

Pourbahman Hadrien

Juriste Stagiaire pour l'Association Française  
Transhumaniste - Technoprog



Vers une reconnaissance progressive d'un véritable droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé.

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>Partie I : L'instauration d'un droit à la santé, au vieillissement en bonne santé et à la longévité ou comment anticiper la société de demain</b>	<b>6</b>
<b>Chapitre I: L'inéluctable nécessité de bouleverser notre raisonnement</b>	<b>6</b>
Tentative de définition du vieillissement	6
Un changement de paradigme venu d'en haut	8
L'allongement de la longévité ou une nouvelle étape de la vie	11
Repenser l'intégralité de la prise en charge de l'allongement de la vie	14
Un changement de paradigme entraînant nécessairement un changement d'appareil juridique	17
1/ La notion de droit à la santé	18
2/ Première clef de réflexion: La notion de dignité	21
3/ Deuxième clef de réflexion: La notion d'intégrité physique et mentale	26
4/ Troisième clef de réflexion: La notion de longue durée	28
5/ Quatrième clef de réflexion: La nécessité de penser notre prochain choix de société	30
<b>Chapitre II/ La nécessité d'adapter les outils juridiques existants</b>	<b>35</b>
La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	36
La prise compte a minima de l'adaptation de la société au vieillissement: L'exemple de la loi du 28 décembre 2015	37
Une responsabilité étatique ? Réflexion autour des notions de mise en danger et du préjudice économique	41
Principe de précaution, principe de proactivité et perte de chance	46
L'importance de la lutte contre une discrimination méconnue: L'agisme	49
Le droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé ou le respect du consentement préalable	54

**Chapitre III: Différences de législations, différences de moyens, inégalités des chances face à la possibilité de vivre son vieillissement en bonne santé et d'accroître sa longévité** **60**

Exemple Numéro 1: Le recueil des données de patients atteints de maladies neuro-dégénératives liées au vieillissement 61

Exemple 2 : La compétition mondiale comme moteur d'une législation plus moderne 66

Une véritable reconnaissance vraiment ? 70

**PARTIE II : La Classification Internationale des Maladies ou l'ouverture potentielle d'une reconnaissance normative du vieillissement comme maladie**  
**72**

**Chapitre I : Qu'est ce qu'est la Classification Internationale des Maladies de l'OMS ?** **72**

**Chapitre II: Classification Internationale des Maladies: Classification en perpétuel mouvement.** **75**

**Chapitre III: Le traitement du vieillissement au sein de la C.I.M ou la fragile et timide reconnaissance du processus comme maladie** **77**

Intérêts scientifiques, prudence juridique 77

Le manque de considération pour le vieillissement de la CIM-10... 78

...pourrait induire des changements limités dans la future CIM-11 79

La refonte de l'angle d'attaque : Préalable nécessaire à toute reconnaissance normative du vieillissement en tant que maladie ? 81

**Conclusion :** **83**

**Tables des annexes** **84**

Annexe 1: Présentation du début de stage devant M. Coeurnelle et les membres de l'association HEALES (en version originale) 84

Annexe 2: Message Électronique en version originale envoyé à Jeff Williams, directeur d'exploitation d'Apple. Inc (Mission secondaire) 86

## Introduction

C'est au détour de la pratique d'un jeu vidéo que me sont venues mes premiers questionnements sur le vieillissement de l'être humain et ses implications sociétales. En effet, dans une scène du jeu vidéo de science-fiction Mass Effect<sup>1</sup> le personnage principal, un humain, demeure circonspect à l'idée que son interlocutrice, une extraterrestre, puisse se déclarer jeune alors que celle-ci a déjà atteint l'âge de 300 ans et qu'elle a déjà parcouru des galaxies entières, cette scène illustre parfaitement l'une des faiblesses de l'être humain, le renvoyant à sa condition de mortel, traversant une infime partie de l'histoire terrestre.

En mettant de côté l'aspect science-fictionnel du titre, cette petite anecdote permet de souligner que ce dossier juridique est essentiellement composé d'un travail consistant à relier des points les uns aux les autres tirés de multiples sources<sup>2</sup> pour en faire une réflexion juridique cohérente, apportant une certaine vision à l'argumentaire de l'association dont j'ai été stagiaire, une sorte d'application juridique de la théorie du chaos: Un nuage d'argumentations juridiques destiné à s'harmoniser pour former un tout cohérent.

Comme mentionné dans le rapport de stage<sup>3</sup>, ma mission principale a été de réfléchir pour le compte de l'Association Française Transhumaniste - Technoprog (AFT Technoprog) à une synthèse juridique sur plusieurs points concernant la place du vieillissement dans le monde. Cette synthèse a donc pris la forme d'un dossier juridique qui nous amènera à nous pencher sur bon nom de sujet comme, le fait de s'interroger sur comment le vieillissement est considéré par la sphère juridique ? Comment renforcer sa prise en charge par les pouvoirs publics ? Comment aborder le débat sur l'introduction dans la Classification Internationale des Maladies du processus de vieillissement ? etc

Le présent dossier fera état le plus fidèlement possible de l'ensemble des mes recherches, il s'agira donc de reprendre de manière synthétique le cheminement d'une réflexion qui m'a amené à différentes conclusions, il retranscrira les différents travaux que j'ai eu à effectuer dans le cadre de mes missions ainsi que les quelques petites difficultés que j'ai pu rencontrer tout au long de ces deux mois de stage.

---

<sup>1</sup> Mass Effect. EA. Bioware Studios. 2007

<sup>2</sup> Comme par exemple, un jeu vidéo en guise d'amorce introductive.

<sup>3</sup> Voir le rapport de stage en complément de cette note.

Dans le cadre de cette mission principale, l'une de mes toutes premières tâches a été de réaliser une courte présentation en anglais devant les membres d'une autre association partenaire de l'AFT Technoprog, l'association HEALES, intéressée à toutes les réflexions au sujet de la longévité de l'espèce humaine.

Pour ce faire, j'ai dû me rendre à Bruxelles où siège l'association HEALES, la présentation consistait en une introduction de ce que j'allais faire durant mon stage, sur quels sujets allait-il porter et pourquoi il serait intéressant de s'y attarder. Cette courte introduction<sup>4</sup> s'est déroulée devant les membres de l'association et sous la supervision de mon maître de stage qui a eu la gentillesse de m'accueillir et de me faire découvrir Bruxelles.

À mon retour en France, il était convenu que je prenne contact avec les autres membres de l'association AFT-Technoprog via Google Hangout pour leur présenter aussi ce que j'allais faire (en français cette fois), il a donc été question d'une entrée en matière fort instructive et innovante.

Toujours est-il que malgré ces deux présentations, il me fallait travailler de manière approfondie sur ce que le vieillissement impliquait, c'est là que la première difficulté est apparue, celle de la définition du vieillissement: Qu'est ce qui se cache derrière ce terme ? Quand bien même cette question est d'apparence simple, elle sous-entend une certaine explication car la notion de "*vieillesse*" est en réalité plus complexe que ce qu'il paraît et surtout que ce que j'imaginai.

Ce dossier d'analyse juridique au travers de ses deux parties, a pour but de définir en quoi l'instauration d'un véritable droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé engendrerait un cercle juridique vertueux et bénéfique pour notre société en instaurant une meilleure égalité entre les citoyens. Il s'agira d'établir des analyses à connotations juridiques qui pourront être approfondies ultérieurement par les longévistes.

Il me semble nécessaire de ne pas répéter les erreurs du passé et afin de préparer l'avenir, il est donc impératif d'anticiper un cadre juridique précis sur des questions essentielles qui à terme toucheront l'intégralité de l'humanité, avec pour but ultime la protection et la préservation de tous dans un cadre juridique favorisant l'égalité de chacun.

---

<sup>4</sup> Reproduite en annexe, à la fin de ce dossier.

## Partie I : L'instauration d'un droit à la santé, au vieillissement en bonne santé et à la longévité ou comment anticiper la société de demain

*“La possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.”*

*Préambule de Charte constitutive de l’Organisation Mondiale de la Santé.*

### Chapitre I: L'inéluctable nécessité de bouleverser notre raisonnement

#### Tentative de définition du vieillissement

En effet, avant toute réflexion juridique, j’ai dû reprendre à mon compte les différentes définitions qu’offre le terme “*vieillesse*” et ce du point de vue médical, biologique et juridique.

Cette première étape dans le déroulement de ma mission principale pourrait être qualifiée “d’étape découverte”, étape où mes bases relatives en biologie m’ont permis de comprendre plus simplement le schéma du vieillissement, car avant de prendre en compte l’impact sociologique et juridique du vieillissement, il m’a fallu prendre en compte l’aspect biologique.

J’ai donc consulté de nombreux documents et entretiens vidéos sur le sujet mais, compte tenu de l’impératif de synthèse qui anime ce document, je me limiterai à constater que le processus de vieillissement biologique concerne de nombreux éléments tels que l’ADN, les mitochondries, la sénescence répliquative, etc., ce qui explique que de nombreuses recherches médicales soient en cours sur chacun de ces sujets.

Malgré le fait que, d’un point de vue intellectuel, ces recherches médicales et biologiques furent enrichissantes, elles ne présentaient guère d’intérêt dans le cadre d’une recherche sur l’appréhension actuelle et future du vieillissement par le droit, surtout qu’un certain nombre de membres de l’association, de part leur expérience, sont plus à même de comprendre ces mécanismes que moi.

Après avoir compris comment le vieillissement fonctionnait d’un point de vue métabolique, il fallait m’intéresser à la conception sociologique et juridique de cette notion.

Nous pouvons résumer la notion de vieillissement comme étant un processus de dégradation subit par un organisme tout au long de la vie de celui-ci et qui conduit in fine à une perte progressive de ses capacités physiques ou mentales, ces dégradations sont issues comme nous allons le voir, de multiples facteurs:

Tout d'abord, le vieillissement commence très tôt dans la vie d'un être humain, nous vieillissons tout les jours et ce depuis notre naissance. Sans entrer dans les détails biologiques, nous pouvons citer certains processus cellulaires comme l'apoptose qui se caractérise par l'autodestruction de la cellule via réception d'un signal en provenance de l'organisme.

Mais le vieillissement n'est pas non plus un processus soumis à l'unique aléa biologique, en effet, nous avons tous en tête des études qui démontrent la corrélation entre la modification de l'espérance de vie et l'absorption par l'organisme de certaines substances (Cigarettes, alcool...). Ces études démontrent que divers facteurs<sup>5</sup> qu'ils soient sociaux, économiques ou environnementaux vont déterminer l'accélération plus ou moins précoce du vieillissement et de ses différents stades d'évolution, car quand bien même, il serait présomptueux à ce stade de notre développement, de laisser supposer que le vieillissement peut être associé juridiquement à la notion de maladie, mais ce dernier suppose, tout comme une maladie, l'apparition de stades progressifs d'évolution.

Afin de mieux différencier ces stades, l'ensemble des praticiens ont dû définir un certain nombre de notions que j'appellerai des "notions satellites", gravitant autour du vieillissement: Il s'agit notamment des concepts de fragilité et de dépendance.

Pour comprendre comment la science juridique s'empare de la notion de vieillissement, il est impératif de s'intéresser individuellement à chacune de ces notions.

---

<sup>5</sup> Souvent cumulatifs.

## Un changement de paradigme venu d'en haut

La première des notions satellites se retrouve dans le concept de fragilité, nous allons le revoir plus tard dans le développement mais cette notion de fragilité va avoir un rôle important dans le futur car l'Organisation Mondiale de la Santé a inscrit ce concept dans la dernière version de la Classification Internationale des Maladies<sup>6</sup>.

En France, ce concept a été repris par les pouvoirs publics, notamment par les maires prenant en charge le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), et ce, afin de mieux déterminer la prise en charge du vieillissement.

À la vue des travaux sur le sujet<sup>7</sup>, une définition précise de la fragilité n'a pu être dégagée tellement elle fait l'objet d'approches médico-sociologiques différentes. Nous pouvons néanmoins tenter d'approcher une définition consensuelle qui verrait la reconnaissance de la fragilité comme un risque de déstabilisation d'une situation de vie qui ne se décrète pas à un âge ou un stade de vieillissement défini mais qui se construit tout au long de la vie en prenant en compte les paramètres sociaux, culturels et personnels d'un individu. Cette notion de fragilité peut être vue comme le prémice d'un stade de dégradation physique ou mentale plus grave, c'est à dire la dépendance, qui se caractérise par la perte partielle ou totale d'autonomie de l'individu, mais en aucun cas les notions ne sont cumulatives, l'une peut être applicable en l'absence de l'autre.

Cette seconde notion satellite permet de mettre un nom sur un stade d'évolution du vieillissement qui se distingue par le fait que l'individu ne peut plus agir de manière autonome afin d'effectuer les tâches de la vie quotidienne ou les tâches qu'il avait l'habitude d'effectuer, cette notion de dépendance s'articule elle même autour de plusieurs degrés de dépendances, plus une personne est dépendante, moins elle sera autonome et plus elle sera vulnérable.

Ce stade d'évolution dans le vieillissement d'un individu ne se détermine pas nécessairement avec une prise en compte chiffrée de l'âge, certains individus peuvent devenir totalement dépendant dès 60 ans alors que d'autre ne le seront que partiellement à 90 ans. Cette inégalité face à la dépendance s'explique par les nombreux facteurs que nous avons énumérer ci-dessus, mais elle s'explique aussi par le fait que la dépendance peut se manifester plus rapidement chez des personnes seules, sans famille ou ayant peu de contacts avec leurs pairs.

---

<sup>6</sup> Voir Partie II, Chapitre III : *Le traitement du vieillissement au sein de la C.I.M ou la fragile et timide reconnaissance du processus comme maladie*

<sup>7</sup> [Rapport Crédoc LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES PERCEPTIONS ET MESURES. 12/2008](#)



En effet, nous partons du constat que la durée de vie biologique de notre espèce tend à augmenter de plus en plus<sup>8</sup>, c'est ce que l'on appelle la longévité, cette dernière augmente tellement que nous parlons de la problématique de l'âge et du grand âge. Cette problématique de l'augmentation de la longévité concerne la planète entière, à un tel point que pour la première fois, la majorité des populations peuvent espérer vivre jusqu'à plus de 60 ans<sup>9</sup> et que l'espérance de vie dans un pays comme la France a doublé en près d'un siècle<sup>10</sup>.

Malgré ce constat le traitement de la personne âgée et du vieillissement en général, souffre paradoxalement d'un déficit d'intérêt tant dans sa prise en compte juridique que sociétale. Nous allons voir que bien que le paradigme qui sous-tend la prise en charge de la personne âgée/très âgée dans nos sociétés soit dépassé, ce dernier fait preuve avec l'aide indirecte des gouvernements et des législateurs d'une certaine résistance.

Cette résistance est la combinaison de plusieurs facteurs, mais l'une des difficultés majeures que nos sociétés rencontrent durant l'établissement d'un remède à appliquer en cas de diagnostic de grand âge provient du fait que la compréhension de la notion de vieillissement est de plus en plus brouillée.

Ce trouble de la vision n'est pas dû à la désuétude du terme lui même, mais vient plutôt du fait que le terme de "vieillissement" n'est pas clairement défini: En effet, comme nous l'avons vu, chaque individu va connaître "son propre vieillissement" en fonction de son mode de vie, de sa consommation de divers produits, voir même de sa catégorie sociale<sup>11</sup>, toutes ces données brouillent la réponse à donner à la question "*Quand est-ce que nous devenons vieux ?*"

Il sera donc nécessaire de prendre ces données en compte lors de toute réflexion sur le sujet du vieillissement qui plus est quand l'analyse porte sur le terrain juridique car le juriste adore par dessus tout, placer une étiquette, un curseur, sur une notion afin de pouvoir correctement l'appréhender<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> *Et si on arrêta de vieillir*". Page 16 par Didier Coeurnelle. Édition fyp. 2013

<sup>9</sup> [World economic and social survey 2007: development in an ageing world. NYC: United Nations: 2007.](#)

<sup>10</sup> [INED. L'espérance de vie en France](#)

<sup>11</sup> " *Et si on arrêta de vieillir*". Page 92 par Didier Coeurnelle. Édition fyp. 2013 et "*Gérontologie et société*". 2002/2 (n° 101), "*Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort*" par Andrée et Arié.

<sup>12</sup> Comme souvent, les législations des différents pays vont poser le problème du curseur : Où placer le curseur juridique, quelle ligne arbitraire fixer?

Par exemple, en matière d'euthanasie, ce problème de curseur est ce qui anime les débats en Belgique: Le pays vient d'adopter une législation autorisant l'euthanasie chez les patients mineurs doués de discernement, le curseur a donc été déplacé, mais en même temps, certains responsables politiques rouvrent le débat concernant l'encadrement légal de ces pratiques, encore une fois, où placer le curseur ? Le même problème touche le vieillissement.

Mais malgré ces apparentes difficultés, les problématiques liées au grand âge sont pourtant bel et bien un sujet d'actualité brûlant, une question de plus en plus pressente va alors se poser: Comment faire pour que les gouvernements des différents pays prennent les mesures nécessaires afin de relever les défis liés à la vieillesse ? La réponse viendra peut être de l'Organisation Mondiale de la Santé.

La création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) remonte au 7 avril 1948. Cette organisation est une branche spécialisée de l'ONU ayant pour but d'élever le niveau de santé de l'ensemble de l'humanité. Afin de réaliser sa mission, elle développe de nombreuses actions sur le terrain, rédige de nombreux rapports et vote via son Assemblée Générale, les grandes orientations politiques à faire appliquer. Cette dernière approche va nous être extrêmement précieuse tout au long de l'étude de ce dossier car l'OMS va préconiser des mesures nécessaires à l'émergence d'un "véritable droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé"<sup>13</sup>.

Dans un rapport paru le 30 Septembre 2015<sup>14</sup>, l'OMS analyse de manière particulièrement fine l'état actuel et futur de la prise en charge du vieillissement, ce rapport est assorti d'un plan d'action incitant vivement les États à mettre en place une vision dépoussiérée du développement de la longévité humaine assortie de législations nouvelles et innovantes.

L'organisation a présenté ses conclusions lors de la 69<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la santé qui s'est tenue du 23 au 28 mai 2016 à Genève<sup>15</sup>. L'Organisation Mondiale de la Santé avait pour ambition de faire voter son "*projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé*".

À la suite d'un vote de l'Assemblée Générale en date du 26 mai 2016, les délégués ont approuvé l'application de ce projet de stratégie et de ce plan d'action ambitieux, les objectifs définis par le plan doivent être mis en application par les États membres dans la période 2016-2020.

En accord avec ce qui a été récemment voté par l'OMS, un droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé pourrait s'entendre comme un droit pour tous de bénéficier de toutes les possibilités afin de vivre en bonne santé et ce le plus longtemps possible par la mise en place de techniques et de mesures de pointe. Mais encore faut-il que l'émergence d'un tel droit soit possible car les conclusions de l'OMS en la matière sont sans appel et reflètent bien dans quel état d'esprit se trouve nos sociétés.

---

<sup>13</sup> Même si comme nous allons le voir, le chemin s'annonce long et compliqué.

<sup>14</sup> [World report on Ageing And Health \(247 pages, anglais\)](#)

<sup>15</sup> [Ordre du jour de la 69<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la santé](#)

Suivant la stratégie du nuage d'argumentations mise en place au début de ce dossier, il s'agira de former une synthèse tirée des constats de l'OMS afin d'esquisser un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé, dérivé du droit à la santé.

### L'allongement de la longévité ou une nouvelle étape de la vie

Malgré l'arrivée de la nouvelle donne mondiale représentée par l'augmentation de notre longévité, "*le vieux*" est toujours considéré comme un poids, comme un boulet que l'on se traîne faute de mieux, faute de pouvoir le mettre au ban de la société, on le marginalise, on ne lui prête que peu d'attention, si on l'en lui prête c'est pour mieux insister sur le fait que "*le vieux*" représente un fardeau mondial malgré qu'en fine, il donne du travail à toute une strate de la population (infirmiers, médecins, notaire etc), c'est donc cette vision que l'OMS décrit en premier lieu dans son rapport et même si le droit ne participe pas volontairement à cette marginalisation de la personne devenue âgée (des mesures discriminatoires seraient contraires à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, à la Convention européenne des droits de l'homme de 1953 et à d'autres textes internationaux...), il est resté complice de cette situation que l'OMS qualifie de "*paradigme dépassé*".

Juridiquement parlant, ce paradigme dépassé pourrait s'illustrer par la place laissée au vieillissement à l'intérieur du droit français: L'une des bibles du droit de l'individu, à savoir le Code Civil traite le problème du vieillissement par l'application de multiples régimes de protection de la personne notamment via les Article 457-1 à 463 dudit Code, ce dernier traite davantage des majeurs protégés et en incapacités d'exprimer leur consentement que des majeurs âgés.

D'un point de vue social, beaucoup d'aides, de structures d'accueil sont mises en place dans un cadre privé mais aussi public<sup>16</sup> dans le but de soulager les personnes dépendantes, âgées ou non, handicapées ou non.

D'un point de vue pénal, l'article 225-1 du Code Pénal réprime une discrimination de la personne basée sur l'âge sauf dans les cas où ces discriminations sont effectuées dans le but de prévenir l'atteinte d'une personne (Article 225-3). Nous avons bien les causes d'irresponsabilité pénale qui peuvent s'appliquer à la personne âgée, mais ces causes s'appliquent pour tous à partir du moment où "*la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou*

---

<sup>16</sup> [Allocations personnalisée d'autonomie](#), Allocation de solidarités aux personnes âgées, Maisons de retraites etc.

*neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*” (Article 122-1 du Code Pénal et suivants).

Les autres types de droits (Droit des successions, de l’immobilier etc) ne sont pas en reste avec certaines dispositions comme les articles L1122-1 et suivants du Code de la Santé Publique, mais toutes ces dispositions cherchent plus à protéger le consentement de la personne et à vérifier sa capacité juridique qu’à traiter spécifiquement le cas des personnes âgées de manière générale.

Cette pauvreté textuelle de traitement de la personne âgée est par ailleurs soulignée par les auteurs du “*Guide du droit des seniors*”<sup>17</sup>, ces derniers déclarant en préambule que peu de dispositions dans le droit concernent les personnes âgées de manière spécifique.

Enfin, une chose à noter en matière des droits des personnes âgées est l’application en 2007 “*d’une Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*”<sup>18</sup>.

Cette charte permet une certaine reconnaissance de la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de la conservation de ses droits: (droit de choisir son mode de vie, sa résidence, de participer aux activités de son choix...) mais au vue de la taille du texte (1 page), de sa qualité juridique (charte, donc un texte non contraignant) et de la précision des articles, ce texte ne risque pas d’avoir un impact juridique significatif.

Toujours est-il qu’un rapide tour d’horizon de ces différents textes et de la doctrine<sup>19</sup> sur le sujet<sup>20</sup> donne un aperçu de la perception des personnes âgées et plus globalement du traitement de la vieillesse dans notre droit français: Le vieillissement est traité majoritairement sous le prisme de la personne en perte d’autonomie, en perte de capacités et au commencement de la dépendance, le droit se met donc au service d’une compensation des facultés de personne âgée en détresse<sup>21</sup> mais il oublie qu’une autre voie est possible, celle du maintien maximum des capacités de la personne et ce quelque soit l’âge: Droit de la personne âgée à la même reconnaissance sociale qu’auparavant, droit à une intégration sociale complète et surtout droit à vivre sa longévité de la manière dont elle l’entend et non dont la société l’entend.

---

<sup>17</sup> *Le guide du droit des seniors*. Presse Universitaire de Franche-Comté. Editions Liaisons. 2007

<sup>18</sup> [Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance](#)

<sup>19</sup> Réflexions et écritures à travers de multiples supports (Colloques, décisions de justice, écrits, publications universitaires) permettant de dégager un certain consensus ou non sur un sujet donné.

<sup>20</sup> “*Le guide du droit des seniors*”. Presse Universitaire de Franche-Comté, Editions Liaisons. 2007 et “*Droit et vieillissement de la personne*” Compte de colloques. LexisNexis/ Litec. 2007

<sup>21</sup> Cela reste bien entendu nécessaire.

Mais malgré tout, certains systèmes juridiques commencent à vouloir rattraper leur retard, c'est le cas de la France notamment à travers l'adoption de la loi du 28 décembre 2015 dite "*d'adaptation de la société au vieillissement*", loi dont nous reparlerons plus tard<sup>22</sup>.

L'OMS prend acte de cette réalité (qui globalement, se retrouve à l'échelle mondiale) et part du principe que la prise en compte du vieillissement de l'individu uniquement à travers le prisme de l'assistance et de la dépendance se révèle être, dans le meilleur des cas, inefficace, et dans le pire des cas contre-productif voir, discriminant<sup>23</sup>.

L'organisation prend alors le contre-pied de cette politique et présente le vieillissement sous un autre angle tout en niant pas la nécessité d'une politique d'aide à la personne dépendante (âgée ou non) nous avons donc un regard dual sur le vieillissement, d'où la nécessité de changer de paradigme:

-Un côté obscur du vieillissement de l'individu: Le corps s'use, les rapports sociaux diminuent, la personne perd de son "utilité sociale", elle se sent marginalisée et discriminée, cette notion pourrait s'apparenter à une vision négative du vieillissement.

-Un côté lumineux du vieillissement: Nous passons du constat où la longévité permettait un allongement des années de retraite en se vivant comme une sorte d'anti-chambre de la mort à une notion de "*vieillesse en bonne santé*<sup>24</sup>" qui correspond à une nouvelle étape de la vie où le vieillissement est vu comme un prolongement d'une vie ayant un sens.

Avec la prise en compte de cette nouvelle vision des choses, de ce nouveau paradigme, il serait question que l'individu profite de l'allongement de sa durée de vie et profite de l'état de son vieillissement pour continuer/entreprendre les activités qu'il souhaite: reprise des études, travail dans le monde associatif, voyage, exploration de domaines intellectuels etc. Il serait question in fine de ne plus considérer la vieillesse comme un chemin vers une mort certaine mais comme une nouvelle étape de la vie.

Il serait simpliste de considérer le travail de l'OMS comme une bible dont les constats seraient inattaquables mais toujours est-il que ce rapport pointe d'une manière extrêmement efficace les dysfonctionnements de nos sociétés et propose une amorce de solution pour y remédier, il sera donc impératif de bouleverser plusieurs pans sociaux à commencer par l'intérêt que nous portons à notre propre vieillissement et aux structures qui sous-tendent ce dernier, il sera donc plus que

---

<sup>22</sup> Voir le point du Chapitre II: "*La prise en compte a minima de l'adaptation de la société au vieillissement: L'exemple de la loi du 28 décembre 2015.*"

<sup>23</sup> Et donc contraire aux textes nationaux et internationaux sur les droits humains.

<sup>24</sup> Terminologie de l'OMS, l'Union Européenne parle quant à elle de "vieillesse active"

recommandé pour les États, de se doter de politiques et de législations promouvant fortement le vieillissement en bonne santé.

### Repenser l'intégralité de la prise en charge de l'allongement de la vie

Le premier axe de ce nouveau paradigme se base sur le fait que nous devons totalement repenser notre rapport au vieillissement, ce repositionnement obligera nos sociétés à repenser totalement leur mode de fonctionnement car l'intégralité du processus de vie humaine devra être bouleversé.

L'un des schémas classiques dans nos sociétés occidentales passent par l'apprentissage de la vie et la formation professionnelle respectivement à travers l'enseignement primaire puis à travers l'enseignement secondaire et supérieur, pour ensuite s'orienter vers la création d'une cellule familiale et d'une carrière dans le même intervalle de temps, enfin l'humain moyen s'orientera vers de nouveaux horizons professionnels afin de terminer sa carrière sous les meilleures hospices pour ensuite tenter de profiter des quelques années restantes en bonne santé et in fine terminer sa vie dans un tombeau, mais sans être passé au préalable de nombreuses fois par la case hôpital (en tout cas pour bon nombre d'individus), c'est donc ici que la notion de "*en bonne santé*" va prendre tout son sens.

Une véritable prise en compte d'un vieillissement en bonne santé permettrait de penser différemment ce genre de schéma social, en effet, un allongement de la durée de vie en bonne santé permettrait aux individus de décaler leur entrée dans l'apprentissage professionnel, de constituer une famille un peu plus tard, de partir à la retraite un peu plus tard et une fois leur temps de travail écoulé, les individus pourraient effectuer les multiples activités qu'ils n'avaient pas eu le temps de faire jusqu'à là, ces activités pourraient être génératrices de millions d'emplois et de milliards d'euros de recettes économiques.

Afin de visualiser ce que cela peut représenter, une étude menée au Royaume-Uni en 2011 a estimé "*qu'après avoir imputé le coût des retraites, de l'aide sociale et des soins de santé aux contributions apportées par la société, les dépenses en matière de consommation et d'autres activités économiquement productives, les personnes âgées ont apporté une contribution nette à la société de près de 40 milliards de Livres (£) ; celle-ci passera à 77 milliards de £ en 2030*<sup>25</sup>".

Ce changement de structure sociale n'aura pas que des conséquences économiques, une fois que la personne a atteint un certain âge, en effet de tel changement permettrait une vie plus longue, plus riche et plus libre car au lieu d'être dépendant de carcans imposés par la biologie et par la

---

<sup>25</sup> [Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. Work Older People. 2011.](#)

société, nous pourrions forger nous mêmes notre propre parcours de vie en fonction de nos désirs de construction sociale<sup>26</sup>, mais la prise en considération sociale de ce paradigme ne pourra se construire sans une refonte du fonctionnement de nos systèmes de santé en intégrant plus seulement la vision négative du vieillissement mais en y incluant aussi celle du vieillissement en bonne santé. Cette nécessité impérieuse de repenser totalement notre système de prise en charge de l'allongement de la vie passe par la mise en place d'une politique innovante et de structures d'accueils des individus supportant cette ambition.

Afin de soutenir cet effort, l'OMS encourage les états à adopter une stratégie multi-axes:

-La nécessité de développer une offre de service en adéquation avec les besoins de chaque personne âgée:

L'OMS développe l'idée que l'offre de soin n'est peut être pas assez adaptée aux besoins des personnes âgées. Ici, l'organisation fait en substance, la critique d'une offre de soin trop axée sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, l'OMS réagit donc au fait que si la prise en charge des personnes âgées dépendantes est une nécessité, la création de services de soin prenant en compte les besoins des personnes âgées de manière globale dans l'unique but d'améliorer la prolongation de leur vie dans les meilleures conditions de vie possibles est un paramètre tout aussi important et ce en ayant toujours pour objectif de promouvoir le vieillissement en bonne santé et donc repousser la dépendance de l'individu.

A ce titre si rien n'est dit du financement de mesures liées à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, l'OMS prévoit en creux que l'augmentation de l'espérance de vie tout en étant associée au maintien des individus en bonne santé serait financée par un rééquilibrage des comptes, notamment dû à une part moindre des coûts engendrés par les individus dépendants<sup>27</sup>.

-La nécessité d'une création de "*systèmes de soin axés sur les capacités intrinsèques*":

Avec cette formulation alambiquée, l'OMS promet vertement la prise en compte de toutes les données relatives aux patients, il s'agit là d'un appel au développement d'une médecine personnalisée tournée vers le patient dont le mantra pourrait être "chaque patient est unique".

En effet, la prise en charge des patients (âgés ou non) reflète plus d'une application d'une offre de soin globale sans prendre forcément en compte toutes les particularités du patient, en prenant le contre-pied de cette prise en charge, nous rentrons dans l'ère de de la médecine personnalisée,

---

<sup>26</sup> Cela peut prendre la forme d'initiatives controversées: [Facebook et Apple vont aider leurs employées à congeler leurs ovules.](#)

<sup>27</sup> Didier Coeurnelle. "*Et si on arrêtait de vieillir*". Page 183-184, Edition fyp. 2013

cette médecine “à la carte” pourrait se traduire dans les faits par la collecte et l’analyse de données de santé issues de dispositifs médicaux connectés<sup>28</sup>, par une meilleure prise en compte des données issues de tiers (Cette dernière mesure a commencé à être prise en compte par l’État français grâce à la dernière loi de santé du 26 Janvier 2016<sup>29</sup>)

-La nécessité de former le personnel de santé:

La médecine moderne s’exerce d’une manière compartimentée que l’on pourrait qualifier de “silo”, c’est à dire que chaque personnel de santé possède sa propre formation spécialisée.

Afin d’appliquer la stratégie du “vieillissement en bonne santé”, il sera nécessaire pour les personnels médicaux de se former en gériatrie et en gériatrie, mais aussi dans l’utilisation des dispositifs médicaux connectés, dans l’analyse des données recueillies etc, nous passerons donc d’une médecine spécialisée à une médecine transversale et personnalisée<sup>30</sup>, il s’agira donc d’adapter les formations professionnelles, voir même de transformer les personnels de santé en “ingénieur du vivant<sup>31</sup>”.

Si ce triptyque stratégique initié par l’OMS risque de prendre du temps, il ne saurait être rendu possible sans la solide fondation que représente l’élaboration de système de santé de longue durée.

Ce système représente la clef-de-voûte du plan stratégique élaboré par l’OMS, il s’analyse comme la quasi-obligation pour un État au XXIème siècle de se doter d’un système de santé prenant en compte les soins de longue durée, par cela il s’agirait d’assurer le maintien à niveau des capacités fonctionnelles d’un individu en prenant en compte ses droits et libertés fondamentaux et sa dignité.

Afin d’établir un tel système, l’OMS réfléchit beaucoup à la qualité des soins apportés aux patients et à la formation des personnels de santé, mais il n’en demeure pas moins qu’à l’heure actuelle, cette volonté d’établir des systèmes de santé de longue durée paraît tenir plus de la déclaration d’intention que d’un véritable changement de cap imposé aux États afin de mieux prendre en charge le vieillissement de leur population, néanmoins les réflexions de l’OMS

---

<sup>28</sup> Pour un panorama juridique des données de santé, voir la note juridique “*Note juridique: Récolte de données personnelles de santé: Enjeux juridiques*” [disponible sur le Google Drive de l’AFT](#).

<sup>29</sup> Article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

<sup>30</sup> Voir le point “*la création de systèmes de soin axés sur les capacités intrinsèques*”.

<sup>31</sup> Formule de Laurent Alexandre. “*La Mort de la Mort.*” JC Lattès



peuvent nous intéresser, non pas dans ce qu'elles déclarent mais plutôt dans ce qu'elles ne déclarent pas:

En effet, si aucune définition précise de “*la longue durée*” n’est mentionnée dans le rapport (Tant au niveau du champ d’action que de sa définition même), l’OMS prend néanmoins cette notion de “*longue durée*” en considération, et c’est précisément cette dernière qui va faire écho à notre travail car il s’agira de démontrer que nos système de santé ne sont pas adaptés à la problématique de l’augmentation de la longévité, de (re)penser nos systèmes juridiques en intégrant cette dimension de longue durée et ce afin de dégager différentes pistes permettant l’élaboration d’un droit à la longévité.

### Un changement de paradigme entraînant nécessairement un changement d’appareil juridique

La réflexion autour d’un nouveau type de droit est toujours le théâtre de nombreuses passes d’armes entre les tenants d’un conservatisme juridique qui au nom de différentes valeurs (l’éthique, la morale, l’autonomie de l’individu...) souhaitent un statut quo sur la question, et les partisans du changement qui au nom de l’évolution sociale et des mentalités, souhaitent une modification substantielle du droit.

En ce point, l’étude de la possibilité pour l’individu de disposer d’un véritable droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé n’est pas différente de la possibilité de recourir à l’Interruption Volontaire de Grossesse<sup>32</sup>, du débat sur la légalisation du cannabis ou de la prostitution.

Il est à noter que si cette question est une question éminemment actuelle, elle ne saurait en rien constituer le droit positif<sup>33</sup> (tout du moins en France), il sera donc question de définir d’une manière synthétique et positive, le droit à la santé puis de faire un parallèle entre ce dernier et la création d’un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé, nous nous inscrirons donc dans une démarche de droit prospectif<sup>34</sup> car en la matière tout reste à inventer.

Mais avant d’entamer cette démarche prospective, il est nécessaire de définir ce que le Droit à la santé recoupe en droit européen et en droit français.

---

<sup>32</sup> Article L2212-1 du Code de la Santé publique français.

<sup>33</sup> Le droit positif définit le droit actuellement en vigueur dans un système légal.

<sup>34</sup> Droit qui pourrait être dans le futur.

## 1/ La notion de droit à la santé

Au delà du fait que la charte de l’OMS prévoit que le bénéfice d’une santé la meilleure possible s’analyse comme un droit fondamental et que la Déclaration universelle des droits de l’homme entretient le droit à la santé comme un droit accessible pour tout un chacun, quant est-il de son application factuelle?

Quid du droit européen ?

En terme textuel:

Lors de la signature du traité de Rome, le 25 mars 1957, la thématique de la santé était totalement absente (malgré le fait que comme nous allons le voir, elle était déjà présente dans certains textes nationaux), cette donnée sanitaire n’est intervenue qu’avec l’application en 1997 du traité d’Amsterdam, notamment via l’application de l’article 129 alinéa 1 du traité<sup>35</sup>, mais il résulte que l’application de cet article ne s’est effectuée qu’a minima.

C’est donc seulement après l’application du traité de Lisbonne en 2009 que l’Union Européenne aborde réellement la problématique sanitaire à travers l’article 152 du Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne, ce dernier énonce notamment que la santé est une compétence partagée entre l’Union et les pays membres.

Le traité de Lisbonne opère aussi un changement intéressant concernant la charte des droits fondamentaux édictée en 2000<sup>36</sup> en lui permettant d’obtenir une valeur juridiquement contraignante, cette dernière ayant pour but d’assurer une égalité de traitement et une égalité en terme d’application des droits entre tout les citoyens européens (dans l’application des notions de dignité, de liberté, de solidarité, de justice, de citoyenneté et d’égalité).

---

<sup>35</sup> “Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

*L’action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l’amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l’information et l’éducation en matière de santé...”*

<sup>36</sup> [Charte des droits fondamentaux de l’Union européenne](#)

Enfin, deux derniers textes importants dans la construction d'un droit à la santé au sein de l'Union Européenne: La Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers<sup>37</sup>, ce texte permet d'harmoniser les conditions de remboursement et de prise en charge des patients dans le cas de soins transfrontières.

Quant à la directive 2012/52/UE en date du 20 décembre 2012 sur les prescriptions médicales, elle a été l'initiatrice des prescriptions médicales européennes communes<sup>38</sup> (reprenant la Dénomination Commune Internationale).

#### En terme jurisprudentiel:

Peu de décisions sont susceptibles de nous intéresser de prime abord, mais il est toujours intéressant de noter que nous avons beaucoup de jurisprudences concernant la circulation des malades dont certaines tendent vers une harmonisation des droits des patients et donc vers une reconnaissance de chacun à disposer des mêmes soins à travers de l'Union<sup>39</sup>.

Quid du droit français ?

Le droit à la santé est doublement sanctuarisé en France:

- Premièrement, par l'article 11 du préambule de la Constitution du 27 Octobre 1946<sup>40</sup>, dont la valeur est constitutionnelle depuis le 16 juillet 1971 en vertu de l'entrée du préambule de 1946 dans le bloc de Constitutionnalité, grâce à la décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 "*Liberté d'association*".

---

<sup>37</sup> Transposé en droit français par une loi n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé.

<sup>38</sup> Directive d'exécution de la commission du 20 décembre 2012 2012/52/UE "*établissant des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre État membre*".

<sup>39</sup> Arrêt CJCE C-158/96 & Affaire C-120/95 – 28 avril 1998 Kohll/Decker, Arrêt Van Braeckel du 12 juillet 2001.

<sup>40</sup> "*La Constitution garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.*"

-Deuxièmement, par l'article L1110-1 du Code de la santé publique qui consacre le droit à la santé comme étant "*fondamental*"<sup>41</sup>.

En terme jurisprudentiel, peu d'arrêts consacrent un véritable droit à la santé fondamental et universel en France mais une myriade d'arrêts de la part des différentes Cours qui statuent sur des points de litige précis et en dégagent des notions de droit, c'est par exemple l'arrêt Tessier du 28 Janvier 1942 qui édicte le principe de la nécessité d'un consentement préalable du malade ou l'arrêt du Conseil d'État rendu le 24 juin 2014 qui a consacré un droit fondamental du patient de consentir à un traitement médical/à ne pas subir un traitement qui serait déraisonnable ou bien encore la décision du Conseil constitutionnel n° 74-54 DC du 15 janvier 1975<sup>42</sup>.

A l'heure où ces lignes sont écrites, le droit à la santé en France et en Europe s'analyse donc comme un droit fondamental pour chaque individu de disposer de la possibilité de se soigner<sup>43</sup>, le droit ne fait pas de ce système de soin, un droit subjectif pour tout un chacun de bénéficier d'un droit vital à la bonne santé, et c'est en cela que notre système doit être repensé car sans faire du droit à la bonne santé et à la longévité, un droit de créance à la charge de l'état, il est nécessaire d'adapter juridiquement notre système de soin au défi que représente l'augmentation de la longévité.

En l'état actuel des choses, il serait effectivement difficile de regarder le droit à la santé comme étant un droit de créance pour tous, cette difficulté réside dans le fait que juridiquement mais surtout techniquement, il n'est pas possible de garantir pour tous, à tout instant et en tout lieu l'application d'un droit de créance à la santé qui mettrait à la charge d'un état, l'obligation de

---

<sup>41</sup> "*Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.*"

<sup>42</sup> Examen par le Conseil de la loi Veil de 1974.

<sup>43</sup> Ce qui est déjà une bonne chose quand on voit l'état du système de santé américain...Même un milliardaire peut se retrouver déboussolé face à leur système de soin... [Late Apple CEO Steve Jobs felt the healthcare system needed a complete technological overhaul](#) et [The U.S. Health System in Perspective: A Comparison of Twelve Industrialized Nations](#)

Quant au droit fondamental à la santé il est quasiment inexistant en tant que droit propre malgré l'adoption de nombreuses lois : [Social Security Act](#), [Health Care and Education Reconciliation Act of 2010](#)...

satisfaire sa créance mais toujours est-il qu'il est possible d'envisager des aménagements sur les bases de ce droit à la santé.

Le droit à la santé vu par le prisme français et européen est en effet une bonne base pour la création d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé car de nombreuses bases sont déjà posées:

Même si la rédaction paraît démodée, le préambule de la constitution de 1946 pose comme principe d'assurer la santé pour "*l'enfant, à la mère et les vieux travailleurs*", ce principe constitutionnel balaye alors tout le spectre social pour lui permettre d'atteindre toutes les strates de la population.

L'article L1110-1 du Code de la santé publique déclare que "*Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne...*"

Enfin le traité de Lisbonne met à la charge des États, l'obligation de faire respecter certains principes<sup>44</sup>.

Or comme nous l'avons vu dans nos développements précédents, si l'individu âgé affligé d'une certaine dépendance peut se voir proposer des options qui lui permettront de continuer à vivre mais dans la dépendance (Tutelle, curatelle, placement en maison de repos, soins médicaux etc), peu d'options existent pour les individus en bonne santé mais "simplement" âgé, nous nous retrouvons donc face aux constatations de l'OMS sur la nécessité de changer de paradigme<sup>45</sup>.

## 2/ Première clef de réflexion: La notion de dignité

Au delà des déclarations textuelles françaises, plusieurs propositions notamment issues de la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne peuvent attirer notre attention afin d'esquisser une naissance d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé:

Il s'agit tout d'abord du principe de dignité, principe d'une extrême importance pour tout texte s'intéressant aux droits de l'Homme, la dignité fait partie du préambule de la charte de

---

<sup>44</sup> Divisés en 6 thèmes et énoncés plus haut.

<sup>45</sup> Voir le point "*L'allongement de la longévité ou une nouvelle étape de la vie.*"

l'ONU de 1945 ainsi que de l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948<sup>46</sup>.

Au niveau européen c'est l'article premier de la charte qui l'énonce: *“La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée.”*

Le concept de dignité se retrouve aussi en droit français notamment à l'article 16 du Code Civil qui le considère comme une prérogative relevant de l'ordre public<sup>47</sup>, quant à l'article L1110-2 du Code de la Sécurité Publique<sup>48</sup>, il consacre l'application du principe à la personne spécifiquement malade. Malgré l'importance textuelle c'est la bien l'application de la jurisprudence qui va véritablement faire naître le débat autour de la notion même de dignité.

Ce débat commence par une décision du Conseil Constitutionnel du 27 juillet 1994<sup>49</sup> qui voit l'élévation au rang d'objectif à valeur constitutionnelle<sup>50</sup> du concept de dignité. Le climax de ce débat va être dû au célèbre et très commenté arrêt du Conseil d'État du 27 octobre 1995, dite l'affaire de « *lancer de nains de Morsang-sur-Orge* » qui a élevé le concept de dignité humaine en tant que composante de l'ordre public et qui a eu pour conséquences, l'interdiction de la tenue d'un spectacle de lancer de nains au motif que ce lancer de nains entraînait une perte de la dignité de la personne et était de nature à troubler l'ordre public.

Le concept de dignité est régulièrement utilisé en droit français l'affaire du lancer de nain a été l'occasion de faire naître un débat autour de cette notion, débat qui à son tour nourrira le notre.

La définition de la dignité peut être fluctuante en fonction des affaires traitées et des valeurs protégées par la société à une époque donnée, par exemple, le curseur de la dignité n'est pas le même dans l'affaire du “*lancer de nain*” que dans celle des “*pratiques sadomasochistes*<sup>51</sup>” mais toujours est-il que la doctrine a su dégager au fil des affaires et des commentaires, une sorte de consensus: Il s'agira de ne pas heurter un individu ou groupe d'individus dans leurs identité profonde et dans la conception même de leurs droits, or nous allons voir que ce consensus est au centre d'une identité duale de la dignité, ce qui n'est pas pour amener de la simplicité dans l'application de ce concept.

---

<sup>46</sup> [Préambule de la Charte des Nations Unies du 26 juin 1945, Article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme](#)

<sup>47</sup> Article 16-9 du Code Civil.

<sup>48</sup> “*La personne malade a droit au respect de sa dignité*”.

<sup>49</sup> Décision n° 94-343/344 DC .

<sup>50</sup> Principe constitutionnel entrant dans le bloc de Constitutionnalité.

<sup>51</sup> Arrêt 17 Février 2005, K.A. C/ Belgique.

D'une part, la dignité serait due à toute personne humaine, protégée par l'État et intrinsèque à l'individu personne physique, elle serait donc vue comme un objectif universel, mais d'autre part, elle pourrait être revendiquée de manière individualiste par l'individu. Cette vision individualiste pourrait fonder un moyen de défense ou d'argumentation lors d'une action juridique d'un individu revendiquant la reconnaissance de sa propre dignité, c'est d'ailleurs ce qui s'est passé lors de l'affaire de Morsang-sur-Orge.

Les deux parties revendiquaient la notion de dignité dans leur argumentaire. Du côté de la Mairie on revendiquait l'interdiction du spectacle du lancer de nain au motif que celui-ci était dégradant pour la personne lancée car le spectacle était basé sur le fait que la personne naine était lancée dans le seul but d'amuser les spectateurs et d'apporter un gain pécuniaire à son exploitant, le tout au détriment de l'image de la personne lancée.

Du côté de l'exploitant du spectacle mais surtout du côté de la personne lancée, on revendiquait aussi l'exploitation de ce spectacle sous l'angle de la dignité car celui-ci permettait à la personne lancée d'avoir un revenu correct lui permettant d'exercer un métier et d'en vivre dignement, ce qui compte tenu de ses aptitudes et des potentielles (mais illégales) discriminations à l'encontre des personnes atteintes de nanisme, pouvait constituer un critère d'établissement de la dignité.

Le Conseil d'État a donc été obligé de trancher sur cette question et à reconnu l'interdiction du spectacle basée sur l'atteinte à la dignité humaine comme valide<sup>52</sup>.

Nous avons donc là une décision de la plus haute juridiction administrative française qui consacre le principe de la dignité humaine mais d'une manière collective revendiquant un droit pour chaque être humain d'avoir sa dignité assurée même contre son gré. Cet arrêt du Conseil d'État a été vivement commenté et critiqué car de nombreux auteurs s'insurgeaient contre une confiscation de la notion de dignité par l'État, nous y ajouterons trois remarques.

Première remarque, le concept de dignité reste un concept, aucune définition précise n'est donnée, aucun motif de restrictions n'est adopté, aucun élément n'est défini, le Conseil d'État

---

<sup>52</sup> *“Considérant que, pour annuler l'arrêté du 25 octobre 1991 du maire de Morsang-sur-Orge interdisant le spectacle de "lancer de nains" prévu le même jour dans une discothèque de la ville, le tribunal administratif de Versailles s'est fondé sur le fait qu'à supposer même que le spectacle ait porté atteinte à la dignité de la personne humaine, son interdiction ne pouvait être légalement prononcée en l'absence de circonstances locales particulières ; qu'il résulte de ce qui précède qu'un tel motif est erroné en droit...”*

*Considérant que le respect du principe de la liberté du travail et de celui de la liberté du commerce et de l'industrie ne fait pas obstacle à ce que l'autorité investie du pouvoir de police municipale interdise une activité même licite si une telle mesure est seule de nature à prévenir ou faire cesser un trouble à l'ordre public ; que tel est le cas en l'espèce, eu égard à la nature de l'attraction en cause”.*

nous indique seulement “*qu’un lancer un nain par des spectateurs conduit à utiliser comme un projectile une personne affectée d’un handicap physique et présentée comme telle ; que, par son objet même, une telle attraction porte atteinte à la dignité de la personne humaine*”. Point de définition à l’horizon.

Seconde remarque: Point de limitations, or le propre du droit et de poser des barrières afin que chacun puisse vivre dans un contexte de paix sociale.

Sur la base de cet arrêt, des mesures extrêmement liberticides pourraient être prises: La dignité s’interprètent au gré des normes sociales<sup>53</sup>, or rien n’empêche que dans une société future, nous puissions interdire la pornographie, la vente d’alcool ou bien encore les aliments gras susceptibles d’atteindre la dignité de la personne malgré le fait que l’on puisse argumenter que ces activités relèvent de la liberté individuelle (plus ou moins qu’un lancer de nain?).

Dernière remarque: En reconnaissant une suprématie de la dignité étatique, cet arrêt tue le débat sans apporter, comme nous l’avons vu, de définition or l’apport de multiples définitions est précisément l’un des principaux intérêts de la vision individualiste de la notion de dignité.

En effet, nous pouvons nous interroger sur le fait que le Conseil a décidé de ne pas prendre en compte comment l’individu définissait le concept de dignité alors que justement c’est cette vision de la dignité qui va guider ses choix de vie. Vivre dans la dignité ne va pas s’analyser de la même façon que l’on ait en face de soi, un individu atteint de nanisme, un individu pratiquant de manière rigoureuse sa religion ou un individu travaillant dans l’industrie du sexe. Or le Conseil d’État applique pour tous la même vision légale de la société... sans en définir le moindre motif, cela revient donc à prendre la personne par la main et à la traiter comme un individu dont la faible capacité de jugement ne lui permettrait pas d’effectuer un choix éclairé.

En définitive le Conseil choisit l’absence de critères à la pluralité de critères.

En allant encore plus loin dans la réflexion et en reprenant une conception collective comme le fait le Conseil d’État, nous pourrions remettre en cause la compatibilité du concept de dignité et du contrat de travail sur la base de sa définition: “ *Le contrat de travail est convention par laquelle une personne physique s'engage à mettre son activité à la disposition d'une autre personne, physique ou morale, sous la subordination de laquelle elle se place, moyennant une rémunération*<sup>54</sup>”

---

<sup>53</sup> Nous pouvons légitimement penser que des pratiques tels que l’esclavage ou le droit de cuissage n’étaient pas des pratiques contraires à la dignité de l’époque, elles le sont maintenant.

<sup>54</sup> J. Pelissier. A. Supiot, A. Jeammaud. *Droit du travail*. Dalloz. 2004.22e édition.



Est ce que la dignité est compatible avec le fait de “*s’engager à mettre son activité à la disposition d’une autre personne sous la subordination de laquelle elle se place, moyennant une rémunération*” ? Là encore, il y a matière à débat.

Cet exemple en est un parmi tant d’autres mais nous voyons bien ce concept de dignité, tant dans sa version collective que individualiste peut créer de multiples interrogations et failles juridiques, nous allons donc travailler à rattacher ce concept au droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé.

Sur le seul fondement du critère de dignité et dans le cadre d’une réflexion sur le droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé, nous pourrions analyser le sujet non pas d’une manière collective ou individualiste mais à travers le prisme des deux identités de la dignité.

En effet, la conception collective de la dignité défend le fait qu’un individu ne doit pas être heurté dans son identité profonde tandis qu’une analyse individualiste permet à l’individu de constituer sa propre dignité au gré de ses convictions et de son mode de vie, le droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé pourrait permettre de réunir ces deux visions en offrant un choix à l’individu.

L’application d’un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé permettrait, d’une manière collective de protéger l’individu contre l’indignité que procure les dégénérescences que peut infliger le vieillissement du corps en lui permettant de souscrire à des programmes de prise en charge des soins lui permettant de vivre son vieillissement dans les meilleures conditions possibles (ceux-ci restent encore à inventer) et d’une manière individualiste, le développement d’un tel droit permettrait la possibilité pour les individus de choisir comment vivre leur vieillissement.

Mais la grande crainte concernant cette argumentation se base sur la jurisprudence Morsang-sur-Orge. En effet, au vue de cette jurisprudence, comment ne pas penser que l’État pourrait obliger les citoyens à recourir à de tels soins et ce même contre leur gré, occultant totalement la vision individualiste.

En revanche, le fait que les États n’assurent pas une application concrète du concept de dignité pourtant mis en exergue par les textes européens constitue une argumentation tangible.

En effet, les États européens sont tenus de mettre en application les textes européens, la charte des droits fondamentaux possède une vertu contraignante depuis le traité de Lisbonne, ce qui signifie qu’un État qui ne respecte pas ses obligations pourraient se voir sanctionner.

Malgré le fait que la dignité soit un concept dont aucun contour n’est tracé précisément excepté celui de l’atteinte dans son identité profonde, il est par essence de considérer que la perte de ses

facultés intellectuelles et physiques ou que la perte de ses repères temporeux et sociaux sont contraires à la notion de dignité et plus spécifiquement contraire à l'article L1110-2 du code de la Santé publique qui prévoit le respect de la dignité du malade. En effet, qui peut prétendre que les conséquences de maladies tels que celles d'Alzheimer ou de Parkinson sont compatibles avec la protection de l'identité profonde de l'individu ?

La réponse est personne car ces maladies sont de facto contraires à toute dignité humaine or même si des soins en faveur de la lutte contre ces maladies existent, les initiatives afin de les éviter sont extrêmement peu nombreuses, cette faible représentation est en partie due à l'absence de politiques de prévention forte, or la création de ces politiques ne peut être initiée que par les pouvoirs publics ayant au préalable instauré un véritable droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé.

Nous pouvons donc affirmer que l'application d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé est compatible avec le concept même de dignité mais qu'avant que les États ne théorisent ce droit, il est vital de circonscrire de manière précise ce qui est l'une des pierres angulaires de ce futur droit: Il est de nature impérieuse qu'à travers l'Assemblée Générale de l'ONU, le Conseil de l'Europe ou même dans le domaine de la santé, à travers l'OMS, que les législateurs européens et mondiaux explicitent et précisent la notion de dignité sans quoi les États pourront à leur guise adapter plus ou moins librement cette notion, qui comme nous l'avons vu, est soumise à bon nombre de paramètres et de fluctuations.

En revanche une analyse a fortiori nous permet de dégager que si malgré le fait que le concept de dignité ne soit pas (encore) défini d'une manière précise, le simple fait de ne pas appliquer de véritables politiques de prévention concernant le vieillissement et ne pas encadrer le droit à la longévité et au vieillissement est contraire à l'esprit que l'on peut se faire de la dignité au regard des textes internationaux et européens. Donc a fortiori, si une définition plus précise du concept de dignité devait voir le jour, les Etats ne mettant pas en place un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé violeraient le droit issu d'une telle précision de la notion de dignité.

### 3/ Deuxième clef de réflexion: La notion d'intégrité physique et mentale

Autre droit important quand on invoque un possible droit à la longévité, celui de l'intégrité physique et mentale de l'individu. Si la protection de l'intégrité physique ou mentale d'un individu peut découler de nombre de textes, voir même du concept de dignité lui même,

cette protection est inscrite dans le Code Civil français aux articles 16-3 et 16-4<sup>55</sup> qui s'intéressent plus particulièrement à énoncer une interdiction d'atteinte à l'intégrité de l'Homme.

Ce droit est aussi mentionné en l'état dans la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 à son article 3: *“Toute personne a droit à son intégrité physique et mentale...”*. Si la lettre de l'article entend prévenir l'atteinte à l'intégrité physique et mentale à la suite de violence, de mauvais traitements ou de pressions exercées sur l'individu en vue de pratiquer certaines expérimentations sur son corps<sup>56</sup>, cette notion d'intégrité physique et mentale peut être regardée à la lumière du XXIème siècle.

Si nous nous éloignons du contexte dans lequel cette déclaration a été rédigée (nous sommes en 1948) et que nous réinterprétons cette notion de droit à l'intégrité physique et mentale, nous pouvons en conclure que l'individu a le droit à son intégrité physique et mentale, mais aussi et surtout au maintien de cette dernière.

Partant du principe que l'individu a le droit au maintien de l'intégrité physique et mentale, cela veut donc dire que la société n'a pas seulement la charge de prévenir les atteintes potentielles en matière d'intégrité physique et mentale mais qu'elle peut avoir le devoir de maintenir dans la durée cette intégrité, ici le maintien de l'intégrité ne s'analyse pas comme une esquivance d'une atteinte mais bien comme le fait pour l'individu de jouir en toute quiétude médicale de ses capacités, ces dernières devant être maintenues dans les meilleures conditions possibles par l'État.

---

<sup>55</sup> Article 16-3: *“Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.”*

Article 16-4 : *“Nul ne peut porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine.*

*Toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite. Est interdite toute intervention ayant pour but de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée. Sans préjudice des recherches tendant à la prévention et au traitement des maladies génétiques, aucune transformation ne peut être apportée aux caractères génétiques dans le but de modifier la descendance de la personne.”*

<sup>56</sup> Ces dernières sont expressément prévues, notamment avec l'interdiction de pratique eugénique, mais au vu du contexte de 1948, le texte doit être réinterprété à la faveur des mœurs actuelles.

Sur ce point, une solution favorisant l'émergence d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé consisterait plus que dans l'élaboration d'un nouveau droit subjectif, en une réinterprétation de la déclaration des droits de l'Homme de 1948 en se basant sur une donnée:

L'État malgré le fait qu'il n'est pas redevable d'un droit de créance, doit assurer le maintien de l'intégrité physique et mentale d'un individu sur le long terme et ce par tout les moyens qu'il possède (technologiques, économiques, universitaires...) tout comme il doit assurer la sécurité, la santé ou pourvoir à une éducation de qualité. Cette prise en compte d'un déploiement de moyen considérable pour maintenir l'intégrité physique et mentale de la personne pourrait être intégrée à la grande politique que semble dessiner l'OMS sur le sujet du vieillissement, une réinterprétation de ces droits pourrait servir de base à l'élaboration d'une grande politique en faveur d'un droit à la longévité tel que le veut l'OMS.

En revanche, il nous faut éliminer la possibilité de la création d'une sorte de créance issue d'un droit subjectif de la part de l'État vis à vis des individus car cette idée est tentante mais elle n'en serait pas moins réalisable, car non content de pouvoir s'appliquer à un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé, cette créance subjective d'un maintien de l'intégrité physique et mentale devrait s'appliquer à toute sorte d'atteinte: Meurtre, viol, abus de faiblesses etc. Dans toutes ces catégories de préjudices, l'État pourrait être responsable de n'avoir pas pu empêcher une atteinte à l'intégrité d'un individu, une telle vision ne saurait être réalisable car rendrait de facto l'État totalement inopérant.

#### 4/ Troisième clef de réflexion: La notion de longue durée

Comme nous l'avons vu, il sera nécessaire de repenser (d'une manière ou d'une autre) l'organisation de notre société et de notre droit afin d'intégrer correctement la problématique de l'allongement de la durée de la vie et de sa protection car comme tout avantage, celui-ci nécessitera pour son maintien, des mesures de protections, or malgré l'état d'avancement de nos sociétés, cette donnée n'a pas encore été intégrée par les différents gouvernements.

L'Organisation Mondiale de la Santé table sur une prise de conscience rapide de la part des États afin d'intégrer les données du vieillissement de la population et du grand âge à leur politique générale car le terme de "*longue durée*" fait référence aux soins qui peuvent durer un certain temps mais aussi fait référence à la mise en place de cette politique, en effet nous sommes ici dans une vision sociétale à long terme.

Comme mentionné dans le paragraphe précédant, l'importance d'une politique de santé dite de "*longue durée*" paraît inévitable selon l'OMS.

Si l’OMS reconnaît que ces systèmes de soins longue durée seraient bénéfiques pour les personnes âgées dépendantes, elle insiste sur le fait que l’adaptation des structures pour l’application de soins de longue durée serait bénéfique à l’ensemble de la population car une telle application assurerait la qualité des soins sur une longue durée notamment grâce à l’optimisation des capacités fonctionnelles de la personne dans le but de conserver et d’augmenter le plus possible l’autonomie de ladite personne.

Cette notion d’autonomie est vitale dans la prise en compte des droits de l’individu devenu âgé car cette notion est directement affiliée selon l’OMS à la capacité de faire ce que la personne souhaite en adéquation avec son âge, son parcours de vie et ses désirs, or cette politique de soin ne peut se faire sans un cadre légal adapté.

Un cadre légal adapté sous entend une prise de conscience politique du droit au vieillissement et à la longévité. Quand nous regardons les dernières grandes lois de santé, que ce soit en France avec la loi du 28 décembre 2015<sup>57</sup> ou bien le Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 aux Etats-Unis, aucune grande loi ne prend en compte l’importance du développement d’une offre de soin adaptée à la longue durée, tout au plus, nous nous contentons comme toujours, d’entretenir la personne dépendante dans sa dépendance tout en lui offrant sous certaines conditions, des portes de sortie à minima<sup>58</sup>.

Les reproches en substance de l’OMS sont des reproches que nous pourrions formuler à l’encontre de nos dirigeants politiques car l’OMS reprochent une vision court-termiste de la santé en n’envisageant que très peu l’angle de l’augmentation de la longévité humaine (nous allons retrouver ce reproche tout au long de cette analyse juridique).

En matière de droit et de vieillissement, une vision court-termiste ne peut être une réponse acceptable, il arrivera un moment où les gouvernements et les législateurs seront soit mis au pied du mur par une situation explosive ou totalement inégalitaire, soit mis au pied du mur par les organisations telle que l’ONU ou l’OMS, les enjoignant de prendre des mesures concrètes afin d’apporter une réponse pour tous.

---

<sup>57</sup> Que nous allons étudier ultérieurement: Chapitre II: *La prise compte a minima de l'adaptation de la société au vieillissement: L'exemple de la loi du 28 décembre 2015.*

<sup>58</sup> [Nouvelle version des directives anticipées délivrées consacrées par la loi: Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique.](#)

Afin d'éviter un tel schéma, il est nécessaire de réfléchir dès maintenant à un cadre légal et acceptable afin que les personnes âgées puissent faire valoir leurs droits car cette problématique concernera à terme toute la population mondiale. On voit donc mal comment des États pourraient s'affranchir de légiférer sur une problématique qui concernera (dans un intervalle différent) l'ensemble de l'humanité, il semble donc nécessaire de procéder à des choix quant à l'avenir de nos sociétés.

#### 5/ Quatrième clef de réflexion: La nécessité de penser notre prochain choix de société

En matière de droit et de longévité, il va être nécessaire d'effectuer des choix de société. Le développement dans le paragraphe précédant de l'application duale du concept de dignité, de manière collective ou de manière individualiste n'est pas anodin, si il est un argument dans la mise en place d'un droit à la longévité, il est aussi l'illustration d'un choix de société.

Grâce aux différentes jurisprudences, une partie de la doctrine a consacré le principe découlant des textes nationaux et internationaux, qu'il y aurait une dignité humaine universelle qui oblige à ne pas blesser l'individu dans son identité profonde y compris quand c'est l'individu lui-même qui consens à cette perte de dignité. Voilà donc la consécration de la notion de dignité dans son application universelle et d'ordre public et une consécration de la vision collective de la société liée à l'application d'un ordre public absolu.

Concernant les choix qui se présentent à nous, nous avons donc deux visions de la société qui s'affronte, une vision collective et interventionniste où l'État protège les individus via l'instauration de l'État-providence quitte à verser dans un certain paternalisme, et une vision plus personnelle et individualiste<sup>59</sup> où l'individu est protégé à minima par l'État-providence mais où il vit avec moins de restrictions dans son mode de vie, cela pourrait être la qualification juridique du mantra californien "*Vivre et laissez vivre*".

Heureusement ou malheureusement, c'est la première vision qui a été consacré par les jurisprudences européennes et françaises.

---

<sup>59</sup> Dans son sens philosophique et politique.

Partant de cette analyse, il ne faut pas perdre de vue qu'à l'image des peuples, les législateurs et les gouvernements sont en général conservateurs quand il s'agit de nouvelles technologies<sup>60</sup>, il serait contre-productif de proposer d'emblée une vision individualiste pour le choix d'une société prônant la longévité.

Dans l'optique d'une meilleure protection de la longévité nous aurions deux options: Celle représentée par la vision collective, c'est à dire la mise en place sur le long terme de politique favorisant un droit à la longévité pour chaque citoyen découlant du droit à la santé et celle représentée par un affranchissement limité de la tutelle étatique<sup>61</sup> des citoyens, prenant en charge eux même leur destin afin de vivre en bonne santé le plus longtemps possible comme certains évoquent la possibilité de se prostituer ou de recourir à des spectacles de lancer de nain afin de subvenir à leur besoin.

Si à mon sens, une libéralisation et une légalisation contrôlées des moyens d'augmenter sa longévité<sup>62</sup> pourraient être bénéfiques pour l'ensemble de la société à long terme, une telle vision individualiste des choses me semble plus qu'irréalisable à l'heure actuelle et ce, à cause de deux facteurs principaux:

-La vision sociale de la question du vieillissement:

Comme nous l'avons vu malgré le fait que l'augmentation de la durée de la vie bénéficie à tous, le regard de l'ensemble de la population envers les questions relatives au grand âge est négatif, une légalisation d'une vision individualiste d'un droit à la longévité n'entraînerait que plus de méfiance de la part des citoyens notamment vis à vis de l'égalité de tels mesures surtout quand on prend en compte le climat de disparité sociale et salariale.

-La difficile adéquation entre la liberté individuelle et certains textes:

---

<sup>60</sup> Il suffit de voir comment les législateurs ont traité et traite encore l'insertion des nouvelles technologies dans le droit pour s'apercevoir que l'innovation législative et l'anticipation technologique ne sont pas leurs points forts (législation sur les réseaux P2P, sur les véhicules autonomes, sur les cellules souches, création de la HADOPI etc)

<sup>61</sup> L'État ne peut pas décemment accepter l'affranchissement libertaire de chaque individu.

<sup>62</sup> Il n'est pas question ici de se prononcer sur l'aspect médical et scientifique des avancées technologiques permettant l'amélioration de la prise en charge du vieillissement mais uniquement de son anticipation juridique.

Les textes légaux gouvernant les principes de nombreux pays ne sont tout simplement pas en adéquation avec une telle possibilité.

En France, ce sont d'abord les articles 16-1<sup>63</sup> et suivants du Code Civil qui proscrivent toute initiative personnelle qui ne soit pas encadrée par le droit dans le domaine de la disposition et de la modification de son corps, ces dispositions sont reprises telles quelles dans le Code de la Santé Publique.

Sur les questions de propriété intellectuelle, à travers le prisme de la brevetabilité du vivant d'origine humaine, le législateur français est très clair sur le sujet et suit les préceptes de l'article 16 et suivants évoqués ci-dessus ainsi que les mentions de la directive européenne 98/44/CE sur les inventions biotechnologiques, l'article L611-18 du Code de la propriété intellectuelle n'admet pas que le corps humain y compris le séquençage de ses gènes puissent faire l'objet d'un brevet. Le législateur français précise alors que *“Seule une invention constituant l'application technique d'une fonction d'un élément du corps humain peut être protégée par brevet. Cette protection ne couvre l'élément du corps humain que dans la mesure nécessaire à la réalisation et à l'exploitation de cette application particulière. Celle-ci doit être concrètement et précisément exposée dans la demande de brevet.”*

Il est donc question de brevetabilité uniquement lors du cas d'une invention pour répondre à une reproduction technique d'un élément du corps humain (une prothèse par exemple qui imite le fonctionnement d'un organe humain), mais à cela s'ajoute des exclusions de brevetabilité:

*“Ne sont notamment pas brevetables :*

- a. *Les procédés de clonage des êtres humains ;*
- b. *Les procédés de modification de l'identité génétique de l'être humain ;*
- c. *Les utilisations d'embryons humains à des fins industrielles ou commerciales ;*
- d. *Les séquences totales ou partielles d'un gène prises en tant que telles.”*

Comme il n'est pas question d'entrer dans les détails techniques et scientifiques pour savoir quelles procédures (illégales en France ou non) seraient à même de favoriser la longévité, nous nous bornerons à dire que si des techniques devaient être mise au point sur la base de procédés

---

<sup>63</sup> Article 16-1 à 16-4 du Code Civil français.



contraires aux articles 16 et suivants du Code Civil ainsi qu'à l'article L611-8 du CPI<sup>64</sup>, il faudrait d'abord modifier en profondeur les articles ci-dessus, tout en sachant que ces articles sont issus de longues réflexions juridiques et éthiques et par conséquent, il ne me semble pas qu'un revirement juridique sur ces questions soit à l'ordre du jour à court terme.

Mais attention ce qui est vrai en France n'est pas vrai partout, par exemple, aux États-Unis, certaines lignées cellulaires ont été brevetées, effectivement certains brevets ont été attribués alors qu'ils concernaient certaines lignées cellulaires dans la lutte contre l'hémophilie. Dans un autre registre, L'autorité de sécurité sanitaire américaine la Food and Drug Administration, a autorisé l'implantation de puce RFID sous la peau à des fins médicales.

Il est à noter dans ce domaine que les Etats-Unis ne font pas forcément preuve d'un libéralisme à outrance, pour preuve cette décision de la Cour Suprême des Etats-unis qui a prononcé l'interdiction de la brevetabilité de l'ADN humain<sup>65</sup>.

En Europe, en terme de droit de la brevetabilité c'est la Directive 98/44/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 juillet 1998 relative à la protection juridique des inventions biotechnologiques qui s'applique, en ce qui concerne la brevetabilité de l'humain, le cheminement de pensée juridique reste le même que celui du législateur français.

Par exemple un arrêt de la CJUE du 18 octobre 2011 a écarté un brevet portant sur des cellules obtenues à partir de cellules souches embryonnaires humaines, nous voyons bien que certaines résistances juridiques existent sur ces sujets sensibles.

En terme plus général, la charte des droits fondamentaux encadre elle aussi certaines pratiques qui pourraient relever d'une vision individualiste et libérale d'un droit à la longévité, c'est en effet le même article 3 qui prescrit le droit à l'intégrité physique et mentale qui est visé afin d'interdire certaines pratiques telles que l'eugénisme, le clonage reproductif ou l'interdiction de faire du corps humain ou de ses parties, une source de profit.

Pour conclure ce chapitre, au regard de la mentalité entourant le développement du vieillissement (le fameux paradigme), du conservatisme certain des législateurs face aux nouvelles technologies et de l'impossible cohabitation entre les législations actuelles et l'instauration d'un droit à la longévité véhiculé par une vision libérale et individualiste, celle-ci ne pourrait constituer un choix juridiquement viable (bien que potentiellement prometteuse).

---

<sup>64</sup> L611-18: "*Le corps humain, aux différents stades de sa constitution et de son développement, ainsi que la simple découverte d'un de ses éléments, y compris la séquence totale ou partielle d'un gène, ne peuvent constituer des inventions brevetables...*"

<sup>65</sup> Association for Molecular Pathology VS Myriad Genetics. June 13. 2013

En revanche, l'instauration d'un véritable droit collectif à la santé, au vieillissement en bonne santé et à la longévité basé sur: ...

-Une vision uniforme de la notion de dignité et une application de celle-ci par les États.

-Un droit au maintien de l'intégrité physique et mentale par le biais de tout moyen jugé nécessaire à l'image des moyens mis en oeuvre pour assurer la sécurité et la stabilité.

-L'établissement de politiques de santé prenant en compte la notion de longue durée et basée sur une vision collective des choix sociaux et non individualiste.

-Une législation harmonisée et modernisée, au moins en terme européen sur les différentes possibilités de brevetabilité du corps humain<sup>66</sup>.

... semble être non seulement une option viable mais elle apparait in fine comme obligatoire si nos sociétés veulent continuer à prospérer.

Néanmoins la viabilité des possibilités juridiques nous incite à être optimistes, afin de mettre sur pied un droit à la longévité complet, il sera non seulement nécessaire de prendre en considération les hypothèses évoquées jusque là mais aussi d'adapter notre système légal actuel.

---

<sup>66</sup> Bien que très intéressant, ce point ne peut être traité ici car cela s'éloignerait du sujet, mais vous pourrez consulter mon mémoire d'ici le mois de septembre qui traitera en partie du sujet.

## Chapitre II/ La nécessité d'adapter les outils juridiques existants

Comme nous l'avons vu tout au long du premier chapitre, le droit à la longévité devra s'appuyer sur un prolongement de la pensée juridique qui encadre le droit général à la santé et sur une réinterprétation des textes en vigueur à la lumière des avancées scientifiques, technologiques et sociales.

Si un nombre important de textes promeut le droit à la santé et l'érige comme le droit de tout un chacun de se faire soigner, voire comme un droit fondamental de l'homme, la théorie juridique est en règle générale assez éloignée de la pratique.

Cette différence de traitement engendre des écarts drastiques entre ce qui est écrit par les législateurs ou les institutions gouvernementales et la réalité du terrain, bien-entendu ces écarts concernent tout autant voir plus le droit des personnes âgées.

En effet la prise en compte du vieillissement par le droit se fait principalement par l'ornière de la protection contre la dépendance<sup>67</sup> et par la lutte contre les discriminations<sup>68</sup> or pour embrasser une vision complète de la problématique, il faut prendre en compte cette protection mais aussi l'instauration d'un véritable droit des personnes à vivre le plus longtemps possible et de la meilleure des manières qu'il soit.

Hélas, milles fois hélas pour les législateurs du monde entier, le droit à vivre son vieillissement en bonne santé est une problématique qui est entrée dans la vie courante et de facto dans la vie juridique de chaque État<sup>69</sup>, le consensus légal sur le sujet ne répond que partiellement à cette problématique.

À une époque où la prise en charge du vieillissement va se révéler être un des défis majeurs des siècles avenir, il sera plus que nécessaire de faire évoluer notre droit positif avec toujours pour fil rouge, la prise en compte du nouveau paradigme de l'OMS, nous allons donc nous attacher à regarder quelles peuvent être les améliorations à apporter au droit français afin d'amorcer une prise en compte des conclusions de l'OMS.

---

<sup>67</sup> Voir "*L'allongement de la longévité ou une nouvelle étape de la vie.*"

<sup>68</sup> Voir "*La Lutte contre les discriminations*"

<sup>69</sup> Le nombre d'État touché par ce "problème" va aller crescendo au fur et à mesure de l'évolution sociale des pays.

## La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Afin de commencer l'étude de l'aménagement des droits des personnes âgées en France, il nous faut nous pencher sur une expérience associant le gouvernement et la Fédération Nationale de Gériatrie.

La première mouture de cette charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante date de 1987, une nouvelle version est apparue en 2007<sup>70</sup> avec pour principal objectif de prendre en compte le handicap.

Cette initiative louable avait pour but de faire connaître les droits de la personne âgée dépendante au moment de son hospitalisation dans les établissements de santé, d'abord en s'adressant aux établissements publics puis aux établissements privés.

Cette charte est alors intégrée dans le fonctionnement de nombreux établissements de soin (CHU de Lyon, CHU de Nice, d'Angers...) mais malheureusement malgré une reprise par ces derniers, ce texte se base sur le "*paradigme dépassé*" qui veut que le vieillissement est de nature qu'à entraîner l'affaiblissement de la personne, partant de cette vision incomplète de la situation, cette charte est affublée de plusieurs lacunes :

- De part sa nature, cette charte n'est qu'un texte à visée symbolique et non obligatoire, elle se destine à être un outil de réflexion pour les professionnels de santé.
- De part sa taille (une page format A4) et de part la rédaction de ses 14 articles, cette charte tient plus de la promesse d'intention que d'une véritable feuille de route.
- Elle ne s'adresse qu'aux personnes dépendantes ou handicapées. Aucune mesure en faveur d'un vieillissement en bonne santé (Même dans la version de 2007).
- Elle formule des droits pour les personnes âgées qui sont certes importants et dont leur application est fondamentale mais qui au vu de la réalité du terrain<sup>71</sup>, l'application de ces droits est à géométrie variable en fonction de la pathologie de la personne et sa dégradation physique et mentale<sup>72</sup>.

Nous voyons que malgré des tentatives d'instauration de droit de la personne âgée, celui-ci reste encore cantonné à la prise en charge de la personne âgée et dépendante, mais les lignes risquent (lentement) de bouger.

---

<sup>70</sup> [Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.](#)

<sup>71</sup> Maladies dégénératives, famille absente, pairs décédés, facultés physiques et mentales déclinantes etc

<sup>72</sup> Nous en revenons au concept de droit à l'intégrité physique et mentale...

## La prise compte a minima de l'adaptation de la société au vieillissement: L'exemple de la loi du 28 décembre 2015

Au vu du temps imparti, il était difficile de faire une étude comparée sur le sujet de la prise en charge du vieillissement dans des pays avancés, nous allons donc nous concentrer sur la dernière loi traitant du vieillissement par le droit français afin d'avoir un aperçu de comment le droit positif a amélioré la prise en charge du vieillissement mais nous verrons que cette prise en charge reste malgré tout incomplète.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>73</sup> reflète un engagement de campagne du candidat socialiste à l'élection présidentielle, elle est issue d'une longue gestation composée entre autres d'une large consultation publique, de débats en commission mixte paritaire.. pour finalement aboutir à une inscription au Journal Officiel le 29 décembre 2015 avec une entrée en vigueur au 1er Janvier 2016.

Il va s'agir ici de décrypter le contenu de cette loi et de tirer les conclusions de son application sur le droit des personnes âgées mais aussi et surtout sur la reconnaissance d'un droit à la longévité.

Cette loi se compose de deux parties co-dépendantes l'une de l'autre, une première partie où figure le texte de loi en lui-même et une seconde partie où figure l'annexe<sup>74</sup> sur laquelle cette loi est construite.

L'esprit de la loi est d'assurer une meilleure adaptation de la société à l'allongement de notre longévité, cet objectif est défini dès le premier article "*L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.*"

L'article 2 consacre lui, la mise en perspective du premier article avec les résultats des enquêtes qui ont été faites pour la création de cette loi d'adaptation et nous allons voir que l'annexe de la loi est plus intéressante que le texte légal en lui-même.

En effet, l'essence même de la loi est d'assurer l'adaptation de la société aux besoins des personnes âgées mais elle l'assure en grande partie sur le terrain de l'encadrement et du financement des différentes structures et accompagnement profitant aux personnes âgées dont les

---

<sup>73</sup> [Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#)

<sup>74</sup> Sorte de rapport détaillé sur les motivations d'une loi.

facultés auraient été réduites par la maladie (dont le vieillissement ???), le handicap ou la perte d'autonomie.

Cette loi s'inscrit dans une optique de protection des droits de la personne âgée affaiblie bénéficiant de différentes prestations (aides à domicile, allocation logement, accueil dans des centres de séjours pour personnes dépendantes etc) tout en clarifiant certains points comme (Liste non exhaustive) :

-Les différentes classifications d'hébergement pour personnes âgées dépendantes<sup>75</sup>.

-La refonte de l'aide à domicile<sup>76</sup>.

-La mise à jour du barème des amendes administratives pour non respect des règles protectrices de usagers<sup>77</sup>.

-La revalorisation de l'allocation d'aide personnalisée d'autonomie à domicile<sup>78</sup>.

(...)

Mais outre ces améliorations techniques, il faut noter deux points pouvant être important dans la construction de notre réflexion:

La loi instaure un "droit au répit" qui selon les propres mots du ministère de la santé "*donnera à l'aidant les moyens de prendre du repos. Le montant de l'aide pourra être augmenté en cas de nécessité passagère, ou en cas d'hospitalisation du proche aidant*<sup>79</sup>."

Second point important, c'est le fait que la loi consacre tout un chapitre aux "*Droits, protection et engagements des personnes âgées*<sup>80</sup>".

À la lecture des différents articles de la loi nous pouvons en conclure que la protection prescrite ici s'inscrit plus dans la même optique que les protections que nous évoquions dans le début de ce dossier, c'est à dire que nous sommes plus dans la protection de droits de la personne dans des

---

<sup>75</sup> Titre II, Chapitre II . Section 1, Article 10 et suivants de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

<sup>76</sup> Titre III, Chapitre II. Article 46 et suivants de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

<sup>77</sup> Titre III, Chapitre VI., Article 59 et suivants de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

<sup>78</sup> Titre III : Accompagnement de la perte d'autonomie, Chapitre Ier : Revaloriser et améliorer l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, Article 41 et suivants de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

<sup>79</sup> La transcription juridique de ceci figure dans le Titre III : Accompagnement de la perte d'autonomie, Chapitre III : Soutenir et valoriser les proches aidants, article 50 et suivants de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

<sup>80</sup> Titre II, Chapitre IV : Droits, protection et engagements des personnes âgées de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

cas où ceux-ci pourraient être bafoués à cause de la dépendance ou du handicap du patient, plutôt que dans une projection d'un quelconque droit à la longévité. Deux exemples pour illustrer ceci:

-Article 24: *“Le chapitre III du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié : (...) « Art. L. 113-1-1.-Dans les conditions définies au chapitre II du titre III du livre II, la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie.”*

-Article 28: *“I.-Le chapitre VI du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par un article L. 116-4 ainsi rédigé : Art. L. 116-4.- Les personnes physiques propriétaires, gestionnaires, administrateurs ou employés d'un établissement(...) ainsi que les bénévoles ou les volontaires qui agissent en leur sein ou y exercent une responsabilité, ne peuvent profiter de dispositions à titre gratuit entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par les personnes prises en charge par l'établissement ou le service pendant la durée de cette prise en charge (...)”*

Pour résumer cette loi, l'essentiel des mesures (y compris celles liées aux droits des usagers) sont certes importantes et permettent de mieux garantir l'application de certains droits des usagers des établissements d'accueil de personnes âgées mais elles sont essentiellement techniques et elles n'apportent pas une grande protection au quidam moyen confronté au vieillissement de son corps.

La seconde partie du texte est plus intéressante, en effet celle-ci comporte l'annexe qui a aidé à élaborer le texte de loi, et ironiquement cette annexe peut se relever plus intéressante que la loi elle-même...

Dans cette annexe se trouve bon nombre d'indicateurs statistiques concernant le nombre des personnes âgées en France ainsi que des constatations chiffrées qui dressent un portrait de l'augmentation de l'espérance de vie.

L'annexe reprend alors bon nombre de constats que les spécialistes de la longévité et les statisticiens font depuis quelques décennies (Tout comme l'OMS d'ailleurs).

La durée de la vie humaine est en progression rapide et cette augmentation risque de poser des soucis si les pouvoirs publics ne réagissent pas de manière courageuse et innovante. Afin d'appuyer cette thèse, l'annexe de la loi contient énormément de chiffres et de projection en voici quelques unes:

*“La France est engagée dans un processus de transition démographique, caractérisée par une augmentation de la longévité des Français et par une croissance forte et continue des classes d'âge les plus élevées. Les personnes de 60 ans ou plus sont aujourd'hui 15 millions, **elles seront 18,9 millions en 2025 et près de 24 millions en 2060 (INSEE). Le nombre des personnes de plus de 85 ans va presque quadrupler d'ici 2050, passant de 1,4 million aujourd'hui à 4,8 millions. En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans.**”*

*“... L'augmentation de l'espérance de vie permet à un grand nombre de Français de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les Français vivent aujourd'hui plus de 80 ans en moyenne, contre 47 ans en 1900. L'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité progresse rapidement : elle était de 63,5 ans en 2010 pour les femmes, contre 62,4 ans quinze ans plus tôt, et de 61,9 ans pour les hommes, contre 60 ans auparavant. **Pour la première fois, deux générations coexistent dans le champ de l'âge : l'âge et le grand âge, chacun avec ses défis propres.** (...)*

Le rapport se permet même d'ajouter que *“La réponse au défi de la « révolution de l'âge » doit avoir un caractère universel : tout le monde est concerné par l'âge. Alors que les politiques de l'âge se sont construites par étapes successives, **l'ambition du Gouvernement est aujourd'hui de les remettre en cohérence, d'impulser une dynamique et d'assurer l'égalité de tous les citoyens face au risque de perte d'autonomie.** (...)*

Force est de constater que les pouvoirs publics ont pris conscience que le vieillissement et une plus grande longévité de l'espèce humaine sont des réalités et que ces réalités peuvent avoir de lourdes conséquences sur le fonctionnement de la société, d'où l'idée de créer une loi favorisant la transition de la société telle que nous l'a connaissons vers une société où les personnes âgées seront de plus en plus présentes. Si ces constatations sont les bienvenues, il faut émettre un bémol car le courage et l'innovation dont on parlait il y a quelques instants ne sont pas de mise avec cette loi du 28 décembre 2015.

En effet, si les conclusions issues des différents débats publics et législatifs mettent en exergue les mêmes conclusions que celles développées par l'OMS, la loi rédigée sur la base desdites conclusions propose seulement une réforme technique permettant certes d'améliorer la condition des personnes âgées dépendantes, handicapées et affaiblies mais ne répondant qu'en partie aux



problématiques juridiques que pose l'augmentation de la durée de vie. Qui plus est cette loi ne pose en rien les bases d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé, ce qui semble être l'objectif à moyen/long terme de l'OMS.

In fine par cette loi, la France ne fait que continuer légalement parlant, de soutenir la vision dépassée que le monde a du vieillissement, vision que tente de changer l'OMS mais paradoxalement elle pose quand même les bonnes questions...

Comme souvent en matière légale, le diagnostic posé est à peu près le bon mais le traitement tombe à côté de la plaque.

Pour finir ce point avec une note optimiste, il résulte des conclusions des annexes que le monde va connaître un bouleversement en matière de longévité et qu'il faudra s'y adapter, le chemin est parcouru à un tiers: Il ne reste plus qu'à faire émerger un véritable droit à la longévité pour tous et à l'appliquer au travers de toutes les strates sociales. Pour autant cette construction ne signifie pas que nous sommes obligés de réinventer la route juridique en effet, comme pour le cas de la charte des personnes âgées dépendantes ou des conclusions issues de la loi du 28 décembre 2015, des "étriers juridiques" sont disséminés ici et là, cachés parmi la multitude de droits que nous connaissons, ces étriers cachés ne demandent qu'à être dépoussiérés et adaptés à la donne de la longévité.

### Une responsabilité étatique ? Réflexion autour des notions de mise en danger et du préjudice économique

La recherche d'une certaine responsabilité a toujours été au coeur des préoccupations du système légal à tel point que la notion même de responsabilité associée au droit à la longévité pourrait faire l'objet d'une note juridique à elle toute seule. Nous allons envisager deux types de responsabilité, une de nature pénale et une de nature civile.

L'un des arguments qui anime les partisans d'un droit à la longévité est le fait que nous pourrions comparer l'inaction des pouvoirs publics concernant la mise en place de structures favorisant l'obtention d'une plus grande longévité et le droit y afférent à une sorte de non assistance à personne en danger/péril.

Si les mécanismes juridiques de non-assistance à personne en danger et d'omission de porter secours à une personne en péril sont prévues par notre Code Pénal peuvent-ils être des étriers juridiques de la construction d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé ?

Ce mécanisme juridique est inscrit à l'article 223-6 du Code Pénal français:

*“Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.*

*Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.”*

Une analyse de cet article permet de nous rendre compte de plusieurs choses:

-Le premier alinéa fait peser sur l'individu, non seulement une obligation morale mais aussi légale d'agir pour empêcher la commission d'une atteinte corporelle sur autrui si cette atteinte constitue un crime ou un délit à partir du moment où il ne met pas la sécurité des tiers ou de sa personne en danger, à défaut de quoi, il sera passible d'une peine d'emprisonnement d'une peine d'amende.

-Le second alinéa prévoit la même obligation légale et les mêmes peines à ceci près que le Code pénal prévoit ici une sanction d'inaction contre l'individu quand la personne est en situation non plus de danger mais de péril.

En l'état actuel du droit, une responsabilité pénale ne peut être recherchée quand il s'agit de l'appliquer au vieillissement de la population car:

- La loi met en cause une responsabilité pénale issue d'une inaction pouvant empêcher un délit ou un crime: Les mots ont un sens surtout en droit pénal, nous ne pouvons pas déceint, comme le font un certain nombre d'ignorants avec le transhumanisme, qualifier le vieillissement de crime... Il faut se rappeler que la loi pénale est d'interprétation stricte: Nous ne pouvons pas lui faire dire ce que bon nous semble<sup>81</sup>.
- La qualité de la personne : *“Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate...”* Les sanctions pénales prévues par l'article 223-6 peuvent s'appliquer contre des personnes morales<sup>82</sup> mais comment prouver une inaction issue d'une personne morale en vue d'empêcher la réalisation d'une vie plus saine et plus longue ? Par une analyse complète de ses ressources et de la mise à dispositions de celles-ci à la communauté ? Par une nationalisation des moyens de production avec un droit de regard étatique? et Comment prouver que ces actions ont été faites pour le compte de ladite personne morale? ( obligatoire en droit pénal pour obtenir la condamnation d'une personne morale)

---

<sup>81</sup> L'article 111-4 du Code Pénal devrait être rappelé à certains pseudos intellectuels, philosophes et autres médecins.

<sup>82</sup> Article 121-2 et Article 223-7-1 Code Pénal.

Une telle action juridique sur le fondement d'une inaction nécessiterait de tout connaître des intentions de la personne morale ce qui contreviendrait sans le moindre doute au secret des affaires et à la notion de la liberté d'entreprendre<sup>83</sup>. Il est donc difficile d'imaginer une telle action... Quant à la mise en cause pénale d'une inaction de la part de l'État n'en parlons même pas car seules les collectivités territoriales peuvent être poursuivies pénalement sous certaines conditions, mais jamais l'État en lui-même<sup>84</sup>.

- Le moment et la chose à apprécier : Le péril ou le danger s'analyse au jour du risque, il peut découler d'une maladie, d'une faute d'imprudence de la victime... Appliqué au vieillissement, ce risque devra s'appliquer au fait de vieillir tout simplement. Cette réalité, si elle correspond bien à une réalité biologique et médicale, elle ne correspond en aucun cas à une réalité juridique qui nécessite que le danger/péril doit avoir un caractère grave immédiat et réel car même si l'origine du danger importe peu, il faut que le danger soit intentatoire à l'intégrité physique de la personne et qu'il soit immédiat or même si effectivement le processus de vieillissement commence dès la naissance d'un individu et qu'il est de facto intentatoire à l'intégrité physique de la personne d'un certain point de vue, il n'est juridiquement pas envisageable de partir du postulat que le vieillissement constitue dès la naissance un danger grave et immédiat.

Nous voyons bien que même en ne prenant pas en compte l'impossibilité d'assigner l'État pour engager sa responsabilité pénale, l'application de la non-assistance à personne en danger/en péril ne pourrait s'appliquer en l'espèce au danger que représente le vieillissement de l'ensemble de la population, en revanche nous pouvons en tirer certaines conclusions.

Si en l'espèce, la non-assistance à personne en danger/en péril ne peut s'appliquer en l'état, il n'en reste pas moins que le fait de penser le vieillissement comme un danger non pas grave ou immédiat, mais comme un simple danger pour tout un chacun et de réfléchir à la mise d'une responsabilité afin d'obliger les personnes morales mais surtout les pouvoirs publics à passer à l'action peut être une piste intéressante.

Nous allons continuer cette réflexion autour de la responsabilité, du danger et du préjudice tout en abandonnant le terrain pénal pour s'en aller du côté du droit civil et plus particulièrement de la responsabilité écologique.

---

<sup>83</sup> Cette dualité pourrait faire l'objet d'une étude plus approfondie.

<sup>84</sup> Article 121-2 du Code pénal.

L'adaptation du droit civil à la société se fait de manière quasi-constante, afin d'illustrer cette adaptation, deux exemples:

Dans le cadre de la reconnaissance d'un statut juridique spécifique aux animaux, nous sommes passé d'un système moyenâgeux où les animaux pouvaient être jugés et condamnés dans le cas où ceux-ci avaient entraîné des préjudices à un système un peu plus moderne où l'animal était considéré comme un "*bien meuble*".

Aujourd'hui, le droit a évolué en prenant en compte les moeurs et l'évolution de la société.

En effet le nouvel article Article 515-14 du Code Civil<sup>85</sup> mis à jour par l'article 2 de la loi du 16 février 2015 dispose que "*Les animaux sont des êtres vivants doués de sensibilité*" restant néanmoins des biens: "*Sous réserve des lois qui les protègent, les animaux sont soumis au régime des biens*". Nous pouvons donc noter une évolution législative considérable, il n'est donc pas impossible de rêver d'une adaptation du droit à la santé au droit à la longévité.

Autre exemple mais également autre argument en faveur d'une possibilité d'adaptation de notre droit en vue de la création d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé: Le préjudice environnemental.

La notion de préjudice environnemental est une notion qui prend de plus en plus d'ampleur en ce début de XXIème.

Deux éléments ont contribué à faire rentrer petit à petit cette notion de préjudice écologique dans le droit français: La prise de conscience qu'au nom de la lutte contre le réchauffement climatique et de la protection de la planète qu'il ne devait être permis en aucun cas que des personnes morales puissent s'exonérer de leur responsabilité, et l'arrêt de la Cour de Cassation du 25 septembre 2012 dit "*arrêt Erika*" confirmant la responsabilité de l'entreprise Total et la condamne à des dommages et intérêts.

L'arrêt définit le dommage écologique comme une "*atteinte directe ou indirecte portée à l'environnement*", il vise donc toute atteinte non négligeable à l'environnement naturel.

Depuis la catastrophe de l'Erika, le droit français s'est donc saisi de cette question et même si pour l'instant rien n'est codifié dans le Code Civil, les choses évolues.

Le 12 mai 2016, le sénat français a adopté en deuxième lecture, le projet de loi portant sur la biodiversité, dans celui ci figure un article 2 bis<sup>86</sup> qui prévoit l'inscription du préjudice écologique dans le Code Civil et donc une modification de celui-ci: "*Toute personne responsable*

---

<sup>85</sup> [Loi n°2015-177 du 16 février 2015 - art. 2](#)

<sup>86</sup> [Projet de loi portant sur la biodiversité](#)

*d'un dommage anormal causé à l'environnement est tenue de réparer le préjudice écologique qui en résulte*" (Futur Article 1386-19") ... "***L'action en réparation du préjudice écologique est ouverte*** à l'État, à l'Agence française pour la biodiversité, aux collectivités territoriales et à leurs groupements dont le territoire est concerné. Elle est également ouverte aux établissements publics, aux fondations reconnues d'utilité publique et aux associations agréées ou ayant au moins cinq années d'existence à la date d'introduction de l'instance, qui ont pour objet la protection de la nature et la défense de l'environnement." (Futur article 1386-21).

Nous avons donc là une reconnaissance du principe qu'une personne puisse être reconnue responsable des dégâts écologiques qu'elle a causé.

Une première analogie découlant du principe de préjudice écologique peut être faite, elle peut être tirée du futur article 1386-19 : "***Toute personne responsable d'un dommage anormal causé à l'environnement est tenue de réparer le préjudice écologique qui en résulte.***"

L'environnement peut se définir comme "*l'ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) et culturelles (sociologiques) susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines*"<sup>87</sup>.

Nous vivons plus longtemps car les progrès de la médecine ont été spectaculaires, parce que nous nous alimentons d'une façon plus saine, parce ce que malgré la pollution qui nous entoure, nous tentons de vivre d'une manière plus écologique etc ... Le fait de vivre une vie plus longue fait partie de notre mode de vie, comme nous l'avons vu, tout le fonctionnement de notre société est basé sur le nombre d'année qui nous reste à vivre: nous ne ferions pas de longues études si nous mourions à 35 ans, nous ne fonderions pas des familles de plus en plus tard si nous mourions à 35 ans, nous n'entreprendrions pas des projets sur des longues durées si nous mourions à 35 ans...

Cette structuration sociale fait partie de notre identité, à tel point que les pays en voie de développement revendiquent de plus en plus ce droit à vivre plus longtemps afin de pouvoir organiser d'une manière optimale leur propre société et la faire prospérer sur le long terme, ils revendiquent justement ce droit à vivre dans un environnement sain dont l'augmentation de la durée de vie est une composante, cette inégalité entre les pays du Nord et les pays du Sud est vécue comme une inégalité économique mais aussi comme une inégalité de chance.

Donc en un sens, l'augmentation de la durée de vie résulte d'une optimisation continue de notre environnement, elle est une partie intégrante de notre environnement, et in fine, toute entrave au bon déroulement de cette augmentation de la longévité pourrait être considérée comme un préjudice commun à l'humanité et à son environnement, ici nous sommes donc dans

---

<sup>87</sup> Le grand Robert de la Langue française. Paris. Robert. 2001.

l'argumentation qu'une inaction ou un blocage de la part des pouvoirs publics ou des entreprises en faveur d'un droit à la longévité pourrait être vu comme un préjudice écologique car cette inaction entraînerait une perte de chance pour chacun des êtres humains de vivre une vie plus longue et donc potentiellement plus riche.

Une seconde analogie peut être faite entre la problématique du préjudice écologique et la problématique pour un droit à la longévité mais cette fois sous l'angle de l'adaptation du cadre légal qui vient d'être débattu au Sénat à la problématique du droit à la longévité.

En effet si nous pourrions bientôt engager la responsabilité civile d'une personne pour un dommage anormal causé à l'environnement pourquoi ne pas envisager la mise en place d'une responsabilité civile face à une personne morale de droit public ou de droit privé qui ne met pas tout en oeuvre pour assurer un droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé et faire de cette responsabilité, une obligation légale de tout faire pour éviter les préjudices que peut causer le vieillissement. Une telle insertion légale aurait du sens au regard des réformes préconisées par l'OMS, l'avènement d'une telle responsabilité à la charge des États pourrait contraindre ces derniers à suivre les recommandations de l'OMS et pourrait profiter à l'ensemble des concitoyens.

Dans le même esprit nous pouvons imaginer, sur le schéma de protection des droits des malades et des patients des établissements de santé initié par la loi du 4 mars 2002, que des associations représentatives déclarées d'utilité publique puissent être habilitées à engager la responsabilité de l'état si ce dernier ne met pas tout en oeuvre pour protéger sa population des préjudices liés au vieillissement, nous aurions donc des garants de la mise en place d'un droit à la longévité supervisé indirectement par les citoyens directement concernés et ce afin de veiller à ce que chacun puisse bénéficier de ce droit, afin d'éviter toute perte de chance.

### Principe de précaution, principe de proactivité et perte de chance

Nous parlions justement de la perte de chance de bénéficier d'une longévité accrue notamment à travers le prisme de la mise en place d'un préjudice écologique et de la nécessité pour les personnes morales de tout mettre en oeuvre pour empêcher ces pertes de chance. Il nous faut souligner que cette notion de perte de chance est déjà une réalité juridique et que selon certains, une perte de chance étatique en matière de santé est déjà à l'oeuvre quant il s'agit de recourir aux meilleures thérapies médicales.

En terme légal, qu'est ce qu'est la perte de chance ?

Ce principe de perte de chance est bien connu des juristes de droit civil et ce, notamment au travers de la notion de dommage. En effet, en terme de responsabilité civile délictuelle, la

notion de dommage certain peut se décomposer en deux volets distincts, celui du dommage futur et celui de la perte de chance.

On estime que la perte de chance s'analyse comme un préjudice réparable où l'individu a perdu, à la suite d'un aléa indépendant de sa volonté, toute chance d'éviter le dommage, ce dernier se réalise entraîne une perte de chance d'éviter le dommage et induit un préjudice pour l'individu. L'exemple le plus courant pour évoquer une personnification de ce concept est l'étudiant qui se fait renverser par un véhicule terrestre à moteur avant le commencement d'un examen. Dans ce cas personne ne sait si l'étudiant aurait réussi son examen, mais il y a perte de toute chance pour celui-ci de le réussir et donc s'ensuit un préjudice réparable.

Statuant sur une affaire de divorce, la Cour de Cassation française, dans un arrêt de la première chambre civile, en date du 16 janvier 2013 a défini précisément la notion de perte de chance: Même si elle demeure faible, à partir du moment où la perte de chance est certaine, elle est indemnisable<sup>88</sup>.

Cette notion de perte de chance peut être rapprochée de ce que les scientifiques Max More et Juan Enriquez<sup>89</sup> peuvent appeler la “no-action” ou la non-action en français, cette notion de non-action se réalise dans le principe de précaution, ce dernier étant considéré par ces scientifiques comme une perte de chance pour l'humanité.

Ce principe est à l'origine un principe philosophique qui a pour but de mettre en place des mesures techniques, juridiques et éthiques afin de prévenir les risques quand les connaissances actuelles de la médecine, de la technique et plus généralement de la science ne permettent pas de déterminer si il y a un risque pour l'environnement et tout ce qui l'entoure (l'Homme, les terres, les eaux etc).

Ce principe de précaution est entériné de manière officielle suite à l'adoption de la Déclaration de Rio en 1992<sup>90</sup>. En France, c'est la loi “Barnier” du 2 février 1995<sup>91</sup> qui introduit ce principe dans notre droit, la constitutionnalisation de ce principe vient avec la charte de l'environnement et son article 5<sup>92</sup>.

---

<sup>88</sup> [Cour de cassation, Chambre civile 1, 16 janvier 2013, N°12-14439](#): “... *Qu'en statuant ainsi par des motifs impropres à démontrer l'absence de toute probabilité de succès de l'appel manqué, alors que la perte certaine d'une chance même faible, est indemnisable, la cour d'appel a violé le texte susvisé...*”

<sup>89</sup> [Juan Enriquez](#)

<sup>90</sup> [Principe N°15 de la Déclaration de Rio de 1992](#)

<sup>91</sup> [Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement](#)

<sup>92</sup> [Charte de l'environnement de 2004](#)

Ce principe de précaution peut être vu comme un moyen pour les pouvoirs publics de freiner toute avancée technologique dans des domaines particuliers, cette vision des choses est notamment défendu par le Docteur Max More qui estime que le principe de précaution s'est infiltré à l'intérieur de toutes les législations notamment dans les législations américaines et européennes. Il estime que cette notion part du postulat que la technologie a forcément une influence néfaste sur l'Homme et son environnement, il estime donc que le principe de précaution est de facto biaisé dans son approche, approche qui est, selon lui, techno-conservatiste et érige en unique valeur, la sécurité.

Bien que le Docteur More soit un extropien convaincu, dont les thèses peuvent être sujettes à débat, celui-ci a mis sur pied une notion intéressante touchant un point sensible du principe de précaution, afin de lutter contre ce dernier, il a donc forgé le principe de "*proactivité*<sup>93</sup>".

Ce principe de proactivité vient s'opposer au principe de précaution en prenant le contrepied de son pessimisme culturel, juridique et sécuritaire pour former autour de cinq règlements, un principe qui vise à reconnaître la résolution de problèmes par la recherche technique, scientifique et médicale. Le principe proactif reconnaît la liberté d'innover afin de répondre aux grands défis que l'humain aura à affronter dans les décennies/siècles avenir.

Max more fait reposer ce principe sur cinq règlements :

-Être objectif et exhaustif: Nécessité de mettre en avant l'objectivité et la cohérence globale des recherches scientifiques, en n'ignorant pas les risques mais en les prévoyants.

-Hiérarchiser les risques naturels et humains: Prendre en compte, tant les risques naturels que ceux liés à l'Homme, en n'excluant aucun des deux.

-Tirer parti des contributions les plus diverses: Prendre en compte toutes analyses, contributions, attentes et désirs pour en faire la meilleure des synthèses possibles et prendre la meilleure des décisions pour le bien commun.

-Effectuer des réponses proportionnées et admettre les réparations: Nécessité d'imaginer des réparations et des mesures restrictives dans les cas où les impacts potentiels d'une activité peuvent être négatifs

Reconsidérer et réviser: Il est vital de ne jamais se reposer sur ses lauriers, de toujours agir selon les meilleures connaissances possibles et il est vital de reconsidérer les décisions sur la foi de ces dernières connaissances scientifiques.

---

<sup>93</sup> [MAX MORE « ESSENTIAL TRANSHUMANISM »](#)



Quant à Juan Enriquez<sup>94</sup>, il tente de démontrer à sa manière que le monde scientifique et les régulateurs mondiaux ont empêché de s'intéresser à des milliers de médicaments faute de tests suffisants effectués par les pouvoirs publics en invocation du principe de précaution. Il déclare même que le calcul du coût du bénéfice/risque concernant les médicaments tombés dans l'oubli à cause du dogme du principe de précaution n'est, à l'heure actuelle, pas connu, il ajoute que cet aveuglement pourrait "coûter" plusieurs milliers de vies par an dû à l'inaction des gouvernements et des autorités régulatrices type FDA ou ANSM<sup>95</sup>.

Que ce soit Max more ou Juan Enriquez, tout deux penchent pour une action des législateurs et des autorités régulatrices en faveur d'une meilleure appréhension de la technologie et condamnent la non-action des gouvernants, s'assimilant à une perte de chance pour l'Homme. Ces deux scientifiques démontrent que par cette non-action, l'humain est peut être passé à coté d'une chance de sauver des milliers de ses congénères des affres de la maladie, de la douleur, de la dépendance, voire peut être de la mort.

Le dogme du principe de précaution imposé par les gouvernements est alors vécu par les scientifiques comme une chape de plomb entravant leur action, nuisant à la science et à la découverte et favorisant l'éclosion de pertes de chances des individus de jouir d'une vie plus paisible et d'une réduction des inégalités inhérentes au genre humain.

### L'importance de la lutte contre une discrimination méconnue: L'agisme

*"C'est en forgeant que l'on devient forgeron"*, nous pouvons dire que le but de ce document depuis son commencement est de forger une armure au droit du vieillissement en bonne santé et à la longévité, afin de l'armer pour défendre ce grand défi du XXIème qu'est la prise en charge d'une longévité accrue, et pour ce faire il est nécessaire d'appliquer une méthode de répétition.

Nous ne répéterons jamais assez que les personnes âgées, voire très âgées sont constamment marginalisées. Comme nous l'avons vu maintes et maintes fois, la personne âgée n'est que très peu prise en compte sous un angle autre que celui de la protection dont elle doit bénéficier une fois qu'elle est devenue trop faible pour l'assurer elle-même. En grossissant le trait, nous pourrions dire que si l'OMS voit le développement de la longévité comme une opportunité, nous la voyons à l'heure actuelle comme une fatalité.

---

<sup>94</sup> Seconde partie de la vidéo [We Solve for X: Juan Enriquez on harnessing synthetic genetics](#).

<sup>95</sup> Paradoxalement, le calcul bénéfice/risque est une composante essentielle du cheminement de l'approbation d'un médicament, pour plus d'informations à ce sujet, consulter [la note juridique sur les autorisations de mise sur le marché des médicaments](#), disponible pour tous sur le Google Drive de l'association.

Paradoxalement, cette fatalité malgré le fait que notre société se dote d'une armada de possibilité quant à la protection de la personne âgée affaiblie, tend à ne pas prendre en compte les discriminations à partir du moment où elles touchent une personne d'un certain âge mais dont l'affaiblissement n'a pas encore commencé.

La lutte contre les discriminations peut être entrevue sous plusieurs prismes: La lutte contre les discriminations faites aux femmes, aux minorités ethniques ou sexuelles etc... La prise de conscience de l'importance de ces luttes au sein d'une société moderne n'a fait que s'accroître au fil des années mais malgré ce fait, les discriminations liées à l'âge restent les moins combattues.

Nous retrouvons cette notion de discrimination (et son pendant, l'égalité) dans nombres de textes internationaux et nombre de codes français<sup>96</sup>, mais la plus intéressante de ces analyses se retrouve dans le code pénal car malgré le fait que la notion de discrimination se retrouve dans plusieurs endroits de ce code, la majorité des incriminations concernant les discriminations est prévue aux articles 225-1 à 225-4<sup>97</sup>. Ces articles définissent ce qu'est une discrimination ainsi que les catégories d'individus qui peuvent en faire l'objet, l'article 225-1 prévoit que:

*“Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation ou identité sexuelle, **de leur âge**, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.*

*Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'apparence physique, du patronyme, du lieu de résidence, de l'état de santé, du handicap, des caractéristiques génétiques, des moeurs, de l'orientation ou identité sexuelle, **de l'âge**, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.”*

---

<sup>96</sup> Article 1 de la constitution de 1958, article 21 de la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, Code du travail etc.

<sup>97</sup> Code pénal Titre II, Chapitre V, Section

Cet article qui est le pendant français de l'article 21<sup>98</sup> de la charte des droits fondamentaux, est complété par l'article 225-2<sup>99</sup> qui prévoit concrètement ce qui est constitutif d'une discrimination alors que l'article 225-3<sup>100</sup> prévoit un encadrement de ces pratiques pour motifs légitimes.

À la lumière de ces articles, nous pouvons déterminer que la notion de discrimination s'applique bien aux personnes (En tant que personne physique ou constitutive d'une personne morale).

Au vu des récents travaux sur le sujet, nous pouvons noter deux formes majeures de discriminations liées à l'âge: Le jeunisme<sup>101</sup> et l'âgisme.

La première forme de discrimination se concentre principalement sur la marginalisation de la jeunesse alors que la seconde s'oriente sur toute marginalisation d'un groupe lié à l'âge dont le groupe des personnes âgées.

En France, en 2012, 3000 personnes ont déposé une réclamation à la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) pour discrimination liée à l'âge, c'est le 3ème motif de discrimination après celles liées à l'origine et au handicap<sup>102</sup>. Les 3/4 des saisines effectuées par des individus concernant une discrimination liée à l'âge se font à cause de difficultés d'accès aux formations professionnelles et à l'emploi, ces discriminations commencent dès la cinquantaine.

---

<sup>98</sup> "1. Est interdite, toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle.

2. Dans le domaine d'application du traité instituant la Communauté européenne et du traité sur l'Union européenne, et sans préjudice des dispositions particulières desdits traités, toute discrimination fondée sur la nationalité est interdite."

<sup>99</sup> [Article 225-2](#)

<sup>100</sup> [Article 225-3](#)

<sup>101</sup> Le jeunisme est le fait de discriminer une personne du fait de son appartenance à la catégorie mouvante des "jeunes". Par exemple, une sélection des personnes en boîte de nuit selon un critère d'âge mure ou une augmentation de l'assurance automobile en fonction de la jeunesse du conducteur est une forme de jeunisme.

<sup>102</sup> Ces différents constats sont issus de l'analyse des statistiques interprétée par Maryvonne Lyazid, adjointe au défenseur des droits de l'époque.

La nature même d'une discrimination réside dans la rupture d'égalité de traitement sans aucune justification légale, ces ruptures d'égalité de traitement se rencontrent face à un problème donné : Chance de décrocher un emploi, un emprunt, possibilité d'acquérir une promotion salariale, de voir ses petits-enfants etc.

Si ces discriminations ont une répercussion directe sur tous les aspects de la vie d'un individu, la lutte contre ces dernières ne se fait pas de la même manière en fonction de la personne discriminée. En effet, si il est commun d'admettre que les discriminations liées à l'orientation sexuelle, au sexe ou bien encore quant à la couleur de peau de l'individu sont une honte pour notre société moderne<sup>103</sup>, la lutte contre les discriminations liées à l'âge est beaucoup plus discrète dans nos sociétés.

Pourtant, ces discriminations peuvent directement impacter la vie de l'individu, comme toute discrimination mais leur particularité fait qu'elles peuvent impacter sa capacité à vivre son vieillissement d'une manière optimale et contribuer à détériorer sa capacité à vivre le plus longtemps possible et en bonne santé.

En matière de discriminations liées à l'âge, nous avons deux types de discriminations :

Celles que l'on peut appeler les "inégalités de fait ou discriminations de fait", et celle que l'on peut appeler "les inégalités de droit ou discriminations de droit"

Les inégalités de fait sont constituées du parcours de vie de l'individu, elles vont impacter sa capacité à vivre de manière autonome et en bonne santé. Ces inégalités vont contribuer à la naissance précoce ou au retard de la dépendance.

En effet, si plusieurs facteurs contribuent à la prise en compte de la dépendance, le lien social que l'individu va avoir avec ces pairs et l'appartenance à une certaine catégorie sociale vont jouer un rôle important dans le développement de ce stade d'évolution du vieillissement. Un individu ayant peu de liens affectifs, professionnels ou familiaux aura moins de chance de vieillir en bonne santé le plus longtemps possible et aura plus de "chance" de se retrouver dépendant plus rapidement qu'un individu ayant développé de forts liens sociaux au cours de sa vie. Il en va de même concernant l'appartenance à une catégorie sociale, plus un individu appartient à une catégorie sociale dite "élevée" plus il aura de chance de vivre en bonne santé plus longtemps<sup>104</sup> :

-L'espérance de vie en bonne santé sans incapacité en matière de soins personnels à partir de 35 ans chez les hommes est de 45 ans chez les cadres et de 38 ans chez les ouvriers.

---

<sup>103</sup> Mais ce n'est pas pour autant qu'elles tendent à disparaître...

<sup>104</sup> ["Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent", 23 Février 2016, Observatoire des inégalités.](#)

-L'espérance de vie en bonne santé sans problèmes sensoriels et physiques à partir de 35 ans chez les hommes est de 34 ans chez les cadres et de 24 ans chez les ouvriers.

Nous voyons donc que les discriminations vis à vis de la longévité sont déjà une réalité sociale et biologique, pourquoi à ces inégalités de fait, rajouter des inégalités de droit ?

Car ces inégalités de droit se traduisent par une discrimination de traitement au regard du parcours de vie de l'individu mais aussi par un jugement sur son utilité qu'il peut avoir pour la société pendant le reste de sa vie: D'une manière cynique et pragmatique, un homme âgé de 35 ans appartenant à une CSP++ aura plus "d'utilité" pour la société qu'une femme ménopausée de 55 ans appartenant à une CSP- .

Ici l'inégalité ne se situe plus au niveau du parcours de vie et des différents facteurs qu'il contient, mais elle se situe au niveau de la prise en compte du parcours de vie et de l'âge du parcourant, nous pouvons donc résumer que ces inégalités qui sont le résultats d'une politique discriminatoire, sont respectivement intrinsèques et extrinsèques à l'individu, c'est pour cela que les deux catégories d'inégalités doivent être combattues sur le même plan:

-D'une part pour tenter de lutter au maximum contre les inégalités de fait et donc une politique de discrimination "intrinsèque", sans tendre vers un égalitarisme utopiste.

D'autre part pour protéger des populations qui sont de facto fragilisées par les inégalités intrinsèques: En règle générale, celui qui a besoin d'être protégé et de voir ses droits assurés n'est pas le fort, ce n'est pas celui qui domine, il en va de même en matière de discriminations liées à l'âge.

Ceux qui sont victimes de ces inégalités de droit dûes à des discriminations ne sont pas ceux qui bénéficient d'un rapport de force avantageux vis à vis de leur longévité, il va s'agir plutôt de ceux qui vivent déjà les inégalités de fait lié à la longévité, rajoutant une couche supplémentaire de discrimination dont ils sont victimes: Ils sont victimes de discriminations "de fait" liées à leur parcours de vie et à la relation avec leur pairs, et ils sont victimes de discriminations "de droit" liées au fait que la société les marginalise.

Enfin, une restauration de l'égalité de traitement entre tout citoyen au regard de son âge permet de bénéficier à terme de meilleure condition de vie, quelque soit son appartenance à une catégorie ou ses revenus, de ne pas discriminer un individu quant à ses projets personnels ou professionnels pourrait permettre de l'émanciper dans ses activités, de contribuer à maintenir le plus longtemps possible son autonomie<sup>105</sup> et contribuer in fine à le faire vivre en meilleure santé plus longtemps.

---

<sup>105</sup> Et donc le respect de ses droits et de ses désirs.

C'est pour cela que la lutte contre les discriminations faites aux personnes âgées est vêtue d'un triple impératif:

-Un impératif légal: Comme le souligne l'article 225-1 et l'incrimination de la discrimination liée à l'âge, ces discriminations sont interdites et sont contraires à tous les textes internationaux sur l'égalité de traitement entre les êtres humains.

-Un impératif moral: Il est normal dans une société démocratique moderne d'assurer la prise en compte des droits de tous les citoyens quelque soit leur catégorie sociale, leur parcours de vie ou relationnel.

-Un impératif social: La lutte contre les discriminations liées à l'âge permettrait à terme d'augmenter le niveau de vie des individus qui appartiennent aux catégories sociales les plus discriminées, et donc de facto d'augmenter leur longévité en bonne santé.

Ce triple impératif fait donc de la lutte contre les discriminations faites aux individus en fonction de leur âge, un axe important dans l'instauration d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé car cette lutte contribue mécaniquement à réduire les inégalités auxquelles sont confrontés les individus.

Autre discrimination mais cette fois-ci plus lié à l'état dans lequel peut se trouver l'individu, sa capacité ou non d'en établir de lui même un consentement préalable.

### Le droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé ou le respect du consentement préalable

Ici il sera encore question d'un paradoxe: Comment l'un des piliers fondateurs du droit peut-il se voir bafouer à la faveur de situations qui sont fondamentalement et intrinsèquement incompatibles avec sa mise en application ?

Sous cette question ce cache le respect du consentement de la personne dans le cas d'un affaiblissement de ses capacités physiques ou mentales. Nous verrons que le meilleur moyen de respecter l'obligation du consentement d'une personne est de tout faire pour que celle-ci n'ait pas à subir une diminution de ses capacités qui la placerait dans une situation où l'application stricto sensu de son consentement personnel ne serait pas effectif.

Tout d'abord qu'est ce que le consentement?

Cette notion de consentement est l'une des fondations de notre société, elle s'applique à différents niveaux, par exemple:

-Aux relations contractuelles : L'article 1108 du Code Civil français pose quatre conditions de validité: "*Le consentement de la partie qui s'oblige. Sa capacité de contracter. Un objet certain qui forme la matière de l'engagement. Une cause licite dans l'obligation.*"

-Aux relations matrimoniales : Le mariage (Comme tout contrat) sous entend le consentement des deux parties.

-Aux relations sexuelles<sup>106</sup>: Une relation sexuelle non consentie est constitutif des faits de viol.

-Aux relations de travail: "*Le contrat de travail est convention par laquelle une personne physique s'engage à mettre son activité à la disposition d'une autre personne...*" Un contrat de travail nécessite un consentement de la personne, le travail forcé est interdit<sup>107</sup>.

-Aux relations de santé: C'est un accord que le patient donne à son médecin ou au personnel soignant afin de le traiter, nous trouvons des traces de cet accord dans de nombreux textes nationaux et internationaux, c'est ce dernier type d'accord qui va nous intéresser.

Comme toute matière légale qui fait appelle à elle, la notion de consentement est une notion fondamentale du droit à la santé et aux soins, nous parlons alors de consentement préalable ou éclairé.

En matière de droit à la santé, ce consentement préalable fait corps avec le droit au maintien de l'intégrité physique que nous avons vu précédemment, il se retrouve dans un certain nombre de textes notamment à:

-L'article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne: (...) "*Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment Être respectés:*

*le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi.*  
(...)

---

<sup>106</sup> Article 222-23 Code Pénal.

<sup>107</sup> "*Nul ne sera tenu en esclavage ni en servitude ; l'esclavage et la traite des esclaves sont interdits sous toutes leurs formes*" - Article 4 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, repris dans l'article 5 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

-L'article 16-3 du Code Civil: *“Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.*

*Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.”*

- L'article L1111-4 du Code de la santé publique: (...) *“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. (...)”*

Nous retrouvons aussi cette nécessité d'un consentement valide, éclairé et préalable dans les textes relatifs à la recherche médicale.

Ici, il ne sera pas question de traiter le consentement préalable sous un aspect purement juridique mais plutôt de soulever un questionnement quant à son application réelle dans le cadre d'une application à une personne majeure mais dont les capacités de discernement sont altérées.

Le consentement pour être valide doit être libre, éclairé et préalable, ces conditions sont cumulatives.

La notion de “liberté” s'entend par le fait que le consentement ne doit pas avoir été vicié par une quelconque pression sur l'individu (physique ou psychologique).

La notion de “préalable” entend que le consentement ait été donné avant la constitution de l'acte médical.

La notion “d'éclairé” signifie que le patient ait été informé par le personnel soignant, des actes qui allaient être pratiqués sur sa personne et ce en des termes intelligibles pour un profane.

Cette intelligibilité est un pré-requis obligatoire à tout consentement préalable, c'est dans cette optique que les médecins doivent adapter les explications au public<sup>108</sup> (Personnes âgées, mineurs, personnes déficientes mentales etc). Et c'est là que nous pourrions dire que le consentement

---

<sup>108</sup> Article 1111-4 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”*



préalable peut être vicié dans le cas d'une personne âgée souffrant d'un certain niveau d'affaiblissement.

En effet, toujours à l'article 1111-4, le code de la santé publique prévoit plusieurs cas de figure où l'individu est incapable par sa situation de prendre une décision: ***“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 du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.*

Et en ce qui concerne, la personne majeure protégée, le Code Civil, ajoute aux articles 459 et 459-1 que: ***“Hors les cas prévus à l'article 458 (Situation strictement personnelle), la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.***

***Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.***

*Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.*

***La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement***

*ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué". (...)*

*“L'application de la présente sous-section ne peut avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles prévoyant l'intervention d'un représentant légal.*

*Toutefois, lorsque la mesure a été confiée à une personne ou un service préposé d'un établissement de santé ou d'un établissement social ou médico-social dans les conditions prévues à l'article 451, et que cette personne ou ce service doit soit prendre une décision nécessitant l'autorisation du juge ou du conseil de famille en application du troisième alinéa de l'article 459, soit accomplir au bénéfice de la personne protégée une diligence ou un acte pour lequel le code de la santé publique prévoit l'intervention du juge, ce dernier peut décider, s'il estime qu'il existe un conflit d'intérêts, d'en confier la charge au subrogé curateur ou au subrogé tuteur, s'il a été nommé, et à défaut à un curateur ou à un tuteur ad hoc.”*

Dans les faits, il n'est pas question de respecter à la lettre un consentement éclairé, préalable et libre de la personne, soit parce qu'elle n'est pas en mesure physiquement de le donner (Coma...), soit parce que ses facultés ne lui permettent pas de prendre une décision rationnelle sur son état de santé (Mise sous tutelle/curatelle, perte de ses capacités psychiques etc), c'est donc autrui qui se charge de mettre en application les dispositions à prendre.

Attention ici, il n'est pas question de remettre en cause ces mesures qui parfois dans des cas bien spécifiques ne sauraient être dispensées autrement, nous voyons mal comment obtenir un consentement préalable, libre et éclairé d'une personne ayant sombré dans le coma ou ayant été mise sous tutelle à la suite d'une perte de ses facultés mentales... Il sera donc plus question de détacher la réalité de la fiction juridique.

En effet, si au regard des textes, dans le cadre d'un acte médical, le consentement du patient doit être recherché (même dans le cadre d'un majeur sous tutelle d'après l'article 1111-4 CSP), dans les faits ce n'est pas toujours le cas et d'ailleurs les Code Civil et de Santé Publique prévoient bien ces hypothèses où le consentement de la personne se substitue à des décisions collégiales ou d'un juge.

Mais ne jetons pas la pierre aux institutions juridiques car à l'heure actuelle, il n'est pas possible de rechercher le consentement libre, éclairé et préalable d'une personne ayant des difficultés pour prendre une décision rationnelle, en revanche lutter contre la dépendance de la personne et contre son affaiblissement pourrait être un moyen de respecter plus scrupuleusement les textes nationaux et internationaux édictés par notre droit en matière de consentement libre, préalable et éclairé. Si il ne s'agit pas de remettre en cause les dispositions en vigueur, il s'agit de

promouvoir le fait que le droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé pourrait être bénéfique au respect des textes en matière de consentement.

Si un droit au vieillissement en bonne santé et à la longévité était créé par la mise en place de politiques innovantes et adaptées à la société de demain tel que commence à le recommander l’OMS, la diminution de la dépendance ainsi que la diminution de l’affaiblissement généralisé des individus pourraient permettre une diminution, tout d’abord du nombre de mise sous tutelle/curatelle<sup>109</sup>, mais aussi un maintien des facultés de la personne et de sa capacité à établir un consentement éclairé, libre et préalable.

D’ailleurs, la préservation d’un consentement éclairé, libre et préalable de la personne fait partie intégrante de la notion du maintien de l’autonomie de la personne prônée par l’OMS.

En effet, selon cette dernière l’autonomie se définit par la faculté pour la personne de pratiquer comme elle l’entend les activités qu’elle souhaite en accord avec son âge. Le consentement fait partie intégrante de cette liberté qu’a la personne d’entreprendre les actes qu’elle souhaite et comme le maintien le plus longtemps possible de l’autonomie de la personne fait partie des priorités de l’OMS, il est logique que le consentement, pilier de l’autonomie de la personne, soit maintenu lui aussi le plus possible.

Dans cette optique et du point de vue du consentement, un autre cercle vertueux pourra se créer<sup>110</sup>: L’instauration d’un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé permettrait de mettre sur pied des politiques innovantes permettant à terme de maintenir l’autonomie de toute une tranche de la population âgée voire très âgée. Cette population pourrait donc consentir, en respect des normes juridiques nationales et internationales, à des actes médicaux en pleine possession de ses facultés et ce, le plus longtemps possible. Ergo, l’instauration d’un droit à la longévité et au vieillissement permettrait donc de soutenir l’application des textes existants en matière de consentement sans avoir à les modifier.

Il est à noter que si cette possibilité de maintien le plus longtemps possible du consentement soutenue par un droit à la longévité n’est pas directement issue de la lutte contre les discriminations liées aux personnes âgées, elle contribuerait assez efficacement à l’amélioration de l’égalité entre tous les citoyens et donc de facto, à une diminution des discriminations “de fait.”

---

<sup>109</sup> Même si il faut rester lucide, des mesures de protection seront toujours nécessaire pour certaines personnes.

<sup>110</sup> Ce cercle vertueux ne se limite pas au consentement mais à toute la démonstration.

L'harmonisation du droit à une échelle régionale et internationale reste une belle utopie (Ou un rêve dangereux selon les points de vue) et ce malgré le fait de la mise en place de nombre de traités, accords d'harmonisation ou institutions régionales.

Sur ce point, les choses ne sont pas près de s'arranger: La politique de l'Union Européenne sur l'immigration, sur sa réponse diplomatique commune à donner à la guerre en Syrie et en Libye, les tractations secrètes et opaques entre l'Union Européenne et les États-Unis sur le TAFTA, l'absence de réponse commune de l'ONU sur les grands conflits mondiaux... Tout ces éléments prouvent que l'absence d'harmonisation au niveau du droit international et régional est une réalité bien concrète. Cette réalité n'échappe pas à notre sujet et nous allons voir qu'en matière d'égalité de traitement face à la lutte contre le vieillissement et face à la possibilité d'une instauration d'un droit à la longévité, le chemin est encore long et pourrait lèser bon nombre de citoyens<sup>111</sup>.

### Chapitre III: Différences de législations, différences de moyens, inégalités des chances face à la possibilité de vivre son vieillissement en bonne santé et d'accroître sa longévité

La structuration des systèmes juridiques peut être comparée aux architectures des ordinateurs: Bien que la plupart des pays adoptent un système juridique suivant des schémas précis avec l'établissement de base architecturale de la Common Law (Anglo-américain) ou celle du droit civiliste (Droit Romano-germanique, le notre ainsi que celui de nombre de pays européens), leurs composants divergent en fonction d'un État à un autre en fonction de l'Histoire du pays: Ainsi malgré le fait que le droit belge se base sur une architecture, il est mélangé de droit français, allemand, néerlandais et sous influence de la Common Law, le droit allemand tient compte de l'aspect fédéré du pays et ne constitue pas un droit uniforme alors que le droit français se structure autour de l'idée de centralisation des droits (même si cela est de moins en moins le cas depuis les réformes de 1986 et de 2003).

C'est en partie pour ces raisons que l'application d'un droit international échoue sur beaucoup de sujet, nous allons voir que cette logique s'applique aussi au droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé, et nous allons voir à travers deux exemples que des barrières dans le domaine doivent être levées si nous voulons que l'humanité s'offre à elle même la chance d'atteindre une longévité optimale.

Le premier exemple est en lien avec une mission secondaire qui m'a été donné de remplir durant ce stage.

---

<sup>111</sup> Comme bien souvent en matière d'égalité.

## Exemple Numéro 1: Le recueil des données de patients atteints de maladies neuro-dégénératives liées au vieillissement

Nous allons voir à travers le prisme de la mise en place d'une initiative privée que notre capacité à vivre en meilleure santé peut directement dépendre de l'application plus ou moins ferme d'une législation, pour cela nous allons effectuer un rapide comparatif entre la législation américaine et française en matière de recueil des données à but médical.

Le 9 Mars 2015, la firme américaine Apple.Inc présentait *ResearchKit*, un outil libre de droit<sup>112</sup> permettant aux institutions hospitalières de développer des applications pour appareils mobiles centrées sur la récolte de données médicales, le but de ces outils était de récolter un maximum d'informations médicales sur des patients atteints de certaines maladies, notamment des maladies neuro-dégénératives, liées à l'autisme ou à l'épilepsie.

Pour ce faire l'entreprise a mis en place des partenariats avec des hôpitaux publics et des cliniques privées afin d'accéder aux données des patients. Les candidats volontaires à ce programme d'analyse des données se sont vus mettre à disposition un appareil connecté (Téléphone et/ou montre) contenant une application leur permettant de rentrer chaque jour des données médicales liées à la maladie comme par exemple celle de Parkinson<sup>113</sup>.

Le but est ici de permettre une récolte de quantité énorme de données, puis ensuite, à charge des médecins, aidés par les capteurs avancés de l'appareil, d'analyser ces données, d'en tirer des conclusions et d'adapter les traitements des patients en fonction des résultats et des conclusions qu'ils ont pu tirer de ces données.

L'un des gros problèmes de la recherche scientifique est justement d'obtenir une masse suffisante de données afin de pouvoir en tirer des conclusions significatives, nous sommes là exactement dans la problématique de l'échantillonnage d'un groupe social (ou médical en l'occurrence).

Malgré le fait que ces études apportent des connaissances sur des maladies que nous ne maîtrisons que très peu, le monde médical a parfois du mal à centraliser et à pratiquer ce genre d'études : Patients trop éloignés les uns des autres ou de l'hôpital, étude qui nécessite des

---

<sup>112</sup> Framework OpenSource disponible sur [Github](#).

<sup>113</sup> Une demande d'interview sur un sujet a été effectué: La demande était attribué à Jeff Williams, Chief Operating Officer d'Apple.Inc.

Pour plus d'information, voir la partie "*Mission secondaire dans le rapport de stage*". (disponible en ligne sur le Google Drive de l'association, ainsi que l'annexe consacrée à cette demande d'interview à la fin de cette note.

intrusions dans la vie active du patient, manque de moyens techniques et humains, obstacles juridiques etc. La solution d'Apple répond à nombre de problématiques et permet une gestion plus fine, moins intrusive et beaucoup plus pratique des études de cas à grande échelle.

Pour se faire rien de plus simple, en tout cas aux Etats-Unis: Les patients volontaires doivent s'engager à utiliser les applications issues du canevas logiciel<sup>114</sup> *ResearchKit*, à y entrer des données et à consentir à l'utilisation de leur données dans le cadre de cette recherche, il est précisé dans la demande de consentement que ces données médicales personnelles seront partagées avec les médecins du programme (les chercheurs principaux), Apple (Chercheur secondaire<sup>115</sup>) et le patient. Ces données seront chiffrées, anonymisées et stockées dans les serveurs sécurisés de la firme.

Prenons par exemple, une des études qui pourraient nous intéresser dans le cadre d'un droit à la longévité et qui est soumise à ce schéma: Le programme de recherche *ResearchKit* pour la maladie de Parkinson via l'application "*mPower*".

Selon les données de la firme cette application a permis "de recruter plus de 10 000 participants" dont 9300 n'avait jamais participé à une étude médicale. Le but de cette application est d'étendre la connaissance des chercheurs sur la maladie de Parkinson, cette compréhension est assistée par les différents capteurs de l'appareil connecté, permettant de suivre l'évolution de la maladie et d'analyser les données récoltées en évaluant la dextérité, l'équilibre, l'allure et la mémoire du patient.

Cette nouvelle manière de faire de la médecine personnelle est possible aux États-Unis car la législation en matière de récoltes de données numériques est moins contraignante qu'en France.

Il est connu de tous, même des profanes, que les États-Unis possèdent un système de collecte des données personnelles plus que permissif<sup>116</sup>, malgré cela l'utilisation des données de santé reste protégée notamment quand elles concernent une utilisation médicale à proprement parler, c'est le Health Insurance Portability and Accountability Act<sup>117</sup>, qui permet un traitement équitable des

---

<sup>114</sup> En programmation informatique, un Canevas (*Framework*) est un ensemble cohérent de composants logiciels structurels, qui sert à créer les fondations ainsi que les grandes lignes de tout ou d'une partie d'un logiciel.

<sup>115</sup> Apple sera considérée comme "Chercheur secondaire" pour certaines études mais pas toutes.

<sup>116</sup> Pour plus d'informations sur le sujet, je vous invite à consulter la note juridique intitulée : "Récolte de données personnelles de santé: Enjeux juridiques" disponible depuis le 13 avril 2016 sur le [Google Drive de l'association](#). (Textes divers, textes universitaires)

<sup>117</sup> [Health Insurance Portability and Accountability Act](#)

données de santé entre les différentes branches de professions (médecins, pharmacies, assurances...)

Mais la règle principale concernant les recherches médicales (valable aux États-Unis comme en France) reste le consentement de la personne notamment en ce qui concerne les données de santé mais à la différence d'un pays comme la France, un simple consentement (sous forme électronique ou papier ) suffit.

En France, nous avons un régime juridique en matière de recherches scientifiques plutôt confus car les recherches sur la personne humaine sont sujettes à plusieurs sortes de régimes, un débat est d'ailleurs né à la fin des années 1980 sur le fait de savoir si la recherche sur la personne pouvait être affublée d'un intérêt personnel<sup>118</sup>. Ce débat introduit dans la loi une confusion entre la recherche non thérapeutique et la recherche thérapeutique car la loi met en avant le terme de “*recherche à finalité thérapeutique*”.

Si l'expression de recherche thérapeutique désigne bien souvent une recherche innovante, elle est plus considérée comme une thérapie que comme une recherche, tandis que la recherche non thérapeutique est considérée comme quelque chose supplémentaire que le protocole de test va demander à la personne.

Une réforme de la loi a été initié en 2004, puis en 2012<sup>119</sup> afin de mettre un terme à ces confusions mais la loi du 5 mars 2012 n'a toujours pas été promulguée, ce qui fait que la France se retrouve toujours sous le coup de la législation de 2004.

Dans le cadre de notre illustration “*ResearchKit*” nous allons alors parler de recherche biomédicale, cette recherche biomédicale est définie par le fait que les recherches pratiquées sur l'être humain sont faites en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales, elles sont réglementées par les articles L1121 et suivants du Code de la Santé publique, la lecture de plusieurs de ces articles est nécessaire pour déterminer la complexité du système français et en déduire la différence de traitement avec le système américain:

Article L1121 CSP: *Les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sont autorisées dans les conditions prévues au présent livre et sont désignées ci-après par les termes " recherche biomédicale ".*

---

<sup>118</sup> Loi Huriet-Sérusclat de 1988.

<sup>119</sup> Cette loi a apporté une nouvelle terminologie.

*Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas :*

*1° Aux recherches dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance ;*

*2° Aux recherches visant à évaluer les soins courants, autres que celles portant sur les médicaments, lorsque tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle mais que des modalités particulières de surveillance sont prévues par un protocole, obligatoirement soumis à l'avis du comité mentionné à l'article L. 1123-1. (...) La suite de l'article précise, comment ce protocole doit être mise en oeuvre, et avec quels mise en place de protection. (...)*

*La personne physique ou la personne morale qui prend l'initiative d'une recherche biomédicale sur l'être humain, qui en assure la gestion et qui vérifie que son financement est prévu, est dénommée le promoteur. (...)*

*La ou les personnes physiques qui dirigent et surveillent la réalisation de la recherche sur un lieu sont dénommées investigateurs. (...)*

Nous voyons donc à travers cet article (Complété notamment par les *articles L1121-1 et suivant, L1123-1 et L5311-1*) que la mise en place d'une recherche biomédicale sous-entend des mises en place de moyens énormes tant au niveau du suivi que de la protection des patients et qu'à priori le protocole *ResearchKit* tombe sous le coup de l'alinéa 1 de l'article L1121 du CSP.

Comme expliqué au début de ce paragraphe, à des fins de compréhension, nous n'étudions pas les autres conditions de mise en place d'une recherche biomédicale, mais il faut savoir que de nombreuses autres conditions doivent être obligatoirement remplies si des scientifiques veulent mener à bien une recherche biomédicale: Il faut que cette recherche biomédicale étende les connaissances scientifiques de l'être humain, que la recherche soit conçue de manière à minimiser les risques, que les données de recherches soient contrôlées par un comité de protection des personnes etc.

Quant bien même une recherche biomédicale serait mise en place avec l'aide du protocole *ResearchKit*, l'application du consentement, si simple aux États-Unis, serait-elle aussi simple sous l'égide de la législation française ? Ou viendrait-elle annihiler la simplicité de l'offre proposée ? Quel fond et quelle forme doit prendre un tel consentement ?

Nous retrouvons à nouveau (et comme aux États-Unis), le principe du consentement, ce principe se décompose en deux temps via l'application des articles L1122-1 et L1122-1-1 du Code de la santé publique.



Tout d'abord, il s'agit dans un premier temps d'appliquer une obligation d'une information préalable:

Article L1122-1: ***“Préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, l'investigateur, ou un médecin qui le représente, lui fait connaître notamment :***

*1° L'objectif, la méthodologie et la durée de la recherche ;*

*2° Les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme ;*

*3° Les éventuelles alternatives médicales ;*

*4° Les modalités de prise en charge médicale prévues en fin de recherche, si une telle prise en charge est nécessaire, en cas d'arrêt prématuré de la recherche, et en cas d'exclusion de la recherche ;*

*5° L'avis du comité mentionné à l'article L. 1123-1 et l'autorisation de l'autorité (...)*

Pour ensuite appliquer stricto sensu le consentement:

Article L1122-1-1: ***“Aucune recherche biomédicale ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, recueilli après que lui a été délivrée l'information prévue à l'article L. 1122-1.”***

Nous avons donc une nécessité d'une information préalable de la personne dont va découler un consentement libre, éclairé mais quant est-il de sa forme? Ici c'est encore une fois les articles L1122-1 et L1122-1-1 qui vont s'appliquer :

*“Les informations communiquées sont résumées dans un document écrit remis à la personne dont le consentement est sollicité. (...)”*

***“Le consentement est donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, attesté par un tiers. Ce dernier doit être totalement indépendant de l'investigateur et du promoteur”.***

Ces dispositifs sont valables pour les majeurs non protégés, des dispositions spéciales sont mises en place quand la personne est un majeur sous mesure de protection ou un mineur.

A la lumière de ces textes nous voyons bien que la réalisation d'une étude médicale utilisant des protocoles similaires à *ResearchKit* n'aurait aucune chance d'aboutir en France.

Cet exemple démontre que la mise en place de protocole qui pourrait bénéficier à des patients atteints de maladies neuro-dégénératives est tributaire de l'application d'une législation bien spécifique. Sans évolution du cadre normatif français, de telles possibilités sont de facto exclues, lésant donc une partie des patients malades, ceux domiciliés en France ou dans des pays adoptant

le même esprit législatif. Cette atteinte à la possibilité de tout faire en vue de lutter contre les maladies, y compris celles liées au vieillissement de la population pourrait être considérée comme une atteinte au droit à la santé et une atteinte à un futur droit à la longévité.

### Exemple 2 : La compétition mondiale comme moteur d'une législation plus moderne

Ici, il ne sera pas question d'argumentation légale à proprement parler mais plus de constatations qui conduiront à une ouverture de la réflexion juridique.

Nous l'avons vu tout au long de ce second chapitre, les législations peuvent être parfois très différentes entraînant des inégalités entre les citoyens du monde. Ces différences légales doivent être prises en compte en terme d'inégalité étatique empêchant un citoyen de bénéficier d'un traitement adapté, mais elles doivent être aussi prises en compte à d'autres niveaux, afin d'illustrer nos propos, deux exemples: Celui de la création d'un fossé technique entre les pays, et celui de la création d'un nouveau genre de dumping médical.

Le fossé technique entre les pays est quelque chose qui a toujours existé. Qui pourrait contester que, technologiquement parlant, la société américaine est plus avancée que la société vietnamienne, elle même plus avancée que la société nord-coréenne etc. Ces différences s'expliquent par l'Histoire du pays, la géographie, l'attribution de ressources etc. Ce qui va nous intéresser, c'est que ce fossé technique pourrait s'agrandir en avantageant directement certains pays au détriment des autres.

En effet, notre société est ainsi faite que les frontières sont devenues poreuses<sup>120</sup>, en tout cas dans les domaines associés à la matière grise. Grâce à internet, nous pouvons être connectés directement à des cultures, personnes, travaux universitaires... Tout en se situant à l'autre bout du monde.

Quoi que passionnante, l'histoire d'internet n'est pas le sujet de ce dossier, mais nous pouvons retenir qu'il s'agit de la plus grande abolition des barrières que le monde ait jamais connu, associée à la démocratisation des études supérieures, à la facilité de transports dûe à l'évolution des moyens de transports, vous obtenez là, la plus fabuleuse source de matière grise déplaçable de l'histoire.

Cette donnée, les pays développés qui voient leur ingénieurs, médecins, juristes, mathématiciens... s'envoler vers d'autres pays commencent à la prendre en compte mais cela a pris du temps.

---

<sup>120</sup> Sauf bien entendu pour les plus pauvres d'entre-nous...

Prenons l'exemple français: Si la France n'est pas le premier pays en terme de chiffre, à voir sa population travailler dans d'autres pays ou pour d'autres entreprises, elle a commencé à prendre des mesures incitatives afin de conserver sa matière grise et de la faire travailler de préférence pour des entreprises/collectivités/universités françaises afin de créer un protectionnisme économique qui ne dit pas son nom.

Sur ce sujet, un rapport du Conseil d'Analyse Économique daté du 17 mai 2016<sup>121</sup> préconise de mettre en place une stratégie nouvelle afin d'inciter les français partis travailler à l'étranger de revenir s'installer en France. En effet le CAE constate *“que la France "parvient moins bien que d'autres pays à retenir ses étudiants étrangers" après leur diplôme et que le parcours optimal serait de se former en France, de partir à l'étranger pour démarrer une carrière de haut niveau, puis de rentrer en France à l'âge où il faut payer les études pour ses enfants ou se soigner”*.

Il est donc nécessaire de prendre des mesures concernant ce sujet, le conseil préconise alors de *“mieux coordonner au niveau européen l'intervention publique en matière d'enseignement supérieur (...), de laisser les universités fixer librement les droits d'inscription pour les étudiants non communautaires, en leur offrant en contrepartie un accueil à la hauteur des frais exigés (...), d'améliorer la portabilité des droits à la retraite en centralisant l'information individuelle sur une seule plate-forme, en négociant des accords multilatéraux incluant des pays hors Union européenne”* (...)

Nous voyons bien que les gouvernements commencent à comprendre qu'il est extrêmement important de ne pas manquer la moindre opportunité car chacune pourrait coûter très cher dans la future compétition mondiale qui va se jouer. Deux petits exemples nous prouvent que si la France possède des personnes de talents avec des idées révolutionnaires, elle n'arrive que très rarement à les exploiter correctement.

En effet, peu de personnes savent que l'un des smartphones les plus connus et vendus de la planète est à l'origine, issu de la recherche d'une petite équipe française dirigée par Jean-Marie Hullot, Docteur en sciences informatiques de l'Université de Paris-Orsay<sup>122</sup>.

Dans un domaine un peu plus proche de nous, peu de personnes savent que le séquençage du génome humain dont la finalisation remonte à 2003 est en réalité issu de recherche française.

C'est en effet au début des années 1990 qu'une équipe de chercheurs français basée au Génomique d'Évry dans l'Essonne travaille au séquençage de notre ADN à travers la mise au point de la carte génétique. Cette équipe de chercheurs bien que sur la bonne piste, a besoin de plus de moyens et de temps pour finaliser ses recherches, l'équipe se tourne alors vers le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche afin de faire valoir ses atouts et demander un

---

<sup>121</sup> [Rapport du CAE](#).

<sup>122</sup> [Ce Français qui a inspiré l'iPhone](#)

financement en adéquation avec la révolution qui s'annonce. Refus catégorique du ministère qui estime que ces recherches sont dangereuses et contraires à toute éthique<sup>123</sup>, ces recherches tombent en peu à peu en disgrâce jusqu'à ce qu'un biotechnologiste américain, Craig Venter, visite les laboratoires de l'équipe, et voit tout le potentiel de ces recherches. Il décide donc de reprendre les recherches et de les financer. Après 10 années de recherches et 3 milliards de dollars dépensés, le séquençage du génome humain est une réalité américaine... à ascendance française.

L'avenir nous dira si la frilosité du monde scientifique et académique français a fait perdre à la France plus qu'une précieuse avance dans les prochaines révolutions qui s'annoncent mais elle a d'ores et déjà perdu la bataille de la communication intellectuelle et du leadership en matière d'innovation<sup>124</sup>, et à l'heure où la planète ne fonctionne qu'à base de technologies et d'inventions disruptives<sup>125</sup> ce conservatisme risque de lui coûter cher, très cher.

Cet exemple illustre parfaitement le premier fossé dont nous parlions, si les gouvernements et les législateurs ne font pas preuve d'une ouverture d'esprit renouvelée et d'une vision politique, économique, légale et sanitaire nouvelle, la question d'une augmentation de la longévité de l'homme, son encadrement et son accès pourrait se voir considérablement réduite pour certains individus ayant eu la chance de naître dans un environnement propice à l'innovation technologique, sanitaire et sociale mais dont les représentants politiques et législatifs n'arborent aucune vision d'avenir.

Cet argument fait partie de la litanie de raisons qui devraient pousser les juristes à réfléchir globalement<sup>126</sup> à des solutions concertées afin de prévenir tout dumping intellectuel (que ce soit sur la place du vieillissement au sein des sociétés ou plus globalement sur la place à réserver aux nouvelles technologies et au transhumanisme).

Mais ce dumping intellectuel n'est pas l'unique argument en faveur d'une réflexion globale, il y a aussi la question de l'accès aux soins pour tous.

---

<sup>123</sup> La place de la bioéthique et son implication dans le développement des nouvelles technologies pourraient faire l'objet d'une note juridique à elle toute seule.

<sup>124</sup> Pour plus d'informations sur ces sujets: Wikipédia de [Craig Venter](#),. *La mort de la mort* de Laurent Alexandre. "Partie IV Une Biopolitique pour encadrer le futur". Paragraphe "Le gâchis français"

<sup>125</sup> Bouleversement complet d'un champ d'activité donné: C'est par exemple la voiture qui remplace le cheval.

<sup>126</sup> À l'échelle mondiale, régionale, étatique ??

Chaque pays profite des faiblesses des autres pour assouvir les fantasmes, désirs ou envies de l'Homme et ainsi prospérer:

-Les Pays-bas profitent d'une clientèle friande de prostituées et de cannabis en légalisant la prostitution et la consommation de drogue douce.

-Le Luxembourg profite de l'avarice des plus fortunés avec sa stratégie de dumping fiscal et de réduction de l'impôt sur les sociétés.

-L'Iran profite de ses taux avantageux quant à l'application d'une médecine reconstructrice/amélioratrice de qualité pour les touristes friands de chirurgie esthétique et de soins dentaires

(...)

Le dumping social, sexuel, récréatif et médical est déjà une réalité mais si nous pouvons nous dire que les petits arrangements avec les législations en matière de soins dentaires et de consommation de drogue douce peuvent être tolérables, à partir du moment où ces arrangements concernent l'espérance de vie et le vieillissement en bonne santé, le dumping sera beaucoup moins bien accepté par les populations.

Nous n'en sommes pas encore là, mais il est de notre devoir de ne pas répéter les erreurs du passé et de ne pas faire comme les différents gouvernements français, c'est à dire mettre des oeillères pour ne pas voir les bouleversements à venir et éviter de réfléchir à des problèmes épineux, il est donc nécessaire d'amorcer une réflexion de manière à bien anticiper le virage de l'augmentation de la longévité humaine. (Après tout c'est le propre de ce dossier).

En effet, dans un climat où les populations s'accommodent de plus en plus mal des inégalités, nous voyons bien le danger à laisser prospérer le dumping longéviste: Une inégalité sociale extrême entre ceux qui auront les moyens de s'offrir des voyages dans des pays où la législation permet l'application de thérapies et traitements dernières générations afin d'augmenter sa longévité et de vivre son vieillissement en bonne santé et ceux qui ne pourront pas s'offrir un tel luxe, une partie de la population va pouvoir vivre une vie riche, dictée non pas par des impératifs biologiques, mais par un désir hédoniste de vivre sa vie comme elle l'entend et au rythme auquel elle l'entend, tandis que le reste de la population sera condamné à vivre moins longtemps, en moins bonne santé, et condamné à suivre des impératifs biologiques pourtant franchissables par d'autres, par ailleurs cette forme de dumping longéviste est une possibilité envisagée par certains<sup>127</sup>, c'est donc un impératif éthique, juridique et démocratique que de réfléchir à des

---

<sup>127</sup> [Fight Aging: Developing the Art of Group Buy Medical Tourism: 100 People Traveling to Pay \\$10-20,000 for a Rejuvenation Therapy.](#)

solutions qui permettront l'application d'un droit à la longévité pour tous et non pour quelques riches privilégiés car l'essence d'une société démocratique est de favoriser au maximum les chances de réussite et de vivre une vie riche pour chacun.

La mise en avant d'une meilleure égalité entre les citoyens est in fine ce qui motive les intentions des internationalistes juridiques, une application uniforme d'une loi admise par tous et pour tous afin que chacun puisse bénéficier de droits égaux.

Mais clairement cette vision romantique du droit international cache une réalité, qui comme nous l'avons noté dans l'introduction, est bien loin des fantasmes des internationalistes, dans un tel cas de figure est-ce bien nécessaire de continuer à vouloir une harmonisation légale ?

La réponse est positive car si un relâchement de cette politique devait avoir lieu, nous nous retrouverions dans une société où le mot dumping ne saurait désigner une exception mais la norme légale. Imaginez ce que cela pourrait engendrer: Économie étatique à la merci de quelques sociétés privées, protection étatique trop ou pas assez forte, inégalités croissantes y compris au sein d'une même zone économique (UE, MERCOSUR...), politique d'incitation au dumping en faveur des seules classes aisées (et donc dominantes) etc.

Si aucune solution ne saurait être trouvée ici en ce qui concerne l'harmonisation juridique à un niveau supra-étatique, il n'en reste pas moins que cette dernière représente un potentiel immense en terme d'accès aux droits pour tous et notamment en ce qui concerne un droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé.

### Une véritable reconnaissance vraiment ?

Cette première partie avait pour but de démontrer en quoi droit à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé pouvait être bénéfique pour toute l'humanité, pourquoi un tel droit est une nécessité commandée par l'évolution de la science, des progrès techniques et de la nature et comment peut-on déjà réfléchir à une fondation de ce droit simplement en adaptant nos outils juridiques.

Malheureusement impossible d'être exhaustif dans un tel document, mais d'ores et déjà de multiples champs interrogatifs vont devoir être résolus par le monde juridique, nous pouvons citer la place de la bioéthique et son implication dans le développements des nouvelles technologie, la question de l'impact des brevets concernant des produits pouvant faire vivre les personnes en meilleure santé, que ce soit au niveau des prothèses types Coeur Carmat, des pacemakers, ou bien des médicaments, comment la propriété intellectuelle et le droit de propriété des prothèses vont-ils s'accommoder de la mort du patient ? Pourra-t-on hériter des prothèses de son ascendants ? Les études sur la mise en place des protocoles de recherches médicales à travers le monde et en France...

Les questions qu'elles soient en rapport ou non avec le vieillissement de la population sont multiples et devront être résolues d'une manière ou d'une autre par la sphère juridique.

Maintenant que nous avons démontré que le droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé doit, à défaut d'être reconnu immédiatement, être une priorité juridique absolue afin que les sociétés humaines puissent s'émanciper d'avantage, pouvons nous aller encore plus loin? Pouvons nous consentir au fait que le droit pourrait envisager de traiter le vieillissement comme une maladie ? Pouvons nous, en vertu d'un droit global à la santé, à la longévité et au vieillissement en bonne santé consentir à ce que le vieillissement "obscur"<sup>128</sup>, c'est à dire néfaste pour l'Homme soit de facto considéré comme une maladie ?

---

<sup>128</sup> Vision du vieillissement s'opposant au vieillissement en bonne santé énoncée dans la partie "*L'allongement de la longévité ou une nouvelle étape de la vie*".

## PARTIE II : La Classification Internationale des Maladies ou l'ouverture potentielle d'une reconnaissance normative du vieillissement comme maladie

*“La vieillesse est un naufrage.”*

*Chateaubriand, Mémoires d'outre-tombe.*

### Chapitre I : Qu'est ce qu'est la Classification Internationale des Maladies de l'OMS ?

L'ADN même de l'Organisation Mondiale de la Santé est de promouvoir activement la recherche d'un bien être matériel et sanitaire pour tout être humain. Ce bien être passe par une optimisation maximum:

- De l'espérance de vie.
- De la qualité de vie.
- De la qualité des systèmes de soins.
- De la lutte contre les maladies.

...

En effet, la définition de la santé selon l'OMS est *“la recherche d'un état complet de bien être physique, mental, social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité”*<sup>129</sup>.

Si cette recherche d'un état complet de bien être physique, mental et social ne passe pas seulement par l'absence de maladie, cette dernière reste une composante essentielle à la recherche de ce bien être, il est donc dans l'ordre des choses que l'OMS recherche à acquérir le plus de connaissances possibles sur les maladies qui entourent l'homme et il est dans l'ordre des choses de vouloir circonscrire ces maladies qui, de part leur nature, nuisent au bien être de l'Homme.

---

<sup>129</sup> Charte de l'OMS



En vue de la réalisation de cet objectif, l'OMS a mis au point une Classification Internationale des Maladies (CIM) ou "*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*" (ICD) en anglais.

Cette classification est reconnue comme étant "une norme internationale permettant de rendre compte des données de mortalité et de morbidité<sup>130</sup>".

Elle est extrêmement importante afin dans la lutte contre les maladies car elle permet de donner une vision d'ensemble sur des sujets précis comme la prise en charge des soins, l'allocation des ressources de la recherche, la prévention et le traitement d'une maladie spécifique etc, elle permet aussi de se rendre compte de l'évolution du bien être d'une population donnée.

La Classification Internationale des Maladies permet donc de donner une vision d'ensemble et globale de l'état sanitaire d'une population, d'un pays, d'un groupe d'individus en vue de leur apporter une qualité de soin maximum.

Si CIM est utilisée par des professionnels de santé, médecins, infirmières, chercheurs... elle est aussi utilisée par les États membres de l'OMS afin d'appuyer leur politique sanitaire, et c'est en cela qu'elle est vitale pour notre analyse.

En effet, si la CIM fournit une sorte de langage commun en matière sanitaire pour tous les pays membres, elle fournit aussi une plate-forme sur laquelle un État peut ou non s'appuyer car elle oriente aussi vers des pistes de réflexion destinées à construire une future politique de santé.

En vue de la réalisation de sa mission, tant pour les professionnels de santé, que pour les gouvernants, l'OMS révisé régulièrement sa classification dans l'optique de mieux refléter les progrès accomplis en matière d'avancement médical.

À l'heure actuelle, quand les professionnels de santé ou les États veulent s'appuyer sur la CIM, ils s'appuient sur la CIM-10<sup>131</sup>, cette dernière est une version complète de la classification. Mais afin de refléter concrètement l'évolution sanitaire de la planète, celle-ci devra évoluer, c'est pour cela que des mises à jour futures sont prévues.

En effet, une 11ème version est en cours de rédaction par l'OMS avec l'aide de nombreux professionnels de santé: Une version alpha et une version bêta ont respectivement été soumises au public en juillet 2011 et mai 2012, depuis l'ensemble des individus intéressés a accès à un brouillon de la CIM-11 Beta dont la dernière version dite "Gelée" date du 31 Mai 2015 (ICD

---

<sup>130</sup> FAQ de l'OMS au sujet de la Classification Internationale des Maladies.

<sup>131</sup> CIM-10 ou ICD-10.

*Beta Draft Frozen 05-31-2015*). Une version définitive sera présentée en mai 2018 devant l'assemblée annuelle de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Étant donné qu'un État a des ressources limitées et qu'il n'est pas forcément impacté au quotidien par certains types de maladies, certains États vont donc axer leur politique sanitaire en fonction de leurs lacunes mais aussi de leur exposition à un problème sanitaire donné. Si l'ensemble des États n'est pas concernés par tous les problèmes sanitaires relevés par l'OMS dans la CIM, tous les États seront confrontés un jour ou l'autre au phénomène du vieillissement de leur population, cela est déjà une réalité en Allemagne, au Japon ou encore en France.

Il s'agira donc dans cette seconde partie d'étudier comment la dernière version du brouillon de la CIM-11 va se comporter avec la problématique du vieillissement de la population. Pour ce faire il est nécessaire de comprendre que la classification des maladies est une norme mouvante avant de s'interroger sur le fait de la prise en charge de la problématique du vieillissement par la nouvelle version CIM-11.

Attention, la version qui sera étudiée n'est pas encore rentrée en vigueur.

L'OMS, dans sa documentation, précise que la version "*Draft*" du 31 mai 2015 ne peut être utilisée par les États/professionnels de santé qu'à des fins de recherches et de réflexions mais non pour construire une véritable politique sanitaire ou constituer des protocoles médicaux définitifs nous serons donc encore une fois dans la projection de ce qui pourra être réalisé dans le futur.

Encore une fois, le but ici n'est pas de trancher un débat scientifique tel que celui de savoir si le vieillissement doit être biologiquement considéré comme une maladie. Nous n'avons aucune autorité et encore moins de compétences scientifiques pour le faire.

L'objectif sera donc d'apporter une réflexion pour tenter de comprendre si ce débat, d'un point de vue juridique, est possible et acceptable dans un futur proche, et dans le cas contraire, l'objectif sera de poser les bases d'une réflexion pour permettre ce débat et d'anticiper les changements futurs tout en préservant l'intégrité de tous<sup>132</sup>.

---

<sup>132</sup> Comme depuis le début de ce dossier juridique.

## Chapitre II: Classification Internationale des Maladies: Classification en perpétuel mouvement.

Si aucun obstacle ne vient troubler la quiétude de l'OMS, en mai 2018, son Assemblée Générale adoptera la 11ème révision de la CIM, la nécessité de révision correspond aux évolutions sociales, médicales, scientifiques et juridiques des sociétés. Comme nous l'avons vu précédemment lorsque nous évoquions le droit des animaux, la société évolue sous l'impulsion de nouvelles idées engendrées par les découvertes scientifiques, l'évolution des moeurs sociales et juridiques... ce qui influence directement sur notre rapport global à la lutte contre les maladies. Un exemple parmi d'autres, serait qu'entre 1970 et 2016, notre regard a changé en ce qui concerne les maladies dues à la pollution atmosphérique, ce changement de regard est dû à l'influence croissante de l'écologie dans nos vies, aux découvertes scientifiques quant aux ravages que provoquent les cancers des poumons, à la découverte de l'existence de particules fines etc.

Prenant en compte cette donnée, bien malin celui qui déterminera si tel comportement, fait ou action engendré par l'Homme sera inclus dans le futur au sein de la CIM car tout comme la société, la norme établie par l'OMS est une norme changeante au gré des époques, moeurs et avancées scientifiques.

À l'heure actuelle, la reconnaissance comme une maladie du vieillissement et des affres qu'il engendre reste complexe et très discutée parmi la communauté scientifique mais il n'est pas interdit de penser que sur la base de réflexions autour des maladies neuro-dégénératives liées au vieillissement, cette reconnaissance soit effective dans un futur proche.

Toujours dans l'optique de notre fil rouge<sup>133</sup>, une réflexion juridique prospective accompagnant la CIM-11 est une nécessité afin de ne pas se retrouver avec un droit courant après les évolutions techniques et sociales<sup>134</sup>.

Mais avant de se poser la question de savoir si une telle réflexion est une chose envisageable, interrogeons-nous d'abord sur ce qu'est une maladie ?

---

<sup>133</sup> Penser un droit à la santé, au vieillissement en bonne santé et à la longévité.

<sup>134</sup> Comme se fût le cas pour l'informatique, les droits d'auteurs, la propriété intellectuelle, le droit des minorités ethniques et sexuelles etc.

Une maladie est "*l'altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para-cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement*"<sup>135</sup>."

Une maladie se reconnaît à un ou à plusieurs critères réunis qui permettent son identification formelle. Ceux-ci sont déterminés par les sociétés savantes et les grands organismes sanitaires internationaux<sup>136</sup>.

Ces critères peuvent changer en fonction des progrès des connaissances médicales, de l'évolution des mœurs et du cadre juridique.

Le diagnostic formel d'une maladie peut reposer sur l'isolement d'un agent causal (le bacille tuberculeux, par exemple), sur la constatation et la localisation d'une lésion macroscopique ou microscopique (tissu cancéreux), dans la détermination d'un problème psychique...

Dans certains cas, il n'existe pas de critères formels. Le diagnostic est alors déterminé d'après un ensemble d'anomalies cliniques, biologiques, morphologiques mais peut rester incertain.

Il existe de nombreux facteurs différents pouvant entraîner l'apparition d'une maladie.

Ces facteurs peuvent être aussi bien internes qu'externes à l'organisme.

La présence d'un facteur interne n'exclut pas celle d'un facteur externe, et inversement. Ainsi de nombreuses maladies résultent d'une combinaison des facteurs<sup>137</sup>:

- Facteurs chimiques
- Facteurs économiques
- Facteurs sociaux
- Facteurs psychologiques
- Facteurs biologiques
- Facteurs environnementaux

Prenant en compte ces données, nous pouvons voir que certains facteurs peuvent être totalement extérieurs à l'intégrité physique/psychique de l'individu mais dans même temps, contribuer au classement de ce dernier dans la catégorie des "malades", ce fut le cas par exemple pour les individus homosexuels, catégorisés pendant des décennies comme des "malades mentaux".

---

<sup>135</sup> Larousse Médical

<sup>136</sup> Dont l'OMS, organisme au coeur de notre travail.

<sup>137</sup> Tout comme l'apparition de la dépendance d'ailleurs

En 1990, avec 17 ans de retard sur l'association des psychiatres américains<sup>138</sup>, l'OMS retire de sa Classification Internationale des Maladies, l'homosexualité.

Cette préférence sexuelle n'est donc plus considérée à un niveau international comme une maladie mentale, de facto elle n'est plus traitée par le corps médical comme une déviance du corps et de l'esprit qu'il fallait guérir<sup>139</sup>, l'OMS inscrit alors dans la norme médicale internationale l'homosexualité comme un comportement valide et non plus comme une déviance psychique.

L'évolution du traitement de l'homosexualité est donc récente, elle démontre que les lignes médicales sont mouvantes, ne restant pas figées à la lueur des découvertes médicales et sociales. Nous pouvons donc affirmer que l'évolution du classement de certains phénomènes comme maladie ou au contraire comme comportements normaux varie au fil des époques, et si la suppression de l'homosexualité de la Classification Internationale des Maladies a été effectuée dans les années 1990, pourquoi ne pas imaginer un schéma a contrario avec une inscription du processus de vieillissement comme une maladie dans les années futures ?

### Chapitre III: Le traitement du vieillissement au sein de la C.I.M ou la fragile et timide reconnaissance du processus comme maladie

#### Intérêts scientifiques, prudence juridique

Alex Zhavoronkov, Aubrey de Grey, Liz Parish... De nombreux scientifiques travaillent sur le vieillissement, sur son implication, sur ses conséquences et sur le fait qu'un jour, nous serons peut être amenés à vivre quelques siècles... dans un tel cas, les scénaristes de la suite du jeu vidéo Mass Effect devront revoir leurs priorités<sup>140</sup>.

Cet intérêt pour l'accroissement de la longévité, nous l'avons retrouvé tout au long de ce dossier. En effet, il a été démontré qu'une telle possibilité passe par l'élaboration concrète d'un droit à la longévité et au vieillissement en bonne santé pour tous et comme nous l'avons vu, cet intérêt se retrouve aussi au sein des préoccupations de l'OMS à travers l'instauration de son projet

---

<sup>138</sup> Le 15 décembre 1973, l'American Psychiatric Association décide de rayer l'homosexualité de sa liste des maladies mentales: Histoire des droits LGBT aux États-Unis.

<sup>139</sup> À la vue des discriminations envers les homosexuels dans de nombreux pays du monde, le chemin de la tolérance est encore long.

<sup>140</sup> Voir l'introduction.

stratégique concernant le vieillissement mais aussi, et nous allons le voir, cet intérêt se retrouve au sein de la CIM.

En revanche, il nous faudra être très prudent dans le développement qui va suivre, car comme nous l'avons vu, cette classification est mouvante et la route jusqu'en 2018 est encore longue, les choses peuvent encore changer d'ici là, nous nous garderons donc d'asséner des vérités qui ne seront peut être plus valides d'ici quelques années, nous retrouvons donc en quelque sorte notre prudence de juriste mais tout en n'oubliant pas de faire preuve d'ouverture d'esprit.

Intéressons-nous d'abord à ce que contient la version actuelle et définitive de la CIM, c'est à dire la CIM-10 avant de se pencher sur les changements que pourrait contenir la 11ème version.

### Le manque de considération pour le vieillissement de la CIM-10...

En ce qui concerne le vieillissement, il faut souligner le fait que la version actuelle de la Classification Internationale des Maladies, dans sa version CIM-10 contient une triple particularité qui ne soutient pas réellement avec un franc enthousiasme la prise en compte du vieillissement comme une maladie.

Premièrement, la version CIM-10 R54 ne prend pas en compte le terme de “*vieillissement*” en lui même, mais une autre notion connexe, celle de “*sénilité*”. Cette notion de “*sénilité*” nous la retrouvons au chapitre 18, section “*symptômes, signes anormaux cliniques et médicaux ne pouvant être catégorisés autre part*<sup>141</sup>”. Cette classification traduit justement un profond manque de considération car cette catégorie est considérée par la communauté scientifique comme une catégorie “*poubelle*” de la CIM où l'OMS place des définitions cliniques et médicales ne pouvant pas figurer dans une catégorie mieux définie faute de précision des notions elles mêmes.

Deuxièmement, ce concept de sénilité est considéré comme le concept principal, la notion de “*vieillesse*” en tant que telle ne se retrouve pas dans la CIM. En effet, la seule notion pouvant s'en rapprocher se trouve dans la CIM-10 dans la partie R54 est celle de “*vieillesse*” (old âge en anglais).

Qui plus est quand nous regardons la place attribuée à cette notion “*vieillesse*”, nous nous apercevons que cette notion est simplement affiliée et incluse dans ce concept principal. Il est donc intéressant de noter que le terme principal pour définir les dégénérescences liées à la

---

<sup>141</sup> Pour être précis : “*Chapter XVIII International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016. Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R99). General symptoms and signs (R50-R69)* [ICD-10 2016](#)

dégradation du corps et de l'esprit humain n'est ni le terme de "*vieillesse*" ni le terme de "*vieillesse*" mais le terme de "*sénilité*" qui regroupe sous son nom "*la détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée*<sup>142</sup>." Tout ceci accentue les difficultés d'appréhension du concept que nous relevions dès l'introduction...

Dernièrement, le concept satellite de *fragilité* n'existe même pas dans cette version de la CIM alors que celui-ci, malgré ses multiples définitions, reste un concept important pour la prise en charge quotidienne des personnes âgées.

La prise en charge du vieillissement se résume donc dans la CIM-10 au fait:

- Que la notion de vieillissement n'est pas précisée et que celle qui lui est substituée, la "*vieillesse*", est reléguée comme une notion incluse dans le concept de sénilité, entraînant, un véritable mic-mac normatif et médical.
- Que la notion même de fragilité n'existe pas (par ailleurs, aucun terme équivalent n'est inclus dans la partie R54 de la CIM-10)
- Que le tout est englobé dans une catégorie considérée par les scientifiques comme une catégorie poubelle... On a donc vu mieux en terme de reconnaissance.

...pourrait induire des changements limités dans la future CIM-11

Mais heureusement, les choses ont commencé (légèrement) à changer. En effet, si nous nous basons sur la version préliminaire du 31 mai 2015 de la CIM-11, nous pouvons noter une triple modification :

- Tout d'abord, nous retrouvons avec une inversion des catégories: La notion définie en tant que catégorie principale n'est plus "*la sénilité*" (*senelity*) mais "*la vieillesse*" (*old age*), ce dernier terme est donc reconnu comme catégorie à part entière et non comme un terme affilié à la catégorie.
- Ensuite, le terme de "*vieillesse*" (*Ageing* ou *Aging*), bien que n'étant pas la dénomination de la catégorie principale, figure dans l'index de cette catégorie.
- Et enfin, le concept de "*fragilité*" fait son entrée en tant que "*terme spécifique*" inclus dans la notion de *vieillesse* (au même titre que le vieillissement).

---

<sup>142</sup> Définition du Larousse.

Nous sommes donc en face d'un changement préliminaire de tendance car le terme de *vieillesse* est enfin reconnu, peut être que la prochaine révision va désigner (enfin) le terme de *vieillesse* en tant que dénomination principale.

Quant au concept de fragilité, celui-ci est inscrit en tant que tel dans la CIM mais ce changement de forme ne supprime pas le fait que le classement de la vieillesse dans l'organigramme de la CIM reste marginal.

En effet, nous pouvons noter que les trois notions clés de *vieillesse*, de *fragilité* et de *vieillesse* sont toujours inscrites dans la CIM comme étant des "*symptômes, signes anormaux cliniques et médicaux ne pouvant être catégorisés autre part*". Le manque de considération pour ces notions est toujours d'actualité, mais pouvons-nous jeter la pierre à l'OMS concernant ce manque de considération ?

La réponse ne saurait être tranchée car malgré le fait que la problématique du vieillissement de la population nécessite une prise en charge innovante et mondiale, l'inscription de cette problématique à l'ordre du jour des grands défis mondiaux ne suffit pas à faire oublier la complexité de leurs définitions médicales précises:

Comment une institution chargée d'établir des normes internationales en matière de santé (fût-elle composée de spécialistes médicaux et de juristes) peut légiférer sur des normes sanitaires si dans le même temps, la communauté scientifique ne semble trouver aucun consensus sur ces questions ?

Ce problème insoluble nous ramène encore une fois aux interrogations et difficultés posées au début de ce dossier:

Concernant la fragilité:

Nous avons déjà défini ce phénomène quand nous nous intéressions aux "*notions satellites*" qui gravitent autour de la notion de vieillissement<sup>143</sup>, nous devons préciser que la notion de fragilité ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle, précise et adoptée par l'ensemble du corps médical, sociologique et éthique car cette notion fait appel à de multiples approches médico-sociologiques différentes, ce qui tend naturellement à une multiplication de ses appréhensions possibles.

En revanche, il ressort que la fragilité pourrait être dans un certain sens, reconnue comme un stade préliminaire de la dépendance (qui elle se détermine comme étant la perte partielle ou totale d'autonomie de l'individu), ce qui signifierait que la naissance de la fragilité chez

---

<sup>143</sup> Voir Partie I. Chapitre 1. "*Un changement de paradigme venu d'en haut*"



l'individu est symbolisée par le commencement d'une dégradation physique ou mentale de la personne.

Mais malgré ce que nous venons d'énumérer, le consensus n'est pas entier sur ce qu'engendre concrètement la fragilité et de facto, cette notion n'est pas assez précise pour faire sortir le traitement du vieillissement de l'ornière de la catégorie "*symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified*" dont l'a affublé l'OMS.

*The Last but not least*<sup>144</sup>, la notion de vieillissement (ou de vieillesse) quant à elle est trop vague et trop personnelle pour être catégoriser par un consensus normatif et scientifique comme une maladie. En effet, nous avons noté dès l'introduction de ce dossier, combien il était difficile de définir précisément le vieillissement, sans compter que comme nous l'avons vu, tout le monde ne vieillit pas à la même vitesse, et c'est dans ce constat que le monde juridique et le monde scientifique se rejoignent.

### La refonte de l'angle d'attaque : Préalable nécessaire à toute reconnaissance normative du vieillissement en tant que maladie ?

Nous ne prétendons pas résoudre à travers ce dossier, le conflit médico-juridique très pointu qu'est l'inscription ou non du vieillissement en tant que maladie. Tout d'abord parce que l'auteur de ces lignes n'a pas les connaissances scientifiques pour se pencher avec acuité sur le volet scientifique, et que d'autre part, l'aspect juridique ne saurait être tranché sans une connaissance approfondie des implications juridiques que pourraient avoir une telle reconnaissance.

Mais toujours est-il qu'en guise d'ouverture sur cette seconde partie, nous pouvons reprendre un instant un cheminement purement juridique:

Le droit ne supporte pas l'incertitude des fondations sur lesquelles il repose. Afin de vérifier cela, adoptons la méthode de la métaphore.

La matière légale peut être vue comme un immeuble sur lequel repose naturellement des fondations, si ces dernières sont solides, les différentes attaques que le bâtiment subira ne l'ébranleront que très peu, il sera juste nécessaire d'entretenir ses fondations et de les adapter à l'époque. Cette image pourrait être celle de la loi relative à l'informatique du 6 Janvier 1978 qui a tellement été bien rédigée qu'elle n'a nécessité que des modifications mineures en vue de son adaptation au monde des technologies numériques.

---

<sup>144</sup> *Le dernier mais non le moindre.*

En revanche, si les fondations de cet immeuble repose sur un terrain inondable, le risque est qu'en cas d'inondation, l'immeuble s'écroule. Juridiquement, cet exemple pourrait être personnifié par l'application de la première loi sur le harcèlement sexuel en France, dont les fondations juridiques n'ont pas résisté au contrôle du Conseil Constitutionnel.<sup>145</sup>

Avec cette double métaphore, nous pouvons en conclure qu'un cadre légal qui repose sur des notions imprécises ou non correctement définies par les spécialistes dont elles dépendent, ne peuvent assurer la soutenances d'un cadre légal pérenne, consensuel et applicable à tous.

Cette constatation s'applique à notre problématique de la reconnaissance du vieillissement comme maladie par la norme internationale de l'OMS et elle s'applique d'autant plus que cette norme est une norme dite internationale car elle concerne plusieurs États.

Si nous ne pouvons pas faire l'économie d'une norme juridique reposant sur des notions définies d'une manière précise à l'échelle d'un État, a fortiori, nous ne pouvons faire l'économie d'un tel niveau de précision à une échelle internationale. Ce manque de précision et de définition des notions de "*vieillesse*", de "*vieillesse*" et de "*fragilité*" ont poussé certains scientifiques travaillant dans le domaine de la longévité à penser que pour arriver in fine à une telle reconnaissance, il faudrait changer d'angle d'attaque.

Ce changement d'angle d'attaque pourrait se traduire par un changement de la terminologie utilisée pour soutenir une telle entrée dans la CIM-11, il ne s'agirait plus d'inscrire dans cette dernière le terme de "*vieillesse*" (ageing/aging) ou de "*vieillesse*" (old age) mais plutôt de changer de terme pour quelque chose de plus fédérateur et plus précis, cet axe de réflexion est celui évoqué par plusieurs scientifiques de renom travaillant sur le sujet notamment Darya Khaltourina ou Alex Zhavoronkov.

Cette réflexion quant à l'émergence d'un consensus médical, scientifique et juridique autour d'une notion regroupant tout les affres du vieillissement tout en englobant ce dernier est à mon sens **un pré-requis obligatoire à la classification de ce que le vieillissement induit comme maladie**. Un tel consensus serait alors l'antichambre d'une reconnaissance véritable de ce qu'induit le vieillissement par la norme internationale CIM au lieu d'être cantonné à une catégorie mineure.

---

<sup>145</sup> [Décision n° 2012-240 QPC du 4 mai 2012.](#)

## Conclusion :

Notre étude juridique s'achève sur cet appel au consensus. Tout au long de l'écriture de ce dossier, j'ai pris beaucoup de plaisir à faire des recherches, à réfléchir sur les différentes notions, juridiques ou non et à rédiger cette note, j'espère donc que vous avez pris autant de plaisir à la lire que moi à l'écrire.

L'objectif principal de cette création pour l'Association Française Transhumaniste -Technoprog était de venir appuyer d'une manière juridique l'argumentaire des longétivistes, j'espère que les réflexions contenues dans ce dossier seront utiles à ces derniers et qu'elles pourront aussi être approfondies dans l'avenir.

## Tables des annexes

### Annexe 1: Présentation du début de stage devant M. Coeurnelle et les membres de l'association HEALES (en version originale)

Hello everybody, I want to introduce myself, my name is Hadrian and I'am french law student in Master 2 at Paris-Saclay University; my degree's specialisation is in Health's and biotechnological law and it's through this master that I'am doing my internship in the FTA-Techno-prog association.

In advance, I wanna make you apologize to introduce my purpose in front of you with notes, but english isn't my mother language and I really don't want misleading you. Before speaks further about my presence here, I want to thank you for your welcome here, and most particularly I want to thank my internship's supervisor Mr Didier Coeurnelle, who was rather kind to take me into the FTA like an internship.

So, it's during my internship that Didier asked me if I was interested to come at one of HEALES meeting to introduce a kind of sneak peak of my futur internship's report.... And it's naturally I've say what I will glad to participated at his meeting in the European capital, so sadly injured like Paris before her... Despite that my presence here have a specific purpose : introduce my futur works.

Even, if we are in Belgium, I must to quote a french writer, Chateaubriand, who in his autobiography "*Mémoires d'outre-tombe*" announced "*the old age is a collapse*". This quotation is from the nineteenth century but sadly, it's still sound quite contemporary.

How approach the old age ? What will be the consequences of our own age in our life's path ? What diseases could I develop ? What answers will be bring by the society ? Questions are endless.

Even, if these questions are interesting, they doesn't approach ageing by a legal's point of view, and it's exactly on this theme what I hope to bring a small contribution.

Indeed, my internship will be a reflexion about the possibility to consider ageing like a disease but in a legal point of view...To do that, I must demonstrate, throughout this work, that the ageing is today shows like a common situation, a kind of natural condition against we are unable to do anything.

Let's thinking about the ageing today... In fact, this process of life is the purpose of multiples economics contracts... You just need to consider the ludicrous numbers of products with medical application or not which promising you a better skin, stop hair's drop or revitalise your strength...

And I don't speak about numbers of chirurgical operations which are available to make look younger...

Despite that, all of this stuff, all of this products are 100% marketing and 100% superficial because they don't give a real answer for a curative treatment against ageing... :

You can be seventy years old with the better skin in the world, this will not stop your old age's degenerative diseases.

These options hide just the real problem but despite that, you are aware that a lot of researches are in progress, in first hand, to increase our life expectancy, and on the other hand, a large part of our elders, parents, grandparents etc lives better than we would have been able to hope. This better life is the combined results of developing Specialised geriatric pole, building a personalized medicine which is design specifically for itself, or creating an all new brand of artificial organs.

But, we have to be careful, everything isn't good: In matter of ageing some various inequalities exist and a lot of disastrous diseases appears like Parkinson or alzheimer... So in front of all these problems, we have to think about solves them.

One of the problems about ageing's diseases treatment come because in reality, our society treats these diseases individually and not ageing itself, so there is no big picture here. Nevertheless the care of ageing and its diseases raise several problems, whom are until now unsolved: funding of retirement pensions, developing specialized geriatric poles, creating a cure for terrible diseases like Parkinson or Alzheimer, and I can continue like that during the next two hours.

So, instead of fighting these diseases individually, why not fighting against ageing itself and why not define it like a disease, mother of all pain that we had just enumerated ?...

My look on this issue will be a legal point of view but not only, because my mind will be focused also on economical, sociological and medical field, related to this subject... and because I am, by my training, a legal expert, my first mission here, will be to determine what could be the legal restrictions to recognise ageing like a disease and how raise them?

Subjects of my works will aim Europe and North America's capacity to approach these questions and my look will be naturally focus toward France, but it isn't forbidden to analyse some others

countries like South Korea or maybe Japan... To finish, I want to thank everybody for this opportunity and I already invite you to share the future analysis in my internship's report.

Annexe 2: Message Électronique en version originale envoyé à Jeff Williams, directeur d'exploitation d'Apple. Inc (Mission secondaire)

Hi, first of all I want to introduce my self, my name is Hadrian Pourbahman, I am a student who is specialized is Health and Biotechnology law at Paris-Saclay University in Paris, France. It's through my master's degree (Master Level 2) that I'm working like an intern into an association, the French Transhumanist Association-Technoprog (FTA Technoprog) and as such, I have to make some researches works in how the legal field approach ageing. I try to see if its possible to consider ageing like a disease but in a legal point of view (It's one of my mission).

So, it's logical to focus on all initiatives which contribute to establish a better life and a better welfare for old people especially those affected by degenerative diseases like Alzheimer's or Parkinson.

I follow since a very long time and with a special attention, the growing of your company and its products, so, I was aware of your open source's initiative based on ResearchKit/CareKit framework and the building of partnerships with some of the most famous hospitals of the US, I wondering if its possible to ask you some questions by email on the interest which your company carry on to this project and how she sees the future of the research on degenerative diseases, especially for those about ageing. Those questions will be used in legal notes for the FTA Technoprog association with for intention to make know your initiative and your works, they also will be used in my internship report to brief my University about your initiative. In advance, I want to thank you for the attention that you will carry in this request, I remain at your disposal for any further information concerning my master's degree or my researches.

Sincerely

Hadrian Pourbahman.