



HAL
open science

Les soins médicaux portés aux patients âgés incapables de s'autogérer

Ingrid Brena

► **To cite this version:**

Ingrid Brena. Les soins médicaux portés aux patients âgés incapables de s'autogérer. 2013. halshs-00917760

HAL Id: halshs-00917760

<https://shs.hal.science/halshs-00917760>

Preprint submitted on 12 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les soins médicaux portés aux patients âgés incapables de s'autogérer

Ingrid Brena

N°06 | mai 2013

Quand un patient âgé frappé d'un certain niveau d'insuffisance mentale a besoin d'un traitement en milieu médical, de quelle manière doit agir le personnel hospitalier ? Pour répondre à cette question, ce working paper s'appuie sur le canevas proposé par la Convention de la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être en référence aux avancées de la biologie et de la médecine : la convention sur les droits humains et la biomédecine, ainsi que quelques exemples de lois nationales qui prennent en compte les changements récents dans la perception des personnes âgées avec une incapacité mentale, et la manière dont leurs droits doivent être protégés.

Position Papers Series

Les soins médicaux portés aux patients âgés incapables de s'autogérer

Ingrid Brena

Mai 2013

L'auteur

Chercheur à l'institut de sciences juridique de l'Unam, où ell est coordonatrice du département d'études en droit et santé, Ingrid Brena participe depuis plusieurs années aux programmes de bioéthique qui ont été impulsés et relayés dans le cadre de la Msh depuis plus de vingt ans. Elle est une des représentantes majeures du Mexique dans ces programmes et elle travaille tout particulièrement actuellement sur l'apport du droit français dans les problèmes contemporains de la bioéthique, en particulier dans le domaine de la fin de vie. Coordinatrice du projet d'élaboration du Code civil du District Fédéral au Mexique, en 2000, qui a servi de base à l'élaboration du nouveau texte, elle a participé à l'élaboration des réformes pour le code civil du District fédéral pour l'incapacité juridique en 2012. Elle a publié plusieurs ouvrages, parmi lesquels *El derecho y la salud, temas selectos* ; *Adopciones en México y algo mas*. Elle a dirigé *Hacia un instrumento internacional de bioética para America Latina*, et *Fertilización asistida ou Emergencias sanitarias*.

À propos de ce texte

Texte traduit par Dominique Fournier, responsable du programme Amérique latine à la Fondation Maison des sciences de l'homme.

Citer ce document

Ingrid Brena, *Les soins médicaux portés aux patients âgés incapables de s'autogérer*, FMSH-PP-2013-06, mai 2013.

© Fondation Maison des sciences de l'homme - 2013

Informations et soumission des textes :

wpfms@msm-paris.fr

Fondation Maison des sciences de l'homme
190-196 avenue de France
75013 Paris - France

<http://www.msm-paris.fr>

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/FMSH-WP>

<http://wpfms.hypotheses.org>

Les Working Papers et les Position Papers de la Fondation Maison des sciences de l'homme ont pour objectif la diffusion ouverte des travaux en train de se faire dans le cadre des diverses activités scientifiques de la Fondation : Le Collège d'études mondiales, Bourses Fernand Braudel-IFER, Programmes scientifiques, hébergement à la Maison Suger, Séminaires et Centres associés, Directeurs d'études associés...

Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que leur auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions institutionnelles de la Fondation MSH.

The Working Papers and Position Papers of the FMSH are produced in the course of the scientific activities of the FMSH: the chairs of the Institute for Global Studies, Fernand Braudel-IFER grants, the Foundation's scientific programmes, or the scholars hosted at the Maison Suger or as associate research directors. Working Papers may also be produced in partnership with affiliated institutions.

The views expressed in this paper are the author's own and do not necessarily reflect institutional positions from the Foundation MSH.

Résumé

Quand un patient âgé frappé d'un certain niveau d'insuffisance mentale a besoin d'un traitement en milieu médical, de quelle manière doit agir le personnel hospitalier ? Pour répondre à cette question, ce working paper s'appuie sur le canevas proposé par la Convention de la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être en référence aux avancées de la biologie et de la médecine : la convention sur les droits humains et la biomédecine, ainsi que quelques exemples de lois nationales qui prennent en compte les changements récents dans la perception des personnes âgées avec une incapacité mentale, et la manière dont leurs droits doivent être protégés.

Cet article propose quelques instructions générales fondées sur les documents mentionnés à l'intention du personnel médical pour leur manière de traiter les patients fragilisés, et en particulier ceux qui souffrent d'incapacité mentale. D'un côté, ce personnel doit assurer un service à ces patients en suivant des protocoles bien établis. D'un autre côté, il se doit de respecter leurs droits, tels que le droit à être tenu informé exactement de leur état de santé et le respect de leur propre détermination à prendre eux-mêmes une décision les concernant.

Mots-clefs

patients âgés, incapacité mentale, médecine, santé, droits nationaux, conventions internationales

Guidelines for medical care towards elderly patients with self-sufficiency disabilities

Abstract

When an elderly patient with a certain level of mental disability requests treatment at a medical facility, how should health care personnel proceed? To address this question, this working paper uses as a framework the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, as well as some national laws that embed some of the recent changes on the perception of mentally disabled elders and how their rights should be protected.

This paper suggests some general guidelines based on the abovementioned documents with the intention of leading healthcare personnel about the handling of frail patients and specially those with a degree of mental disability. On one hand, healthcare personnel must provide services to these patients following established protocols. On the other hand, they must respect their rights such as the right of information about their health condition and the respect of their self-determination to allow their own decision-making.

Keywords

elderly patients, mental disability, medical care, health, international conventions

Les 17 et 18 avril 2012 s'est tenu à Sao Paulo, Brésil, le forum franco-latino-américain de bioéthique avec le séminaire « Éthique clinique et hospitalière sur les problèmes de fin de vie ». La réunion d'un bon nombre de spécialistes a permis de mettre en évidence les manières d'aborder, tant en France que dans certains pays latino-américains, les problèmes éthiques concernant spécifiquement les hôpitaux et les maisons de santé qui doivent accueillir un adulte d'âge avancé. C'est dans ce contexte que j'ai présenté une communication sur le thème de « l'attention médicale portée aux patients âgés se trouvant dans l'incapacité de se prendre eux-mêmes en charge » qui devient ici ce working paper.

Préoccupations

Le choix du thème est venu de l'évidence de la situation qui se présente de façon toujours plus réitérée lorsqu'une personne très âgée arrive dans un centre de santé pour y recevoir des soins, que ce soit pour cause de maladie ou pour un accident. Cette situation de la vie quotidienne nous a amenés à nous poser diverses questions : Est-ce que le grand âge implique *per se* une incapacité à prendre des décisions ? Faut-il tenir ces personnes pour totalement incapables ? Quand devons-nous internier une personne présentant des signes de perturbation mentale ? De quel recours cette personne dispose-t-elle pour contester la décision d'internement ? En ce qui concerne le traitement médical, est-ce que cette personne se trouve en mesure de donner un consentement suffisamment fondé ? et si ce n'est pas le cas, quelles sont les mesures à prendre pour la protéger ? sur quel principe s'appuyer face à cette situation : la xxx bienfaisance, l'assistance, ou l'autonomie ? Aucune des réponses que l'on peut apporter n'est simple, ni ne saurait être généralisée, mais toutes serviront au moins à amorcer la réflexion.

Nous devons d'abord prendre en compte le fait que la conception qui prédomine de la vieillesse a été celle d'une étape de carences de tous ordres, économiques, à la fois que physiques et sociales. Cependant, notre jugement sur l'adulte âgé, et en particulier celui qui souffrirait de quelque dysfonctionnement mental, s'est radicalement modifié au cours des dernières années. On a eu tendance pendant longtemps à ne pas prendre en considération, voire à cacher tous ceux qui souffraient d'un quelconque trouble psychique,

qu'il soit partiel ou total. L'évolution des sciences médicales nous a heureusement éclairés sur l'attitude à prendre face à la situation des personnes âgées, et à leurs capacités mentales, non pas en tant que concept total et fermé mais, au contraire, en tant que situation consécutive à une grande variété de conditions qui ont amoindri leur capacité à appréhender les faits se présentant à eux, affecté leur aptitude à prendre les décisions les plus adéquates possible, et contraint leur disposition à éviter les effets contraires en termes de droit à la santé, à la sécurité et au bien-être.

Les personnes âgées peuvent souffrir de troubles passagers comme des épisodes transitoires d'inconscience, que ce soit en raison d'interventions chirurgicales, d'accidents, ou de maladies réversibles, autant de facteurs susceptibles d'affecter, même de façon limitée dans le temps, les facultés mentales nécessaires au plein exercice de l'autonomie. Au contraire, il peut advenir que la lésion soit définitive dès lors qu'elle résulte de désordres mentaux profonds et irrémédiables comme dans la chorée d'Huntington.

D'autre part, l'allongement heureux de l'espérance de vie a donné lieu à l'apparition de souffrances mentales propres à la vieillesse, telles que ces dérangements recensés sous la dénomination de démence sénile ou d'Alzheimer qui n'arrivent pas de façon spontanée mais, bien au contraire, procèdent d'un développement graduel. Cette catégorie de situations nous amène à proposer que l'on évite de traiter de la même façon ceux qui oublient certains événements et ceux qui ignorent jusqu'à leur nom.

Soins médicaux à la personne âgée

Le traitement réservé à l'adulte d'âge avancé qui arrive dans un hôpital ou un centre de santé varie selon les pays, et les comparaisons établies pour former la base de notre recherche montrent qu'il existe de grandes différences entre les diverses législations. Celles de la France, du Royaume Uni, de la Hongrie, de la Nouvelle Zélande et des États-Unis de l'Amérique du nord, ont entrepris d'importantes modifications plus ou moins récentes, alors que d'autres, dont le Mexique, ont un urgent besoin de changements.

C'est à partir de cette prémisse que j'ai analysé quelques-unes des législations que je tiens pour plus avancées, et la Convention pour la Protection

des Droits de l'Homme et la Dignité de l'Être Humain vis-à-vis des Applications de la Biologie et la Médecine, connue aussi comme la Convention d'Oviedo et qui, même si nous savons qu'il ne lie pas les pays qui l'ont signé, demeure une référence essentielle pour toute réflexion sur les thèmes de bioéthique, telle celle qui nous retient ici. Ces documents m'ont servi pour élaborer une proposition de quelques règles de base qui devraient être réunies sous forme de protocole que l'on pourrait imposer dans tout centre de santé et hôpital s'occupant de patients âgés dépourvus de capacités à s'autogérer.

Ne pas se laisser influencer par les apparences

En premier lieu, il doit rester clair que la vieillesse n'est pas synonyme d'incompétence. Certaines personnes d'âge avancé conservent leur plénitude intellectuelle sur un temps très long, et ce serait attenter à leur dignité et leur intégrité que de ne pas leur permettre d'exercer leur droit à l'autonomie.

Il importe que toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, se trouvent liées à un adulte âgé affecté par une maladie quelconque, ou en état de souffrance à la suite d'un accident, soient tout à fait conscientes de la vulnérabilité de cet individu et que, en conséquence, elles ont obligation de le protéger. Mais dans le même temps, il convient de lui reconnaître son autonomie dans toute la mesure du possible, de telle sorte qu'il soit en condition de prendre les décisions médicales qui lui incombent.

Préservation du consentement informé (prise en considération du)

Si la personne âgée qui entre à l'hôpital ou au centre de santé jouit de ses facultés cognitives, elle dispose du droit d'exprimer son consentement informé, et celui-ci devra être respecté. L'article 5 de la Convention d'Oviedo stipule qu'« une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. »¹ Les personnes, et celles d'âge avancé

ne constituent pas une exception, ont cessé de se considérer comme de simples destinataires d'une volonté extérieure et, bien au contraire, elles souhaitent prendre part aux décisions de santé en faisant usage de leur autonomie, et s'exprimer par elles-mêmes au moyen d'un consentement éclairé.

Je ne développerai pas ce thème du consentement éclairé dans la mesure où d'autres participants du forum l'ont fait de façon approfondie, (estuveria bien, en este trabajo, de hacer un resumen de lo que los otros han dicho al respecto, ya que nosotros no sabemos nada de lo que se ha dicho en el forum). Je me contenterai donc de me concentrer sur le cas d'une personne âgée qui ne serait pas en mesure d'accorder son consentement à une intervention médicale, que ce soit parce qu'elle aurait perdu la possibilité d'exprimer sa volonté par elle-même du fait d'un dysfonctionnement mental, d'une maladie ou de tout autre motif proche.

Respect des volontés exprimées de forme anticipée

A la suite du développement du principe d'autonomie reconnue à la personne à l'heure de décider des soins qu'elle devrait subir, la Convention d'Oviedo² confirme la mise en place, en dehors du consentement éclairé, de diverses alternatives permettant à une personne en parfait état de conscience de faire enregistrer ses souhaits de manière anticipée en tenant compte du risque où elle se trouve de ne pouvoir le faire dans le futur.

Pionniers en la matière, Les États-Unis de l'Amérique du Nord ont mis en place le désormais célèbre *living will*, lequel s'est retrouvé décliné sous d'autres figures également connues telles que les volontés ou les directives anticipées. Ces outils permettent aux patients d'exprimer leurs préférences vis à vis des traitements médicaux susceptibles de leur être administrés dans l'avenir et qu'ils seraient disposés à admettre ou à refuser, dès lors qu'ils se trouveraient incapables de la faire. Même si elles ne sont pas reconnues par tous les pays, ces décisions anticipées ont un caractère juridiquement contraignant dont les médecins doivent tenir compte sauf en cas de circonstances très spécifiques qui justifieraient une exception.

Une variante du *living will* est le *care proxy*, au moyen duquel on reconnaît à un majeur la

1. Art. 5 de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur

les Droits de l'Homme et la biomédecine. Oviedo, 4.IV.1997

2. Art. 9 de la même convention

possibilité de nommer une personne de confiance qui serait habilitée pour décider à sa place en matière de traitement médical en cas d'incapacité. La ville (ou l'État ?) de New York a lancé un programme de « subrogate decision makers committees » à destination de personnes aux facultés mentales altérées, soit par maladie, soit par déficience, enfermées dans des résidences et dépourvues d'indépendance pour prendre leurs propres décisions. Ces comités se composent de quatre personnes bénévoles autorisées à recevoir toute information spécifique et à exprimer un consentement éclairé au nom de la personne déclarée incapable. Ces comités ne disposent d'aucun autre droit décisionnel en lieu et place du majeur protégé.

Plusieurs pays ont mis en place d'autres options qui ne se limitent pas aux questions médicales, mais relèvent de choix de type personnel ou patrimonial ; la France a établi le mandat de protection future qui permet au mandant d'autoriser le mandataire à exercer les fonctions que le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et de la famille confèrent aux représentants de la personne sous tutelle. Le mandat prend effet précisément lorsque le mandant se trouve dans l'incapacité de veiller lui-même à ses intérêts³.

Les États-Unis d'Amérique, la Grande-Bretagne et la Nouvelle Zélande régulent le pouvoir (font appel au ?) de l'attorney, tandis qu'en Hongrie se sont les directives anticipées qui prévalent. Dans tous les cas, il s'agit d'un pouvoir donné par la personne de façon anticipée, et qui reste valide même après que la personne a révélé son incapacité, ou qui commence précisément à fonctionner à partir de la déclaration d'incapacité. Ce cas de figure permet à la personne qui le concède de décider qui devra prendre des décisions à sa place tout en préservant un certain niveau de contrôle sur les décisions, fussent-elles médicales, prises par le mandataire.

Doutes sur les capacités mentales du sujet

Dans le seul cas où il existe des doutes sur les capacités mentales d'une personne majeure qui

3. Pour que le système soit opérationnel, le mandataire se doit de présenter au greffe du tribunal d'instance le mandat et le certificat médical émanant d'un médecin assermenté inscrit sur une liste établie par le Procureur de la République, reconnaissant que la situation du mandant relève de l'une ou l'autre des causes de l'incapacité

doit s'adresser à un centre de santé, on devra effectuer une inspection et établir un dossier psychiatrique afin de vérifier s'il existe chez elle suffisamment de marques d'incapacité à s'autogérer. C'est à partir de ce dossier et sur les paramètres mis en évidence que les spécialistes devront travailler afin de déterminer le degré d'incapacité de la personne concernée. S'il résulte de l'inspection que la personne est capable, on veillera à tenir compte de sa volonté, telle qu'elle l'exprimera dans un consentement informé, ou bien retenir la volonté exprimée de forme anticipée. En cas contraire, on procédera selon la manière suivante.

Personnes majeures avec une incapacité mentale

Suivant l'article 6 de la Convention d'Oviedo, il n'est possible de procéder à une intervention sur une personne dépourvue de la capacité d'exprimer un consentement informé que si cette action doit lui apporter un bénéfice immédiat et évident. Mais lorsque, du fait d'un dysfonctionnement mental, d'une maladie ou de tout autre raison, un individu d'âge avancé ne jouit pas des capacités de faire valoir son consentement pour une intervention, celle-ci ne pourra être réalisée en dehors de l'autorisation de son représentant, une autorité, une personne ou une institution désignées par la loi. Il importe cependant que la personne concernée puisse intervenir, dans la mesure du possible, dans le processus d'autorisation.

Cette disposition nous renvoie à l'obligation, pour ceux qui sont chargés de s'occuper médicalement de la personne majeure, de vérifier avant d'entreprendre tout traitement, d'une part, l'existence des représentants ou des autorités prévues par la loi, et d'une part, en quelle mesure le majeur concerné se trouve ou non en mesure d'intervenir dans le processus d'autorisation.

Il revient évidemment à chaque législation nationale de déterminer elle-même le moment où un individu ne dispose pas de ses capacités mentales, et si cette situation sans équivoque, ou doit être tempérée, ce que de nombreux États évitent de faire, qui se contentent d'établir une seule norme d'incapacité, l'incapacité totale. Ces législations en question ne tiennent pas compte du fait que la vulnérabilité d'une personne aux capacités affaiblies se doit d'être protégée par les mécanismes les plus légers possibles, de telle sorte que ces derniers attendent le moins possible aux droits de l'intéressé, ne laissant qu'aux cas extrêmes le

principe d'une représentation totale ou la prise de décisions affectée par l'urgence nécessitant d'une quelconque intervention médicale.

Il serait bon que toutes les législations proposent diverses options pour la protection des personnes souffrant d'une quelconque incapacité mentale. À un degré plus élevé, lorsqu'un individu ne se trouve pas en mesure de prendre la moindre décision, ou seulement les plus élémentaires comme pour manger et s'habiller, il faudrait établir une représentation plus conséquente, traditionnellement exercée par un tuteur ou un surveillant. En sens contraire, lorsqu'une personne souffre d'une incapacité mentale atténuée ou temporaire, il faudrait qu'on lui reconnaisse plus largement son autonomie, ou qu'elle n'aurait besoin pour prendre sa décision que d'une assistance ou d'une aide, voire d'un curateur comme cela est établi dans plusieurs législations, dont la française.

Si nous nous en remettons à la solution proposée par le Royaume Uni, nous serions en présence d'une solution très particulière, dans la mesure où cette législation⁴ établit que l'incapacité d'une personne est qualifiée en fonction d'un cas spécifique. De cette manière, on ne se pose pas la question de la déclaration d'incapacité généralisée, mais on adopte un modèle de fonctionnement qui contraint le tribunal à évaluer les capacités d'une personne selon une modalité personnalisée liée à une circonstance singulière. Les représentants de la personne, appelés *deputies*, sont habilités à prendre une décision dans une circonstance particulière au nom des personnes dépourvues d'une capacité pleine et entière de décision sur les soins qui leur sont dus, surtout pour un traitement médicalisé, à moins que l'individu ait exprimé auparavant sa volonté au sujet de ce traitement éventuel.

Quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'il advient que l'on découvre une forme d'incapacité chez une personne âgée, le personnel médical qui la suit se devra de vérifier s'il existe quelque décision judiciaire la concernant. Dans l'affirmative, la moindre intervention sera soumise à l'approbation du tuteur⁵ si la représentation est totale, ou à l'assistant, le curateur ou l'auxiliaire lorsqu'il ne s'agit que d'une incapacité partielle, en suivant la procédure établie par les lois nationales. Il

impose également de tenir compte des représentants expressément désignés par le patient dans chacune des possibilités prévues par la loi dans chaque pays.

Les cas d'urgence

Il n'est pas rare que les hôpitaux se voient confrontés à des situations d'urgence pour lesquelles les médecins ne sont pas en mesure d'obtenir (d'attendre ?) le consentement correspondant, ni de la personne concernée, ni de son représentant légitime. Lorsqu'une personne souffrant d'un trouble mental important se présente à l'hôpital, on n'aura pas besoin de son consentement pour entreprendre l'intervention destinée à soigner ce dérangement, à condition que l'absence de traitement constitue un risque d'aggravation sérieux de l'état de santé du patient et que l'opération respecte les dispositions protectrices prévues par la loi en matière de contrôle et de supervision⁶.

La Convention d'Oviedo précise donc que, s'il se trouve confronté à une situation impliquant un risque majeur, le personnel de santé doit prendre les mesures immédiates, même en l'absence d'un consentement éclairé, et procéder rapidement à toute intervention indispensable d'un point de vue médical en faveur de la santé de la personne souffrante⁷. Et si la législation nationale prévoit des mesures d'urgence temporaires, ce sont celles-ci qui seront appliquées.

Nombreux sont les États qui prévoient et énumèrent dans leurs législations les situations d'urgence pouvant se présenter. Se détache ainsi le cas de figure de la sauvegarde de justice instaurée en France⁸ dans les années récentes (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009). Le juge peut placer sous ce régime la personne qui, pour une des causes d'incapacités prévues par la loi (art. 425)⁹, a besoin d'une protection juridique temporaire, ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés. Dans le cas où une personne se trouverait dans un établissement médical, et où le médecin chargé de la soigner jugerait

6. Article 7 de la Convention

7. Article 8 de la Convention biomédecine...

8. Elle est développée dans les articles 433-439 du Code civil et du Code de la santé publique.

9. « est incapable toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles, de nature à empêcher l'expression de sa volonté » (art. 425 du Code civil).

4. Article 2 de la Loi sur la capacité mentale de 2005

5. Appelés « plenary guardians » aux États-Unis d'Amérique, et « welfare guardians » en Nouvelle Zélande

nécessaire sa protection, celui-ci devra présenter une demande au procureur de la République, accompagnée du dossier d'un psychiatre, afin que le malade soit placé sous sauvegarde de justice¹⁰.

En Nouvelle Zélande, le tribunal des familles peut prendre les mesures temporaires qu'il juge pertinentes vis-à-vis du patrimoine ou des soins à apporter à la personne en cas d'urgence, par exemple lorsque l'état de la personne requiert l'application d'un traitement médical. De telles mesures sont prévues pour être valables six mois.

En Espagne, on envisage la possibilité de reconnaître des effets juridiques à une situation de fait. Si un adulte majeur avec une incapacité présumée se présente à l'hôpital ou un centre de santé accompagnée d'une personne qui remplit les fonctions propres aux institutions tutélaires, ou est chargée de sa surveillance et sa protection, c'est cette dernière qui pourra prendre les décisions, résolvant de la sorte la situation juridique à laquelle on est confronté.

Conclusions

C'est en étant bien consciente que les communications présentées dans le cadre d'un forum international doivent servir avant tout à informer sur ce qui se passe dans certains pays et à mettre en avant le besoin de changement que j'ai présenté ce simple schéma composé de règles générales. La réalité de la vie hospitalière dépasse évidemment l'imagination qui peut guider un chercheur, et il se produira une multitude de cas que cette présentation n'a pas prévus. Je crois cependant que si l'on suit les lignes tracées ici, on pourra prendre pour chaque cas qui apparaît la décision la plus adéquate pour le patient d'âge avancé concerné.

J'ai bien conscience qu'aucune des solutions proposées n'assurerait totalement la protection des personnes majeures affectées par des problèmes d'incapacité mentale puisque celle-ci dépendra en grande part de la sensibilité du personnel médical qui s'en occupe, de l'attachement que les patients ressentiront pour ce dernier, ou des autres relations proches avec les représentants ou ceux qui les assistent.

Néanmoins, ces propositions partent d'une meilleure compréhension des droits de la personne majeure, et en particulier celui d'être protégée dès le moment où est détectée son incapacité à

s'autogérer ; puis celui d'être informée sur son état de santé, ou sa vie personnelle, celui d'émettre son opinion sur les affaires et les médecins qui la concernent ; son droit à la non-discrimination, surtout celle qui serait fondée sur son âge avancé, et celui d'exercer son autonomie. L'amélioration qualitative de la protection et le respect envers les personnes vulnérables en relation avec la dégradation de leurs capacités mentales et leur âge font bien partie des défis à relever.

10. Art. L 3211-6 du Code la santé publique

Working Papers : dernières parutions

- Hervé Le Bras, Jean-Luc Racine & Michel Wieviorka, *National Debates on Race Statistics: towards an International Comparison*, FMSH-WP-2012-01, février 2012.
- Manuel Castells, *Ni dieu ni maître : les réseaux*, FMSH-WP-2012-02, février 2012.
- François Jullien, *L'écart et l'entre. Ou comment penser l'altérité*, FMSH-WP-2012-03, février 2012.
- Itamar Rabinovich, *The Web of Relationship*, FMSH-WP-2012-04, février 2012.
- Bruno Maggi, *Interpréter l'agir : un défi théorique*, FMSH-WP-2012-05, février 2012.
- Pierre Salama, *Chine – Brésil : industrialisation et « désindustrialisation précoce »*, FMSH-WP-2012-06, mars 2012.
- Guilhem Fabre & Stéphane Grumbach, *The World upside down, China's R&D and innovation strategy*, FMSH-WP-2012-07, avril 2012.
- Joy Y. Zhang, *The De-nationalization and Re-nationalization of the Life Sciences in China: A Cosmopolitan Practicality?*, FMSH-WP-2012-08, avril 2012.
- John P. Sullivan, *From Drug Wars to Criminal Insurgency: Mexican Cartels, Criminal Enclaves and Criminal Insurgency in Mexico and Central America. Implications for Global Security*, FMSH-WP-2012-09, avril 2012.
- Marc Fleurbaey, *Economics is not what you think: A defense of the economic approach to taxation*, FMSH-WP-2012-10, may 2012.
- Marc Fleurbaey, *The Facets of Exploitation*, FMSH-WP-2012-11, may 2012.
- Jacques Sapir, *Pour l'Euro, l'heure du bilan a sonné : Quinze leçons et six conclusions*, FMSH-WP-2012-12, juin 2012.
- Rodolphe De Koninck & Jean-François Rousseau, *Pourquoi et jusqu'où la fuite en avant des agricultures sud-est asiatiques ?*, FMSH-WP-2012-13, juin 2012.
- Jacques Sapir, *Inflation monétaire ou inflation structurelle ? Un modèle hétérodoxe bi-sectoriel*, FMSH-WP-2012-14, juin 2012.
- Franson Manjali, *The 'Social' and the 'Cognitive' in Language. A Reading of Saussure, and Beyond*, FMSH-WP-2012-15, July 2012.
- Michel Wieviorka, *Du concept de sujet à celui de subjectivation/dé-subjectivation*, FMSH-WP-2012-16, juillet 2012.
- Nancy Fraser, *Feminism, Capitalism, and the Cunning of History: An Introduction*, FMSH-WP-2012-17, august 2012.
- Nancy Fraser, *Can society be commodities all the way down? Polanyian reflections on capitalist crisis*, FMSH-WP-2012-18, august 2012.
- Marc Fleurbaey & Stéphane Zuber, *Climate policies deserve a negative discount rate*, FMSH-WP-2012-19, september 2012.
- Roger Waldinger, *La politique au-delà des frontières : la sociologie politique de l'émigration*, FMSH-WP-2012-20, septembre 2012.
- Antonio De Lauri, *Inaccessible Normative Pluralism and Human Rights in Afghanistan*, FMSH-WP-2012-21, september 2012.
- Dominique Méda, *Redéfinir le progrès à la lumière de la crise écologique*, FMSH-WP-2012-22, octobre 2012.
- Ibrahima Thioub, *Stigmates et mémoires de l'esclavage en Afrique de l'Ouest : le sang et la couleur de peau comme lignes de fracture*, FMSH-WP-2012-23, octobre 2012.
- Danièle Joly, *Race, ethnicity and religion: social actors and policies*, FMSH-WP-2012-24, novembre 2012.
- Dominique Méda, *Redefining Progress in Light of the Ecological Crisis*, FMSH-WP-2012-25, décembre 2012.
- Ulrich Beck & Daniel Levy, *Cosmopolitanized Nations: Reimagining Collectivity in World Risk Society*, FMSH-WP-2013-26, february 2013.
- Xavier Richet, *L'internationalisation des firmes chinoises : croissance, motivations, stratégies*, FMSH-WP-2013-27, février 2013.
- Alain Naze, *Le féminisme critique de Pasolini, avec un commentaire de Stefania Tarantino*, FMSH-WP-2013-28, février 2013.
- Thalia Magioglou, *What is the role of "Culture" for conceptualization in Political Psychology? Presentation of a dialogical model of lay thinking in two cultural contexts*, FMSH-WP-2013-29, mars 2013.
- Byasdeb Dasgupta, *Some Aspects of External Dimensions of Indian Economy in the Age of Globalisation*, FMSH-WP-2013-30, avril 2013.
- Ulrich Beck, *Risk, class, crisis, hazards and cosmopolitan solidarity/ risk community – conceptual and methodological clarifications*, FMSH-WP-2013-31, april 2013.
- Immanuel Wallerstein, *Tout se transforme. Vraiment tout ?*, FMSH-WP-2013-33, mai 2013.