

N° 5-6, 2018, Vol. 61
Issue 5-6, 2018, Vol. 61

JOURNAL DE
MEDECINE LEGALE
DROIT MEDICAL
VICTIMOLOGIE
DOMMAGE CORPOREL
Expertise - Déontologie - Urgences
JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

EDITORIAL

3
CÉLÉBRER L'HISTOIRE
POUR ENTREVOIR L'AVENIR
*CELEBRATING HISTORY TO GLIMPSE
THE FUTURE*
Christian BYK

ÉTHIQUE MÉDICALE
MEDICAL ETHICS

5
À QUOI SERT LE SERMENT
D'HIPPOCRATE DE NOS JOURS ?
ANALYSE À PARTIR DE LA
PERFORMATIVITÉ DU LANGAGE
DE JOHN AUSTIN
*WHAT IS THE OATH HIPPOCRATE
OF OUR DAYS? ANALYSIS
FROM THE PERFORMATIVITY OF LANGUAGE
FROM JOHN AUSTIN*
Richard POUUNET et Laurence POUUNET

AVORTEMENT, PROCRÉATION ASSISTÉE
ABORTION, ASSISTED PROCREATION

15
DU DROIT À L'AVORTEMENT
À LA PMA POUR LES COUPLES
LESBIENS ET LES PERSONNES
CÉLIBATAIRES : LES FIGURES
DE L'AUTONOMIE DES FEMMES ?
*RIGHT TO ABORTION TO MEDICAL
ASSISTED PROCESSING FOR LESBIANS
COUPLES AND SINGLES PEOPLE:
FIGURES OF AUTONOMY OF WOMEN?*
Karine BRÉHAUX

24
LES LÉGISLATIONS DU SOIN IVG
EN EUROPE
VTP CARE LEGISLATIONS IN EUROPE
Eva BIERONSKI

DONNÉES DE SANTÉ
HEALTH DATA

33
NUMÉRISATION
DES DONNÉES DE SOIN : IMPACT
SUR L'ÉLABORATION
ET LES FONCTIONS
DU DOSSIER MÉDICAL
*DIGITIZATION OF HEALTH DATA: IMPACT
ON THE DEVELOPMENT AND FUNCTIONS
OF THE MEDICAL RECORDS*
Bernard WILLEMIN

N° 4, 2018, Vol. 5
Issue 4, 2018, Vol. 5

DROIT, SANTÉ ET SOCIÉTÉ
SÉRIE "E" DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE
A SERIES "E" OF THE FRENCH JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE
LAW, HEALTH & SOCIETY

DONNÉES DE SANTÉ
HEALTH DATA

42
LA COOPÉRATION
TRANSATLANTIQUE
EN E-SANTÉ
*THE TRANSATLANTIC EHEALTH
COOPERATION*
Nathalie DEVILLIER

45
REPENSER L'ORGANISATION
DES SOINS PSYCHIATRIQUES
À L'HEURE DE L'INTERNET
DES OBJETS
*RETHINKING THE ORGANIZATION
OF PSYCHIATRIC CARE IN THE AGE
OF THE INTERNET OF THINGS*
Hélène SOL et Vincent RIALLE

MÉDECINE
PÉNITENTIAIRE
PRISON MEDICINE

59
LE STATUT DU DÉTENU MALADE
PRISONERS' HEALTH-RELATED RIGHTS
Wafa HARRAR MASMOUDI

HISTOIRE
HISTORY

78
LETTRE PERSANE DE LA PRISE
EN CHARGE DU MALADE
À L'HÔPITAL
*PERSIAN LETTER OF THE COVERAGE
OF THE SICK PERSON AT THE HOSPITAL*
Vincent-Pierre COMITI

2
REVUE DE LIVRE
BOOK REVIEW

86
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

3^e de couverture / 3rd of Cover
BULLETIN D'ABONNEMENT
SUBSCRIPTION FORM

SOMMAIRE
CONTENTS



REVUE DE LIVRES

Michaël Bruckert, *La chair, les hommes et les dieux : la viande en Inde*, CNRS Éditions, 2018.

Alors que les pays occidentaux s'interrogent sur les bienfaits pour la santé humaine, l'environnement et l'éthique sociale d'une alimentation encore largement fondée sur la viande, la consommation de viande en Asie a explosé, enregistrant en 50 ans une augmentation de 1 400 % !

Dans ce contexte, l'Inde constitue un paradoxe particulièrement intéressant. Non seulement, la viande y fait l'objet d'une consommation marginale, voire interdite, mais surtout, elle y est considérée comme un véritable objet politique, support de revendications identitaires. On ne mange, en effet, pas la même chose suivant la caste hindoue à laquelle on appartient et selon qu'on est hindou, musulman ou chrétien. Mais aussi, l'Inde vit en partie une période de transition alimentaire, l'urbanisation, l'industrialisation et la mondialisation y modifiant les réseaux d'approvisionnement et le comportement des indiens à l'égard de cet aliment. Dès lors, cette étude de géographie alimentaire et culturelle est particulièrement pertinente pour nous aider à mieux cerner les changements et crises alimentaires déjà apparus dans nos sociétés ou en voie d'émerger.

* * *

CNIL, *Les données génétiques*, La Documentation française, Paris, 2017.

Ce dossier « Point » consacré aux données génétiques vient opportunément nous rappeler que dans un univers de plus en plus numérique, qui nous transforme et nous inquiète, il existe en France une « vieille dame », la Commission nationale de l'informatique et des libertés, chargée de veiller à la protection des données personnelles et de nous garantir l'exercice de nos droits en ce domaine. Ce livre nous explique ainsi tout ce qu'il convient de savoir sur les données génétiques : pourquoi elles ne sont pas des données comme les autres, de quelle manière elles sont particulièrement protégées et il nous donne une idée de leur diversité ainsi que des débats en cours.

Christian Byk





CÉLÉBRER L'HISTOIRE POUR ENTREVOIR L'AVENIR

CELEBRATING HISTORY TO GLIMPSE THE FUTURE

Par Christian BYK*

Nous célébrons en cette fin d'année 2018 les 70 ans de la Déclaration universelle des droits de l'homme et les 25 ans du Comité international de bioéthique de l'UNESCO.

Ce double événement, qui s'inscrit dans un engouement récent pour les anniversaires qu'ils soient historiques (les 50 ans de mai 1968) ou identitaires (le « dos de Mayo 1808 ») ne doit-il pas nous conduire à nous poser la question de la signification d'un tel rituel ?

S'accordant autrefois au calendrier de la vie imposé par les religions et les coutumes, les anniversaires rythment aujourd'hui nos vies personnelles, notre culture notre histoire au point où l'historien William Johnston (*Postmodernisme et bimillénaire. Le culte des anniversaires dans la culture contemporaine*, PUF, Paris, 1993) considère que ce culte des anniversaires est un symptôme de notre impossibilité à nous projeter dans l'avenir.

Que faut-il alors penser des âges que nous fêtons aujourd'hui et qui sont pour nous un moment privilégié de nous pencher sur l'histoire comme sur l'avenir de notre monde et du système international dont nous l'avons doté ?

On peut aisément reconnaître que le droit international des droits de l'homme comme, de façon plus récente, l'éthique des sciences sont, par le travail effectué et l'expérience acquise, notamment par les organisations internationales, entrés dans l'âge adulte. C'est une évidence pour un anniversaire de 70 ans même si cela pose de nouvelles questions, telles celles du « vieillissement » des concepts et de l'adaptation des mécanismes qui les mettent en œuvre. Avoir 25 ans, date où l'on songe à fonder une famille, pose, en revanche, la redoutable question du futur – et c'est volontairement que je le mets au singulier. En effet, c'est à mon sens dans une communauté de vie que ce futur se dessine. Et pour cela, il convient de donner à cette communauté un projet à construire car « pour mener à bien sa tâche, il ne suffit pas à une organisation telle que l'UNESCO d'avoir des buts et des objectifs bien définis. Son action présuppose une philosophie, une hypothèse de travail, qui tende à expliquer les buts et les fins de l'existence humaine et qui puisse dicter, ou du moins suggérer une prise de position devant les différents problèmes ». La convergence des technologies qui est aujourd'hui à l'œuvre dans nos sociétés techno-scientifiques et qui transforme l'homme et la biosphère dans des proportions que nous devinons à peine implique plus que jamais de mobiliser nos intelligences avant que notre maison terre ne brûle.

* Président, Comité intergouvernemental de bioéthique (UNESCO),
Secrétaire Général, Association Internationale droit, éthique et science,
représentant de la France au Comité intergouvernemental de bioéthique
(UNESCO).

DROIT, SANTÉ,
SOCIÉTÉ
est une série du

JOURNAL DE
MÉDECINE LÉGALE,
DROIT MÉDICAL





Julian Huxley, qui fut le premier directeur général de l'UNESCO et dont je viens de citer les propos dans son ouvrage « L'UNESCO : ses buts et sa philosophie » (1946) y prônait « un humanisme évolutionniste... qui doit embrasser les aspects spirituels et intellectuels aussi bien que matériels de l'existence ». Pour lui, « cette théorie montre... non seulement la place de l'homme dans la nature et ses rapports avec le reste de l'univers... mais elle nous permet aussi de discerner les tendances désirables de celles qui ne le sont pas... ».

Je doute qu'aujourd'hui la certitude qu'avait Julian Huxley de démontrer ainsi « l'existence du progrès dans le cosmos » et « qu'il n'appartient qu'à l'homme de faire de nouveaux progrès dans l'évolution » soit partagée par nos contemporains.

Toutefois, à l'heure de notre histoire, où nous allons devoir travailler avec force, sérénité et rigueur sur ce qui nourrit les débats sur les concepts de trans et posthumanisme, Julian Huxley nous lègue deux éléments essentiels pour notre démarche : l'existence d' « un lien entre les sciences naturelles et l'histoire humaine » et « la nécessité de penser de façon dynamique en terme de vitesse et de direction ». Ainsi, serons-nous à même « de choisir, dans le chaos des tendances opposées d'aujourd'hui, les principes, les activités et les méthodes que l'UNESCO doit mettre en lumière et appuyer » afin de nourrir de façon fertile pour la liberté, la justice, la paix et la solidarité la convergence entre droits de l'homme et technologies et en faire une convergence heureuse. ■





À QUOI SERT LE SERMENT D'HIPPOCRATE DE NOS JOURS ? ANALYSE À PARTIR DE LA PERFORMATIVITÉ DU LANGAGE DE JOHN AUSTIN

WHAT IS THE OATH HIPPOCRATE OF OUR DAYS?
ANALYSIS FROM THE PERFORMATIVITY OF LANGUAGE FROM
JOHN AUSTIN

Par Richard POUCKET* et Laurence POUCKET**

RÉSUMÉ

L'objet de cet article est de montrer en quoi le serment d'Hippocrate occupe une fonction incontournable pour l'exercice de la médecine. La problématique se décentre du serment en lui-même, et de son contenu déontologique, pour s'interroger sur le fait même de prêter serment et dans quelles conditions. A partir de la philosophie de John Austin, et de la notion de performativité du langage, les auteurs dégagent 4 fonctions à cet acte fondateur pour l'exercice médical. Par cet acte, le médecin se reconnaît lui-même en tant que tel, non seulement à l'instant de devenir médecin, mais bien tout au long de sa vie professionnelle ; le serment occupe une fonction de maintien de l'identité professionnelle. De surcroît, l'exercice de la médecine suppose tant de reconnaître les médecins entre eux que de se faire connaître de leur patient. La performativité du langage est une grille de lecture permettant de comprendre en quoi le serment d'Hippocrate a aussi ces deux dernières fonctions.

* ¹Centre de Pathologies Professionnelles et Environnementales, CHRU Morvan, Brest, France

²EA 4686, Éthique, Professionnalisme et Santé (EPS), Université de Bretagne Occidentale, Brest, France

³EA 3149, Laboratoire d'Études et de Recherches en Sociologie (LABERS), Université de Bretagne Occidentale, Brest, France

** Laboratoire Médical, Hôpital d'Instruction des Armées, Clermont-Tonnerre, Brest, France.

Auteur correspondant : Dr Pougnet Richard
117 bis, rue Jules Lesven
29200 Brest France
Courriel : richard.pougnet@live.fr

MOTS-CLÉS

Serment d'Hippocrate, John Austen, Performativité du langage.

ABSTRACT

Because modern medicine raises many ethical issues, it is necessary to question what allows physicians to progress in a humane and ethical way. The purpose of this article is to show how the oath of Hippocrates occupies an essential function for the practice of medicine. Our consideration is not focalized to neither the oath itself, nor its ethical content, but to question the fact of taking the oath and under what conditions. Based on the philosophy of John Austin and the notion of performativity of language, authors brought to the light four functions of Hippocratic Oath. By taking the oath, the doctor recognizes himself as a doctor. This awareness must last for lifetime. The oath has a function of maintaining the professional identity, according Paul Ricœur philosophy. In addition, the practice of medicine presupposes that physicians recognize each other and are recognized by patients. The performativity of the language can explain how the Hippocrates oath has also these last two functions.

KEYWORDS

Hippocratic Oath[Mesh], Codes of Ethics[Mesh], Language[Mesh].



I. INTRODUCTION

Dans les pays occidentaux, chaque médecin prête le serment d'Hippocrate au début de sa carrière, au moment de devenir docteur(1) en médecine(2). Ce serment a été établi il y a 2 500 ans. Sur son honneur et à l'époque devant les dieux, le nouveau médecin s'engage à respecter certaines règles de déontologie professionnelle(3). Le serment est souvent considéré comme un texte déontologique et il est vrai que les articles 3 à 7 sont bien des lignes de conduite destinées aux médecins dans leur exercice. En outre il prescrivait à l'époque les devoirs de formations entre le maître et l'élève(4). La pensée médicale grecque voyait comme une évidence la nécessité de la formation du médecin, ce qui aboutit à une forme de corporatisme d'enseignement et de responsabilité de formation que le médecin peut avoir envers les enfants de ses confrères(5). Plusieurs écoles existaient alors, et parfois s'affrontaient(6). Les deux principales étaient celle de Cos, ou d'Hippocrate, et celle de Cnide. Mais le serment d'Hippocrate est un texte très ancien(7), à considérer dans son contexte culturel et religieux(8). Par exemple, il convient de replacer l'espoir que le médecin place dans son soin dans le référentiel culturel complexe et ambigu de la Grèce classique héritière de l'époque archaïque ; ou encore, le serment lui-même en appelle à des divinités et à un système de croyances ancien(9). Pour ces raisons, il est inenvisageable de l'utiliser tel quel actuellement(10). C'est pourquoi, en France, plusieurs versions modernes ont été proposées depuis,

et il est courant d'utiliser celle proposée par l'Ordre des médecins en 2012.

Mais pourquoi les médecins éprouvent-ils le besoin de se référer à Hippocrate et à son serment ? En effet, en dépit des archaïsmes et du fait qu'il ne réponde plus aux questions éthiques actuelles(11), l'Ordre des médecins le réactualise régulièrement et chaque médecin continue de prêter ce serment ; pour certains, il s'agit même d'un enseignement du professionnalisme médical(12). Ce fait sociologique explique d'ailleurs l'importance de la littérature médicale à propos de ce serment. Le serment a-t-il une fonction particulière ? Et si oui, comment la dégager ?

Dans la littérature médicale, le serment d'Hippocrate est souvent étudié comme un texte de référence déontologique. Les principales règles de l'agir médical y sont identifiées. Les auteurs considèrent alors que c'est le respect de ces règles qui permet aux médecins d'agir en conformité avec leurs missions, au sein d'une société donnée. Sans cela, la société ne conférerait pas la confiance nécessaire aux soins à des médecins qui ne s'engageraient pas à agir ainsi. Il s'agit donc d'un élément du contrat social établi entre les médecins et la société(13). D'où la nécessité de le faire évoluer en fonction des attentes de la société(14). A l'inverse, plusieurs auteurs soulignent que le serment établit trop peu de règles, ou des règles trop anciennes qui ne sont pas en rapport avec l'exercice médical moderne(15). Par exemple, les questions de fin de vie ou de santé reproductive n'y sont pas toujours abordées avec suffisamment de recul. En tout cas, si l'on se réfère à ces articles, le serment aurait une fonction déontologique : à savoir fournir des règles minimales d'exercice, sous réserve d'une réactualisation périodique. Mais d'autres auteurs soulignent pourtant le caractère éthique du serment, comme source de réflexion, y compris pour des problématiques spécifiques de notre époque, comme les conflits de devoirs (envers le patient et envers les institutions de

(1) Aghadiuno M. Hippocrates appraises 21st century doctors. *Br J Gen Pract* 2003;53(497):984-5

(2) Gauferg E, Batalden M. The professional oath: pledge of allegiance or reflective practice? *Med Educ* 2014;48(1):9-11

(3) Helidonis ES, Prokopakis EP. The contribution of Hippocratic Oath in third millennium medical practice. *Am J Otolaryngol* 2001;22(5):303-5

(4) Helidonis ES, Prokopakis EP. The contribution of Hippocratic Oath in third millennium medical practice. *Am J Otolaryngol* 2001;22(5):303-5

(5) Jacques Jouanna. *Hippocrate*. Paris: Fayard; 1992

(6) Theodor Gomperz. *Les Penseurs de la Grèce, Histoire de la Philosophie Antique*. Paris ; Editions Manucius: 2008, p27

(7) Alain Masquelet. *Le serment d'Hippocrate*. Paris: Maloine; 1997

(8) Ducatillon J. Le serment d'Hippocrate : problèmes et interprétations. *Bulletin de l'association Guillaume Budé* 2001;1:34-61.

(9) Gallois L. L'espérance dans la pensée d'Hippocrate. *Laennec* 2005;53(1):22-32

(10) Veatch RM. Hippocratic, religious, and secular ethics: the points of conflict. *Theor Med Bioeth* 2012;33(1):33-43

(11) McEvoy P. Euthanasia, ethics, and the Gordian Knot: is the Hippocratic Code obsolete? *Br J Gen Pract* 2015;65(641):624-5

(12) Driscoll D. Training of residents and fellows: The Mayo Clinic experience. *Cardiol Young* 2016;26(8):1511-1513

(13) Cruess R, Cruess S. Updating the Hippocratic Oath to include medicine's social contract. *Med Educ* 2014;48(1):95-100

(14) Holmboe E, Bernabeo E. The 'special obligations' of the modern Hippocratic Oath for 21st century medicine. *Med Educ* 2014;48(1):87-94

(15) McEvoy P. Euthanasia, ethics, and the Gordian Knot: is the Hippocratic Code obsolete? *Br J Gen Pract* 2015;65(641):624-5



soins(16)), ou les analyses médicales modernes(17). Enfin, certains auteurs montrent les limites historiques de la référence à ce serment(18). Ils défendent la thèse, controversée, selon laquelle le serment était uniquement, au départ, un contrat entre l'élève et son maître et, en conséquence, ne reflétait pas la déontologie d'exercice médical à proprement parler(19).

Cette brève évocation de la littérature montre une lacune dans la lecture de ce que représente le serment. Au-delà des problèmes d'interprétation du texte(20) en lui-même ou dans son histoire, il nous semble que le sens du serment devrait être rapporté également au fait de prêter le serment. Nous proposons donc une nouvelle lecture du serment à partir de la philosophie du langage d'Austin, qu'il convient dans un premier temps d'exposer brièvement. A partir de là, il sera possible de dégager 4 fonctions du serment ; le terme 'fonction' étant considéré comme rôle joué dans l'exercice de la médecine. Nous emploierons également le terme de sens, car, comme nous le verrons, ces fonctions sont coextensives de la signification que l'on donne au fait de prêter le serment.

II. PHILOSOPHIE DU LANGAGE ET PERFORMATIVITÉ DU SERMENT D'HIPPOCRATE

Pour montrer en quoi le fait de prêter le serment d'Hippocrate est riche de sens et a une conséquence directe sur l'impétrant, à savoir celui qui devient médecin, il nous faut exposer la pensée d'Austin puis la mettre en parallèle avec la cérémonie du serment d'Hippocrate qui se déroule à la fin de la soutenance de thèse. Par là, nous exposerons la performativité de cet acte fondateur pour l'exercice médical.

A. Pensée de John Austin

John Austin est un philosophe anglais du XX^e siècle, et spécialisé dans la philosophie analytique. Son œuvre la

plus connue en France, *Quand dire, c'est faire*(21), est une compilation de conférences données à partir de 1955 et ayant pour objectif d'analyser les actions du langage, ou plus précisément les actions produites par le langage, par la parole prononcée.

En cela, Austin rompt, ou affiche la volonté de rompre, avec la tradition philosophique préalable. Selon lui, les philosophes n'ont pas suffisamment analysé la parole et ont fait une réduction trop simpliste des différentes déclarations de l'homme en n'y voyant que les affirmations. Il critique la philosophie du langage qui le précède en pointant le manque de pertinence d'une pensée qui ne voit dans la parole que la succession d'affirmations, susceptibles uniquement d'être vraies ou fausses. Austin était convaincu que « *la philosophie s'égarait en décidant de ne considérer que les affirmations [statements] dont on peut dire qu'elles sont vraies ou fausses*(22) ».

Austin part du constat qu'il n'y a pas que des affirmations. Il reproche aux philosophes d'écarter trop rapidement les phrases non affirmatives, qu'il ne prend pas au sens des grammairiens comme uniquement des questions ou des exclamations, et d'en ignorer dès lors la portée. Pour lui, il est trop facile d'écarter certaines phrases en non affirmations ou en non-sens. Il dit avec un certain humour que « *même nous, les philosophes, nous fixons des limites à la quantité de non-sens que nous sommes prêts à admettre dans notre discours*(23) ». Pour lui, il faut donc revoir l'importance des énonciations non affirmatives, et il appuie son raisonnement sur la présence, au sein des affirmations, de mots qui reflètent, de manière non descriptive mais émotionnelle, au-delà du champ grammatical, les émotions ou les conditions de ces affirmations.

De ce constat, il établit une dialectique séparant les affirmations dont le caractère n'est pas uniquement descriptif, et qu'il appelle des énonciations constatives, des énonciations performatives(24). Les énonciations performatives répondent à deux grandes conditions : (A) elles ne décrivent pas, ne rapportent pas, ne sont pas vraies ou fausses ; et (B), « *l'énonciation de la phrase est l'exécution de l'action*(25) ». Il prend alors quatre exemples. Le plus connu est celui du mariage. Lorsque l'un des époux répond oui, il se marie. Ou encore, lors des baptêmes

(16) Manthous CA. Hippocrates as hospital employee: balancing beneficence and contractual duty. *Am J Crit Care* 2012;21(1):60-6

(17) Parker BR. The application of Hippocratic principles to pediatric radiology. *Pediatr Radiol* 2014;44(4):369-72

(18) Deren MM. The Hippocratic Oath: it's not what it used to be. *Conn Med* 2014;78(9):563-5

(19) Charlier P. Une autopsie du serment d'Hippocrate : aux origines du secret médical. *Ethics, Medicine and Public Health* 2016;2(4):658-9

(20) Ducatillon J. Le serment d'Hippocrate : problèmes et interprétations. *Bulletin de l'associations Guillaume Budé* 2001;1:34-61.

(21) John Austin. *Quand dire, c'est faire* (1962). Traduction de Gilles Lane. Paris: Seuil; 1970

(22) Gilles Lane, dans l'introduction de la traduction française de l'ouvrage d'Austin. *Op. cit.*, p18.

(23) John Austin. *Op. cit.*, p38

(24) L'auteur emploie plusieurs expressions: l'énonciation performative, la phrase performative ou encore, le performatif.

(25) John Austin. *Op. cit.*, p40



de navire : lorsque le dignitaire chargé de baptiser le navire prononce la phrase selon laquelle il baptise tel navire le *Queen Élisabeth*, tout en brisant la bouteille de champagne sur la coque, alors il baptise le navire. Mais bien entendu, le philosophe d'Oxford ne se contente pas de ce constat. Dire que l'on se marie, n'a de force exécutoire que si on le fait devant un représentant habilité qui pose une question convenue. Pour Austin en effet, il faut interpréter les actes de discours dans la globalité de la situation dans lesquelles ils sont prononcés. En d'autres termes, il existe des conditions, des « *circonstances appropriées*(26) », qui permettent à l'acte du discours d'avoir une performativité, qui permettent à l'acte « *d'être conduit avec bonheur* ». L'auteur propose six conditions : (1) existence d'une procédure ; (2) que, dans certains cas, ce soient des personnes particulières qui participent à cette procédure ; (3) la procédure doit être faite par tout les participants correctement ; (4) et intégralement ; (5) « *lorsque la procédure suppose (...) certaines pensées, lorsqu'elle doit provoquer un certain comportement, il faut que la personne (...) ait en fait ces pensées*(27) » ; (6) le comportement doit par la suite être accompli.

Austin distingue alors trois typologies de l'acte du discours selon ce qu'il fait. Le plus élémentaire est l'acte locutoire où le mot renvoie simplement à un référent. Il pose de plus l'acte illocutoire, dont l'énoncé est telle action ; et enfin l'acte perlocutoire, dont l'énoncé provoque tel effet. Si Austin différencie illocutoire et perlocutoire, cette distinction est en réalité difficile et délicate.

Voyons en quoi la prononciation du serment d'Hippocrate, en tant que procédure finale de la soutenance de thèse, peut être un performatif, un acte de discours qui engage la personne et lui confère une nouvelle forme.

B. Performativité du serment

Posons le contexte en France. Comment se déroule la soutenance de thèse ? L'impétrant vient de soutenir sa thèse, il a subi des questions et reçu des commentaires portant à la fois sur le travail qu'il vient de présenter et sur le travail qu'il a fourni dans les différents services ; il a attendu que le jury délibère ; il vient de recevoir la cooptation de ses anciens professeurs et tout nouveaux confrères. Le président du jury lui déclare officiellement qu'au nom des membres du jury et des autorités facultaires il lui confie le titre de docteur en médecine. C'est alors que le nouveau docteur lève la main droite

(26) John Austin. *Op. cit.*, p48

(27) John Austin. *Op. cit.*, p49

et prononce le serment d'Hippocrate. Une fois achevé, il est acclamé et chacun vient le féliciter en l'appelant docteur.

Si nous regardons la scène superficiellement, nous pourrions penser que l'acte performatif est émis par le président du jury et non par l'impétrant. Mais est-ce vrai ? Après tout, si nous reprenons le premier exemple d'Austin, le maire déclare l'union matrimoniale mais uniquement si les époux ont chacun dit oui. Il y a bien performance si et seulement si les trois personnes ont joué leur rôle ; dans le cas contraire, le mariage est nul et non avvenu. N'est-ce pas le même cas pour la thèse ? Le jury ne peut délibérer que si l'impétrant a soutenu ; l'impétrant ne peut prononcer le serment que si le jury a délibéré positivement ; le président ne peut conférer le titre que si le jury est d'accord et si le doyen lui en a délégué le pouvoir ; l'impétrant devient docteur en médecine s'il répond aux demandes du jury. Et cette dernière demande est de se comporter en bon médecin. La question est alors double. Comment définir un bon médecin ? Cette problématique a été traitée par Michel Geoffroy dans *Un bon médecin*, que nous ne résumerons pas ici. Ce que nous pouvons toutefois en retenir dès à présent, et qui est utile pour notre réflexion de l'instant, c'est que définir le bon médecin nécessite un travail de réflexion qui n'est pas partageable immédiatement ni instantanément. Comment donc en l'instant de la thèse le demander à notre nouveau docteur en médecine ? A moins que nous renoncions à le demander, et en ce cas que nous admettions que le jury puisse reconnaître à l'instant où il confère le titre de docteur en médecine, que leur nouveau confrère peut tout aussi bien se déclarer vouloir être un mauvais médecin et abuser de son nouveau pouvoir, il nous faut trouver un succédané à la réflexion. C'est qu'à défaut de trouver un consensus, nous pouvons au moins nous assurer que le nouveau docteur a l'intentionnalité d'être un bon médecin.

Du point de vue du jury, le serment d'Hippocrate a ce double avantage d'établir un consensus aisé sur la question du bon médecin et, le fait qu'il soit prononcé par le nouveau docteur, d'exprimer clairement et solennellement l'intentionnalité de ce dernier.

D'où l'intérêt du protocole qui encadre le serment d'Hippocrate et que l'on peut rapprocher de la question de la performativité du langage telle qu'Austin a pu la concevoir. Pour illustrer systématiquement le fait que la soutenance de thèse correspond aux circonstances appropriées qui permettent à l'acte de parole de devenir une énonciation performative réalisée avec bonheur, nous dressons un parallèle entre la soutenance et les 6 circonstances appropriées établies par Austin (tableau 1).

Tableau 1 : Parallèles entre les conditions appropriées selon Austin et le serment d'Hippocrate.

Parallèles		
Circonstances appropriées selon John Austin	Déclaration du serment d'Hippocrate à la fin de la soutenance de thèse en médecine	
1	« Il doit exister une procédure, reconnue par convention, dotée par convention d'un effet, et comprenant l'énoncé de certains mots par certaines personnes dans certaines circonstances »	La procédure est la soutenance, la délibération du jury, suivis de l'annonce officielle du résultat Certains mots doivent être prononcés, à la fin du processus, par le président du jury, au nom des membres du jury et par délégation du pouvoir du doyen. Le nouveau docteur lit le serment à ce moment là
2	« il faut que, dans certains cas, les personnes et circonstances particulières soient celles qui conviennent pour qu'on puisse invoquer la procédure en question »	Seuls les membres du jury et uniquement à l'issue de la délibération, peuvent accorder le titre de docteur
3	« La procédure doit être exécutée par tous les participants, à la fois correctement et »	L'impétrant doit présenter selon certaines normes (temps, etc.). Les membres du jury doivent poser des questions et faire des commentaires. Le jury doit délibérer et donner son jugement
4	« intégralement »	On ne peut déroger à aucune de ces étapes
5	« lorsque la procédure (...) suppose chez ceux qui recourent à elle certaines pensées (...) lorsqu'elle doit provoquer par la suite certains comportements (...), il faut que la personne qui prend part à la procédure ait en fait ces pensées (...) et que les participants aient l'intention d'adopter le comportement impliqué »	Le nouveau docteur doit avoir l'intention d'être un bon médecin et d'adopter le comportement du bon médecin. Il déclare en avoir l'intention et avoir l'intention d'adopter le comportement du bon médecin, résumé en quelques grandes lignes d'obligations et d'interdictions
6	« ils doivent se comporter ainsi, en fait, par la suite »	Le nouveau médecin en appelle à ses confrères pour répondre de ses actes. C'est l'ensemble de sa carrière qu'il destine à être son le signe de ce type de conduites et de comportements

De ces parallèles, nous pourrions conclure que le fait de prêter le serment d'Hippocrate en fin de soutenance de thèse, suite à la demande du président du jury qui, au nom des membres du jury, et sous la délégation de pouvoir que lui a assuré le doyen, est une énonciation performative, qui répond aux circonstances appropriées numéros 5 et 6, tandis que la phrase du président du jury qui confère le titre de docteur en médecine répond aux circonstances numéros 1 et 2. Dès lors, le fait de devenir médecin serait la résultante d'un acte illocutoire et perlocutoire et serait dû à la performativité du serment lui-même.

Les spécialistes de la pensée de John Austin auraient néanmoins quelques réserves à émettre. En effet, Austin lui-même admet volontiers que la distinction entre constatif et performatif est délicate. Cela ne se fait pas « en toute clarté(28) ». Dans les conférences 6 et 7, le philosophe anglais recherche un critère permettant de reconnaître une énonciation performative de manière sûre. Il émet et teste plusieurs hypothèses d'ordre grammatical et lexicologique. Seul la conjonction de la première personne du singulier comme sujet d'un verbe au présent de l'indicatif et à la voix active semble convenir ; mais imparfaitement. Il pose alors deux catégories de

performatifs : les performatifs primaires et les performatifs explicites. Cependant, il échoue « à trouver un critère grammatical pour les performatifs(29) », même s'il pense qu'il serait possible « d'établir une liste(30) » des verbes performatifs.

De notre côté, bien que John Austin n'ait pas fourni de critères parfaits pour affirmer la performativité d'une énonciation, nous pensons que le serment d'Hippocrate, compte tenu des conditions(31) cérémoniales dans lesquelles il est lu, constitue un acte performatif. Qu'en déduire pour notre sujet ?

Nous avons vu que cette parole engage. Nous pouvons dire, selon la pensée d'Austin, que cet engagement est reçu et assumé par l'entremise des circonstances et, entre autres choses, des futurs pairs qui constituent le jury. Ce sont bien les futurs confrères qui élisent le nouveau docteur en leur sein de confraternité. La relation confraternelle médicale est donc une relation de coaptation, selon des critères cependant objectifs et connus, dans l'achèvement de la formation. En France,

(29) John Austin. *Op. cit.*, p107

(30) John Austin. *Op. cit.*, p107

(31) John Austin. *Op. cit.*, p96 : « les circonstances de l'énonciation sont d'un secours extrêmement précieux »

(28) John Austin. *Op. cit.*, p89

actuellement, nul ne devient docteur en médecine s'il ne reçoit pas l'approbation d'au moins 4 docteurs en médecine, dont au moins 3 universitaires. Nul ne devient médecin s'il n'est pas approuvé par ces grands confrères. Nul n'entre dans cette profession, s'il n'est pas autorisé par ceux qui l'ont formé et qui travailleront avec lui. Car les questions et commentaires lors d'une thèse récapitulent l'ensemble des commentaires que l'impétrant a reçu lors de sa formation.

A partir de ses remarques, nous pouvons dégager les fonctions du serment d'Hippocrate.

III. LES 4 FONCTIONS DU SERMENT D'HIPPOCRATE À PARTIR DE SA PERFORMATIVITÉ

Selon nous, le serment d'Hippocrate répond à 4 fonctions. Il nous faudra pour les illustrer avoir recours à nos réflexions préalables à propos du serment historique et du fait de porter serment à l'heure actuelle.

A. Se connaître

En premier lieu, le serment sert à se connaître. Il ne s'agit pas ici du « *connais-toi toi-même* », du moins pas selon son acception cosmologique de l'antiquité grecque. Il s'agit en fait pour le médecin qui entre en la profession de se connaître lui-même en tant que médecin. Nous l'avons vu, le fait de dire le serment est un acte performatif qui nécessite l'approbation des pairs formateurs. L'impétrant, qui jusque là était un étudiant, est reconnu comme médecin et confrère. Il s'opère un changement de statut social. Mais principalement, il s'agit d'un changement d'ordre : avant il n'était pas médecin dans sa plénitude, dorénavant, il est médecin. L'acte est si symbolique que la grande majorité des doctorants invitent leur famille et leurs proches à assister à l'évènement.

L'impétrant atteint un point critique dans sa formation médicale, au sens étymologique du terme. Le Larousse(32) rapproche le mot critique du verbe *κρίνω*, qui veut dire séparer (ici : je sépare(33)). Quant à nous, nous préférons penser que le mot critique vient du grec *κρίσις, εως*, qui signifie l'action de séparer(34), comme l'emploie Aristote dans *l'Éthique à Nicomaque*(35). Mais ce peut aussi vouloir exprimer le choix ou l'élection.

(32) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/critique/187226>

(33) Anatole Bailly. *Op. cit.*, 1136-37

(34) Anatole Bailly. *Op. cit.*, p1137

(35) Aristote, *ibid.*

Pour notre sujet, cette étymologie est éclairante. Il y a une séparation entre un avant et un après ; un temps où il tendait à devenir, et un temps où il est ; une époque où il aspirait et une autre époque où il assouvit ; une période où il désirait et une période où il jouit.

La thèse et le serment d'Hippocrate constituent un évènement qui délimite deux existences selon deux modalités différentes dans la vie du médecin : celle d'être en puissance et de possiblement devenir ; et celle d'être en acte et d'être nécessairement advenu.

Mais bien entendu cela ne signifie pas que le médecin(36) ne doit plus se former(37). Nous ne prétendons donc nullement que l'impétrant atteigne la plénitude de la puissance de l'art médical ; il n'atteint sans doute pas non plus la plénitude de l'actualisation de la puissance de l'art médical qu'il est lui-même, au mieux, en capacité de maîtriser un jour. Ce n'est pas un évènement entéléchique, du point de vue du médecin. Mais c'est une entéléchie du point de vue de l'étudiant en médecine(38). L'une des caractéristiques de l'exercice(39) de la médecine est de se former continuellement.

La première fonction du serment est de se connaître médecin. Il se sait médecin et se sait reconnu comme tel. Il réalise qu'il est devenu, à un moment donné, et est officiellement promu à un instant précis.

En résumé, nous pensons que le moment où l'impétrant reçoit le titre de docteur et où il prononce le serment est un moment clé au cours duquel, ou par lequel, le nouveau docteur se reconnaît lui-même dans sa nouvelle fonction et son nouveau statut social ; c'est-à-dire qu'il prend la mesure de ses responsabilités à l'égard des patients et de la société, mais aussi à l'égard des confrères vu que, quelle que soit la version du serment, que ce soit l'antique version hippocratique ou la moderne, il s'engage envers ses confrères.

Dans notre présente réflexion, nous avons sciemment utilisé un passé, à l'indicatif parfait, et un présent. L'idée est évidente et pointe l'achèvement d'une durée et l'avènement d'une autre. Mais à quel présent écrivais-je ? En français, nous aurions répondu, et à juste titre, le présent de l'indicatif. Mais la question de savoir ce que ce présent indique est une question, non pas uniquement

(36) Busari JO, Berkenbosch L, Brouns JW. Physicians as managers of health care delivery and the implications for postgraduate medical training: a literature review. *Teach Learn Med* 2011;23(2):186-96

(37) Stephenson J. Doctors in management. *BMJ* 2009;339:45-95

(38) Frohna JG, Kalet A, Kachur E, Zabar S, Cox M, Halpern R, Hewson MG, Yedidia MJ, Williams BC. Assessing residents' competency in care management: report of a consensus conference. *Teach Learn Med* 2004;16(1):77-84

(39) Bohmer R. *Designing care : aligning the nature and management of health care*. Boston: Harvard Business Press 2009:98-102



grammaticale, mais une question fondamentale pour la suite de notre réflexion. Pour le formuler autrement, en grec ancien, aurions-nous utilisé l'indicatif présent, ou un indicatif aoriste pour parler du serment ? Un temps qui peut être du duratif ou bien un autre qui pointe un présent aussitôt passé et terminé ? La section suivante permettra de répondre à cette question.

B. Se reconnaître soi-même

Ensuite, il s'agit de se reconnaître soi-même. En quoi cela diffère-t-il de la fonction précédente ? Sur ce point, il faut prendre en considération l'évolution dans le temps. La même personne passe de non médecin à médecin. Mais, une fois le titre de docteur en médecine obtenu, la personne peut avoir une longue vie devant elle ; sa carrière peut durer plusieurs décennies. Le médecin aura ainsi loisir d'évoluer : mariage, enfants, maladies, veuvage, etc.

Pourtant, quels que soient les changements qui s'opèrent dans son existence, il s'engage à tenir une conduite selon le serment d'Hippocrate. Ceci n'est pas sans rappeler la pensée de Ricoeur à propos de l'identité.

La problématique de l'identité personnelle renvoie à ce paradoxe qu'une même personne, tout en demeurant la même, change et évolue au fil de sa vie. Elle passe, physiquement d'un état de cellule, à celui d'enfant, puis grandit en sagesse, en taille et en grâce, au moins devant les hommes et lui-même. En dépit de ces changements qui s'opèrent en lui, de ces mobilités, il demeure un être identique. Quelle est donc la relation entre le soi-même de chaque instant et le soi que l'on a été à un moment donné ? C'est-à-dire, dans notre sujet médical, en quoi le médecin que je suis après 50 ans d'exercice est-il le même que le médecin que je fus au moment de prêter serment ? Et ce médecin pourra ainsi se poser la question : qui suis-je ?

Paul Ricoeur a exploré cette problématique. Il discerne deux usages majeurs de la notion d'identité dans la philosophie. D'un côté, « *l'identité de mêmeté (latin : idem)(...)* et de l'autre *l'identité comme ispéité (latin : ipse)(40)* ».

La mêmeté, ou l'identité-idem, est un concept de relation. Il est possible d'aborder cette notion selon trois grandes catégories. En premier, il y a l'identité numérique. C'est l'aspect quantitatif : si une même chose se produit en plusieurs occurrences, elle est considérée comme la même chose. A l'inverse, il existe l'identité qualitative : quelles que soient les ressemblances entre deux choses différentes, elles sont reconnues chacune dans leurs particularités. Ces deux catégories ne sont

pas réductibles l'une à l'autre. Elles ne prennent pas en considération la question de temps pour une même chose, ou une même personne.

Pour prendre en compte les changements qui surviennent avec le temps, que ce soit, pour une personne, des changements physiques ou psychiques par exemple, il faut ajouter une autre dimension à la question de l'identité qui est la « *continuité ininterrompue entre le premier et le dernier stade de développement de ce que nous tenons pour le même individu(41)* ». C'est ainsi qu'une personne est la même quel que soit le temps. Cette notion de *l'identité-idem* suppose que la personne reste la même ; c'est la notion de permanence dans le temps. Mais qu'est-ce qui reste le même, qu'est-ce qui perdure ? La permanence dans le temps renvoie à une relation entre la personne et ceux qui la reconnaissent, au moins elle-même, lesquelles opèrent un travail de reconnaissance et de comparaison.

Pour répondre à cette question, il convient donc de se pencher sur la dimension temporelle de l'identité personnelle. C'est dans le temps que s'inscrit cette identité ; c'est dans le temps de l'existence humaine que se révèle l'identité personnelle de la personne, et plus précisément du médecin. Il s'agit d'un travail de construction ; construction qui s'est faite avant l'accès à la catégorie de médecin, mais qui s'entretient par la suite ; construction d'un savoir, mais surtout d'une représentation de soi-même.

Autrement dit, nous rejoignons en cela la pensée de Ricoeur pour qui il existe une « *triade (...)* *décrire, raconter, prescrire* ». Je suis médecin par le temps passé à étudier, pour le temps passé à soigner. Je suis médecin tout au long de ma vie professionnelle, mais aussi dès avant, par la projection de moi-même dans le temps et par l'introjection d'images archétypales de médecins. Je suis médecin par le serment d'Hippocrate qui cristallise ce travail de projection et d'introjection des idéaux médicaux et qui me sert de socle pour me repérer moi-même dans ce qui me fait médecin tout au long de ma vie. Pour mettre en lien avec Ricoeur, je me suis décrit médecin par la formation préalable et continue, je me suis fait médecin par les épreuves et dans les soins, je me suis raconté médecin par l'adhésion aux idéaux éthiques de la médecine et « *l'identification aux valeurs* » et « *aux images héroïques(42)* ». Paul Ricoeur le précise : ce travail fait « *qu'un élément de loyauté, de loyalisme s'incorpore ainsi au caractère et le fait virer à la fidélité, donc au maintien de soi(43)* ». Ce maintien

(41) Paul Ricoeur. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990, p141

(42) Paul Ricoeur. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990, p147

(43) Paul Ricoeur. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990, p147

(40) Paul Ricoeur. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990, p140



de soi, assuré par l'incorporation d'idéaux, qui pour le médecin sont contenus dans le serment d'Hippocrate, assure au médecin de se reconnaître lui-même comme médecin, tout au long de sa vie, de se maintenir lui-même en tant que médecin. Mais qu'en est-il alors des médecins entre-eux ?

C. Se reconnaître nous-mêmes, entre médecins

Une autre fonction du serment est de se reconnaître entre nous. Si l'impétrant se reconnaît lui-même en tant que médecin, et que cette reconnaissance perdure dans le temps, ceci ne peut, en effet, se faire sans l'aval et l'assentiment des confrères. Nous l'avons déjà vu, c'est la présence et la confirmation par les pairs, soit 2 des *circonstances appropriées sus-citées*, qui font de la soutenance de la thèse et du serment d'Hippocrate un évènement bien particulier.

Sans doute pourrions-nous reprendre un bref instant notre analyse littéraire, notamment l'étymologie du mot critique que nous avons abordé précédemment. Nous avons dit qu'il s'agissait de séparer, de distinguer. Or, pour séparer, il faut une action, celle de séparer, mais aussi deux choses : une chose passive, qui est séparée, et un acteur de la séparation, laquelle s'opère selon certains critères⁽⁴⁴⁾. Mais qui agit et qui pâtit lors de la soutenance de thèse ? Si l'impétrant travaille et présente son travail préalable, il peut pâtir éventuellement du fait de la mauvaise opinion qu'en auront les membres du jury. Contrairement à ce qu'un spectateur naïf pourrait croire, ce n'est pas tant l'impétrant qui travaille, ou du moins ne travaille-t-il pas seul ; ce sont plutôt les membres du jury qui travaillent. Même si nous ne l'avons peut-être pas suffisamment explicité lors de notre réflexion sur la performativité du langage, le fait que le cadre soit performatif n'exclue en rien le travail par les personnes présentes et qui ont l'autorité. Pour reprendre notre exemple du mariage, nous dirions que le maire ou son représentant travaille en mariant le couple qui est devant lui. De même, les membres du jury travaillent. Mais que font-ils, à part rester à écouter ?

Ils jugent, certes. Ils examinent un étudiant, une recherche médicale et la manière dont l'étudiant l'expose. Ils posent des questions afin de mieux cerner ce qui a été fait et surtout, selon quelle démarche cela a été fait. En d'autres termes, ils vont, par ce fait, séparer ce qui ne relève pas de la démarche médicale de ce qui est la médecine ; et, plus précisément en cette occasion particulière, ils vont distinguer si l'étudiant a fait preuve de suffisamment de qualités médicales pour être reconnu docteur en médecine. Ce jugement prend en compte

(44) Même champ lexical, même étymologie

également le travail fourni par l'étudiant tout au long de ses études : on ne valide pas un étudiant qui aurait échoué à ses examens ou qui n'aurait pas exercé à l'hôpital en tant qu'interne. Bref, ils séparent le médecin du non-médecin.

Cette séparation initiale est très importante pour notre sujet. Cela a des conséquences sur l'exercice médical tout au long de la carrière.

Pour exercer la médecine moderne⁽⁴⁵⁾, il faut entrer dans un système social de réseau de soin⁽⁴⁶⁾. Il faut pouvoir reconnaître qui sont les confrères. Les prises en charges modernes sont complexes et nécessitent un parcours de soins articulant l'art médical de plusieurs médecins de spécialités différentes. Il est alors indispensable de se faire confiance. Dans certaines circonstances, je m'en remets à un confrère pour m'aider dans le diagnostic. Je m'en remets à un autre pour m'aider dans la prise en charge, tout en gardant la responsabilité de mon soin. C'est une partie de mon rôle que je délègue à une autre personne, tout en gardant la responsabilité du soin. Du point de vue symbolique, c'est une partie de mon identité professionnelle que je partage avec un autrui. Je délègue à quelqu'un, mais je ne peux le faire avec n'importe qui. Il faut que je m'assure de la compétence de la personne en question, par respect pour le patient que j'adresse, par devoir envers lui car, même si je l'envoie, je demeure responsable de la prise en charge. Comment le faire avec une personne que je ne connais pas ?

C'est bien là tout l'intérêt d'avoir un signe de reconnaissance entre nous. Nous ne pouvons avoir un réseau personnel suffisant pour prendre en charge tous les patients. Plus encore, déléguer une partie de son activité, c'est reconnaître une similitude entre deux personnes (celle qui délègue et celle qui reçoit la délégation). Il y a un partage de travail entre les deux médecins, et, un partage d'identité professionnelle. Ce n'est pas uniquement les compétences qu'il nous faut connaître ; c'est aussi la manière dont elles vont être mises en pratiques. Il convient de s'assurer que les devoirs envers le patient seront respectés tout au long du parcours de soins.

L'une des fonctions du serment est de permettre de reconnaître cette similitude de mise en pratique, tandis que l'une des fonctions du titre délivré après un travail d'étude est la démonstration des compétences techniques. Le fait d'avoir à prononcer le serment à la fin d'un travail d'étude constitue donc la preuve tangible

(45) Haute Autorité de Santé (HAS), certification v2014, sur le site de l'HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014 (consulté le 07/01/2017)

(46) Aiguier G, Poirette S, Péliissier MF. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle: une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *J Int Bioethique* 2016;27(1-2):91-112, 230-1



et préalable à tout dialogue confraternel que l'autre face à moi est un *alter ego*, tant en compétence technique qu'en conscience médicale. Dire cela revient à supposer déjà la dernière fonction du serment, celle en relation avec les patients.

D. Se faire connaître du patient

Les relations qui unissent les médecins et les patients sont des relations particulières. Gloria Origgi et Marta Spanzi en discernent plusieurs dimensions⁽⁴⁷⁾ : asymétrie de connaissances, asymétrie d'autonomie, asymétrie de puissance d'action.

Car il faut garder à l'esprit que cette relation asymétrique est avant tout, tant selon la chronologie des événements que selon l'ontologie, une incitation du médecin par le patient, caractérisée par une action primordiale du patient, qu'elle soit verbale ou non, mobile ou statique, qui demande, voir impose, au médecin d'exercer son art. C'est le patient qui engage, pour prendre un terme de sport de combat, la relation. Mais pour quoi le fait-il ? Quelles sont ses motivations ?

Nous pouvons dire que le patient est comme mû par deux désirs : à la fois celui d'être soigné et à la fois celui de bénéficier de soins médicaux pour être guéri. Nous pourrions nous appuyer ici sur la pensée de Frédéric Worms. Dans *le moment du soin*, Worms distingue deux catégories de soins à la personne malade : un soin qui prend ses racines dans la manière dont une mère s'occupe de son enfant, et qui est un soin de douceur, d'attention, de prévenance, mais surtout un soin de relation et de prise en considération de la vulnérabilité essentielle de l'homme et substantielle de la personne soignée. Il poursuit son développement en mettant en exergue une forme plus élaborée du soin ; à savoir le soin médical, celui dont fait preuve le médecin, et plus généralement, le soignant selon son art professionnel, lorsqu'il prend en charge le patient. Il s'opère alors, toujours selon F. Worms, une objectivisation du corps et un morcellement de l'analyse. Le médecin, spécialiste de tel organe ou tel système, centre sa réflexion sur ce champ d'expertise, mais doit faire volontairement un travail pour que son intérêt demeure fixé sur la personne, considérée dans son intégrité. Les deux catégories du soin ne s'excluent pas mutuellement, mais se complètent. Pour F. Worms, le premier fonde le second.

Mais pour que le patient vienne au médecin, il faut qu'il puisse donner sa confiance *a priori* ; il faut qu'il ait déjà confiance en son médecin, avant même de le

(47) Gloria Origgi et Marta Spanzi. *La construction de la confiance dans l'entretien médical*, in Thierry Martin et Pierre-Yves Quiviger (dirs), *Action médicale et confiance*. Besançon ; Presses Universitaires de Franche Comté: 2006

connaître, de le rencontrer pour la première fois. Le serment et la thèse constituent une propédeutique à la relation patient-médecin, dans cette dynamique qui pousse le patient vers le médecin. Le fait d'avoir prêté serment assure au patient qu'il sera traité avec considération éthique parce que la médecine ne doit pas ne pas être éthique⁽⁴⁸⁾. Dans plusieurs articles⁽⁴⁹⁾, Cruess R⁽⁵⁰⁾ et S⁽⁵¹⁾ ont analysé le serment comme un élément clé du contrat social qui lie la société en son ensemble et le corps médical et qui lie particulièrement chaque patient à son médecin. Nous rejoignons ici leur analyse. Notre analyse selon la pensée de John Austin apporte toutefois une nuance particulière. Ce signe de reconnaissance n'est pas le serment d'Hippocrate en lui-même et par lui-même. Ce signe, c'est le fait qu'un jour, ce médecin a prêté ce serment devant ses pairs et que ceux-ci lui ont donné leur confiance tant éthique que technique. Ce signe est l'engagement du médecin, qui, en le prêtant une fois, s'engage à suivre à jamais des principes d'obligation et d'interdiction de l'éthique médicale.

IV. CONCLUSION

Notre réflexion a décentré l'attention du serment d'Hippocrate et de ces versions modernes vers le fait de prêter un serment, de s'engager par un serment. La philosophie du langage d'Austin nous a permis de voir en quoi la parole prononcée en un lieu donné, dans un cadre social donné, en face d'un auditoire ayant l'autorité appropriée, relevait de l'action performative. La personne, au moment où elle devient docteur en médecine, par les pouvoirs conférés à son jury, se trouve alors en position de se performer en docteur. Et ce fait social comporte en lui-même plusieurs fonctions pour la personne elle-même, pour le corps médical et pour la société. Le sens de cet acte de serment s'étend de manière polyphonique selon quatre grandes fonctions envers soi à un moment donné, envers soi dans le temps et l'éternité, envers un groupe précis constitué par un travail d'inclusion

(48) Alexandre Jaunait. « Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale ». [Thèse d'Université, Science Politique, Paris, Institut d'Etudes Politiques de Paris, soutenue le 13 Juillet 2004]

(49) Cruess R, Cruess S. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspect Biol Med* 2008;51(4):579-98

(50) Cruess R, Cruess S. Updating the Hippocratic Oath to include medicine's social contract. *Med Educ* 2014;48(1):95-100

(51) Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Linking the teaching of professionalism to the social contract: a call for cultural humility. *Med Teach* 2010;32(5):357-9



et d'exclusion, et envers une société donnée dans son ensemble. Le médecin devient médecin à ce moment par l'adhésion à des valeurs et par la maîtrise technique dont il a fait preuve pour arriver à ce moment. Le fait d'avoir prêté serment est un repère identificatoire lui permettant de maintenir son identité professionnelle de médecin tout au long de sa vie. Il intègre un groupe à la fois pour reconnaître avec qui il pourra travailler, et pour faire naître la confiance des personnes pour lesquelles il va travailler.

Cette démonstration soulève des enjeux éthiques majeurs. Loin de n'être qu'un événement folklorique ou un simple héritage du passé(52), le fait de prêter serment permet aux médecins un exercice en lien avec l'éthique médicale. S'il n'y avait pas de serment, comment les patients auraient-ils confiance en leurs médecins avant d'aller les consulter pour la première fois ? Peut-être est-il alors nécessaire déontologiquement de mieux former la

(52) Daikos GK. History of medicine: our Hippocratic heritage. *Int J Antimicrob Agents* 2007;29(6):617-20

réflexion des médecins à partir de cet engagement(53) ? Certains l'ont proposé dans leur(54) université(55).

Il n'en demeure pas moins que le serment d'Hippocrate ne contient pas toutes les réponses à chaque interrogation éthique et que de nombreux défis s'ouvrent aux médecins sur le plan éthique(56). L'actualité du serment d'Hippocrate et son exhaustivité se situe avant tout dans la volonté, manifestée par les médecins en général et chaque médecin en particulier au moment de prêter serment, de faire de la médecine une œuvre humaine. ■

(53) Sedhom R. Taking Our Oath Seriously: Compassion for Patients. *AMA J Ethics* 2016;18(1):69-72

(54) Bruppen LD. Humility and respect: core values in medical education. *Med Educ* 2014;48(1):53-8

(55) Driscoll D. Finding time and resources for education in a busy clinical practice. *Cardiol Young* 2016;26(8):1522-4

(56) Halpern EJ, Spandorfer JM. Professionalism in radiology: ideals and challenges. *AJR Am J Roentgenol* 2014;202(2):352-7



DU DROIT À L'AVORTEMENT À LA PMA POUR LES COUPLES LESBIENS ET LES PERSONNES CÉLIBATAIRES : LES FIGURES DE L'AUTONOMIE DES FEMMES ?

*RIGHT TO ABORTION TO MEDICAL ASSISTED PROCESSING
FOR LESBIANS COUPLES AND SINGLES PEOPLE: FIGURES
OF AUTONOMY OF WOMEN?*

Par Karine BRÉHAUX*

*« On voyage pour changer non de lieu mais d'idée. »
Hypolite Taine*

RÉSUMÉ

Hier, Simone Veil, figure emblématique des droits de la femme, nous a quittée. Le 27 juin 2017, le CCNE rend un avis sur les demandes sociétales de recours à l'aide médicale à la procréation. Le CCNE quant à lui reste hostile à l'autoconservation des ovocytes, qui permet à une femme, grâce à la congélation, de tenter de décaler une grossesse dans le temps et rejette la légalisation de la gestation pour autrui. Au même moment, l'Académie Nationale de Médecine reconnaît être en faveur de la conservation des ovocytes par la femme à des fins personnelles. Certains y verront une reconnaissance plus accrue de la femme dans notre société en matière d'émancipation sexuelle voire professionnelle, de contrôle des désirs, d'autres y voient le risque de réification voire d'une transgression du corps féminin, un détournement de la naturalité de la procréation permise par le progrès médical, mais aussi les limites des techniques médicales sur le registre d'une grossesse possible avec un ovocyte précédemment congelé.

Quels arguments en présence justifient ces positions institutionnelles, individuelles et collectives différentes ?

* Docteur de science politique de l'Institut d'Etudes de Paris et titulaire d'un Diplôme d'Etudes Approfondies de Philosophie, kbrehaux@gmail.com

Lors du débat sur l'avortement, les motifs de détresse humaine, d'atteinte à l'intégrité de la personne (viol) et des arguments d'ordre socio-économique constituaient les mobiles (intentionnalité) ouvrant la voie à une dépenalisation (loi Veil de 1975) puis une légalisation (loi de 2002 sous Elisabeth Guigou) de l'Interruption Volontaire de Grossesse.

Ici dans notre débat actuel autour de l'ouverture de la PMA vers les couples lesbiens et les personnes célibataires, quelles cristallisations des acteurs pouvons-nous observer, quelles valeurs morales, mobiles et normes sont évoquées ?

MOTS-CLÉS

Avortement, Gestation pour Autrui, Procréation Médicalement Assistée, droit de l'enfant, légalisation, progrès médical.

ABSTRACT

Yesterday, Simone Veil, emblematic figure of the rights of the woman, left us. On June 27, 2017, CCNE issued an opinion on societal requests for recourse to medically assisted reproduction. At the same time, the National Academy recognizes that it is in favor of the conservation of the oocytes



by the woman for personal purposes. The CCNE remains hostile to the self-preservation of oocytes, which allows a woman, through freezing, to try to shift a pregnancy over time and rejects the legalization of pregnancy for others. Some will see a greater recognition of women in our society in terms of sexual or even professional emancipation, control desires, others see the risk of "reification" or even a transgression of the body, a diversion of naturalness of procreation permissible by medical progress, but also the limitations of medical techniques on the register of a possible pregnancy with a previously frozen oocyte.

Which arguments legitimate these institutional, individual and collective positions? During the abortion debate, motives of human distress, violation of the person's integrity (rape) and socio-economic arguments were the arguments (intentionality) opening the way to decriminalization (law Veil of 1975) then a legalization (law of 2002 under Elisabeth Guigou) of the abortion.

Here in our current debate around the opening of the PMA towards lesbian couples and single persons, what crystallizations of the actors can we observe, which moral values, mobiles and norms are evoked?

KEYWORDS

Abortion, surrogacy, assisted reproduction, right to child, legalization, medical progress.

* * *

INTRODUCTION

Aujourd'hui, Simone Veil, figure emblématique des droits de la femme, nous a quittée. Le 27 juin 2017, le CCNE rend un avis sur les demandes sociétales de recours à l'aide médicale à la procréation. Le CCNE quant à lui reste hostile à l'autoconservation des ovocytes, qui permet à une femme, grâce à la congélation, de tenter de décaler une grossesse dans le temps et rejette la légalisation de la gestation pour autrui. Au même moment, l'Académie Nationale de Médecine reconnaît être en faveur de la conservation des ovocytes par la femme à des fins personnelles.

Certains y verront une reconnaissance plus accrue de la femme dans notre société en matière d'émancipation sexuelle voire professionnelle, de contrôle des désirs, d'autres y voient le risque de réification du corps féminin, un détournement de la naturalité de la procréation permissible par le progrès médical, mais aussi les limites des techniques médicales sur le registre d'une grossesse possible avec un ovocyte précédemment congelé.

Quels arguments en présence justifient ces positions institutionnelles différentes ?

Lors du débat sur l'avortement, les motifs de *détresse humaine, d'atteinte à l'intégrité de la personne* (viol) et des *arguments d'ordre socio-économique* constituaient les mobiles (intentionnalité) ouvrant la voie à une dépénalisation (loi Simone Veil de 1975) puis une loi relative à la légalisation de l'Interruption Volontaire de Grossesse de 2002 sous Elisabeth Guigou.

La femme disposait de son corps en ce sens où elle était libre d'assumer ou pas le choix de la maternité (finalité). Se définissent en parallèle les droits de l'embryon représentés par la mère, les droits du fœtus (sujet d'un projet parental) et in fine la définition de la Personne Potentiellement Humaine du CCNE de 1991.

Dans son avis sur les demandes sociétales de recours à l'aide médicale à la procréation, le CCNE ouvre la technique de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules souhaitant procréer sans partenaire masculin (intentionnalité) grâce au don de sperme (moyen), s'inscrivant dans l'application du mariage pour tous (reconnaissance de couples homosexuelles féminins) et dans l'externalisation assumée de l'acte de reproduction sexuelle via le recours à un père tiers anonyme en vue de la réalisation d'un projet parental (finalité). Cette situation est loin d'être inédite, des techniques médicales et génétiques liées à l'AMP à des fins d'apporter une réponse médicale à un problème d'infertilité de personnes vivant en couple, de sexes différents, ne parvenant pas à procréer spontanément ou porteurs de maladies génétiques ouvrent cette voie du possible (« l'enfant a trois parents », la découverte du CRISP-Cas9, DPI...).

La nouveauté réside dans cette revendication de liberté et d'égalité (y compris dans sa *dimension économique*), dans l'accès aux techniques médicales pour répondre à un désir d'enfant, de femme(s), pour *des motifs de détresse face à l'infécondité pathologique ou résultant d'orientations personnelles*. La figure du féminisme se dévoile en filigranes, à travers le choix d'une sexualité affirmée et d'un contrôle de la procréation à des fins personnelles voire professionnelles. Avec le bémol, d'un possible détournement de ces fins professionnelles à d'autres fins plus pragmatiques, comme l'affaire Google récente où l'employeur proposait et prenait à sa charge financière cette technique pour ses employées souhaitant différer leurs maternités.

L'argument techniciste devient *le levier* permettant la ré-interprétation d'un projet parental dû notamment à la dissociation sexualité/procréation, la révision du droit à la filiation (définition de la notion de couple : hétérosexuel établi depuis 2 ans, homosexuelle féminin ou d'une femme seule, la reconnaissance par adoption



d'un enfant conçu par GPA), la refonte des lois bioéthiques et *le frein* (protocole lourd et contraignant de la procédure d'autoconservation des ovocytes de précaution à des fins individuelles, la disponibilité relative de gamètes masculins). Le débat de nature sociétale pose aussi en filigranes des questions de genre et de parité, mais aussi de droit relatives aux droits et à l'intérêt de l'enfant, des risques de dérives sur le marché du travail pour les femmes. L'assertion cartésienne selon laquelle la science rendrait « l'homme maître et possesseur de sa nature » se décline-t-elle au féminin ?

AU REGARD DE NOS LOIS ?

Selon l'article L. 2141-1 du code de la santé publique : l'assistance médicale à la procréation (AMP), appelée également procréation médicalement assistée (PMA), s'entend « des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle ». En application de cet article, la liste des procédés biologiques utilisés est fixée par arrêté du ministre de la santé après avis de l'agence de la biomédecine. L'assistance médicale à la procréation est dite « endogène » ou « homologue », lorsque seuls les gamètes du couple sont utilisés. Elle est dite « exogène » ou « hétérologue » lorsqu'elle fait intervenir un tiers à travers un don de spermatozoïdes, d'ovocytes ou d'embryon. Plusieurs techniques peuvent être utilisées. L'insémination artificielle : cette technique d'AMP, la plus simple et la moins coûteuse, consiste à injecter les spermatozoïdes directement dans l'utérus durant la période d'ovulation. Il peut s'agir de ceux du partenaire ou de spermatozoïdes fournis par une banque de sperme (insémination artificielle avec don de sperme par exemple). Le plus souvent, la femme suit préalablement un traitement hormonal (stimulation ovarienne) pour obtenir le développement de plusieurs follicules matures, susceptibles d'être fécondés. La fécondation se fait donc naturellement, à l'intérieur du corps de la femme.

La fécondation in vitro (FIV) : cette technique consiste à provoquer la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde en laboratoire. Dans la plupart des cas, il s'agit des gamètes des deux conjoints. La FIV peut également être réalisée avec le ou les gamètes de donneurs (spermatozoïde ou ovocyte) lorsque cela est nécessaire. La fécondation in vitro avec ICSI (« intracytoplasmic sperm injection ») représente désormais 63 % des FIV. Cette technique consiste à injecter directement un spermatozoïde dans l'ovocyte. Elle a résolu la grande majorité des problèmes d'infertilité masculine puisque seuls quelques spermatozoïdes mobiles sont nécessaires. La fécondation

a ensuite lieu in vitro, c'est à dire à l'extérieur du corps de la femme. Les spermatozoïdes sont déposés au contact des ovocytes. Après la fécondation, le ou les embryons sont transférés dans l'utérus de la femme. Quand le nombre d'embryons obtenus est supérieur au nombre d'embryons transférés, les embryons surnuméraires peuvent être congelés en vue d'un transfert ultérieur. Hors de ces situations, l'assistance médicale à la procréation est exclue. En particulier, elle n'est pas permise pour les femmes seules ou pour les couples de femmes. Cette prohibition a été réaffirmée à l'occasion de l'examen de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, le législateur estimant que l'assistance médicale à la procréation ne pouvait être mise en œuvre pour répondre à des situations purement sociales et à des demandes de convenance exprimant un désir d'enfant.

RAPPORT D'INFORMATION NUMÉRO 409 DU 17 FÉVRIER 2016 SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) ET LA GESTATION POUR AUTRUI

Le rapport d'information sur l'assistance médicale à la procréation et la gestation pour autrui a été élaboré par les sénateurs Yves Détraigne et Catherine Tasca. L'enjeu de ce rapport est de prendre la mesure des conséquences des nouvelles jurisprudences et des réformes qu'elles appellent. Actuellement, la législation relative à l'AMP et la GPA est fixée par les lois de bioéthique du 29 juillet 1994 (loi numéro 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et des produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal). Le régime retenu est un encadrement strict pour la première et une prohibition absolue pour la seconde. Or ce cadre juridique est mis en échec par le recours des techniques à l'étranger. Au retour en France, les couples lesbiens ayant eu recours à la GPA veulent la transcription de la filiation d'intention à l'état civil français. Le droit français se retrouve confronté à des situations légales qu'il n'autorise pas. Face à de nouvelles demandes issues des progrès touchant aux modes de la procréation, le Conseil de l'Europe tente sur un plan général d'harmoniser ladite législation. Ainsi la commission des questions sociales et de santé du Conseil de l'Europe a rejeté, le mardi 15 mars 2016, à 16 voix contre 15 le projet de rapport sur la gestation par autrui présenté par Petra de Sutter. Ce dernier recommandait la Gestation Pour Autrui tout en commandant la Gestation Pour Autrui commerciale.

Qu'en est-il des questions relatives à la filiation des enfants nés d'une gestation pour autrui ou d'une Assistance Médicale à la Procréation faites à l'étranger ? Les



recommandations ne vont pas dans le sens d'une refonte du droit interne de la filiation. 2 lignes se dessinent : l'une tendant à accepter la filiation issue de l'Assistance Médicale à la Procréation tout en préservant intact le droit relatif à cette pratique, et l'autre cherchant à renforcer la prohibition de la GPA sans porter atteinte aux enfants et familles concernées.

LES ORIENTATIONS ENVISAGÉES PAR LA MISSION D'INFORMATION QUANT À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

La proposition relative à l'autorisation parentale et à l'intérêt de l'enfant a été adoptée en première lecture à l'Assemblée Nationale le 27 juin 2014 (proposition de loi numéro 1856 relative à l'autorité parentale et à l'intérêt de l'enfant, enregistrée au 1er avril 2014). L'article 2141-2 du Code de Santé publique, non modifié par la loi du 17 mai 2013, a pour objet de remédier à une infertilité pathologique médicalement diagnostiquée ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à l'un des membres du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Ces dispositions ouvrent donc l'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation à tous les couples composés d'un homme et d'une femme (l'exigence d'un couple hétérosexuel est rappelée dans la loi numéro 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique : l'Assistance Médicale à la Procréation ne doit pas répondre à des situations sociales ou à des demandes de convenance). Le Conseil Constitutionnel a à ce titre déclaré que « ni le principe d'égalité ni l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi n'imposaient qu'en ouvrant le mariage et l'adoption aux couples de personnes de même sexe, le législateur modifie la législation régissant l'Assistance Médicale à la Procréation et la gestation pour autrui. Par conséquent, les couples lesbiens ayant un désir d'enfant vont à l'étranger, ceci engendrant des divergences jurisprudentielles quant à l'établissement de la filiation de l'enfant. Certaines juridictions acceptent l'adoption de l'enfant par l'épouse de la mère (TGI de Nanterre, 8 juillet 2014, numéro 13-14804), tandis que d'autres restent réticentes sur le fondement de la fraude à la loi (TGI de Versailles, 29 avril 2014, numéro 2014-013012, numéro 2014-013015, numéro 14-70.007) que ledit rapport d'information va baser ses orientations.

Les juges déclarent le 22 septembre 2014 que le recours à l'insémination artificielle avec donneur ne fait pas obstacle à l'adoption de l'enfant par l'épouse de la mère, dès lors que les conditions légales de l'adoption sont réunies et que cette dernière est conforme à l'intérêt de l'enfant.

La Cour de cassation estime que le recours à l'Assistance Médicale à la Procréation à l'étranger ne heurte aucun principe essentiel au droit français. Face à ce double avis qui est facultatif, les juridictions ne sont pas tenues de suivre l'orientation énoncée par la Cour de Cassation. Toutefois le dit rapport d'information fait état de l'impossibilité de faire échec à la demande d'adoption de l'enfant, mais aussi de l'ouverture de l'Assistance Médicale à la Procréation aux couples lesbiens. Cette demande, représentée par la proposition numéro 1 « Approuver la solution dégagée par le Cour de cassation dans ses deux avis du 22 septembre 2014 qui permet, de manière pragmatique, d'admettre la demande d'adoption de l'enfant conçu par Assistance Médicale à la Procréation à l'étranger, déposée par l'épouse de sa mère, sans remettre en cause le droit applicable en matière d'AMP et sans bouleverser les règles d'établissement de la filiation en vigueur. » n'accorde l'accès à ce genre d'adoption que pour les couples lesbiens mariés tandis que les couples de sexe différent peuvent recourir à l'Assistance Médicale à la Procréation qu'ils soient époux ou pas. Les rapporteurs envisagent donc ici de faire perdurer la discrimination sur l'orientation sexuelle quant au droit à fonder une famille. Toutefois, ils acceptent la filiation des enfants nés d'Assistance Médicale à la Procréation à l'étranger et donc une acceptation implicite de l'accès à l'AMP aux couples lesbiens.

Depuis la loi de 2013, un enfant peut donc avoir juridiquement deux mères ou deux pères, mais le législateur a limité cette possibilité à la filiation adoptive, la filiation biologique et la présomption de paternité demeurant réservées aux seuls couples hétérosexuels. Il avait estimé que la différence entre un couple constitué d'un homme et d'une femme, et un couple constitué de deux hommes ou de deux femmes pouvait être jugée pertinente pour ce qui intéresse le biologique, mais sans effet en ce qui concerne l'exercice des droits parentaux ou l'établissement d'une filiation adoptive conjointe. Dans la décision n° 2013-669 du 17 mai 2013, rendue à propos de cette loi, le Conseil constitutionnel a validé cette construction, écartant la consécration d'un droit pour l'enfant à une filiation hétérosexuée défendu par les requérants. Il a considéré qu'« en tout état de cause, doit être écarté le grief tiré de la méconnaissance d'un principe fondamental reconnu par les lois de la République en matière de "caractère bilinéaire de la filiation fondé sur l'altérité sexuelle" ; qu'il en va de même du grief tiré de la méconnaissance d'un principe constitutionnel garantissant le droit de tout enfant de voir sa filiation concurremment établie à l'égard d'un père et d'une mère ».

Cette question de la modification des conditions d'accès à l'AMP avait été renvoyée à l'examen d'un futur projet



de loi sur la famille, qui devait être précédé d'un avis du comité consultatif national d'éthique (CCNE). Nous allons y revenir.

Dans sa décision n° 2013-669 DC du 17 mai 2013, le Conseil constitutionnel a considéré que « ni le principe d'égalité ni l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi n'imposaient qu'en ouvrant le mariage et l'adoption aux couples de personnes de même sexe, le législateur modifie la législation régissant l'assistance médicale à la procréation ou la gestation pour autrui. Pour répondre au grief soulevé par les requérants selon lequel, compte tenu notamment des difficultés que rencontreraient les couples de personnes de même sexe pour adopter, la possibilité d'un établissement de la filiation à l'égard de deux personnes de même sexe inciterait ces couples à recourir à l'étranger à la procréation médicalement assistée en fraude à la loi française, le Conseil constitutionnel a jugé « que l'éventualité d'un détournement de la loi lors de son application n'entachait pas celle-ci d'inconstitutionnalité ; qu'il appartenait aux juridictions compétentes d'empêcher, de priver d'effet et, le cas échéant, de réprimer de telles pratiques ».

AUTORISATION DU RECOURS À L'ADOPTION POUR LES COUPLES HOMOSEXUELS DANS L'INTÉRÊT DE L'ENFANT

La loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe a autorisé le recours à l'adoption pour les couples homosexuels, sans pour autant modifier les règles applicables à l'assistance médicale à la procréation. Elle n'a pas non plus institué de contrôle sur la conception de l'enfant adopté. Dans sa décision n° 2013-669 du 17 mai 2013, Loi ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, le Conseil constitutionnel a élevé l'intérêt de l'enfant, en matière d'adoption, au niveau constitutionnel, en considérant que l'exigence selon laquelle l'adoption ne peut être prononcée que si elle est conforme à l'intérêt de l'enfant résultait du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 (considérant n° 54). L'intérêt de l'enfant est une notion de fait, appréciée par les juges du fond (Source : rapport de Mme Rachel Le Cotty, conseiller référendaire à la Cour de cassation, sur les demandes d'avis n° 1470006 et 1470007). En matière d'adoption, en particulier, l'article 21 de la Convention prévoit que « les États parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière ». Il est également intégré comme norme de référence par la Cour européenne des droits de l'homme. De jurisprudence constante, la Cour considère qu'en

matière d'adoption, l'intérêt de l'enfant doit « constituer la considération déterminante » dans la recherche de l'équilibre entre les différents intérêts en présence. Il résulte de la jurisprudence de la Cour que, « là où l'existence d'un lien familial avec un enfant se trouve établie, l'État doit agir de manière à permettre à ce lien de se développer et il faut accorder une protection juridique rendant possible, dès la naissance ou dès que réalisable par la suite, l'intégration de l'enfant dans sa famille ».

Schéma de la fraude à la loi :

— Un élément légal : une loi normalement applicable au rapport de droit en cause : limite le recours à l'AMP à certaines situations comme l'infertilité pathologique d'un couple hétérosexuel et l'article 6-1 du code civil créé par la loi du 17 mai 2013 excluant l'application aux couples de même sexe des règles de filiation par procréation y compris celles qui concernent l'établissement de la filiation à l'égard d'un enfant né d'une assistance médicale à la procréation.

— Un élément matériel : une modification volontaire de ce rapport de droit par l'une au moins des parties, permettant par des moyens tout à fait licites (changement de nationalité, de domicile, transports de biens meublés à l'étranger...) de le soumettre à l'empire d'une autre loi : internationalisation artificielle d'une situation juridique purement interne puisque les affaires soumises aux juridictions concernaient des femmes françaises domiciliées en France qui n'avaient aucun lien avec l'Espagne ou la Belgique.

— Un élément moral ou intentionnel (un but exclusif à cette manœuvre, la soustraction, inspirée par des fins illégitimes, du rapport de droit à la compétence de la loi normalement applicable) : il découle de l'intention du couple de femmes de se rendre à l'étranger dans l'unique but de bénéficier d'une législation qui lui est plus favorable.

La sanction de la fraude consiste à priver la loi de son efficacité (*fraus omnia corrumpit*) afin de préserver l'autorité de la loi fraudée. Bien que la sanction de la fraude à la loi consiste à priver d'effet un tel procédé, les auteurs s'accordent à considérer que le lien de la filiation à l'égard de la mère qui a accouché de l'enfant ne pourrait être remis en cause. Seuls les professionnels de santé encourent une sanction pénale.

DEUX ARGUMENTATIONS CONTRAIRES REPOSANT SUR DES CONTREPOIDS DE CONCEPTS JURIDIQUES ISSUS DES DROITS DE L'HOMME (CEDH)

Les Tribunaux de grande instance de Poitiers et d'Avignon ont saisi la Cour de Cassation sur le fondement de l'article L 44-1 du code de l'organisation judiciaire



« avant de statuer sur une question de droit nouvelle, présentant une difficulté sérieuse et se posant dans de nombreux litiges, les juridictions de l'ordre judiciaire peuvent, par une décision non susceptible de recours, solliciter l'avis de la Cour de Cassation ».

2 questions : savoir si le recours à l'assistance médicale à la procréation à l'étranger, par un couple de femmes, constituait une fraude à la loi française qui l'interdit, empêchant le prononcé de l'adoption par l'épouse de la mère. Le Tribunal de Grande Instance de Poitiers avait posé une autre question : l'intérêt supérieur de l'enfant et le droit à la vie privée et familiale n'exigeaient-ils pas de faire droit à la demande d'adoption ?

Raisonnement autour de la fraude à la loi : oui c'est une fraude à la loi dans la mesure où le recours à l'insémination artificielle à l'étranger par deux femmes est interdit. Fraude atténuée par l'absence de gravité telle qu'elle empêcherait le prononcé de l'adoption de l'enfant par la conjointe de la mère.

Dans son avis du 22 septembre 2014, la Cour de Cassation a estimé que « le recours à la procréation médicalement assistée sous la forme d'une insémination artificielle avec donneur anonyme à l'étranger, ne fait pas obstacle au prononcé de l'adoption, par l'épouse de la mère, de l'enfant né de cette procréation, dès lors que les conditions légales de l'adoption sont réunies et qu'elle est conforme à l'intérêt de l'enfant. » Silence de la loi... Inefficacité de la loi de bioéthique ?

Par son texte, le CCNE intervient dans le champ du législateur en opérant un renversement de la charge de la preuve de la fraude à la loi : La fraude à la loi n'est caractérisée que lorsque l'on cherche à obtenir ce que la loi française prohibe, par des moyens détournés et formellement légaux, que ce soit en France ou à l'étranger. Il s'agit donc d'une violation de la loi qui s'abrite derrière les règles de droit elles-mêmes, pour prétendre à une régularité formelle. Comme le rappelle la Cour de Cassation de manière constante, il appartient au juge de rechercher « si les parties n'ont pas volontairement modifié le rapport de droit dans le seul but de se soustraire à la loi normalement compétente. ». La fraude à la loi est un concept particulièrement développé en droit international privé. L'arrêt fondateur en la matière est l'arrêt de la Princesse de Bauffremont du 18 mars 1878 du nom de la princesse qui en 1876 avait établi son domicile en Saxe-Altembourg et obtenu la nationalité de cet Etat « dans le seul but d'échapper à la loi française » prohibant à l'époque le divorce. Cette théorie s'est développée ces dernières années car une personne soumise à une loi qui ne lui convient pas dispose aujourd'hui de certaines facilités pour se placer sous l'empire d'une loi qui lui est plus favorable.

FÉMINISME ?

Parallèlement, en 2013, la ministre en charge de la famille a confié à Irène Théry et Anne-Marie Lenoyer un groupe de travail chargé de nourrir la réflexion préalable à un projet de loi abordant les nouvelles protections, les nouvelles sécurités et les nouveaux droits pour les enfants. Ce rapport « Filiation, origines, parentalités – le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle a été publié en 2014, il préconisait l'accès de l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes en abandonnant l'exigence d'un diagnostic du caractère pathologique de l'infertilité. La filiation serait ensuite établie à l'égard des deux parents par l'institution d'une « déclaration commune anticipée de filiation » transmise à l'officier d'état civil et portée sur l'acte de naissance de l'enfant. L'ouverture de l'assistance médicale à la procréation s'inscrirait dans le prolongement de la loi du 17 mai 2013 qui a permis à un enfant d'avoir une double filiation maternelle par l'adoption. Elle permettrait ainsi de ne pas limiter cette possibilité à l'enfant déjà né et de l'étendre à l'enfant à naître.

LES RACINES SOCIOLOGIQUES DU DÉBAT

L'assertion cartésienne selon laquelle la science rendrait « l'homme maître et possesseur de sa nature » se décline-t-elle au féminin ?

Cibler la problématique de l'accès à la procréation médicalement assistée pour les couples de femmes réinterroge les questions liées :

- au féminisme (droit à l'autonomie, auto-contrôle du corps, droit à une sexualité libre),
- au genre (la reconnaissance paritaire des libertés sexuelles des femmes et la configuration officialisée des rapports homme/femme avec une réification masculine à la reproduction comme contre-effet),
- à la place de la femme dans le foyer (conception hégélienne moderne, de l'homme dédié aux affaires de la guerre et de la femme au foyer, in *Phénoménologie du droit*),
- à l'accès aux soins à une catégorie ciblée.

Ce débat n'est pas sans lien avec les combats menés par les pro-vie et les pro-choix autour des controverses éthico-professionnelles de la fin de vie, de l'euthanasie, de l'avortement. La première partie du droit dans sa conceptualisation européenne nous renvoie aux logiques argumentatives pro-vie-pro-choix ou le droit au respect de la vie privée et familiale (au contrôle des corps selon Michel Foucault), dans leurs double interprétation conservatrice et libérale nous permet cette cristallisation des acteurs :



- les associations de parents gays et lesbiens (exemple : l'affaire Mennesson),
- les organisations de professionnels de santé (les ordres notamment),
- les élites intellectuelles,
- les organes étatiques en fonction des couleurs politiques (clivage gauche/droite),
- les militants,
- les individus triomphants quittant la sphère de l'intimité pour la scène publique pour mieux revendiquer des droits individuels et transgresser les libertés publiques établies.

A cette dimension juridique européenne s'ajoute la vision internationale avec la convention internationale des droits de l'enfant et le rappel à l'intérêt de l'enfant. La délimitation vie privée-vie publique est balayée, et se substitue à la sphère de l'intimité ou le mobile de la souffrance de ne pas pouvoir construire un projet parental à deux devient le principe passerelle de cette discussion habermassienne entre les parties prenantes. L'éthique de la discussion semble mise en échec et les rapports de forces entre les acteurs deviennent les règles du jeu du traitement de cette controverse sociétale. Comment sortir de ce dissensus naturel et sociétal ? Le législateur est à nouveau pris à parti et délègue la délibération impossible à ses auxiliaires historiques : communautés médiatiques et autorités administratives indépendantes. Questions récurrentes en théorie politique : Au nom de quoi puis-je transgresser une loi établie et en légitimer une autre ? Au nom de qui ? L'exceptionnalité des cas peut-elle constituer une règle dérogatoire ? Débat déjà vécu avec la proposition du CCNE relative à l'euthanasie en 2000 et ses propositions d'engagement solidaire et d'exception d'euthanasie (avis n° 63). Quelques affaires traitées ont mis en avant ces possibles inégalités de droit entre des requérants (les conséquences du contrôle de conventionalité in concreto du juge administratif). Poussé par de nouvelles situations factuelles (requérante française partie en Espagne réclamant le transfert de gamètes de son mari défunt récemment), le Conseil d'Etat s'affranchit de l'article L. 2141-11-1 du Code de la santé Publique en opérant un changement de jurisprudence : « il appartient au juge d'apprécier concrètement si, au regard des finalités des dispositions législatives en cause, l'atteinte aux droits et libertés protégés par la convention qui résulte de la mise en œuvre de dispositions, par elles-mêmes compatibles avec celle-ci, n'est pas excessive ». Ce raisonnement nouveau permet au juge du référé administratif d'enjoindre à l'AP-HP de Paris et à l'Agence de Biomédecine « de prendre toutes les mesures nécessaires afin de permettre l'exportation de gamètes – du défunt – vers un établissement de

santé espagnol autorisé à pratiquer des procréations médicalement assistées dans un délai de 7 jours ». La requérante pourra ainsi bénéficier d'une insémination post-mortem. Le Conseil d'Etat lui permet de déroger à notre réglementation.

Le CCNE tranche et défend une position progressiste modérée avec l'ouverture de la Procréation Médicalement Assistée aux couples de femmes mais ne se prononce pas en faveur d'une procréation de convenance car refusant l'autoconservation des ovocytes. Il accepte de prendre part au débat et s'aligne avec d'autres pays européens ayant fait ce choix.

À l'étranger

L'ensemble des pays qui ont ouvert le mariage aux couples de personnes de même sexe (Portugal, Pays-Bas, Danemark, Belgique, Espagne, Suède et Angleterre) ont ouvert l'adoption conjointe aux époux de même sexe ainsi que l'accès à l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes. Ces pays, à l'exception de la Suède, autorisent également les femmes seules à recourir à l'Assistance Médicale à la Procréation (Sources : étude de législation comparée du Sénat « Mariage des personnes de même sexe et homoparentalité », n° 229, novembre 2012 et étude de législation comparée du Sénat « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », n° 193, janvier 2009). Mais ils encouragent une prise de décision démocratique en invitant le peuple à s'exprimer sur ces questions. En quête d'une nouvelle méthodologie de participation démocratique, nous oscillons entre des rapports de forces entre acteurs professionnels et politisés, et un peuple minoritairement concerné par cette question. Qui doit l'emporter ? Peut-on demander à la médecine de répondre à toutes les demandes de la société ? N'est-ce pas dénaturer l'objectif même de la médecine ?

PERSPECTIVES PHILOSOPHIQUES

Maxime kantienne : Traitez toujours Autrui comme une fin et non comme moyen !

Quelle sont les finalités invoquées par les différents acteurs pour légitimer ou rejeter l'ouverture de la procréation médicalement assistée aux couples de femmes ? Le Défenseur des droits considère que la procréation médicalement assistée est une réponse à un projet parental et non plus une alternative à la condition d'infertilité : « Le fait que la procréation médicalement assistée ne soit accessible aux femmes que si le projet parental est construit avec un homme, constitue une *inégalité, d'une part, entre femmes et couples hétérosexuels*



et femmes en couples homosexuels et d'autre part, entre femmes célibataires et femmes en couples ».

Le droit à l'intérêt de l'enfant peut-il être englobé dans le droit à l'autodétermination (article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme) et auquel le respect du droit à devenir parents est inclus dans le concept de l'autonomie ? (Arrêt Evans c/Royaume uni : la Cour européenne a reconnu que « le droit à l'autodétermination reconnu sur le fondement de la vie privée suppose le respect du droit à devenir parents, amenant à analyser l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme comme incluant un droit à l'enfant. » Les figures féminines de l'autonomie...

Hors des fins, parlons de moyens : Le parti écologiste des Verts a fait la proposition suivante le 6 mai 2014 : de prendre en charge financièrement les demandes d'Assistance Médicale à la Procréation des couples de femmes à l'égal des demandes de conjoints souffrant d'infertilité. Car actuellement elles sont suivies et prises en charge médicalement à leurs retours de l'Étranger. Nous n'avons aucun recul, ni de projections actuel du nombre de demandes d'enfantement assisté par des couples lesbiens en France, ce qui constitue un frein à l'évaluation médico-économique.

Nous observons des lieux communs avec le débat autour de l'avortement :

- Le débat autour d'une sexualité libre est dissous dans la loi du mariage pour tous.
- La clandestinité des pratiques est toujours d'actualité pour les femmes, avec cette même volonté de vouloir et pouvoir maîtriser sa capacité d'enfantement.
- Les médecins menacés, non protégés, « hors la loi » dans leurs pratiques professionnelles, transgression légale et solidarité.
- Droit à un projet de vie : conception de bien-être immatériel mise en avant mais conditionné par des ressources financières propres.
- Accepter les changements et de nouvelles configurations de familles : qu'est-ce qu'une famille ?

CONCLUSION : LE MÊME ET LE DIFFÉRENT

S'inscrivant dans la continuité du débat relatif à l'autonomie et aux questions de genre, cette demande sociétale reste isolée par le faible nombre de personnes concernées et le manque d'évaluation médico-économique sur les parcours de soins globaux d'Assistance Médicale à la Procréation et des suivis de grossesses des femmes désirant être mère seule ou en couple. Cependant, ces minorités silencieuses questionnent le statut de l'enfant à naître et en amont de ses droits de « création », les possibilités fantastiques de la médecine technicienne dans ce champ

et de la place des professionnels de santé face à ces demandes. Du point de vue philosophique, le socle des droits individuels et des libertés publiques tel que nous le concevons aujourd'hui en France peut effectivement être restructuré dans l'émergence de tiers invisibles dans le processus d'élaboration du vivant conditionnant de nouvelles figures de la féminité, de la maternité, de la paternité, de la famille. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie Nationale de Médecine, rapport sur la conservation des ovocytes, 13 juin 2017, www.academie-medecine.fr
- CCNE, avis 126 du 15 juin 2017 sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP), www.ccne-ethique.fr
- CCNE, Avis numéro 121 Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_121_0.pdf
- Code de la santé publique, site de légifrance.
- Conseil constitutionnel, Décision n° 2013-669 DC du 17 mai 2013, <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2013/2013-669-dc/decision-n-2013-669-dc-du-17-mai-2013.137046.html>
- Conseil constitutionnel, décision n° 2013-669 du 17 mai 2013, rendue à propos de Loi ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2013/2013-669-dc/decision-n-2013-669-dc-du-17-mai-2013.137046.html>
- Cour de Cassation Avis du 22 septembre 2014 (Demande n° 1470006) - ECLI:FR:CCASS:2014:AV15011, https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/avis_15/avis_classes_date_239/2014_6164/22_septembre_2014_1470006_6868/15011_22_30158.html
- Etude de législation comparée du Sénat « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », n° 193, janvier 2009, <https://www.senat.fr/notice-rapport/2008/lc193-notice.html>
- Étude de législation comparée du Sénat « Mariage des personnes de même sexe et homoparentalité », n° 229, novembre 2012, <https://www.senat.fr/notice-rapport/2012/lc229-notice.html>
- Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102>
- Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027414540&categorieLien=id>
- Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et des produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549618>
- Proposition relative à l'autorisation parentale et à l'intérêt de l'enfant, Assemblée Nationale le 27 juin 2014 (proposition de loi numéro 1856 relative à l'autorité parentale et à l'intérêt de l'enfant, enregistrée au 1^{er} avril 2014), <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0371.asp>



Rapport d'information n° 409 du 17 février 2016 sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) et la gestation pour autrui (GPA) de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel du Règlement et d'administration générale du Sénat sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) et la Gestation pour Autrui, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-dinformation-n-409-du-17-fevrier-2016-sur-lassistance-medicale-a-la-procreation-amp-et-la-gestation-pour-autrui-gpa-de-la-commission-des-lois-constitutionnelles-de/>

Théry Irène, Lenoyer Anne-Marie, Rapport « Filiation, origines, parentalité : le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité », Ministère des affaires sociales et de la santé ; FRANCE. Ministère de la famille, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000203/index.shtml>

KARINE BRÉHAUX



LES LÉGISLATIONS DU SOIN IVG EN EUROPE

VTP CARE LEGISLATIONS IN EUROPE

Par Eva BIERONSKI*

RÉSUMÉ

Comment la création du droit à l'IVG et son effectivité permettraient la réduction des disparités d'acceptation du soin IVG en Europe, afin d'atteindre l'égalité entre patientes européennes ?

Les disparités de législations de l'IVG en Europe démontrent une difficulté d'harmonisation de la santé publique et d'acceptation du soin IVG. Les *variables idéologiques et discursives* renforcent ou limitent la légitimité des actions de santé publique. L'effectivité des normes législatives permettrait une réduction des inégalités entre patientes européennes.

Objectifs : Compréhension de l'impact des variables idéologiques sur les libertés fondamentales. Méthodologie, étude comparative des législations européennes sur le droit à l'IVG.

MOTS-CLÉS

IVG, interruption volontaire de grossesse, soin, Europe, libertés fondamentales, effectivité du droit, respect de la vie privée, dépénalisation, intégrité physique, variable idéologique, taux de tolérance, opportunité institutionnelle.

ABSTRACT

Disparities in the legislation of the abortion in Europe demonstrate a difficulty in harmonizing public health and accepting VTP care. Ideological and discursive variables reinforce or limit the legitimacy of public health actions. The effectiveness of legislative standards would reduce inequalities between European patients.

* Chargée d'enseignement Droit de la santé, Université de Genève.
ebieronski10@gmail.com

KEYWORDS

VTP, voluntary termination pregnancy, care, Europe, fundamental freedoms, effectiveness of law, respect for private life, decriminalization, physical integrity, ideological variable, tolerance rate, institutional opportunity.

* * *

INTRODUCTION

« Chaque femme a le droit en Europe d'avoir accès à une IVG sécurisée et légale » (1) déclare l'Organisation mondiale de la santé à la conférence internationale des droits reproductifs. Pourtant, les pays de l'Est de l'Europe sont la zone du monde où décèdent le plus de femmes des suites d'une IVG illégale (OMS) (2). L'Afrique, dont les politiques d'intégration pour les droits reproductifs sont souvent décriés, ne présente pas des taux aussi élevés. La Pologne est le pays d'Europe de l'Est où l'IVG a été complètement pénalisée. Entre 2 000 à 3 000 femmes décèdent chaque année des suites d'une IVG illégale (OMS) (3). A l'opposé, l'excellence de la prévention et de l'éducation sexuelle en Suisse permet la réduction de l'incidence IVG, moins d'une femme sur 6 a subi une IVG dans sa vie, alors que le taux d'incidence en Pologne se situe entre 2 à 3 IVG par femme. Les disparités législatives du soin IVG en Europe ont en lien les disparités culturelles et les valeurs d'un pays

(1) 22% de la population mondiale seulement autorise l'IVG pour des motifs sociaux, 90% de ces pays sont des pays occidentaux : « La santé en matière de sexualité et de reproduction ».

Rapport « Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality » Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, WHO press, 2016. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/

(2) L. Haddad, Etude « Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol » Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, WHO press, p. 122-126, 2009.

(3) L. Haddad, idem.



à l'autre de l'Europe (4). Les valeurs traditionnelles en Europe désignent des orientations politiques et religieuses liées aux positions que l'on peut prendre à propos de l'IVG, la contraception ou l'orientation sexuelle, dans un contexte où le poids des orientations religieuses sur la vie politique se développe, en particulier en Europe et aux Etats-Unis. C'est encore aujourd'hui le rapport des européens à la tradition qui structure d'abord leurs valeurs (5). La structure des valeurs influence les législations et régleme la réceptivité des règles de droit. Dès lors, les mécanismes juridiques peuvent reposer sur la création d'un droit défavorable au droit à l'IVG légitimant le droit sur le corps d'autrui et la perte totale d'autonomie de la patiente (6). Ces inégalités entre patientes européennes dépendent du degré de réalisation de la norme, en fonction du taux d'acceptation du soin IVG.

A partir des modèles de législations observées, *comment la création du droit à l'IVG et son effectivité permettraient la réduction des disparités d'acceptation du soin IVG en Europe, afin d'atteindre l'égalité entre patientes européennes ?*

Le choix de l'étude s'est centré sur 3 pays européens. La Pologne correspond au « modèle rescue » où le soin IVG est interdit. La Suisse correspond au « modèle premium » car le soin médical a été élu meilleur soin IVG au monde par l'OMS. Entre ces deux modèles antinomiques, la France correspond au « modèle medium » car des efforts en profondeur ont été menés par les gouvernements successifs bien que la santé publique des femmes en matière d'IVG reste défailante (7). Le

soin IVG demeure plus que jamais une urgence absolue de santé publique car une femme décède toutes les 7 minutes dans le monde d'une IVG illégale (8).

Le soin IVG est pratiqué de manière disparate d'un pays à l'autre de l'Europe. En s'appuyant sur les principes fondamentaux de l'autonomie de la volonté qui organisent les législations en droit de la santé (I) on démontrera l'impact des valeurs européennes sur la réceptivité des règles de droit disparate en matière de soin IVG (II). La dépénalisation est liée aux valeurs libérales helvétiques, permettant la protection du soin IVG et l'autonomie de la femme.

I. DES DISPARITÉS D'ACCEPTATION DU SOIN IVG SIGNIFICATIVES EN EUROPE

A. Des disparités basées sur des pratiques différentes : le modèle libéral helvétique du soin IVG

Légalisation précoce de l'IVG en Suisse. Le droit à l'IVG en Suisse (9) a été introduit précocement par la loi

220 000 IVG par an c'est 1 femme française sur 2 qui a recours à l'IVG, deux pilules seulement sur 23 de la 3^e génération sont remboursées, des millions de femmes doivent prendre en charge elles-mêmes leur mode de contraception, 15 000 mineures ont recours à une IVG par an, 5 000 femmes par an subissent une IVG à l'étranger car elles ont dépassé le délai légal. Sont en cause le manque d'information, de prévention et de prise en charge. 120 centres IVG ont fermé en 10 ans, encore aujourd'hui plus de 70% des gynécologues pratiquent la clause de conscience (ils décident de ne pas pratiquer l'IVG), ce qui crée des inégalités entre les régions. En portant atteinte au droit d'information et aux services de proximité de la femme, c'est le droit et la liberté pour les femmes à disposer de leur corps et à interrompre leur grossesse dans de bonnes conditions psychologiques, sanitaires et économiques qui est remis en cause. Ce sont les femmes les plus démunies et les plus jeunes qui sont particulièrement touchées.

Rapport de l'Assemblée Nationale « L'IVG et la pilule 3^e génération », 8 mars 2016.

(8) Rapport « Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality » Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, WHO press, 2016. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/.

(9) La Suisse a cette particularité d'avoir été créée au cœur de l'Europe pour remédier aux persécutions subies par les protestants en Europe. L'idée d'un morcellement d'autres territoires : allemands, français et italiens pour former un nouvel Etat protégeant les protestants persécutés d'Europe et garantissant la liberté de religion, a été controversée pendant des siècles. Les pays morcelés réclamaient leur territoire en rejetant la création de la Suisse. Napoléon mena une politique en Europe visant à délégitimer l'existence même de la Suisse, et amener l'opinion à croire que la Suisse serait, en quelque sorte, l'émanation de politiques colonisatrices qui ont créées un nouvel Etat de fait en empiétant sur les territoires occupés.

Le processus de reconnaissance officielle de la Suisse fut très long. L'existence du nouvel Etat est reconnue après le Traité de Westphalie en 1648 mais sa légitimité au sein de l'Europe n'apparaît clairement dans les textes que lors du Congrès de Vienne de 1815, après le retrait des troupes napoléoniennes. A cette occasion, la Suisse prend officiellement le nom

(4) O. Galland, Y. Lemel, Etude « Tradition-modernité : un clivage persistant des sociétés européennes » Revue Française de Sociologie, 47-4, 2006 /4 (Vol. 47), p. 687-724, 2006. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFS_474_0687.

(5) Il convient de préciser la présence, en Europe, de 50% de catholiques, 25% de protestants, 18,5% d'athées et 6,5% des autres croyances toutes confondues (bouddhistes 0,1%, orthodoxes chrétiens 0,1%, juifs 0,2%, musulmans 6%).

L. Vickers, Rapport « Les religions en Europe : Religions et convictions. Discriminations dans l'emploi. Le droit de l'Union Européenne » Réseau européen des experts en matière de non-discrimination, Direction générale de l'Emploi, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances, Unité G2, éditions de la Commission Européenne, publications.europa.eu, p. 4-67, 2007.

file:///C:/Users/EWA/Desktop/THESE/rapport%20commission%20européenne%20religions%20europe.pdf
O. Galland, Y. Lemel, Etude « Tradition-modernité : un clivage persistant des sociétés européennes » Revue Française de Sociologie, 47-4, 2006 /4 (Vol. 47), p. 687-724, 2006. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFS_474_0687.

(6) W. Nowicka, Etude « *Clear and Compelling Evidence: The Polish Tribunal on Abortion Rights* » Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, WHO press, p. 22-30, 2002.

(7) La Journée de la Femme en France en 2016, avait pour sujet l'IVG et la pilule 3^e génération. Les chiffres parlaient d'eux-mêmes, 200 à



fédérale et bénéficie aujourd'hui d'une prise en charge exceptionnelle et d'un taux d'incidence IVG parmi les plus bas du monde. En 1942, la loi fédérale sur l'IVG est promulguée et introduite à l'article 118-121 du Code Pénal (10). L'IVG est toujours pénalisée, mais, exceptionnellement, la femme peut obtenir un soin IVG médicalisé et assisté pour « motifs thérapeutiques » : *problèmes de santé physique ou psychique de la femme*. Tout est une question d'interprétation en Suisse, selon les cantons. De ce fait, il est impossible d'obtenir une IVG dans 20 cantons sur 27 (dont Appenzell, le Valais, l'Argovie, Zoug ou Fribourg). Les femmes doivent se déplacer dans un canton plus libéral qui interprétera plus largement le « motif thérapeutique » permettant d'accéder à l'IVG, tel que Genève, Vaud, Zurich, Bâle (ville) ou Neuchâtel (11). Cette loi est l'aboutissement des concessions faites entre les cantons plus traditionnels de la Suisse allemande (Appenzell) que de la Suisse romande (Genève, Lausanne) afin de permettre aux femmes de subir une IVG légalement, sans pour autant faire de l'IVG un droit Fondamental. Cette solution a influencé les législations d'Europe de l'Ouest en Espagne, au Portugal, en Italie, en France et en Allemagne, où l'IVG est pratiquée mais exceptionnellement, entourée de contrôles médicaux.

Dépénalisation de l'IVG. En 1971, une initiative parlementaire demande la décriminalisation de l'IVG et nomme une Commission d'Experts au Département Fédéral de Justice pour réviser le Code pénal en matière d'IVG. C'est la première démarche de dépénalisation de l'IVG en Europe. Pour la première fois, un pays conçoit de modifier les rôles traditionnels du soignant et du soigné : la patiente peut s'auto diagnostiquer et demander un acte chirurgical qu'elle juge nécessaire, sans avoir besoin de recourir à l'accord d'un médecin (12). En

1999, des intégristes catholiques du mouvement «*pro-vie*» de plusieurs cantons lancent l'initiative populaire « Pour la mère et l'enfant » visant à pénaliser complètement l'IVG et l'interdire (13).

En 2000, la Commission des Affaires Juridiques du Conseil des Etats décide de réviser le projet initial de *la solution des délais*. En 2001, le Conseil des Etats approuve le régime des délais, l'IVG est *dépénalisée* et la femme peut faire une demande d'IVG sans accord d'un médecin. L'IVG peut être pratiquée bien au-delà du délai des 12 semaines (14), avec l'accord des médecins. En 2002, le peuple accepte « Le régime des délais pour la dépénalisation de l'IVG » par référendum. Cependant, encore en 2013, une initiative populaire a été déposée par les mouvements intégristes, attisant une vague de polémiques houleuses et de slogans contre l'IVG visant à interdire le remboursement de l'IVG. Le référendum a marqué une écrasante victoire avec 70% de non à l'interdiction, démontrant la volonté de la population de soutenir le droit à l'IVG et son remboursement.

La recherche d'excellence du système d'éducation sexuelle suisse. La Suisse fait partie des pays où sont pratiquées le moins d'IVG au monde : moins d'une femme sur six a subi une IVG (15). Le taux d'adolescentes recourant à l'IVG en Suisse est le plus bas du monde. Le faible taux d'incidence IVG en Suisse est dû à l'excellente éducation sexuelle, les campagnes de prévention, l'accès moderne et efficace aux Plannings Familiaux dans tous les cantons (16), ont permis la réduction du taux d'incidence IVG. La prise en charge IVG en Suisse est exceptionnellement avancée. Elle a été qualifiée de meilleure prise en charge au monde par l'OMS (17) et ses méthodes prisées d'offre de soin IVG

de Confédération (Traité d'Alliance) Suisse (*Schweiz* en allemand ancien, signifiant *brûler*, pour rappeler les bûchers auxquels ont été condamnés des millions de protestants en Europe, immolés car non catholiques).

De plus, lors de ce Congrès, la Suisse élève, en tant que loi constitutionnelle, la liberté de culte et le principe unique au monde de neutralité perpétuelle de la Confédération. La longue tradition du principe de neutralité politique et militaire de la Suisse a permis au pays de refuser toutes les tentations de colonisation, d'impérialisme et des guerres mondiales de l'Occident du XX^e siècle.

F. Walter, Ouvrage « Histoire de la Suisse » éditions Broché, 2010, Presses Universitaires de Genève, 2014.

(10) P. Darbellay, L. Varotto, E. Smirnova, A. Grazioli, C. Schwarz, Mémoire « Grossesse involontaire » Université de Genève, 2003.

(11) Anne-Marie Rey, Conférence de l'APAC « IVG en Suisse : les faits et les données » Zurich, 7 mai 2009.

(12) La Commission propose en 1974 un projet appelé « Loi Fédérale sur la Protection de la Grossesse et le caractère non punissable de son interruption » qui vise à dépénaliser l'IVG en proposant la « solution des délais » : l'IVG entièrement dépénalisée jusqu'à 12 semaines de grossesse à la demande de la patiente.

Pauline Darbellay, Laura Varotto, Elina Smirnova, Aron Grazioli, Claude Schwarz, Mémoire « Grossesse involontaire » Université de Genève, 2003.

(13) En Suisse, les propositions de lois peuvent émaner d'une initiative parlementaire ou d'une initiative populaire provenant directement du peuple. Cette pratique est fortement utilisée en Suisse, à l'inverse des autres pays européens, où le nombre minimum de signataires rend quasiment impossible l'émanation d'un référendum provenant du peuple.

(14) Au-delà de 12 semaines, la patiente doit démontrer un « état de détresse », ce qui permet d'interpréter largement cette notion et d'autoriser *de facto* la quasi-totalité des IVG tardives.

(15) P. Darbellay, L. Varotto, E. Smirnova, A. Grazioli, C. Schwarz, Mémoire « Grossesse involontaire » Université de Genève, 2003. A-M. Rey, Conférence de l'APAC « IVG en Suisse : les faits et les données » Zurich, 7 mai 2009.

(16) A.C. Voeffray-Favre, I. Rossi, J. Ruiz, F. Izzo, P. Bodenmann, F. Gianinazzi, Article « la quête du consentement éclairé en médecine comme construction sociale » Revue Médicale Suisse, vol. 6, p. 1205-1208, 2010.

(17) Rapport « Postabortion Care Service Delivery Guidelines : Managing Complications in Pregnancy and Childbirth : A Guide for Midwives and Doctors (Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement :



font régulièrement l'objet d'études dans les cliniques privées de tous les pays qui souhaitent augmenter la performance de leurs soins IVG. Ces méthodes rares et exceptionnellement modernes font figure d'« ovni » parmi les services IVG dans le monde (18).

B. Des disparités basées sur des législations différentes : Impact des valeurs traditionnelles sur le soin IVG en France et en Pologne

Procès fondateur du droit à l'IVG en France. En 1944 en France, à Cherbourg, une femme est guillotinée pour avoir aidé des femmes à subir des IVG clandestines (19). Le droit à l'IVG en France a été introduit tardivement et à la suite d'une sensibilisation du vécu des femmes ayant subi une IVG clandestine (20). De 1971 à 1975, les manifestations pour le droit à l'IVG s'intensifient, le mouvement embrase toute l'Europe de l'Ouest. Des millions de femmes en France, en Espagne et en Italie manifestent seins nus, brûlent leurs soutien-gorge et crient dans les rues leur rage d'interdire aux femmes le droit d'être libre de leur propre corps. En 1972, un procès a un retentissement important pour plaider le droit à l'IVG en France (21).

Dans la banlieue de Paris, à Bobigny, une jeune fille de 17 ans, a été violée par un étudiant. Aidée par sa mère et de plusieurs femmes, elle subit une IVG clandestine au moyen d'aiguilles à tricoter. Après une hémorragie, elle est transportée d'urgence à l'hôpital et dénoncée à la police par les soignants. L'avocate Gisèle Halimi, impliquée dans la lutte pour le droit à l'IVG – fondatrice de l'Association *Choisir* avec Simone de Beauvoir – accepte de défendre les cinq femmes mises en examen pour « crime d'avortement » en retenant comme stratégie de défense l'injustice de la loi de 1920. Ce procès devient le procès politique de l'IVG en France, au nom de toutes les françaises qui ont subies une IVG dans la clandestinité et des conditions sanitaires déplorable

faute de pouvoir partir en Suisse ou en Angleterre (22). Gisèle Halimi déclare, lors de sa plaidoirie : « Messieurs les Juges, imaginez un monde où les hommes comparaissent devant un tribunal *de femmes, jugés pour le crime d'avoir eu une liberté sur leur corps, elle n'est pas déjà là, la plus grande injustice de ce siècle, d'être dans ce tribunal ?* » (23). Les inculpées sont toutes relaxées. Les juges reconnaissent l'injustice de la loi de 1920, celle-ci n'est plus applicable (24). Après le procès fondateur du droit à l'IVG, dévoilant publiquement les recherches scientifiques sur l'embryon encore inconnues, les médecins se désunissent (25).

La dépénalisation de l'IVG. En 1974, la Ministre de la Santé Simone Veil fait une proposition de loi de légalisation de l'IVG (26). Seule femme Ministre

(22) Comme le dénonce l'auteure Françoise Sagan, signataire du manifeste des 343 : « Ce qui est une simple contrariété pour les plus aisées, devient une boucherie pour toutes les autres ». Sous l'impulsion du « Mouvement de libération des femmes », le journal du « Nouvel Observateur » publie une pétition portant 343 signatures de femmes. Toutes déclarent avoir recouru à l'avortement au cours de leur vie. Parmi elles, Simone de Beauvoir, Catherine Deneuve, Jeanne Moreau, etc. Le scandale est retentissant. La loi Veil autorisera l'avortement en 1975.

(23) Le médecin catholique Jacques Milliez témoigne en affirmant qu'il a déjà pratiqué des IVG, soutenant les femmes inculpées, en précisant : « Je ne vois pas pourquoi nous, catholiques, imposions notre morale à l'ensemble des français », ce qui aura un retentissement pour les nouveaux « catholiques progressistes », soutenant le droit à l'IVG dans le monde. Le Docteur Milliez est infligé d'un blâme par l'Ordre des médecins. D'autres personnalités influentes ont témoigné, tels les Prix Nobel de Physique et de Médecine – médecins et biologistes – Jacques Monod et François Jacob, afin de préciser *la nature biologique* de l'embryon, aujourd'hui confirmés par tous les Centres de Recherches Scientifiques Mondiaux. Biologiquement, l'embryon humain n'est pas un être humain car ce qui constitue un être humain est la connexion du système nerveux central avec le cœur.

Juridiquement, l'embryon humain n'est pas un être humain avant sa naissance.

Les travaux scientifiques de J. Monod et F. Jacob seront d'une grande utilité, quelques années plus tard, pour plaider la cause du droit à l'IVG à l'Assemblée Nationale et « désacraliser » l'embryon en tant qu'être humain à part entière, encore vivace à cette époque en France.

G. Halimi, préface de Simone de Beauvoir, Ouvrage « Le procès de Bobigny : choisir la cause des femmes » éditions Gallimard, 2006.

(24) G. Halimi, préface de Simone de Beauvoir, Ouvrage « Le procès de Bobigny : choisir la cause des femmes » éditions Gallimard, 2006.

(25) A la fin de l'année 1974, ils sont 10 031 médecins sur 68 778 en exercice, à l'initiative de l'Association des médecins pour le respect à la vie, à lancer un appel contre le droit à l'IVG soutenant que : « L'IVG n'est pas l'acte d'un médecin ».

Le Docteur Villette, membre de cette Association, précise : « Le gouvernement de la République française affecte d'ignorer qu'il puisse être lui-même assujéti à une loi supérieure. C'est un défi au Législateur Suprême » semblant ainsi ignorer la séparation entre l'Eglise et l'Etat, en place depuis plus de 60 ans.

M. Gelly, Thèse « Avortement et contraception dans les études médicales, une formation inadaptée » éditions l'Harmattan, 2006.

(26) Le MLAC (Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception) était un mouvement clandestin de 1973 à 1975, qui pratiquait des IVG illégales filmées et qui distribuait des contraceptions gratuitement.

Un guide destiné à la sage-femme et au médecin » Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, WHO press, 2003.
http://www.postabortioncare.org/sites/pac/files/06_FraServiceDelivery.pdf.

(18) F. Bianchi-Demicheli, Etude « Induced Abortion and Psychosexuality » Presses de l'Hôpital Cantonal de Genève, 2010.

(19) J-Y Le Naour, C. Valenti, Ouvrage « Histoire de l'Avortement XIX^e-XX^e siècle » éditions Seuil, 2003.

(20) M. Gelly, Thèse « Avortement et contraception dans les études médicales, une formation inadaptée » éditions l'Harmattan, 2006.

(21) G. Halimi, préface de Simone de Beauvoir, Ouvrage « Le procès de Bobigny : choisir la cause des femmes » éditions Gallimard, 2006.



sous le gouvernement Giscard d'Estaing, Simone Veil monte à la tribune de l'Assemblée Nationale le **26 novembre 1974** (27) pour défendre son projet en lisant les témoignages de femmes ayant subi une IVG : « Aucune femme ne subit une interruption volontaire de grossesse de gaité de cœur. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et ce sera toujours un drame » (28). Le **17 janvier 1975**, la Loi Veil est promulguée pour une durée de 5 ans. Elle sera reconduite définitivement le **30 novembre 1979**. C'est la seule et unique loi en France à être reconduite 5 ans plus tard. Surtout, cette loi ne fait que « tolérer » l'IVG pour les cas « en détresse ». Malgré une bataille législative contre des orateurs aux propos d'une intensité et d'une violence inouïs, et le contexte d'une époque où s'affrontaient deux idées de la France, deux générations, et même deux sexes, c'est : « Dans cette pièce de l'Assemblée où se concentraient toutes les passions de la société française des années 1970, que sera gravée une date majeure dans la libération des femmes » (29). La timide loi dite Aubry de réforme de l'IVG, du **4 juillet 2001** ne modifie pas réellement la législation (30). Jusqu'en **2010**, tous les dossiers-guide obligatoirement transmis aux femmes en demande d'IVG précisent qu'elles ne bénéficient que d'un régime d'« exception » (31) au principe du droit

à la vie, inscrit à l'article 16 du Code civil et retranscrit à l'article L 2211-1 du Code de Santé Publique. La « notion de détresse » a été supprimée en **2014** (32). Dorénavant, les femmes peuvent faire une demande d'IVG sans devoir justifier d'une *situation de détresse*. **Pénalisation de l'IVG en Pologne.** Le droit à l'IVG en Pologne était légal en **1956** jusqu'à l'indépendance en **1989**, où la pression et la propagande permanente de l'Eglise conduit à impulser un projet de loi « en défense de la vie de l'enfant conçu » et présenté à la Diète avec le soutien de députés. Ce texte, visant à interdire l'IVG, « même en cas de danger pour la vie de la mère », prévoit 3 ans d'emprisonnement pour la femme et 5 ans pour le médecin qui enfreindraient la loi (33). Tout s'accélère en **1990** (34). Les députés intégristes catholiques déposent un projet de code Pénal incluant la pénalisation de l'IVG afin d'annuler la loi de **1956** de Khrouchtchev et d'inscrire le « droit à la vie dès la conception » dans la Constitution (35). Cette même année, des ordonnances prises par le Premier Ministre Tadeusz Mazowiecki, obligent les femmes à passer devant deux commissions, médicales et psychologiques, pour obtenir une autorisation, afin de

S. Veil, Ouvrage « Une vie », éditions Stock, 2007. La Loi Veil, sur le site de l'Assemblée Nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp>.

(27) S. Veil, Ouvrage « Une vie », éditions Stock, 2007.

(28) S. Veil, Ouvrage « Une vie », éditions Stock, 2007.

(29) La Loi Veil, sur le site de l'Assemblée Nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp>.

(30) La loi du 4 juillet 2001 a ajouté à l'article L 2212-2 du Code de Santé Publique « ou dans le cadre d'une convention » pour les cas d'IVG médicamenteuses prescrites par un centre d'IVG ou un médecin de ville. Là où naguère l'on voyait une infraction pénale sévèrement réprimée, il n'eut bientôt plus qu'un acte qui, aux termes de l'article L. 2212-2 du Code de Santé Publique, ne pouvait être pratiqué que « par un médecin » et « dans un établissement hospitalier ».

L'intégration de l'IVG au sein de l'activité médicale permet de faire bénéficier cette pratique de la légitimité attachée à l'activité médicale. Il faudra attendre 2010 pour que la loi de réforme de l'IVG dépénalise complètement l'IVG, qui ne fait plus partie d'un régime d'exception mais d'un régime de droit. Le terme « avortement » était réservé au Code Pénal qui utilise dorénavant le terme « d'IVG » (en Pologne par exemple, « aborcja » est un terme péjoratif par rapport à « przerywanie ciąży » IVG) et réprime seulement l'absence de consentement de la femme, article 223-10 dudit Code. Ce changement de terminologie, au lendemain de la Loi Veil, va contribuer à modifier profondément la nature de l'acte en l'affranchissant définitivement de la connotation négative attachée à l'ancien terme.

D. Coudevylle, Etude « L'IVG en 2011, réflexions sur un acte médical aux implications controversées » La Documentation Française, Revue Française des Affaires Sociales, 2011.

(31) S. Divay, Article « L'IVG : un droit concédé encore à conquérir » Revue des Affaires Sociales et Familiales, 2003.

(32) Loi du 4 août 2014, n° 2014-873 « pour l'Égalité Femmes-Hommes ». La proposition de loi de suppression de la notion de détresse en droit à l'IVG français a été déposée par la Ministre du droit des Femmes Najat Vallaud-Belkacem, promulguée le 4 août 2014, modifiée à l'article L-162-1 CSP.

La notion de « détresse » ne s'assimile pas à « l'état de nécessité » au sens de l'article 122-7 du code pénal français puisqu'une grossesse ne peut être assimilée à un « péril grave menaçant l'intégrité physique » sauf en cas de danger pour la vie et la santé de la femme. La « détresse » est donc une notion volontairement subjective que chaque femme peut apprécier en fonction de son état.

Dictionnaire de la langue française Larousse en ligne « détresse », « désespoir », « angoisse » : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9tresse/24863>.

(33) La Commission de l'Épiscopat aux affaires familiales, un groupe de prêtres, puis un groupe de sénateurs, en appelèrent successivement aux instances parlementaires pour qu'elles légifèrent sans tarder sur la protection de la vie dès la conception, témoignant du peu d'attention conférée aux droits des Femmes.

J. Heinen, A. Matuchniak-Krasuska, Ouvrage « L'avortement en Pologne, la croix et la bannière » éditions l'Harmattan, Logiques Sociales, 1992.

(34) Jacek Kuron, figure appréciée en Pologne, leader de l'opposition démocratique, Activiste socialiste, Historien et Ministre de l'Emploi et de l'Action Sociale en 1989, Chevalier de la Légion d'Honneur. Décédé en 2004, il rêvait d'un régime démocratique élevé, comme en Suisse, où les polonais pourraient se rendre régulièrement aux urnes pour voter sur toutes les questions sociales de la société. Un an après l'indépendance lorsque le Ministre Jacek Kuron proposa à la Diète de soumettre le Projet de loi légiférant pour le droit à l'IVG à un référendum populaire. Cette idée suscita la vindicte des évêques à tel point que la Diète refusa la proposition de ce dernier, tandis que les évêques dénoncèrent cette proposition comme « privant le Pape du « cadeau » [la loi interdisant l'IVG] que la hiérarchie polonaise espérait tant pouvoir lui offrir à l'occasion de sa venue en Pologne ».

(35) J. Heinen, A. Matuchniak-Krasuska, Ouvrage « L'avortement en Pologne, la croix et la bannière » éditions l'Harmattan, Logiques Sociales, 1992.



subir une IVG. A partir de cette décision, les hôpitaux n'avaient plus l'obligation de mener l'intervention. De nombreux gynécologues ont eu recours systématiquement à la clause de conscience. En 1991, le Ministère de la Santé interdit la vente des pilules importées de la CEE au prétexte de leur nocivité. Depuis cette période et jusqu'à aujourd'hui, les conditions pour se procurer des contraceptions sont limitées (36). On observe un arrêt quasi-total des IVG officiellement effectuées dans des hôpitaux ou des cabinets privés (37). Le 7 janvier 1993, la Diète vota une des lois les plus strictes au monde sur l'IVG, réduisant les possibilités de subir une IVG pour la femme aux seuls cas d'IMG (38) sur avis médical et avec le passage devant une Commission médicale, pour malformation grave du fœtus, danger de vie de la femme ou en cas de viol (39).

Clandestinité, Katowice, 2012. Recueil de l'un des témoignages d'une femme ayant subi une IVG clandestine (40) : « Elle [son amie] a fait une hémorragie

(36) En 1991, l'Ordre des Médecins adopte un Code d'Éthique Médicale opposé à l'IVG et aux examens de diagnostic prénatal de grossesse visant à détecter une malformation éventuelle du fœtus et prévoyant la poursuite des praticiens qui effectueraient des IVG. Rares sont les médecins qui, comme le professeur Waclaw Dec, Gynécologue de Lodz, se sont élevés contre ce texte et contre la manœuvre anti-démocratique ayant présidé à son adoption – puisque les délégués en avaient eu connaissance que le jour même du vote de la décision de l'Ordre.

(37) Les hôpitaux inscrivent sur les portes de leur centre d'IVG : « Il n'y aura plus d'avortements après le 3 mai 1992 ». L'impact du courant hostile au droit à l'IVG dans le milieu médical et les pressions exercées par les mouvements anti-IVG ont porté leurs fruits : avant même que le texte de loi ne soit remanié, le droit à l'IVG était foulé aux pieds. Certains médecins y voient leurs intérêts et triplent le tarif normal d'une IVG illégale leur cabinet, laissant les femmes sans moyen de protester et de pouvoir porter plainte.

J. Heinen, A. Matuchniak-Krasuska, Ouvrage « L'avortement en Pologne, la croix et la bannière » éditions l'Harmattan, Logiques Sociales, 1992.

(38) Loi du 7 janvier 1993 sur « La planification familiale, la protection de l'embryon et les conditions de l'IVG » Journal des Lois 1993, n°17, position 78 – Commentaires de Jaroslaw Majewski, Articles « La protection pénale de l'enfant conçu » et « La sanction pénale de l'avortement en Pologne et ses dernières modifications législatives » Revue juridique Etat et Droit, 1993 et 1997.

(39) Loi du 30 août 1996, modification de la loi du 7 janvier 1993 sur « La planification familiale, la protection de l'embryon et les conditions de l'IVG » Journal des Lois 1996, n°139, position 646.

La même année, un remaniement parlementaire laissa espérer quelques mois que cette loi serait vite oubliée, par le vote à la Diète d'une loi plus libérale de l'IVG le 30 août 1996, qui reconnaît la légalité de l'acte pour « détresse sociale ».

Mais cette loi ne fut pas appliquée et vite interdite, quelques mois plus tard, par la Cour Constitutionnelle conservatrice, qui jugea la révision non valable : décision constitutionnelle du 28 mai 1997 qui jugea inconstitutionnelle d'inclure « la détresse sociale » car cela reviendrait « à tuer l'enfant conçu » par des « avortements de convenance » – Commentaires de Krystyna Daszkiewicz, Article « Les infractions contre la vie et la santé, Chapitre XIX du code pénal » Revue juridique Etat et Droit, 2000.

(40) **Etude de cas « Quel est le vécu d'une femme qui a subi une IVG ? »** : 527 témoignages ont été recensés entre 2012 et 2015, 123

dans la nuit [après une IVG clandestine avec l'aide d'une matrone], elle m'a appelée, j'ai couru l'aider, on est allées à l'hôpital avec son mari, elle n'en est jamais ressortie. Ils l'ont accusés [le corps médical, gynécologues et infirmières], ils lui ont fait peur, ils lui ont dit qu'ils allaient appeler la police, qu'elle finirait en prison, que c'était une folle, que seuls les monstres faisaient ça, ils lui ont fait un curetage à vif, elle était dans une grande salle avec d'autres femmes qui criaient, qui priaient, qui attendaient.

Tout ça avait l'air irréel, je trouvais que mon pays n'était pas celui que je croyais. J'avais vraiment mal pour elle, je pleurais, je l'entendais, je me suis mise à prier, mais elle n'est jamais ressortie.

On n'a jamais su ce qui s'est passé. Je ne savais pas que c'était possible de mourir après un curetage. Pourtant, c'est des médecins qui ont fait ça, ils ont dû « y aller comme des bouchers ». Son mari est resté seul avec leurs enfants, c'est sa mère qui s'en occupe maintenant [la mère de l'épouse décédée]. Ils lui ont fait du mal, ils l'ont fait hurler, ils n'avaient qu'à ouvrir une boîte d'anesthésiant pour la soulager, ils ne l'ont pas fait. Ils ont été cruels. Ils ne comprennent rien, ils mélangent tout, regardez ce qu'ils font aux femmes, venez, filmez, rapportez-le dans votre pays, que tout le monde voit, que tout le monde sache comment on traite les femmes en Pologne.

Pff... l'Europe, l'Europe, à part avoir des grands centres commerciaux, c'est tout ce que ça a apporté de bien...

Le pire, c'est pour son enterrement. Sa mère [la mère de l'épouse décédée] m'a dit que le prêtre faisait des manières, qu'il allait peut-être refuser de faire la cérémonie parce qu'il savait ce que sa fille avait fait, lui dire ça alors que sa fille est morte... ».

II. LA NÉCESSITÉ DES RÉFORMES PERMETTANT D'ATTÉNUER LES DISPARITÉS

A. La recherche d'harmonisation des disparités en matière de droit à l'IVG de la CEDH

Demande de soin légal Affaire Tysiac contre Pologne, CEDH, 2007. Saisie en 2007, la Cour Européenne

témoignages via la plateforme en ligne SURVEY, et 404 entretiens ont été organisés, à raison de 2 à 4 par jour pendant 2 mois en France, 2 mois en Suisse et 2 mois en Pologne. Ces entretiens ont été préparés à l'avance, avec un questionnaire pour les professionnels de santé et un questionnaire à l'intention des patientes. 135 entretiens par pays ont été répartis, à raison de 15 entretiens avec les professionnels de santé (conseillères du Planning Familial, gynécologues, infirmières et psychologues) et 120 entretiens auprès des patientes dans les hôpitaux publics (France), cliniques (Suisse) ou associations (Pologne) de chaque pays. Ce travail de terrain est indispensable à la mise en perspective des lois sur l'IVG de chacun des pays. Ces entretiens ont permis de démontrer le degré de la norme juridique appliquée dans chaque pays, afin de révéler les manquements et attentes des patientes dans la recherche d'autonomie et l'accès aux services publics du soin IVG.



des Droits de l'Homme avait eu l'occasion de se prononcer sur la compatibilité de la législation polonaise en matière d'IVG à la Convention Européenne dans l'affaire éminemment célèbre, *Tysiac contre Pologne* (41). Alicja Tysiac, ouvrière du Sud de la Pologne, mère surendettée de deux enfants, est enceinte une troisième fois et s'inquiète de sa santé lorsque les médecins lui annoncent les risques d'une nouvelle grossesse sur sa maladie ophtalmologique liée à une grave dégénérescence de la rétine. Le droit à l'IMG polonais (l'IVG est totalement interdite) lui permettant de subir une *interruption médicale de grossesse*, permet à cette patiente de rentrer dans le cadre légal pour prétendre à subir une IMG. Mais l'hôpital refuse de la prendre en charge. Les médecins se montrent humiliants envers elle, l'IMG lui est interdite sans consultation et les documents sur sa situation sont détruits. Elle saisit le Conseil de l'Ordre des Médecins afin de faire valoir son droit. Ceux-ci refusent sans motif. Elle décide de regarder les annonces de gynécologues pratiquant une IVG illégale mais les prix sont trop élevés pour elle. Les délais sont dépassés, après des mois de luttes acharnées pour faire valoir son droit, elle doit se résigner à accoucher. A la suite de son accouchement, comme le prévoyait le diagnostic médical, elle fait une hémorragie et perd un œil. Elle témoigne : « J'aurais préféré perdre une partie de moi de 2 centimètres inconsciente que mon œil dans d'horribles douleurs » (42). Réponse de l'Ordre des Médecins à la presse : « Une vraie mère polonaise catholique doit savoir se sacrifier ». Les plaintes déposées par le Tribunal civil polonais et la Cour d'appel furent rejetées, elle décida alors d'aller jusqu'à la CEDH.

Notion de non-respect de la vie privée. La requérante saisit la Cour en invoquant la violation de l'article 8 pour *non-respect à la vie privée* de la Convention Européenne des droits de l'Homme. Cette affaire était un moment clé pour la Cour permettant de consacrer le droit à l'IVG européen. Cependant, la Cour s'est bornée à reconnaître que le gouvernement polonais ne respecte pas ses propres lois. Dans un laconique et erratique attendu, elle indique : « Une atteinte même minime à l'intégrité physique d'un individu doit passer

pour une *ingérence dans le droit de celui-ci au respect de la vie privée énoncé à l'article 8 si elle a eu lieu contre la volonté de cet individu* ». L'arrêt Tysiac aboutit, certes, à censurer les décisions polonaises qui n'appliquent pas leur propre droit, mais la Cour refuse de déduire de l'article 8, au nom d'un principe d'autonomie personnelle, un droit général de la femme sur son corps, elle se borne à rappeler les exigences procédurales déduites de cette stipulation (43).

La Cour laisse à penser avec dépit qu'elle aurait institutionnalisée une jurisprudence molle et inefficace en cours depuis des décennies au sujet du droit de la Femme. Les polonaises se sentent comme exclues du système de protection pour les femmes érigée par l'Union (44). **Arrêt Halappanavar contre Irlande, 2012.** En 2012, Savita Halappanavar, une indienne enceinte de 17 semaines est décédée parce que les médecins de l'hôpital universitaire de Galway, en Irlande, ont refusé de pratiquer une IMG sur la jeune femme qui présentait une grave infection gynécologique et un état suicidaire avéré (dont une grève de la faim), à la suite de plusieurs tentatives d'IVG clandestines (45). Pourtant, l'IMG est autorisée lorsque *la santé physique de la femme est en danger*. Depuis ce drame, les irlandais n'ont cessé de demander au gouvernement de dépénaliser l'IVG. Ces appels ont été quelque peu entendus puisque le Parlement irlandais a décidé en 2013 d'étendre le droit à l'IMG *au danger sur la santé mentale présentant un caractère grave et suicidaire de la femme*, attesté à l'unanimité par deux psychiatres et un gynécologue, ce qui est encore extrêmement restrictif (46). Cette extension du droit a pu avoir lieu grâce au soutien de la population alors que la CEDH et le Parlement Européen auraient pu imposer le droit à l'IVG Européen sur toute l'Europe depuis longtemps. En signe de protestation, des centaines d'irlandais sont venus manifester devant le Parlement Européen pour dénoncer son inertie.

(41) CEDH, arrêt du 20 mars 2007, *Tysiac contre Pologne*, n°5410/3. Comm. D. Roman, Article, « L'avortement devant la Cour européenne à propos de l'arrêt Tysiac contre Pologne » Recueil Juridique Dalloz, p.810, 2007.

(42) D. Roman, Article, « L'avortement devant la Cour européenne à propos de l'arrêt Tysiac contre Pologne » Recueil Juridique Dalloz, p.810, 2007.

Recueil des témoignages de femmes polonaises qui ont subies une IVG ou qui auraient aimées en subir une : « Les femmes en enfer. Histoires de femmes polonaises d'aujourd'hui » Fédération Internationale du Planning Familial, Ambassade de France en Pologne, ONG International Women's Health Coalition, 2004.

(43) D. Roman, J. Gaté, E. Paillet, Ouvrage « Droits des femmes et vulnérabilité, une relation ambivalente », rubrique Effectivité des droits et vulnérabilité de la personne, éditions Bruylant, pp. 219-243, 2014.

D. Roman, Article « L'avortement devant la CEDH : l'Europe contre les femmes et au mépris de son histoire » Recueil Juridique Dalloz, 2011.

D. Roman, Article, « L'avortement devant la Cour européenne à propos de l'arrêt Tysiac contre Pologne » Recueil Juridique Dalloz, p.810, 2007.

D. Roman, Article « Volonté de la femme et IVG » Revue juridique Lexis Nexis, Jurisclasseur Respect et protection du corps humain, 2006.

(44) G. Halimi, Article « L'affaire Tysiac : le déni européen » Conférence de presse, Fondation Choisir la cause des femmes, 2012.

(45) Article « *Avortement en Irlande : quand l'Etat s'acharne contre les femmes* » FIPF Planning Familial International, 2014.

(46) Loi numéro 35 du Parlement irlandais « Protection of life during pregnancy » 30 juillet 2013, promulguée en janvier 2014.



B. Les limites à la réduction des disparités en matière de droit à l'IVG en fonction de la réceptivité de la règle de droit

Réceptivité d'une règle de droit. La notion d'effectivité permet de retenir l'effectivité à l'application du droit. L'application du droit est son degré de réalisation dans les pratiques sociales, que l'on peut qualifier d'approche sociologique (47). L'effectivité vise alors ce qui prévaut dans les faits et dont l'existence indiscutable justifie sa reconnaissance en droit (48).

La notion d'effectivité est donc utilisée pour définir le caractère d'une situation qui existe en fait, réellement ; ainsi que l'écrit Paul Amssek « l'étude de l'effectivité statuée par les normes juridiques interroge sur le contenu même d'une norme juridique, tandis que l'analyse de l'effectivité des règles de droit porte sur la question de leur application » (49). Autrement dit, l'étude de la loi et des conditions d'effectivité du droit sont considérées comme les éléments révélateurs de sa volonté. La constatation de l'utilisation quotidienne par des milliers de personnes est la sensibilisation entendue par sa force de persuasion visuelle, sensorielle, humaine permettant de modifier le regard et donc la pratique sociale. La revendication de la norme permet d'obtenir sa légalisation. Cette sensibilisation peut également s'inverser, aussi un Etat anciennement défenseur d'un droit peut devenir son détracteur. La sensibilisation postérieure à la règle de droit peut également consister à démontrer l'ineffectivité du droit, alors l'inapplication de la norme fragilise la règle jusqu'à la faire disparaître. Le degré de réalisation de la norme dépend alors de sa force de persuasion, des enjeux de sensibilisation mis en œuvre pour faire perdurer une règle de droit, mais aussi des valeurs sociales partagées.

Persistance des valeurs traditionnelles. Les valeurs peuvent être considérées comme un « ensemble d'idéaux partagés à même d'orienter l'activité des individus en leur fournissant un cadre de références idéales » (50). Le système de valeurs d'un individu se forment et évoluent le plus souvent lentement. Mais les valeurs, entre traditionnelles et modernes, en réalité, ne s'opposent pas. Les

études menées au CNRS et à l'INSEE ont démontré une persistance du système de valeurs traditionnelles en dépit des changements économiques et politiques (51). La convergence autour des valeurs « modernes » est peu probable, s'accommodant de l'influence *spécifique* que les valeurs traditionnelles continueront d'exercer sur les changements culturels occasionnés par le développement sociétal et économique (52).

La hiérarchie des valeurs post-conservatrices influencent la demande de soin IVG (53). Depuis la dépénalisation progressive de l'IVG, des années 1970 à 2010 (54), dans les pays d'Europe de l'Ouest, le refus de soin des médecins opposant la « clause de conscience » à la demande de soin IVG, n'a pas diminué. Au contraire, elle n'a cessé d'augmenter. Plus de 90% des médecins catholiques (55), pratiquant leur religion au travail, refusent de soigner les soignantes. Provoquant, *de facto*, l'impossibilité d'accéder à la demande de soin des patientes dans plusieurs régions au Portugal, en Italie et en Espagne. Toute tension créée par des situations de crises économiques a en corrélation l'augmentation des valeurs traditionnelles et de l'influence de l'extrémisme en

(51) O. Galland, Y. Lemel, Etude « Tradition-modernité : un clivage persistant des sociétés européennes » Revue Française de Sociologie, 47-4, 2006 /4 (Vol. 47), p. 687-724, 2006.
https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFS_474_0687.

(52) Le sociologue de l'Université de Princeton, Ronald Inglehart, a mené des enquêtes sur les valeurs mondiales au cours des périodes 1990-1997 fournissant des données pour 43 sociétés représentant 70% de la population mondiale, ce qui constitue l'une des plus complètes bases de données concernant l'évolution des valeurs dans le monde. Cette étude a permis d'observer un passage graduel des valeurs traditionnelles (autorité des institutions familiales et religieuses) aux valeurs post matérialistes où domine l'expression individuelle et la qualité de vie, au fur et à mesure que les pays se développent économiquement. Les problèmes structurels engendrés par le chômage ou la précarité rattachent les individus aux valeurs traditionnelles qu'ils connaissent.

Ronald Inglehart, Thèse « Modernization and Post-Modernization Cultural, Economic and Political Change in 43 societies » Princeton University Press, 1997. Enquête plus récente : IFOP « Evolution des mœurs en France », 2013.

(53) En particulier en Europe de l'Est, l'héritage laissé par le système socialiste et les traditions patriarcales précommunistes ont contribué à défavoriser les femmes dans le nouveau contexte politique, économique et social des nouveaux Etats de l'Est européen.

M. Misiorowska, Article « Le mouvement des femmes en Pologne postcommuniste et les acteurs internationaux » éditions Erudit, Recherches féministes, 2004.

(54) Enquêtes INSEE, Rapport « European Values Survey » 2010.

(55) C. Gallard, Article « Du côté des femmes. Conférences, institutions, recherches » Revue française des affaires sociales, n° hors-série, août 1995, pp. 3-169. Paru au Centre de Documentation de la FPF, Etude « Avortement : la loi à 20 ans (1975-1995) », FPF, 1995, http://pmb.cereq.fr/index.php?lvl=notice_display&id=39728.

Rapport de l'OMS « Difficulté d'accès à l'IVG en Europe – Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 – Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale » 2015, ISBN: 978 92 4 1500265, p. 20-48, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/fr/>.

(47) Y. Leroy, Article « La notion d'effectivité du droit », Revue Droit et Société, LGDJ, n°79, 2011.

(48) V. Champeil-Desplats et D. Lochak, Thèse « A la recherche de l'effectivité des droits de l'homme », Presses universitaires de Paris Ouest, 2008.

(49) P. Amssek, Article « Perspectives critiques d'une réflexion épistémologique sur la théorie du droit » Revue Droit et Société, LGDJ, p. 340, 1964 (en ligne sur le site www.paul-amssek.com).

(50) O. Galland, B. Roudet, Ouvrage « Les jeunes européens et leurs valeurs », éditions La Découverte, Paris, 2005.



Europe, perçu en tant que repli identitaire, provoquant la prolifération des préjugés.

CONCLUSION

La prolifération des préjugés du droit à l'IVG a influencé les variables idéologiques et discursives stratégiques assurant la criminalisation de l'IVG en Pologne (56). Les disparités du droit à l'IVG persistent dans les régions Est (Roumanie, Bulgarie, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Lituanie, Lettonie, Estonie) et Ouest (Italie, Portugal, Espagne) (57). Au Nord et à l'Ouest de l'Europe, la lente quête pour la démocratie s'est étalée sur plusieurs siècles pour atteindre une véritable recherche des Etats de droit respectueux des droits de l'Homme. Mais en Europe de l'Est, ces nouveaux Etats (58) post-communistes aux transitions démocratiques fragiles n'ont pas permis un socle assez solide pour résister au regain d'intérêt pour les valeurs traditionnelles et religieuses (59). Si l'accroissement de la tolérance à l'égard de ce qui relève de la vie privée est élevé, il n'en va pas

de même pour les comportements (60) qui affectent la vie en société où, selon l'expression du sociologue Gérard Donnadiou : "Si la modernité devait se traduire par l'essor de la raison au détriment des croyances et par la grande victoire de l'individualisme (sphère privée), cette étape est aujourd'hui révolue, car l'augmentation de l'individualisme n'a pas entraîné la chute des croyances et des préjugés mais, au contraire, sa prolifération" (61). La modernisation n'a pas conduit à une convergence autour des valeurs "modernes-individualistes" qui aboutirait à effacer ou marginaliser presque complètement le pôle traditionnel des valeurs (62).

Les idéologies et les idées véhiculées orientent souvent le choix et les stratégies à long terme aussi bien des décideurs que des mouvements sociaux et des groupes d'intérêts préoccupés par le débat législatif (63). La transition démocratique post-communiste des pays d'Europe de l'Est était une opportunité institutionnelle pour l'Eglise, par la prégnance dans chaque geste politique quotidien de l'Etat, de criminaliser l'IVG. Alors que les *opportunités institutionnelles* se réfèrent au degré d'accès au système politique dont disposent les mouvements sociaux et à l'action étatique envers cette mobilisation, les *variables idéologiques et discursives* renforcent ou limitent les disparités régionales et la légitimité des revendications politiques des acteurs dans l'espace public. En d'autres termes, les groupes ne s'engagent dans l'action collective que lorsque la conjoncture est favorable, c'est-à-dire, comme le précise le sociologue Doug McAdam, lorsque « la structure d'opportunité politique est propice » (64) selon le degré d'accès au système politique, des revendications des acteurs. ■

(56) R. Gomperts, Etude « Women on Waves : where Next for the Abortion Boat ? » WOW Press, 2016.

<http://www.womenonwaves.org/fr/page/2581/campaigns>.

A. Chelstowska, Etude « Stigmatisation and commercialisation of abortion services in Poland : turning sin into gold » OMS, 2011.

(57) M. Misiorowska, Article « Le mouvement des femmes en Pologne postcommuniste et les acteurs internationaux » éditions Erudit, Recherches féministes, 2004.

(58) Nouveaux pays d'Europe de l'Est ayant adhéré à l'Union Européenne : Pologne, Roumanie, Bulgarie, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Lituanie, Lettonie, Estonie.

(59) **Pour aller plus loin : La similitude des matrices (panier de 9 pays)** : Concernant les *opinions toutes confondues* des européens, selon les âges, les religions, les niveaux de vie, on observe une similarité des matrices (panier de 9 pays) étudiées. C'est la décomposition par pays qui rend la similitude des structures évidente. Si une corrélation est forte dans un pays européen donné, elle a toutes les chances de l'être aussi dans les autres pays et ce, malgré les différences culturelles. L'unidimensionnalité des 9 matrices démontre cette corrélation : le premier facteur de l'analyse en composantes principales explique 80% de la variance (pris sur la base des enquêtes INSEE/IFOP/ONU/EUROPA des valeurs européennes). On peut donc discerner un certain nombre de particularités structurelles qui ne paraissent pas aléatoires ou idiosyncrasiques dans l'ensemble mais qui imposent certaines corrélations entre groupes de pays. La France, l'Espagne, l'Italie, le Portugal, la Pologne et la Roumanie présentent des structures d'opinions plutôt similaires, on pourrait qualifier ce groupe de "*valeurs catholiques*". L'Angleterre et la Suisse se regroupent dans la catégorie des pays aux "*valeurs protestantes*". Enfin, l'Allemagne est un pays intéressant à étudier pour son cas assez unique en Europe : 30% de la population est catholique et 31% protestante, ses valeurs sont à la fois proches du panier français et anglais. Les sociologues classent souvent ce pays dans la catégorie de "*welfare state*" c'est-à-dire un modèle *continental* qui serait à la croisée des valeurs entre la France et l'Angleterre. Enquêtes INSEE, Rapport « European Values Survey » 2010.

(60) Les croyances traditionnelles reconnues par le passé suffisent à les faire admettre comme valides dans le présent. Elles ont une fonction "*structurante*" dans la mesure où elles ont su apporter l'ordre par le passé. Elles sauront à nouveau apporter l'ordre recherché par les jeunes qui sont plus de 90% à "*avoir du mal à avoir confiance dans l'avenir*". Enquête Internationale Fondapol (Fondation pour l'Innovation Politique) et Kairos Future « Les jeunes face à leur avenir » 2008.

(61) G. Donnadiou, Etude « Vers un marché du religieux ? Le nouveau paysage du croire » Revue Française de Sociologie, n°260, 2001.

(62) O. Galland, Y. Lemel, Etude « Tradition-modernité : un clivage persistant des sociétés européennes » Revue Française de Sociologie, 47-4, 2006/4 (Vol. 47), p. 687-724, 2006. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFS_474_0687.

(63) S. Oueslati, Etude « The anti-Abortion Lobby : power and Limits of a Collective Action Strategy » Presses Universitaires de Rennes, Historical and Contemporary Links, 2011.

(64) D. McAdam, Ouvrage « Comparative Perspectives on Social Movements : political opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings » Cambridge University Press, 2012.



NUMÉRISATION DES DONNÉES DE SOIN : IMPACT SUR L'ÉLABORATION ET LES FONCTIONS DU DOSSIER MÉDICAL

*DIGITIZATION OF HEALTH DATA:
IMPACT ON THE DEVELOPMENT AND FUNCTIONS
OF THE MEDICAL RECORDS*

Par Bernard WILLEMIN*

« Je sais que je suis pris et compris dans le monde que je prends pour objet. »

Bourdieu, 2001 (7)

RÉSUMÉ

La numérisation des données de soin s'est installée comme un nouveau support d'inscription, économe, performant et prometteur pour la transmission et l'exploitation des informations. Si elle n'a pas répondu aux attentes initiales, elle a développé des outils de qualité indéniable pour le quotidien des patients et pour la gestion des établissements de santé. Le nouvel usage du temps et de l'espace, l'infiltration systémique de l'outil ont provoqué des bouleversements inattendus dans le quotidien du soin. La numérisation se présente également comme un instrument anti-clinique, qui modifie les modes de réflexion des utilisateurs. L'exploitation des données massives apparaît comme un possible changement de paradigme en recherche scientifique. Les professionnels de santé doivent prendre la mesure de tous ces éléments.

MOTS-CLÉS

Numérisation, données de soin, système, big data, anti-clinique.

* Médecin des Hôpitaux, Service de Médecine Interne, Hôpital, Av. Leriche, 67504 Haguenau ; Université de Strasbourg, Université de Lorraine, CNRS, AHP - PReST UMR 7117. willemin.bernard@wanadoo.fr

ABSTRACT

The digitization of health data was set up as a new media, space-saving, efficient and promising for transmission and exploitation of information. If it did not match with the initial expectation of the care givers staff, it brought tools of an undeniable quality for patients' daily life and for the management of healthcare facilities. The new usage of time and space and the systematic infiltration of the tool provoked unexpected disruption in daily healthcare. Digitization also presents itself as an "anti-clinique" tool, that modifies modes of reflexions of the users. The exploitation of massive data appears as a possible change in paradigm in the field of medical research. Health workforce has to take the stock of all those elements to remain actors of the implementation of the tool and to give value to what in the act of caring is not countable.

KEYWORDS

Digitization, health data, systemic change, big data.



INTRODUCTION

L'ensemble des systèmes d'information tend à la conversion numérique. La médecine s'inscrit dans cette évolution. Elle le fait de façon progressive, comme un processus normal d'appropriation d'une technique nouvelle, ainsi qu'elle est amenée à le faire régulièrement. Mais il n'est pas sûr que ce ne soit que la simple transformation d'un mode de support de l'information. Nous nous proposons d'étudier en quoi ce nouveau mode d'inscription et d'archivage, qui propose de plus des options de calcul, a transformé le fonctionnement d'un secteur professionnel comme la médecine hospitalière. Une telle technologie, par sa nouveauté, peut présenter des impacts dans la dimension de la connaissance et dans la mise en œuvre de celle-ci. Elle touche les rapports entre professionnels, avec les usagers, mais aussi avec la hiérarchie : elle s'inscrit dans un champ sociopolitique, éthique et juridique.

Pour répondre à cette interrogation, il nous paraît utile d'envisager les éléments de réflexion suivants : d'abord ce que sont les données de soins, par une approche historique ; puis les potentiels de la numérisation des données : stockage, reproduction, transmission et calcul et leur déclinaison dans la médecine actuelle. Puis nous dépasserons l'aspect vitrine pour aborder la mise en œuvre de la numérisation des données de soin avec les écueils et les ambitions non encore abouties. Enfin, nous étudierons l'interfaçage théorique et fonctionnel des deux principes médical et numérique pour apprécier en quoi, au quotidien, la numérisation change profondément le travail médical. Nous pourrions décliner ces changements par un nouveau rapport au temps, à l'espace, aux données et à la réalité, donc aux personnes. Nous porterons une attention particulière à la construction diagnostique et à la réflexion médicale sur support numérique pour tenter de préciser si cette présentation des données promet une amélioration du soin. Le dossier de soin étant né avec la clinique, nous étudierons le devenir de celle-ci à l'usage de la numérisation. Nous aborderons les *big data* et les nouveaux principes de recueil et de traitement des événements, car se pose la question d'un éventuel changement de paradigme scientifique.

Ces réflexions nous permettront d'éclairer la question de l'incorporation du numérique dans le monde médical : simple support, technique évolutive ou changement de mode réflexif. La réponse aux questions ainsi évoquées passe aussi par une appréhension plus large de la technique revue dans un mode systémique. Les enjeux de pouvoir dans le numérique doivent nous mener à confirmer l'approche spécifique de l'acte médical.

I. LE DOSSIER MÉDICAL :

OUTIL ET REFLET DU TRAVAIL MÉDICAL

Le dossier médical, en tant que support d'informations opérantes, est structuré d'une façon identique depuis plus de 25 siècles. Ces collections avaient surtout des visées d'enseignement. Au cours des siècles, le mode d'usage s'est affiné, toujours orienté vers l'enseignement, éventuellement l'échange avec les confrères, très rarement avec le patient. Au tournant des Lumières et de la révolution française, la conviction de la nécessité de descriptions cliniques précises et évolutives, l'affranchissement des modes de réflexion précédents, la réflexion systématisée de l'interne sous la supervision de l'enseignant et enfin la réalisation de collections grâce à la construction des grands hôpitaux ont conduit à la Naissance de la Clinique. (Foucault) (1) (15). La clinique est la base de l'apprentissage médical jusqu'à nos jours. Interroger et observer avec rigueur et "... rédiger avec méthode, élaguer les détails trop étendus et présenter un tableau précis et régulier" appuyée sur la philosophie analytique de Condillac citée par Pinel (24 T2 p383). Si l'évolution des sciences médicales depuis lors a été majeure, la présentation et l'usage pratique du dossier n'ont pas évolué jusqu'à la fin du XX^e siècle. Les grandes évolutions ayant été d'ordre législatif dans la deuxième moitié de ce siècle : mode de conservation, constitution, transmission et enfin accès à son dossier par le patient qui, par la loi du 4 mars 2002, rentre en rapport par le droit avec cet outil de travail le concernant en premier lieu.

Le dossier médical est bien un outil de travail : support écrit des éléments qui construisent la réflexion, il est aussi élément de partage dans l'équipe de soin, de mémoire dans l'institution permettant un suivi ou une agrégation en série pour asseoir recherche et enseignement. Ce support est partagé dans l'institution, puis avec les confrères de ville par le biais de "lettres de sortie". Enfin il sera à disposition du patient, d'abord par son accès possible sur demande, ensuite par la construction d'un carnet de santé sur support papier, et qui deviendra le dossier médical personnel (DMP) numérisé enrichi d'informations par les professionnels de santé sous le contrôle du patient lui-même.

(1) Tout part du signe physique, noté, mis en perspective, pour construire une théorie causale. Un contexte clinique bien argumenté et éclairé d'examen complémentaires rendra compte d'une causalité très probable de la survenue des symptômes : la maladie donne réalité au symptôme. Voir Foucault pp87-149.



II. NUMÉRISATION DES DONNÉES

A. Définition et organisation dans l'histoire médicale

La numérisation consiste en la transformation d'éléments du réel en données numériques. Elle permet quatre opérations essentielles: la transmission, le stockage pérenne et en petit volume, la reproduction aisée et précise, le calcul sur des bases de données mises en stock. Ces opérations avantageuses se déclinent pour le système de santé où le volume d'informations est très important, et doit pouvoir être géré : rangé, stocké, transmis, reproduit, partagé, analysé. Les informations sont de trois ordres : médical, administratif et financier. Ces trois domaines peuvent être reliés notamment pour des nécessités de facturation ou d'épidémiologie. Les informations à traiter sont essentiellement des informations écrites, mais aussi d'images ou de mesures directement issues d'appareils. Ainsi toutes les étapes de la constitution du dossier médical et clinique peuvent bénéficier de la numérisation. Les responsables administratifs ont perçu tôt les bénéfices que l'«hôpital» pourrait en tirer pour «l'administration sanitaire dans ses fonctions de gestion, d'organisation et de conception... dans ses fonctions de soin, de recherche et d'enseignement...» ; ils en appréciaient déjà des «contraintes» (5 p19). Les cliniciens voyaient déjà là un moyen de mieux connaître leur activité pour en tirer des perspectives d'enseignement et de recherche mais aussi de s'approprier une partie du champ de décision. L'aide au diagnostic devait être un des premiers bénéfices de la numérisation. Des philosophes des sciences comme A. Fagot-Largeault ont relayé l'optimisme des premières décennies : grâce à l'intelligence artificielle la pratique médicale serait plus sûre (14 pp145-72).

Le stockage est probablement la qualité première de la numérisation en santé: archives accessibles en permanence et de volume physique annihilé. La communication numérique est devenue la base du trafic d'information dans un établissement : les données sont disponibles sur écran, dès leur production et où que ce soit. Une fois agrégées elles peuvent être adressées à un correspondant externe. Les données d'imagerie qui sont actuellement toutes numérisées peuvent aussi être reproduites aisément. Un volume important d'informations est d'ordre écrit ; pour être numérisés, ces écrits doivent être dactylographiés. Ceci a une contrainte majeure : une inscription plus lente de par la frappe et de par la prédéfinition contraignante du site d'inscription dans le logiciel. Par contre elle présente l'avantage de rendre lisible l'écrit à tous et de pouvoir être retrouvé de par la

prédéfinition des espaces d'inscription. L'écrit accède à une double facilitation de sa diffusion : il est lisible et immédiatement transmissible.

Ces avantages quotidiens indéniables n'ont pas emporté l'adhésion massive et définitive des professions soignantes. Nous pouvons imaginer quelques raisons: les patients ne souhaitent pas voir leur données intimes reproduites à l'infini, les médecins souhaitent garder une intimité de travail mise à mal par le profilage des tutelles. (ROSP (2))

Le calcul est l'option la plus scientifique et prometteuse de la numérisation des données. Il devrait en permettre l'analyse pour un usage approprié par les acteurs et de les projeter en maîtrise de leur action. Il devait mener à l'intelligence artificielle, aide à la pratique quotidienne. La déception après un demi-siècle est à rapprocher du paradoxe de Solow en économie : le retour sur investissement apparaît modeste. L'explication en serait que pour que la numérisation s'accompagne de gain de productivité, il faudrait changer complètement les organisations (4) ; or les systèmes hospitaliers sont très complexes avec d'importants enjeux de pouvoir.

B. La vitrine numérique en santé

Ce bilan mitigé est à mettre en regard de la diffusion des pratiques numériques dans le quotidien des patients et des soignants sous forme de systèmes pratiques. L'**auto-surveillance** (*self-quantified*) est la pratique numérique la plus répandue. Il s'agit de la mesure de paramètres vitaux ou fonctionnels, physiques ou biologiques par le sujet, grâce à des appareils électroniques qui fournissent des données numérisées. Les exemples les plus connus – et les plus anciens – sont la mesure de la fréquence cardiaque, la surveillance de la glycémie capillaire. Cette surveillance est soit personnelle, soit organisée dans le cadre d'une action de soin, d'un programme notamment d'éducation thérapeutique (ETP) (3). La **télé-médecine** existe depuis l'existence du téléphone, destinée initialement à projeter une compétence dans un espace éloigné, elle sert essentiellement pour la télésurveillance de patients chroniques et des consultations de spécialités sous-représentées.

L'aide aux professions de santé est représentée par les systèmes d'aide à la décision médicale et le chemin clinique. Les systèmes **d'aide à la décision médicale**

(2) Rémunération sur Objectif de Santé Publique, instituée par la caisse d'assurance maladie, elle est un complément du paiement à l'acte en fonction de l'obtention d'objectifs analysés par les feuilles de soin.

(3) L'éducation thérapeutique du patient est devenu un outil capital dans l'émancipation du patient chronique. Voir <https://www.has-sante.fr/.../etp-definition-finalites-et-organisation-recommandations-2007>



(SADM) sont des logiciels spécialisés ou non, moteurs de recherche pour obtenir une réponse à une situation pratique. Ils répondent à une question ouverte formulée par le médecin et ne sont pas intégrés dans les logiciels médicaux : ils ne traitent pas directement les données en temps réel et de ce fait ne correspondent pas à de l'intelligence artificielle. Même très appréciés, ces systèmes d'aide en ligne (aussi appelés *info-clic*) ne sont pas utilisés massivement (une sollicitation pour dix patients pour les utilisateurs mais concerne 1% des patients tous praticiens confondus), et modifient la prise en charge dans 15% des cas ; l'appel est souvent fait en différé de la consultation (23). Les **logiciels de prescription médicamenteuse** alertent sur les interactions pharmacologiques, parfois les allergies et rarement les dégradations physiologiques (insuffisance rénale par exemple). Le **chemin clinique** est un type de dossier formaté qui établit des étapes obligatoires ou possibles dans la prise en charge d'un symptôme (douleur thoracique par ex.) ou d'une pathologie (fracture de hanche par ex.), ils sont d'une aide certaine mais difficiles à mettre en œuvre ; et leur usage conforme n'est pas toujours remarquable : le remplissage complet des champs proposés est estimé de 0.75 à 0.90 dans une pratique aussi formalisable que l'appendicectomie (30). (4)

La disponibilité des données a permis de multiplier a posteriori les **calculs**. Ceux-ci sont d'ordre administratif (moyenne d'âge, durée moyenne de séjour) financier (coût du séjour), logistique (gestion des stocks) et épidémiologique. Le programme médicalisé du système d'information PMSI a pour fonction première de recouvrir les coûts de séjour et non de répondre aux interrogations des cliniciens ni des responsables de santé publique.

III. MISE EN ŒUVRE. DISCUSSION CRITIQUE

Ces exemples pratiques donnent une vue positive d'une pratique certes mesurée mais réelle et utile de la numérisation en santé. Il faut prendre les moyens d'approfondir la réflexion pour établir les bouleversements induits par cet usage dans le monde médical hospitalier. Pour cela nous prendrons quatre voies d'analyse : 1) le temps et l'espace ; 2) un mode nouveau de lecture et de réflexion ; 3) la nouvelle approche de la cause par les nouveaux modes de calcul et enfin 4) le rapport à l'outil et le système technicien.

(4) Pour plus de détails sur toutes ces aspects voir Marceau J. (dir.), *Quelle Santé pour demain ? Quand le numérique bouleverse la médecine*, Paris, Gallimard, Manifesto Alternatives, 2014, 204 pages.

A. Temps-espace-raisonnement :

une remise en cause fondamentale de la clinique

La numérisation change le rapport au **temps** par deux traits principaux : l'immédiateté et la permanence. Avant de rentrer dans le monde de l'immédiat numérique, il faut que l'inscription soit faite ; et elle est faite par du temps humain surconsommé pour cette action. L'**immédiateté** est une qualité première de la numérisation. Elle permet d'annuler tous les défauts induits par la logistique de transmission. Incidemment elle dévalorise la lenteur humaine, et par le calcul elle dévalorise le temps de l'analyse et de la réflexion. "L'hésitation ou l'indécision, contributives de l'action, sont désormais perçues comme des perturbations qui nuisent à l'efficacité des opérations" (17 p70). De même l'exigence d'un rendu de la lettre de sortie dès le départ du patient a rendu difficile la pratique de la lecture distanciée par un senior. L'irruption de l'information à tout moment, doublée d'une exigence opérationnelle d'efficacité qui peut être vérifiée par l'omniprésente traçabilité, a atomisé les séquences du travail au cours de la journée, provoqué une déstructuration du travail de l'opérateur médical, entraîné une désynchronisation du travail entre les professionnels. L'exhaustivité et la **permanence** des données, empilées chronologiquement en silo ne favorisent pas la présentation pertinente à la réflexion et au jugement. "L'écriture collective, transparente est uniquement cumulative. Elle est incapable de produire une altérité totale, une singularité. L'accumulation est tout simplement le mode opératoire du numérique" (17 p33). Ce stockage permet l'accès à toute l'information et donne l'illusion de pouvoir se passer de la mémorisation. La pagination spécifique du numérique promeut une appréhension éclatée des objets de réflexion. "La lecture sur écran emprunte la logique du rouleau" (26 p155) Le travail sur les données numériques non seulement n'échappe pas à la nécessité de dégager les données pertinentes à la réflexion, mais encore le rendent plus nécessaire. La multiplication des données rend cette opération encore plus cruciale dans la **juste qualification** qui procède de la *techné* médicale. L'ubiquité du réseau permet de revisiter l'**espace** par une lecture et une mise en œuvre à distance. Elle permet à deux utilisateurs ou plus d'avoir accès simultanément au dossier. Le partage devient une qualité première ; sur site par des corps de métier différents et à longue distance (vidéo conférence, télétransmission). Ce partage sur un dossier néanmoins unique est rendu nécessaire par la multiplication des opérations quotidiennes : il serait illusoire de vouloir opérer autant d'actions (consultation des données, prescription médicale, surveillance paramédicale, administration de médicaments) sans un accès



du dossier en simultanéité, impossible avec le dossier papier. S'ensuivent une segmentation et une densité du travail encore accrues. L'usage de l'ordinateur, devenu la priorité, a décalé physiquement le patient, derrière un écran en consultation, et relégué dans sa chambre à l'hôpital où la visite se fait maintenant dans le couloir – voire dans un bureau – par l'étude déréalisée de l'**avatar numérique** complet du patient. Voici le premier aspect du caractère **anticlinique** de la numérisation.

B. Un nouveau mode de lecture et de raisonnement

L'usage numérique s'accompagne d'une évolution des modes de raisonnement. "Le monde des textes numérique est un monde de fragments décontextualisés et juxtaposés. Le texte électronique modifie d'abord la notion de contexte et donc la production du sens". (26 pp154-155). L'inscription chronologique en silo confère un espace de lecture éclaté, il est difficile d'extraire de poches d'informations spécifiques les éléments nécessaires à la constitution du raisonnement. Il y a nécessité de micro-mémorisation qui relève de l'*hyperattention* entraînant fatigue et moindre disponibilité pour la réflexion. Il s'avère particulièrement difficile de mettre en regard, pour chaque pathologie, les éléments cliniques, biologiques, radiologiques, d'information de suivi spécialisé, du traitement, et surtout de leur évolution dans le temps. La pancarte (5) a disparu.

L'importance du volume d'information à traiter, la difficulté de présentation à la réflexion change l'organisation générale du service clinique. Les visites d'orientation ou de supervision, où un sénior doit compléter la réflexion mise en œuvre par le junior, sont déviées de leur objectif. La plupart du temps y est consacré à reprendre le travail de collecte élémentaire, dont l'exposé est haché ou incomplet, pour les raisons de mémorisation ci-dessus évoquées, la vérification est longue et, partant, le temps de réflexion en compagnonnage décalé et amoindri. Ce travail d'une traite, sans le regard du temps et du doute qui sont les deux éléments de construction clinique, est devenu un travail presque solitaire, d'un seul opérateur. Ceci est paradoxal en établissement de santé où le compagnonnage est de mise depuis des siècles. C'est le deuxième aspect du caractère anticlinique de la numérisation. Le mode de

(5) ou feuille de température – était le lieu d'annotation de (presque) tous ces éléments mis en regard, et ce visuel était en soi un élément d'aide à la réflexion. Elle était accrochée au pied du lit du malade. L'exemple le plus connu est le signe de la pancarte : croisement de la courbe rouge du pouls qui s'accélère rapidement avec la courbe bleue de la température qui s'élève plus modestement lors des thromboses veineuses profondes ou embolies. Cette séméiologie visuelle élémentaire, qui a formé des générations de médecins hospitaliers, a été perdue dès les premiers logiciels de surveillance.

raisonnement médical est sous la double contrainte de la gestion difficile des informations et du temps rétréci, confrontés à la nécessité de l'exécution. Ceci n'est pas dû au dossier numérisé, mais il s'agit d'un problème grave et répété que le dossier numérisé maintient voire empire. La méticulosité technique de la numérisation, tracée, stockée laisse croire en une possible reproduction impersonnelle de la qualité du traitement de l'information et de la qualité du raisonnement. Il n'en est rien, la qualité du rédacteur et du décideur en conscience est essentielle. Les logiciels médicaux n'améliorent pas la qualité du raisonnement ; or celui-ci génère le niveau de qualité et d'efficacité des soins, et cette qualité est attestée dans les écrits médicaux – qu'ils soient en fin de compte numérisés ou non. "C'est en ce sens que la question éthique, concernant l'orientation de l'agir, est coextensive à la question épistémologique du fondement des connaissances sur lesquelles cet agir s'appuie" (12 p140). Dans ce système devenu bureaucratique, la réponse ne doit pas être juste, ou opérationnelle ou argumentée, elle doit d'abord être. Le fonctionnement dominant est de se satisfaire d'une seule inscription : la première, sacralisée par sa dactylographie et sa répétition en copier-coller.

Ceci plaide pour une **hiérarchisation** construite des données, difficilement prédéterminée, donc à établir à échéance régulière par les opérateurs.

C. Les possibilités du calcul

Le numérique est l'avènement totalitaire du calcul. La satisfaction d'un rendu calculé est l'élément décisionnel du choix d'un logiciel : codage instantané du séjour à des fins de facturation qui occulte l'intérêt d'un diagnostic médical précis, maîtrise des flux vers les établissements d'aval avec des dossiers à créer de novo sans renseignement automatique des informations du dossier séjour : les exemples sont multiples, autant d'objectifs autant de logiciels dits "métier" dont l'interface avec les autres est inenvisageable.

Un autre univers comptable s'installe avec les données massives. Ces "*big data*" sont ces bases de données numérisées, riches en nombre de dossiers et en données par dossier. Ces atomes d'information, multiples, agrégés permettent de tirer des conclusions opérationnelles jugées scientifiques. Le grand intérêt serait de disposer de données brutes directes les plus complètes possibles qui deviennent l'objet d'analyse par des algorithmes. Ces données peuvent receler des potentiels énormes, et font l'objet d'intérêt public comme l'organisation de la prévention ou présentent des intérêts commerciaux importants pour les firmes pharmaceutiques ou de compagnies d'assurances. Leur volumétrie implique des



systèmes d'exploitation particulièrement lourds qui de ce fait ne peuvent être mis en œuvre que par des organismes ou des sociétés disposant de gros moyens financiers : ici les déficits publics sont en regard des bénéfices de firmes privées. Ce "phénomène" des *big data* est encore devant nous pour le domaine de la santé, les résultats ne sont pas là mais les organisations sanitaires d'Etat ou supra-étatiques rivalisent avec des organisations commerciales pour structurer le recueil. Deux types de réflexions politique et éthique sont encore à aboutir et à rendre opérationnelles : 1) le consentement justement éclairé des populations associé à une anonymisation (des identifications) et une sécurisation des transferts et 2) l'organisation de l'exploitation et du rendu des calculs et de leurs résultats surtout si ceux-ci sont issus de fonds privés. (6)

Les réflexions sur les *big data*, laissent entrevoir un changement de paradigme dans le cadre des règles de l'établissement de la cause. La **cause est l'élément de base de la réflexion médicale** depuis les débuts. "Depuis Aristote une connaissance scientifique doit pouvoir être exprimée comme la conclusion d'un raisonnement qui nous permet de dépasser la connaissance purement descriptive pour parvenir à la connaissance du pourquoi d'un phénomène" (6 p101). Dans la pratique quotidienne, la réflexion médicale s'établit sur un cas singulier : elle bénéficie de raisonnements inductifs préalables mais reste une inférence causale singulière. Les règles scientifiques qui prévalent à la **démonstration** d'un rapport entre un fait et sa ou ses cause(s) supposée(s) sont bien définies en **statistique**. Le modèle actuel en est l'étude randomisée en double aveugle avec contingents suffisants pour que l'effet constaté – dont on suggère qu'il est secondaire à un traitement par exemple – ne soit pas dû au hasard (29 pp122-123). Le traitement d'un très grand nombre de données, est attendu pour obtenir des résultats intéressants sur le plan pratique, et rigoureux sur le plan mathématique : "...analyser un très grand nombre de données...compense largement la difficulté ou l'impossibilité relative de collecter certaines variables" (28 p126). Un nombre gigantesque d'informations mises dans des systèmes de calcul – les algorithmes – va nécessairement trouver quelque chose, pour peu que les calculateurs soient hyperpuissants. Pour l'instant des objectifs sont fixés, mais peut-être ne le seront-ils plus. "Avec assez de données, les chiffres parlent d'eux-mêmes" (2). Cette assertion s'oppose à toute une réflexion épistémologique préalable. Voici le nouveau pari qui rend tellement avide les grandes firmes pharmaceutiques et les géants de l'information. Il n'y a plus cet heureux mélange d'objectifs et d'expérimentations, issue de

constatations et d'hypothèses, base du raisonnement de la recherche depuis Galien. Il y a un gigantesque avaleur de métadonnées, aujourd'hui encore structurées, demain brutes, issues en partie de l'auto surveillance des paramètres biologiques et de la prise de médicaments connectés, et des découvertes majeures se feront, "d'elles-mêmes". (20) "La pensée au sens plein du terme n'est pas non plus une catégorie du numérique. Elle cède la place au calcul". (17 p70)

La **personnalisation de la médecine**, réflexion ancienne, retrouve vigueur par la connaissance des gènes qui donne un approche nouvelle: l'étude est adaptée à la personne, et à elle seule, car fonction de son capital génétique. Les technologies *omiques* se déclinent dans le cadre de la biologie moléculaire qui découle de la connaissance du génome : "transcriptomique", "protéomique", "métabolomique" (31). Le cancer est la pathologie ciblée de référence en raison du caractère prédictif de certains gènes sur la sensibilité de certaines thérapeutiques, avec un double bénéfice : d'efficacité et de coût (21). Ainsi la recherche va pouvoir se passer d'une partie – certains pensent de la totalité – du recueil spécialisé, c'est-à-dire pourra se passer des soignants et recueillir directement les données par des machines d'auto surveillance, responsabiliser les patients et les traiter en toute liberté. A côté du corps soignant, se construit une médecine du calcul des machines, dont l'encodage lui échappe, alors que, pendant des siècles, il a été **maître du code** ; peut-être même est-ce la seule chose dont il a été vraiment maître sur toute la chaîne opérante, tant le diagnostic et la thérapeutique ont dû être revisités. Les maîtres du code ont toujours justifié le caractère opaque de celui-ci sur le plan éthique, ils vont continuer de le faire vis à vis du public, mais ce ne seront plus les soignants. Le croisement des *Big data* avec les données personnelles génomiques constitue un changement de paradigme potentiel, selon l'approche que fait Kuhn des progrès de la science. En effet, si la numérisation des données de soins n'est probablement qu'une transformation technique d'un support de *science normale*, l'agrégation des *big data* avec la génomique ouvre cette nouvelle approche qui pourrait être qualifiée de *science révolutionnaire*. (7) C'est l'équilibre entre cet encadrement du calcul par l'homme et la liberté laissée au nouveau système qui définira le passage de la ligne. "Les modèles statistiques des nouveaux *data scientists* viennent des sciences exactes. De manière inductive, ils partent à la recherche de régularités en faisant le moins d'hypothèses possibles". (9 p53) Ici s'installe un

(6) Pour plus de détails consulter sur internet les wolfram data summit.

(7) voir : Kuhn T. S. La structure des révolutions scientifiques. 1962, Flammarion, Paris, 1983.



système où le calcul remplace l'esprit, au prétexte d'une ouverture mathématique des possibles.

D. Le rapport à l'outil – la technique

On évoque, pour expliquer la "résistance" à l'informatisation, un aspect générationnel. Les "digital natives" seraient plus facilement adeptes du dossier totalement numérisé. On assisterait à une fracture numérique que nous pouvons analyser comme Doueihi, à savoir une mise en regard de la page papier et de la page informatique qui n'ont pas la même lisibilité. « La lecture en ligne permet d'accéder rapidement à des passages choisis ; elle est souvent discontinue, fragmentaire et liée à la nécessité de citer; elle est principalement décontextualisée et comparative » (11 p50). Cette présentation de la lecture numérique peut être administrée au dossier patient numérisé. Les seniors ont leur exigence de synthèse inchangée ; ils s'inquiètent du résultat plus qu'ils ne sont déstabilisés par le moyen. Si les juniors sont plus à l'aise avec l'inscription numérique, ils se plaignent du délai d'inscription et du manque de temps dédié à la réflexion.

Adorno interprète de façon très pertinente ce qui habite les acteurs devant la contrainte de l'outil. Dans un texte prémonitoire de 1966, il dit : « Ce qui tient lieu de critère du progrès, c'est l'adéquation de la conscience aux tâches hétéronomes qui s'imposent de l'extérieur à elle ... Le chemin du progrès qui passe par l'adaptation du penser aux machines qu'il a inventées n'en est pas un, il est régressif. » (1 p52). L'usage des mots "conscience" et "penser" nous paraît capital : ils sont (devraient être ?) au centre de l'action soignante. A l'heure du tout financier – y compris dans le service public de soin – : "N'y a-t-il pas une collusion inquiétante entre la machine du capital et la machine numérique, capable de réduire à néant la liberté d'agir ? (...) L'impératif néolibéral de performance... systématisé le temps de travail, (...) les appareils numériques transforment chaque endroit en lieu de travail et chaque parcelle de temps en parcelle de temps de travail (17 pp48,50,51). Il nous paraît intéressant de rappeler cette réflexion de H. Arendt : « On déplore souvent la perversion des fins et des moyens dans la société moderne, où les hommes deviennent esclaves des machines qu'ils ont inventées et « s'adaptent » aux exigences de ces machines au lieu de les mettre au service des besoins humains » et la mise en regard de l'homo faber pour qui la distinction de la fin et des moyens est prééminente, de l'animal laborans pour qui elle est sans objet : « Ce qui domine le processus du travail (...) ce n'est ni l'effort lucide de l'homme, ni le produit qu'il désire, mais le mouvement du processus lui-même et le rythme qu'il impose au travailleur » (3 pp197-198).

L'acteur hospitalier voit-il sa compétence régresser vers celle de l'animal laborans du fait de la numérisation, à laquelle les réflexions ci-dessus s'applique si bien ?

La réflexion concernant le rapport de la **technique** à l'organisation mentale se décline sous deux plans : une approche conceptuelle philosophique et une approche scientifique. La première suit les réflexions sur l'usage et les propriétés de la technique. Heidegger avait souligné l'importance de l'inscription de la technique dans le monde, à ne pas la considérer seulement dans une approche instrumentale mais dans son essence ; "quand nous considérons la technique comme quelque chose de neutre, c'est alors que nous lui sommes livrés de la pire façon" (19 p10). La réflexion moderne évoque un système : "la technique, passé du statut de moyen à celui de créateur d'un système artificiel, devient un "système" grâce à la connexion Intertechnique rendue possible par l'informatique" (22 p71). De ce fait il y a interaction entre la technique et les opérateurs, puis modification systémique qui entraîne une modification des opérations et des rapports entre les opérateurs. "Il n'y a pas d'outils innocents ou neutres, notamment quand ils structurent et organisent le mode de lecture de texte et d'images... l'environnement numérique est une construction contextuelle" (11 p233).

La deuxième approche de cette Technique s'appuie sur les progrès des neurosciences. Des études ont pu prouver une évolution des processus cognitifs du travail sur ordinateur ou sur données numérisées. Elles confirment la plasticité cérébrale et une capacité d'apprentissage de processus particuliers sollicités par l'usage de l'internet – cortex préfrontal : résolution de problèmes et prise de décision. Elles révèlent le développement d'une hyper attention fragmentée opposable à l'attention profonde prolongée, cette théorie développée par N Katherine Hayles est largement reprise depuis (18). La fragmentation de l'attention s'accompagne fréquemment d'une possibilité de déconcentration (10 p90). Ce phénomène est à rapprocher de celui de fatigue *IFS* (information fatigue syndrome) : "c'est l'engourdissement de la capacité d'analyse. Or c'est bien notre faculté analytique qui nous rend capable de penser" (17 p81). Le changement d'outil peut s'accompagner de perte d'attention, de fatigue, de manque de capacité de synthèse, de profondeur de la réflexion ; mais elle devrait s'accompagner de possibilité d'amélioration des modes cognitifs.

"Il (le numérique) escamote le réel et *systématise l'imaginaire*". (17 p36) L'outil informatique avec ses exigences, requiert une concentration importante. Son côté exclusif donc excluant, relègue le patient à un autre rang, qui sur le plan spatio-temporel au moins, n'est plus le premier. Ceci n'a pas entraîné une dévalorisation du



patient dans l'esprit du soignant; son attention professionnelle et empathique lui est toujours conservée. Mais l'irruption impérative de la gestion des données a changé le mode opératoire. De fait, on ne confronte pas obligatoirement les examens à la clinique en tant que présentation physique du malade. Le travail à distance du patient, l'appropriation nouvelle du dossier, mène à la construction d'un réel **avatar complet** du patient par le reflet que génère le dossier numérisé retrouvé sur n'importe quel écran de l'établissement. Ainsi se profile une **déréalisation du patient**; des confrères peuvent se parler d'un patient et engager un processus de soin sans même l'avoir vu, sans même se voir, au téléphone, chacun derrière un écran. Cette déréalisation n'est pas l'apanage de la numérisation, mais la numérisation en favorise la généralisation. L'unicité de l'écran et la pagination numérique gênent la représentation complète unique et simultanée. Nous pouvons nous rapprocher de la réflexion sur l'influence des algorithmes en droit et en politique : "la gouvernementalité algorithmique émane spontanément d'une sorte de mémoire digitale totale, le sens n'est plus construit, mais donné, immanement au réel" (27).

D'autres rapports à autrui se définissent.

CONCLUSION : UNE OBLIGATION À PENSER LA PLACE DE L'OUTIL

La technique, une fois installée, doit être évaluée en regard des objectifs attendus, qui doivent être préalablement définis. Les changements systémiques : organisationnels, réflexifs, performatifs, relationnels amplifiés ou induits par la numérisation étaient *impensés*. La numérisation est doublement anticlinique; d'abord en ce qu'elle éloigne le médecin spatialement et temporellement de la réalité du patient dans sa quotidienneté. Celui-ci, reconstruit par une somme de données, est déréalisé en un avatar numérique, particulièrement complet, et, partant, particulièrement trompeur. Elle est aussi anticlinique parce qu'elle freine l'analyse et la réflexion partagées, base de l'enseignement clinique depuis deux siècles. L'éclatement de la lecture et de la gestion des données numérisées par une autre approche du temps et de l'espace est un frein à la réflexion en tant que retour de la pensée sur elle-même. "L'environnement numérique ... est en train de convertir (au sens double technique et religieux) nos espaces culturels à ses propres concepts et catégories" (11 p238). Après un demi siècle de développement elle confirme en tant que système elle n'a pas de "régulation interne" (13 p127). Si nous en analysons l'*urbanité* – mode d'installation des outils numérique – et la *civilité* – usages par tous les acteurs – pour éventuellement les corriger, nous devons

nous rappeler que "la rétroaction du système technicien passe nécessairement par la prise de conscience des effets majeurs de la Technique, prise de conscience effectuée par l'homme inclus dans le système" (13 p128).

L'irruption de deux éléments fondamentaux : les *big data* – collection d'un nombre jamais égalé de données numérisées pouvant servir de métadonnées à des systèmes de calculs de plus en plus performants – et les sciences *omiques* qui découlent de la connaissance du génome, laissent présager une authentique révolution scientifique et épistémologique, en reconsidérant tout le système de l'expérience. Il n'y a pas lieu d'avoir des craintes excessives sur la position du corps soignant dans le système qui se profile car trois éléments restent incontournables. Le premier est technique : le recueil des données sera d'autant plus pertinent qu'il sera médicalisé. La deuxième date des temps les plus reculés, d'avant la médecine des causes : il s'agit de la croyance par le sujet souffrant dans le pouvoir d'un autre, dépositaire de compétence ou de dons spéciaux, à éloigner un mal. Le dernier est que toute la santé et tout le soin ne se traduisent pas en données numérisables.

Le bousculement du temps, et l'afflux de données non hiérarchisées, ont requalifié l'approche de la maladie. Le délai et l'incertitude factuelle semblent moins acceptables. Pouvons-nous revaloriser la place du juste milieu et du doute dans le monde binaire instantané ? L'approche personnalisée de l'usage des données par l'intégration de la génomique est un fait nouveau qui vient confirmer que "le normal n'a pas la rigidité d'un fait de contrainte collective mais la souplesse d'une norme qui se transforme dans sa relation à des conditions individuelles" (8 p156). L'appréhension actuelle de la santé et de la maladie intègre des notions de "vécu social" et d'expérience (16 pp146-147). La quantification ne rend pas un juste compte de la maladie ni de la souffrance. Cela appelle une responsabilisation du patient co-acteur de la gestion de l'information, d'un lissage nécessaire de la sémantique médicale pour obtenir un outil de communication partagé au delà du calcul. La numérisation du dossier patient accompagne, et peut-être, accélère, le centre organisationnel du médecin vers un collectif toujours plus centré sur le malade, comme un déplacement de la "cour" vers l'"agora" (11 p122). Il nous faudra revisiter cette nouvelle civilité médicale, en gardant à l'esprit des éléments des soins qui ne sont pas des "données", encore moins des données comptables : l'écoute, le regard, le toucher autant de pratiques qui procèdent de l'empathie. "... dans le cas de la sympathie qui va de soi à l'autre, l'égalité n'est rétablie que par l'aveu partagé de la fragilité, et finalement de la mortalité" (25 p225). Ce large espace de soin a toujours existé, la numérisation ne l'a pas directement changé, mais

dans cette objectivisation volontariste qu'elle promeut, elle ne respecte pas cette approche du soin. Le sujet autonome ne relève pas de l'évaluation calculée. Il est construit sur un passé et un ailleurs, d'éléments qui ne se découvriront peut-être jamais, ou alors dans un temps imprévisible. A cotés des *données*, les êtres vivants en maladie, ou les procureurs de soins, comprennent ou simplement ressentent qu'un élément capital se passe dans le soin qui n'est pas chiffrable, et qui déterminera l'alliance thérapeutique. ■

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ADORNO T. W., *Société : intégration, Désintégration*. Paris, Payot, 2011, 394 pages.
- (2) ANDERSON C., 2008, *The end of the theory : the data deluge makes the scientific method obsolete*, Wired magazine, <http://www.wired.com/2008/06/pb-theory/>
- (3) ARENDT H., *Condition de l'homme moderne*. Paris Calmann-Lévy, Pocket Agora, 1961 et 1983, 406 pages.
- (4) ASKENAZY P., GIANELLA C., *Le paradoxe de productivité : les changements organisationnels, facteurs complémentaire à l'informatisation*, Economie et statistique, 2000, n° 339-340, pp. 219-141.
- (5) BANDELIER R., *L'ordinateur à l'hôpital Pourquoi ? Comment ?* Masson, Les éditions d'organisation, Paris, 1970.
- (6) BARBEROUSSE A., KISTLER M., LUDWIG P., *La philosophie des sciences au XX^e siècle* Paris, Flammarion, Champs Essais, 2000, 349 pages.
- (7) BOURDIEU P., *Science de la science et réflexivité*, Paris, Ed Raisons d'Agir, 2001, 240 pages.
- (8) CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF, Quadrige, 1966, 290 pages.
- (9) CARDON D., *A quoi rêvent les algorithmes*, Paris, Seuil, 2015, 108 pages.
- (10) COMPIEGNE I., *La société numérique en question(s)*, Auxerre, Ed Sciences Humaines, 2011, 128 pages.
- (11) DOUEIHI M., *La grande conversion numérique*. Paris Seuil, Pints 2008-2011, 336 pages.
- (12) DRAPERI C., *Ambivalence de la clinique*. In : Lefève C. & Barroux B. : *La clinique usage et valeurs*. Paris, Sedi Arslan éd., 2013, 188 pages.
- (13) ELLUL J., *Le Système technicien*, Paris, Ed. Recherche Midi, 1977, 334 pages.
- (14) FAGOT-LARGEAULT A., *Médecine et philosophie*, Paris, PUF, Coll. Ethique et Philosophie, 2010, 276 pages.
- (15) FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF Coll. Quadrige Grands Textes, 1963, 216 pages.
- (16) GIROUX E., *Après Canguilhem*, Paris, PUF Philosophies, 2010, 154 pages.

- (17) HAN B.-C., *Dans la nuée Réflexions sur le numérique*. Arles, Ed Actes Sud, 2015, 112 pages.
- (18) HAYLES N.K., 2008, *Hyper and deep attention : the generational divide in cognitive modes ; Medias theory for the 21th century* <https://media08.wordpress.com/2008/01/17/my-article-on-hyper-and-deep-attention/>
- (19) HEIDEGGER M., *La question de la technique*, in *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, 1958, 352 pages.
- (20) ISSA N.T., BYERS S.W. & DAKSHANAMURTY S., *Big Data : the nexter frontier for innovation in therapeutics and healthcare*. *Expert Rev Clin Pharmacol*, May 2014;7(3):293-298.
- (21) Mc SHANE Lisa M., CAVENAGH M.M., LIVELY T.G., *et al.*, *Criteria for the use of omics-based predictors in clinical trials*. *Nature*, 2013;502(7471):317-320.
- (22) MATTELART A. et M., *Histoire des théories de la communication*. Paris, Ed La Découverte, 1995, 124 pages.
- (23) MAVIGLIA S. M., YOON C.S., BATES D.W. *et al.*, *Knowledge link : impact of context-sensitive information retrieval on clinicians' information needs*. *J Am Med Inform Assoc*, 2006;13(1):67-73.
- (24) PINEL P., *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris, Crapelet 1790.
- (25) RICOEUR P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, Points Essais, 1990, 428 pages.
- (26) RIEFFEL R., *Révolution numérique, Révolution culturelle ?* Paris, Folio, 2014, 348 pages.
- (27) ROUVROY A. BERNST T., *Le nouveau pouvoir statistique, ou quand le pouvoir s'exerce sur un réel normé, docile et sans événement car constitué de corps "numérique"*, *Revue Multitudes*, 2010;40(1):88-103.
- (28) TEMPLIER A., *Big Data : quand les données médicales deviennent une arme thérapeutique*, in MARCEAU Jacques (dir). *Quelle Santé pour demain ? Quand le numérique bouleverse la médecine*, Paris, Gallimard, Manifesto Alternatives, 2014.
- (29) WULFF H., PEDERSEN S.A., ROSZNBERG R., *Invitation à la philosophie de la médecine*. Trad Masquelet, Montpellier, Sauramps ed, 1993, 250 pages.
- (30) YOO S., CHO M.S., KIM S. *et al.*, *Conformance Analysis of Clinical Pathway Using Electronic Health Record Data*. *Health Inform. Res.*, 2015;21(3):161-166.

DOCUMENTS D'INSTITUTION EN LIGNES

- (31) <http://www.omics-ethics.org/fr/definition-sciences-omics>
- (32) <http://www.oecd.org/fr/education/les-pays-de-l-ocde-doivent-adopter-une-approche-differente-pour-exploiter-les-possibilites-offertes-par-les-nouvelles-technologies-a-l-ecole.html> 2015



LA COOPÉRATION TRANSATLANTIQUE EN E-SANTÉ

THE TRANSATLANTIC EHEALTH COOPERATION

Par Nathalie DEVILLIER*

RÉSUMÉ

Cette coopération UE/USA a pour but de développer des normes internationales d'interopérabilité (dossiers médicaux), et mettre en place de stratégies concernant les compétences en e-santé afin que les professionnels de santé puissent exploiter le potentiel des technologies et ainsi renforcer leur expérience professionnelle.

MOTS-CLÉS

Union européenne, USA, e-santé, dossier médical, technologies.

ABSTRACT

This EU/USA cooperation aims at developing international interoperability standards (medical records) and set up strategies regarding eHealth skills so that health professionals leverage all technologies' potential and strengthen their professional experience.

KEYWORDS

European Union, USA, eHealth, medical records, technologies.

* * *

La e-santé (également appelée cybersanté ou télésanté) est un terme utilisé aujourd'hui pour décrire l'application des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé. Il englobe toute une gamme d'objectifs, allant de la simple administration à la prestation de soins de santé, impliquant les professionnels de la santé, le soutien de la santé et le personnel

administratif travaillant dans les systèmes de soins de santé. Prenons le cas de ce patient américain visitant l'Italie qui a des difficultés respiratoires, il doit être admis aux urgences locales : comment accéder à son historique médical pour lui donner le bon traitement ? Son dossier médical doit être transmis à l'établissement de soins italien, traduit et mis à disposition des professionnels de santé après son admission, sinon, son parcours de soin pourrait être compromis. La coopération transatlantique en e-santé répond à cette problématique car elle a notamment pour but de garantir l'interopérabilité des dossiers médicaux afin de faciliter l'accès aux soins transfrontières.

CADRE JURIDIQUE

Cette collaboration est conduite par la Direction générale CONNECT (réseaux de communication, contenu et technologies) de la Commission européenne qui est responsable de la politique de l'Union concernant le marché unique numérique, la sécurité sur Internet et la science et l'innovation numérique. Elle trouve son ancrage dans la Communication de la Commission européenne « Europe 2020 – Une stratégie pour ne croissance intelligente, durable et inclusive » et le Plan d'action pour la e-santé 2012-2020.

La coopération s'appuie notamment sur des projets financés par le programme de recherche et développement FP7 et son successeur Horizon 2020 de l'Union européenne. Par exemple, le projet Trillium Bridge II qui a pour objectif de garantir une telle interopérabilité des échanges de dossiers médicaux entre l'Union européenne et les Etats-Unis d'Amérique.

Neelie Kroes (vice-président de la Commission européenne) et son homologue du Département américain de la santé et des services aux personnes (DHHS) ont signé un Mémoire d'accord en 2010 pour fonder cette coopération sur les technologies de santé (aux USA, on préfère ce terme plutôt que « e-santé » ou même « télésanté »). Son ambition est de soutenir leur développement pour un meilleur accès aux soins tout

* Docteur en Droit – Professeur associé, Grenoble Ecole de Management.
nathalie.devillier@grenoble-em.com





en soutenant l'innovation et la croissance économique. Les activités menées dans ce cadre reposent sur la réciprocité et les bénéfices mutuels dans deux domaines : la contribution des TIC de santé à l'amélioration des soins (en particulier les bénéfices économiques et la promotion de l'innovation), et l'identification de challenges communs dans le domaine de la e-santé pour soutenir l'innovation et la croissance économique du secteur. Deux questions sont directement visées par ce Mémorandum d'accord : le développement de normes internationales d'interopérabilité et leur mise en œuvre pour les dossiers médicaux dans le respect de la vie privée et des impératifs de sécurité ; et la mise en place de stratégies pour le développement des compétences en e-santé afin que les professionnels de santé puissent exploiter le potentiel des technologies et ainsi renforcer leur expérience professionnelle.

Les premières activités prévues passaient par un échange d'informations réciproque, y compris entre délégations et spécialistes sélectionnés par le DHHS et la Commission européenne afin de construire un consensus en termes de gouvernance, à l'image de l'Initiative pour la gouvernance de la e-santé (www.ehgi.eu), la mise en place de groupes de travail et l'organisation d'événements (conférences scientifiques et ateliers).

Une étape supplémentaire fut franchie au printemps 2013 avec la publication d'une feuille de route conjointe reprenant ces deux priorités (interopérabilité et développement des compétences). Fin 2015, les parties s'accordèrent pour intégrer une nouvelle priorité : les écosystèmes d'innovation transatlantiques en e-santé. De décembre 2015 à mars 2016, une consultation en ligne fut menée pour recueillir les commentaires des autorités, des entreprises, académiques, organisations et professionnels de santé impliqués dans les TIC de santé aux USA et dans l'Union européenne. La feuille de route a ensuite été mise à jour en juillet 2016 avec une annexe faisant figurer les diverses activités et livrables. En voici un bilan fin 2017.

PRIORITÉ 1 : DÉVELOPPEMENT DE NORMES POUR FAVORISER L'INTEROPÉRABILITÉ TRANSATLANTIQUE DES DOSSIERS MÉDICAUX ET TIC DE SANTÉ

Les efforts se sont concentrés sur une coopération entre le Bureau du Coordinateur national pour les technologies de santé (ONC) américain et le Service de santé national (NHS) anglais. Une définition commune de l'interopérabilité a été établie en 2015 et une étude de cas conjointe a identifié les facteurs de succès dans ce domaine ainsi qu'une table de correspondance des normes utilisées respectivement par les USA et le

NHS. Les ressources en ligne permettant de mettre en œuvre cette priorité sont méthodiquement présentées par le NHS.

PRIORITÉ 2 : DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES NUMÉRIQUES DE SANTÉ

La santé est le secteur économique le plus large dans plusieurs Etats membres de l'Union européenne et les besoins en termes d'emplois numériques y sont en constante augmentation (+20% de 2011 à 2018 selon le Bureau américain des statistiques). Or, les TICs ne sont ni une priorité pour la formation, l'emploi et la carrière ce qui crée une inadéquation entre les besoins de compétences et les compétences disponibles. Le programme européen Digital Skills and Job Coalition (qui a pris la suite du programme eSkills) soutient le développement des compétences numériques dans toutes les disciplines et dans le respect des exigences éthiques. Les actions prennent la forme de MOOCs, cours de codage et formations de haut niveau pour les experts. Toutes les initiatives sont disponibles dans un répertoire où les meilleures pratiques sont mises en exergue. Un cadre spécifique est dédié aux professionnels de santé (www.ecompetences.eu) pour identifier les demandes et les offres sur plusieurs segments tels que : la formation académique et les programmes de certification, le cadre national, l'analyse des compétences, les scénarios en termes de marché... Cela contribue à une meilleure adéquation entre les qualifications académiques et les besoins sectoriels puisque le niveau est garanti par le cadre européen de qualifications (EQF – European Qualifications Framework) qui reflète les exigences nationales. Cet outil est un véritable réseau social collaboratif.

PRIORITÉ 3 : LES ÉCOSYSTÈMES D'INNOVATION TRANSATLANTIQUES EN E-SANTÉ

Cette activité vise à encourager le processus d'innovation dans l'industrie de l'e-santé et des technologies de santé. Elle passe par l'identification des parties prenantes clés et l'obtention de leur soutien pour une collaboration effective entre les sociétés et les écosystèmes locaux de chaque juridiction. Ces parties prenantes sont nombreuses : incubateurs et accélérateurs de startups, entrepreneurs, investisseurs, membres académiques et de recherche, gouvernements et responsables de politiques publiques d'e-santé et innovation, secteur privé et des cliniques, fournisseurs de solutions d'e-santé, de produits et services d'e-santé (y compris les PME), professionnels de santé, organismes de paiement, associations, fondations, organismes d'*advocacy*.





Le rôle des gouvernements et des autorités publiques consiste notamment à promouvoir la création de centres d'innovation (par opposition aux établissements de recherche qui n'ont pas de focus commercial) et des initiatives nationales, tout en fournissant un environnement réglementaire propice à leur déploiement. Ils pilotent également la réforme des politiques en matière d'éducation pour conserver un niveau de connaissances et de compétences désormais requis pour toute personne dans ce qu'il est convenu d'appeler la 3^e révolution industrielle.

Les tendances du secteur identifiées comme les plus prometteuses vont de l'engagement du patient dans son traitement à la cybersécurité en passant par la gestion des données médicales, la protection de la vie privée, la santé mobile et la médecine personnalisée ou de

précision. Des alliances s'affirment entre les régions et villes les plus impliquées. L'année 2016 fut consacrée à la découverte des potentialités aux USA et dans l'Union européenne à l'occasion de la Semaine de la e-santé et des visites de délégations officielles. Au final, les villes, régions et Etats membres suivants ont pu être identifiés autour de cet axe : Bavière, Hambourg, Londres, Rotterdam, Frankfort, Barcelone, l'Estonie, la Lettonie, la Pologne, l'Irlande, le Danemark, le Royaume-Uni, la Finlande et la Suède pour l'Union européenne. Et pour le USA : New York, Seattle, Boston, Salt Lake City, la Californie et Washington.

Une attention particulière est portée aux PME en termes d'opportunités commerciales et de marché. Cet élément de coopération transatlantique est traité en synergie avec les deux autres. ■





REPENSER L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES À L'HEURE DE L'INTERNET DES OBJETS

*RETHINKING THE ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE
IN THE AGE OF THE INTERNET OF THINGS*

Par Hélène SOL* et Vincent RIALLE**

« L'impossible, nous ne l'atteignons pas, mais il nous sert de lanterne. »

René CHAR

RÉSUMÉ

Cette étude a pour ambition de proposer une réinvention de la prise en charge psychiatrique dans sa mission d'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale, incluant anticipation, respect des malades, coordination, qualité des soins, conditions de travail et valorisation des soignants... Le constat, mainte fois réitéré ces dernières années, d'un sentiment d'impuissance affectant la psychiatrie face aux très nombreux défis croissants auxquels elle est confrontée (crise économique, stress social, inégalités, nombre des « sans-abris » entraînant afflux de malades aux urgences psychiatriques, sur fond d'institution hospitalière en crise) en est au fondement. Ce que l'immense potentiel des technologies numériques pourrait offrir à la psychiatrie, en application des textes récents de politique publique de santé, offre un contraste saisissant avec la situation quasi-catastrophique actuelle. Outre une analyse approfondie de ces divers aspects, au moyen de plusieurs outils méthodologiques complémentaires, l'article développe, à partir de données probantes, une hypothèse prospective de ce qui, dès aujourd'hui,

pourrait être mis en place dans le secteur psychiatrique en matière d'applications mobiles et d'objets connectés pour lui redonner vigueur et moyens de remplir ses missions de soins et sociales.

MOTS-CLÉS

Psychiatrie, santé mentale, vulnérabilité, sans-abris, e-santé, Internet des objets.

ABSTRACT

This study aims to propose a re-invention of psychiatric care in its mission of organizing the conditions of action on the social, environmental and territorial determinants of mental health, including anticipation, respect for patients, coordination, quality of care, working conditions, and valuing caregivers. The observation, many times reiterated in recent years, of a feeling of helplessness affecting psychiatry in the face of the many and growing challenges it faces (economic crisis, social stress, inequalities, number of "homeless" resulting in influx of patients psychiatric emergencies, against the backdrop of a hospital institution in crisis) is the foundation. What the enormous potential of digital technologies could offer to psychiatry, in application of recent French public health policy texts, is in stark contrast to the current disastrous situation. In addition to an in-depth analysis of these various aspects, using several

* Experte numérique en santé, Directrice du Pôle Ingénierie-Logistique-Sécurité (PILS)

Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI, EPSM)

** Maître de conférence-praticien hospitalier émérite, Université Grenoble-Alpes



complementary methodological tools, the article develops, on the basis of evidence, a prospective hypothesis of what, from today, could be put in place in the psychiatric sector. As a result, the article shows and discusses the efficiency potential of certain digital tools or concepts – such as scientifically validated mobile applications and connected objects used under ethical and professional control – in psychiatric practices that concern the patient's relationship with his social and family environment.

KEYWORDS

Psychiatry, mental healthcare, vulnerability, homelessness, eHealth, Internet of things.

* * *

I. INTRODUCTION

A. Une psychiatrie en souffrance

La psychiatrie, malgré un engagement exemplaire des personnels soignants, se trouve aujourd'hui dans un état de crise sans précédent : comme le montrent de nombreux travaux et témoignages [1, 2], ainsi que l'enquête nominative IoT-Psy que nous présentons dans cet article, se dégage un sentiment d'impuissance face à la distance entre ce qui serait requis pour soigner correctement plusieurs catégories de malades et ce qu'offre l'institution psychiatrique, souvent à rebours de ce requis. L'état de la société est sans doute l'une des causes principales : le nombre de personnes en situation de précarité et de pauvreté ne cesse d'augmenter, celui des « sans-abris » suit une courbe de croissance régulière et près d'un tiers d'entre eux présentent des troubles psychiatriques sévères. Par ailleurs, la psychiatrie en général [3, 4] et le système hospitalier français en particulier(1), traversent une crise majeure dont souffrent particulièrement les professionnels de santé [5] et par ricochet les malades(2) [6, 7] : « Ecrasés par

(1) Cf. « Burning Out : dans le ventre de l'hôpital » : Documentaire de Jérôme le Maire (écrit par Pascal Chabot et Jérôme le Maire, 2017 ; 1h25 ; Production AT Prod, Zadig, Arte, RTBF, RTS ; <http://www.burning-out-film.com> (consulté le 19/03/18).

(2) Cf. la vidéo « On nous robotise » : une infirmière dénonce les cadences infernales à l'hôpital, Franceinfo, 13/04/18 : <https://www.msn.com/fr-fr/video/actualite/video-on-nous-robotise-une-infirmiere-denonce-les->

les restrictions budgétaires, les soignants se disent à bout et dénoncent une « perte de sens » de leur travail » [8] et le syndicat des psychiatres d'exercice public ajoute que les Établissements sont « au bord de l'explosion » [9]. La crise n'est pas simplement économique, elle s'ancre dans un profond stress social allant jusqu'au harcèlement des malades [10]. Le Conseil de l'Europe notamment a rappelé en 2017, par la voix de son Commissaire aux droits de l'homme Nils Muiznieks, la grande vulnérabilité des personnes présentant des déficiences psychosociales ou intellectuelles ainsi que leurs droits : « Les problèmes les plus fréquents que j'ai ainsi observés, précise le Commissaire, concernaient le droit de vivre dans la société et la désinstitutionalisation, le droit à la capacité juridique et le droit à une éducation inclusive. Une part considérable de mon travail en la matière a été consacrée aux droits des personnes présentant des déficiences psychosociales ou intellectuelles, qui forment un groupe social particulièrement vulnérable et marginalisé. »(3) [11].

C'est dans ce contexte et sous l'effet d'une pression extrême que douze mesures d'urgence ont été annoncées en France en janvier 2018 par le Dr Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé(4), mesures issues de propositions formulées en décembre 2017 par l'ensemble des représentants de la psychiatrie française.

B. Pour un recours raisonné aux technologies nouvelles

L'étude conduite en milieu hospitalier que nous présentons dans cet article a pour but d'aider l'institution psychiatrique à sortir de la tourmente et contribuer à la diminution des drames humains entraînés par l'inadaptation des réponses actuelles aux besoins des populations, et ce par une voie encore peu explorée : celle d'un usage raisonné des ressources qu'offre la technologie aujourd'hui (Objets connectés, Internet des Objets (IoT), E-santé, télémédecine). La question de recherche majeure qu'elle se propose d'explorer dans ses diverses dimensions peut être énoncée comme suit :

cadences-infernales-à-l'hôpital/vi-AArnpsp (consulté le 16/07/18)

(3) <https://planpsy2011.wordpress.com/2017/08/30/coercition-en-psychiatrie-leurope-doit-repenser-ses-modeles-conseil-de-leurope/> (consulté le 20/03/18)

(4) Journal *Le Monde* du 21/01/18 : http://www.lemonde.fr/politique/article/2018/01/26/agnes-buzyn-il-faut-preserver-les-moyens-de-la-psychiatrie_5247385_823448.html#5DQCzu5itSKoUMmw.99



Le « numérique » – un terme général recouvrant une grande variété d'outils à base d'informatique, de télécommunication, de robotique... dotés de possibilités quasi infinies d'interconnexion (Internet des objets, habitats connectés, villes intelligentes...) et permettant un nombre tout aussi vaste de services nouveaux –, détiendrait-il quelques clés ignorées pour ouvrir des voies nouvelles capables de redonner à la psychiatrie française des moyens et un tonus proportionnés à l'ampleur des défis qu'elle rencontre ?

En mettant en place de nouvelles modalités de soutien à domicile de malades avec un étayage soignant adéquat, ce champ du numérique permettrait-il en particulier de :

- combattre le sentiment d'impuissance de nombreux médecins et soignants par rapport au flux de patients auquel ils ne peuvent plus faire face,
- créer les conditions d'une prise en charge adaptée des patients à leurs besoins de socialisation, d'assistance à l'autonomie et d'hygiène de vie, renforcer l'étayage actuellement très insuffisant des sorties d'hospitalisation et de suivis en extrahospitalier par un décuplement, grâce à de nouveaux outils et concepts, des capacités d'accompagnement médico-social du patient,
- renforcer le « cercle vertueux » du travail des équipes de soins afin de potentialiser les apports au malade et mettre fin à la spirale des ré-hospitalisations, insatisfaisantes et démoralisantes autant pour les malades que le personnel soignant, par insuffisance de l'accompagnement extrahospitalier en manque de moyens ; réinsuffler de l'efficacité à la psychiatrie de secteur ?

Les questions éthiques posées par un usage massif du numérique sont également présentes dans ce travail de prospective. Bien que traitant d'un sujet éminemment technologique aux enjeux économiques évidents, cette étude ne poursuit aucune visée technocratique et s'oppose, dans son esprit, au spectre d'une déshumanisation des soins rendue possible par la démultiplication des moyens techniques et des accélérations que ces moyens permettent. À l'aliénation toujours possible à la technologie s'ajoute le risque d'aliénation à une oligarchie grandissante de sociétés détenant le numérique (GAFAM, NATU(5)...) faisant craindre l'émergence de

(5) « GAFAM regroupe les initiales de Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft et NATU ceux de Netflix, Air BNB, Telsa et Uber. En gros les dix plus grandes sociétés américaines de l'économie numérique. » : <http://www.econum.fr/gafa/> (consulté le 07/04/18).

formes nouvelles de dictature [12]. D'où le questionnement global sous-jacent à cette étude : quel rapport à la technologie, quelle éthique, quelle politique publique et quels moyens juridiques est-il nécessaire de prévoir pour assurer le bon usage de ces nouveaux dispositifs ? Ainsi, après une première partie dévolue à une description succincte de la gravité des problèmes auxquels se heurte la psychiatrie institutionnelle, nous bordons dans une deuxième partie la description des apports potentiels d'outils disponibles, outils que nous avons sélectionnés à la suite d'une étude des besoins faite d'interviews de 36 personnes couvrant tous les profils intervenant auprès de patients atteints de pathologies psychiatriques : associations d'usagers et pair-aidants, professionnels de santé, coordonnateurs dans la cité, spécialistes de gérontechnologie et e-santé, et expert ANAP numérique en santé. L'objectif est d'examiner quels seraient les apports d'outils technologiques innovants aux efforts de développement de l'autonomie à domicile des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires, dépression et crise suicidaire...), d'anticiper les crises, voire de traiter les premiers symptômes en mode prédictif et ainsi éviter autant que possible l'installation de la maladie, cela pour éviter de coûteuses hospitalisations, gâchis pour les patients saturant les urgences et les lits d'hospitalisation, et facteurs d'aggravation de la maladie par des prises en charges inadaptées. Cette recherche s'inspire de l'innovation sociale apportée par le décret du 28 décembre 2016 fixant le programme « Un chez-soi d'abord », destiné à réduire la durée d'hospitalisation des plus précaires, et du décret du 27 juillet 2017 favorisant la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, et qui s'inscrit dans le concept de médecine 5P(6).

Une troisième et dernière partie de l'article est consacrée à une discussion dans laquelle sont examinées les questions scientifiques fondamentales concernant les limites, perspectives et points restant à préciser de l'enquête hospitalière et des propositions de réorganisation appuyées sur des moyens technologiques ; sont examinées également la question du risque technocratique et des moyens de prévention de ce risque, ainsi que la question plus complexe de l'outil numérique dans la psychiatrie hospitalière en France aujourd'hui.

II. BESOINS DE L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

Les besoins exposés dans cette section sont issus de plusieurs sources (enquête hospitalière, travaux en

(6) Prédictive, Préventive, Personnalisée, Participative et Prouvée.



sociologie, rapports ministériels...) et couvrent un large spectre : ils ont trait aux patients, professionnels de terrain, associations, ainsi qu'aux politiques publiques en matière de santé mentale.

A. Analyse des besoins par convergence entre psychiatrie et sociologie

Le rapprochement de travaux en psychiatrie et en sociologie permet de déterminer assez précisément des catégories de malades qui pourraient profiter directement de ces nouveaux dispositifs. Une première catégorie concerne les malades souvent ré-hospitalisés par défaillance d'un système social qui devrait prendre en compte leur vulnérabilité, en particulier après un séjour en institution psychiatrique. Deux stades successifs ont été identifiés par le sociologue Robert Castel [13] : le premier, le moins grave, est celui de la « vulnérabilité » et le second celui de l'« assistance », que le psychiatre Jean Furtos [14] caractérise ainsi : « certains objets sociaux sont perdus. C'est le cas du chômeur de longue durée (ou même qui vient juste d'entrer dans cette catégorie de turbulence), c'est le cas des Rmistes(7). Nous constatons ici des effets psychiques réversibles dans la mesure où le contrat narcissique « tient », mais avec un processus croissant de vulnérabilité. Citons comme processus réversibles la honte et le découragement, deux des symptômes qui, avec l'inhibition, constituent pour le psychiatre Jean Maisondieu la triade de l'exclusion. Bien sûr la honte n'est pas bénigne, elle empêche de parler, de sortir, de faire ses courses, de demander quelque chose pour soi, tandis que le découragement, sans se superposer exactement à la pathologie dépressive, peut conduire au suicide ou rendre compte de l'inhibition à agir »(8). Pour ces catégories de patients, la ré-hospitalisation correspond à un ratage du retour au domicile, et la répétition du tandem « séjours hospitalier » – « retour sur le lieu de vie », une sorte de spirale d'échecs.

B. « Un chez-soi d'abord » : itinéraire incertain d'une initiative salutaire

Certaines recherches en psychiatrie ont montré les immenses bénéfices d'une insertion sociale des malades psychiatriques graves [15, 16] et une baisse significative des ré-hospitalisations chez des patients atteints de troubles psychosociaux graves mais disposant d'un

toit *versus* des patients sans-abris ayant le même profil pathologique. Ces résultats scientifiques sont venus confirmer ce que la pratique psychiatrique permettait déjà de percevoir, ainsi que l'exprime le Pr. Jean Furtos : « L'homme habite, il prend place parmi les humains. Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et cela s'appelle aujourd'hui l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion. » [17]. Alors que le manque de lits en urgences psychiatriques est flagrant et que les conditions d'accueil des patients sont devenues totalement effarantes(9), le problème des « sans-logements » vient considérablement noircir le tableau : « L'hôpital psychiatrique assure des missions qui ne sont pas les siennes. Nous faisons office de structures médico-sociales pour des personnes qui ne peuvent pas vivre seules ou n'ont pas de domicile. Par ailleurs, nous accueillons des personnes qui ne relèvent pas de la maladie psychiatrique comme les cérébro-lésés » déclare le Pr J.P. Salvarelli, psychiatre, président de la Communauté médicale d'établissement (CME) de l'hôpital du Vinatier (Lyon). Cette situation extrême a motivé la mise en place, en 2011, d'une expérimentation dénommée « Un chez-soi d'abord », de relogement accéléré de malades sans-abris par le ministère français de la santé. L'expérimentation, sur cinq départements français durant 5 années, a permis d'établir avec un bon niveau de preuve la pleine efficacité, en matière de resocialisation des malades et baisse subséquente des coûts pour la collectivité, de ce dispositif de relogement accéléré. S'est alors imposée l'idée de proposer un accès immédiat à un logement avec mise en place d'un accompagnement renforcé pour certaines catégories de malades : par exemple pour la prise en charge des addictions, ce logement vient en lieu et place du passage successif des malades par plusieurs structures (CHRS, pension de famille, résidence sociale...) avant de se voir octroyer un logement. Une généralisation, à partir du 01/01/17, de l'expérimentation « un chez soi d'abord » à l'ensemble du territoire français a alors été décrétée (décret n° 2016-1940 du 28/12/16 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »). Le texte du décret fixe les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement de ce dispositif de logement accompagné, et une instruction interministérielle (du 26/05/17) vient ensuite détailler une allocation de 9,67 M€, pour

(7) Maintenant : bénéficiaires du RSA (NDLR).

(8) Cité dans 'Santé conjugulée' – avril 2009 – n° 48 : Sur : <https://sf24a77329eb4ec43.jimcontent.com/download/version/1415887417/module/8135903395/name/Furtos%20-%20La%20souffrance%20psycho-sociale.pdf> (consulté le 04/06/18).

(9) Voir l'article de L. Mauduit : « On ne demande pas la lune, on veut un moratoire pour stopper les fermetures de lits », réclament des médecins hospitaliers à Agnès Buzyn » dans *Le quotidien du Médecin* du 19.02.2018 : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/02/19/ne-demande-pas-la-lune-veut-un-moratoire-pour-stopper-les-fermetures-de-lits-reclament-des-medecins-hospitaliers-agnes-buzyn_855305 (consulté le 05/07/18).



l'année 2017, pour accompagner ces nouvelles mesures liées aux addictions et à la précarité.

Néanmoins, et bien que précieux, cet ensemble de mesures fait toutefois figure d'un David contre le Goliath de l'inadaptation des structures psychiatriques face à la montée des pressions économiques et sociales. La désillusion des patients et des familles apparaît extrême(10) ; le Dr Nathalie Giloux, responsable de l'Unité médicale d'accueil (urgences psychiatriques) de l'hôpital du Vinatier, Lyon, exprimait en 2015 sa « honte » de prendre en charge dans des conditions accablantes d'indignité des personnes souffrant de graves troubles psychiques(11). L'arrivée aux urgences de ces malades est souvent l'ultime conséquence d'une dégringolade dans la précarité extrême suite au cumul de difficultés (perte d'emploi, surendettement, addictions de compensation...).

Ce problème sociétal aigu de production de la précarité se voit renforcé par un problème institutionnel encore trop peu pris en considération : celui de la non remise en cause de pratiques dépassées dans les hôpitaux en ce qui concerne la gestion des admissions de patients. Pour Madame Cl. Finkelstein, présidente de la Fédération nationale des associations en psychiatrie (Fnapsy), « on travaille encore à l'ancienne » dans l'institution psychiatrique : des principes et *modus vivendi* conduisent à ce constat que « trop de gens sont à l'hôpital parce qu'on ne sait pas où les mettre » [8]. Pour Madame F. Blain, porte-parole du collectif Schizophrénie, « Il ne faut pas colmater, mais réfléchir à une nouvelle organisation des soins » [8]. C'est sur ce point névralgique de l'organisation des soins, et sans réduire l'ensemble des difficultés que traverse l'institution psychiatrique à un simple manque d'organisation, que portera essentiellement la contribution de cet article.

C. Une politique publique résolument volontariste

Si, comme nous allons le voir, la technologie présente un potentiel d'aide et de transformations bénéfiques encourageant, en va-t-il de même pour la politique publique en matière de réformes urgentes ? Les trois dispositions récentes suivantes semblent aller dans ce sens :

— Le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet territorial de santé mentale (PTSM, Art. R. 3224 du Code de Santé Publique – CSP)(12), indique que ce

(10) Cf. le site Neptune : <http://www.forumpsy.net/t700-presentation-de-neptune> (consulté le 19/05/18).

(11) Article « Au Vinatier, l'hôpital psychiatrique gère la crise », Rue 89, 2015, sur <https://www.rue89lyon.fr/2015/06/24/au-vinatier-lhopital-psychiatrique-gere-la-crise/> (consulté le 19/05/18)

(12) Sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/>

PTSM « a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale » et qu'il a vocation à « prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques ». Il prévoit en particulier « l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins », mais aussi « le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire ».

— Dans cette perspective préventive ou facilitatrice des parcours de santé, le Ministère français de la Cohésion des territoires a proposé en 2017 la mise en œuvre accélérée du « logement d'abord » : « Le plan pour le «logement d'abord» vise à accompagner les personnes en situation de très grande précarité vers le logement au lieu de les orienter vers l'hébergement d'urgence. L'ambition est de créer 50 000 solutions alternatives en logement adapté au lieu des 20 000 places actuellement occupées en hôtels ou en centres d'hébergement d'urgence. Les crédits du programme 177 destinés à financer l'hébergement et l'accompagnement social des personnes sans-abri s'élèveront à près de 2 milliards d'euros en 2018, soit une augmentation de 13% par rapport à 2017 »(13).

— Un autre axe de politique publique apparemment volontariste est constitué par le programme PHARE de « Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables ». Introduit en 2011, ce programme a pour objectif d'orienter et dynamiser la fonction achats au sein des hôpitaux, son principe étant de dégager des « économies intelligentes » tout en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients. Il s'agit de mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire. Appliquée avec discernement, cette mesure peut constituer un appui à des transformations souhaitées hors du dicta économique et dont la présente réflexion fournit un exemple (cf. section suivante).

— Le récent Avis n°128 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) intitulé « Enjeux éthiques du vieillissement : Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes

SSAH1710848D/jo (consulté le 24/04/18).

(13) Sur : <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/plf-2018-un-budget-au-service-de-nos-priorites>



âgées ? »(14) propose parmi ces leviers de « Réfléchir à la révolution numérique, la domotique et la robotique solidaires » (p. 25) et ouvre dans cet avis une réflexion féconde pour la psychiatrie des personnes âgées et celle des plus jeunes.

— Soulignons la convergence des lois de la République. Aux dispositions qui viennent d'être énoncées, il convient d'ajouter :

- les lois du numérique (notamment Loi n° 2016-1321 du 07/10/16 pour une République numérique et Loi 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, art. 1^{er}), qui offrent des abris légaux aux projets d'innovation numériques pour les personnes vulnérables relevant de la psychiatrie,

- la loi de modernisation du système de Santé (Loi n° 2016-41 du 26/01/16) : dans le domaine de la santé mentale, cette loi garantit l'accès à un diagnostic précoce, développe la prévention et rend accessibles les techniques et les modalités de prise en charge les plus innovantes (traitements médicamenteux, psychothérapies, interventions psycho-sociales)(15).

Pour conclure cette liste de lois et dispositions, rapportons les paroles du Premier Ministre Édouard Philippe, lors de l'annonce du programme gouvernemental sur la e-santé en mai 2018 : « Les technologies numériques représentent une vraie opportunité d'améliorer la qualité des soins pour le patient et d'améliorer le quotidien des professionnels grâce aux changements d'organisation qu'elles permettent »(16).

D. Une enquête de besoins par un Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et santé mentale

Une analyse des besoins de l'institution psychiatrique hospitalière, référée dans cet article par IoT-Psy, a été réalisée par le premier auteur du présent article dans le cadre d'un master de « Management » [18]. Conduite à partir du Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et santé mentale dans lequel exerce l'auteure, cette analyse est fondée sur une enquête de terrain auprès de 36 personnes qui ont accepté, et souvent souhaité, de voir leur nom figurer. Cette étude – qualitative, par entretiens semi-directifs – avait quatre objectifs complémentaires : (1) obtenir la vision de professionnels de terrain sur leurs pratiques et les pathologies soignées,

(14) Sur : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_128.pdf

(15) Voir : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf (consulté le 12/05/18).

(16) https://secureidees.com/la-e-sante-une-priorite-pour-le-gouvernement/?utm_campaign=Revue%20newsletter&utm_medium=Newsletter&utm_source=Santech (consulté le 30/05/18).

(2) évaluer les limites de l'autonomie des patients chez eux, (3) envisager les origines des décompensations et des crises donnant lieu aux hospitalisations, et (4) recueillir le point de vue de ces professionnels sur un éventuel recours au numérique : dans quelle mesure les moyens offerts par l'Internet des objets pourraient-ils favoriser le « chez soi d'abord » pour certaines catégories de patients psychiatriques ? Quels outils seraient utiles, pour quelles situations et pour quelles pathologies ?

Il est important également de souligner que s'il y avait « révolution » introduite par l'usage du numérique en psychiatrie, ce ne serait sans doute pas dans les principes de base et missions même de la psychiatrie institutionnelle : le décret n° 2017-1200 du 27/7/17 concernant le Projet territorial de santé mentale, précédemment mentionné, promeut une psychiatrie pleinement active au cœur de la société, en interaction effective avec les personnes atteintes de troubles psychiques aux niveaux préventif et curatif. L'institution n'a d'ailleurs pas attendu ce décret pour mettre en place des retours de certains patients à domicile, comprenant dans de nombreux cas un étayage médico-social et un suivi extrahospitalier pluridisciplinaire sur plusieurs mois s'appuyant sur un bouquet de partenaires (infirmier coordinateur, assistante sociale, aidants familiaux éventuels...), une convention inter-partenaire, la réalisation éventuelle de travaux d'adaptation ou de réparation du logement, etc. L'usage d'appartements thérapeutiques adaptés dans de petites unités de zones urbaines n'est pas non plus nouveau : « il s'agit de petits logements dans des immeubles, l'immeuble est surveillé, et les patients sont assistés pour gérer leurs dépenses ; ils réalisent des activités communes » [18, p. 170].

L'accomplissement de toutes ces missions se fait cependant à petite échelle, les moyens et l'organisation, actuellement très déficitaires, de la psychiatrie ne permettant pas de répondre à l'ensemble des patients qui en auraient besoin : « Le problème se situe dans nos limitations en capacité d'accueil nous empêchant de recevoir tous les patients qui le demandent » déclare Mme N. DANO, cadre infirmier en psychiatrie, dans l'enquête IoT-Psy [18, p. 177]. Dans la situation actuelle, les patients qui en profitent sont ceux « qui sont arrivés les premiers » ou « les plus chanceux » : la part de hasard dans la course continue de recherche de solutions face à un flux ininterrompu et croissant de malades est clairement pointée.

E. Conclusion – Des besoins à tous les niveaux

Souffrance des malades psychiatriques aggravée par l'inadéquation de la réponse institutionnelle, souffrance au travail du personnel médical et médico-social, souffrance politique des échecs répétés et prévisibles des



« bonnes décisions », souffrance sociétale systémique d'une société qui génère et entretient une spirale de vulnérabilités, précarisation puis exclusion d'une partie croissante de la population.

Après avoir évoqué le projet politique de ressourcement de la psychiatrie, mais aussi les freins que ce projet devra dépasser pour obtenir quelques résultats significatifs au niveau national, nous décrivons maintenant comment le numérique pourrait aider la psychiatrie à sortir du périmètre d'efficacité actuellement trop étroit qui est le sien, et parvenir à la plénitude de son rôle, désormais inscrit dans la loi (« organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale », CSP, art. R 3224).

III. LIBÉRATION DES PRATIQUES PSYCHIATRIQUES AIDÉE PAR LA TECHNOLOGIE

A. Potentiel du monde du numérique

Le principe même du développement extrême du monde technologique est de promettre le meilleur, sachant que le pire peut aussi bien être au rendez-vous [19]. Force est en outre de constater que les voies du « meilleur » sont de plus en plus encadrées et protégées par les lois, comme en témoignent en France la Loi n° 2016-1321 pour une République numérique (du 07/10/16) et Loi n° 78-17 dite « Informatique et Liberté » (du 06/01/78, consolidée le 07/10/16). Un tel encadrement se développe également fortement au plan international. En Europe, le Règlement générale pour la protection des données personnelles (GDPR, règlement n° 2016/679), devenu effectif le 25/05/18, constitue le texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel. Par ailleurs, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) a récemment publié un rapport très détaillé sur les potentialités et les défis que présente l'utilisation de technologies d'assistance, robotique, intelligence artificielle et automatisation pour permettre aux personnes âgées d'exercer leurs droits fondamentaux(17) : la plupart des conclusions et recommandations de ce rapport destiné aux États (et visant à concevoir et mettre en œuvre des cadres appropriés et efficaces) sont particulièrement valables pour les personnes psychologiquement vulnérables.

En ce qui concerne la psychiatrie, et compte tenu de la situation d'urgence, nous abordons maintenant, le plus

concrètement possible, la question de savoir dans quelle mesure les moyens nouveaux offerts par ce développement technologique pourraient l'aider dans ses missions et dans son organisation. Notre démarche s'écarte en outre des illusions de type « baguette magique » ou « le salut par les nanotechnologies, les « objets intelligents » et l'interconnexion généralisée : elle part d'une enquête de terrain et s'appuie sur les acquis récents de la psychiatrie dans le domaine de l'innovation des pratiques. La Fondation Médéric Alzheimer, voisine du domaine psychiatrique, fournit une entrée en matière intéressante à la question ci-dessus : « Ces solutions technologiques proposent différentes combinaisons de fonctionnalités : signaux ou alarmes pour les aidants professionnels ou informels ; soutien aux activités de la vie quotidienne ; orientation et navigation, soutien aux aidants (information, conseil, formation à distance, échanges) ; soutien cognitif ; suivi clinique du patient ; surveillance à domicile ; interaction sociale ; entrée en contact ; activité physique, réhabilitation, mobilité, coordination des soins et de l'accompagnement professionnel ; surveillance et localisation en dehors du domicile, divertissement. Les projets comportent trois étapes : comprendre les souhaits et les besoins des différents groupes utilisateurs ; conceptualiser les produits et les services, en relation avec les groupes d'utilisateurs ; tester les systèmes pilotes auprès des personnes malades et de leurs aidants, et développer une stratégie de commercialisation. Tous les projets prennent en compte les questions éthiques, notamment en ce qui concerne la participation des personnes malades et leur consentement éclairé. Les questions éthiques concernant la technologie elle-même (respect des libertés fondamentales, confidentialité et protection des données, etc.) sont discutées au sein des groupes utilisateurs » [20, 21]. En psychiatrie, une présentation des nombreuses possibilités offertes par les environnements de type « habitat intelligent » et des questions éthiques associées avait été proposée dès 2005 [22].

D'une manière plus générale, la confluence entre l'évolution technologique et le champ médical et médico-social a engendré le concept de « e-santé », également connue sous les expressions de « santé connectée », télésanté (*ang. e-Health, telehealth, etc.*). La e-santé repose sur la définition holistique suivante de la santé, proposée par l'OMS en 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». « E-santé » désigne ainsi la totalité des soins, services médicaux et services sociaux de santé, préventifs ou curatifs, effectués à distance par la voie des innombrables moyens technologiques actuels – télécommunication, téléphonie mobile, objets connectés, réseaux, etc. – pour

(17) Cf. « Rapport de l'Experte indépendante chargée de promouvoir l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme » sur : <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/HRC/33/44&Lang=F> (consulté le 05/06/18).

le traitement de données cliniques et administratives ou à des fins d'information, éducation ou recherche [23]. Dans cette vaste mouvance de la e-santé se sont développés les « Applications mobiles » (18), souvent désignées par « apps », et les Assistants Personnels Numériques (APN), accessibles depuis une dizaine d'années sur les téléphones intelligents (*smartphones*) et les tablettes (type iPad, avec quantité de concurrents). Ces logiciels connaissent, depuis le développement des interfaces tactiles à la fin des années 2000, un développement croissant, y compris en psychiatrie où ils apparaissent vers 2009 sous l'appellation « Assistants Cognitifs Numériques » pour la remédiation cognitive [24-26]. Le Pr. Nicolas Franck, psychiatre au Centre hospitalier Le Vinatier (Lyon), promeut « les principes de la remédiation cognitive, ainsi que des programmes dont on peut prôner l'implantation immédiate dans le dispositif de soin existant car ils sont déjà validés et susceptibles d'apporter un bénéfice thérapeutique notable aux patients souffrant de schizophrénie. Ces programmes visent à améliorer des fonctions cognitives aspécifiques (attention, mémoire et fonctions exécutives) dont l'altération, d'une part, joue un rôle central dans le handicap des patients, et, d'autre part, n'est que très peu accessible aux autres méthodes de traitement (psychotropes et psychothérapies). Chez les patients qui ont le plus régressé et ne peuvent bénéficier de ces mesures thérapeutiques, les assistants cognitifs numériques permettent également de lutter efficacement contre le handicap » [27].

Grâce au développement conjoint des « objets connectés » (tels que les piluliers électroniques et toutes sortes de capteurs biologiques, actimétriques ou environnementaux), ces logiciels deviennent innombrables (on en compterait 200 000 selon certains sites !) et ont fait véritablement exploser le développement de la e-santé (avec une prévision de marché de 4 Md€ prévu vers 2020 en France). Saisie par l'ampleur du phénomène mais aussi par les risques médicaux provoqués par son développement hors de tout contrôle, la Haute Autorité de Santé a récemment publié un « référentiel de 101 bonnes pratiques pour favoriser le développement d'applications et objets connectés sûrs, fiables et de qualité » (19).

Issues des entretiens de l'enquête IoTPsy précédemment introduite [18], de fréquentes citations de professionnels en psychiatrie étayent les propositions qui suivent. Les logiciels et matériels qui seront évoqués ont pour

(18) Cf. https://fr.wikipedia.org/wiki/Application_mobile (consulté le 15/05/18)

(19) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2682685/fr/applis-sante-la-has-etablit-101-regles-de-bonne-pratique (consulté le 04/05/18).

unique but d'aider à décupler les moyens actuels de la psychiatrie en matière de suivi extrahospitalier pluridisciplinaire sur plusieurs mois et s'appuyant sur un réseau de partenaires (infirmier coordinateur, assistante sociale, aidants familiaux éventuels...). Ces propositions s'appuient également sur le principe du dispositif « Un chez soi d'abord » désormais institué par décret pour les personnes sans domicile fixe (*cf. supra*) pour l'étendre à l'ensemble des patients ayant fait un séjour en hôpital psychiatrique et/ou en échec de retour à une vie sociale acceptable.

Les personnes malades concernées sont des adultes atteints de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépression, de crise suicidaire, etc., et plus rarement, voire exceptionnellement, des patients atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement. En outre, les pistes d'innovations ne ciblent pas seulement les suivis des patients en sortie d'hospitalisation : elles offrent également des ressources pour la prévention, voire la prédiction, les mêmes innovations pouvant en effet permettre d'aider à anticiper les crises, traiter les premiers symptômes prédictifs d'atteintes psychiatriques durables, et éviter de coûteuses hospitalisations trop tardives. Enfin, rappelons que les innovations visées ne concernent pas la technologie mais les capacités de la psychiatrie à assumer pleinement ses missions.

Nous reproduisons ci-après un fragment représentatif de plusieurs entretiens de l'enquête : « Nous avons trois patients souffrant de schizophrénie dans l'unité qui sont stabilisés, mais qui n'ont ni logement (ils ont été expulsés), ni revenus, ni famille, ni ami, ni CMU, ni mutuelle, ni argent liquide, leurs comptes bancaires ont été fermés (l'un n'avait pas de mouvement car il était incarcéré, l'autre était trop à découvert et le troisième a insulté la conseillère), ils sont interdits bancaires pour certains (le courrier Banque de France est arrivé au CMP et reparti en NPAI). Ils sont sortants, mais si je stoppe leur hospitalisation, je les jette à la rue et ils vont décompenser, et sans doute revenir par les urgences, ou pire par la police... Les patients souffrant de schizophrénie ne paient plus leurs loyers, mettent l'argent ailleurs, oublient car ils sont pris dans d'autres préoccupations. Ou alors, ils sont hospitalisés car ils ont mis le bazar dans la copropriété, parce qu'ils sont en décompensation. Ils sont mangés par l'angoisse, dont des fixations, il leur est difficile d'envoyer un arrêt de travail, et perdent donc leur emploi... L'idée est d'éviter le point de non-retour, de leur garder leur toit, faire en sorte qu'ils ne soient pas expulsés, et dans la mesure du possible, leur travail. Il ne s'agit plus de soins, mais d'aspects financiers purs et administratifs purs... On utilise nos ressources internes et nos complémentarités



	Quelques apps :	pour...
1	Calendar ; Notes ; Clock ; Wunderlist	organiser mon temps et m'aider dans mes tâches
2	STM-subway ; Google Maps	m'aider à sortir et me déplacer
3	Mail ; Facebook	rester en contact avec mes amis ou ma famille
4	Youtube ; Scrabble ; Culture Access	me divertir et passer le temps
5	LPmobile	me tenir au courant des dernières nouvelles
6	ShopShop—Shopping list	m'aider à faire mes achats, mes courses
7	Dictaphone ; Offline dictionary	m'aider dans mes activités professionnelles ou académiques
8	Desjardins	gérer mon budget
9	Pedometer GPS ; Nike Training ; Glucose Companion	améliorer ma santé physique
10	Alarm ; RxmindMe Prescription	bien prendre mes médicaments
11	Respiroguide ; Optimism ; Relax M.O. ; Way of life	faire face à mon anxiété ou mon humeur
12	Music	mieux faire face à mes voix
13	Sudoku ; Cut the rope	stimuler mes fonctions cognitives
14	Bible.is	nourrir ma spiritualité

Tableau 1 : apps du projet RéadApps (Briand *et al.*, 2018)

pour les aider... » [18, Entretien avec le Dr N. Janvier, psychiatre, p. 178].

On retrouve dans les interviews des professionnels praticiens en psychiatrie de l'enquête la notion fondamentale selon laquelle « l'interaction enrichit le patient et combat l'isolement » [18, Entretien avec Mme C. BUSCARINI, infirmière en psychiatrie, p. 170]. Cette notion fonde aujourd'hui une grande partie de la psychiatrie [15], sous-tend le concept de médecine 5P (Personnalisée, Préventive, Prédicative, Participative, fondée sur des Preuves)(20) et se trouve être la principale clé de compréhension de l'aventure planétaire du numérique.

B. Pour « éviter le point de non-retour » : innovations de pratiques soutenues par la technologie

D'importants travaux psychiatriques sur les troubles cognitifs de la schizophrénie et les moyens d'y remédier (psychoréhabilitation), incluant innovations de pratiques avec usage d'outils numériques et formation par des professionnels de la psychiatrie, ont vu le jour ces dernières années [24, 26, 28-32], les premières recherches ayant commencé dès les années 1990 et la Région Auvergne-Rhône-Alpes ayant été pionnière en ce domaine avec le Québec [22, 33](21). En France,

le projet international francophone DARAMS (Dispositifs d'Assistance, de Réadaptation et d'Autonomie pour Malades atteints de troubles cognitifs Modérés à Sévères)(22) a mis en valeur, avec le Canada et la Suisse, l'important potentiel de ces outils numériques pour la psychiatrie [28]. En outre, depuis une dizaine d'années se sont multipliés les outils numériques d'aide à la remédiation cognitive et à la réinsertion psychosociale des patients (RECOs®, IPT®, CRT®, MCT®, Gaïa®, TomRemed®, etc.), ainsi que des formations spécialisées qui enseignent ces outils en direction des infirmiers, psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, etc(23). Si bien que l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'innovation de pratiques pour accompagner un malade en mode extrahospitalier peut aujourd'hui se faire en quelques jours par une équipe formée à ces innovations. À titre d'exemple pour introduire le type et la diversité des possibilités d'apps qui ont déjà fait l'objet d'expérimentations en psychiatrie, nous reproduisons (Tableau 1) une liste d'Applications mobiles récemment utilisées au Québec par Catherine Briand *et al.* [26] avec 11 malades atteints de schizophrénie, désordres schizo-affectifs, troubles de l'humeur, désordres

Rialle, CHU Grenoble – Université Joseph Fourier, subvention N 031 77 91 08 de la Région Rhône-Alpes.

(22) Rapport final accessible sur : <http://www.rialle.eu/darams/rapportfinaldarams.pdf> (consulté le 04/05/18).

(23) Tel que le Diplôme Universitaire de Remédiation Cognitive de Lyon (DPC) : <http://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-879/remediation-cognitive.html> (consulté le 13/05/18).

(20) Voir notamment la page : « Santé connectée et télémédecine : Construisons ensemble la médecine du XXI^e siècle » sur : <http://www.telemedaction.org/424107696> (consulté le 06/05/18).

(21) Projet « Intelligence artificielle en psychiatrie », 1991-1992, Dir. V.



de la personnalité, accompagnés d'incapacités cognitives ou socio-émotionnelles (le nom des apps n'est qu'indicatif, d'autres apps pouvant également être utilisées, certains malades étant en outre capables de trouver par eux-mêmes sur Internet des apps susceptibles de les aider). Cette étude a également montré qu'un soutien humain personnalisé était indispensable à l'usage de ces apps par les malades. Il est en outre utile de connaître l'importance qu'ont pris, en clinique psychiatrique, les activités de cuisine, et que viennent faciliter au domicile quelques innovations technologiques validées en psychiatrie [34]. Enfin, soulignons que le rappel de prises de médicaments sécurisé par l'usage de piluliers électroniques au domicile a été validé en psychiatrie par une étude rigoureuse en 2013 [30].

Dans le cadre de la recherche IoT-Psy, les outils technologiques qui pourraient être utiles en psychiatrie ont été catégorisés en 8 items : Domotique, Empowerment, Education et sensibilisation, Collecte de données et intervention à distance, Prévention des crises et de la rechute, Téléassistance, Assistant personnel intelligent, Epidémiologie sociale). Ils ont ensuite été présentés, lors des interviews, aux 36 professionnels inclus dans l'étude. Les résultats de l'analyse mettent en évidence 6 points majeurs : 1) Les outils technologiques doivent être développés dans le respect complet des besoins et en soignant les aspects de design et d'ergonomie, 2) Les organisations de soins et les hôpitaux devraient accompagner leurs usages en développant des stratégies d'insertion de ces usages dans les pratiques quotidiennes, 3) Ces outils doivent offrir aux malades ce que certains nomment de « l'empouvoirement » (*ang. empowerment*), c'est-à-dire un pouvoir et une autonomie d'action pour améliorer sa qualité de vie, son inclusion sociale, relationnelle, professionnelle, etc., 4) L'intégration des technologies pourrait se développer grâce à une « communauté de pairs », c'est-à-dire une sorte de réseau fait de « pairs » dotés d'une expérience et de savoir-faire de ces outils, et désireux de se soutenir mutuellement et d'intégrer le patient, 5) L'implication de l'entourage au sens large (équipe de soins, familles, amis, personnes significatives) doit être effective afin de faciliter l'appropriation par le patient de certains de ces outils, 6) La mise en œuvre d'un accompagnement structuré et facilement accessible en cas de difficulté afin que les outils ne soient pas délaissés (incluant notamment le développement de tutoriels et la mise en place d'une aide humaine), tant pour les patients et que leur entourage.

C. Pour une nouvelle politique d'achats hospitaliers

L'innovation dans les pratiques préconisée dans cet article va au-delà du seul champ psychiatrique et possède un

versant de politique innovante d'achat et d'équipement fondée sur le constat suivant : le mode actuel de fonctionnement des acheteurs hospitaliers, consistant en une sélection effrénée des solutions aux coûts les plus bas, possède deux effets pervers majeurs :

- Le premier est la participation de l'acheteur public à la désindustrialisation de son pays. La fonction d'acheteurs « Cost Killer » qui prédomine depuis les années 1990 et qui, malheureusement représente encore bien souvent pour les hôpitaux l'image d'un acheteur performant, ramène sa principale mission à réduire au minimum les coûts de production, ce qui favorise les achats auprès de fournisseurs low-costs lointains.
- Le deuxième est d'engendrer indirectement un prix plus important pour l'hôpital, au lieu d'encourager une réelle mise en concurrence. En effet, la compétition peut souvent conduire au mimétisme généralisé. Le cercle vicieux est alors enclenché : la compétition conduit à l'imitation, qui renforce à son tour la compétition. Les fournisseurs luttent pour les mêmes positions et combattent dans ce que deux experts en innovation managériale, W.K. Chan et Renée Mauborgne ont nommé un « océan rouge » [35]. Au lieu donc de favoriser l'innovation, cette compétition engendre soit des ententes et des partages de parts marché entre entreprises d'un même secteur, soit des disparitions-rachat d'entreprises, puis des situations de monopoles ; dans les deux cas, les prix seront plus élevés.

Les facteurs de réussite de l'achat d'innovation sont au nombre de trois. Le premier réside dans de la relation client-fournisseur, et des principes résident dans l'attractivité, la confiance, la mise en œuvre d'une gouvernance relationnelle partenariale innovante (GRIP) [18, p. 204] ou d'une stratégie « océan bleu », dont les auteurs [35] s'appuient sur des analyses de cas pour extraire des propositions stratégiques et managériales qui permettent aux entreprises de sortir des impasses concurrentielles ; ils préconisent de bousculer la stratégie du moindre coût à tout prix pour retrouver la créativité et la diversité, symbolisées sous l'expression d'« océan bleu ». Dans cette perspective, l'objectif n'est plus le pouvoir et l'argent à tout prix mais la création de valeurs. Le second facteur de réussite de l'achat d'innovation est d'être porté par des services achats innovants [12, page 120] et des directeurs achats à la personnalité créative [18, p. 207]. Le troisième facteur de réussite est l'utilisation, pour les achats publics, de nouvelles formes de marchés publics tel que l'appel à manifestation d'intérêt, ou les formes européenne comme le « *Pre-commercial procurement* (PCP) » et le « *Public procurement of innovation* (PPI) [18, p. 126].



Un tel objectif requiert des capacités de visionnaires capables de mener une stratégie et des principes d'achats dits « disruptifs » ou encore « *out of the box* », au travers de nouveaux profils d'acheteurs hospitaliers pratiquant le « *sourcing* » d'innovation via des principes de « R&D achats » [18, p. 200], qui privilégient, en lieu et place d'une concurrence sauvage et destructrice, des démarches constructives et de confiance avec les fournisseurs, devenus partenaires, et avec lesquels peuvent se développer de véritables démarches de co-construction et de co-développement de projets à visée de santé publique pour le plus grand nombre.

D. Autofinancement du modèle

Le coût des réhospitalisations précoces non programmées en psychiatrie s'élève à 1,013 Mds€ [18, p. 222] ; ils révèlent souvent une situation de crise des patients qui sont réhospitalisés via les urgences ou directement dans leur unité de secteur. Éviter, autant que possible ces situations de crises, en particulier par les objets connectés prédictifs placés au domicile des patients, permettraient d'éviter une partie de ces coûts. En sus, la généralisation à tous les patients dans la totalité des villes de France, du programme « un chez soi d'abord » [16], à savoir offrir un toit aux patients SDF avec un suivi personnalisé à domicile, permettrait la diminution du recours aux hospitalisations psychiatriques (70% des coûts évités) soit 1,14 Mds€ [18, p. 223]. Uniquement ces deux aspects permettraient d'autofinancer le modèle et sans doute de le rendre excédentaire. L'étude statistique réalisée sur le CH Alpes-Isère pour cibler les patients disposant d'un domicile présentant un motif d'entrée compatible avec un suivi au travers d'objets connectés à domicile (étude dans IoT-Psy), démontre un gain par patient de 10k€ par an permettant de les équiper de ces dispositifs.

E. Sortir de la « mission impossible » : innovation de pratiques

Réaffirmé avec précision par voie ministérielle (*cf. supra*), l'institution psychiatrique, c'est-à-dire l'ensemble des corps professionnels qui la constituent, « a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale » (PTSM, art. R. 3224 du CSP) (24). Elle a explicitement pour mission de « prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques », ce qui inclut en particulier « l'organisation d'un suivi en sortie

(24) Sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo> (consulté le 24/04/18).

d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins » ainsi que « le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire » (*id. ibid.*). Si le programme apparaît ambitieux, il n'en possède pas moins un important outillage de base : les étapes de base d'une mise en œuvre, à l'échelle nationale, d'un suivi en sortie d'hospitalisation avec accompagnement social ou médico-social pour l'accès des personnes à la vie sociale (logement, emploi, formation...) pourraient se résumer en 3 points :

1) Considérer la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)(25) comme cadre de base institutionnel des innovations de pratique (*cf.* point 2 suivant). Ce cadre prévoit en effet explicitement des « soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente », avec notamment « la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social » (NGAP, version du 14/04/18, Titre XVI – Soins infirmiers, chapitre I – soins de pratique courante, article 11, p. 104). Pour le financement des actes, il conviendra de rejoindre les réflexions en cours sur le financement au parcours, l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018 institue à ce propos des financements innovants, et Madame la Ministre Agnès Buzyn souhaite à cet égard « aller vers une tarification à la qualité et au parcours de soins, y compris en médecine de ville »(26).

2) Établir un programme précis de sélection d'outils (applis sur smartphone ou tablette) susceptibles de permettre ou favoriser les missions de soins infirmiers à domicile prévues au NGAP (*cf.* point 1) et répondant aux 101 règles de bonne pratique de la haute Autorité de Santé en matière d'objet connectés et santé mobile(27).

3) Former les intervenants désireux de mettre en œuvre ces outils dans leur pratique de soins infirmiers à domicile et en accord avec leur direction de service. Utiliser pour cela les ressources existantes en matière de formation à ce

(25) NGAP – Version du 01/04/18 : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375049/document/ngap_01.04.18_vd.pdf (consulté le 05/07/18).

(26) Cf. l'institut-Jean-Francois-Rey : <http://ijfr.fr/financements-innovants-parcours-et-episodes-de-soins/> (consulté le 17/07/18)

(27) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2682685/fr/applis-sante-la-has-etablit-101-regles-de-bonne-pratique et http://www.ticsante.com/Applications-et-objets-connectes-la-HAS-publie-101-regles-de-bonne-pratique-NS_3248.html (consulté le 29/06/18).



type d'outils. La formation ouverte et courte en e-santé de l'Association sans but lucratif FormaticSanté (soins infirmiers) fournit un bon exemple du type de formation envisageable. Un DIU en Usage des Applications mobiles et des objets connectés en psychiatrie serait sans doute également une réponse utile à la demande de formation. Enfin, rappelons que la Loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier 2016, fournit un cadre juridique encore plus général ouvert aux auxiliaires médicaux : « la pratique avancée ». Celle-ci peut être exercée aussi bien au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin qu'au sein d'une équipe de soins en établissement de santé ou médico-social également coordonnée par un médecin. Elle consiste en des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales(28).

F. Éthique du numérique et des objets connectés en psychiatrie

Étant donné que le monde technicien qui est le nôtre depuis de nombreuses décennies est aussi celui qui produit ou favorise quantité de désordres, il n'est pas possible aujourd'hui de préconiser un « plus de technologie » sans un solide préalable médical, social, éthique et philosophique. Dans son rapport « Un humanisme médical pour notre temps », 2011, l'Académie Nationale de Médecine (ANM) aborde la question de « l'empire de la technologie » et souligne « *qu'aujourd'hui comme hier, l'humanisme est consubstantiel à la médecine et que la pratique clinique ne peut être opposée à la technologie, car elle en est indissociable.* », « *un contexte de hautes technologies ni ne s'oppose à la clinique ni n'en dispense* », et cependant « *si il n'y a pas lieu d'opposer médecine technologique et médecine à visage humain, on doit remarquer que les jeunes générations sont fascinées par les plates-formes informatisées, qui privilégiant le travail sur écran, font disparaître le malade, sa plainte, son attente, son histoire.* »(29).

C'est pourquoi, loin d'être fascinés par les outils évolués précédemment, nous proposons une utilisation

(28) Voir : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/la-pratique-avancee-417776> (consulté le 12/07/18)

(29) Sur : <http://www.academie-medecine.fr/11-07-un-humanisme-medical-pour-notre-temps/> (consulté le 30/05/18)

exclusivement dévolue à la clinique psychiatrique, en particulier dans sa mission officielle de « développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire » (cf. *supra*). Les propositions de cet article s'inscrivent contre l'apologie aveugle de l'hyperconnectivité produite par quantité d'objets dits intelligents et une pression publicitaire appuyée pour les consommer. Le risque d'un arraisonnement de l'univers psychiatrique par les GAFAM et NATU (cf. *supra*) ne pouvant être écarté, le projet présenté ici vise au contraire à canaliser cette puissance technoscientifique pour la mettre au service d'une restauration des fonctions de la psychiatrie institutionnelle. Il s'inscrit donc dans une visée éthique telle que définie par un Paul Ricoeur, penseur de l'institution juste : « visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes. Les trois composantes de la définition sont également importantes » [36].

IV. CONCLUSION

Nous avons centré la présente étude sur un objectif d'amélioration de l'ensemble du système psychiatrique (anticipation, coordination, qualité des soins, valorisation des soignants, respect des malades...) dans sa mission essentielle de prévention de l'aggravation des troubles psychiques. Le sujet étant vaste, nous avons en conscience peu abordé le domaine des recherches avancées en technologie d'assistance pour des pratiques thérapeutiques spécifiques [22, 26, 28, 33, 37, 38]. Le but ici était de convertir l'audace permise aujourd'hui par l'hubris technologique à la cause de la psychiatrie confrontée à ses difficultés systémiques ainsi qu'à l'insuffisance de la seule volonté politique, pourtant explicite, de pallier cette difficulté de réforme structurelle.

Il s'agissait de montrer que, mis au service des politiques publiques de santé mentale en France, ces moyens nouveaux permettent de faire face au nombre et à la précarité grandissants des patients présentant des troubles mentaux, à la crise profonde de la protection sociale, à l'inexorable évolution des dépenses de santé – psychiatriques en particulier – et aux limites qu'atteint aujourd'hui le modèle financier des hôpitaux (pénurie de praticiens hospitaliers en psychiatrie, médecines à deux vitesses en plein développement, politiques d'achat favorisant un « low cost » toxique, etc.).

L'objectif n'était pas de décrire en détail un ensemble exhaustif de solutions techniques, mais seulement d'en montrer la voie et permettre ainsi aux orientations actuelles de la politique de santé d'intégrer pleinement la



dimension technologique dans un sens, une orientation, une vision, renouvelés.

À condition d'être bien employés, c'est-à-dire insérés dans les cursus de formation et contrôlés de bout en bout pour servir les malades psychiatriques et les professionnels de santé et d'accompagnement social, ces outils peuvent fournir de puissants leviers au redressement de la situation présente.

En rapide et perpétuelle évolution, la technologie devient source d'un débat récurrent sur la confiance dans l'avenir et les moyens de rétablir les équilibres qu'elle contribue à rompre dans tous les domaines (écologiques, économiques, psychologiques...) [39]. D'innombrables initiatives voient le jour pour opérer des changements de direction, dessiner des futurs désirables [40] voire ré-enchanter le monde [41]. C'est dans cette optique que se situe l'ensemble des réflexions et des propositions qui viennent d'être développées.

Une étrange distance sépare la psychiatrie et le monde des technologies dites numériques, la première étant une science humaine et médicale fort éloignée *a priori* des sciences et des techniques dont émerge le numérique. Étrange en ce que, d'un côté, le numérique pourrait avoir une rôle salutaire dans l'immense effort d'adaptation exigé de la psychiatrie aux conditions sociales actuelle et, du côté opposé, le numérique n'a de chance de susciter cette prétendue « révolution » qui sert à le définir que s'il conduit à des changements socialement significatifs, notamment dans le domaine de la santé publique, dont la santé mentale est l'un des baromètres.

Nous avons tenté dans cet article de montrer d'une part le potentiel d'efficience de certains outils ou concepts du numérique dans les pratiques psychiatriques qui touchent au lien du malade avec son environnement social, d'autre part le puissant levier que constitue ce domaine dans l'effort d'adaptation, aujourd'hui requis de toute urgence, de l'organisation de la psychiatrie institutionnelle, aux conditions sociales et économiques actuelles. Comme en écho à la maxime d'Hölderlin « Là où croît le péril croît aussi ce qui sauve », citée par Edgar Morin [42], surgissent de surprenantes possibilités de création de logiciels sur tablettes et de services à partir d'Internet. À la condition expresse d'être pris en main par les professionnels de la psychiatrie eux-mêmes, ces outils peuvent aider les malades à stabiliser leurs symptômes, à leur redonner bien-être et confiance en eux, répondre à leur aspiration à l'autonomie, à la dignité et à une vie sociale, condition *sine qua non* de l'amélioration de leur santé mentale.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Christine Bigallet, psychanalyste et formatrice, pour sa relecture attentive du manuscrit. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Adam C, Faucher V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017.
- [2] Blond M. Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français De la flamme au burn out. *L'information psychiatrique*. 2016;92(8):625 – 39.
- [3] Gottzsche PC. Psychiatrie mortelle et déni organisé. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval (Traduction : F. Turcotte); 2017.
- [4] Blanchette J. Déprimer en souriant. *Le Devoir*. 2018;(du 16/02/18 : <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/520386/deprimer-en-souriant>).
- [5] Bienvault P. Quand l'hôpital devient un « lieu de maltraitance » pour ses soignants. *La Croix*. 2018;9 janvier.
- [6] Scott LD, Rogers AE, Hwang WT, Zhang Y. Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *Am J Crit Care*. 2006;15(1):30-7.
- [7] McClelland L. Examining the Effects of Fatigue on Decision- Making in Nursing: A Policy-Capturing Approach: All Dissertations (Industrial and Organizational Psychology Commons); 2007.
- [8] Béguin F. La psychiatrie en grande souffrance. *Le Monde*. 2018;daté du 25/01/2018.
- [9] Garré C. Plan psychiatrie : la profession salu... mais attend des mesures concrètes et des financements supplémentaires. *Le Quotidien du Médecin*. 2018;31/01/18.
- [10] Archibald S. Je ne fais pas une vraie dépression et je suis un fraudeur. *La Press+* (édition du 11 février 2018). 2018;http://plus.lapresse.ca/screens/ffe9fb3b-f2fb-4329-bda8-df82f94ec613__7C__0.html.
- [11] Muiznieks N. Respecter les droits de l'homme des personnes ayant des déficiences psychosociales ou intellectuelles : une obligation qui n'est pas encore pleinement comprise. *Le Carnet des droits de l'homme, Conseil de l'Europe*. 2017.
- [12] Dugain M, Labbé C. L'homme nu. La dictature invisible du numérique. Paris: Robert Laffont – Plon.
- [13] Martin C. Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. *European Journal of Disability Research/Revue européenne de recherche sur le handicap*. 2013;7(4):293-8.
- [14] Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion: Éditions Rue d'Ulm; 2009.
- [15] Pinfold V, Sweet D, Porter I, Quinn C, Byng R, Griffiths C, *et al.* Improving community health networks for people with severe mental illness: a case study investigation. *Health Services and Delivery Research*. 2015.
- [16] Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. UN CHEZ SOI D'ABORD : Rapport intermédiaire de



- la Recherche – Volet quantitatif. Marseille: Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, 2016.
- [17] Furtos J. Quelques aspects inhabituels de l'habiter chez les migrants précaires. *Rhizome*. 2013;49:14.
- [18] Sol H. Les IOT au service du « chez soi d'abord » : comment favoriser l'autonomie, à domicile, des patients atteints de pathologies psychiatriques, par l'achat hospitalier d'outils technologiques innovants ? Grenoble: Institut d'Administration des Entreprises (mémoire de Master 2^e année), 2017.
- [19] Harari YN. *Homo deus – brève histoire de l'avenir*. Paris, Trad. de l'anglais par P.E. Dauzat.: Albin Michel; 2017.
- [20] Fondation_Médéric_Alzheimer. Technologies d'assistance – 1. *Revue de Presse*. 2014;107:21.
- [21] Langerveld G. Using ICT to help people with dementia. *Dementia in Europe* 2014;17:41-2.
- [22] Stip E, Rialle V. Environmental cognitive remediation in schizophrenia: ethical implications of "smart home" technology. *Can J Psychiatry*. 2005;50(5):281-91.
- [23] Rialle V. Les déterminants de la e-santé et le rôle de la formation : promouvoir le meilleur, empêcher le pire. *Rééducation Orthophonique* (thème « L'orthophonie-logopédie à l'ère du numérique »). 2015;264:39-58.
- [24] Sablier J, Stip E, Franck N. Remédiation cognitive et assistants cognitifs numériques dans la schizophrénie. *L'Encephale*. 2009;35:160-7.
- [25] Sablier J, Stip E, Franck N, Mobus-Group. Assistants cognitifs numériques et schizophrénie : de nouveaux outils pour compenser le handicap psychique. 2010;6(1):6-9.
- [26] Briand C, Sablier J, Therrien JA, Charbonneau K, Pelletier JF, Weiss-Lambrou R. Use of a mobile device in mental health rehabilitation: A clinical and comprehensive analysis of 11 cases. *Neuropsychol Rehabil*. 2018;28(5):832-63.
- [27] Franck N. Traitement de la schizophrénie : vers une remédiation cognitive à visée symptomatique. *La Lettre du Psychiatre*. 2010;6(1):3.
- [28] Bier N, Sablier J, Briand C, Pinard S, Rialle V, Giroux S, *et al.* Special issue on technology and neuropsychological rehabilitation: Overview and reflections on ways to conduct future studies and support clinical practice. *Neuropsychol Rehabil*. 2018;28(5):864-77.
- [29] Vianin P. La remédiation cognitive dans la schizophrénie – Le programme RECOS. Wavre: Mardaga; 2013.
- [30] Stip E, Vincent PD, Sablier J, Guevremont C, Zhor-nitsky S, Tranulis C. A randomized controlled trial with a Canadian electronic pill dispenser used to measure and improve medication adherence in patients with schizophrenia. *Front Pharmacol*. 2013;4:100.
- [31] Franck N, editor. *Remédiation cognitive*. Paris: Masson; 2012.
- [32] Sablier J. Développement d'assistants technologiques cognitifs pour la schizophrénie : favoriser l'autonomie et l'adhésion au traitement. Lyon and Montréal: Université Lyon 2 et Université de Montréal; 2010.
- [33] Rialle V, Stip E. [Cognitive modeling in psychiatry: from symbolic models to parallel and distributed models]. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*. 1994;19(3):178-92.
- [34] Stip E, Sablier J, Sephy AA, Rivard S, Cloutier C, Aubin G, *et al.* Cuisine et schizophrénie : activité carrefour d'une évaluation écologique, ergothérapeutique et neuropsychologique. *Santé mentale au Québec*. 2007;32(1):159-79.
- [35] Kim, W.C., Mauborgne R. *Stratégie océan bleu : Comment créer de nouveaux espaces stratégiques*. London: Pearson Education; 2010.
- [36] Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Le Seuil; 1990.
- [37] Craig TKJ, Rus-Calafell M, Ward T, Leff JP, Huckvale M, Howarth E, *et al.* AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(1):31-40.
- [38] Sablier J, Stip E, Jacquet P, Giroux S, Pigot H, Mobus-Group, *et al.* Ecological Assessments of Activities of Daily Living and Personal Experiences with Mobus, An Assistive Technology for Cognition: A Pilot Study in Schizophrenia. *Assistive Technology: The Official Journal of RESNA*. 2012;24(2):67-77.
- [39] Morin E. *La Voie – Pour l'avenir de l'Humanité: Pluriel*; 2016.
- [40] Raison V. 2038, les futurs du monde. Paris: Robert Laffont; 2016.
- [41] Vincent F. *Le Ré-enchantement initiatique du monde*. Paris: Detrad; 2014.
- [42] Morin E. Les nuits sont enceintes et nul ne connaît le jour qui naîtra. *Le Monde*. 2011(08/01/2011).

LE STATUT DU DÉTENU MALADE

PRISONERS' HEALTH-RELATED RIGHTS

Par Wafa HARRAR MASMOUDI*

RÉSUMÉ

La question des droits fondamentaux devant être reconnus et garantis aux personnes privées de leur liberté pose en filigrane la question substantielle des soins de santé en milieu pénitentiaire. L'incarcération produit des effets délétères sur l'état physique et psychique des détenus et le surpeuplement carcéral aggrave davantage la situation. Ces raisons ont conduit les pouvoirs publics à mettre l'accent sur les problèmes de santé au sein des établissements pénitentiaires.

Dans plusieurs pays, l'évolution tend vers une consécration de l'application des droits du malade en faveur du détenu en milieu carcéral. Convient-il pour autant d'affirmer l'émergence d'un statut juridique du détenu malade alors que l'écart perdure entre la capacité de jouissance et la capacité d'exercice des droits dont les détenus sont titulaires.

En Tunisie, le statut du détenu malade au regard du droit pénitentiaire n'a pas fait l'objet d'analyse substantielle. De par sa spécificité, la prison est une institution qui défie le juriste, « lieu clos séparé de la société », elle semble échapper aux normes qui la régissent. Dans le contexte tunisien, il s'agira de vérifier si l'ensemble du dispositif légal interne respecte les standards internationaux applicables au détenu malade. Il conviendra également de s'interroger sur les limites tant juridiques que pratiques à l'exercice de ces droits ainsi que leur conciliation avec les contraintes qui pèsent sur l'administration pénitentiaire. Seront ainsi appréhendés les droits des détenus à l'accès aux soins médicaux, les normes régissant la qualité de ces soins, l'organisation des soins de santé en prison, le rôle du médecin ainsi que les principes d'éthique médicale applicables en la matière.

Désormais, le défi de la Tunisie sera de sortir la prison d'une situation d'exception juridique contraire aux exigences d'une société démocratique et de garantir le respect des droits de la personne incarcérée malade.

MOTS-CLÉS

Statut, Détenu, Prison, Malade, Soins, Protection, Tunisie, Droits, Ethique.

* Université de Carthage – Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Sociales de Tunis.

ABSTRACT

The question of fundamental rights that shall be recognized and guaranteed for inmates raises the substantial issue of health care in prison. Incarceration has harmful impacts on both physical and mental state health of prisoners and the problem of prison overcrowding further exacerbates the situation. Such reasons have led public authorities to put greater focus on health care in prisons.

In several countries, the development in this direction supports the implementation of patient's rights in favour of inmates in prison. Is it worth asserting the emergence of a legal status in favour of the sick inmates while the gap of effective enjoyment and exercise of inmates' rights is still prevailing?

In Tunisia, the status of the ill inmate through the prism of prison law has not been carefully analyzed. Indeed, prison is an institution that challenges lawyers. An "enclosed confined space cut off from society", prison does not seem to be in line with the established standards. In the Tunisian context, it will be noteworthy to check if all legal provisions respect the relevant international standards applicable in this regard. It will be necessary to question the legal and practical limits of the exercise of these rights as well as its conciliation with the constraints facing the prison's administration. This paper will tackle the issues related to inmates' rights to accessing medical care, the standards governing the quality of medical care, the organization of health care in prison, the role of physicians and the relevant principles of medical Ethics.

Tunisia's challenge will henceforth be to lift prison from the situation of legal exception in contradiction with the requirements of a democratic society and hence to safeguard the inmate's legal and human rights when sick.

KEYWORDS

Status, Inmate, Prison, Sick, Care, Protection, Tunisia, Rights, Ethics.

Le statut juridique des détenus était auparavant fondé sur la privation de droits. A la peine privative de liberté s'ajoutait un déni de droit pour les détenus. De nombreux rapports révèlent que les droits fondamentaux comme le droit à la santé, à l'éducation, et tout simplement le droit à la dignité étaient largement bafoués. Au-delà de la privation de liberté, le détenu devait au quotidien payer « *sa faute* » par une atteinte à ses droits fondamentaux. Cet état des lieux a suscité une préoccupation légitime s'agissant particulièrement du droit à l'accès aux soins. En vérité, la démocratisation des conditions de détention et l'affirmation du détenu comme citoyen sujet de droits, notamment le droit aux soins est le fruit d'une longue bataille. Une bataille ancienne qui remonte au XIX^e siècle. Victor Hugo prophétisait alors qu'un jour viendra où l'« *on regardera le crime comme une maladie, et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes* »(1).

L'émergence d'un statut juridique des personnes détenues peut être comparée à une véritable genèse, fruit d'une longue évolution allant de la privation de droit à la reconnaissance progressive de l'ensemble des droits fondamentaux, à l'exception de celui d'aller et venir. La reconnaissance de droits en faveur des détenus s'est – par ailleurs – effectuée avec la mutation progressive des missions assignées à la prison. Désormais, l'exécution des peines privatives de liberté et la prise en charge des détenus requièrent la prise en compte des impératifs de sécurité et de sûreté, mais doivent en même temps garantir des conditions de détention qui ne portent pas atteinte à la dignité humaine. C'est dire si la reconnaissance de certains droits en faveur des détenus est liée aussi bien au développement de la notion plus générale des droits de l'homme, qu'à l'évolution du traitement pénitentiaire. Il n'en demeure pas moins que la question des droits des détenus est une notion assez nouvelle, qui choque aujourd'hui encore même les plus avertis.

La question des droits fondamentaux devant être reconnus et garantis aux personnes privées de leur liberté pose en filigrane la question substantielle des soins de santé en milieu pénitentiaire. L'incarcération produit des effets délétères sur l'état physique et psychique des détenus et le surpeuplement carcéral ne manque d'aggraver davantage la situation. Ces raisons ont conduit les pouvoirs publics à mettre l'accent sur les problèmes de santé au sein des établissements pénitentiaires. Et s'il est vrai que dans certaines contrées, l'évolution tend vers une consécration de l'application des droits du malade

au détenu en milieu carcéral; convient-il pour autant d'affirmer l'émergence d'un statut juridique du détenu malade alors que l'écart perdure entre la capacité de jouissance et la capacité d'exercice des droits dont les détenus sont titulaires.

Mais auparavant, des clarifications terminologiques s'imposent. Il convient en effet de définir les vocables clés de cette intervention. Le terme « *statut* » se réfère à l'ensemble de dispositions législatives ou réglementaires fixant les garanties fondamentales (droits et obligations) accordées à un groupe de personnes, un corps, une collectivité. Plus précisément, le « *statut juridique* » désigne l'ensemble de textes juridiques qui règlent la situation d'un groupe d'individus, leurs droits, et leurs obligations.

Le vocable « *prisonnier* » est, quant à lui, un terme générique plutôt que juridique qui désigne toute personne retenue dans une prison. La prison est définie comme l'« *établissement pénitentiaire où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement* »(2). La prison concerne donc des personnes condamnées, c'est à dire des détenus, et des personnes prévenues, donc éventuellement innocentes.

Juridiquement, il conviendra de distinguer entre détenu et prévenu.

Le terme « *prévenu* » désigne une personne qui a été placée en détention provisoire par une autorité judiciaire avant son jugement ou sa condamnation. Tout individu arrêté ou incarcéré en raison d'une infraction à la loi pénale et qui se trouve détenu soit dans des locaux de police soit dans une maison d'arrêt, mais n'a pas encore été jugé, est ainsi qualifié de « *prévenu* »(3). Plusieurs juridictions utilisent différentes expressions juridiques pour décrire ces personnes qui peuvent aussi être désignées par « *faisant l'objet d'une enquête* », « *passant en jugement* », « *attendant un procès* » ou « *en détention provisoire* »(4).

Le « *prévenu* » obéit en principe à un statut juridique différent puisqu'il n'a pas encore été jugé coupable d'un délit quelconque et est donc présumé innocent aux yeux de la loi. Dans nombre de pays, la majorité de la population carcérale est constituée de prévenus dans une proportion pouvant atteindre 60 %. En Tunisie, l'état des lieux est alarmant. Le nombre des personnes

(1) SAVEY-CASARD Paul, « Les enquêtes de Victor Hugo dans les prisons », in *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1952, n° 3, p. 427.

(2) DURAND Bruno *et al.*, *Le petit Larousse*, Ed. Bordas, 1998, p. 825.

(3) Règles Pénitentiaires Européennes, Règle 84.1 [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955547>. [Consulté le 30 octobre 2015].

(4) COYLE Andrew, *Gérer les prisons dans le souci du respect des droits de l'homme*, Manuel destiné au personnel pénitentiaire, King's College London, International Centre for Prison Studies, 2nd édition, 2009.



en attente de procès dans les prisons dépasse celui de détenus déjà condamnés. Cela fait augmenter la surpopulation carcérale jusqu'à près de 200 % dans certaines prisons(5). Le traitement qui leur est réservé soulève des problèmes particuliers qui débordent le cadre de cette intervention.

Quant à la notion de « *détenu* », lorsque l'on recherche dans les différents codes une définition précise, l'« *on réalise rapidement l'extrême variété des situations juridiques incluses dans cette notion* ». La notion désigne de manière plus élaborée « *toute personne incarcérée par ordre de l'autorité judiciaire* »(6). Dans un souci de clarté rédactionnelle, la définition suivante est retenue : le « *détenu* » est toute personne « *faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire* »(7), la personne étant ainsi soumise à une forme de détention autorisée par une autorité légale(8). Les termes « *détenu* » et « *prévenu* » ne sont donc pas interchangeables, l'on retiendra par souci de rigueur, celui de « *détenu* ».

Le vocable « *malade* » est un adjectif qui désigne tout « *être vivant qui souffre d'une maladie* »(9). Selon la définition de l'OMS, la maladie équivaut à un manque de santé. Cette définition extrêmement concise de la maladie sera complétée de la manière suivante pour désigner « *tout dysfonctionnement d'origine psychologique, physique oulet sociale, qui se manifeste sous différentes formes* »(10) ou tout « *ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme* ».

En Tunisie, le statut du détenu malade au regard du droit pénitentiaire n'a pas fait l'objet d'analyse substantielle. Car, de par sa spécificité, la prison est une institution qui défie le juriste. « *Lieu clos séparé de la société* », elle semble échapper aux normes qui la régissent. Mais,

ce n'est pas tant la spécificité du droit applicable aux prisons qui rebute avant tout le juriste : elles se situent en lisière de différentes branches du droit, notamment du droit pénal et du droit administratif.

Il conviendra de s'interroger dans le cadre de cet article, dans quelle mesure la quête d'un statut juridique du détenu malade s'est-elle révélée fructueuse et féconde. Il s'agira de vérifier si l'ensemble du dispositif légal interne respecte les standards internationaux applicables au détenu malade, et de cerner en filigrane les limites tant juridiques que pratiques à l'exercice de ces droits. Seront ainsi appréhendés les droits des détenus à l'accès aux soins médicaux, les normes régissant la qualité de ces soins, l'organisation des soins de santé « *intra-muros* » et « *extra-muros* », ainsi que les principes d'éthique médicale applicables en la matière. Pour ce faire, cet article s'articulera autour de deux grands axes. Il conviendra d'appréhender d'abord la reconnaissance du statut juridique du détenu malade : un statut controversé (I), avant de s'interroger, ensuite, sur la mise en œuvre dudit statut : un sujet minoré (II).

I. LA RECONNAISSANCE DU STATUT JURIDIQUE DU DÉTENU MALADE: UN STATUT CONTROVERSÉ

Il convient d'appréhender les textes qui régissent le statut du détenu malade à l'échelle internationale d'abord, et à l'échelle interne, ensuite. Cela est à même de nous permettre de saisir les incidences des normes internationales sur la législation interne. Une consécration audacieuse à l'échelle internationale (A), mais timorée à l'échelle nationale (B).

A. Une consécration audacieuse au niveau international

Les normes qui régissent le traitement des détenus sont inscrites dans plusieurs Déclarations et directives adoptées par divers organismes.

Par souci didactique, il conviendra de présenter les textes fondateurs suivant un ordre chronologique.

— L'Ensemble de règles minima *pour le traitement des détenus*(11), adopté en 1955, à l'occasion du premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663

(5) ZAGHDOUD Ridha, porte parole de la Direction générale des établissements pénitentiaires, propos recueillis par l'agence TAP, publiés le 15 mai 2015 [en ligne], disponible à l'adresse : <http://www.tap.info.tn/fr/index.php/societe/divers/45598-encombrement-alarmant-et-prolifération-de-graves-maladies-contagieuses-dans-les-prisons-tunisiennes-declarations>. [Consulté le 2 novembre 2015]. En 2014, on comptait près de 25 000 personnes en prison en Tunisie, dont environ 8 000 pour usage de drogue.

(6) Dictionnaire Larousse, [en ligne], disponible à l'adresse : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9tenu_d%C3%A9tenu/24787 [Consulté le 4 novembre 2015].

(7) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p. 227.

(8) COYLE Andrew, *Gérer les prisons dans le souci du respect des droits de l'homme*, op. cit.

(9) Dictionnaire Larousse [en ligne].

(10) Définition de l'OMS, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fr/>, [Consulté le 4 novembre 2015].

(11) [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>. Règles 22 à 26 de l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus. [Consulté le 5 novembre 2015].



C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977. Le Conseil a recommandé que les différents pays du monde adhèrent à ces règles et effectuent tous les cinq ans une vérification de conformité. Désormais, « *Chaque établissement pénitentiaire doit disposer au moins des services d'un médecin qualifié, qui devrait avoir des connaissances en psychiatrie. Les services médicaux devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la communauté ou de la nation. Ils doivent comprendre un service psychiatrique pour le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement des cas d'anomalie mentale.*

2) *Pour les malades qui ont besoin de soins spéciaux, il faut prévoir le transfert vers des établissements pénitentiaires spécialisés ou vers des hôpitaux civils. Lorsque le traitement hospitalier est organisé dans l'établissement, celui-ci doit être pourvu d'un matériel, d'un outillage et des produits pharmaceutiques permettant de donner les soins et le traitement convenables aux détenus malades, et le personnel doit avoir une formation professionnelle suffisante.*

3) *Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste qualifié* ».

Il appert par ailleurs que le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son admission et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement(12). Il « *devrait voir chaque jour tous les détenus malades, tous ceux qui se plaignent d'être malades, et tous ceux sur lesquels son attention est particulièrement attirée* »(13). Le texte comporte de surcroît une véritable charte de devoirs. Le médecin se trouve ainsi dans l'obligation de présenter un rapport au directeur de l'établissement pénitentiaire, chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu a été ou sera affectée par la prolongation ou par une modalité quelconque de la détention. Le médecin se doit de procéder à des inspections régulières et de conseiller le directeur concernant « a) *La quantité, la qualité, la préparation et la distribution des aliments*; b) *L'hygiène et la propreté de l'établissement et des détenus*; c) *Les installations sanitaires, le chauffage, l'éclairage et la ventilation de l'établissement*; d) *La qualité et la propreté des vêtements et de la literie des détenus*; e) *L'observation des règles concernant l'éducation physique et sportive lorsque celle-ci est organisée par un personnel non spécialisé* »(14), sachant que les avis du médecin ont un effet

(12) Idem, 24. « (...) particulièrement en vue de déceler l'existence possible d'une maladie physique ou mentale, et de prendre toutes les mesures nécessaires; d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses; de relever les déficiences physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement et de déterminer la capacité physique de travail de chaque détenu ».

(13) Idem, 25 (1).

(14) L'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, 26 (1).

contraignant(15). Par ailleurs, la Règle 62 impose *aux services médicaux de l'établissement de « découvrir et (...) traiter toutes déficiences ou maladies physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement d'un détenu. Tout traitement médical, chirurgical et psychiatrique jugé nécessaire doit être appliqué à cette fin* ».

— *Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*(16), adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 16 décembre 1966, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966, et notamment l'article 12.

— *Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et son Protocole facultatif*(17), adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.

— *La Déclaration de Tokyo de l'AMM, Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement*(18), adoptée par la 29^e Assemblée Médicale Mondiale Tokyo (Japon), octobre 1975 et révisée par la 170^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, mai 2005 et par la 173^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, mai 2006. Si la Déclaration de Tokyo ne fait que consolider le respect du sacro saint principe de confidentialité(19), elle ne manque de rappeler que

(15) Idem, 26 (2).

(16) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. [Consulté le 15 octobre 2015]. Entrée en vigueur le 3 janvier 1976. Article 12: « 1. *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.* 2. *Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:*

a) *La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;*
b) *L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;*
c) *La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;*
d) *La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* ».

(17) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>. [Consulté le 3 novembre 2015]. Entrée en vigueur: le 23 mars 1976. (Voir Articles 7 et 10). L'article 7: « *Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique* » et l'article 10: « *Toute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine* ».

(18) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c18/> [Consulté le 5 novembre 2015].

(19) « 3. *Dans le cadre de l'assistance médicale qu'ils fournissent aux détenus*



« (5). le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale. Le rôle fondamental du médecin est de soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif ».

Par ailleurs, l'importance de la responsabilité des médecins au sein des prisons a été reconnue par le Conseil international des services médicaux pénitentiaires dans ce qu'il est convenu d'appeler le Serment d'Athènes (10 septembre 1979). Les professionnels de la santé s'y engagent en accord avec l'esprit du serment d'Hippocrate, de « procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives(20) ». — *La Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les Droits des patients*(21), adoptée par la 34^e Assemblée Médicale Mondiale Lisbonne, Portugal, Septembre/octobre 1981 (et amendée par la 47^e Assemblée générale, Bali, Indonésie, septembre 1995 et révisée par la 171^e Session du Conseil, Santiago, Chili, octobre 2005 et réaffirmée par la 200^e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, avril 2015) **a une portée plus générale**. Elle présente quelques-uns des droits du patient que la profession médicale approuve et soutient. Les médecins et autres personnes ou organismes concernés par la prestation des soins de santé ont ainsi la responsabilité conjointe de reconnaître et de défendre ces droits. Lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés afin de les garantir ou de les recouvrer.

ou aux prisonniers qui sont ou pourraient ultérieurement être soumis à des interrogatoires, les médecins doivent tout particulièrement veiller à la confidentialité de toutes les informations médicales personnelles ».

(20) Serment d'Athènes: « Nous, professionnels de santé qui travaillons dans des établissements pénitentiaires, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons ici l'engagement, en accord avec l'esprit du serment d'Hippocrate, que nous entreprendrons de procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives.

Nous reconnaissons le droit des personnes incarcérées à recevoir les meilleurs soins médicaux possibles.

Nous nous engageons à: 1. *Nous abstenir d'autoriser ou d'approuver toute sanction physique.*

2. *Nous abstenir de participer à toute forme de torture.* 3. *N'entreprendre aucune forme d'expérimentation médicale parmi les personnes incarcérées sans leur consentement en toute connaissance de cause.* 4. *Respecter la confidentialité de toute information obtenue dans le cours de nos relations professionnelles avec des malades incarcérés.* 5. *Ce que nos diagnostics médicaux soient basés sur les besoins de nos patients et aient priorité sur toute question non médicale ».* [en ligne] disponible à l'adresse: http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Serment_Athenes.html. [Consulté le 15 octobre 2015]. Voir également HIRSCH Emmanuel (dir.), *Traité de Bioéthique*, Tome III, Toulouse, Eres, 2011, pp.255-266.

(21) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.wma.net/fr/30publications/10polices/14/> [Consulté le 17 octobre 2015].

— *Les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*(22), adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1982 (résolution 37/194). En vertu du premier principe, les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus « sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues ». Ces Principes d'éthique médicale imposent ainsi à tous les membres du personnel médical, notamment aux médecins, l'obligation de protéger la santé physique et mentale des détenus, nonobstant les difficultés qui peuvent en découler inhérentes à la gestion de la prison.

— *L'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*(23), adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 9 décembre 1988, et notamment les principes 1(24), 24(25) et 26(26).

— *Les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/111, du 14 décembre 1990, et notamment l'article 9 qui dispose que « les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique ».

— *Les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté*, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 45/113 le 14 décembre 1990(27). Les principes allant de 50 à 52

(22) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx> [Consulté le 25 octobre 2015].

(23) [en ligne] disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx> [Consulté le 5 octobre 2015].

(24) « Toute personne soumise à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine ».

(25) « Toute personne détenue ou emprisonnée se verra offrir un examen médical approprié dans un délai aussi bref que possible après son entrée dans le lieu de détention ou d'emprisonnement; par la suite, elle bénéficiera de soins et traitements médicaux chaque fois que le besoin s'en fera sentir. Ces soins et traitements seront gratuits ».

(26) « Le fait qu'une personne détenue ou emprisonnée ait subi un examen médical, le nom du médecin et les résultats de l'examen seront dûment consignés. L'accès à ces renseignements sera assuré, et ce conformément aux règles pertinentes du droit interne ».

(27) [en ligne] disponible à l'adresse:



sont particulièrement virulents en matière de défense des détenus mineurs.

— *Les Principes directeurs de l'OMS sur l'infection du SIDA et du VIH dans les prisons*(28), publiés en mars 1993, à Genève (Document WHO/GPA/DIR/93.3).

— *La Déclaration d'Edimbourg de l'AMM sur les conditions carcérales et la propagation de la tuberculose et autres maladies transmissibles*(29), adoptée par la 52^e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, octobre 2011 et révisée par la 62^e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, octobre 2011. La *Déclaration d'Edimbourg* prévoit dans son Préambule que les détenus bénéficient des mêmes droits que les autres personnes. Cela inclut le droit à un traitement humain et à des soins médicaux appropriés. La relation entre le médecin et le prisonnier doit être régie par les mêmes principes éthiques que la relation entre le médecin et un autre patient. Parmi les **actions** requises par la Déclaration d'Edimbourg, figurent celles de veiller : « 1. à protéger les droits des détenus, conformément aux textes statutaires des NU sur les conditions carcérales ; 2. à ne pas accepter que les droits des prisonniers soient ignorés ou non respectés au motif qu'ils souffrent d'une maladie infectieuse ; 3. à assurer que les conditions de détention des détenus et prisonniers, mis en garde à vue pendant une enquête, dans l'attente du jugement ou effectuant leur peine, ne contribuent pas au développement, à l'aggravation ou à la transmission de maladies ; 5. à veiller à une coordination des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur des prisons pour faciliter la continuité des soins et le suivi épidémiologique des patients libérés après leur incarcération ; 6. à veiller à ce que les prisonniers ne soient pas isolés ou placés en confinement solitaire du fait de leur état infectieux sans bénéficier d'un

accès aux soins et à toutes solutions appropriées à leur état infectieux ; 7. à veiller lors de l'admission ou du transfert dans un nouvel établissement pénitentier, à ce que l'état de santé des détenus concernés fasse l'objet d'un bilan de dans les 24 heures qui suivent leur arrivée, afin d'assurer la continuité des soins ; 8. à assurer le suivi du traitement des prisonniers encore malades au moment de leur libération, en particulier ceux qui sont atteints de la TB ou d'une maladie infectieuse ».

Par ailleurs, les médecins exerçant en milieu carcéral ont le devoir de « 11. (...) signaler aux autorités sanitaires et aux organisations professionnelles de leur pays les insuffisances constatées dans la prestation de soins aux détenus et les situations qui comportent des risques épidémiologiques élevés. Les AMN (autorités médicales nationales) sont dans l'obligation de tenter de protéger ces médecins contre d'éventuelles mesures de rétorsion ». Lesdits médecins doivent également « 12. (...) suivre les directives nationales en matière de santé publique lorsque celles-ci sont conformes à l'éthique, notamment le signalement obligatoire des maladies infectieuses et transmissibles ».

— *Les Règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus*, qui ont été adoptées il y a plus de 50 ans, ne prêtent pas suffisamment attention aux besoins particuliers des femmes, c'est la raison qui a incité à l'élaboration d'un *Projet de règles des Nations Unies pour le traitement des femmes détenues et de mesures non privatives de liberté pour les délinquantes* (E/CN.15/2009/CRP.8). Lequel projet a été adopté sous la forme d'une Résolution adoptée par l'Assemblée générale(30).

— *Les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes* du 14 octobre 2010, ou *Règles de Bangkok*(31). Il y a lieu de préciser que les

<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/JuvenilesDeprivedOfLiberty.aspx>. [Consulté le 7 novembre 2015].

[50. Dès son admission dans un établissement pour mineurs, chaque mineur a le droit d'être examiné par un médecin afin que celui-ci constate toute trace éventuelle de mauvais traitement et décèle tout état physique ou mental justifiant des soins médicaux. 51. Les services médicaux offerts aux mineurs doivent viser à déceler et traiter toute affection ou maladie physique, mentale ou autre, ou abus de certaines substances qui pourrait entraver l'insertion du mineur dans la société. Tout établissement pour mineur doit pouvoir accéder immédiatement à des moyens et équipements médicaux adaptés au nombre et aux besoins de ses résidents et être doté d'un personnel formé aux soins de médecine préventive et au traitement des urgences médicales. Tout mineur qui est ou se dit malade, ou qui présente des symptômes de troubles physiques ou mentaux doit être examiné sans délai par un médecin. 52. Tout médecin qui a des motifs de croire que la santé physique ou mentale d'un mineur est ou sera affectée par une détention prolongée, une grève de la faim ou une modalité quelconque de la détention doit en informer immédiatement le directeur de l'établissement ainsi que l'autorité indépendante chargée de la protection du mineur].

(28) [en ligne] disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Prison_Framework_French.pdf [Consulté le 7 novembre 2015].

(29) [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/p28/> [Consulté le 7 novembre 2015].

(30) AG/SHC/3980 Sur la base du rapport de la Troisième Commission (A/65/457) 65/229, disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_French.pdf [Consulté le 10 novembre 2015].

(31) A/C.3/65/L.5. Règle 6 : « L'examen médical des détenues doit être complet, de manière à déterminer leurs besoins en matière de soins de santé primaires et à faire apparaître : a) La présence de maladies sexuellement transmissibles ou de maladies transmissibles par le sang ; selon les facteurs de risque, il peut aussi être offert aux détenues de se soumettre à un test de dépistage du VIH, précédé et suivi d'un soutien psychologique ; b) Les besoins en matière de soins de santé mentale, et notamment les troubles de stress post-traumatique et les risques de suicide ou d'automutilation ; c) Les antécédents de la détenue en matière de santé de la reproduction, notamment une grossesse en cours ou une grossesse ou un accouchement récents et toute autre question liée à la santé de la reproduction ; d) La présence d'une dépendance à la drogue ; e) Les violences sexuelles et autres formes de violence qui ont pu être subies avant l'admission ». Règle 11 : « 1. Le personnel médical est le seul présent lors des examens médicaux, sauf si le médecin estime que les circonstances sont exceptionnelles ou qu'il demande expressément à un membre du personnel pénitentiaire d'être présent pour des raisons de sécurité. 2. S'il est nécessaire qu'un membre du personnel pénitentiaire ne faisant pas partie de l'équipe médicale soit présent lors d'un examen médical, cet examen doit être réalisé de manière à garantir le respect de la vie privée, la dignité et



Règles de Bangkok ne se substituent en aucune manière à l'*Ensemble de Règles Minima* ni aux *Règles de Tokyo*. Toutes les dispositions énoncées dans ces deux séries de règles continuent par conséquent de s'appliquer à toutes les personnes détenues ou délinquantes, sans distinction de sexe.

— D'autres textes internationaux⁽³²⁾ décrivent des comportements médico-éthiques. Au niveau de l'Europe, il convient de citer les *Règles pénitentiaires européennes* (RPE) adoptées pour la première fois en 1973, révisées en 1987, puis en 2006, visant à harmoniser les politiques pénitentiaires des États membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes. Ces 108 règles portent à la fois sur les droits fondamentaux des personnes détenues, le régime de détention, la santé, l'ordre et la sécurité des établissements pénitentiaires, le personnel de l'administration pénitentiaire, l'inspection et le contrôle des prisons. Sans valeur contraignante pour les États, elles constituent néanmoins un outil de référence pour les États membres. La troisième partie des RPE est ainsi réservée aux soins de santé. Un principe général est ainsi consacré par la Règle 39 en vertu de laquelle « *les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde* ». Cette règle est nouvelle et se fonde sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui établit « *le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». Parallèlement à ce droit fondamental qui s'applique à toutes les personnes, **les détenus disposent de protections supplémentaires eu égard à leur statut**. Lorsqu'un pays prive des personnes de leur liberté, il prend la responsabilité de s'occuper de leur santé au regard des conditions de détention et du traitement individuel qui peut s'avérer nécessaire du fait de ces conditions. Les administrations pénitentiaires ont la responsabilité non seulement d'assurer l'effectivité de l'accès des détenus aux soins médicaux mais également de créer les conditions qui favorisent le bien-être des détenus et du personnel pénitentiaire⁽³³⁾. Ce principe

la confidentialité ».

(32) Notamment les déclarations de l'Association Médicale Mondiale qui est une organisation non gouvernementale, créée le 18 septembre 1947.

(33) Les règles spécifiques relatives à l'organisation des soins de santé en prison :

40.1 *Les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la collectivité locale ou de l'État.*

40.3 *Les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique.*

40.4 *Les services médicaux de la prison doivent s'efforcer de dépister et de traiter les maladies physiques ou mentales, ainsi que les déficiences dont souffrent éventuellement les détenus.*

est renforcé par la recommandation (98) 7 du Comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins en prison ainsi que par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme confirmant de plus en plus qu'il incombe aux États de protéger la santé des détenus dont ils ont la garde.

Les *Règles Pénitentiaires Européennes* établissent en outre une véritable charte détaillant les *Devoirs du médecin*⁽³⁴⁾. Il appert ainsi que le médecin doit être chargé de surveiller la santé physique et mentale des détenus et doit voir, « *dans les conditions et au rythme prévus par les normes hospitalières, les détenus malades, ceux qui se plaignent d'être malades ou blessés, ainsi que tous ceux ayant été spécialement portés à son attention* »⁽³⁵⁾. Les détenus placés dans des conditions d'isolement cellulaire doivent bénéficier d'une attention particulière de la part du médecin compétent qui doit « *leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire* »⁽³⁶⁾. Lorsque la santé physique ou mentale d'un détenu encourt des risques graves du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, le médecin doit « *présenter un rapport au directeur* »⁽³⁷⁾ qui doit

40.5 *À cette fin, chaque détenu doit bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre.*

(34) REP: 42.1 *Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit voir chaque détenu le plus tôt possible après son admission et doit l'examiner, sauf si cela n'est manifestement pas nécessaire. 2. Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit examiner les détenus s'ils le demandent avant leur libération et doit sinon examiner les détenus aussi souvent que nécessaire. 3. Lorsqu'il examine un détenu, le médecin, ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin, doit accorder une attention particulière : a. au respect des règles ordinaires du secret médical; b. au diagnostic des maladies physiques ou mentales et aux mesures requises par leur traitement et par la nécessité de continuer un traitement médical existant; c. à la consignation et au signalement aux autorités compétentes de tout signe ou indication permettant de penser que des détenus auraient pu subir des violences; d. aux symptômes de manque consécutifs à une consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool; e. à l'identification de toute pression psychologique ou autre tension émotionnelle due à la privation de liberté; f. à l'isolement des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses, pendant la période où ils sont contagieux, et à l'administration d'un traitement approprié aux intéressés; g. au non-isolement des détenus pour la seule raison qu'ils sont séropositifs; h. à l'identification des problèmes de santé physique ou mentale qui pourraient faire obstacle à la réinsertion de l'intéressé après sa libération; i. à la détermination de la capacité de l'intéressé à travailler et à faire de l'exercice; et j. à la conclusion d'accords avec les services de la collectivité afin que tout traitement psychiatrique ou médical indispensable à l'intéressé puisse être poursuivi après sa libération, si le détenu donne son consentement à cet accord.*

(35) REP, 43.1.

(36) REP, 43.2.

(37) REP, 43.3.



en tenir compte et « *prendre immédiatement des mesures pour les mettre en œuvre* »(38).

Par ailleurs, et hormis ce faramineux dispositif, il convient de citer également les normes contenues dans les recommandations du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, qui traitent des aspects spécifiques des politiques et pratiques pénitentiaires et plus spécifiquement la Recommandation (93) 6 relative aux aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison ainsi que la Recommandation (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

— L'ensemble de ces textes établit certes un certain nombre d'obligations à la charge du personnel médical mais demeurent infructueux en raison de leur nature juridique. En effet, il est de bon escient de rappeler que ces textes foisonnants – qui portent pour certains le nom de « *Déclaration* » et pour d'autres « *Principes* » ou même « *Règles* » – n'ont aucune prétention normative car ils sont dénués de toute valeur contraignante. Il conviendra donc de les cantonner dans leur signification usuelle, celle de porter à la connaissance et d'inciter à agir suivant une orientation précise. Les déclarations – on le sait – n'ont pas valeur de règles impératives, elles demeurent de simples « *déclarations de principes* ». Ces textes traduisent l'engagement international pour la protection des droits du détenu malade, un engagement certes sans équivoque mais sans effet contraignant.

Ceci étant dit, force est de reconnaître que lesdits textes ont néanmoins à la fois un **effet d'entraînement** et un **effet de séduction**. L'effet d'entraînement explique l'élaboration et la consécration de différents textes en matière de soins prodigués au sein des établissements pénitentiaires dans un certain nombre d'Etats. L'effet de séduction est quant à lui infirmé par la comparaison exégétique entre les textes internationaux et les législations d'un certain nombre de pays. L'on notera par conséquent une évolution progressive en la matière quoique la vitesse de croisière diffère d'un pays à un autre.

B. Une consécration timorée au niveau interne

La condition du détenu malade en Tunisie **était auparavant** organisée par un texte de valeur infra-législative, à savoir le Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif

(38) REP, 45.1. Il faut néanmoins préciser qu'en vertu de la Règle 45.2 « *si les recommandations formulées par le médecin échappent à la compétence du directeur ou n'emportent pas son accord, ledit directeur doit immédiatement soumettre l'avis du praticien et son propre rapport aux instances supérieures* ».

au règlement spécial des prisons(39). L'article 14 dudit décret dispose que le détenu a droit à : « *1. L'alimentation; 2. Aux soins; 3. Aux médicaments, en prison ou bien à l'hôpital, sur indication du médecin de la prison et s'il s'avère impossible de le soigner à l'infirmerie de la prison; 4. Disposer des moyens d'hygiène* ». La visite médicale est rendue obligatoire conformément à l'article 39. Cette visite permet de surcroît d'isoler le détenu atteint d'une maladie contagieuse dans un « *pavillon aménagé à cet effet* ». Le médecin de la prison examine le détenu malade et le soigne dans l'infirmerie pénitentiaire, « *il lui sera fourni gratuitement les médicaments prescrits et dont l'utilisation est autorisée dans les hôpitaux publics, par l'intermédiaire de l'agent infirmier. Le détenu est tenu de prendre les médicaments en présence de l'agent infirmier* »(40). Cependant, et en cas d'impossibilité pour le détenu d'être soigné à l'infirmerie pénitentiaire, celui-ci « *est transféré dans un hôpital sur indication du médecin de la prison. Pendant son hospitalisation, le détenu est gardé par les agents de prison avec l'aide, le cas échéant, d'agents des autres corps des forces de sécurité intérieure* »(41).

Enfin, il est intéressant de rappeler que l'article 42 dudit décret reprend le principe de gratuité des soins au sein des établissements pénitentiaires, tel que consacré à l'échelle internationale en ce qu'il dispose que « *le détenu malade bénéficie de la gratuité des soins dans les hôpitaux publics conformément à la législation en vigueur* ».

Il convient par ailleurs de citer le *Code de déontologie médicale* promulgué par le Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993(42) qui réserve pour sa part un article unique se rapportant au détenu malade. Il s'agit en l'occurrence de l'article 7 qui dispose qu'« *un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité* ». Cette composante éthique permet ainsi « *d'échanger sur l'attitude à adopter face à telle ou telle situation mettant souvent en jeu des valeurs* »(43), et de guider le médecin dans ses choix.

(39) *J.O.R.T.* n° 75 en date du 4 novembre 1988, pp.1525-1528.

(40) Article 40 du Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons. *J.O.R.T.* n°75 en date du 04 novembre 1988, pp.1525-1528.

(41) Article 41 du Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons. *J.O.R.T.* n°75 en date du 04 novembre 1988, pp.1525-1528.

(42) *J.O.R.T.* n° 40 en date du 28 mai et 1^{er} juin 1993, page 764.

(43) FEUILLET Brigitte, « *Ethique et droit* », in *Qu'est ce que l'éthique?*, Actes du colloque international, Tunis, les 5 et 6 mai 2006, p. 09.



Le cadre normatif tunisien a évolué afin d'être au diapason des changements opérés dans le monde en faveur d'un véritable statut du détenu. Depuis 2001, l'ensemble de la matière pénitentiaire a été haussée à un rang supérieur puisque les nouvelles dispositions régissant ladite matière ont désormais valeur législative (et non plus réglementaire). La Loi n° 2001-52 relative à l'organisation des prisons(44) s'inscrit dans un processus d'amélioration des droits des personnes détenues et constitue une avancée manifeste en ce qu'elle rétablit la hiérarchie des normes en élevant les normes pénitentiaires au niveau législatif, conformément aux standards internationaux ainsi qu'aux dispositions constitutionnelles. Le Décret n° 88-1876 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons a été ainsi expressément abrogé par l'article 45 de la loi n° 2001-52 relative à l'organisation des prisons(45). Le contenu a été, en revanche, revu à la baisse et pour cause, le législateur a vraisemblablement gardé le mutisme s'agissant des droits du détenu malade. Ce constat est fort déplorable lorsque l'on sait que la norme interne, tant du point de vue de son contenu que de son interprétation, doit en principe subir l'influence du droit international. Or, cela n'a pas été le cas.

Si l'article 1^{er} de ladite loi fait de l'« assistance médicale et psychologique » un droit acquis au profit de tout détenu et que l'article 13 rend obligatoire la visite médicale lors de l'incarcération(46), seul un alinéa orphelin concerne les soins dispensés au détenu malade, en l'occurrence l'article 17 qui dispose ainsi que : « Tout détenu a droit à (...) (2) la gratuité des soins et des médicaments à l'intérieur des prisons, et, à défaut, dans les établissements hospitaliers, et ce, sur avis du médecin de la prison ». Cela est d'autant plus troublant que la loi de 2001 consacre toute une partie(47) aux droits et obligations des détenus.

Par ailleurs, un autre article se rapporte indirectement aux soins dispensés au détenu malade et concerne uniquement le cas de maladies résultant de la mise en application du paragraphe 7 de l'Art.19 qui prévoit le

droit à un emploi en prison(48). Il appert ainsi qu'en cas d'accident professionnel, le paragraphe 8 du même article (Art.19) fait bénéficier le détenu de « droits et garanties conformément à la législation relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ».

Il est ainsi clair que les textes tunisiens aujourd'hui en vigueur(49) consacrent de manière timide ou timorée le statut du détenu malade. Car s'il est vrai que le législateur a voulu hausser au rang de loi les dispositions afférentes au système pénitentiaire, ces dispositions ont été vidées de leur substance en matière de soins de santé. Une comparaison sommaire permet de mettre en lumière l'amputation dont a été victime le second texte, particulièrement en ce qui concerne les droits du détenu malade(50).

La nature juridique du texte a certes évolué. Néanmoins, le travail normatif qui a été fait en 2001, consistant à définir les prestations que le service public pénitentiaire doit fournir à ses usagers, demeure lacunaire puisqu'il ne traite pas expressément du statut du détenu malade. Il convient par ailleurs de préciser que le texte de 2001 a été précédé par la loi n° 2000-77 du 31 juillet 2000. Quoique ne se rapportant pas directement à la matière pénitentiaire, cette loi a modifié et complété certaines dispositions du Code de procédure pénale en vue de créer l'institution du juge d'exécution des peines(51). L'article 342 bis dispose ainsi « (...) *Le juge d'exécution des peines peut proposer de faire bénéficier certains détenus de la liberté conditionnelle (...)* » en renvoyant à l'article 355 dont la lecture *a contrario* permet d'affirmer que la liberté conditionnelle(52) peut être accordée au condamné « 3) *s'il est atteint d'une infirmité grave ou d'une maladie incurable* ». Il incombe au médecin de l'établissement pénitentiaire d'informer par écrit le juge d'exécution des peines des cas graves qu'il a constaté(53). Hormis

(44) Loi n° 2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, *J.O.R.T.* n° 40 du 18 mai 2001, telle que modifiée par la loi n° 2008-58 du 4 août 2008, *J.O.R.T.* n° 64 du 8 août 2008.

(45) Loi n° 2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, *J.O.R.T.* n° 40 du 18 mai 2001 telle que modifiée par la loi n° 2008-58 du 4 août 2008, *J.O.R.T.* n° 64 du 8 août 2008.

(46) L'article 13 dispose que « *le détenu est soumis dès son incarcération, à la visite médicale du médecin de la prison; s'il s'avère qu'il est atteint d'une maladie contagieuse, il est isolé dans un pavillon aménagé à cet effet. (...)* ».

(47) La seconde partie, p. 1133. Loi n° 2001-52 en date du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons, *J.O.R.T.* n° 40 du 18 mai 2001 telle que modifiée par la loi n° 2008-58 du 4 août 2008, *J.O.R.T.* n° 64 du 8 août 2008.

(48) L'article 19 dispose que « *le détenu bénéficie (...) 7) d'un emploi rémunéré dans la limite des moyens disponibles, et ce, pour les détenus faisant l'objet de condamnation et sans que les séances de travail ne dépassent la durée légale. Un arrêté commun du ministre chargé des prisons et de la rééducation et du ministre des affaires sociales définit le mode et conditions de rémunération* ».

(49) Le Décret n° 88-186 du 4 novembre 1988 relatif au règlement spécial des prisons a été expressément abrogé par l'article 45 de la Loi de 2001. L'article 45 de la Loi n° 2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons, dispose ainsi que : « *sont abrogées, toutes dispositions contraires à la présente loi* ».

(50) A titre comparatif, le Décret de 1988 abrogé comportait **cinq articles** consacrés au détenu malade.

(51) *J.O.R.T.* n° 62 du 4 août 2000.

(52) La liberté conditionnelle est accordée par arrêté pris par le ministre de la justice sur avis conforme de la commission de libération conditionnelle.

(53) Article 342-4 du Code de procédure pénale.



ce cas de liberté conditionnelle, le Code de procédure pénale permet en outre la suspension de l'exécution de la peine « *pour motif de santé* », et ce, conformément à l'article 346 (bis)(54).

Au demeurant, aujourd'hui, de nombreux textes fort disparates touchent, de manière indirecte, à la condition du détenu malade. Il conviendra de relever notamment :

- La loi n° 2001-51 du 3 mai 2001, relative aux cadres et agents des prisons et de la rééducation dans son titre 2 a prévu la création du Conseil d'honneur des prisons et de la rééducation qui rend son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de la justice et des droits de l'homme.
- Le décret n° 2001-2 588 du 9 novembre 2001, relatif à l'indemnité de garde et ses conditions d'attribution pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaire et hospitalo-sanitaire et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice(55), dont l'article 1^{er} rend obligatoire le service de garde médicale pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaires et hospitalo-sanitaires et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice exerçant dans les établissements pénitentiaires et rééducatifs(56).
- Le décret n° 2004-419 du 1^{er} mars 2009 modifiant et complétant le décret n° 84-753 du 30 avril 1984 portant statut particulier des cadres et agents des prisons et de la rééducation.
- Le décret n° 2004-2731 portant modification du décret n° 98-1812 du 21 septembre 1998 fixant les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits.
- Le décret n° 2006-1167 du 13 avril 2006, portant détermination du statut particulier du corps des cadres et agents des prisons et de la rééducation, telle que modifiée et complétée par les textes subséquents

(54) Article 346 (bis) du Code de procédure pénale ajouté par la loi n° 99-90 du 2 août 1999, paragraphe 2 dispose que : « *l'exécution est suspendue pour motif de santé ou familial ou lorsque le condamné est écroué pour une autre infraction ou pour l'accomplissement du service national* ».

(55) *J.O.R.T.* n° 92 en date du 16 novembre 2001.

(56) L'article 1 du décret n° 2001-2 588 du 9 novembre 2001, relatif à l'indemnité de garde et ses conditions d'attribution pour les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaire et hospitalo-sanitaire et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice, dispose que « *les personnels des corps médicaux et juxta-médicaux hospitalo-universitaires et hospitalo-sanitaires et les médecins des hôpitaux, détachés auprès du Ministère de la justice exerçant dans les établissements pénitentiaires et rééducatifs sont tenus, conformément à leurs statuts particuliers, de participer au service de garde médicale assuré en dehors de leurs horaires de travail normal, la nuit, les dimanches et les jours fériés contre un congé de repos compensateur, ou, à défaut, contre une indemnité de garde* ».

et notamment le décret n° 2009-2612 du 14 septembre 2009.

- La loi n° 2008-21 du 4 mars 2008, portant obligation de motiver la décision de prolonger la durée de la garde à vue et de la détention préventive(57).
- Le décret n° 2006-1167 du 13 avril 2006, fixant le statut particulier du corps des cadres et agents des prisons et de la rééducation(58).
- La loi n° 2008-37 du 16 juin 2008, relative au comité supérieur des droits de l'Homme et des libertés fondamentales(59) dont l'article 5 prévoit pour le président du comité supérieur le droit d'effectuer, sans préavis, des visites dans les établissements pénitentiaires et de rééducation, en vue de s'assurer de l'application de la législation nationale relative aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales.
- La loi n° 2008-58 du 4 août 2008, relative à la mère détenue enceinte et allaitante(60), portant ajout de l'article 7 bis à la loi n° 2001-52 du 14 mai 2001, relative à l'organisation des prisons accordant aux femmes détenues, enceintes ou allaitantes, le droit d'être incarcérées, pendant la période de grossesse et d'allaitement « *dans un espace approprié, aménagé à cet effet offrant l'assistance médicale, psychologique et sociale à la mère et à l'enfant* ».
- Le décret n° 2014-4776 du 31 décembre 2014, portant création de la Commission nationale de suivi de la mise en œuvre du règlement sanitaire international(61). Ladite Commission est chargée de renforcer les mécanismes nationaux d'appui de la vigilance, de dépistage et de restriction des risques sanitaires, de se préparer pour lutter contre, et de coordonner entre les parties intervenantes pour la mise en œuvre du règlement sanitaire international(62).
- Enfin, le programme d'action du ministère de la justice et des droits de l'homme – adopté conformément au Plan de Développement pour la période allant de 2012-2016 – fait état de l'élaboration de nouvelles lois modifiant le cadre juridique régissant les établissements judiciaires et pénitentiaires à la lumière des principes internationaux en matière

(57) *J.O.R.T.* n° 21 du 11 mars 2008.

(58) *J.O.R.T.* n° 34 du 26 avril 2006.

(59) *J.O.R.T.* n° 51 du 24 juin 2008.

(60) *J.O.R.T.* n° 64 en date du 8 août 2008.

(61) *J.O.R.T.* n° 7 du 23 janvier 2015.

(62) Même la Commission créée par Arrêté du ministre de la santé du 6 juin 2014, dite Commission technique du dialogue national sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de la santé, n'évoque nullement la question de la santé en milieu carcéral.



d'indépendance judiciaire. Il y fait clairement mention de la promulgation d'une loi sur le statut des établissements pénitentiaires (annoncée au 2^e trimestre 2012 mais non encore adoptée à l'heure où nous rédigeons ces lignes) ainsi que de la réforme institutionnelle du système pénitentiaire y compris la méthode de gestion de la population carcérale, suivi d'un programme de formation continue obligatoire du personnel pénitentiaire.

S'il va sans dire que « *le pouvoir réglementaire peut définir les modalités d'application des règles législatives* »(63), il n'en demeure pas moins qu'en Tunisie, grand nombre de règles affectant les droits fondamentaux des personnes incarcérées sont réglementées par des normes subordonnées, à savoir des circulaires, notes de services, et règlements intérieurs des établissements. Il en est ainsi en particulier de la détermination par voie d'instructions de service de règles en matière d'exécution des peines. Il existe ainsi une profusion d'instructions de services qui régissent tous les aspects de la vie en détention sans pour autant que les détenus ne puissent y avoir accès alors que leurs dispositions leur sont pourtant quotidiennement opposées.

En effet, le droit applicable à la prison est le terrain d'élection par excellence des « *mesures d'ordre intérieur* », insusceptibles de recours devant le juge de l'excès de pouvoir. L'absence de jurisprudence en la matière est très significative(64). La doctrine se doit de le souligner. Ce sont les contestations émanant d'associations de société civile et autres scandales sporadiques qui tirent la sonnette d'alarme. Par conséquent, l'ordre juridictionnel compétent se doit de s'emparer de la question carcérale afin de réduire le périmètre des mesures d'ordre intérieur(65). Car, la réglementation en vigueur n'est guère satisfaisante au regard des principes consacrés tant en droit international qu'en droit interne. Désormais, une refonte de la réglementation en vigueur est nécessaire en vue d'imposer au service public pénitentiaire le respect des droits inhérents aux détenus malades. Il semblerait qu'un texte soit en cours d'élaboration.

(63) RIVERO Jean, « Peines de prison et pouvoir réglementaire », in *A.J.D.A.*, 1974, p. 229.

(64) Les choses commencent à changer dans certaines parties du monde où certains actes émanant de l'administration pénitentiaire ne sont plus assimilables à des « *mesures d'ordre intérieur* », Arrêt Remli du 30 juillet 2003, le Conseil d'Etat a renversé sa jurisprudence Fauqueux. SLAMA Serge, « Contrôle du juge administratif de la décision de l'administration pénitentiaire restreignant les modalités essentielles du droit de visite », in *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org/revdh/3574> ; DOI : 10.4000/revdh.3574 [consulté le 28 septembre 2015].

(65) Et ce, à l'instar du Conseil d'Etat français à partir de l'Arrêt Marie du 17 février 1995.

Cependant, l'étude de la législation et de la réglementation ne saurait à elle seule rendre compte du statut du prisonnier malade, il y a donc lieu d'appréhender la mise en œuvre dudit statut.

II. LA MISE EN ŒUVRE DU STATUT JURIDIQUE DU DÉTENU MALADE: UN SUJET MINORÉ

L'examen de la mise en œuvre du statut du détenu malade implique que l'on appréhende dans un premier temps les conditions d'hospitalisation de celui-ci (A) et que l'on s'interroge, dans un second temps, sur le respect des règles élémentaires d'éthique médicale applicables en la matière (B).

A. Des conditions d'hospitalisation difficiles

L'administration des soins en milieu carcéral est traditionnellement confiée à l'administration pénitentiaire, plus précisément à ses services de médecine pénitentiaire. Une révolution a eu lieu sous d'autres cieux, nous y reviendrons. L'administration pénitentiaire est chargée de s'assurer du bon état physique et mental de ses usagers lors de l'exécution de la peine privative de liberté. Cela pose nécessairement la question des conditions d'hospitalisation « *intra-muros* » (1), mais également celles se rapportant à l'hospitalisation « *extra-muros* » du détenu malade (2).

1) Les conditions d'hospitalisation « *intra-muros* »
Les détenus accueillis dans les établissements de détention ne bénéficient pas d'un bon état de santé(66). Les personnes incarcérées sont souvent issues de la partie la plus marginalisée de la société. Certaines entrent en prison avec des problèmes de santé qui n'ont pas été diagnostiqués, détectés et pris en charge. Les pathologies dont souffrent ces derniers nécessitent l'intervention de médecins spécialistes très peu représentés en prison. Selon l'Association médicale mondiale, « *les prisons sont souvent des foyers d'infection. Le surpeuplement, le confinement à longueur de temps dans des espaces clos, mal éclairés, mal chauffés et donc mal ventilés et souvent humides* »(67) constituent la description souvent associée à l'emprisonnement. En Tunisie, comme ailleurs dans le monde, la promiscuité, l'insalubrité et plus généralement les conditions de vie en milieu carcéral sont propices à la transmission du virus du sida et de l'hépatite C. Les

(66) BONNEVIE E., *La prise en charge sanitaire des personnes incarcérées: bilan et perspectives*, Mémoire E.N.S.P., Rennes, 1994.

(67) Association médicale mondiale, 2000, disponible à l'adresse : <http://www.wma.net/fr/2000/> [Consulté le 15 novembre 2015].



maladies transmissibles sont aujourd'hui un problème majeur pour de nombreuses administrations pénitentiaires. Les rapports révèlent que la prévalence du virus du sida et de l'hépatite C est six fois plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale(68).

Le *Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie*, publié en 2014, confirme que selon les estimations effectuées, la prévalence de la tuberculose parmi les prisonniers est à peu près 10 fois la prévalence parmi la population soit de 300/100 000 prisonniers si l'on estime que cette fréquence est près de 10 fois la prévalence parmi la population totale(69). Le personnel de santé des prisons n'est pas bien formé pour le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, et les services médicaux des prisons ne sont pas adéquatement supervisés par le programme(70). Sans compter qu'il n'existe pas un bon système de coordination entre les services médicaux des prisons et le programme national de lutte contre la tuberculose pour un bon suivi des malades après leur sortie des prisons.

Le *Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose* prévoit dans le cadre de son action stratégique corrective d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les prisonniers à travers des interventions ciblées allant de la « formation du personnel de santé des prisons sur le dépistage et la prise en charge de l'infection et maladie chez les prisonniers ainsi que la sensibilisation des prisonniers, à l'amélioration du système de suivi pour les prisonniers après sortie de prison et la supervision des activités de dépistage et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral »(71).

Hormis les maux liés aux maladies transmissibles, un rapport datant de 2004 souligne la difficulté de l'accès aux soins: « le diagnostic de la maladie prend de longs délais, puisque l'infirmier et le personnel médical de la prison ne disposent pas de l'équipement nécessaire pour le faire »(72). Lorsque le diagnostic est établi, commence alors une étape aussi longue et fastidieuse que

la précédente pour obtenir les médicaments en raison des tergiversations de l'administration pour procurer au malade les médicaments prescrits, souvent absents de la pharmacie de la prison(73). Par ailleurs, l'accès à certains soins spécifiques est trop peu considéré qu'il s'agisse de soins dentaires, de problèmes de vue, de traitements d'orthophonie interrompus à cause de la prison, du suivi d'un régime spécial des drogués (et des problèmes de sevrage) des détenus âgés ou des personnes en phase terminale de maladie (nous y reviendrons).

Il est à signaler de surcroît que les médecins ne sont que très rarement présents le week-end, et que certaines prisons ne bénéficient pas des services d'une infirmière au cours de cette même période. En cas de nécessité, il est fait appel aux services d'urgence. Le déficit de personnel médical intervenant en détention constitue donc un sujet d'inquiétude régulièrement mis en avant par les spécialistes du monde carcéral.

En principe, et conformément aux textes en vigueur, le médecin est tenu de procéder à une visite complète lors de l'admission d'un nouvel arrivant. Dans certaines prisons, il peut s'avérer difficile qu'un médecin examine tous les détenus immédiatement après leur admission. Dans certains cas, il n'y a pas de médecin sur place, ou bien le volume d'admissions est trop important pour que le médecin puisse faire passer à chaque détenu une visite médicale complète immédiatement, surtout si les détenus arrivent le soir.

Le médecin examine alors uniquement les détenus visiblement malades ou ceux que l'infirmier(ère) lui envoie. Tout traitement médical nécessaire doit être offert dans le respect du principe de la gratuité des soins. Même dans les pays qui connaissent d'importantes difficultés à fournir des soins de santé de niveau raisonnable à la population en général, les détenus sont habilités à recevoir les meilleurs soins de santé possibles, et cela gratuitement. La justification humaniste considère que rien ne peut libérer l'Etat de ses responsabilités(74). Cependant, force est de reconnaître que la mise en œuvre du principe de gratuité des soins médicaux en prison est difficile lorsqu'un nombre important de détenus malades nécessitent des traitements coûteux. Une jurisprudence constante affirme pourtant que les administrations

(68) Il y a lieu de citer à titre d'exemple l'enquête Prévacar, menée en 2010 par la Direction générale de la santé en France, en collaboration avec l'InVs qui a tiré la sonnette d'alarme.

(69) Le Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie, publié par la direction des soins de santé de base du ministère de la santé tunisien en 2014, p. 9.

(70) Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose 2008-2015, p. 16. Le Plan prévoit le ciblage des groupes à risque élevé, particulièrement les contacts des malades tuberculeux, le personnel de soins, les prisonniers et les malades tuberculeux multi résistants.

(71) Plan Stratégique National de Lutte Contre la Tuberculose 2008-2015, p. 25.

(72) Disponible à l'adresse : <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/> [Consulté le 15 novembre 2015].

(73) Disponible à l'adresse : <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/> [Consulté le 15 novembre 2015].

(74) Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) a déclaré que même durant les périodes de graves difficultés économiques, rien ne peut libérer l'Etat de sa responsabilité de fournir les exigences fondamentales de la vie aux personnes qu'il a privées de liberté. Conseil de l'Europe (2002) CPT Rapport au gouvernement de la République de Moldavie relatif à la visite effectuée en Moldavie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, du 10 au 22 juin 2001. Strasbourg: CoE.



pénitentiaires doivent prendre des dispositions basées sur les besoins des détenus et fournir lesdits traitements sans discrimination aucune sous prétexte que le malade soit un détenu(75).

Par ailleurs, le médecin n'est pas seulement responsable de la fourniture de soins de santé aux détenus. Son rôle s'étend à la surveillance des conséquences pour la santé de l'environnement carcéral et à s'assurer que les lacunes pouvant avoir des effets néfastes pour la santé soient mentionnées aux personnes responsables de la prison. Certaines législations imposent des visites médicales obligatoires régulières pour les détenus mis en isolement(76). Chaque établissement pénitentiaire doit disposer des services d'au moins un médecin généraliste. A défaut, des mesures doivent être prises pour s'assurer de l'intervention d'un médecin en cas d'urgence. En l'absence d'un médecin exerçant à plein temps, les établissements pénitentiaires doivent être régulièrement visités par un médecin exerçant à temps partiel. Hormis cette obligation de disposer d'un médecin, chaque établissement pénitentiaire doit disposer d'un personnel ayant suivi une formation médicale appropriée.

Les soins médicaux dans les prisons de la plupart des pays sont fournis par un service médical spécialisé qui est placé sous la responsabilité de l'administration des prisons(77). Ces services médicaux spécialisés sont souvent critiqués pour leurs normes peu exigeantes, leur isolement des services médicaux conventionnels et leur absence d'indépendance. Pour remédier à cela, les administrations pénitentiaires d'un certain nombre de pays ont mis en place des hôpitaux pénitentiaires habilités à traiter les cas les moins graves. C'est d'ailleurs à partir de cette expérience que la doctrine a introduit l'expression d'« *hôpital incarcéré* » afin de désigner l'enclave soignante ou l'unité de soins au sein de la prison.

Lorsqu'une prison dispose ainsi de son propre hôpital, celui-ci doit être doté d'un personnel et d'un équipement en mesure d'assurer les soins et les traitements

appropriés aux détenus qui lui sont transférés(78). Outre les équipements destinés aux soins de médecine générale, dentaire et psychiatrique, il y a lieu de s'assurer de l'existence des dispositions nécessaires à même de permettre de dispenser les consultations spécialisées et les soins hospitaliers les plus complexes.

Néanmoins, et nous l'avons pas encore expérimenté en Tunisie, « *les conséquences de l'entrée de l'hôpital en prison sont relativement importantes car elles remettent directement en cause la spécificité du droit pénitentiaire, tout en renforçant l'unité de ce droit par une approche nouvelle de la détention* »(79).

Une autre question, parue d'une manière subacente à nos recherches de départ est celle qui a trait à la relation entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical. Deux corps de métier qui doivent non seulement cohabiter, mais surtout le faire en étroite collaboration avec un objectif commun : assurer de bonnes conditions d'accès aux soins pour les détenus(80). Ces relations sont en général empreintes d'embarras en raison de la difficulté à concilier les fonctions de soins avec celles de surveillance. L'embarras est parfois plus prononcé dans le cas des rapports entre les surveillants et la hiérarchie médicale, voire les rapports entre la hiérarchie médicale et les autres membres du personnel pénitentiaire. Des frictions surviennent souvent entre l'autorité pénitentiaire et l'autorité médicale. La situation prévaut, par exemple, lorsque le médecin refuse d'entériner une décision disciplinaire à même de porter davantage préjudice à la santé du détenu malade.

Plusieurs spécialistes ont mis en exergue « *les diverses interactions qui sont à l'œuvre, dans un hôpital carcéral, entre les membres des personnels pénitentiaire et médical* » afin de souligner que « *la mixité et la cohabitation des surveillants, des soignants et des détenus-patients, renforcent la complexité de leurs rapports parfois déjà conflictuels* »(81). La cohabitation des membres des personnels pénitentiaire et médical est intéressante et ne manque de nous interpeller pour ce qui est de leur relation avec les détenus malades. A l'intérieur des établissements pénitentiaires, cette relation est empreinte de soupçon, les détenus,

(75) A l'instar de cet exemple issu de la jurisprudence sud-africaine : « *Quatre détenus séropositifs ont porté une affaire devant le South African High Court en 1997 car ils affirmaient, ainsi que d'autres détenus séropositifs, ne pas recevoir de soins médicaux appropriés à leur état de santé, y compris des médicaments spéciaux comme l'AZT. Ils affirmaient qu'ils devaient recevoir ce traitement gratuitement. Le Correctional Services Department répondit que le budget ne permettait pas de fournir un niveau de soins aussi poussé. Le juge a conclu en faveur des détenus et a déclaré qu'ils devaient recevoir le traitement médical approprié aux frais de l'État.* The Cape High Court (South African) (1997) *Van Biljon and others v Minister of Correctional Services and others* 1997 (4) SA 441 (C), 1997 (6) BCLR 789 (C). Le Cap : SACR.

(76) Art. D.283-1 à D.251-8 du Code français de procédure pénale.

(77) *Note d'Orientation* n° 10, School of Law, Centre international d'Etudes pénitentiaires, King's College London, 2006, p. 03.

(78) RPE, Règle 46.2.

(79) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p. 416.

(80) ROMMEL Mendès-Leite, « Soigner les détenus, surveiller les malades. Paradoxes des interactions entre personnels de santé et pénitentiaire dans un hôpital en milieu carcéral », in *Le Journal des psychologues* n° 241, 8/2006, pp. 37-41.

(81) ROMMEL Mendès-Leite, « Soigner les détenus, surveiller les malades. Paradoxes des interactions entre personnels de santé et pénitentiaire dans un hôpital en milieu carcéral », *op. cit.*, pp. 37-41.



eux-mêmes, ont du mal à se percevoir comme des patients dans le regard des soignants. Ce malaise au regard des rapports soignant-soigné se vérifie d'autant que le personnel soignant, notamment les infirmiers, a tendance à « *remettre toujours en question* » la réalité des besoins exprimés par les détenus.

Or, dans la psychologie du détenu, l'investissement du statut de malade permet d'échapper à la réalité carcérale, et représente un véritable recours identitaire. « *Le soin rend au détenu sa condition d'homme, restaure son estime de lui-même, le rend acteur de sa propre vie* »(82). Cependant, pour un certain nombre de détenus, il existerait « *dans le regard des professionnels une mise à distance liée à leur condition* »(83), ainsi que la nette perception que « *les jugements sur leurs actes conditionnent en permanence ce regard, mais aussi la façon de soigner* »(84). Le statut de détenu empêcherait d'accéder, dans une certaine mesure, à un statut de patient identique à celui de l'extérieur(85). La maladie, on le sait, est « *la forme de décès la plus commune* » au sein des établissements pénitentiaires(86). Une lapalissade qui a été à l'origine d'un certain nombre de réformes substantielles(87). En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la suspension de peine si l'état de santé est incompatible avec la détention. La suspension de peine pour raisons médicales est accordée par le juge si l'état de santé du détenu présente l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : « *une pathologie engageant le pronostic vital ou un état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention, hors le cas des personnes présentant des troubles mentaux et hospitalisées* ». Deux expertises médicales distinctes doivent établir de manière concordante l'une ou l'autre de ces situations relatives à l'état de santé. La loi exige l'absence de « *risque*

grave de renouvellement de l'infraction ». L'application de la loi du 4 mars 2002 constitue ainsi un moyen pour accorder au détenu le statut de patient(88).

Plus récemment, en France, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dite « *Loi pénitentiaire* » prévoit de nouvelles dispositions légales concernant l'exécution et l'application des peines. En consacrant tout un chapitre aux « *droits et devoirs des personnes détenues* », la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a constitué un tournant dont l'importance ne saurait nous échapper : elle vient consacrer cette vision nouvelle qui s'impose d'une prison de droit. Les suspensions de peines pour les grands malades sont désormais plus faciles à obtenir. Dans certains pays, les détenus souffrant d'une maladie en phase terminale peuvent bénéficier d'une libération anticipée. En mars 2004, la Haute cour de Pretoria, en Afrique du Sud, a ordonné la libération immédiate d'un détenu purgeant une peine de 15 ans de prison pour vol à main armée, car il souffrait d'une maladie grave en phase terminale. Les autorités avaient refusé d'accorder au détenu une mise en liberté conditionnelle alors que les médecins avaient affirmé qu'il ne lui restait qu'un à trois mois à vivre. En délivrant sa décision, le juge a déclaré que « *le demandeur est gravement malade. Il est mourant. L'incarcération est trop lourde pour lui en raison de son état de santé en rapide détérioration ; il ne peut plus rester en prison et être traité dans un hôpital pénitentiaire. Il a besoin d'humanité, d'empathie et de compassion* »(89). Dans l'Arrêt *Enea c. Italie* du 17 septembre 2009,(90) le requérant atteint de plusieurs pathologies a pu bénéficier d'une suspension de l'exécution de la peine de prison en raison de son état de santé. La *Cour européenne des droits de l'homme* a apporté une contribution décisive forgeant ainsi un « *standard commun de protection* »(91) mettant ainsi à la charge de l'administration pénitentiaire

(82) BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*, EHESS, 2000, p. 05.

(83) *Ibid.*

(84) *Ibid.*

(85) *Ibid.*

(86) « La santé en prison : réalisation du droit à la santé », in *Fiche pratique de la réforme pénale*, n° 2, *Penal Reform International*, 2007 (2).

(87) En France, la Loi du 4 mars 2002 prévoit la suspension de peine si l'état de santé est incompatible avec la détention ou certains aménagements tels que la libération conditionnelle. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Egalement la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) pour un meilleur accès aux soins psychiatriques. Voir TRABACCHI Ghislaine, « Soins aux personnes sous main de justice », in *Soins* n° 701, Déc. 2004, p. 29. Enfin, « la création des premières Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSD) », pour les soins somatiques nécessitant une longue hospitalisation. TRABACCHI Ghislaine, « Soins aux personnes sous main de justice », *op. cit.*, p. 29.

(88) MANSUY Isabelle, *Dix ans après la réforme : la santé toujours incarcérée*, site de l'Observatoire International des Prisons (OIP). Michel Chartier premier condamné à perpétuité à pouvoir bénéficier de cette mesure affirme sentir la différence de statut : « *Maintenant que je suis soigné à l'hôpital de Château-Thierry comme un patient ordinaire, je vois la différence dans le regard des médecins* ». Disponible à l'adresse : <http://www.oip.org> [Consulté le 20 novembre 2015].

(89) *Du Plooy v. Minister of Correctionnel services and others*, 2004.

(90) Cour européenne des Droits de l'Homme, *Enea c. Italie*, du 17 septembre 2009. Le requérant est atteint de plusieurs pathologies qui l'ont obligé à utiliser un fauteuil roulant. De juin 2000 à février 2005, il a purgé sa peine dans la section du service médical de la prison destinée aux détenus soumis au régime spécial de détention. En octobre 2008, le tribunal de l'application des peines ordonna la suspension de l'exécution de la peine de prison en raison de son état de santé. Il est depuis détenu à domicile. [en ligne] disponible à l'adresse : <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/001-94071.pdf> [Consulté le 20 novembre 2015].

(91) CHEVALLIER Jacques, *Les droits de la personne détenue*, Dalloz, Paris, 2013, p. 01.



l'obligation de protéger la santé physique du détenu. Elle contrôle également la compatibilité des conditions de détention, voire de la détention elle-même, avec l'état de santé du détenu âgé ou handicapé. Elle contrôle enfin, l'impact de l'environnement de l'établissement pénitentiaire sur la santé des personnes détenues.

Dans les pays développés, « *les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de l'État* »(92). La mise en œuvre de cette règle requiert que les autorités sanitaires nationales soient également responsables des soins de santé dispensés dans les prisons. C'est le cas en France où « *le personnel médical intervenant dans l'enceinte des établissements de détention est dorénavant placé sous l'autorité du service public hospitalier et non plus pénitentiaire* »(93).

La législation française impose en outre à l'établissement public de santé de structurer son intervention tout au long de l'incarcération. Le détenu « *ne doit plus seulement recevoir la visite du médecin lorsque la maladie est déclarée. Au contraire, la nouvelle mission inscrite dans le Code de la santé publique français, multiplie les obligations à la charge de l'autorité médicale* »(94). Davantage encore, il existe désormais un label de qualité, un standard qualité accordé par l'organisme certificateur Bureau Veritas, RPE, attribué au processus de prise de charge des arrivants dans un établissement pénitentiaire(95). Lorsque ce n'est pas le cas, comme en Tunisie, il serait de bon esient d'établir une passerelle sanitaire entre les prestataires des soins de santé à l'intérieur des prisons et les services de santé à l'extérieur des prisons.

2) Les conditions d'hospitalisation « *extra muros* »

Un problème d'ordre juridique ne manque de se poser dans les cas d'hospitalisation « *extra muros* », à savoir si le détenu admis dans un hôpital civil « *est-il considéré comme détenu en droit, alors que dans cette circonstance, il ne l'est pas en fait* ». Les auteurs sont à ce sujet, unanimes pour affirmer que le « *décloisonnement* » de la médecine pénitentiaire est souhaitable pour qu'elle puisse bénéficier des supports techniques de la médecine publique. Les détenus malades qui nécessitent des soins médicaux particuliers doivent être transférés vers des hôpitaux lorsque les soins appropriés ne sont pas dispensés en

prison. Dans le passé, « *les demandes de transfert à l'hôpital étaient systématiquement refusées* »(96), comme le révèle un rapport datant de 2004 alors que l'article 14.2 du décret de 1988 relatif au règlement spécial des prisons le prévoyait. Aujourd'hui, les interventions médicales qui nécessitent l'hospitalisation des détenus à l'extérieur sont en nette progression, et ce, en application de l'article 17.2 de la Loi de 2001-52 du 14 mai 2001 relative à l'organisation des prisons. Elles posent néanmoins des problèmes de sécurité tant lors du transport que pendant la consultation et les soins.

S'agissant du transport, le transfèrement des détenus pour une hospitalisation est assuré par les forces de l'ordre. Il se déroule cependant parfois dans des conditions qui entravent l'accès aux soins. Le manque de personnel dont dispose l'administration pénitentiaire pour escorter le détenu cause des préjudices certains aux détenus malades dont la santé ne manque de pâtir en raison du report ou de l'annulation de leur hospitalisation.

S'agissant de la consultation et des soins, la surveillance à l'hôpital est également assurée par les forces de l'ordre. Ici, deux positions s'affrontent. Pour les uns, les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme en cours d'exécution de leur peine(97). Par conséquent, les règlements pénitentiaires doivent continuer à leur être applicables dans la mesure du possible, notamment dans leurs relations avec l'extérieur. Les tenants de cette position estiment ainsi que lors de l'hospitalisation d'un détenu, c'est aussi le milieu carcéral qui doit se déplacer. Une hospitalisation implique « *un convoi sécurisé pour le transfert, des surveillants en faction devant la chambre du détenu et présents lors des soins, des menottes, l'impossibilité de recevoir des visites* » au point de parler d'une véritable « *enclave carcérale* » dans le milieu hospitalier(98).

D'autres considèrent en revanche, que la présence des forces de l'ordre pendant les consultations médicales en milieu hospitalier ou pendant l'administration de soins aux patients hospitalisés n'est pas conforme à l'éthique médicale(99). Le menottage et les entraves pendant les consultations médicales et l'hospitalisation font légion. En effet, le recours au menottage est quasiment automatique pour des raisons de sécurité afin de minimiser tout risque d'évasion. Dans un arrêt datant de novembre 2002, la Cour européenne des droits de

(92) RPE: Règle 40.1.

(93) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p. 415.

(94) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire op. cit.*, p. 164.

(95) A titre d'exemple, le 100^e label RPE a été attribué le 3 janvier 2012 à la maison d'arrêt de Fresnes.

(96) Disponible à l'adresse: <http://nawaat.org/portail/2004/10/02/la-tragedie-des-prisonniers-politiques-en-tunisie/> [Consulté le 21 novembre 2015].

(97) S'il s'agit de prévenus, ils sont considérés comme placés en détention provisoire.

(98) BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés: conditions, pratiques et usages des soins en prison, op. cit.*, p. 04.

(99) La Commission cite les rapports de 1996 et de 2000 du CPT.



l'homme a conclu à une violation de l'article 3 de la CEDH au regard du traitement médical d'un détenu en phase terminale. Elle a fait observer « *l'obligation positive de l'État d'offrir le traitement médical adapté, et réprouvé le fait que le détenu ait été menotté sur son lit d'hôpital* »(100). Dans une autre affaire jugée en octobre 2003, la Cour a conclu à une violation de l'article 3 de la CEDH au regard du traitement d'un détenu malade qui avait été enchaîné au lit d'hôpital(101).

Une exception à la pratique du « menottage » a récemment concerné les femmes lors de l'accouchement, et ce, à la suite d'une affaire très médiatisée. Les autorités se sont engagées à ne plus recourir à cette pratique lors des accouchements, car le port d'entraves et de menottes dans cette situation spécifique peut constituer une humiliation et un traitement inhumain et dégradant. Dans un certain nombre de pays, les détenus malades sont hospitalisés dans des chambres sécurisées. Un rapport publié en 2015(102) sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé révèle les inconvénients de ce mode d'hospitalisation. De nombreuses personnes détenues renoncent aux soins en raison des conditions d'hospitalisation dans les chambres sécurisées. La personne détenue admise dans une chambre sécurisée demeure un patient et doit donc bénéficier à la fois des droits garantis aux personnes détenues et de ceux octroyés aux patients. Les conditions matérielles d'hospitalisation ne sont pas observées ni en amont(103) ni à l'arrivée du détenu dans l'établissement de santé(104). Selon l'Avis du CGLPL, « *la rédaction d'un règlement intérieur spécifique aux*

chambres sécurisées s'impose »(105). Davantage encore, et cela peut sembler un tant soit peu indu pour certains, le rapport dénonce la violation du « *droit fondamental au maintien des liens familiaux. L'accès au téléphone n'est pas effectif (absence de poste dans les chambres sécurisées et impossibilité de contrôler les conversations). Les patients détenus ne peuvent pas recevoir les visites de leurs proches, quelque soit leur statut pénal et même si ces visiteurs sont titulaires de permis de visite* »(106). Pour le CGLPL, « *les visites, les correspondances et les appels téléphoniques doivent être autorisés selon les mêmes règles que celles applicables au sein des établissements pénitentiaires* ». Afin d'éviter ces obstacles, le même rapport rappelle que « *pour préserver la qualité des soins, la sécurité des personnels et la dignité des personnes détenues, il importe d'implanter les chambres sécurisées dans un service où l'équipe soignante est volontaire et préparée à l'accueil, afin d'assurer aux personnes détenues les soins de courte durée* »(107).

Le pas n'a pas encore été franchi en Tunisie. Car en vérité, l'impératif de sécurité est un motif trop grave pour permettre à l'administration pénitentiaire et à l'autorité judiciaire de s'en dessaisir au profit des instances médicales. En revanche, dans d'autres contrées, cette situation a évolué rapidement, et a associé étroitement le service public de la santé »(108).

Force est de reconnaître que malgré toutes ces critiques, les conditions d'hospitalisation « *extra-muros* » sont moins répressives qu'au sein des établissements pénitentiaires, à tel point, témoigne le personnel médical, que les détenus chercheraient à « *s'éterniser* » dans leur rôle de malade.

(100) *Moussel c. France* (requête n° 67263/01 - 14 novembre 2002). [en ligne] disponible à l'adresse : <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/003-646932-652605.pdf> [Consulté le 21 novembre 2015].

(101) *Hénaf c. France* (55524/00) du 27 novembre 2003. [en ligne] disponible à l'adresse : <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/003-646932-652605.pdf> [Consulté le 21 novembre 2015].

(102) Rapport émanant du CGLPL, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 22 novembre 2015].

(103) Une liste des effets personnels autorisés et interdits. [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 22 novembre 2015].

(104) A l'instar d'un livret d'accueil relatif aux modalités d'hospitalisation dans les chambres sécurisées ainsi qu'aux droits afférents. Dans la quasi-totalité des chambres sécurisées, les patients détenus ne bénéficient d'aucune activité (pas de poste de télévision, de radio, de livres ou de journaux). Ils ne disposent pas non plus d'un espace extérieur permettant de s'aérer et, le cas échéant de fumer. Rapport de 2015 sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 21 novembre 2015].

B. Des règles d'éthique médicale résolument bafouées

Les détenus « *doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique* »(109). Se basant sur ce pos-

(105) *Ibid.*

(106) *Ibid.*

(107) Rapport de 2015 (Emanant du CGLPL, Contrôleur général des lieux de privation de liberté) sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé, [en ligne] disponible à l'adresse : <http://www.cgpl.fr/> [Consulté le 21 novembre 2015].

(108) Depuis la loi du 18 janvier 1994 (+ Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994, relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier...). PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998. p. 254.

(109) Règles pénitentiaires relative relatives à l'organisation des soins de



tulat, il est permis d'affirmer que les détenus possèdent, intrinsèquement, un certain nombre de droits qui se divisent en deux catégories : les droits inaliénables reconnus à tout individu même privé de liberté, mais aussi des droits en tant qu'usagers du service public. « *Lorsqu'on décide d'insister sur les prestations sanitaires, ce sont ces deux catégories de droits qu'il est prévu de renforcer. L'idée de prestations fournies par le service public ne remet pas en cause l'importance de la mission de sécurité; elle complète simplement le contenu du droit applicable en prison* »(110). Parmi les droits fondamentaux reconnus en faveur du détenu malade, deux sont à la fois fondateurs et emblématiques de l'éthique médicale, en matière de soins, à savoir le droit au secret médical, et le droit au consentement libre et éclairé. Le respect du secret médical et le respect du consentement libre et informé apparaissent comme deux versants d'une même approche : le fait de considérer le détenu non pas comme un « objet » de soins, mais comme un « sujet de droit ».

Le médecin exerçant en milieu carcéral fournit des soins médicaux et des conseils appropriés à toutes les personnes détenues dont il est cliniquement responsable. Sa tâche commence dès lors qu'une personne est admise en prison. Le médecin procède au diagnostic des maladies physiques ou mentales et adopte les mesures requises par leur traitement et par la nécessité de continuer un traitement médical existant. Les diagnostics et traitements médicaux devraient être fondés sur les besoins de chaque détenu et non pas sur les nécessités de l'administration pénitentiaire. Il doit informer les autorités compétentes de tout signe révélateur de violences subies ainsi que les symptômes de manque consécutifs à une consommation de stupéfiants, de médicaments ou d'alcool.

Le médecin a l'obligation de requérir l'isolement des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses, pendant la période où ils sont contagieux. Il doit présenter un rapport au directeur de l'établissement pénitentiaire s'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu peut s'aggraver du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, y compris celle de l'isolement. Si un détenu est libéré avant la fin de son traitement, il est important que le médecin puisse établir un lien avec les services médicaux extérieurs afin de permettre au détenu de poursuivre son traitement après la libération(111).

Lorsqu'il examine un détenu, le médecin doit accorder une attention particulière au respect des règles ordinaires

santé en prison de la règle n° 40.1 à n° 40.5.

(110) PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, op. cit., p. 502.

(111) RPE Règle 42.2.

du secret médical. En principe, chaque détenu a droit à un accès régulier et confidentiel aux consultations médicales. Les règles internationales recommandent que les conditions dans lesquelles se déroule l'entretien avec un détenu sur ses problèmes de santé doivent être équivalentes à celles qui prévalent dans l'exercice de la médecine civile. *Les archives médicales de chaque détenu devraient rester sous le contrôle du médecin et ne pas être communiquées sans l'autorisation écrite préalable du détenu*. Mais, en vérité, un certain nombre de rapports(112) portant sur l'accès aux soins des personnes détenues ne manque de révéler que « *de multiples violations du secret médical sont régulièrement observés en milieu carcéral* »(113).

Le respect du secret médical est un droit pour le patient et un devoir absolu pour le médecin. *La présence de personnel de l'escorte lors des consultations ou examens médicaux ne permet pas d'assurer ce droit*. Les règles d'éthique recommandent que les consultations médicales se déroulent dans le respect de la dignité du détenu et le maintien de la confidentialité. Lorsque l'on doit tenir compte des problèmes de sécurité, il peut s'avérer nécessaire que les consultations médicales se déroulent à portée de la vue mais pas à portée de l'ouïe des gardes de la prison.

En pratique, le droit à la confidentialité n'est guère respecté. *Ce droit implique que les détenus n'aient pas à présenter leur demande d'accès au médecin à d'autres membres du personnel pénitentiaire. Les détenus ne doivent en aucun cas être dans l'obligation de divulguer les raisons pour lesquelles ils demandent une consultation*.

Au sein même des établissements pénitentiaires, le secret médical apparaît davantage menacé ces dernières années. En effet, le personnel soignant fait l'objet de nombreuses pressions afin de partager les informations dont ils disposent, au nom d'impératifs de sécurité ou d'une approche pluridisciplinaire des personnes détenues. En France par exemple, le personnel soignant exerçant en milieu carcéral est de plus en plus « exhorté » à renoncer au secret médical dans un cadre désigné comme un « *partage opérationnel d'information* »(114), considéré par l'administration pénitentiaire comme « *la clé de voûte de la pluridisciplinarité en détention* »(115). Cela est préjudiciable à plus d'un titre. Car « *l'efficacité*

(112) *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues de 2006*, Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, France.

(113) Sachant que le secret médical n'incombe pas uniquement au médecin, l'infirmier ou autre personnel soignant doit également respecter les règles ordinaires du secret médical.

(114) OIP, Rapport, les conditions de détention en France, La Découverte, 336 pages, 2011, (Extrait du chapitre 6).

(115) *Ibid.*



thérapeutique de toute prise en charge requiert de la part du patient un processus d'adhésion aux soins, adossé à une relation de confiance qui peut difficilement s'établir sans garantie du respect du secret médical ». La « confiance » établie « à travers une relation thérapeutique durable (...) ne peut avoir de sens que si elle reste confidentielle »(116). La confidentialité du dossier médical(117) continue de faire couler beaucoup d'encre. Il est en principe conservé dans des conditions garantissant sa confidentialité et seuls les médecins généralistes, spécialistes et infirmiers y ont accès. En cas de transfèrement ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions permettant de les garder confidentielles. En cas de décès, les ayants droit pourront accéder audit dossier.

D'aucuns considèrent que les archives médicales ne doivent pas faire partie des archives générales des établissements pénitentiaires. En principe, le personnel pénitentiaire, comme le personnel soignant, ne doit aucunement avoir connaissance du dossier pénal des patients. Les avis sur la pertinence ou non de cette méconnaissance sont partagés. (...) La connaissance – tout comme la méconnaissance – du délit par les professionnels peut jouer un rôle dans leur perception du patient, et, en conséquence, dans leurs rapports avec eux. Cela vient leur rappeler que le malade n'est pas seulement un patient : il est aussi un détenu.

D'autres considèrent au contraire que « l'administration pénitentiaire doit avoir accès au dossier médical de la même manière que les médecins doivent avoir accès au dossier pénitentiaire »(118). Dans certains pays, un partage d'information, certes plus restreint, a ainsi été rendu obligatoire(119). Il prévoit la transmission d'informations médicales aux personnels pénitentiaires par les médecins en cas de « risque sérieux pour la sécurité des personnes »(120).

S'agissant de la question relative au consentement libre et éclairé, il convient de rappeler que dans leurs relations avec les détenus, les médecins doivent appliquer les mêmes principes et normes professionnels que ceux qu'ils appliquent dans l'exercice de leurs fonctions à l'extérieur

de la prison, notamment l'obligation de rechercher le consentement des patients en toutes circonstances et de leur permettre d'accéder à l'information médicale qui les concerne. Les détenus doivent ainsi donner leur consentement éclairé préalablement à tout examen ou traitement médical.

La liberté de consentement relève des droits fondamentaux de l'individu. *Elle est à la base de la confiance qui est nécessaire dans la relation entre médecin et malade, spécialement en milieu de détention, alors que le libre choix du médecin n'est pas possible pour les détenus*(121). Le consentement du détenu doit être requis en toute circonstance.

Si la reconnaissance et la garantie de droits au profit des détenus ne posent plus aujourd'hui de problème spécifique, celle inhérente aux droits aux soins fait l'objet de certaines réticences. Concrètement, les gouvernements se voient parfois reprocher de mieux traiter leurs détenus que les autres membres de la société. Dans les pays où le niveau de vie de la population est très bas, certains n'hésitent pas à soutenir que les détenus ne méritent pas d'être gardés dans des conditions décentes et humanitaires. *Si les hommes et les femmes qui ne sont pas en prison doivent lutter pour survivre, pourquoi s'inquiéter des conditions dans lesquelles vivent les personnes qui ne respectent pas la loi ?* S'il est difficile de répondre à cette question, il est permis de relever que *si l'Etat décide de sarroger le droit de priver une personne de liberté, quelle qu'en soit la raison, il doit également assumer l'obligation de faire en sorte que cette personne soit traitée de manière décente et humanitaire. Les gouvernements ont un devoir de diligence vis-à-vis des détenus et doivent fournir des soins médicaux adéquats dans les prisons, qui sont l'équivalent de ceux fournis dans la société en général*(122). L'Etat ne saurait recourir à l'argument de « la pauvreté » ou à celui des « difficultés économiques et financières » afin de justifier un traitement inadéquat des personnes sous sa responsabilité. Ce principe demeure au cœur des sociétés démocratiques.

D'autres voix récalcitrantes évoquent un argument d'ordre juridique. En effet, d'aucuns considèrent que « l'extension au profit du prisonnier de tous les attributs de l'homme libre, qui aurait pour effet de supprimer toute différence entre la situation juridique et matérielle du citoyen moyen et celle du condamné détenu, conduirait

(116) *Ibid.*

(117) Il convient de rappeler que le dossier médical est constitué de l'ensemble des documents relatifs au suivi médical du détenu : soins médicaux, soins psychiatriques, soins infirmiers, examens pratiqués, diagnostics et prescriptions médicamenteuses.

(118) Madame la ministre Rachida DATI, le 20 août 2007.

(119) Dans le cadre de la loi sur la rétention de sûreté en 2008.

(120) OIP, Rapport, les conditions de détention en France, La Découverte, 336 pages, 2011, (Extrait du chapitre 6).

(121) 3^e Rapport général du CPT 1993 (3^e rapport général des activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Strasbourg, 1993, para 45.

(122) *Note d'Orientation* n° 10, School of Law, Centre international d'Etudes pénitentiaires, King's College London, 2006.



inévitablement à compromettre le reclassement de ce dernier »(123). Ils soutiennent ainsi qu'il serait dangereux d'assimiler, comme le veulent certains, le détenu à un malade. « Ce serait supprimer toute idée d'amendement, indispensable, qu'elle soit d'inspiration religieuse ou laïque, à l'insertion sociale du détenu. Si la société déploie, sans arrière pensée, une action curative complète envers ses malades, (...), elle ne saurait agir pareillement à l'égard de ceux qui lui ont causé préjudice par leur déviance »(124). Pour certains, il faudrait éviter d'introduire dans le régime pénitentiaire « un formalisme paralysant qui

(123) MEZGHANI Ridha, *La condition juridique du détenu*, Thèse de Doctorat, Paris II, 1975, p. 239.

(124) *Ibid.*

aurait tôt fait de transformer les détenus en ayant-droit indociles, hargneux et revendicateurs »(125).

CONCLUSION

Pour conclure, nous dirons que le défi de la Tunisie sera de sortir la prison d'une situation d'exception juridique contraire aux exigences d'une société démocratique et de garantir le respect des droits de la personne incarcérée malade. La candeur de ce propos doit être mesurée, car force est de constater que si la construction empirique du « statut du détenu malade » a été longue, celle d'un statut de « l'usager incarcéré » tiendra peut être de la chimère juridique. ■

(125) DUPREEL Jean, « Une notion nouvelle: les droits des détenus », in *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1957-58, p. 177.





LETTRE PERSANE DE LA PRISE EN CHARGE DU MALADE À L'HÔPITAL

*PERSIAN LETTER OF THE COVERAGE OF THE SICK PERSON
AT THE HOSPITAL*

Par Vincent-Pierre COMITI*

RÉSUMÉ

Ce texte est un hommage aux créateurs de la Sécurité sociale français et notamment à Pierre Laroque qui, à la Libération, en fut le principal artisan. Il s'agit d'un remarquable élan dont le caractère universel, protecteur et obligatoire a permis une importante extension de la protection sociale.

MOTS-CLÉS

Histoire de la protection sociale, Histoire de la Sécurité sociale, Pierre Laroque, Soins et hôpitaux.

ABSTRACT

This text is a tribute to the creators of the french Social security, in particular to Pierre Laroque who, at the Liberation, was the main craftsman. It is a remarkable run up. His universal, protective and compulsory characteristic allowed an important extension of the Social protection.

KEYWORDS

History of the social protection, History of the Social security, Pierre Laroque, Cares and hospitals.

* Ancien responsable du Département d'histoire de la médecine
Laboratoire d'Anthropologie physique
Collège de France
vincent-pierre.comiti@hotmail.fr

POURQUOI CETTE ÉTUDE ?

J'ai récemment pu bénéficier, au sein d'un hôpital de l'Assistance-publique-hôpitaux de Paris, de deux opérations, certes non vitales, mais qui ont transformé mon quotidien, en me permettant de retrouver une marche aisée qui me manquait de plus en plus. Ces opérations ont, en outre, effacé les séquelles fonctionnelles d'une période de ma vie où mes fonctions me conduisirent à assister notamment mes collaborateurs dans le port de lourdes charges.

J'ai choisi pour rendre cet hommage, que je rends à l'ensemble des personnels de soins et administratifs, sous la forme d'une lettre persane (que Charles de Montesquieu, 1689-1755, me pardonne cet infâme plagiat), et plus précisément en vous relatant ici la correspondance entre **Junguli et Solidor**. Junguli, plein de fougue et d'entrain croit à la réussite personnel, à l'absence de contrainte tandis que Solidor a fait sien la devise de la France. Il ne sera pas difficile de trouver vers qui vont majoritairement mes préférences.

—**Solidor** : En effet, grâce à la Sécurité sociale et de façon plus générale grâce au système de protection sociale dont bénéficie la France, l'ensemble de mes soins, grâce aux cotisations sociales et à l'impôt, antérieurement versés, a été pris en charge. Un dernier remerciement à Messieurs David Biau et Antoine Khayat, pour leur remarquable dévouement et compétences. Le succès de ces opérations leur doit, joint aux bons soins de toutes les équipes hospitalières, ces magnifiques réalisations. La patience des membres des différentes équipes et leur grand professionnalisme, dispensés à tous les hospitalisés, sans distinction aucune, m'ont réjoui. Tu me trouves naïf, **junguli**, mais on peut, en France tout du moins, être extraordinairement bien soigné grâce notamment à la Sécurité sociale. Tout n'est pas parfait je le sais bien **Junguli** mais je trouve nécessaire de rendre hommage à





tous ceux qui ont participé à sa création et à son maintien. Oui c'est un hommage aux personnels de soins et à tous les personnels administratifs qui contribuent au maintien de « *Notre Sécurité sociale* ».

SOLIDARITÉ OU ABANDON

—**Junguli** : Bonjour **Solidor** ; je viens de quitter Utopia-cité, que j'ai visitée sur tes conseils. J'avoue avoir été très déçu. Quelle monotonie, quel ennui ! Toutes les personnes que j'ai croisées ont un sourire figé sur leur figure ; elles circulent de leur domicile à leur lieu de travail ou de divertissement. Pas de souci, tout est prévu en cas d'accident, de maladie, de chômage, d'handicap et les revenus sont uniformisés. Un ennui pesant plane sur cette ville. Est-cela ton souhait de vie ? Tout est prévu, plus d'initiative individuelle, plus de surprise, rien qu'une monotonie sépulcrale.

—**Solidor** : Tu préférerais sans doute un pays où régnerait la liberté de dépenser sans contrainte ni obligation ses revenus obtenus sans contrôle, à charge pour toi de subvenir à ton habitation, à l'éducation de tes enfants, aux soins de toute nature, et à la sécurité dont tu pourrais avoir besoin ? Et je te laisse imaginer l'état des routes, la prolifération des charlatans de toutes les natures et l'insécurité généralisée en absence de police, armée et justice organisées. De plus, les plus astucieux ou les moins scrupuleux s'approprieraient la majorité des biens et revenus ; en un mot, comme l'a écrit Claude Lévi-Strauss en citant les propos de Jean-Jacques Rousseau : « *J'ai une violente aversion pour les états qui dominent les autres, je hais les Grands, je hais leur état* ». Lévi-Strauss poursuit : « *Cette déclaration ne s'applique-t-elle pas d'abord à l'homme, qui a prétendu dominer les autres êtres et jouir d'un état séparé, laissant ainsi le champ libre aux moins dignes des hommes, pour se prévaloir du même avantage à l'encontre d'autres hommes, et détourner à leur profit un raisonnement aussi exorbitant sous cette forme particulière qu'il était déjà sous une forme générale ? Dans une société policée, il ne saurait y avoir d'excuse pour le seul crime vraiment inexpiable de l'homme, qui consiste à se croire durablement ou temporairement supérieur, et à traiter des hommes comme des objets : que ce soit au nom de la race, de la culture, de la conquête, de la mission, ou simplement de l'expédient* » (Lévi-Strauss (Claude), « Jean-Jacques Rousseau, Fondateur des sciences de l'homme », Leçon donnée à l'Université ouvrière de Genève dans le cadre du 250^e anniversaire de la naissance de Jean-Jacques Rousseau (1962, version internet, 3^e paragraphe avant la fin). Mille mercis à Christian Byk qui m'a fait découvrir toute la richesse de l'œuvre de Jean-Jacques Rousseau. Laisse-moi te conter, **Junguli**, une histoire. Mais, pour ce faire, il nous faut remonter au XIX^e siècle :

Jean-Charles Sournia a dressé un tableau des essais, liés notamment aux entreprises de prise en charge des soins et de façon plus générale des risques de la vie : « *Dans les années 1830, des patrons de l'industrie textile et minières fondèrent, d'abord dans le nord de la France, des « caisses de secours » destinées à venir en aide aux ouvriers malades ou à leur famille en cas de décès et à assurer une retraite à certains d'entre eux. Ces caisses répondaient à une louable intention humanitaire, et à cette époque naquit également dans le Nord, le christianisme social qui devait avoir une longue histoire, mais d'autres motifs ont joué aussi. La main-d'œuvre ouvrière était très mobile, les départs étaient soudains, au gré d'un mouvement d'humeur à l'égard d'un contremaître, des fluctuations de l'emploi ou des surenchères des concurrents. La présence d'une caisse de secours dans une entreprise était un facteur attractif pour l'ouvrier. La caisse était aussi un élément de chantage, elle incitait à une « bonne conduite » et à un bon rendement, car les renvois par le patron étaient discrétionnaires, pour un écart de langage, la maladie ou l'âge, et les cotisations prélevées sur le salaire, bien qu'étant la seule origine des fonds de la caisse, n'étaient pas restituées en cas de renvoi ; on vit même des licenciements à la veille de la retraite. L'entreprise assurait seule la gestion des caisses de secours : la confusion était constante entre les biens de la société et ceux de la caisse, le patron plaçant les fonds en actions de sociétés anonymes dont les ouvriers condamnaient le principe, et à cette époque, où les faillites étaient aussi fréquentes que les réussites spectaculaires, des sociétés s'effondraient entraînant la caisse de secours dans leur déconfiture. Aussi, pendant un siècle, les revendications des ouvriers seront de deux ordres : ils réclameront que le patron verse lu aussi une contributions à la caisse et que sa gestion soit assurée par le patron et les ouvriers* » (Sournia (Jean-Charles), « La communauté assure la santé de chacun », p. 187, in *Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, Paris : Albin Michel/Laffont/Tchou, 1979, T. VI, p.157-201). Les réticences furent vives de la part de certains employeurs qui estimaient que la création d'une caisse devait être facultative et que l'Etat n'avait pas, pour surveiller les gestions défailtantes ou imprudentes, à intervenir dans la vie de l'entreprise. Les mutuelles, héritières des guildes d'entraide de l'Ancien Régime, se développèrent au XIX^e siècle et en 1898 la loi fixa le « code » de la mutualité (Plus exactement la loi du 1^{er} avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. Ce texte innove « *en reconnaissant les sociétés de secours mutuels, cette loi peut être considérée comme l'acte de naissance de la mutualité moderne, elle-même à l'origine de la Sécurité sociale de 1945 en France. A noter la place faite aux femmes*, in « *Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale, 7 siècles d'histoire des institutions, des droits de l'Homme, de la santé, du travail et du social,*



Issy-les Moulineaux, 2002, p. 362 (pagination totale 430 p.) et parallèlement aux soins, en 1850 fut créé la Caisse nationale de retraite pour la vieillesse (la Loi du 18 juin 1850 crée, sous la garantie de l'Etat, une caisse de retraite ou rentes viagères pour la vieillesse, Comiti (Vincent-Pierre), *op. cit.*, p. 359. Cette caisse n'est pas conçue en lien avec une activité professionnelle et fonctionne comme un compte d'épargne : « Malheureusement, les versements sont volontaires... [et] la faible capacité d'épargne de la plupart des salariés rendait difficile le succès d'une telle entreprise ». En 1868 la Caisse nationale d'assurance contre les accidents du travail voit le jour. L'assistance médicale gratuite apparaît en 1898, mais les progrès sont très lents. Les populations couvertes restent peu nombreuses et la couverture individuelle est faible.

Au risque de te choquer, **Junguli**, c'est le Parlement et l'Etat qui seront les partenaires les plus actifs, notamment au XX^e siècle.

Diana Cooper-Richet s'est intéressé à la Sécurité sociale minière (Cooper-Richet (Diana), « Aux origines de la Sécurité sociale minière (1850-1914) », in *Actes du 113^e Congrès national des Sociétés savantes*, Strasbourg, Avril 1988, p. 41-74). Le rôle des compagnies qui avaient institué dès le début du XIX^e siècle des pensions pour leurs ouvriers et l'action des groupements d'ouvriers qui, après 1848, sont à l'origine de sociétés de secours sont le prélude au vote des lois sociales concernant la vieillesse et la maladie : « *Lorsqu'au XIX^e siècle l'extraction du charbon devient une donnée essentielle du développement industriel, ce sont les exploitants qui mettent en place tout un ensemble d'institutions sociales, dans le but de fixer et de protéger la population laborieuse de leurs bassins. A partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, les ouvriers commencent à trouver que la protection offerte par les compagnies est insuffisante. Mais les caisses de secours et retraites patronales sont âprement défendues par leurs promoteurs et par tous ceux qui sont attachés au libéralisme. Néanmoins, avec l'aide d'un certain nombre de députés et d'hommes politiques socialistes et républicains, les mineurs réussissent à faire voter d'importantes lois sociales concernant la vieillesse et la maladie* » (p. 42). La loi du 29 juin 1894 « *institue un régime de retraite pour la vieillesse et organise une assurance maladie. Mais ce qui est tout à fait novateur, en 1894, c'est le caractère obligatoire de la contribution patronale* » (p. 69).

—**Junguli** : Je te reconnais bien ici. Tu ne fais pas confiance à l'initiative privée qui pourtant est à l'origine de tant de belles réalisations. Tu viens toi-même de le rappeler, en t'abritant derrière une citation de l'un de nos plus grands spécialistes en santé publique, hélas disparu, Jean-Charles Sournia.

—**Solidor** : Tu déformes mes propos. Les réalisations personnelles, ou privées et/ou localisées dans l'espace et limitées dans le temps sont bien souvent en partie, reprises par les pouvoirs publics, l'Etat, notamment lorsque ces réalisations apportent une amélioration des conditions de vie des citoyens, à charge pour lui d'en assurer le contrôle et l'inspection, par des corps indépendants, (que les acteurs eux-mêmes, qui sont partie prenante de l'action, ne peuvent réaliser). La Sécurité sociale, après le second conflit n'a fait qu'amplifier un mouvement déjà en route : l'âge minimal et les horaires de travail sont réglementés, une ébauche d'indemnisation du chômage existe, une partie des maladies professionnelles et des accidents du travail fait l'objet d'une assurance et depuis 1928 puis 1932 une assurance en cas de maladie existe pour une partie de la population ; et encore cette liste n'est pas limitative. Mais le cadre est fragile, à bien des égards partiellement réalisé et la pauvreté continue ses ravages. Parmi les réflexions les plus avancées il faut mentionner le *Plan Beveridge* qui tenta de réunir dans un seul système les différents risques de la vie : absence de travail et de revenus, maladies, maternités, accidents, invalidité et vieillesse (Des éléments intéressants de l'historique du système français de Sécurité sociale sont présents sur : www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais).

—**Junguli** : Tu as, ami, une obsession : l'unité des régimes, des branches et des caisses. Pourquoi donc : la souplesse n'est-elle pas dans la multiplication des caisses, adaptées à leur population, sur une « base professionnelle » ? La souplesse et l'efficacité ne sont-elles pas, dans des branches, adaptées aux risques auxquelles elles se consacrent ? Un régime adapté à une partie de la population n'est-il pas, par essence plus efficace car possédant une meilleure connaissance de ses assujettis ?

—**Solidor** : Tu vas encore me reprocher de me cacher derrière nos grands disparus. Je le ferai encore une fois, ne craignant pas ton opprobre, car je confesse avoir été fort influencé par Pierre Laroque, ses écrits comme sa gentillesse. Mais terminons cette diatribe par une dernière citation de Jean-Charles Sournia : « *Avant que le pays ait pu arriver à la sécurité de l'individu telle que nous la vivons aujourd'hui, l'évolution a été lente : de la charité on est passé à l'assistance puis à l'assurance ; la sécurité n'est plus comme autrefois liée à la fortune et à la propriété, elle est un droit du citoyen* » (p. 195).

Au cours du XX^e siècle sera débattu un certain nombre de modèles. Van Parijs a distingué trois modèles de l'Etat-providence : « *Pour bien poser la question des fondements éthiques de l'Etat-providence, il est crucial d'introduire d'emblée une distinction entre trois types idéaux, trois modèles de l'Etat-providence... Dans le modèle que j'appellerai bismarckien, les travailleurs renoncent obligatoirement*



à une partie de leur rémunération présente pour constituer un fonds qui interviendra dans le paiement des soins de santé dont ils auront besoin et qui leur fournira un revenu lorsqu'ils auront passé un certain âge ou lorsqu'un accident, la maladie ou le chômage involontaire les empêcheront de travailler. Dans le modèle que j'appellerai *beveridgéen* tous les titulaires de revenus primaires renoncent obligatoirement à une partie de leurs revenus pour constituer un fonds qui fournira à tout membre de la société un revenu minimum de ressources y compris la prise en charge des soins de santé dont il a besoin, au cas où il ne serait pas capable d'atteindre ce minimum par ses propres moyens, en raison par exemple de son âge, d'un handicap, d'un accident, d'une maladie ou de l'impossibilité de trouver un emploi suffisamment rémunéré. Enfin, dans le modèle que j'appellerai *painéen*, les titulaires de tout revenu renoncent obligatoirement à une part de leurs revenus pour constituer un fonds qui sert à payer inconditionnellement à tout membre de la société un revenu uniforme » (Van Parijs (Ph.), « Au-delà de la solidarité, les fondements éthiques de l'Etat-providence et de son dépassement », *Futuribles*, 1994, 184, p. 5 (sur p. 5-30).

L'auteur distingue essentiellement une lutte entre un principe de simple assurance « qui est une solidarité faible (réductible à l'intérêt personnel entre chanceux et malchanceux *ex post et*, d'autre part, un principe de solidarité forte (qui va nécessairement au-delà de l'intérêt personnel) entre chanceux et malchanceux *ex ante* » (p. 16). Le tableau, *Junguli*, est intéressant, y compris dans son aspect schématique. Le caractère volontaire de l'assurance, le plus souvent, au moins quant au choix de la compagnie s'oppose au caractère souvent obligatoire de la solidarité. De plus les mécanismes de solidarité sont hors profit, donc en principe plus soucieux de non bénéfice : la couverture entre les prélèvements et les retours utiles sont ou devraient être plus importants.

—**Junguli** : Mais l'efficacité du système est aiguillonné, dans le cas des assurances privées, par la performance du système (satisfaction donnée aux bénéficiaires). Il existe d'autre part des assurances obligatoires, gérées par des institutions privées, je pense aux assurances automobiles.

—**Solidor** : C'est vrai, mais il s'agit d'un risque volontaire et en partie non lié aux risques subis de la vie. De toutes les façons il est nécessaire d'instituer un contrôle indépendant et une supervision de la gestion des dispositifs. L'attention doit être constamment soutenue pour éviter tout enlisement du système. La prise en considération de l'activité respectueuse des systèmes de gestion, de leur humanité et des conditions dignes de travail des personnes qui l'effectuent est primordiale. Des bonnes conditions de travail, découle une gestion efficace et efficiente. Nous y reviendrons ; Pierre Laroque a, à ce sujet, écrit et dit des choses importantes.

—**Junguli** : Mais quel rôle a joué le Conseil national de la résistance ? (Cf. Comiti (Vincent-Pierre), *Histoire du droit sanitaire en France*, Paris : Presses universitaires de France, 1994, 128 p.).

Il est de grand intérêt de rappeler, ici les aspects sociaux et certaines orientations de ce texte, texte sur lequel s'appuieront les ordonnances de 1944-1945 et qui seront à l'origine du grand élan social et économique de l'après-guerre ; nous sommes en période d'unité :

« Unis quant au but à atteindre, unis quant aux moyens à mettre en œuvre pour atteindre ce but qui est la libération rapide du territoire, les représentants des mouvements, groupements, partis ou tendances politiques groupés au sein du CNR proclament qu'ils ont décidé de rester unis après la libération... »

5) Afin de promouvoir les réformes indispensables... sur le plan social :

- Le droit au travail et le droit au repos, notamment par le rétablissement et l'amélioration du régime contractuel du travail ;
- Un réajustement important des salaires et la garantie d'un niveau de salaire et de traitement qui assure à chaque travailleur et à sa famille la sécurité, la dignité et la possibilité d'une vie pleinement humaine ;
- La garantie du pouvoir d'achat national pour une politique tendant à la stabilité de la monnaie ;
- La reconstitution, dans ses libertés traditionnelles, d'un syndicalisme indépendant, doté de larges pouvoirs dans l'organisation de la vie économique et sociale ;
- Un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'Etat ;
- L'élévation et la sécurité du niveau de vie des travailleurs de la terre par une politique de prix agricoles rémunérateurs, améliorant et généralisant l'expérience de l'Office du blé, par une législation sociale accordant aux salariés agricoles les mêmes droits qu'aux salariés de l'industrie, par un système d'assurance contre les calamités agricoles, par l'établissement d'un juste statut du fermage et du métayage, par des facilités d'accès à la propriété pour les jeunes familles paysannes et par la réalisation d'un plan d'équipement rural ;
- Une retraite permettant aux vieux travailleurs de finir dignement leurs jours ;
- Le dédommagement des sinistrés et des allocations et pensions pour les victimes de la terreur fasciste ».

—**Junguli** : Mais quel rôle a joué Pierre Laroque. Michel Lagrave (Lagrave (Michel), « Préface », in « Lagrave (Michel) et Laroque (Pierre), Hommage à Pierre Laroque à l'occasion du centenaire de sa naissance », *Revue française des affaires sociales*, 2008, n°1, p.



153-156.), dans un hommage rendu à Pierre Laroque, rappelle les objectifs et les fondements de la Sécurité sociale énoncés par Pierre Laroque le 23 mars 1945 à l'École nationale d'organisation économique et sociale. Certes, ses ambitions initiales ont été contrecarrées, mais la « *flamme est toujours présente* » : « Elle [la Sécurité sociale] est la garantie donnée à chacun qu'il disposera, en toutes circonstances, d'un revenu suffisant pour assurer à lui-même et à sa famille une existence décente ou, à tout moins, un minimum vital ». Michel Lagrave a bien vu que « *La conception de la sécurité sociale de Pierre Laroque s'analyse comme un programme social et même un projet de société autour du thème de la sécurité* » et nécessite le plein emploi. La Sécurité sociale est à la fois « une sécurité généralisée dans son champ » et « un instrument d'intervention quand l'insécurité apparaît ». Michel Lagrave rappelle aussi la raison de l'échec des retraites ouvrières de 1910 intervenue après la longue période de la prévoyance libre : « Cette longue évolution a conduit au « dernier système » celui des assurances sociales, d'une assurance obligatoire contre les risques sociaux qui s'est étendue d'abord aux fonctionnaires pour la retraite, aux marins du commerce, aux cheminots, puis à l'ensemble des travailleurs salariés, en 1910 avec les retraites ouvrières qui, comme le rappelle Pierre Laroque, ont été un échec. Elles étaient, en effet, fondées sur la capitalisation et n'ont pas résisté à l'inflation. Le principe de la répartition s'est substitué à cette première expérience malheureuse et n'a plus été contesté » (p. 155). Avec force Michel Lagrave réaffirme que l'insécurité aliène, que la sécurité libère, « à condition de ne pas tomber dans l'esprit d'assistance » (*ibid.*). Dans le même numéro de la *Revue française des affaires sociales* est reproduit le *Discours prononcé le 23 mars 1945 à l'École nationale d'organisation économique et sociale à l'occasion de l'inauguration de la section assurances sociales* (*Revue française des affaires sociales*, 2008, n° 1, p. 157-163.) Ce texte est d'importance car il est un véritable plaidoyer pour une nouvelle vision du substrat social des relations économiques :

- « *Qu'est-ce donc que la sécurité sociale ? Je crois qu'on peut la définir ainsi : la garantie donnée à chacun qu'il disposera en toutes circonstances d'un revenu suffisant pour assurer à lui-même et à sa famille une existence décente, ou à tout le moins un minimum vital* » (p. 157).
- « *Quelle que soit la cause de l'interruption du travail, la Sécurité sociale suppose qu'il est paré [le soutien de famille] aux conséquences de cette interruption par l'attribution d'un revenu subsidiaire adapté aux besoins du travailleur et de sa famille pendant toute la période difficile qu'il traverse. C'est le dernier aspect, mais non le moindre, de la réalisation de la sécurité sociale* » (p. 159).

Michel Laroque, (le chômage n'est pas alors le problème majeur qu'il deviendra par la suite, inclut néanmoins la lutte contre le chômage dans son plan « *La Sécurité sociale prise dans son sens le plus large doit donc d'abord fournir à tous les hommes et à toutes les femmes en état de travailler un emploi rémunérateur* » (p. 157). (Il faudra attendre 1957, et la création des ASSEDIC et de l'UNEDIC pour que le problème du chômage, hormis les différentes formes « d'ateliers » créés antérieurement pour que la lutte contre le chômage commence à être prise en compte).

Son plan est unitaire mais il a bien compris les dangers d'un système général :

- « *L'organisation à réaliser doit être générale. En effet, prenons les différents risques, les différentes législations dont nous avons parlé : que voyons-nous ? Une série de situations tout à fait analogues, une série de cas où les travailleurs, pour des causes différentes, se trouvent privés de leurs moyens d'existence : c'est le chômage, c'est la maladie, c'est l'accident du travail. Eh bien ! Les prestations qu'on leur donne sont différentes, sans aucune raison valable puisque les besoins sont les mêmes. Et d'autre part, entre les différents systèmes, il y a des lacunes, il y a des failles. Le problème actuel est de réaliser une organisation qui reprenne l'ensemble de ces régimes dans le cadre d'un système général, et ce système général ne peut être qu'un système de prévoyance obligatoire* » (p. 161).
- Deux dangers guettent à ses yeux la Sécurité sociale : « *Le premier est le risque de détruire chez les individus tout esprit d'initiative et d'entreprise... il appartient à ceux qui auront la charge de diriger la politique sociale du pays d'orienter l'application du système français de la Sécurité sociale, non pas dans le sens de la paresse et de la stagnation, mais dans le sens de la vigueur et de la jeunesse* » (p. 162).

Le deuxième danger est lié au gigantisme de l'organisme a créé : « *Le deuxième danger n'est plus un danger individuel, mais un danger collectif. Il existe aujourd'hui, dans le cadre du système présent de la Sécurité sociale française, des organismes nombreux, complexes sans doute, mais qui ont, ou tout du moins dont la plupart ont une vitalité certaine en raison de leurs dimensions restreintes. Si on leur substitue une vaste organisation s'étendant à toute la population et à tous les risques, il y a un danger certain de voir s'édifier une administration énorme, au personnel bureaucratique et paperassier... Ce danger, ici encore, doit être évité. L'organisation française de la sécurité sociale devra être conçue de manière à éviter ce risque de bureaucratie. Elle devra être faite d'institutions vivantes, se renouvelant par une création continue, par l'effort des*



intéressés eux-mêmes chargés par leurs représentants d'en assurer directement la gestion » (p. 162).

UN HOMME DE DIALOGUE

Pierre Laroque était homme de dialogue. En témoigne les échanges radiophoniques conservés à l'INA (Signalons la très grande richesse des fonds de l'Institut National de l'Audiovisuel www.ina.fr et la très grande disponibilité de son personnel que je tiens à remercier ici pour son aide). Le 2 janvier 1946 par exemple, il enregistre dans le cadre de « La tribune de Paris » une émission sur le thème : *Qu'est-ce que la Sécurité sociale ?* Sont présents Pierre Laroque, deux représentants de la CGT, un représentant d'un syndicat chrétien, un représentant de la CGSM, un représentant du patronat et un journaliste. Le ton est toujours courtois et Pierre Laroque expose faits et idées avec grand calme. Ce sera un de ses grands atouts pour mener à bien la mise en œuvre de la Sécurité sociale. Il existait déjà les assurances sociales, les accidents du travail et les allocations familiales. L'objectif, en 1944 était de réaliser l'unité de la Sécurité sociale, l'idée essentielle étant de se délivrer de la misère. Il convenait ainsi de définir un cadre administratif et financier, de réformer les prestations familiales et les accidents du travail. La CGT demande que soit confié aux assurés eux-mêmes la gestion de la Sécurité sociale, tandis que le représentant de la CFTC craint de voir disparaître la liberté d'association. La Confédération des syndicats médicaux se montre globalement favorable. Le 3 décembre 1946 (« Tribune de Paris ») à un intervenant qui lui demande que les administrateurs, (qui sont bien élus) puissent agir sur les cotisations et les prestations, Pierre Laroque répond que le système de Sécurité sociale reposant sur une solidarité nationale, les règles qui régissent les prestations et les cotisations doivent trouver d'abord leur équilibre au plan national. Dans une émission postérieure (« Tribune de Paris », 13 octobre 1948) le journaliste formule trois critiques : le système est centralisé, il y a un trop un grand nombre de catégories sociales assujetties et les charges sont trop lourdes tandis qu'un autre intervenant indique que, selon lui, il existe un risque de voir l'esprit d'épargne diminuer. Pierre Laroque indique que le reproche essentiel que l'on fait à la Sécurité sociale est la lourdeur des charges sur les salaires. Il apparaît cependant qu'il est devenu impossible de diminuer les droits. Par contre on peut améliorer le contrôle des dépenses de santé, décentraliser les caisses et multiplier les sections : « *l'esprit mutualiste doit rester à l'intérieur de nos administrations* », cela implique l'élection de des administrateurs. Pierre Laroque insistera souvent sur l'importance d'associer les bénéficiaires de la Sécurité sociale à sa gestion et à

tenir compte de l'origine en grande partie mutualiste de la « Grande Dame ». Il conclut en indiquant que la sécurité sociale a introduit un peu de justice dans la répartition des revenus.

Dans une autre émission radiophonique de 1948 (« Tribune de Paris », 21 octobre 1948), Pierre Laroque indique que les comptes de l'Assurance maladie ont été équilibrés par l'Assurance vieillesse. Il attribue l'augmentation des dépenses de l'Assurance maladie au fait que les assurés se soignent mieux et il passe en revue les postes en augmentation (honoraires, pharmacie et hospitalisation). Pierre Laroque est bien conscient de la nécessité de développer le contrôle des caisses car il perçoit la grande dispersion des frais de gestion qui peuvent varier entre 5% et 15% des dépenses totales. Il souligne l'importance de la Sécurité sociale dans l'équipement sanitaire du pays, indique que l'action sanitaire est facultative, qu'il convient de rembourser les soins dès les premiers jours car cela concerne essentiellement les enfants et s'oppose à l'affirmation qui laisserait entendre que les examens de santé des caisses seraient trop onéreux.

Pierre Laroque reconnaissait l'une des grandes faiblesses principales du plan de Sécurité sociale : ainsi, en avril 1946 écrit-il (Laroque (Pierre), « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, avril 1946, n° 1, p. 9-20). dans la dernière partie de son article qui reprend un exposé fait au Centre national d'information économique le 19 janvier 1946 : « Enfin, à côté de *ces réformes des législations existantes, il faudra étendre la sécurité sociale aux domaines qu'elle n'a pas encore atteints. Je pense, en particulier, au domaine du chômage. Il faudra que la France, elle aussi, à l'image de la plupart des pays étrangers, ait son assurance-chômage* » (p. 18-19).

L'ŒUVRE, ASPIRATIONS ET CONTRAINTES

Dans une conférence prononcée au Club-Echos en 1948, le samedi 6 novembre 1948 Pierre Laroque présente la réforme de la Sécurité sociale et le titre choisi *La Sécurité sociale dans l'économie française*, indique déjà qu'il la considère comme un pilier économique, voire un fondement politique de toute société (Laroque (Pierre), *La Sécurité sociale dans l'économie française*, conférence prononcée au Club-Echos le samedi 6 novembre 1948, Paris : Les Echos, 1948, n° 6, 32 p.) : « *Ce que la Sécurité sociale a apporté. Si l'on va au fond des choses on s'aperçoit que les problèmes économiques de la Sécurité sociale se posent en fait sous un angle très différent de ce que l'on croit en général. Et de ce que l'on peut croire au premier abord. A la masse des travailleurs pris globalement, la Sécurité sociale n'a apporté aucun avantage matériel nouveau. Elle*



n'a, à aucun titre augmenté la part des travailleurs dans le revenu national.

Ce qu'elle leur a apporté, c'est un peu plus de justice dans la distribution des revenus et aussi un sentiment de sécurité, un élément de sécurité : c'est en raison de cet élément psychologique que les masses ouvrières ont aujourd'hui, un attachement aussi profond à l'égard de la Sécurité sociale, attachement dont on ne mesure pas toujours suffisamment l'importance et qui, pour les plus modestes des travailleurs, prend parfois un caractère véritablement mystique.

A l'économie, la Sécurité sociale n'a pas apporté la charge nouvelle insupportable que l'on décrit si volontiers. En réalité, les dépenses que couvre la Sécurité sociale auraient dû, de toute manière, être supportées par l'économie du pays. Ces dépenses correspondent à ce qu'on peut appeler le budget de la population involontairement inactive... c'est un mécanisme de remplacement assurant, par une redistribution des revenus, un très petit minimum d'existence à ceux qui n'ont rien, ou une aide à ceux qui n'ont pas assez » (p. 22). Il indique que s'il n'y avait pas eu un accroissement considérable des allocations familiales, il aurait été nécessaire d'augmenter les salaires et « Si la natalité a remonté dans les proportions que l'on sait depuis quelques années, si ce haut niveau de natalité se maintient aujourd'hui, alors que l'effet du retour des prisonniers ou de mobilisés ne se fait plus sentir au même degré, il est indiscutable que l'on doit, dans une très large mesure, ce résultat aux prestations familiales » (p. 16). Pierre Laroque avait bien compris l'importance de « l'octroi » des allocations familiales pour le bien être (au sens fort) des familles et ses liens avec la natalité. Aider les familles, qui toutes consentent un effort particulier, tout au long de leurs vie pour élever leurs enfants, c'est un acte de solidarité, d'aide, de reconnaissance mais aussi un acte éminemment politique. Nous voyons à la lecture des propos de Pierre Laroque, qu'il propose une véritable politique dont la Sécurité sociale est la clé de voute, dans le souhait qu'il formula pour sa réalisation. La réalité en sera en partie ternie et amoindrie par les résistances auxquelles cédèrent les instances gouvernementales qui succédèrent au Général de Gaulle.

—**Junguli** : Si je te comprends bien, Pierre Laroque a tout inventé, y compris le système sociale et politique idéal ? En quoi un système de sécurité sociale, fusse-t-il plus complet serait la panacée en matière de lutte contre la pauvreté, les inégalités et les injustices de la vie ? Tu es un doux rêveur.

—**Solidor** : Tu caricatures ce que j'essaie de te montrer. Allons progressivement : si vos revenus sont très faibles ou faibles vous n'économiserez pas pour des risques hypothétiques : la maladie, l'accident, le chômage voire la survenue d'une grossesse (qui, au sens propre du terme n'est pas un risque). Vous parerez au plus pressé,

à l'alimentation de votre famille, à disposer d'un toit, à vous vêtir. Si un mécanisme, de survenue automatique n'intervient pas, votre vie devient fort difficile en cas d'accident de la vie. Et cette automaticité demande la mise en place de mécanismes obligatoires quant au provisionnement des fonds nécessaires comme des structures à mettre en place. Il en va de même dans bien des secteurs comme l'éducation ou les infrastructures nécessaires au Pays. Je vous rappelle qu'il ne m'aurait été, comme à la majorité des habitants de notre pays, impossible de bénéficier des soins que j'ai reçus, en absence de Sécurité sociale. Voilà, me semble-t-il une ample justification à l'obligation des prélèvements, dont on peut, bien entendu, discuter des modalités.

Aucun revenu universel ne pourra supprimer le fait qu'un certain nombre de risques, précisément ceux qui bouleversent votre existence et vous entraînent, lors de sa survenue vers la précarité et la misère, ne seront pas anticipés. La prévoyance individuelle a constamment échoué au cours des siècles, ne serait-ce parce que les choix ne sont pas possibles quand les revenus sont contraints.

L'une des sources essentielles de connaissance de l'œuvre de Pierre Laroque, activité à laquelle il attachait grand prix, se trouve dans son enseignement à l'Institut d'études politiques (Laroque (Pierre), *Les grands problèmes sociaux contemporains*, Fascicule I et II, Paris : Université de Paris, Institut d'Etudes politiques, 1950, 350 p. (Pierre Laroque était alors Maître des requêtes au Conseil d'Etat, Directeur général de la Sécurité sociale). Le texte de ses cours ne comporte aucune note, aucune référence, aucune bibliographie. Sa lecture est en fait une audition. Pierre Laroque écrit ici comme il parlait : avec conviction, avec simplicité et avec pédagogie. Il aborde de nombreux thèmes comme l'éducation ou le logement et, alors que ce problème ne représentait pas une priorité de l'après-guerre, il indique que la déclaration internationale des droits de l'homme impute aux Etats la responsabilité du plein emploi.

—**Junguli** : Et le revenu universel : n'est-ce pas le rêve ultime de cette évolution historique ?

—**Solidor** : Si l'idée d'un revenu versé uniformément et sans conditions est débattu, il convient de s'y arrêter tant ses implications seraient importantes. Il ouvrirait une boîte de Pandore dont on commence à cerner certaines caractéristiques. Pourquoi instaurer ou maintenir un salaire minimum puisque le choix sera possible de travailler ou de ne pas travailler ? Pourquoi maintenir des allocations en cas de chômage puisque ce revenu serait instauré, notamment pour cela ? L'individu bénéficiaire de ce revenu serait libre de souscrire toutes assurances nécessaires pour se couvrir en cas de maladie, handicap, grossesse, en un mot il pourrait à sa guise choisir les



risques contre lesquels il voudrait se prémunir. Deux conséquences majeures en découleraient. Les lois du marché remplaceraient les règles de la solidarité. Contraint au niveau de ses ressources, la couverture des risques de la vie passerait au second plan dans un contexte financier familial contraint. L'obligation et le contrôle par une puissance publique neutre céderaient le pas devant une possibilité aléatoire de grande variabilité et motivé par un bénéfice dans des domaines par définition hors commerce (Il convient de rappeler le texte de l'article R4127-19 du Code de santé publique (article 19 du Code de déontologie médicale) : » *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* »).

Michel Borgetto a bien perçu certains risques liés à l'allocation universelle (Borgetto (Michel), « Ce "risque"

que la Sécurité sociale n'avait pas prévu », *Societal*, 1^{er} trimestre 2003, p. 75-80) : « *Mais, à l'instar de l'impôt négatif, l'allocation universelle pose de redoutables problèmes ; de manière plus précise, son caractère exclusivement monétaire soulève de sérieuses difficultés tant sur le plan théorique que sur le plan pratique. Car de deux choses l'une : ou bien cette allocation est située à un haut niveau, mais c'est alors sa faisabilité qui est en question, du fait des énormes prélèvements qu'elle suppose ; soit elle se situe à un bas niveau, et elle ne peut alors que générer de fortes inégalités selon la situation des personnes, tout en conduisant à un abandon de l'ensemble des autres protections existantes : ce qui ne peut que désavantager les plus pauvres* » (p. 79). ■

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2018 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Serge KEBABTCHIEFF

Imprimé en France



Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

Le *Journal Droit, Santé et Société* est une série du *Journal de Médecine Légale* destinée à l'ensemble des personnes intéressées par les rapports entre sciences et société. Elle a une approche pluridisciplinaire et une vocation internationale. Les articles soumis sont proposés éventuellement dans le cadre d'un dossier thématique propre à chaque numéro. Mais, la rédaction peut également créer des rubriques comme indiquées ci-après.

LES DIFFÉRENTES RUBRIQUES SONT LES SUIVANTES :

Rubriques-thématiques transversales :

- a) Editorial
- b) Rubriques spécialisées

Dossiers thématiques :

- Pôle 1 : 1° Droit de la santé et de la bioéthique
2° Droit de la famille et des personnes
3° Prisons et soins psychiatriques
4° Droit, données de santé, télémédecine et imagerie médicale, gérontechnologie
5° Droit de la recherche
6° Droit pharmaceutique et du médicament (y inclus les produits de santé et les alicaments)
- Pôle 2 : 1° Droit des assurances
2° Atteintes corporelles (aléa médical, responsabilité médicale et du fait des produits, indemnisation)
3° Droit, santé et environnement
4° Pratiques judiciaires, droit pénal de la santé et de l'environnement
- Pôle 3 : 1° Droit de l'expertise, déontologie, conflits d'intérêts et bonnes pratiques
2° Droit européen et international de la santé
3° Histoire de la médecine légale et du droit de la santé
4° Anthropologie, médecine et droit
5° Sociologie de la santé
- Pôle 4 : Correspondants régionaux et nationaux

Les langues admises sont l'Anglais et le Français.

LES TEXTES SOUMIS TIENDRONT COMPTE DES RÈGLES ÉDITORIALES SUIVANTES

Titre : le titre est bref et informatif, il est d'environ 10 mots. Il doit être complété d'un titre court (de 5 mots environ) utilisé par l'entête de l'article publié.

Auteurs : la liste des auteurs (initiales des prénoms, noms) est suivie des références de l'institution (nom, ville, pays) ainsi que du nom et de l'adresse complète de l'auteur auquel le bon à tirer sera adressé.

Résumé : il ne dépasse pas 10 lignes dactylographiées (usuellement 250 mots). Il ne comporte que des phrases ayant un contenu informatif précis. Il est rédigé en français et en anglais. Il est suivi de mots-clés (keywords).

Tableaux : ils sont appelés dans le texte et numérotés dans l'ordre d'appel (chiffres romains). Leur nombre est réduit (pas plus de 4 à 5 tableaux), de même que leur dimension. La légende figurera en haut des tableaux.

Figures : elles sont appelées dans le texte et numérotées dans l'ordre d'appel (chiffres arabes). La légende figurera en dessous des figures. Les auteurs doivent fournir une épreuve originale de bonne qualité. Le texte, les tableaux et les figures doivent être complémentaires.

Bibliographie : seules figurent les références citées dans le texte. Inversement, tout auteur cité figure dans la bibliographie. **L'ordre retenu pour les références bibliographiques est alphabétique selon les noms des premiers auteurs.** Chaque référence est appelée dans le texte par le numéro d'ordre (chiffre arabe entre crochets) qui lui est affecté dans la bibliographie. Les références sont classées en fin d'article dans l'ordre alphabétique des premiers auteurs.

La rédaction et la ponctuation des références bibliographiques suivent les normes de Vancouver :

- Les auteurs : leur nom figure en minuscules suivi des initiales du prénom. Lorsque leur nombre excède 6, on ne mentionne que les 3 premiers suivis de « et al. ».
- Le titre complet du document dans sa langue d'origine est porté en italique.

QUELQUES EXEMPLES

Pour un périodique, le titre abrégé selon l'index Medicus (sans accent et sans point), l'année de parution, le tome ou le volume, la pagination (première et dernière pages).

Ex. : Béraud C. Le doute scientifique et la décision : critique de la décision en santé publique. *Sante pub.*, 1993 ; 6 : 73-80

Pour un livre : la ville d'édition, la maison d'édition ou d'impression, l'année de parution, le nombre total de pages.

(les chapitres et les communications sont précédés et suivis de guillemets).

Pour un mémoire ou une thèse : le titre de thèse doit apparaître entre guillemets, et le type de thèse et sa spécialité seront portés entre crochets suivis de la ville, l'université, l'année et le nombre total de pages.

ENVOI AU SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

La proposition d'article doit être dactylographiée en double interligne (en Times new roman 12). Pour un article thématique, le nombre de mots doit être compris (figures, tableaux et bibliographie inclus) entre un minimum de 5000 (8-9 pages) et un maximum de 7000. Les pages sont numérotées consécutivement sur l'ensemble du texte.

Pour soumettre votre proposition d'article par email : christian.byk@gmail.com

PROCÉDURE DE LECTURE

Après une 1^{re} lecture, le secrétariat de rédaction adresse la proposition d'article anonymisée pour un examen critique à deux lecteurs référents anonymes.

Les avis des lecteurs et la décision de la rédaction (acceptation, refus, proposition de modifications) sont transmis ensuite à l'auteur dans un délai 2 mois après la réception.

La version définitive, acceptée par le comité de rédaction, est adressée sur support email (document word).

Les articles soumis au *Journal Droit, Santé et Société* ne doivent avoir été ni publiés, ni simultanément soumis ou déjà acceptés pour publication ailleurs. Le fait de soumettre un article à la rédaction vaut à la fois pour la publication papier et électronique de la revue, notamment via le portail www.cairn.info.

A cette fin, les auteurs doivent certifier, par courrier, que leur texte n'a jamais été publié ou soumis à publication.

Law, Health and Society Journal is a series of the *Journal of Forensic Medicine*. This series is devoted to all those interested in the relationship between Law, Medicine and society. It has a multidisciplinary approach and an international vocation. Submitted articles could be included in a thematic issue or inserted into a specific section.

The editorial committee can also create specific sections as shown below.

The different sections available are listed below:

Cross-thematic sections:

- a) Editorial
- b) Specialized Topics

Special Sections:

- Pole 1: 1° Health Law and Bioethics
2° Law of families and individuals
3° Prisons and psychiatric care
4° Law, health data, telemedicine and medical imaging, geriatric technology
5° Law of research
6° Pharmaceutical law and medicine (including health products and nutraceuticals and medical devices)
- Pole 2: 1° Insurance Law
2° Body damages and injury (medical hazard, medical liability and responsibility of bad products and practices, compensation and indemnification)
3° Law, Health and Environment
4° Judicial Practice, Criminal Law of Health and Environment
- Pole 3: 1° Law of expertise, ethics, conflicts of interest and good practice
2° European and International Health Law
3° History of Forensic Medicine and Health Law
4° Anthropology, medicine and law
5° Sociology of Health
- Pole 4: Regional and national correspondents

Articles are accepted in English and French.

SUBMITTED TEXTS WILL TAKE INTO ACCOUNT THE FOLLOWING EDITORIAL RULES

Title: The title must be short and informative (approximately 10 words). It must also include an abbreviated version (about 5 words) which will be used as the header of the article.

Authors: List of authors (first name initials, surnames) must be followed by the institution details (name, city, country) as well as the name and full address of the author to which the final version will be sent.

Abstract: The abstract should not exceed 10 typed lines (generally 250 words). It should only include sentences with specific informative content and should be provided in French and in English. The abstract must followed by key words.

Tables: Tables must be named in the text and numbered in order using Roman numerals. The size of the tables is limited as is the number of tables that can be included (no more than 4 or 5). The caption must figure at the top of the tables.

Figures: The figures must be named in the text and numbered in order (Arab numerals). The caption should appear below the figures. Applicants must provide an original copy of good quality. The text, tables and figures must complement each other.

Bibliography: Only include references cited in the text. Conversely, any author cited must be listed in the bibliography. The order chosen for bibliographic references is alphabetical according to the authors' surnames. Each reference is labelled in the text by the number (Arab numerals in square brackets) it is assigned in the bibliography. The references are classified at the end of the article in alphabetical order.

Writing and punctuation for the references must follow the Vancouver standards:

- Authors: the surname must figure in small letters followed by first name initials. When the number of names exceeds 6, only the first 3 are mentioned followed by "et al."
- The full title of the document in its original language should be in italics.

SOME EXAMPLES

For a periodical, referencing is as follows: short title according to the Medicus index (without the accent and the full stop), year of publication, volume or the part, page numbers (first and last pages).

E.g.: Béraud C. Scientific doubt and decision: criticism of decision in public health. *Health Pub.*, 1993; 6: 73-80

For a book: the city in which it was printed, publishing or printing house, the year of publication, the total number of pages.

(Chapters and articles are preceded and followed by quotation marks).

For a memoir or a thesis: the thesis title must appear between quotation marks, and the type of thesis and its area of expertise should figure between square brackets followed by the city, the university, the year and the total number of pages.

SENDING THE ARTICLE TO THE EDITORIAL SECRETARY

The article must be typed using double spacing (in Times new roman 12). For a thematic feature, the number of words must be specified (figures, tables and bibliography included): between 5,000 (8-9 pages) and 7,000 pages. The pages are numbered consecutively throughout the text.

To submit your article by email, please send it to the following address: christian.byk@gmail.com

PROOF-READING

After the first reading, the editorial secretary will send the article (anonymous) for critical review to two anonymous readers.

The readers' opinion and the editor's decision (acceptance, refusal, proposed changes) are subsequently sent to the author within 2 months of receipt.

The final version accepted by the editorial committee, is sent by email (Word format).

Articles submitted to the *Law, Health and Society Journal* should not have been published, submitted or accepted for publication elsewhere. Articles submitted are for both the paper and electronic versions, especially the www.cairn.info website.

Authors must therefore certify by post that their text has not been published or submitted for publication elsewhere.