secteur aussi dynamique. Au contraire, la communauté internationale et les États doivent répondre aux multiples enjeux qui nécessitent une régulation dans ce domaine, notamment pour éviter les risques déjà identifiés en matière de santé numérique et d'IA en santé. Il existe déjà suffisamment d'éléments pour le développement d'un écosystème mondial de gouvernance réglementaire appliquée à l'IA en santé, notamment à travers : une édition harmonieuse de traités internationaux de portée mondiale ; l'édition des lois nationales et le développement du système privé d'autorégulation et de conformité.

Un vaste agenda réglementaire est envisagé pour la santé numérique et l'IA en santé, allant des aspects liés à la protection des données aux interdictions de certaines utilisations et produits de santé numérique, visant la sécurité sanitaire ; à la définition claire des responsabilités entre les différents acteurs de la santé ; au contrôle du cycle de développement et de l'usage des technologies numériques et, principalement, à la protection des patients et des professionnels de santé.

Fernando Aith & Roberta de Freitas

Remerciements

Ce texte a été produit dans le cadre des Projets : i) « Régulation de l'intelligence artificielle en santé en perspective comparée Brésil-France ». Projet USP-COFECUB (2024-2025). Développé par le Centre de Recherche de Droit de la Santé de l'Université de São Paulo (Cepedisa/USP) et l'Institut Droit et Santé de l'Université de Paris (IDS/Paris Cité) ; ii) « Développement des capacités du système de santé du Brésil pour la transformation numérique en santé : usages actuels et aspects de la régulation ». Développé par Cepedisa/USP en partenariat avec Nethis/FIOCRUZ et Ministère de la Santé du Brésil (2024-2025).

16 - Da Silva, Michael; Flood, Colleen M.; and Herder, Matthew (2022) "Regulation of Health-Related Artificial Intelligence in Medical Devices: The Canadian Story," *UBC Law Review*. Vol. 55: Iss. 3, Article 2. Disponible à : <https://commons.allard.ubc.ca/ubclawreview/vol55/iss3/2>.

CHARTRE DES CONTRIBUTEURS DU JOURNAL DE DROIT DE LA SANTE ET DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour soumettre un article ou pour tout échange avec l'équipe éditoriale, veuillez écrire à jdsamids@gmail.com.

Format des contributions

Les articles comportent approximativement entre 20 000 et 40 000 caractères (espaces compris) et sont envoyés à la rédaction sous format Word. Les notes de bas de page sont à privilégier par rapport aux notes de fin d'article.

Les débuts d'articles doivent être présentés ainsi : le prénom, le nom et la fonction de l'auteur, le titre de la contribution, puis un résumé de cinq lignes de l'article, en français et en anglais. A la suite du résumé, l'auteur indique 3 à 6 mots-clés représentatifs de sa contribution, en anglais et en français.

Les citations de plus d'une ligne sont mises en italique. Les notes de bas de page se terminent par un point.

Qualité des contributions

Les auteurs s'engagent à envoyer des articles publiables en l'état.

Le travail de l'équipe éditoriale doit se limiter à un travail de mise en forme et ne doit pas constituer un travail de réécriture du contenu. Si tel devait être nécessaire, l'article pourrait être refusé.

L'article, une fois réceptionné par l'équipe éditoriale, est soumis, en aveugle, au comité de lecture de la revue pour validation ou refus. Des demandes de corrections ou de précisions pourront aussi être formulées à l'auteur.

Les articles soumis par des doctorants ou des étudiants de Masters doivent être au préalable validés par le directeur de recherche ou un responsable pédagogique.

Après mise en page par l'équipe de rédaction selon les exigences éditoriales, les articles sont soumis aux auteurs pour validation.

Lutte contre le plagiat et l'auto-plagiat

Les contributions soumises doivent être des textes originaux non publiés ailleurs. Les auteurs et coordonnateurs de la revue doivent faire preuve de vigilance sur les problématiques de plagiat et d'auto-plagiat. La direction de la revue attire l'attention des auteurs sur le fait que les articles sont contrôlés par un logiciel anti-plagiat.

Respect des délais de soumission des articles

Les dates butoirs pour la soumission des articles sont les suivantes :

- 31 octobre
- 31 janvier
- 31 mai

Directeur de la publication

EDOUARD KAMINSKI
Président de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité

Directrice de la rédaction

LYDIA MORLET-HAÏDARA
Directrice de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

Coordinatrice de la rédaction

LAURENCE WARIN
Docteure en droit public de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

Appui à la relecture

ADÉLIE CUNÉO
Juriste à l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

Conception graphique

CHARLOTTE DE BRUYN
Ingénieur d'études à l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

Comité international

FERNANDO AITH
Professeur à l'Université de Sao Paulo - USP, Co-Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches en Droit de la Santé

SABRINA BURGAT
Professeure aux Facultés de droit de Neuchâtel et Genève, Co-directrice de l'institut de droit de la santé

ANNE-SYLVIE DUPONT
Professeure aux Facultés de droit de Neuchâtel et Genève, Co-directrice de l'institut de droit de la santé, Chaire de droit de la sécurité sociale

JEAN-MARC HAUSMAN
Professeur, Faculté de droit et de criminologie, Université de Louvain (Belgique) et Gastdocent, Faculteit Rechtsgeleerdheid en Criminologische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven (Belgique)

SANDRA HOTZ
Professeure à la Faculté de droit de Neuchâtel, Co-directrice de l'institut de droit de la santé

LARA KOURY
Professeure agrégée, Codirectrice du Groupe de recherche en santé et droit de McGill

MÉLANIE LÉVY
Professeure à la Faculté de droit de Neuchâtel, Co-directrice de l'institut de droit de la santé

AUDREY FERRON-PARAYRE
Professeure agrégée, Section de droit civil, Faculté de droit de l'Université d'Ottawa (Canada), codirectrice de l'Observatoire pluridisciplinaire sur le devenir du droit privé et chercheuse au Centre de droit, politique et éthique de la santé

CATHERINE RÉGIS
Professeure à la Faculté de droit de l'Université de Montréal, titulaire d'une Chaire de recherche du Canada en droit et politiques de la santé, chercheuse au Centre de recherche en droit public et co-directrice du Hub santé - Politique, Organisations et Droit (H-POD)

GENEVÈVE SCHAMPS
Professeure à l'Université Louvain-la-Neuve, Directrice du centre de droit médical et biomédical, Vice-rectrice du Secteur des sciences humaines

Comité éditorial et scientifique

STÉPHANE BRISSY
Maître de conférences en droit privé à l'Université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

CAROLINE CARREAU
Maître de conférences émérite en droit privé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

PHILIPPE COURSIER
Maître de conférences HDR en droit privé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

ANNE DEBET
Professeur en droit privé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

ALBANE DEGRASSAT-THÉAS
Maître de conférences HDR, praticien hospitalier, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

LUC GRYNBAUM
Professeur en droit privé à l'Université Paris Cité, Chef du département de droit, économie et de gestion de l'école de droit d'Abu Dhabi, Avocat Of Counsel chez de Gaulle Fleurance & associés, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris

ANNE LAUDE
Professeur des Universités en droit privé, doyen honoraire de la Faculté de droit, d'économie et de gestion, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France, Présidente d'honneur de l'Association française de droit de la santé

CAROLINE LE GOFFIC
Professeur de droit privé à l'Université de Lille, Membre du CRDP - Equipe LERADP, membre associée de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

CLÉMENTINE LEQUILLERIER
Maître de conférences en droit privé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

CAMILLE MARÉCHAL POLLAUD-DULIAN
Maître de conférences HDR en droit privé, Directrice du Master 2 DGAN, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

MARIE MESNIL
Maîtresse de conférences en droit privé, Faculté de droit Jean Monnet, Université Paris Saclay, Chercheuse à l'Institut Droit Ethique et Patrimoine (IDEP), Paris-Saclay, Chercheuse associée à l'Institut Droit et Santé (IDS), Université Paris Cité

LYDIA MORLET-HAÏDARA
Maître de conférences HDR en droit privé à l'Université Paris Cité, Directrice de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

DAVID NOGUÉRO
Professeur en droit privé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

PASCAL PAUBEL
Professeur associé à l'Université Paris Cité, Chef de service du SEPBU, AGEPS, AP-HP, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

JÉRÔME PEIGNÉ
Professeur à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

DIDIER TABUTEAU
Professeur associé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France

ANA ZELCEVIC-DUHAMEL
Maître de conférences HDR en droit privé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Université Paris Cité, Inserm, F-75006 Paris, France