

La personne âgée, la vieillesse, le vieillissement, à la lumière de la pandémie de la COVID-19

I- INTRODUCTION	3
II- AVIS	6
1 Concepts et définitions	
1-1 Quelques rappels sur le coronavirus SARS-CoV-2 et la maladie COVID-19	6
1-2 Quelques bases et définitions scientifiques relatives à la personne âgée	6
1-3 La recherche sur le vieillissement et sa prévention	8
1-4 Vulnérabilité des personnes âgées et maladie COVID-19	8
2 Impact de la pandémie COVID-19 en Andorre	10
2-1 Méthodologie : auditions et enquêtes	10
2-2 Résultats	11
2-2-1 Les structures en place et le modèle andorran de transversalité des compétences sanitaires et sociales	11
2-2-2 De la peur de la pandémie à la pandémie de la peur	12
2-2-3 L'impact de l'isolement sur les personnes âgées pendant et après le confinement .	16
2-2-4 La question de la priorisation	18
2-2-5 La résilience des personnes âgées en situation de catastrophe pandémique	19
3 Discussion argumentative	23
3-1 l'autonomie et la vulnérabilité de la personnes âgée	23
3-1-1 La relativité de l'autonomie de la personne âgée	23
3-1-2 la discrimination et son lien avec la perte d'autonomie	26
3-1-3 l'autonomie et le consentement du patient en fin de vie	28
3-2 La prévention du vieillissement : sa dimension intergénérationnelle, sa portée socio-économique, ses valeurs éthiques.	30
3-2-1 Le vieillissement physiologique, ses facteurs de correction et leurs limites	30
3-2-2 le vieillissement a une valeur socio-économique peu connue	30
3-2-3 la prévention du vieillissement est multiple et son approche multidisciplinaire	31
3-2-4 les conséquences d'une culture préventive du vieillissement	34

3-3 De l'exercice des droits de la personne âgée à l'évolution du droit social pour de nouvelles solidarités et la garantie des droits et libertés à toutes les étapes du vieillissement 36

3-3-1 l'exercice des droits de la personne âgée 36

3-3-2 l'évolution de la protection sociale de la vieillesse pour de nouvelles solidarités 37

3-3-3 Droits et libertés garanties à toutes les étapes du vieillissement 39

3-4 Défis éthiques en faveur du débat public et de la gouvernance pour l'accompagnement du vieillissement et son intégration dans nos sociétés occidentales 43

3-4-1 la communication de crise en situation de pandémie 43

3-4-2 la communication intergénérationnelle : ses défis et ses enjeux sociétaux de gouvernance relative au vieillissement et à la vieillesse 45

3-4-3 Démocratie et vieillissement 51

4 Conclusion et recommandations 53

III- ANNEXES

Annexe 1 : L'impact de la sénescence sur le système immunitaire 55

Annexe 2 : Les marqueurs du vieillissement biologique susceptibles d'être explorés par la gérosceince 58

Annexe 3 : Plan sur les points forts communs à toutes les auditions 60

Annexe 4 : Les enquêtes scientifiques (sociales, sanitaires, médiatiques) relevant de moyens inadaptés à la personne âgée, sont peu utilisables et source d'erreurs interprétatives. 62

Annexe 5 : Les conditions et les prérequis de la retraite en Andorre (juin 2023) 67

Annexe 6 : Références bibliographiques 74

Annexe 7 : Abréviations 78

Annexe 8 : Composition du groupe de travail – Adoption en session plénière 79

I- INTRODUCTION

La crise sanitaire mondiale causée par le coronavirus SARS-CoV-2 concerne depuis fin 2019, a forcé la plupart des pays à faire face à une crise de santé publique sans précédent. La pandémie a entraîné un nombre très élevé de personnes infectées et de patients atteints de la maladie COVID-19. Un pourcentage important présentant des symptômes graves associés à une mortalité élevée a été recensé, particulièrement chez les personnes présentant une ou plusieurs comorbidités ainsi que celles de sénescence avancée. Ces éléments ont eu un grand impact sanitaire, social et économique.

Le CNBA, conscient de la gravité de cet impact dans la vie des personnes âgées, s'est auto-saisi sur la connaissance de ses causes et de ses implications. Il a décidé d'entreprendre non seulement une analyse des répercussions de la pandémie et des conditions de vie qui les ont accompagnées, mais plus largement de proposer une réflexion éthique sur la place qu'occupent les personnes âgées au sein de notre corps social et son devenir.

Dans un même temps, la réponse des pays par l'adoption de mesures pour faire face à la pandémie, a pu contribuer à la violation de droits et de libertés individuelles de leurs propres citoyens, au nom du bien commun. Il convient dès lors de rappeler que le principe fondamental de **la primauté de la personne** repose sur le respect de sa dignité et de son unicité (non-stigmatisation, non-discrimination) ainsi que sur la protection de ses libertés fondamentales (autonomie, droit de savoir ou de ne pas savoir...). La limitation de l'autonomie et des libertés individuelles interpelle le domaine de la bioéthique et des droits de l'homme. Si les mesures adoptées en cas de pandémie s'exercent dans le cadre du principe de solidarité et pour la protection du bien commun, elles devraient néanmoins limiter leurs effets individuels d'une manière **proportionnée** qui garantisse un équilibre entre l'autonomie de la personne et la solidarité à l'égard des autres.

Les effets de la COVID-19 en Andorre ont été très importants durant la première vague en touchant particulièrement les personnes les plus vulnérables et les personnes les plus âgées. En Andorre, comme dans d'autres pays occidentaux, grâce au progrès social et aux avancées dans le domaine de la santé, la vieillesse évolue dans le cadre d'une autonomie de plus en plus préservée qui permet aux personnes âgées de mener une vie sociale active, avec pour corollaire une augmentation de l'espérance de vie. Cet élément démographique coexiste avec une diminution du taux de natalité. Ces dernières années, les données démographiques pour l'Andorre montrent un indice de vieillissement et de sur-vieillesse à la hausse. Le vieillissement de la population et l'impact que la pandémie a généré en Andorre sur les personnes âgées, ont conduit le CNBA à aborder de manière critique et constructive la situation vécue, d'un point de vue éthique.

Dans de nombreux pays, les personnes âgées, parce qu'elles constituent un groupe cible en raison des effets mortels de la maladie et en même temps au nom de leur nécessaire protection, ont vu leurs droits limités pendant la pandémie. Bien que l'accès aux soins de santé ne puisse pas être régi par des critères de sélection tel que l'âge, ni d'ailleurs le sexe, le contexte social ou le handicap, **le prétexte d'un « âge avancé »** a pu porter atteinte à l'accès équitable aux soins de santé. Ce même argument a peut-être conduit à des sorties prématurées de l'hôpital comme à des priorisations médicales et sociales. Bien que des mesures aient été prises pour contenir la situation, l'approche utilitaire et les conflits éthiques associés ont suscité beaucoup de débats au sein de la société. Des mesures ont été prises dans l'intérêt des personnes âgées, mais sans en connaître au préalable leur opinion et recueillir leur éventuel consentement. La bienfaisance s'est poursuivie et souvent amplifiée, mais en même temps au détriment de leur autonomie. Lorsque l'isolement de la personne âgée institutionnalisée s'est révélé trop strict, le droit à sa liberté et à sa vie privée en a été affecté. Les méthodes de contrôle de la pandémie telles que les restrictions sociales sont susceptibles d'affecter les personnes âgées dans leur dimension socio-familiale, en particulier pour les personnes institutionnalisées mais aussi pour celles qui vivent seules à domicile. La pandémie a provoqué la peur, le stress, la solitude et l'isolement social. Ces éléments, en même temps, ont généré des déficiences cognitives et motrices, **un redoutable défi pour la résilience** en particulier des plus vulnérables et des plus fragiles. Les personnes âgées

atteintes de troubles cognitifs peuvent avoir eu de la difficulté à comprendre les informations relatives à la COVID-19, car les personnes qui s'occupent d'elles n'ont pas pu leur consacrer suffisamment de temps et que les campagnes d'information destinées à la population en général leur étaient souvent inappropriées.

Les conséquences de la pandémie concernant l'accompagnement des membres de la famille aux **personnes en fin de vie** les ont conduites, dans de nombreux cas, à devoir faire face à la mort, sans présence familiale. De même les familles privées du droit d'accès à leur parenté en fin de vie ont vu la pandémie les séparer de leurs proches. Accompagner un être cher au moment de son décès, et honorer par les rituels propres à chaque famille le corps du défunt, sont des actes enracinés dans notre culture qui aident à soulager la souffrance associée au processus d'adieu. Ne pas pouvoir vivre cette étape peut rendre le deuil difficile.

La société civile et les pouvoirs de l'État doivent réfléchir aux **conditions de vie de la personne âgée en cas de situation de catastrophe** (pandémique, caniculaire, sismologique...). La pandémie nous révèle ou nous rappelle que la survenue brutale d'une aggravation de la fragilité liée au vieillissement, de la maladie ou de la dépendance entraîne une perte d'autonomie et de libertés individuelles qui met en danger la dignité humaine, une donnée utile dans l'anticipation de plans d'action sanitaire et sociale.

A la lumière de la pandémie et de son impact sur la personne d'un grand âge, il est nécessaire de considérer l'échelle des valeurs qui doit sous-tendre les fondements sociaux de la démocratie de demain. L'histoire nous a appris que les êtres humains paient souvent de vies humaines, les (r)évolutions qui ont construit leur société. Le prix élevé de la pandémie nous amène à réfléchir à cette évolution.

II- AVIS

1 CONCEPTS ET DEFINITIONS

1-1 Quelques rappels sur le coronavirus SARS-CoV-2 et la (maladie) COVID-19

Il s'agit depuis deux décennies, du 3^{ème} bêta-coronavirus se transmettant d'homme à homme après le SARS-CoV en Chine et le MERS-CoV au Moyen Orient. La caractéristique commune de leur virulence est de se répliquer dans les voies aériennes inférieures à l'origine de pneumonie et dans les cas les plus graves d'un syndrome de détresse respiratoire (SRARS).

Le SARS-CoV-2 est hautement contagieux, se propageant par inhalation des aérosols respiratoires ainsi que par contact humain plus direct qu' indirect (surfaces et objets contaminés). Le virus est hérissé de spicules dont la protéine S (spike) à ses extrémités se lie très fortement au récepteur cellulaire ACE2 pour pénétrer dans la cellule hôte et intégrer l'ARN viral dans le génome cellulaire. La connaissance de la plus forte contagiosité et pathogénicité de ce virus par rapport à ses prédécesseurs, l'identification de son ARN rapidement élucidée et de son pouvoir mutagène, ont permis d'accélérer la recherche à travers le monde, pour l'obtention de vaccins et de thérapies adaptées aux 4 phases évolutives de la maladie COVID-19 : 1 : infectieuse – 2 : pulmonaire – 3 : hyperinflammatoire – 4 : vasculaire et thrombotique. Dès la phase 2 des mécanismes immunitaires interfèrent entre l'immunopathologie du SARS-Cov-2 et l'immunosénescence (**annexe 1**).

1-2 Quelques bases et définitions scientifiques relatives à la personne âgée

La croissance démographique des personnes de plus de 65 ans est sans précédent alors que son niveau de santé n'a pas suivi aussi rapidement son espérance de vie moyenne. Ceci explique la prévalence de pathologies chroniques et la survenue d'épidémies et l'intérêt d'une politique de santé publique.

La vulnérabilité, contrairement au handicap qui est la séquelle d'une pathologie antérieure, résulte d'un risque encouru par une personne dans une situation donnée (sanitaire et/ou sociale).

Le vieillissement s'exprime par un ralentissement progressif, par paliers, de capacités fonctionnelles psychomotrices. Il n'est jamais global ni homogène. Il repose sur un socle génétique soumis à des variations épigénétiques dont la traduction phénotypique peut-être tardive et sous la forme d'une multimorbidité et d'une incapacité.

La fragilité est un syndrome clinique dont il est utile de pouvoir différencier celle qui est liée à l'âge de celle liée à la comorbidité. C'est le cas de la **sarcopénie** par diminution excessive de la masse et de la force musculaires, à l'origine de troubles de la marche, de chutes, d'hospitalisations, de pertes d'autonomie de la personne âgée et de décès induits. En 2016, la France recensait plus de 10000 décès liés aux chutes de personnes âgées de plus de 65 ans alors que la même année, 3477 personnes ont perdu la vie dans un accident de la route¹. Une question non encore résolue est de savoir si la fragilité liée à l'âge est la conséquence d'une multimorbidité infraclinique ou celle du seul processus de vieillissement lié à l'âge. Cette question est fondamentale pour des raisons démographiques. Sa réponse ne sera possible qu'en corrélant les phénotypes « fragilité du vieillissement » à des biomarqueurs liés à l'âge non pas chronologique mais biologique. Les biomarqueurs attendus de la sénescence devront être précis, fiables et non invasifs.

La gérosceince a pour objectif d'identifier les mécanismes du vieillissement biologique influençant la comorbidité afin d'identifier les cibles moléculaires et cellulaires pour des applications thérapeutiques curatives et préventives.

L'apparition ou le retard de maladies dépend de plusieurs mécanismes homéostatiques dont le déficit entraîne dans le temps, un cumul de dommages non réparés. Il semble que l'interaction entre les dommages et la réparation puisse expliquer que certaines personnes vieillissent plus rapidement que d'autres.

Les domaines concernés et susceptibles d'être explorés par la gérosceince figurent en **annexe 2**.

¹ Rapport de la Cour des Comptes : La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, Novembre 2021, www.ccomptes.fr

1-3 La recherche sur le vieillissement et sa prévention

Par ses premiers résultats, la gérosceince laisse espérer des « sauts technologiques » qui permettront de mieux connaître la nature moléculaire de la sénescence, d'établir une mesure de référence, l'ouverture à de nouvelles médications comme les sénolytiques et la mise en place de mesures préventives au cours de la vie.

À ce titre préventif, l'OMS a développé le programme «WHO ICOPE » (Integrated Care for Older People)² dont l'émanation INSPIRE ICOPE CARE PROGRAM permet de dépister et de monitorer cliniquement le vieillissement de 200 000 personnes âgées dans la région Occitanie ainsi qu'en Andorre et en Catalogne, sur une durée de 5 ans. En surveillant la capacité intrinsèque (physique et mentale) d'une personne âgée indépendante de plus de 60 ans, 6 paramètres sont étudiés à l'aide de 2 outils de médecine numérique avec robot conversationnel, connecté à une base de données. La fréquence est de tous les 4 à 6 mois. En cas de détérioration identifiée, une alerte par algorithme, organise l'intervention rapide d'un professionnel (médical, médico-social, social). Cet exemple remarquable de prévention du vieillissement deviendra à moyen terme accessible à une frange plus jeune de la population active. Cette application sur téléphone mobile est peu coûteuse et permet, dans une certaine mesure, de prolonger le confort de vie d'une personne âgée vivant chez elle, un investissement économique avantageux pour la société. Il s'agit d'une étape technologique de la prévention du vieillissement dans l'attente d'un marqueur plus précis, fiable et accessible du vieillissement.

1-4 Vulnérabilité des personnes âgées et maladie COVID-19

La vulnérabilité de la personne âgée est variable selon son niveau de fragilité, son statut immunitaire, ses éventuelles comorbidités mais aussi ses conditions de vie, sociales et économiques. La présentation clinique de la COVID-19 pour les personnes les plus âgées est souvent atypique : peu symptomatique, trompeuse par la polymédication,

² Vellas B., How to Implement Integrated Care for Older Persons—ICOPE—Massively in Clinical Practice for a Healthy Longevity. J Aging Res & Lifestyle 2023;12:18-19, <http://dx.doi.org/10.14283/jarlife.2023> .

peu exprimée du fait de souffrances d'isolement et/ou d'un défaut de géroculture³ en milieu hospitalier non spécialisé.

La préférence donnée à son âge biologique (physiologique) par rapport à son âge chronologique évite dans le cadre de la gouvernance de la pandémie, de l'engager dans des contraintes discriminatoires, particulièrement lorsque l'âge chronologique devient l'âge juridique. C'est souligner ici l'importance du médecin généraliste et des soignants de proximité dans la gestion sanitaire mais aussi socio-économique de la crise. Pour différentes raisons, ils ont la connaissance :

- de l'histoire familiale, son contexte génétique, auto-immun...
- des antécédents personnels (médico-chirurgical, infectieux notamment viraux, vaccinal, comorbidités, handicap, invalidité)
- des conditions de vie (habitat, établissement de résidence, environnement socio-familial)
- des conditions économiques (précarité, ressources)

L'impact de la sénescence sur le système immunitaire (en annexe 1) justifie que la vulnérabilité de la personne âgée doit être considérée comme une entité à part. **Son évaluation au cas par cas** est essentielle dans la prise en charge d'une virose grippale et a fortiori de la COVID-19, qu'il s'agisse de thérapies antivirales, immunitaires ou vaccinales.

Les récents progrès de la connaissance œuvrent pour la prise en charge précoce du début de l'infection virale et la prévention de l'hyperinflammation susceptible d'un orage cytokinique touchant de nombreux organes, parfois de façon fulminante et mortelle.

S'il ne fait aucun doute que la personne âgée s'inscrit dans les priorités vaccinales, elle ne peut être l'objet d'expérimentations sans son consentement libre et éclairé. En effet, le défaut de données relatives à l'efficacité mais aussi à l'innocuité de nouveaux vaccins peut différer leur utilisation clinique du fait de la fragilité liée à l'âge et de la multi morbidité qui lui est souvent associée. Ainsi, l'indication et le choix du vaccin ne peut

³ Culture relative au vieillissement et à la personne âgée

relever , au cas par cas , que de la médecine de proximité dans un premier temps et en cas de doute, de la responsabilité de spécialistes concernés.

2 IMPACT DE LA PANDEMIE COVID-19 EN ANDORRE

2-1 METHODOLOGIE

Le groupe de travail du CNBA s'est basé sur une **étude bibliographique** composée de publications scientifiques ainsi que de rapports officiels gouvernementaux sur la pandémie, sur le vieillissement et malheureusement pas encore sur les deux à la fois. Le groupe de travail a procédé dans un cadre strictement andorran à des **auditions** de professionnels concernés et à **une enquête** auprès de personnes âgées et de soignants.

Les auditions

Elles se sont déroulées du 14 septembre au 14 novembre 2022. Toutes les personnes auditées (au nombre de 12) ont préalablement donné leur consentement écrit à un enregistrement de l'audition par la suite synthétisé par le groupe de travail. Les personnes auditées témoignent de leur vécu selon le lieu de leur exercice pendant la pandémie : centres de soins et résidences, organismes et associations, communes et Ministère des affaires sociales. Un même plan des auditions en **annexe 3** est animé par un même membre du groupe de travail afin d'optimiser la complétude des thématiques abordées et leur reproductibilité à chaque audition: impact de la pandémie au décours de la première vague et du confinement ainsi que lors des vagues suivantes (de 2020 à 2022), en institutions de résidence et dans les lieux d'habitation, concernant les personnes âgées, les soignants et les aidants ainsi que les familles.⁴

Les enquêtes

Le CNBA s'est particulièrement intéressé aux enquêtes conduites par le CRES qui a fait l'objet d'une audition (A9). Le groupe de travail a lui-même initié une enquête a posteriori auprès de personnes âgées et de soignants sur l'impact de la pandémie Covid-19. Les résultats sont d'interprétation difficile pour plusieurs raisons. Ininterprétables au plan quantitatif du fait du nombre trop faible de personnes de plus de 65 ans et a

⁴ La référence à une audition dans le texte est marquée de la lettre A suivie d'un chiffre correspondant à l'audit(e) tel que mentionné(e) dans l'annexe 3.

fortiori de plus de 80 ans, ils ne reflètent pas la tranche réelle d'âge au sein de la population générale. Les résultats qualitatifs sont possiblement utilisables sous réserve d'un **accompagnement présentiel approprié** par l'enquêteur d'un côté ou lors du remplissage d'une enquête écrite de l'autre, une question de temps et de communication, adaptés au cas par cas, avec de nécessaires bases gériatriques de l'accompagnant. L'enquête téléphonique est trop souvent inadaptée et par voie de conséquence sélective de la population. De même, le formulaire distribué dans une salle d'attente, une boîte aux lettres ou une chambre de résidence peut démotiver et renforcer le ressenti d'un isolement sociétal et d'un rejet souvent non exprimé. **L'annexe 4⁵** mentionne, à travers quelques exemples, les difficultés rencontrées et les pistes de réflexion pour améliorer le lien intergénérationnel ici comme ailleurs dans les nombreux domaines professionnels en contact fréquent avec des personnes âgées. Néanmoins, la pertinence de ces premières données alimente la réflexion éthique.

2-2 RESULTATS

2-2-1 Les structures en place : le modèle andorran de transversalité des compétences sanitaires et sociales

Il ressort de l'ensemble des différentes auditions, l'adaptabilité des structures en place pour faire face à la pandémie. Il s'agira par exemple de la mise en place d'un **réseau gériatrique** à partir de la transformation d'un établissement socio-sanitaire (El Cedre) en établissement hospitalier gériatrique susceptible d'accueillir les patients atteints de la COVID-19 et d'éviter des transferts inutiles à l'hôpital ainsi délesté d'une partie des urgences et des hospitalisations⁶. Les patients infectés et accueillis à El Cedre provenaient soit de résidences⁷ soit de leur domicile par l'intermédiaire des médecins généralistes concernés (A1, A2).

La transversalité va bien au-delà. Elle s'étend du sanitaire au social, des communes aux ministères concernés (santé, affaires sociales et autres), à travers des interlocuteurs et

⁵ « Les enquêtes scientifiques (sociales, sanitaires, médiatiques) relevant de moyens inadaptés à la personne âgée, sont peu utilisables et source d'erreurs interprétatives. »

⁶ L'admission d'une personne âgée à un service habituel d'urgences et par lui à certains services d'hospitalisation est souvent complexe, de nature multiple (polypathologique, sociale), inadaptée à l'exigence temporelle de sa prise en charge sans l'intervention de compétences gériatriques

⁷ Clara Rabassa, Salita, Sant Vicenç d'Enclar

des services administratifs qui se connaissent bien⁸. Ce qui facilite la réactivité même pour les situations imprévues dans la planification de la gestion de risques pour la population, à l'exemple de la création d'**un comité de crise pour les personnes âgées malades à domicile** selon leur test Covid et la **Commission d'évaluation de la dépendance** (A11) . A moyen terme, le modèle transversal peut favoriser des transferts de tâches entre les acteurs sanitaires et sociaux ainsi que l'émergence de nouveaux métiers en la matière. Son expertise peut ainsi contribuer à éclairer le décideur politique sur la réalité des besoins sociaux et sanitaires liés au vieillissement et à la perte d'autonomie qui en résulte.

2-2-2 De la peur de la pandémie à la pandémie de la peur

Lors de la première vague et de sa période de confinement, toutes les auditions s'accordent à exprimer **la peur singulière de la contamination du virus**. Ce phénomène prioritairement redouté pour les plus vulnérables dont les plus âgés de la population, s'est étendu aux soignants, aux aidants professionnels et familiaux ainsi qu'aux familles de chacune des parties concernées. Il s'est amplifié par le **retentissement des mesures du confinement**, sur la personne âgée et son proche environnement dont la partie exclue, de façon inégale et souvent disproportionnée selon son lieu de vie, n'est pas sans avoir laissé parfois de lourdes séquelles. **La résonance des médias et des réseaux sociaux**, plus que jamais sollicités du fait du confinement, a largement contribué à cette redoutable amplification de la peur collective. De nombreuses personnes âgées persistent encore dans la peur de sortir de leur lieu de vie (A8). Le vécu du confinement par le personnel soignant et aidant dont les compétences et le dévouement n'ont jamais défailli, n'est pas sans conséquences particulièrement pour les plus jeunes à la recherche d'une réorientation professionnelle (A3-A4-A5-A11) . Nous reviendrons sur **les enjeux d'une résilience pour chaque partie prenante** : la personne âgée selon son niveau de vulnérabilité, le professionnel de santé et le travailleur social impliqués, la famille et les proches aimants.

Il y a lieu de distinguer dans **le déroulement de la pandémie en Andorre** comme partout ailleurs, la première vague et ses événements avant et après le confinement (1^{er}

⁸ Une situation enviable par les pays dont l'échelle démographique les expose à la complexité des collectivités territoriales et par elle, de leur pouvoir interventionnel

semestre 2020) de la période suivante des vagues successives du 2^{ème} semestre 2020 au 2^{ème} semestre 2022.

La première période⁹, considérée comme très mortifère en Europe, ne fait pas l'objet de publication officielle de santé publique, distinguant selon les tranches d'âge, les décès issus de la maladie COVID-19, des décès d'une autre origine associés à la présence du virus¹⁰. La majorité des décès sont survenus dans l'unité de soins intensifs et de réanimation de l'hôpital. La date du **13 mars 2020** (début du confinement) a modifié ou supprimé certains services sanitaires et sociaux dédiés aux personnes âgées : l'activité de bénévoles volontaires de la Croix rouge participant au programme « sempre acompanyar » (A7)¹¹, l'interruption du programme « com a casa » mis en place dans la commune de Canillo, un mois avant la pandémie (A10), la fermeture de tous les centres de jour dont celui de Sant Vicenç d'Enclar (A4), l'interruption de l'activité habituelle de premiers soins et de prévention sanitaire de l'Atenciò Primària pour être secondairement réorientée vers d'autres activités comme la vaccination et les tests de dépistage (A6). Ceci s'est décidé selon les exigences de respect du confinement et la **réorganisation des services sanitaires et sociaux maintenus en activité**. Mentionnons sans exhaustivité, en dehors du centre hospitalier et de son réseau SAAS habituel : le réseau gériatrique de soins, le transport sanitaire des dialysés et autres transports sur réquisition gouvernementale ainsi que l'assistance téléphonique de personnes âgées à leur domicile. Parmi les nombreux intervenants téléphoniques, il y a lieu d'évoquer ici les permanents salariés de la Croix rouge (A7), les services communaux à la personne (A10) pour répondre, en parfaite connaissance des personnes concernées, à la fois aux besoins de première nécessité des personnes âgées éloignées (alimentation, médicaments, hygiène...) et à une mission d'alerte médicale, les services sociaux ministériels (A11) en charge de l'action assistancielle des soins sur place, de l'aide économique et de son suivi au plan national.

⁹ Elle est décalée début mars 2020 en Andorre par rapport à la France (14 janvier 2020) et à l'Espagne (31 janvier 2020)

¹⁰ Des chiffres ponctuels de mortalité, avancés au cours de certaines auditions sont en attente de confirmation et non publiables dans ce rapport.

¹¹ « Du jour au lendemain, certaines personnes se sont trouvées toutes seules, sans famille comme dans la communauté anglaise, ne pouvant ni sortir ni parler en présentiel avec quelqu'un ... » (10)

Pendant le confinement, la possibilité de séjourner en **résidence hôtelière**¹² fût proposée par la Commission ministérielle d'évaluation de la dépendance, aux personnes séjournant en centre et résidence pour personnes âgées selon des critères de bonne santé et de faible dépendance. Cette disposition semble avoir été mal comprise par certaines familles (A11). Les contraintes de distanciation moindres que celles des centres eux-mêmes expliquent la contamination virale de certains résidents déplacés. Elle a conduit selon les cas, à une hospitalisation ou à des soins sur place assurés par du personnel détaché du centre de provenance. Le séjour en résidence hôtelière s'est interrompu au bout de 6 à 8 semaines par défaut de quota de volontaires et de personnel soignant (A11).

Les contraintes imposées au personnel soignant pendant le confinement dont l'application par certains établissements a pu dépasser les directives gouvernementales, ont induit une inégalité de restrictions d'un centre à un autre pour les soignants sollicités à l'extérieur (A6) dans le contexte de peur de la contamination, précédemment évoqué. Certaines mesures concernant l'**accès des familles** ont été maintenues longtemps après le confinement¹³ (A2). L'aide aux soins (le « Care ») dans les résidences s'est remarquablement mobilisée dans tous les lieux de résidence pour favoriser le lien avec les familles et les proches (téléphone, vidéoconférences). Certaines initiatives ont organisé les visites de famille dans des situations de fin de vie durant le confinement avec le recours à des équipements (habillage) et des mesures adaptées. De l'excès d'interdits à celui de la permissivité, ces situations transgressives au nom de la primauté de la personne peuvent être entendues comme bienfaitantes et solidaires dans une période propice à l'incrédulité. Elle reflète cependant que **la pandémie a résolument permis aux aidants (Care) d'avoir un regard différent et mieux approprié de la personne âgée** (A2-A3-A4-A5-A6-A7-A9).

Après le confinement la pandémie évolue durant les 4 semestres suivants. Elle est marquée par **la vaccination** de la population dont la priorité est donnée par précaution dans un premier temps aux plus vulnérables parmi lesquels les personnes âgées sur des

¹² L'Hôtel Fenix pour El Cedre et L'Hôtel Centric pour Salita, les centres de Clara Rabassa et de Sant Vicenç d'Enclar n'ayant pas retenu cette option de résidence hôtelière pour leur résidents.

¹³ tels que tests et distanciation, parfois pendant plus d'un an

critères d'âge chronologique et aux professionnels les plus exposés concourant à répondre aux besoins de première nécessité.

El Cedre est devenu hôpital gériatrique (A2). L'Atenciò primària réorganise ses activités antérieures mais aussi nouvelles liées à la pandémie selon ses missions dépendant du SAAS (médicales) ou du ministère (vaccination et tests de dépistage) (A6). La Croix rouge a bénéficié d'un apport important de volontaires dédiés à la logistique informatique pour les centres de vaccination (saisonniers argentins ne pouvant pas rentrer chez eux) comme pour les centres de dépistage, l'ensemble mis en place avec le gouvernement. La reprise des activités du programme « sempre acompanyar » intègre des protocoles de prévention de la contamination pour les volontaires (port obligatoire du masque et gel hydroalcoolique). La reprise des visites à domicile, reçue avec enthousiasme à l'idée de sortir de chez soi dans 60% des cas, a permis, en explicitant les mesures de protection par les gestes barrières, de convaincre une partie de ceux qui souhaitaient prolonger leur isolement de peur d'être contaminés. (A7)

2-2-3 L'impact de l'isolement sur les personnes âgées pendant et après le confinement

La perception de la personne âgée et, par un regrettable amalgame, celle du vieillissement, contribue à modifier la représentation que notre société a de la vieillesse jusqu'à l'en isoler socialement et parfois même l'exclure du lieu de vie souhaité. En témoignent la disparition progressive du logement familial et/ou intergénérationnel ainsi que le changement trop souvent imposé du lieu d'habitation (du domicile à la résidence) : **un isolement dont la pandémie a renforcé la contrainte, a contrario de ce qui fondait son insertion sociale.**

Le défaut de dépistage d'un déficit sensoriel ou cognitif, d'un logement inadapté à une personne de mobilité réduite sont autant d'éléments favorisant cette désinsertion. A fortiori pour les plus fragiles et les plus vulnérables.

Les témoignages sont unanimes : la pandémie a eu pour effet d'accentuer l'isolement de la personne âgée vivant à domicile, seule ou en couple . (A6 - A7 - A10 - A11)

- **L'isolement selon le lieu de vie**

L'isolement, dans la montagne, des domiciles, parfois inadaptés aux capacités réelles des personnes concernées, à distance géographique de leur famille, tient leurs

habitants à l'écart des commerces et des services de première nécessité : alimentation, médicaments et parapharmacie, soins à domicile, hygiène quotidienne, chauffage, électricité et autres dépannages, transports, information et communication,. La période de confinement renforça l'isolement en excluant les visites présentiels de la famille, des proches, des bénévoles habituels de la Croix rouge et des travailleurs sociaux concernés. L'assistance téléphonique des communes (A10), du Ministère (A11) et de leurs travailleurs sociaux respectifs, de la Croix rouge (A7), de l'atenciò primaria (A6), fut d'un incontestable soutien même si l'abondance et la diversité ont pu parfois renforcer le sentiment d'isolement, de peur et d'abandon de soi en réponse à des interlocuteurs multiples, méconnus et redondants dans leur démarche. Le contexte de la pandémie s'est fait l'écho de la priorité médico-sociale d'adapter le logement et son entretien aux capacités réelles d'autonomie de la personne âgée.

L'isolement en résidence est d'autre nature, particulièrement pour les nombreux cas résultant d'une exclusion du lieu de vie souhaité (domicile, famille). La survenue de la pandémie et des contraintes du confinement sont dès lors vécues comme une double peine, les isolant par une rupture brutale du lien affectif avec leur famille et leurs proches aidants et aimants (A2-A3-A4). Au cours de la pandémie, tout déplacement hors de leur résidence habituelle (hospitalisation, résidence hôtelière) n'a pu que renforcer pour certains, un sentiment d'abandon et parfois de soumission à des contraintes incomprises et/ou vécues comme injustes, parfois inhumaines

- **L'isolement économique**

Le CNBA a pu recueillir des témoignages confirmant les difficultés financières, exacerbées en temps de crise "socio-sanitaire"¹⁴, du fait de l'évolution à la baisse des pensions de retraite et des montants insuffisants d'aide complémentaire de solidarité et autres aides occasionnelles. Il en est de même pour la rémunération insuffisante des travailleurs sociaux exerçant à domicile ainsi que pour le recours rémunéré d'aidants familiaux en dessous du seuil minimum salarial, une aide pourtant précieuse pour suppléer à la pénurie des aides professionnelles à domicile. (A11 – A10).¹⁵

¹⁴ Crise sanitaire mais aussi sociale de la pandémie COVID-19

¹⁵ La force économique de la prévention du vieillissement et de la dépendance passe par ce soutien à domicile (voir chapitre 3 du présent rapport)

- **L'isolement culturel**

Le rôle des communes est particulièrement important pour l'activité culturelle et les initiatives éducatives en faveur des personnes âgées. De remarquables initiatives menées (« com a casa » (A10), «sempre acompanyar» (A7), la prévention du vieillissement (A1-A2), des actions contre l'exclusion digitale et celle d'autres technologies devenues indispensables dans la vie quotidienne (A10) méritent d'être consolidées et étendues afin d'éviter une inégalité entre les personnes qui vivent dans les différentes paroisses de la Principauté.

La pandémie a pu aussi accentuer des différences d'intégration sociale et culturelle selon les capacités individuelles d'autonomie dont l'impact lié au vieillissement se traduit plus souvent par leur ralentissement que par leur perte brutale, généralement d'une autre origine (pathogène). Ainsi, **le monde professionnel en contact avec la personne âgée** qu'il relève du soin médical ou non, peut être amené par exemple à assimiler un ralentissement de la compréhension à une absence de compréhension. La prévention du vieillissement est un gain essentiel dans la meilleure connaissance du ralentissement de ses propres capacités (A2) tout comme la nécessité de réévaluations successives notamment psychologiques en cas de pathologie chronique (A3-A4). Les contraintes de temps imposées aux professionnels induisent de facto une **exclusion sociétale** si elles ne s'adaptent pas au vieillissement physiologique lorsqu'il ralentit certaines fonctions sensorielles, cognitives et/ou motrices. Il va de soi que le vécu d'une telle exclusion est renforcé en cas d'excès de familiarité et a fortiori de certains comportements violents vis-à-vis de la personne âgée vulnérable. Les soignants et les aidants sont demandeurs de formation complémentaire relative à la gérontologie afin d'améliorer dans leur pratique quotidienne, la prise en charge des personnes âgées tout en bénéficiant eux-mêmes d'un soutien psychologique adapté. Les témoignages sont unanimes : la pandémie a modifié la vision sociale de la prise en charge des problèmes psychologiques des personnes âgées et de leur environnement. (A2-A3-A4-A6-A9-A10-A11).

Les conditions extrêmes de confinement nous renvoient à **l'isolement de la personne âgée malade et handicapée en fin de vie**. Elles soulèvent la mise en place d'un accompagnement de qualité sans mise à l'écart de son monde familial que ce soit à

domicile si ce dernier répond à de dignes conditions de vie ou en établissement de résidence le plus souvent définitif même si non désiré.

2-2-4 La question de la priorisation

Elle fut systématiquement posée à chacune des auditions. En effet, dans la majorité des pays européens, s'est posé un problème concernant l'égalité d'accès à certains soins à partir de critères comme l'âge, le sexe, le contexte social voire certains handicaps. Ceci fut d'ailleurs dénoncé le 23 mars 2020 par la Société européenne de médecine gériatrique. Ce fut le cas de la survenue trop tardive de soins de suite, d'interventions chirurgicales ou médicales en matière de nutrition et d'hydratation, de soutien social et psychologique. Nous savons que certaines situations peuvent basculer très vite chez les personnes âgées vulnérables. La question est de savoir si l'Andorre a finalement été concernée par cette problématique comme l'ont été ses pays voisins (Espagne, France). En d'autres termes, est-ce que par méconnaissance de la vulnérabilité des personnes âgées (en dehors des services gériatriques) ou bien du fait de situations singulières de priorisation sanitaire et/ou sociale, certaines personnes âgées se sont trouvées mises à l'écart de façon disproportionnée de l'accès à un certain nombre de soins¹⁶ ?

La réponse fût aussi unanime¹⁷ : il n'y a pas eu d'inégalité d'accès de personnes âgées en Andorre pour leur prise en charge en hospitalisation et en réanimation dont les places ont été multipliées par trois (de 10 à 30), ce qui fut parfois limite mais suffisant (A10).

La pandémie nous a éclairés sur **la complexité de devoir prioriser entre présentiel et distanciel**. Nous l'évoquerons ici à travers deux exemples, l'un sanitaire, l'autre social. Le premier concerne le médecin généraliste débordé par les appels le week-end en pleine pandémie. Il est soumis au choix de se déplacer soit auprès des patients qu'il connaît, soit vers ceux d'une autre patientèle échouant dans ses appels d'urgence : une question de disponibilité mais aussi de performance pour répondre au plus grand nombre de demandes de soins. Si le distanciel ne peut pas remplacer le présentiel dans certaines situations cliniques, la priorité du présentiel peut reposer sur d'autres critères issus par exemple d'une incompréhension de l'information recueillie par téléphonie et

¹⁶ « Cure » et « Care »

¹⁷ A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7-A8 -A9-A10-A11

de ses conséquences. Un autre exemple s'est aussi posé dans la situation critique de pénurie de travailleurs sociaux pour couvrir tous les domiciles concernés. Le choix compliqué s'est porté en premier sur les personnes dépendantes, sans aide à domicile ni familiale ni professionnelle, et quel que soit leur état de santé. (A11)

L'inégalité d'accès aux soins sanitaires et sociaux est une réalité en situation de catastrophe, elle justifie l'organisation préalable d'une planification sanitaire et sociale à la lumière des enseignements du passé.

L'extension globalisée du travail en distanciel, résultant de la pandémie, relève d'une réflexion éthique sur l'apport de nouvelles technologies, non sans garantir les droits aux soins et à la protection sociale de la vie privée, quel que soit l'âge, particulièrement pour les plus vulnérables et fragiles d'entre nous. Cette question justifie à nouveau la nécessité de réintégrer la personne âgée dans le corps social en s'opposant à toutes formes de discrimination et de stigmatisation par la préservation des valeurs de dignité, d'intégrité, de participation, d'indépendance et plus largement par une protection juridique appropriée, comme nous l'envisagerons ultérieurement.

2-2-5 La résilience des personnes âgées en situation de catastrophe pandémique¹⁸

La pandémie COVID-19 illustre par ses conséquences médicales, sociales et économiques, la dimension de **catastrophe**¹⁹ avec ses redoutables **psycho-traumatismes** particulièrement subis par les plus vulnérables d'entre nous au premier rang desquels, les personnes d'un grand âge et leurs éventuelles comorbidités.

Contrairement à la souffrance qui a fait partie de leur condition humaine durant leur parcours de vie, la pandémie a provoqué pour un grand nombre d'entre elles, une **agonie psychique brutale**. L'issue par la **résilience** fut souvent compromise par une sidération post-traumatique de trop longue durée et ceci à divers titres.

Or le vieillissement n'est pas en tant que tel un obstacle à la résilience qui est possible à chaque âge de la vie. Il s'agit en effet d'un mécanisme de défense permettant de

¹⁸ Ce texte et sa figure reprennent celui écrit en mars 2022 par un membre du groupe de travail : <https://www.fertilevision.fr/index.php/citoyens-concernes/item/162-resilience-personnes-agees-pandemie> , en y incorporant les témoignages andorrans recueillis au cours des auditions dédiées à ce rapport.

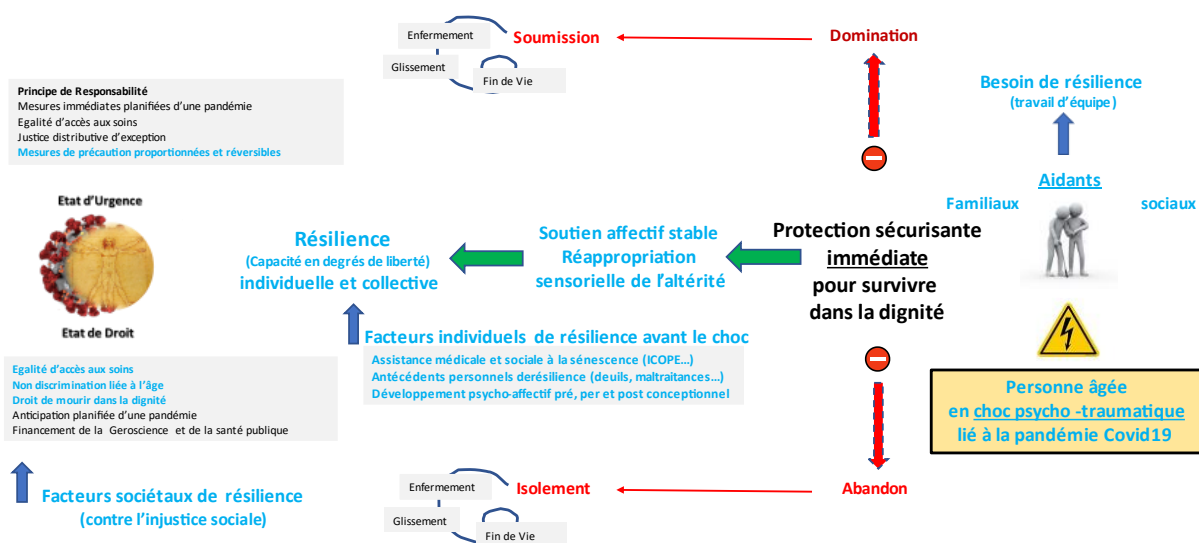
¹⁹ étymologiquement : du grec Kata (césure vers le bas) strophê (renversement), virement à la déchéance

rebondir en faisant renaître une autre manière de vivre, selon la signification donnée au traumatisme en cause. Sa réussite dépend certes des acquis sélectionnés par la vie avant le traumatisme mais aussi des capacités de rebondir par un **soutien affectif immédiat** de son environnement où que la personne d'un grand âge se trouve, en établissement de résidence ou à domicile. Ici aussi, le poids des mots compte : déplacement et non placement en résidence, soutien et non maintien à domicile, au nom du refus absolu de réifier la personne humaine quel que soit son âge.

Le déplacement en hébergement est vécu comme un déchirement ou au contraire comme une sécurisation des conditions de vie. De même l'aide à domicile sécurise dans un milieu familial mais parfois son acharnement pour une personne trop seule, souvent mal traitée (défauts de protection de la personne et de ses biens) contrevient au respect de sa dignité. Les capacités de résilience sont d'abord individuelles mais aussi collectives (famille, aidants sociaux, soignants).

La rupture du lien social, source d'isolement à l'endroit de l'altérité, renforcée en période de confinement par l'interdiction de visites, par la privation de liens internes en hébergement, se manifeste par une **détresse morale**. Elle induit, en l'absence de soutien immédiat, un **syndrome de glissement vers la fin de vie** avec altération physique, dénutrition, troubles cognitifs, mortifère en lieu et place de la COVID-19. La neuro-imagerie objective aujourd'hui qu'un cerveau sans altérité s'atrophie. Ce qui fonde l'intérêt d'une **niche sensorielle** selon le concept de « psycho-écologie » de Boris Cyrulnik²⁰. La rapidité du délai interventionnel sécurisant un soutien affectif stable et la progressive réappropriation sensorielle de l'altérité conditionneront la récupération d'une vie humaine plus acceptable, À titre d'exemple, un déficit de la mémoire des mots peut rendre le langage et la communication difficiles (Alzheimer ou équivalents) : ne pas les prendre en compte en faisant appel à d'autres moyens sensoriels de communication que ceux de la parole (gestes, images, musique), aggrave le glissement et l'enfermement de la personne ainsi que de sa famille dans un engrenage de moins en moins supportable. Ainsi l'importance du traumatisme dépendra de la signification qu'en fera la personne avec ses capacités sensorielles.

²⁰ in «Des âmes et des saisons : Psycho-écologie», Boris Cyrulnik, Odile Jacob 2021)



J'M 2022

Facteurs de résilience pour la personne âgée lors d'un traumatisme psychoaffectif à la lumière de la pandémie virale du Covid 19

Selon le niveau cognitif de la personne âgée, évaluer son **besoin d'attachement** pour une indispensable stabilité affective peut être complexe, souvent entravé par une perception inappropriée de son âge physiologique. Les auditions ont aussi concerné l'impact de la pandémie sur la perception de l'âge de la personne âgée. La peur de la pandémie a le plus souvent conduit certains soignants et certains proches à vouloir surprotéger la personne. Cette surprotection, confortable pour beaucoup, pouvait réduire leur autonomie par la perception d'un âge plus élevé que celui de la réalité (A2-A7-A5). D'un autre côté, la perception de l'âge liée avec celle d'une bonne prise en charge et d'une bonne autonomie, fût celle d'un âge moins élevé susceptible d'être alors vécue comme un abandon affectif de la famille (A3-10). L'ensemble des audité(e)s considère **la surprotection** comme l'influence la plus fréquente de la pandémie avec une perception de l'âge plus élevé de la personne âgée. Cette évaluation de l'âge réel (physiologique) demeure essentielle pour éviter le risque **d'excès « en trop » d'attachement** défavorable à son autonomie et susceptible d'involuer vers la soumission à un enfermement ou celui **d'excès « en moins »**, vécu comme l'abandon à ce même enfermement. Ces deux risques inhumains amplifient gravement le traumatisme psycho-affectif de la personne âgée dont le lâcher-prise par une défense régressive fera obstacle à la résilience. Une telle violation du principe de non-

malveillance porte atteinte à la dignité de son être et peut l'entraîner voire la précipiter dans la spirale du glissement vers la fin de vie.

Par ailleurs, **en matière de fin de vie**, Il y a lieu de mentionner pour certains, celle du choix délibéré et consenti avec conscience, d'une fin de vie dans la dignité, préalablement exprimée en cas d'agonie psychique ou de syndrome psycho-traumatique.

Il s'inscrit pour la société dans une force d'obligation suffisante pour valider un accompagnement de fin de vie, respectueux du droit de mourir dans la dignité. Pour d'autres, selon leurs croyances, la résilience offre la possibilité de réaliser le sens premier de l'être en vie, le rapport intime de leur être singulièrement vivant dans la poursuite d'une relation entretenue avec la mort et son au-delà. Dans les deux cas, la liberté de conscience respectueuse de la dignité humaine s'inscrit légitimement dans le principe premier de la primauté de la personne auquel notre culture est fondamentalement attachée.(A2)

En situation de catastrophe, la résilience concerne non seulement l'individu et la collectivité qui l'entoure mais aussi la société. Il relève du **décideur politique** d'anticiper les situations de catastrophe à travers un **contrat social** dans l'intérêt de la personne. En cas de situation d'extrême urgence, les moyens mis en œuvre par précaution doivent être proportionnés, transitoires et réversibles. Il y va de la responsabilité de l'État d'urgence comme de l'État de droit dans la protection de la personne âgée mais aussi dans celle des générations futures. **La réversibilité d'une disposition** est parfois considérée, à tort, au regard de l'opinion publique, comme le recul d'un « droit au progrès » derrière le masque du bien public. Elle est au contraire **un degré de liberté essentiel à la capacité de résilience** des soignants et des soignés ainsi qu'au développement de la recherche dont la seule valeur objective est la **vérité scientifique**, ce que n'ont pas manqué de nous rappeler la dernière pandémie **mais aussi** celles qui l'ont précédée.

Comment ne pas penser en mars 2022 que la résilience de la personne, de la collectivité et de la société contribuent à la reconstruction indispensable d'une nouvelle manière de vivre après une catastrophe naturelle telle qu'une pandémie de cette ampleur, un

séisme, une canicule dont les conséquences relèvent au-delà d'un devoir de mémoire pour le décideur politique, celui d'un devoir citoyen de transmission aux générations futures.

3 DISCUSSION ARGUMENTATIVE

3-1 L'AUTONOMIE ET LA VULNÉRABILITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

3-1-1 La relativité de l'autonomie de la personne âgée

L'autonomie s'inscrit dans une histoire de vie, dans un quotidien et son environnement. Elle est existentielle de la personne, rarement absolue, encore plus rarement absente.

La distorsion de plus en plus patente entre l'âge chronologique et l'autodétermination, c'est-à-dire la capacité de la personne à décider elle-même et pour elle-même, induit une forme de déni social de l'autonomie de la personne âgée.

L'autonomie comme la dépendance ne peuvent, en aucun cas, relever d'un concept binaire considérant qu'une personne est ou n'est pas autonome, est ou n'est pas dépendante. Ceci est simplement lié aux nombreuses fonctions dont elles dépendent : sensorielles, motrices et cognitives.

Par exemple, il ne serait pas éthiquement acceptable que le prétexte d'une dépendance puisse nuire à l'exercice d'une autonomie intellectuelle.

De même, être autonome ne signifie pas pouvoir décider sans l'aide et le soutien d'un tiers de confiance, même si ce tiers contribue *de facto* à une certaine relativité de cette autonomie. La relation de confiance avec un tiers peut exercer bénéfiquement une influence affective ou de compétence sur la décision mais elle ne devrait pas se substituer à celle qui revient *in fine* légitimement à l'intéressé(e). A cet égard, l'excès de précaution par les choix sécuritaires d'un tiers soignant ou familial (sous couvert de non malfeasance et de bienfeasance) peut s'opposer de façon non éthique à l'exercice de l'autonomie, une évidence que nous renvoient ici les premiers enseignements de la pandémie COVID-19.

Autre exemple, les patients âgés en cas d'extrême rareté des ressources de soins doivent être traités dans les mêmes conditions que le reste de la population, c'est-à-dire selon

les critères cliniques du cas par cas. Accepter une telle discrimination sous-estimerait certaines vies humaines en raison du moment de leur parcours de vie, ce qui contredit les fondements de notre État de droit et de sa Constitution.

La perte d'autonomie est un enjeu individuel portant sur la vulnérabilité précédemment définie comme le résultat de l'incertitude d'un risque morbide potentiel, contrairement à la dépendance ou au handicap qui sont le plus souvent la séquelle d'une maladie. Par exemple, une chute avec fracture rend la personne âgée vulnérable au risque d'incapacités fonctionnelles durables et d'une dépendance qui pourrait s'en suivre. En amont, la prise d'anti-dépresseurs à effet prolongé peut l'exposer au risque d'hypotension orthostatique²¹ et de chute, autant de facteurs de vulnérabilité dont le risque potentiel est celui de complications médicales, parfois de handicap et de grande dépendance.

Les premiers déficits sensoriels concernent d'abord la vue puis l'audition et la cognition; ils contribuent à l'isolement et à l'exclusion sociétale. Leur prise en charge par la société est une priorité pour exercer son autonomie à comprendre une information, à communiquer puis à décider librement pour soi. Il en est aussi des problèmes bucco-dentaires, sources de malnutrition puis de dénutrition et d'osteosarcopénie²² pour reprendre l'exemple des chutes avec fractures.

Le déficit global de motricité s'évalue habituellement en nombre de chutes : en France, chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès, la première cause de mortalité accidentelle, et de plus de 130 000 hospitalisations, justifiant un plan triennal (2022 – 2023 – 2024) anti-chute des personnes âgées²³. De nombreuses initiatives transeuropéennes s'emploient à prévenir l'incidence des chutes de la personne âgée²⁴.

²¹ Baisse brutale de la tension artérielle en se levant ou en se relevant

²² Kirk B., Al Saedi A., Duque G., Osteosarcopenia : A case of geroscience, 2019, Aging Medecine, 2 :147-156, <https://doi.org/10.1002/agm2.12080>

²³ [Plan antichute des personnes âgées | solidarites.gouv.fr](https://solidarites.gouv.fr/) | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités mis à jour le 16/01/2024

²⁴ ce fut le cas du programme HAPPIER en matière de santé mentale et physique pour la Belgique, l'Espagne, la France et l'Irlande, 2015, [HAPPIER-IPP-janvier2015.pdf \(gymsana.be\)](https://gymsana.be/HAPPIER-IPP-janvier2015.pdf)

De même, la survenue de troubles cognitifs renvoie aussi à la notion d'**autonomie relative** et au devoir de respecter l'autonomie psychique : toute perte d'autonomie peut être source de troubles psychologiques, de réponses dépressives et à tout âge de la vie. Dans le cas extrême de l'impossibilité pour une personne de pouvoir exercer son autonomie relative (jamais absente) en cas de dégénérescence cérébrale très évoluée : sa réactivité émotionnelle dont le sens nous échappe, justifie que le choix décisionnel fait à sa place, respecte celui qui objectivement, aurait été le sien.

La perte d'autonomie de la personne âgée est aussi un enjeu économique et sociétal.

- Les études démographiques et économiques réalisées dans nos pays frontaliers ainsi qu'au plan international²⁵ sont nombreuses à le démontrer. Parmi les premiers rapports publiés après la pandémie, la Cour des Comptes chiffre à 1,5 Md€ les dépenses de santé annuelles évitables pour une année gagnée d'espérance de vie sans incapacité, sur la période 2021 – 2031²⁶. Elle calcule pour la France qu'en 2020, malgré une diminution liée à la pandémie COVID-19 de près de six mois par rapport à 2019, l'espérance de vie est de 85,32 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes. Elle considère qu'à 65 ans, les femmes ont encore 23,7 années à vivre et les hommes 19,6 années. Ce rapport ne manque pas de préciser qu'au-delà de cet impact financier, ce gain par année gagnée d'espérance de vie sans incapacité, représente « une amélioration significative de la qualité de vie et de l'autonomie des seniors ».
- Dans nos systèmes de santé, le « ralentissement des fonctions (sensorielles, motrices, cognitives...) des personnes âgées vient frontalement en opposition aux exigences et contraintes d'efficacité, de productivité et de rentabilité imposées aux professionnels du monde du soin médical comme non médical ²⁷».

²⁵ European Commission, Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology, Worthington, H., Simmonds, P., Farla, K. et al., The silver economy – Final report, Publications Office, 2018, <https://www.data.europa.eu/doi/10.2759/685036>

²⁶ Cour des Comptes, La Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : Construire une priorité partagée, Paris, novembre 2021, <https://www.ccomptes.fr>

²⁷ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n° 128 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 âgées ? , Paris, février 2018, https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/ccne_avis_128.pdf

Ces deux éléments illustrent le double défi économique et social de prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée au centre duquel le « **proche aidant** » est investi d'un rôle majeur, digne de reconnaissance, de protection et d'un droit au répit⁵.

Ainsi, le fait que les établissements de résidence soient de plus en plus dédiés à la grande dépendance relève déjà de l'alternative de prendre en charge la perte d'autonomie à domicile. Elle ne peut se faire sans un habitat adapté à la personne et sans le soutien des aidants professionnels ainsi que familiaux ou proches de cœur. Un véritable choix de société pour le décideur politique dans l'organisation des conditions de vie des personnes avancées dans l'âge dont **la solitude non désirée** devient pour les systèmes de santé publique, l'une des plus grandes menaces de santé et d'espérance de vie.

3-1-2 la discrimination et son lien avec la perte d'autonomie

Notre vie quotidienne croise **la discrimination fondée sur l'âge** ou âgisme.

Les exemples sont nombreux, parmi lesquels :

- l'exclusion numérique dans les applications domestiques de la vie courante et dans la communication (santé, commerces, banques)
- la distorsion entre le temps imposé au soignant et le temps nécessaire à la libre expression de la personne âgée soumise à un soin à domicile ou en institution, à une consultation, à l'accueil d'un service d'urgence inadapté à la complexité médicale et sociale pour agir vite et de façon appropriée
- la perte de l'autonomie financière suite à une baisse de la pension de retraite malgré son indexation au coût de la vie, au détournement abusif de revenus quel que soit le lieu de vie²⁸ ...

Au-delà d'un système de santé et d'aide sociale inadapté à la réalité démographique et économique, le regard porté sur la personne âgée est déformé par la peur de vieillir, par le fantasme de « la jeunesse éternelle » mais aussi par la méconnaissance de la réalité du processus de vieillissement. Un tel constat contribue à modifier la représentation que notre société a de la vieillesse jusqu'à la cacher au grand public, la rendre invisible et

²⁸ voir les aspects éthico-juridiques présentés au chapitre 3-3

muette et par voie de conséquence, jusqu'à l'exclure. Elle symbolise ce qui s'oppose, dans une démocratie, aux valeurs qui justifient qu'une société soit inclusive (diversité, équité et solidarité), essence même de l'Etat Providence.

Alors que nos sociétés se donnent les moyens de lutter contre la discrimination en matière de sexe, de genre, de race et de religion, il est curieux de constater que tel n'est pas le cas de la ségrégation selon l'âge chronologiquement avancé ou âgisme, ce que n'ont pas manqué de nous rappeler certaines dispositions prises à travers le monde au décours de la pandémie de la COVID-19.

La discrimination est un facteur de stress chronique dont l'impact psychologique peut s'exprimer par une pathologie. L'activation en continu de l'axe hypothalamo – hypophyso – surrénalien induit des désordres métaboliques en cascade qui portent atteinte à la santé physique et mentale des personnes soumises à une discrimination. De récentes études méta-analytiques révèlent que le vécu de discrimination quotidienne est associé à l'anxiété, la dépression, la détresse psychologique jusqu'à la maladie mentale.

De même, plusieurs études ont suggéré un lien entre la discrimination, le vieillissement prématuré et la diminution de l'espérance de vie.

Une récente étude pionnière a montré que l'exposition au stress et à la discrimination liée à la race au cours de la vie provoque des altérations épigénétiques objectivant que la discrimination peut conduire à un vieillissement accéléré²⁹.

Un certain nombre de maladies cardiovasculaires et auto-immunes ont été corrélées avec l'avancement en âge du fait de facteurs épigénétiques importants. Certaines formes cliniques de la COVID-19 semblent aggravées par le stress et les psycho-traumatismes discriminatoires sous-jacents. De même, la COVID-19 peut faciliter le vieillissement déjà accéléré chez les personnes victimes de discrimination.³⁰

²⁹ McKenna B.G. Mekawi Y. Katrinli S. et al., When anger remains unspoken: anger and accelerated epigenetic aging among stress-exposed black Americans, Psychosom. Med. 2021; 83: 949-958, <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001007>

³⁰ Fiselier A., Narendran G., Raiche J. et al. From discrimination and dis-ease to aging and disease-an epigenetic connection, The Lancet Regional Health - Americas, Volume 12, 2022, 100282,

De prochaines études sont indispensables pour préciser les effets de la discrimination non seulement sur les maladies mais aussi sur le vieillissement afin de déterminer les mesures préventives qui pourraient s'imposer au plan sanitaire et, si besoin, au regard du droit.

En sachant qu'en un siècle, un tiers de la population atteint l'âge de 90 ans (et non plus celui de 65 ans) selon la Commission européenne et que, selon l'OCDE, la population âgée de 80 ans et plus devrait doubler entre 2019 et 2050 dans les pays de l'OCDE dont la France et l'Espagne, l'âgisme devient dès lors un obstacle majeur au maintien d'une société égalitaire, inclusive et démocratique : le grand défi sociétal de la première moitié du XXIème siècle.

3-1-3 l'autonomie et le consentement du patient en fin de vie

La fin de vie est un terme générique qui englobe des situations (médicales et juridiques) bien différentes. C'est le cas des maladies considérées en phase terminale dont le temps de finitude est ou n'est pas raisonnablement déterminable à court terme d'espérance de vie.

Nous rappelons ici, à l'instar de la COVID-19, que tant que la guérison d'une maladie n'est pas objectivement exclue, elle ne doit pas être considérée comme une maladie terminale, même si elle est d'une particulière gravité pour les plus vulnérables du fait d'un contexte polyopathologique ou d'un vieillissement (plutôt qu'un âge) avancé.

Il n'appartient pas à ce travail de développer les aspects éthiques de la fin de vie. Nous ne ferons qu'évoquer ici la question relative à l'autonomie et au consentement du patient, en fin de vie.

L'intérêt **des directives anticipées de volonté**³¹ est primordial dans la mesure où n'est pas méconnue leur révocabilité, admise par tous. Les énoncer et les recueillir se fonde sur un échange sur la vie, la mort, favorisant l'expression de l'autonomie de la personne âgée, dans un projet de vie mais aussi de fin de vie, particulièrement en termes de lieu de vie et de mode de prise en charge. Elles relèvent d'un consentement écrit faisant

³¹ Sémantique plus proche de la réalité que les directives de volonté anticipée

suite à une information la plus éclairante possible, selon les recommandations du CNBA³² pour la rédaction du document de volontés anticipées.

Evaluer l'autonomie de la personne à propos de sa fin de vie³³ signifie vérifier ses capacités de compréhension, d'appréciation, de raisonnement, d'expression et de maintien d'un choix antérieur ou de sa volonté. Il conviendrait qu'un document écrit du médecin atteste de la fiabilité des directives. Cependant, un autre temps est celui de la situation d'une maladie d'une particulière gravité ou au pronostic létal à brève échéance : les directives anticipées deviennent support de dialogue avec le soignant pour s'assurer qu'elles répondent bien à la volonté du patient dès lors confronté à la réalité concrète de ce moment de finitude.

Le respect de la dignité de la personne et celui de l'autonomie de sa volonté fondent à son égard la démarche commune des soignants, des aidants et des membres de la famille.

Seule et à titre très exceptionnel, une raison majeure de santé publique peut contrevenir à la volonté de la personne, de façon coercitive. Ce fut le cas par exemple, de certaines mesures de confinement lors de la pandémie du SARS-Cov2, isolant la personne âgée résidant en établissement, de ses proches au moment de sa mort et parfois dans ses suites immédiates, au mépris de sa volonté exprimée de façon anticipée. C'est souligner à nouveau que la précaution de l'Etat d'urgence en situation d'incertitude doit rester proportionnée, transitoire et réversible le plus rapidement possible afin de ne pas porter atteinte à la liberté et à l'autonomie constitutives de la dignité de la personne, quel que soient son état de santé, sa vulnérabilité sociale et psychologique ainsi que son âge.

³² Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra, Consideracions per a l'elaboració d'un document de voluntats anticipades, [Consideracions_Doc_Voluntats_Anticipades.pdf \(salut.ad\)](#)

³³ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis 121 : Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, Paris 2013, http://www.ccne-ethique.fr/avis_121_0.pdf

3-2 LA PRÉVENTION DU VIEILLISSEMENT : SA DIMENSION INTERGÉNÉRATIONNELLE , SA PORTÉE SOCIO-ÉCONOMIQUE , SES VALEURS ÉTHIQUES

3-2-1 Le vieillissement physiologique, ses facteurs de correction et leurs limites

Il est habituellement reconnu que les frontières entre vieillissement physiologique et vieillissement pathologique sont difficiles à distinguer tant ils interagissent entre eux. Il est néanmoins important de rappeler que le mécanisme du vieillissement physiologique commence très tôt, à l'arrêt de la croissance pour certains et plus vraisemblablement dès que se mettent en route des mécanismes de réparation et de régénération tel que celui de la mort cellulaire programmée (ou apoptose), remplacée et renouvelée en continu au fil des générations cellulaires successives. Ainsi les facteurs de correction du vieillissement physiologique ne manquent pas, jusqu'à ce qu'un dysfonctionnement de l'un d'entre eux limite la réparation, avec ou sans retentissement détectable.

La réparation des cellules, des tissus et des organes et son cycle de vie concernent toutes les générations : elle est transgénérationnelle.

La mobilisation de la gérosience³⁴ est primordiale pour prévenir le vieillissement physiologique et probablement par lui, la survenue évitable d'un grand nombre de pathologies, sources d'handicap et de dépendance. C'est un premier argument de la dimension intergénérationnelle du vieillissement et de sa prévention.

3-2-2 le vieillissement a une valeur socio-économique peu connue

L'approche économique du vieillissement au-delà de l'âge de la retraite ne peut se fonder que sur un âge réel, physiologique et non chronologique. Le recours « de moindre mal » à l'âge chronologique est celui de tranches d'âge, périodiquement réajustables. De l'âge de la retraite jusqu'à près de 80 ans, s'écoule le temps des seniors très majoritairement actifs et en bonne santé. La décennie qui suit est habituellement concernée par la survenue d'une pathologie chronique ou d'une incapacité, de gravité diverse. La dernière tranche d'âge, au-delà de 90 ans, s'étend jusqu'à la fin de vie dont la limite aujourd'hui fixée par la communauté scientifique, est de l'ordre de 120 ans.

³⁴ Voir annexe 1

Un rapport³⁵ à l'initiative de la Commission européenne définit l'Économie des Seniors ou la Silver Économie comme étant la somme de toutes les activités économiques qui répondent aux besoins des personnes âgées de 50 ans et plus. Elle englobe un éventail d'activités économiques liées à la production, à la consommation et au commerce de biens et de services intéressant les personnes âgées, tant publiques que privées, avec leurs effets directs et indirects. En 2015, la Silver Économie a généré plus de 4,2 Mds d'euros de PIB et soutenu plus de 78 millions d'emplois dans l'ensemble de l'économie de l'UE. La prévision d'ici 2025 est de 6,4 Mds d'euros et de 88 millions d'emplois soit respectivement 32 % du PIB et 38 % des emplois de l'UE.

De telles perspectives devraient pouvoir relever les défis économiques liés aujourd'hui à une baisse de la population active et à ses conséquences vitales pour nos systèmes de protection sociale. Ils dépendront des dispositions prises en faveur de la santé connectée et des soins intégrés, du développement adapté de la domotique, du transport intelligent et autres services susceptibles d'être adoptés par le citoyen âgé, du tourisme des seniors, de l'enseignement ouvert à tous les âges. C'est un deuxième argument de la dimension intergénérationnelle du vieillissement et de sa prévention.

3-2-3 la prévention du vieillissement est multiple et son approche multidisciplinaire (sanitaire, sociale, économique, familiale et de proximité, éthique)

La prévention du vieillissement est d'abord sanitaire et sociale. Elle consiste à détecter et à corriger, en tant que de besoin, les premiers déficits sensoriels : d'abord celui de la vue puis ceux de l'audition et de la cognition. Ils concernent l'adulte, souvent en pleine activité professionnelle, avant même l'heure de la retraite. Leurs effets vont en s'accroissant et en s'intriquant avec le temps.

Le défaut de leur prise en charge pénalise les possibilités inclusives des seniors actifs dans le monde du travail et plus largement les personnes trop démunies pour y remédier pendant la deuxième moitié de leur vie, avec les effets discriminatoires précédemment évoqués et contraires au droit à la prévention du vieillissement et aux droits de la vieillesse, développés ultérieurement (chapitre 3-3).

³⁵ Commission européenne / Technopolis group / Oxford Economics, la Silver Economie, 2018. Disponible en : <https://op.europa.eu/doi:10.2759/795588>

L'apport maîtrisé de l'intelligence artificielle permet déjà de prévenir le vieillissement au cas par cas et à grande échelle³⁶, comme en témoigne l'application ICOPE (OMS) sur téléphone portable³⁷, aujourd'hui accessible aux personnes de plus de 60 ans et bientôt extensible aux tranches d'âge antérieures. L'objectif est de maintenir **les capacités intrinsèques de la personne âgée** le plus longtemps possible en les surveillant de façon complète et périodique et en intervenant de façon personnalisée grâce à une plateforme numérique dédiée à une médecine participative.

En effet, une telle plate-forme de santé publique intègre chaque personne concernée avec ses propres autoévaluations, les soignants et les aidants sous la coordination du médecin traitant ainsi que les nouvelles technologies de soins intégrés. Parmi les capacités intrinsèques ciblées : la vision, l'audition, la mémoire, l'appétit, la mobilité, la santé psychologique et la résilience.

Parallèlement, le traitement des données à grande échelle et leurs répercussions sanitaires, sociales, économiques ouvrent, à n'en pas douter, la voie de **l'amélioration de la qualité de vie** au décours du vieillissement, dans notre corps social. À titre d'exemple, après deux ans de lancement, le 11 février 2023, la région Occitanie en France recensait 30 239 participants dans le programme ICOPE (moyen 74,7 ans dont 62 % de femmes) et 7500 professionnels de santé ayant téléchargé les outils numériques correspondants. Ce programme ICOPE de l'OMS se développe aussi avec succès en Andorre³⁸ et en Catalogne.

L'environnement social impacte la prévention du vieillissement à plusieurs niveaux, parmi lesquels :

- **Les lieux de vie** : de l'habitat, du travail, de l'hébergement transitoire, du transport individuel et collectif, de l'accès aux commerces, aux banques, aux services sociaux et administratifs par réduction de la fracture numérique et un accès facilité aux nouvelles aides technologiques en matière de santé et d'habitat

³⁶ Vellas B., How to Implemente Integrated Care for Older Persons -ICOPE- Massively in Clinical Practice for Healthy Longevity. , 2023, J Aging Res & Lifestyle 2023 ;12 :18-19, <http://dx.doi.org/10.14283/jarlife.2023.4>

³⁷ Voir 3-1 du présent avis

³⁸ Comme en ont témoigné toutes les personnes auditionnées (annexe 3) dans le cadre du chapitre 2 du présent avis

- **Les loisirs et la culture** donnant du sens au maintien des capacités cognitives et physiques particulièrement pour « le troisième âge » dont la démographie galopante de l'âge de la retraite à près de 80 ans, est particulièrement en demande d'activités de loisirs, de tourisme à l'étranger, sans oublier aussi ceux de l'étranger choisissant de résider dans notre pays
- **L'environnement de proximité** : famille, proches dont la stabilité du soutien affectif est indispensable à l'effectivité d'une résilience en termes de reconstruction d'un projet de vie puis de fin de vie³⁹. Il est parfois entaché par des situations d'abandon non désiré ou bien d'abus en cas de sévères déficits de la cognition, une atteinte à la dignité de la personne âgée, mal ou non protégée au regard de l'éthique et du droit.

Il est aisé de comprendre qu'**à tous les âges de la vie, l'éducation est le socle de l'espérance de vie**. Elle prend sa source dès le plus jeune âge au sein de la famille directe et/ou de ses proches, elle se nourrit du lien intergénérationnel et de la force inclusive du corps social. Une récente étude milanaise⁴⁰ montre que l'éducation et l'âge interagissent dans la survenue de la fragilité suivant une relation de type exponentiel, suggérant l'importance de la dimension sociale de l'éducation au regard de la fragilité. Les interventions préventives par leur pluridisciplinarité pourraient être particulièrement efficaces à un âge avancé.

L'instruction est le corollaire de l'éducation jusqu'aux âges les plus avancés dont le libre accès à la connaissance et aux nouvelles technologies est un « passe-partout » indispensable à l'intégration sociale. Education et Instruction engagent l'éthique de responsabilité du décideur politique à promouvoir un nouveau paradigme du vieillissement : celui d'une **nouvelle économie de l'inclusion**, dédiée non plus à la performance du niveau moyen d'espérance de vie⁴¹ mais à sa répartition la plus homogène possible au sein de la population. . En témoigne à ce titre, l'étroite corrélation entre l'égalité d'accès à l'éducation et l'espérance de vie. Dès lors, de notre économie du

³⁹ Voir chapitre 2-2-5 sur la résilience de la personne âgée en période pandémique

⁴⁰ Bellelli F., Consorti E., Hettiarachchige T.M.K. et al. Relationship among Age, Education and Frailty in Older Persons. J Frailty Aging 12, 326–328 (2023). <https://doi.org/10.14283/jfa.2023.39>

⁴¹ Écrêtant les écarts selon les couches sociales

bien commun pourra se concrétiser la promotion de l'homogénéité de l'espérance de vie dans la vieillesse.

3-2-4 les conséquences d'une culture préventive du vieillissement

En 2020, les études nationales démographiques démontrent que l'espérance de vie à la naissance est sensiblement identique en France comme en Espagne, de l'ordre de 85 ans pour les femmes et plus de 79 ans pour les hommes⁴². L'impact de la pandémie (OCDE 2021) a fait reculer l'espérance de vie de 6 mois en France, de 18 mois en Espagne (Royaume-Uni : 12 mois - États-Unis : 19 mois) ; elle reste néanmoins une réduction à la marge de la dynamique des populations vieillissantes depuis quelques 3 à 4 décennies. Les projections démographiques de l'OMS objectivent la même tendance à travers le monde : la population âgée de plus de 80 ans devrait doubler entre 2019 et 2050 en Europe, tripler en Chine et quintupler en Corée du Sud.

Dans nos pays dont le taux de natalité est bas et continue à diminuer⁴³, la prévention du vieillissement ne peut qu'induire une proportion croissante des seniors actifs et contribuer à rectangulariser la pyramide des âges.

Ses effets sur la qualité de vie et sur l'espérance de vie ont des répercussions économiques, sociales, actuarielles et patrimoniales dont la santé, la participation sociale et la sécurité économique sont les trois maitre-mots, pour une espérance de vie en bonne santé repoussant au plus loin la grande dépendance.

Il appartient dès à présent à nos décideurs de **réinventer un modèle intergénérationnel**, économique et social :

- **économique** favorisant d'une part la recherche et l'innovation pour le vieillissement en bonne santé, l'emploi, la productivité, la reconnaissance sociale des activités des seniors, la Silver Économie et d'autre part la viabilité financière

⁴² L'espérance de vie à la naissance est :

de 85,74 ans pour les femmes et de 80,36 ans pour les hommes en Espagne (INE 2022)

de 85,2 ans pour les femmes et de 79,3 pour les hommes en France (INSEE 2022)

L'espérance de vie à 65 ans (OCDE 2021) est :

en Espagne de 23,5 ans pour les femmes et 19,2 ans pour les hommes

en France, de 23,3 ans pour les femmes et 19,2 ans pour les hommes

⁴³ La balance entre les naissances et les décès est négative, le déséquilibre s'aggrave tous les ans avec les répercussions sociales, familiales et sanitaires d'une solitude « obligée »

durable et équitable des prestations de retraite par des politiques monétaires et budgétaires adaptées à la réalité démographique de nos populations

- **social** afin de prévenir et de lutter contre la solitude et l'isolement dont le pouvoir pathogène touche toutes les tranches d'âge particulièrement les plus anciens : une priorité absolue intergénérationnelle pour les plus seuls et les plus pauvres.

L'égalité d'accès à la prévention du vieillissement est susceptible de s'étendre légitimement à l'âge adulte bien avant celui de la préretraite. Elle favorise le décroisement générationnel et par lui, la meilleure connaissance du vieillissement et de la vieillesse. Elle est une réponse éthique contre l'inadmissible discrimination fondée sur l'âge et toutes ses conséquences sur le respect de la personne et sur le devenir des générations futures.

3-3 DE L'EXERCICE DES DROITS DE LA PERSONNE ÂGÉE À L'ÉVOLUTION DU DROIT SOCIAL POUR DE NOUVELLES SOLIDARITÉS ET LA GARANTIE DES DROITS ET DES LIBERTÉS À TOUTES LES ÉTAPES DU VIEILLISSEMENT

La dissolution de l'âge chronologique au bénéfice de l'âge réel (physiologique) en termes de santé telle que défini par l'OMS, conduit à reconsidérer dans nos pays dits développés, la signification de la sénescence, le statut social de la vieillesse et l'institutionnalisation de la retraite. Elle relève d'une réflexion éthico-juridique pour l'éventuel passage de l'éthique au droit.

3-3-1 l'exercice des droits de la personne âgée

Une première question s'impose dans le débat, celle de l'entrave à l'exercice des droits dont bénéficie la personne âgée dans nos démocraties : droit commun à tous les citoyens, droits spécifiques de certaines étapes de la vie.

L'étape de la retraite dans le cycle de vie relève de conditions et de prérequis. Celles du droit andorran figurent **en annexe 5**.

Les raisons démographiques de longévité et de santé obligent à **repenser les conditions de viabilité financière de nos modèles d'assurance sociale** : assurance maladie, assurance du handicap et de la dépendance, assurance vieillesse qui est avant tout l'assurance du paiement d'une pension de retraite.

La pension de retraite à vie relève de conditions d'âge et de durée de cotisations sociales à partir desquelles peut être calculé le montant de la pension de retraite en fonction de l'acquisition de points obtenus durant la vie « active ». Cependant le mode de calcul de la valeur du point est réévalué périodiquement et aboutit en général à une valeur plus basse de la pension de retraite.

Ce constat n'est pas sans répercussions sur le pouvoir d'achat, la dégradation des conditions de vie avec le temps, soumis à la croissance végétative d'une économie de moins en moins productive. Le système d'aides sociales compensatoires (A12) par l'État-providence ne subvient en pratique que pour les situations d'une particulière pauvreté. L'Andorre n'échappe pas dans une certaine mesure à ce constat fait dans ses pays voisins (annexe 5).

Le recours à des aides technologiques (robotique humanoïde) **contre les effets de la solitude**, en complément des aidants mais aussi peut-être pour le paiement des pensions en lieu et place d'emplois défectueux en nombre, nécessitera les garanties et la protection d'une réglementation adéquate, harmonisée au plan international.

La Charte sociale européenne et l'Andorre : elle est entrée en vigueur en Principauté le 1er janvier 2005, de telle sorte que l'Andorre a adhéré avec la majorité des Etats membres du Conseil de l'Europe aux principes de la Charte. Depuis son entrée en vigueur, des modifications législatives ont été apportées afin de transposer la Charte dans la réglementation intérieure.

L'Andorre a adhéré à **la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo)** et sa ratification est entrée en vigueur en Principauté le 1er octobre 2023.

3-3-2 l'évolution de la protection sociale de la vieillesse pour de nouvelles solidarités

La personne âgée, terme parfois discriminatoire de la part des gérontophobes, est aujourd'hui exposée au **vécu d'un sentiment d'indignité de son propre vieillissement**, de sa triple perte possible d'autonomie, de libertés et de ressources, susceptible de porter atteinte aux droits et aux libertés fondamentales reconnues à toute personne. Son isolement de fait (de malveillance) quel que soit son lieu de vie, ne saurait être un isolement de droit acquis dans une société déficitairement inclusive par manque de solidarité intergénérationnelle.

Il n'est pas inutile de souligner le poids d'une **éthique du langage** pour exprimer la vérité sémantique dévoyée par certaines habitudes verbales. La prise de conscience de la dimension péjorative de certaines d'entre elles devrait contribuer à les modifier et à changer ainsi ce qui est imprécis, faux, discriminatoire et parfois même pervers. Le langage courant devenu en conscience respectueux de la personne âgée préférera à titre d'exemple : le soutien à domicile au maintien, le déplacement au placement en établissement de résidence et non en établissement d'hébergement , dans certains cas l'accompagnement est préférable à la « prise en charge »... il s'agit bien de la nécessaire évolution éthique des mentalités sur la vision de la personne âgée et de son

vieillesse. Elle doit être prise en compte dans la rédaction des textes législatifs et réglementaires relatifs à la vieillesse et au vieillissement.

Les métiers d'aide à domicile doivent bénéficier d'une formation, d'un accompagnement et d'une valorisation avec une compensation financière en termes de salaire par la prise en compte de la pénibilité des soins que requiert la fragilité des personnes et le risque insuffisamment compris par la collectivité, de souffrance professionnelle⁴⁴. Les services à la personne défendent l'économie de proximité, la hausse de leurs salaires et la création de leurs emplois. Ils représentent un facteur de croissance essentiel à nos pays en période de récession économique.

Les personnels de l'accompagnement dans les établissements de personnes âgées sont en nombre limité, insuffisamment formés à l'accompagnement moral des résidents, insuffisamment valorisés et souvent insuffisamment payés en dépit des situations auxquelles ils sont confrontés : solitude, isolement, vulnérabilité d'autrui, dépression réactionnelle à l'institutionnalisation de la personne âgée où séjournent essentiellement des personnes dans la même situation de vieillesse et de dépendance jusqu'à la fin de leur vie. Leurs conditions d'exercice les exposent au risque professionnel, cumulatif de psycho-traumatismes, eue égard au nombre de résidents accompagnés.

L'évolution du droit du travail est indispensable pour permettre à un proche d'aider et d'accompagner une personne malade ou handicapée :

- congés spécifiques de solidarité familiale par exemple pour accompagner un proche en fin de vie,
- éléments de rémunération d'un compte épargne pour suspendre une activité à des fins de solidarité familiale : allocation journalière versée par l'assurance-maladie,
- transformation du congé, avec l'accord de l'employeur, en période d'activité à temps partiel, dont deux jours de repos non pris, au bénéfice des proches en perte d'autonomie ou avec handicap.

⁴⁴ À ce titre, la cour européenne des droits de l'homme a reconnu le droit de la personne âgée à bénéficier des prestations les plus bénéfiques pour son autonomie, quel qu'en soit le coût (cas McDonald c/UK, du 20 mai 2014).

Encore faudrait-il que ces mesures bénéficient non seulement à des salariés mais aussi à des personnes hors emploi – **le principe de solidarité nationale** conduit à favoriser l'émergence juridique d'un travail « non professionnel » par ce qu'il est utile socialement et source d'économie pour les finances sociales

En France, la loi du 8 août 2016 met en place le compte personnel d'activité (CPA), valorisant des activités socialement utiles dont l'incontournable question est celle du financement : par la solidarité nationale ?, par l'employeur ?, par une participation forfaitaire de l'individu lui-même ?. À ce titre, le CCNE, dans son avis 128, évoque les périodes consacrées par les aidants familiaux et les bénévoles à l'accompagnement des personnes dépendantes - le recours à de nouvelles formes de bénévolat d'accompagnement des personnes fragilisées et vulnérabilisées - l'assouplissement de la réglementation en vigueur dans les établissements pour les personnes âgées

De nouvelles règles du droit social devraient permettre de répondre aux enjeux du vieillissement et au devoir du respect des droits des personnes rendues vulnérables par l'altération de leurs facultés décisionnelles. La protection des majeurs vulnérables dans un esprit de transversalité a pour vocation de couvrir la vulnérabilité des personnes âgées autant que celle des personnes en situation de handicap.

3-3-3 Droits et libertés garanties à toutes les étapes du vieillissement

Le vieillissement comme nous l'avons déjà vu, commence très tôt. Il nous renvoie au sens de l'existence en général alors que la personne âgée renvoie à l'existence en particulier de chacun d'entre nous, comme notre mémoire vivante, au sein de notre famille et de nos proches.

La connaissance du vieillissement permet de modifier le regard porté sur la vieillesse et de considérer la personne âgée comme un citoyen à part entière, titulaire de **droits effectifs, en capacité de les exercer** soit directement et en tant que de besoin avec l'aide de professionnels, de proches et des aidants, soit indirectement par le biais des représentants légaux.

Le droit constitutionnel de la vieillesse, du vieillissement et de sa prévention :

Nous savons tous que chaque être est unique et que cette unicité s'amplifie avec l'âge et les expériences de vie. L'ignorer au point que des abus de langage et des stéréotypes négatifs de la vieillesse ne qualifient les personnes qu'en fonction de leur âge, relève d'une discrimination fondée sur l'âge ou « âgisme ». Or, contrairement aux autres discriminations (sexe, race, religion...), **nos sociétés sont dépourvues d'instruments juridiques pour la protection contre l'âgisme** aux fins d'abolir toute éventuelle discrimination fondée sur l'âge. Parfois, elles sont insuffisantes ou ne sont pas développées et appliquées dans la mesure nécessaire pour abolir toute discrimination fondée sur l'âge

Au regard de l'article 6 de la Constitution andorrane⁴⁵, l'âge étant une condition personnelle, il existe une protection constitutionnelle contre la discrimination fondée sur l'âge et une obligation pour les autorités publiques de la garantir. Cependant, cette obligation constitutionnelle ne semble pas avoir été élaborée dans le cadre législatif.

Le Code pénal introduit en 2014, dans son article 318⁴⁶, le délit de discrimination en reprenant la qualification de conditions personnelles dans l'énoncé des éléments à prendre en considération pour déterminer la discrimination. La modification de la loi à partir de 2015 renvoie à une vérification médicale de l'état de la personne. Toutefois, en Andorre aujourd'hui, peut-être en raison de sa faible taille démographique, cet article

⁴⁵Article 6 de la Constitution de la Principauté d'Andorre :

1. Toutes les personnes sont égales devant la loi. Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination fondée sur la naissance, la race, le sexe, l'origine, la religion, l'opinion ou toute autre condition personnelle ou sociale.

2. Les pouvoirs publics doivent créer les conditions telles que l'égalité et la liberté des individus soient réelles et effectives.

⁴⁶ Llei 9/2005, del 21 de febrer, qualificada del Codi penal. Article 338. Discriminació

Le Code pénal tel que modifié en 2015, prévoit une exception : la discrimination en matière d'assurance-vie, d'invalidité, de handicap ou d'inaptitude au travail. Dans ce cas, la discrimination doit nécessairement être fondée sur des considérations relatives à l'état de santé de la personne, médicalement constatées. Par conséquent, dans ces cas, la discrimination fondée uniquement sur l'âge de la personne n'est pas admise, car une dégradation avérée et non présumée de l'état de santé est nécessaire (Llei 40/2014, de l'11 de desembre, qualificada de modificació de la Llei 9/2005, del 21 de febrer, qualificada del Codi penal).

du Code pénal n'a pas été appliqué dans son aspect de discrimination fondée sur l'âge, car aucune procédure judiciaire n'a été engagée à ce sujet.

Depuis 2023, le Code pénal a également été modifié afin de protéger les personnes handicapées contre la négligence de la part des personnes chargées de leurs soins⁴⁷. En dehors de ces mesures de protection, le même texte prévoit la circonstance aggravante d'être la victime particulièrement vulnérable en raison de son âge ou de son handicap⁴⁸, une circonstance qui a déjà été appliquée pour garantir une protection spéciale des personnes âgées

La transversalité « intergénérationnelle » des droits constitutionnels ne justifie-t-elle pas l'élaboration d'une loi sur la vieillesse et le vieillissement avec des instruments juridiques propres au respect de la personne âgée en matière de pension, de santé, d'habitat, de culture et de loisirs, de solidarité sociale mais aussi de prévention en matière de santé, de discrimination, d'exclusion et d'éducation des professionnels concernés y compris ceux de l'enseignement, de la recherche et de la prestation de services ?

La réduction des inégalités à l'éducation et à la santé :

Si l'éducation est considérée comme un droit universel, ce dernier ne devrait pas permettre aux citoyens une espérance de vie différente selon leur lieu de vie et leurs possibilités d'accéder à une éducation de qualité⁴⁹ et à une inclusion sociale participative, notamment de loisirs et de culture.

⁴⁷ L'article 167 du Code pénal andorran dispose :

1. L'abandon d'un mineur ou d'une personne handicapée par la personne chargée de sa garde est puni d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à deux ans.
2. Si l'acte est commis par les titulaires des fonctions de tuteur, la peine est un emprisonnement de trois mois à trois ans.
3. Si, en raison des circonstances de l'abandon, la vie ou la santé du mineur ou de la personne handicapée est menacée, la peine est de deux à cinq ans d'emprisonnement.

⁴⁸ Art. 30, alinea 5 du Code penal andorran « Ser la víctima especialmente vulnerable tenint en compte l'edat, la condició física o psíquica, la discapacitat o una altra circumstància semblant. »

⁴⁹ il s'agira également de subvenir au dépeuplement et à la désertification notamment de certaines zones rurales en octroyant des incitations fiscales aux familles et aux entreprises qui s'y installeront, en développant la connectivité (fibre optique) et par elle des technologies innovantes utiles et appropriées, bien que cela touche des pays plus peuplés que l'Andorre. De telles dispositions ne peuvent que débloquent des personnes isolées et sans lien social. Ce problème est apparu dans de nombreuses auditions dans le cas de l'Andorre, en ce qui concerne les services de proximité.

Il en est de même pour l'égalité d'accès approprié aux exigences de soins et d'assistance dont la pandémie COVID-19 a pu révéler des situations de privation de soins intensifs, systématisées sur la base de l'âge ou de toute autre circonstance autre que les critères cliniques communément acceptés. C'est souligner à nouveau que l'âge n'est pas en soi une maladie, même pour les plus vulnérables. Cette inégalité d'accès n'a pu qu'aggraver la marginalisation et l'isolement forcé au mépris de la protection des droits de l'homme pour la personne âgée.

À la lumière de la pandémie de la COVID-19, la réflexion éthico-juridique porte aussi sur le principe de proportionnalité appliqué à la gouvernance d'un juste équilibre entre État d'urgence et État de droit, à l'exemple des dispositions prises en matière de confinement fondées sur l'âge chronologique, des mesures de vigilance sanitaire et sociale, de la qualité de l'information du grand public.

Sur ce dernier point, l'OMS a qualifié d'**infodémie**, la pandémie de la désinformation (intentionnellement fausse) portée par certains médias de masse et des réseaux sociaux peu soucieux des graves conséquences aggravant la vulnérabilité des personnes, portant sur la santé mentale, mais aussi portant atteinte à l'intégrité de la recherche, des soins et de l'environnement. Il convient que les dispositions juridiques se mettent en place au fur et à mesure de l'évolution de la connaissance scientifique et technologique en la matière, afin d'empêcher de tels comportements mensongers.

Réduire les inégalités en matière de santé et améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés est l'objectif de la Déclaration des Nations Unies sur la Décennie du vieillissement en bonne santé (2021-2030), qui a conduit à la Stratégie mondiale et au Plan d'action de l'OMS sur le vieillissement.

3-4 DÉFIS ÉTHIQUES EN FAVEUR DU DÉBAT PUBLIC ET DE LA GOUVERNANCE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DU VIEILLISSEMENT ET SON INTÉGRATION DANS NOS SOCIÉTÉS OCCIDENTALES

Le dialogue et le débat publics sont une contribution essentielle de la démocratie participative qui nourrit légitimement la décision de la représentation nationale et sa gouvernance. Ils relèvent d'une éthique du langage dont la vérité sémantique est issue de la connaissance de la science au sens large du terme. L'accès à la connaissance, en conscience de ses propres incertitudes, est un préalable indispensable au débat public.

3-4-1 la communication de crise en situation de pandémie

Une analyse internationale en complément de ce qui est développé dans le chapitre 2 sur l'impact de la pandémie en Andorre (2-2-2) met en exergue **la spirale morbide de la désinformation** au cours des premiers mois de la propagation du virus.

L'éthique du langage⁵⁰ convient de désigner la désinformation comme une information fausse ou trompeuse, intentionnelle et potentiellement délétère pour autrui. Les désordres de l'infodémie (désignée par l'OMS comme la diffusion rapide d'informations trompeuses sur la santé particulièrement à travers les médias sociaux) ont contribué à amplifier la pandémie de la peur particulièrement pour les plus vulnérables, touchés par la maladie et/ ou l'isolement⁵¹ dont les plus avancés en âge.

La communication inappropriée entretient la peur et le doute, elle est responsable dans un premier temps de comportements amplifiant à leur tour la propagation du virus ; ils sont générés par la perte de confiance en la science, indûment qualifiée dans les médias de masse et les réseaux sociaux.

La spirale de la peur nourrie par la désinformation accentue la vulnérabilité et porte particulièrement atteinte à la santé mentale non seulement des personnes âgées mais aussi de leurs aidants et soignants.

⁵⁰ elle distingue la mésinformation est fausse ou trompeuse mais non intentionnelle – la désinformation est une mésinformation intentionnelle et délétère – la mal-information est vraie, rendant public ce qui est de l'ordre privé et intentionnellement délétère.

⁵¹ à l'origine de dispositions spécifiques au sein de la gouvernance comme au Royaume Uni, [Loneliness, social isolation and COVID-19 | Local Government Association](#)

Dans un deuxième temps, force est de constater que la spirale porte également atteinte à l'intégrité de :

- la recherche, à l'exemple de sur-publications scientifiques fragilisant les systèmes de contrôle en place par des procédures d'examen accéléré, susceptibles aussi de toucher en amont la validation éthique et scientifique de protocoles de recherche,
- l'environnement avec un impact négatif sur des programmes de soins, d'éducation et de prévention (maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH) du fait d'une réaffectation (parfois disproportionnée) des ressources vers des activités spécifiques au virus et à la COVID-19 sans oublier l'engrenage vicieux entre le risque de pandémie et la perte de biodiversité par une proximité accrue entre l'homme et la faune sauvage, la détournant, dans certains pays, à des fins alimentaires, cosmétologiques et de thérapies diverses.

La littératie en santé⁵² est un moyen efficace de lutter contre la désinformation et l'infodémie. Cette capacité à trouver l'information sur la santé est un enjeu majeur en santé publique. L'apport d'un niveau approprié de connaissance vraie en matière de santé, et accessible à chaque âge réel de la vie, permet de mieux comprendre, de mieux adhérer aux recommandations, de mieux s'autonomiser dans la recherche et l'analyse de l'information et de participer à la diffusion de la vérité scientifique.

Par ailleurs, Il n'est pas inutile de rappeler que le premier maillon de la chaîne de la connaissance est **l'incertitude**, fondement de la recherche. La littératie en santé relève de l'expertise des acteurs de terrain ainsi que ceux de la santé publique, et de leur capacité de communication en gériatrie pour les âges avancés de la vie.

⁵² En janvier 2023, le CDBIO du Conseil de l'Europe a publié un guide sur la littératie en santé, en version anglaise et française : <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/guide-to-health-literacy>

Les défis éthiques de la gouvernance d'une société solidaire, équitable et juste en situation de pandémie sont ceux

- d'une planification sanitaire et sociale en sachant que, contrairement à certaines catastrophes naturelles, le développement progressif des pandémies laisse au gouvernement un délai raisonnable pour mettre en place un organe administratif de coordination et d'intervention ⁵³
- d'une information transparente sur l'évolution réelle de la connaissance et de son état de d'incertitude
- de la justification des dispositions de précaution proportionnées et réversibles pour des risques non démontrés et de dispositions préventives dès que possible pour un risque avéré
- de l'accès équitable à la santé, aux soins, au travail, à l'allocation de ressources, aux technologies, à l'éducation et à l'information
- du respect des libertés individuelles et de la dignité de la personne jusqu'à sa finitude, de son autonomie décisionnelle, de sa protection contre la discrimination et de sa participation sociale

3-4-2 la communication intergénérationnelle : ses défis et ses enjeux sociétaux de gouvernance relative au vieillissement et à la vieillesse

Si l'environnement induit différentes façons d'être enfant, d'être adulte jeune et de vieillir, la stigmatisation catégorielle selon l'âge et son risque discriminatoire n'a plus sa place dans une société solidaire, équitable et inclusive pour de nombreuses raisons.

La communication intergénérationnelle est essentielle pour relever les défis de la transformation inéluctable de notre société, liée au vieillissement.

⁵³ CIB UNESCO, 6 septembre 2023 : [Projet de rapport du Comité International de Bioéthique \(CIB\) sur la pandémie de COVID-19 : enseignements tirés et recommandations pour les orientations futures - UNESCO Bibliothèque Numérique](#)

Parmi ces défis,

le défi démographique est triple, celui de

- la longévité : en augmentant la population active⁵⁴, la prévention du vieillissement doit permettre une réévaluation au cas par cas de l'âge du travail et de retarder au plus loin la grande dépendance⁵⁵
- la baisse constante de la natalité et la nécessité de rééquilibrer le déficit des naissances par rapport aux décès, justifient une réorganisation du travail en fonction des âges afin de permettre aux couples en âge de procréer, de féconder et d'éduquer leurs enfants sans préjudice de la poursuite de leur carrière professionnelle particulièrement pour les femmes
- la désertification de zones rurales et de certaines zones urbaines où se trouvent particulièrement isolées les personnes âgées, invite au repeuplement par la connectivité à haut débit, l'accès aux nouvelles technologies (dont la télémédecine) et par des incitations financières à l'installation d'entreprises, de commerces et de prestataires de services. Elle soulève la question des mouvements migratoires et de la pertinence d'une immigration intégrée comme variable d'ajustement démographique et économique.

Le défi numérique et technologique

Il est de combler le fossé numérique entre les générations, particulièrement dans le cadre du recueil de l'information (sur les biens et services) et de la communication

⁵⁴ en 2018, l'OCDE estimait déjà qu'en 2050, 77 personnes seraient retraitées pour 100 en âge actuel de travailler contre 30,6 % en 2015 (<https://www.oecd.org/economy/surveys/Spain-2018-OECD-economic-survey/vision-general.pdf>) et L.Gratton et A. LScott que la moitié des enfants européens avait une espérance de vie de 109 ans (Gratton, L. / Scott, A., La vida de 100 años: Vivir y trabajar en la era de la longevidad, Lettera, Bilbao, 2018).

⁵⁵ plus que la maladie et encore plus que l'âge, c'est la dépendance qui présente un coût élevé pour la société, selon le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie, « la fin de vie des personnes âgées », Paris, la documentation française 2014, [Observatoire national fin de vie 2013 Fin de vie des personnes agees | vie-publique.fr](http://observatoire-national-fin-de-vie-2013.fin-de-vie-des-personnes-agees.vie-publique.fr)

génératrice d'interaction sociale dont les personnes âgées ont le plus souffert lors des mesures de distanciation destinées à éviter la propagation du virus SARS-CoV-2.

L'apprentissage adapté aux capacités⁵⁶ de chacun, même à un âge avancé ⁵⁷, fait appel à une communication intergénérationnelle pour répondre aux besoins de communiquer à distance avec les professionnels de santé, les prestataires et les administrations, de même que dans les deux mondes du travail et des loisirs. Le numérique est un amplificateur d'autonomie décisionnelle et de qualité de vie mais aussi l'outil multiplicateur de nouvelles solidarités,.

Souvent liées aux TIC⁵⁸, les nouvelles technologies abondent pour l'habitabilité : la domotisation (surveillance des activités et des appareils domestiques), la robotisation pour lutter contre la solitude non désirée, la numérisation des soins : télémédecine, imagerie assistée, surveillance de données de santé (mesure de fonctions vitales mais aussi détection de chutes, de malaises et de troubles du sommeil).

La robotisation humanoïde est en route, elle sera susceptible d'améliorer la qualité de vie, de subvenir en partie à certaines aides d'assistance et de prévenir, dans une certaine mesure, la perte d'autonomie. Cependant, cette perspective invasive sur le marché du travail n'est pas sans exiger une harmonisation des pratiques et de leur réglementation à un niveau international, compte tenu de l'accélération sans précédent de l'innovation et du développement de tels robots. Certes, la robotisation en accompagnant le vieillissement du travailleur bien avant sa retraite permettrait de prolonger et d'adapter dans le temps ses capacités de santé, de travail, de loisirs et donc son autonomie au sein du corps social et familial. Encore faudra-t-il s'assurer de l'intégration par ces machines, des principes et des valeurs dans le processus décisionnel de leur intelligence artificielle, susceptible de se substituer aux capacités non plus physiques mais cognitives de l'humain, afin que soient respectées la dignité, la non-discrimination, l'égalité et la justice des utilisateurs et que leur soit garantie la responsabilité juridique de leur décision humanoïde.

⁵⁶ variables selon la personnalité, l'état de santé, le niveau de compliance ou de résistance au changement

⁵⁷ y compris à la capacité d'adaptation du système proposé

⁵⁸ technologies de l'information et de la communication

Enfin le défi numérique et technologique a un coût nécessitant un cadre réglementaire de protection juridique des personnes âgées contre d'éventuels abus de confiance de la part de certains fournisseurs peu soucieux de la fragilité et de la vulnérabilité de leurs interlocuteurs.

Le défi éducatif est celui d'une culture intergénérationnelle.

Le défi de l'éducation est d'abord de faire comprendre que le vieillissement est une opportunité liée à la vie. La prise de conscience de son évolution de plus en plus lente exige que soit éliminée la vision déformante de l'imaginaire collectif sur les personnes âgées qui représentent près de la moitié de la population consommatrice de services et de biens et par conséquent, de repenser ce qui justifie l'État-providence et les droits de l'homme pour le bien-être de la plus grande survie jamais atteinte de l'homme.

Dès le plus jeune âge, l'éducation parentale et scolaire devraient converger à enseigner

- la solidarité envers les plus vulnérables de tous âges,
- que le vieillissement est intrinsèque à la vie et à sa finitude, que le « bien vieillir » est conditionné par trois facteurs : la sécurité économique, la santé, la participation sociale et familiale
- l'altruisme car le mieux-être de chacun dépend de l'entraide intergénérationnelle.

Plus tard, l'orientation scolaire devrait valoriser les métiers d'aide à la personne, leur portée sociale et l'attractivité des parcours professionnels en pleine évolution.

Chaque âge de la vie a sa place dans notre société avec ses droits et ses libertés individuelles, sa capacité directe ou indirecte de les exercer et ses devoirs de respect et de solidarité intergénérationnels. L'éthique du langage nous invite, dans ce cadre éducatif, à réfléchir à toutes formes de discrimination et d'exclusion fondée sur l'âge et la génération.

A tout âge, l'acquisition de formation (littératie) et d'information destinée la participation citoyenne au débat public est fondatrice de la réflexion éthique et de l'éventuel passage de l'éthique au droit. Par exemple, eu égard à l'évolution de la vieillesse, la société doit pouvoir juridiquement garantir la protection et la sécurité des

personnes âgées particulièrement vulnérables pour des raisons physiques ou cognitives , a fortiori lorsqu'elles n'ont pas les moyens nécessaires pour survivre dans la dignité.

Le rôle des médias, dans le respect de la liberté d'expression, est de contribuer à développer une prise de conscience positive sur le vieillissement, l'âge réel de la personne et sa vieillesse. De toute évidence, celle-ci ne peut pas se limiter à la performance d'un grand âge quel que soit l'état de santé de la personne concernée mais plutôt s'intéresser, par exemple, à la réalité des déterminants sociaux de l'espérance de vie en bonne santé ou celle de la grande dépendance et de la solitude⁵⁹, qui est tue au grand public comme un déni existentiel. La culture intergénérationnelle devrait pouvoir bénéficier du retentissement médiatique de la vraie place de la vieillesse et du vieillissement dans une société inclusive et solidaire.

Si, pour reprendre Nelson Mandela, l'éducation est l'arme la plus puissante pour changer le monde, le niveau d'éducation reste aujourd'hui le grand pourvoyeur des inégalités sociales et par lui, d'une baisse significative de l'espérance de vie. L'homogénéité de l'espérance de vie dans la vieillesse, contrairement à l'espérance de vie moyenne d'une population est encore trop peu analysée. Elle est pourtant le reflet de l'égalité d'accès à ce qui est souvent considéré comme un droit universel : l'éducation, un véritable défi du vieillissement pour les générations futures.

Le développement de dynamiques intergénérationnelles peut être une réponse à l'isolement et à l'exclusion de la personne âgée quel que soit son lieu de vie (avis 128 du CCNE).

Des expériences interactives selon des différences d'âge, d'état de santé, dans le monde du travail ou du loisir peuvent en effet induire des solidarités en faveur de l'insertion sociale des uns et des autres, grâce à la contribution active et réciproque des générations concernées.

Au-delà des expériences précédemment évoquées, elle permet aussi à la personne âgée d'exercer ses droits directement avec l'aide éventuelle d'une personne de confiance ou

⁵⁹ la solitude, à elle seule, augmente le risque de mortalité prématurée de 25 à 30 % selon les méta-analyses réalisées en Europe et aux États-Unis

par des tiers (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) pour lesquels la compétence gérontologique devrait pouvoir être requise.

La dynamique intergénérationnelle valorise la personne âgée au regard des plus jeunes, redonne du sens à la vie, réduit la perte de l'estime de soi et l'état dépressif, augmente la capacité de résilience pour un nouveau projet de vie ou de fin de vie.

La dynamique intergénérationnelle est dépendante de la compétence gérontologique des interlocuteurs de la personne âgée, se rajoutant aux nécessités requises de temps donné et de disponibilité d'esprit, pour une communication authentique et r ciproque⁶⁰.

Elle exige aussi l'information, la formation et l'accompagnement des acteurs de la santé et du social pour lesquels les notions de performance ⁶¹et de rentabilité financière relèvent, au plan de l'éthique, de moyens socialement acceptables. Ils justifient de valoriser le soin relationnel et de l'améliorer par l'interdisciplinarité d'une réflexion préalable aux prises de décision complexes⁶² dont le gain d'objectivité ne manquera pas de générer des économies par moins de souffrances au travail des soignants, au bénéfice aussi des patients et de leurs proches. Dans ce cadre, les métiers de soutien à domicile méritent d'être tout autant valorisés que dans les établissements spécialisés par une attractivité financière à la hauteur de la pénibilité des soins et des risques auxquels ils sont personnellement exposés. Il en est de même d'encourager dignement l'aide familiale à domicile. Il y va de la responsabilité de l'état, directe mais aussi indirecte sous de nouvelles formes de solidarités citoyennes telles que le mécénat associatif ou d'entreprise.

Le lien entre la situation présente et l'histoire personnelle que renforce avec l'avancement en âge la mémoire des faits anciens, est une condition favorable à l'écoute active de la parole de la personne âgée vulnérable et plus ou moins dépendante. Il fonde l'échange participatif indispensable à la qualité de vie, au respect de la personne âgée et à sa réintégration sociale. Il concerne donc tout l'environnement familial et professionnel

⁶⁰ ce qui exclut une partie de la vieillesse des enquêtes distancielles et notamment téléphoniques (démographiques et d'opinion) sans correctif possible non discriminatoire.

⁶¹ pour l'amélioration individuelle de la santé

⁶² polyopathologies, isolement social non désiré, situations d'abus et de mauvais traitements portant atteinte à l'intégrité physique et mentale

et ses nécessaires connaissances gérontologiques pour optimiser la communication intergénérationnelle dont il relève.

3-4-3 Démocratie et vieillissement

En plaçant l'éthique au centre de la relation du savoir au pouvoir, les démocraties occidentales ont développé une dimension citoyenne participative pour contribuer à la réflexion de la représentation nationale dans son pouvoir décisionnel ainsi que dans sa gouvernance exécutive.

L'information précède le débat public⁶³. Elle s'exprime à travers différentes instances éthiques à l'échelle locorégionale, nationale, continentale et internationale. Certaines sont susceptibles de produire des textes contraignants⁶⁴ d'autres, les plus nombreuses, sont consultatives et indépendantes à ce titre du pouvoir politique et des juridictions en place.

Le débat public parce qu'il intègre la participation du public, pour le public et par le public, justifie un engagement du décideur politique d'être à son écoute pour les choix législatifs et de gouvernance que soulèvent les avancées technologiques mais aussi sociétales, comme l'illustre ce rapport.

Le rapport du CNBA s'inscrit dans la continuité d'autres rapports au-delà de nos frontières sur la pandémie COVID-19 ou sur la vieillesse et le vieillissement.

Il est un des premiers à tirer parti des enseignements de la pandémie sur la personne âgée pour actualiser une réflexion éthique sur la place future du vieillissement et de la vieillesse dans nos sociétés occidentales : une contribution aux débats publics qui suivront.

⁶³ Un Séminaire de haut niveau sur le débat public a été organisé par le Comité Directeur de Bioéthique du Conseil de l'Europe en juin 2019, suivi en novembre 2019 de la publication d'un guide pour le débat public sur les droits de l'homme et la biomédecine <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/public-debate>

⁶⁴ Convention d'Oviedo du Conseil de l'Europe pour les pays l'ayant ratifiée

Il s'interroge pour la gouvernance démocratique d'un certain nombre de questions, parmi lesquelles, il évoque les quatre suivantes :

- l'âge juridique peut-il encore se fonder sur la limite du seul âge chronologique pour la retraite, pour la représentation de la nation, et plus largement pour l'exercice des libertés et des droits de la personne ?
- Comment lutter contre la solitude non désirée, une des plus grandes menaces de la santé publique⁶⁵ et comment sensibiliser la société aux atteintes à l'intégrité physique et mentale des personnes âgées vulnérables, au même titre que celles à l'égard d'autres groupes comme les mineurs et les femmes, et même au sein des femmes , contre le mutisme des plus âgées, d'abord aidantes de leur conjoint puis vouées à la solitude et à l'exclusion sociale ?
- Comment réorganiser une politique publique de prévention transgénérationnelle du vieillissement et de protection sociale des plus vulnérables et des plus démunis ?
- Comment rétablir une culture intergénérationnelle dans nos démocraties, à l'image de la place des anciens dans d'autres cultures de l'Afrique à l'Extrême-Orient ?

⁶⁵ en termes de morbidité et de mortalité, bien au-delà d'autres risques répandus tels que l'obésité, in American Psychological Association, «So Lonely I Could Die», August 2017.
<https://www.apa.org/news/press/releases/2017/08/lonely-die>

4 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'évolution de notre société après le siècle des lumières puis celui de l'industrialisation (XIXe siècle) s'est adaptée au XXe siècle à celui des nouvelles technologies. Les avancées sociales qui ont accompagné celles de la science ont conduit après les deux guerres mondiales à une longévité humaine sans précédent en dépit de la mise en danger de notre planète, également sans précédent. Dans le droit fil de notre histoire, le grand défi du XXIe siècle sera à la fois celui du vieillissement de l'homme ainsi que celui de la préservation de la diversité génétique et de son environnement.

La pandémie COVID-19 nous enseigne déjà que face à l'incertitude, une planification préalable sanitaire et sociale s'impose ainsi que la littératie en santé à tous les âges pour lutter contre la désinformation de certains médias, source de peurs, de doutes et de propagation virale.

La primauté de la personne est le fondement commun aux recommandations de cet avis.

Sont considérées comme les plus immédiates, celles de nature :

- **sanitaire** : aucune priorisation n'est justifiable en dehors de critères strictement médicaux pour la garantie d'un égal accès aux soins, quel que soit l'âge
- **sociale** : lutter contre la solitude non désirée et la pauvreté est une exigence essentielle relevant de dispositions sociales, économiques, éducatives et culturelles, quel que soit le lieu de vie, en favorisant dans la mesure du possible, le soutien à domicile au fil des générations jusqu'à la finitude de leur propre cycle de vie
- **juridique** : l'exercice des droits de la personne âgée au même titre que toute autre, doit garantir : la protection de toute situation d'une particulière vulnérabilité, de toute forme de stigmatisation et de discrimination telle que celle fondée sur l'âge, l'égal accès à la justice et à sa « géro-compétence », l'évolution des droits sociaux avec des instruments juridiques actualisés pour la protection du vieillissement notamment en matière de retraite, de santé, de logement, d'inclusion et de participation sociales.

La prévention du vieillissement est la pierre angulaire d'une société intergénérationnelle (et non plus seulement plurigénérationnelle), recommandée comme nécessaire et souhaitable par le CNBA.

En maintenant les capacités de chacun dès l'âge adulte et pour toutes les générations concernées jusqu'à celle de la grande dépendance, la prévention du vieillissement légitime l'âge réel rapport à l'âge chronologique, permet de développer d'indispensables ressources économiques (Silver économie), de réorganiser le monde du travail et du loisir, de la protection sociale et de la solidarité intergénérationnelle.

La participation citoyenne à la géroculture et au débat public sur *la personne âgée, la vieillesse et le vieillissement*, contribue solidairement à la réflexion démocratique de la représentation nationale et de sa gouvernance, comme en témoigne le présent rapport.

Réinventer une **culture intergénérationnelle** au sein de nos démocraties occidentales, inclusives, solidaires et équitables, tel est le grand défi des trois prochaines décennies de notre siècle.

III- ANNEXES

Annexe 1

L'impact de la sénescence sur le système immunitaire

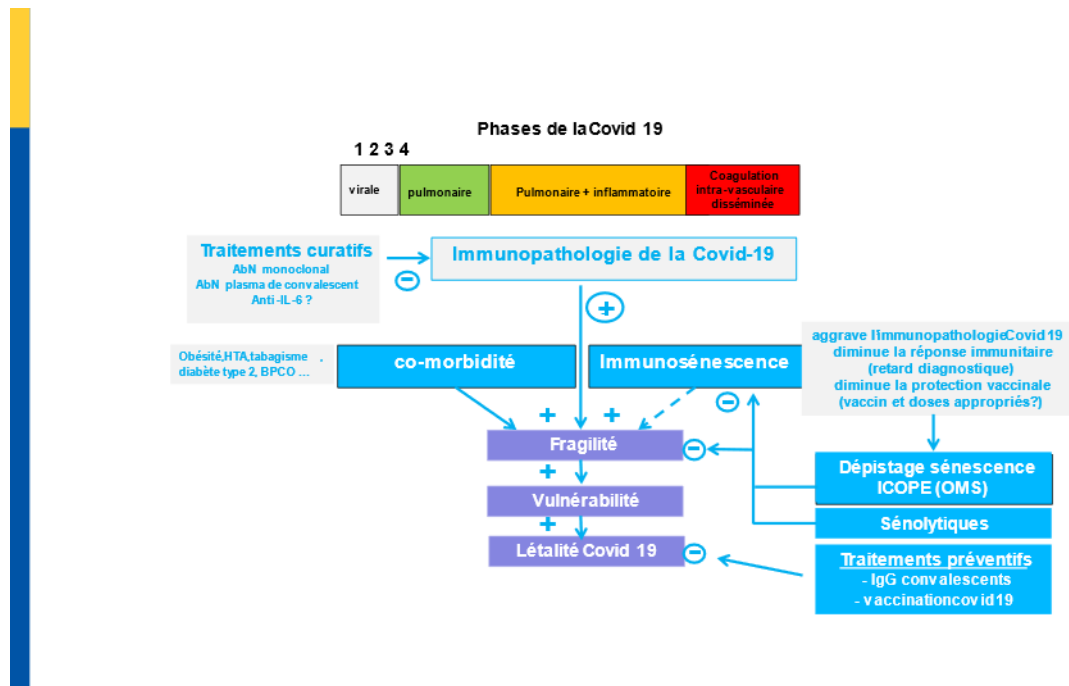
Il est utile de rappeler que la **sénescence cellulaire** facilite la programmation du développement tissulaire et de la cicatrisation tout en limitant la tumorigénèse.

C'est l'accumulation pathologique de cellules sénescents qui induit une morbidité associée à l'âge. Elles sont une cible thérapeutique pour les **sénolytiques** favorisant l'apoptose (mort cellulaire programmée) ou pour les **thérapies inhibant le phénotype sécrétoire** (SASP : senescent-associated secreted phenotype). La sénescence cellulaire induite par un virus tel que le SARS-CoV2, est de mieux en mieux connue, suggérant le ciblage sénolytique des cellules infectées par le virus comme une nouvelle option thérapeutique contre la COVID-19.⁶⁶

Ce tableau⁶⁷ illustre le **double impact de la COVID-19 et de la sénescence sur le système immunitaire et l'état actuel des connaissances sur d'éventuelles options thérapeutiques.**

⁶⁶ Lee S., Yu Y., Trimpert J. et al, Virus-induced senescence is driver and therapeutic target in COVID-19, Nature. 2021 Nov;599(7884):283-289, <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03995>

⁶⁷ Montagut J., la vaccination anti COVID-19 : :contribution éthico-scientifique, [La vaccination anti COVID-19 : contribution éthico-scientifique \(FR/EN\) \(fertilitevision.fr\)](https://fertilitevision.fr/la-vaccination-anti-covid-19-contribution-etico-scientifique-fr/en/)



Immunopathologie de la COVID-19 et Immunosénescence

La vulnérabilité de la personne âgée est variable selon son niveau de fragilité, son statut immunitaire, ses éventuelles comorbidités mais aussi ses conditions de vie, son environnement social (habitat, EHPAD) et économique (précarité, ressources). La présentation clinique de la COVID-19 pour les personnes les plus âgées est souvent atypique : peu symptomatique, trompeuse par la polymédication, peu communicante du fait de souffrances d'isolement et, en cas de séjour prolongé dans un service COVID-19, d'un manque de culture gériatrique avec le risque d'accès limité aux soins, d'une nutrition inadéquate, d'un retard pris après la phase aiguë sur la récupération motrice et musculaire.

L'impact de la sénescence sur le système immunitaire (respiratoire et autres organes vitaux) justifie que la vulnérabilité de la personne âgée soit considérée comme une entité à part, évaluée au cas par cas dans la prise en charge de la COVID-19. De nombreuses études ont suggéré que les cellules sénescents peuvent également contourner les réponses immunitaires innées et adaptatives. Les cellules sénescents développent un phénotype sécrétoire associé à la sénescence (SASP) par lequel sont sécrétées des cytokines et des chimiokines pro-inflammatoires. Comme l'indique cette figure, l'immunosénescence peut aggraver l'immunopathologie de la COVID-19.

De tels changements dans la compétence immunitaire avec une prévalence inflammatoire plus élevée peut expliquer une tendance accrue à l'orage cytokinique, source de fibrose pulmonaire et de détresse respiratoire ainsi que d'hypercoagulation vasculaire disséminée (Huang 2020) et par lui, un taux singulièrement élevé de létalité de la COVID-19 (Salje 2020). De même, un stimulant immunitaire fort peut, chez les plus vulnérables touchés par la multi-morbidité, submerger le système immunitaire par exemple lors de la tempête de cytokines du syndrome aigu de détresse respiratoire de la COVID-19 de l'adulte. Le plus souvent, l'immunosénescence diminue la réponse immunitaire et sa symptomatologie clinique ainsi que la protection vaccinale comme des études ont déjà pu le démontrer pour la grippe.

Les marqueurs du vieillissement biologique susceptibles d'être explorés par la gérosceince

- **l'instabilité du génome** avec l'accumulation de mutations somatiques d'ADN (lymphocytes B, neurones...) dont la perte d'efficacité des mécanismes de réparation favorise le vieillissement biologique. La fiabilité de leur quantification est en cours d'étude
- **le raccourcissement des télomères** dont la mesure présente aujourd'hui peu de pertinence clinique
- **les horloges épigénétiques**, s'écartant des horloges chronologiques : méthylation de l'ADN, modification de l'histone et ARN non codant reposent sur la base des théories du développement au cours desquels des mécanismes épigénétiques affinent très tôt, dès la période prénatale, le programme génétique afin qu'il puisse s'adapter aux défis environnementaux. La modulation transcriptionnelle sous l'influence de changements épigénétiques, adapte le phénotype et peut induire en cas d'inefficacité, un phénotype vieillissant
- **la fonction mitochondriale** impliquée dans la régulation du métabolisme cellulaire, notamment de l'apoptose (mort cellulaire programmée) : elle est un puissant biomarqueur du vieillissement biologique dont la mesure n'est pas encore applicable en clinique
- **la sénescence cellulaire** est déclenchée par les mécanismes précédemment décrits en réponse au stress. Elle développe un phénotype sécrétoire (SASP) qui, amplifié par l'accumulation de cellules sénescents entraîne la dégénérescence et le dysfonctionnement des tissus, par exemple dans les maladies dégénératives spécifiques liées à l'âge. Les moyens de la quantifier sont la source d'une recherche active ainsi que pour des traitements « sénolytiques » ou sénothérapie. De nombreuses études suggèrent que les cellules sénescents bien qu'immunogènes, peuvent contourner les réponses immunitaires innées et

adaptatives (non sans conséquences parfois sur les vaccins). Néanmoins, le traitement in vivo avec un stimulant immunitaire fort, peut probablement submerger le système immunitaire d'un individu âgé tel que le cas de l'orage cytokinique observé chez les patients développant une forme grave de Covid 19 avec syndrome aigu de détresse respiratoire, la principale cause de mortalité parmi les personnes sévèrement atteintes. Cet élément devrait pouvoir être pris en compte dans l'indication de certains vaccins à ARN anti COVID-19.

- **l'autophagie** est une fonction essentielle de la proteostasie dont le déficit participe à l'immuno sénescence. Aujourd'hui d'analyse complexe, elle semble pouvoir être modulée par des agents thérapeutiques
- **l'épuisement des cellules souches**
- **la détection d'une dysrégulation nutritionnelle** , par la perception de signaux nutritifs intracellulaires et/ou extracellulaires , par des signaux induits par insuline IGF1, mTOR ou AMPK. À titre d'exemple, le régime riche en matières grasses stimule la sénescence cellulaire

Plan sur les points forts communs à toutes les auditions

Le déroulement de la pandémie en Andorre

1^{er} trimestre et semestre 2020

- Avant le confinement
- Pendant le confinement

Suite des vagues pendant le confinement

- En 2020
- En 2021

Les structures en place

- Impliquées pendant le confinement
- Après le confinement

Impact de la pandémie en institutions d'hébergement pour

- les personnes âgées
- les soignants
- les familles

Impact de la pandémie dans les lieux d'habitation pour

- les personnes âgées dans leur domicile
- les soignants et les aidants
- les bénévoles
- les familles

la question de la priorisation

- sanitaire
- sociale

impact de la pandémie sur la résilience

- des personnes âgées
- du personnel soignant
- des familles

les conséquences de la pandémie et ses premières leçons

- les séquelles
- la communication avec la personne âgée
- la perception de l'âge
- la prévention du vieillissement
- l'intégration sociétale de la personne âgée et ses ressources

Codes des audité(e)s : dont les numéros sont précédés par A (audition) dans le texte du rapport et de ses annexes, selon l'ordre des auditions

Eva Heras (1)

Centres et Résidences :

El Cedre : Maria Anglada (2)

Salita : Marta Saiz / Patricia Morais (3)

San Viçens : Cristina Burillo /Sophie Lelievre (4)

Clara Rabassa : Erika Mengual (5)

Centres de premier soins : Sarah Pie (6)

Organismes et associations :

Croix Rouge : Carine Leclerc (7)

Fédération des associations des personnes âgées : Felix Zapatero (8)

CRES : Joan Micó - Aura Trifu (9)

Communes :

Canillo : Miquel Casal (10)

Ministère des affaires sociales

Montse Gil (11)

Travailleur Social

Thaïs Segura (12)

Annexe 4

Les enquêtes scientifiques (sociales, sanitaires, médiatiques) relevant de moyens inadaptés à la personne âgée, sont peu utilisables et source d'erreurs interprétatives.

L'observatoire andorran du CRES mesure à travers des enquêtes périodiques, l'évolution des perceptions de la population andorrane, notamment sur des questions d'actualité. Le CNBA s'est penché sur celles réalisées en 2020 et 2021 (juillet et novembre 2020 – avril et octobre 2021), période observatoire liée à la pandémie. Les personnes interrogées par téléphone sont choisies par hasard (environ 750) parmi les numéros andorrans et selon 4 tranches d'âge : 18-29 ans ; 30-44 ans ; 45-64 ans ; 65 ans et plus.

Ce remarquable travail et son suivi pour l'ensemble de la population porte, entre autres sur le confinement, l'impact de la pandémie et ses conséquences individuelles, familiales et sociétales, l'impact sur la vie personnelle et ses habitudes, sur l'humeur et la santé mentale, sur la situation économique. Les données recueillies ont été très utiles au groupe de travail du CNBA et ont pu servir d'orientation, mais il faut souligner que le retour des personnes de plus de 65 ans⁶⁸ est cependant d'interprétation délicate dans la dernière tranche d'âge pour des raisons : d'effectif faible (120) dont la répartition relative à la démographie andorrane aurait pu atteindre une subdivision de cette tranche en 2 à 3, de biais sélectif lié au recours du téléphone et les appels exclusivement à domicile, du risque d'interprétation erronée pour certaines données.

A titre d'exemples :

- la peur de la contamination des ≥65 ans en novembre 2020 passe de 11% à 25% en octobre 2021, alors que probablement la vaccination protège de façon individuelle la majorité d'entre eux et qu'il ressort aussi de l'enquête qu'ils ont été moins touchés par la Covid 19 que toutes les autres tranches d'âge.

⁶⁸ Seules les personnes vivant à leur domicile ont été interrogées, celles hébergées en résidence n'ont pas fait l'objet d'enquêtes du CRES.

- L'évaluation de l'impact psychologique de la pandémie objective à travers des tests d'anxiété et de dépression que les ≥65 ans sont les moins touchés, ce qui soulève la question du biais de la sélection téléphonique, du faible effectif et surtout d'une approche similaire aux autres tranches d'âge, en termes de temps de présentation, de compréhension et de réponse.

Bien qu'il s'agisse d'un petit échantillon, des tendances peuvent être observées et, très humblement, des conclusions peuvent être évoquées, bien qu'elles ne relèvent pas de la compétence du groupe de travail du CNBA.

C'est avec beaucoup d'intérêt que le groupe de travail a pu échanger au cours d'une audition particulièrement instructive à partir d'exemples concrets, avec Joan Micó, directeur du CRES et sa collaboratrice Aura Trifu et convenir ensemble de **la conscience renforcée par la pandémie, d'intégrer un changement de la vision sociale du vieillissement et du regard porté à la nécessaire connaissance de la personne d'un âge avancé**, notamment dans ses aspects psychologiques et socio-économiques.

Pour reprendre Joan Micó, « il nous faut travailler l'approche des personnes âgées afin de **recueillir objectivement la réalité authentique des données avec des enquêteurs formés au dialogue avec les personnes âgées.** »

Le groupe de travail du CNBA a proposé **une enquête** à travers un formulaire écrit sur le vécu de la pandémie par les personnes de ≥ 65 ans réparties en 4 tranches d'âge : 60-69 ans ; 70-79 ans ; 80-89 ans ; > 90 ans . Nous présentons ici les résultats d'un groupe homogène, en salle d'attente d'une consultation de gériatrie (El Cedre). Au-delà des résultats sur un trop faible effectif pour en tirer des conclusions, il nous a permis de prendre la mesure des caractéristiques nécessaires à un tel travail : une formulation claire et appropriée du questionnaire, un accompagnement présentiel en cas de besoin, un choix de réponses mais aussi une possibilité de texte libre ...

Elle concerne 28 patients qui ont répondu au questionnaire à propos de leur ressenti du confinement selon la tranche d'âge, le sexe et le lieu de vie pendant cette période.

Les réponses sont pertinentes, le faible effectif permet une approche qualitative des résultats dont les tendances suivantes enrichissent la réflexion éthique, de façon complémentaire des grandes enquêtes de population parce qu'elle porte sur la personne en tant qu'individu et dans un contexte gériatrique.

Deux items proposent un scoring quantitatif. L'absence de réponse augmente avec les tranches d'âge (70% après 80 ans vs 30% avant 80 ans). Il pourrait s'expliquer par un défaut d'accompagnement ou d'explication préalable pour un apprentissage plus compliqué après 80 ans.

1- Perception d'un changement de l'état de santé :

1-1 Les troubles nutritionnels sont peu fréquents : 6 pertes de poids dont une anorexique sur 27 (22%) et 3 prises de poids chez des femmes.

1-2 Les troubles de la marche et les chutes accidentelles augmentent à partir de 70 ans sur les 3 autres tranches d'âge : pour les troubles de la marche 5 hommes dont 3 à domicile dont un de ≥ 90 ans – 3 femmes, en centre dont une de ≥ 90 ans, pour les chutes accidentelles 2 hommes dont un avec troubles de la marche, à domicile et de ≥ 90 ans – 4 femmes dont une avec troubles de la marche, en centre et de ≥ 90 ans

1-3 Les troubles cognitifs les plus fréquents sont ceux de la mémoire et de la désorientation temporo-spatiale : pour la mémoire (11/27 : 41%), dont 80% ont moins de 80 ans, 7 hommes vs 4 femmes, avec une répartition équilibrée selon le lieu de vie – pour la désorientation temporo-spatiale (12/27 : 44%) dont 67% ont moins de 80 ans, 6 hommes vs 6 femmes et 5/6 des hommes comme des femmes vivant en centre. Pour les autres troubles du comportement, **les changements d'humeur** s'équilibrent entre hommes et femmes, entre les différentes tranches d'âge, concernent essentiellement des résidents (13/14). **L'agitation** est rarement cochée (5/27 : 18%). **L'insomnie** aussi : 6/27 : 22%) (qui semble baisser après 80 ans et toucher plus d'hommes que de femmes mais effectif trop faible).

2- Perception de ressentis :

Les troubles psychiques sont les plus fréquemment retrouvés chez les résidents : la tristesse (16/27 : 59%) (12/16 en centre : 75%), **l'anxiété** (14/27 : 52%) (10/14 en centre : 71%), **le sentiment d'abandon** (12/27 : 44%) (10/12 en centre : 83%), **la peur** (10/27 : 37%) (8/10 en centre : 80%)

La labilité émotionnelle (9/27 : 33%), l'agressivité (10/27 : 37%), l'anhédonie et l'aboulie (5/27 : 18%) (cochées par les mêmes personnes, les associant à tous les autres troubles psychiques sauf la peur (2 fois/5) ne permettent pas d'en tirer des propositions de réflexion sauf dans **certaines associations** comme

- 10 femmes vs 2 hommes associent la tristesse à l'anxiété
- 7 femmes vs 2 hommes associent la tristesse au sentiment d'abandon et au sentiment de peur
- L'agressivité est associée au sentiment d'abandon 7/10 – de labilité émotionnelle 6/10 – de tristesse 5/10 et de peur 4/10 pour une répartition équilibrée entre femmes et hommes sauf pour la peur qui est ressentie dans l'enquête deux fois plus souvent par les femmes que par les hommes.

3- Perception de ce qui a le plus aidé pendant le confinement

3-1 Les visites présentielles naturellement plus nombreuses en résidence sont marquées par des absences de réponse, 5 fois sur 18. Les personnes âgées confinées à domicile ont le plus souffert de l'isolement et d'un soutien insuffisant, la conversation étant limitée essentiellement aux appels téléphoniques de la famille.

3-2 La présence la plus sécurisante :

En résidence : les aidants (10/18 : 55%) – les proches (5/18 : 28%) – la famille (3/18 : 17%)

A domicile : 2/6 sans réponse – famille (3/4 : 75%) – aidants (2/4 : 50%)

En famille : la famille (2/3) et un sans réponse

3-3 L'activité la plus bénéfique pendant le confinement

Qu'elle que soit la tranche d'âge, c'est **l'activité cognitive** (lectures et autres) pour 75% des hommes et 86% des femmes (différence non significative compte-tenu des effectifs).. La deuxième activité est celle de **l'accompagnement** par de la famille ou un proche et/ou un personnel de santé, le présentiel des volontaires se trouvant exclu du fait du confinement. **L'activité motrice** est retenue pour 39% de la totalité des réponses (11/28 : 39%). Sans surprise, la répartition se modifie sensiblement selon le lieu de vie.

Ceci souligne, en période de confinement, l'importance de l'accompagnement présentiel d'un personnel de santé, le maintien d'une activité cognitive et la prise en compte de la baisse de l'appréciation du bienfait de l'activité motrice avec les tranches d'âge, particulièrement après 80 ans et en résidence (par rapport au domicile).

3-4 L'appréciation de la présence d'un animal dans son lieu de vie

Elle peut surprendre. En résidence, les personnes n'en perçoivent pas l'intérêt peut-être par manque d'expérience (17/18 ne répondent pas à la question vs 2/9 vivant à domicile ou en famille). Une seule réponse vivant en famille exprime un bénéfice, les quelques autres (7) ne perçoivent pas de différence entre avoir ou non un animal de compagnie.

Pour conclure,

Il n'appartient pas au CNBA de procéder à de telles enquêtes. Il n'en a ni les moyens ni la compétence. Au regard de ce qui s'est produit dans la majorité des pays occidentaux, Il constate que l'irruption de la pandémie a fait que les énergies en matière médicale et sociale ont pris le pas dans le domaine de la gérontologie sur celui de la santé publique.

Cet état de fait justifie, dans une certaine mesure, la démarche du CNBA.

Annexe 5

Les conditions et les prérequis de la retraite en Andorre (juin 2023)

C'est à partir de 65 ans que peut-être demandée une prestation de retraite dans le cadre de l'Assurance vieillesse. Exceptionnellement à partir de 61 ans. Ainsi pourrait-on considérer qu'il n'y a pas d'âge limite.

La prestation économique pour la retraite peut consister

- soit à une pension de vieillesse par rente viagère (solution habituelle d'une retraite à vie)
- soit à un capital vieillesse (exceptionnelle)

Dans le deux cas, elle n'est pas concédée de façon automatique puisqu'il faut en faire la demande expresse à la **Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS)**. Cette entité parapublique a pour mission essentielle d'assurer la gestion administrative, technique et financière du système andorran de sécurité sociale, sous le contrôle du gouvernement. (Loi 17/2008 du 3 octobre 2008 de la sécurité sociale)

1 - Pension de retraite à vie

1-1 les exigences pour l'obtenir

- avoir 65 ans accomplis et avoir cotisé au moins pendant 15 ans (ce n'était que 12 ans jusqu'en 2015)
- avoir plus de 61 ans et 40 ans de cotisations

Par ailleurs, il existe une convention internationale de l'Andorre avec la France, l'Espagne et le Portugal qui prend en compte dans ce calcul, le temps de cotisations dans n'importe lequel de ces trois pays. Le paiement de la prestation se distribue en fonction du temps dans chaque pays.

1-2 le système de cotisations et de distribution

La cotisation est versée mensuellement à la **CASS** aussi bien dans le cas de travailleurs employés (salariés) que pour ceux travaillant pour leur propre compte (autonomes).

Les personnes salariées cotisent 22 % de la base de leur salaire global dont 6,5 % de la part du travailleur est 15,5 % pour l'employeur. La distribution de ces 22 % se répartit en 12 % pour la branche retraite c'est-à-dire les pensions de retraite et 10 % pour la branche générale des prestations de santé et des incapacités (temporaires ou définitives).

Les personnes travaillant pour leur compte ou autonome (professions indépendantes ou hommes d'affaires) cotisent en fonction du niveau de rente et du chiffre d'affaires à partir de pourcentage de 25 %, 50 %, 62,5 %, 75 %, 100 %, 125 % et 137,5 % du salaire global mensuel moyen de l'année antérieure publiée par le gouvernement (par exemple pour l'année 2022 : 2.284,67 € par mensualités)⁶⁹

1-3 Calcul du montant de la pension

il se fait à l'aide d'un système complexe de calcul (selon l'article 200 de la loi 17/2008 du 3 octobre 2008, de la sécurité sociale⁷⁰).

Essentiellement, le système fonctionne par **l'acquisition de points** qui sont obtenus par le versement des cotisations mensuelles. Plus le nombre de points est important, plus la pension de retraite est d'un montant important.

La valeur des points est fixée annuellement par la CASS.

Ce système de calcul a été modifié à plusieurs occasions ces dernières années mais le résultat s'est toujours traduit par une pension de retraite de valeur plus basse en général. Il n'y a pas une limite maximale du montant de la pension mais récemment ont été introduits pour les pensions élevées, des facteurs de correction progressifs évoluant à la baisse.

⁶⁹ Decret 37/2023, de 25 de gener de 2023. Butlletí Oficial del Principat d'Andorra (BOPA), número 11 any 2023 www.bopa.ad

⁷⁰ www.portaljuridicandorra.ad

Le résultat est qu'actuellement, les pensions sont plus égalitaires et avec des valeurs en général plus basses qu'auparavant.

2 - le capital vieillesse de retraite (selon les articles 195 et 197 de la loi 17/2008 du 3 octobre 2008, de la sécurité sociale.)

Il consiste à rembourser à la personne assurée les cotisations réalisées au titre de la retraite, au montant actualisé avec l'**IPC** (index des prix à la consommation) sur les deux années antérieures à la demande.

Les prérequis :

- avoir accompli 65 ans et avoir cotisé entre 5 et 15 ans
- avoir un droit de recevoir une pension de retraite pour un montant égal ou inférieur du salaire minimum officiel (actuellement, pour l'année 2024 il est fixé à 1.376,27 € mensuels)⁷¹

3 - la pension de retraite anticipée (avant 65 ans)

il est possible d'opter pour une retraite anticipée mais elle est incompatible avec le fait de travailler ou de réaliser une profession ou une affaire.

Les prérequis :

- être majeur de 61 ans
- avoir cotisé un minimum de 40 ans
- ne pas être inscrit à la CASS en tant que salarié ou travailleur indépendant

Le calcul de la pension :

- il s'applique avec un coefficient correcteur de 7% pour chaque année ou partie d'une demande sollicitée jusqu'à l'âge de 65 ans

⁷¹ Decret 577/2023, de 20 de desembre, de fixació del salari mínim interprofessional per a l'any 2024. BOPA núm. 156, any 2023.

- le montant obtenu se maintient à vie

(selon l'article 202 de la loi 17/2008, du 3 octobre 2008, de la sécurité sociale).

4 - la pension de retraite retardée (après l'âge de 65 ans)

Elle consiste à continuer de cotiser dans la branche générale et la branche retraite jusqu'à la retraite effective. C'est-à-dire continuer à travailler ou à réaliser une activité professionnelle ou d'affaires à partir de l'âge de 65 ans.

Il n'y a pas de limite maximale de l'âge.

Au moment de la retraite effective, la personne peut faire valoir son droit à la retraite selon les points de cotisations qu'elle possède à ce moment-là.

(selon l'article 204 de la loi 17/2008, du 3 octobre 2008, de la sécurité sociale)

5 - la compatibilité de percevoir une pension de retraite avec une activité de travail

Une fois accomplis les 65 ans, la personne assurée qui continue de travailler, peut le faire en tant que salariée ou pour son propre compte :

- sauf si elle perçoit une pension de retraite anticipée
- sauf si elle a droit à une pension pour invalidité. Dans le cas d'une invalidité, la pension se convertit automatiquement en pension de retraite (d'un montant inférieur)

(selon l'article 205 de la loi 17/2008, du 3 octobre 2008, de la sécurité sociale)

6 - Référence à la législation du travail.

Les modifications législatives concernant la retraite ont entraîné des changements dans la réglementation du travail.⁷²

⁷² Articles 29 et 83 de la loi 31/2018, du 6 décembre, sur les relations de travail.

- Le contrat de travail est résilié de plein droit lorsque le salarié atteint l'âge qui lui permet de demander la retraite (65 ans), sauf si la pension n'atteint pas le seuil économique de cohésion sociale (elle est fixée par l'État en fonction du patrimoine et des revenus de l'ensemble des membres du noyau familial).
- Le travailleur et l'employeur peuvent convenir d'un nouveau contrat de travail qui n'implique pas la continuité du contrat précédent (l'ancienneté précédente ne compte pas, avec la mention spéciale qu'elle n'est pas prise en compte à des fins d'indemnisations de licenciement ; le salaire ne doit pas nécessairement être le même).
- Le nouveau contrat peut être assorti de conditions différentes (par exemple : temps partiel ou journée de travail réduite).
- Le nouveau contrat peut être avec une autre entreprise.
- Le nouveau contrat doit nécessairement être d'une durée de 1 an prorogeable avec l'accord des deux parties (en pratique, il élimine l'indemnité de licenciement sans cause).
- Les cotisations ne sont versées que pour la branche générale (10% du salaire total), pas pour la branche retraite.

7 - les aides sociales (juillet 2023 - A12)

Du fait qu'actuellement les pensions de retraite ne sont pas d'un montant élevé, il existe un système d'aides sociales en cas de nécessité constatée par les services sociaux compétents.

En effet, les résidents andorrans peuvent recevoir une aide et/ou un soutien socio-économique au moment de la retraite et en cas de maladie ou de vulnérabilité.

7-1 L'Assurance dépendance

Elle relève des services sociaux et de santé du département des Affaires sociales, conformément à la loi 6/2014, du 24 avril. Cette loi définit les conditions de prestations

pour la personne âgée après évaluation de la situation de dépendance et/ou d'invalidité par des commissions multidisciplinaires ⁷³ telles que la COVAS (évaluation sociale et sanitaire) et la CONAVA (évaluation du handicap).

Les personnes résidentes en Andorre disposent d'une couverture maladie basée sur le ticket modérateur entre la CASS (Caixa Andorrana de Seguretat Social) et l'assuré. Le niveau de couverture diffère selon la nature de l'acte⁷⁴. Il peut justifier de souscrire une assurance complémentaire. Dans certaines maladies particulièrement coûteuses et/ou de ressources économiques insuffisantes, la couverture santé est de 100 % (tiers payant).

En cas de regroupement familial, le Service de l'immigration demande que la personne regroupée qui est le plus souvent une personne âgée de plus de 65 ans, dispose d'une assurance privée pouvant couvrir les frais en cas de maladie ou du fait de son état de santé. Elle ne peut, dans ces cas, bénéficier de la couverture de la CASS.

7-2 les Aides de l'État à la personne âgée ou à ses aidants familiaux/proches

Selon la loi 6/2014, du 24 avril, trois situations objectivent les prestations économiques du gouvernement :

- Les pensions de solidarité, en cas de niveau inférieur déterminé par le gouvernement en termes d'avoirs et de ressources personnelles et/ou de la famille directe
- les allocations familiales pour enfants à charge (relatives à certaines personnes âgées)
- les aides financières occasionnelles

L'aide financière occasionnelle est une aide personnelle ou familiale temporaire, parfois définitive par renouvellement annuel ou .périodique pour répondre à des besoins de base et pour prévenir des situations de marginalisation, éviter l'exclusion et promouvoir l'autonomie. Dans ce cas, ni la personne ni la famille ni d'autres prestations de protection sociale ne peuvent disposer de ressources économiques suffisantes pour faire face à la situation motivant la demande.

⁷³ dont la composition ne comprend pas a priori de représentant de la famille

⁷⁴ de l'ordre de 90 % pour l'hôpital, 75 % en ambulatoire, 65 % en rééducation

La loi prévoit d'autres types de prestations au niveau des familles, tels que le recours aux espaces RESPIRO, à des centres de jour et des zones dédiées aux personnes âgées dans lesquels ils peuvent partager avec d'autres personnes et des professionnels dévoués, un temps de soins tout en conservant leur lieu habituel de vie, chez elles ou chez les leurs et aussi en résidence.

D'autres prestations sont prévues par la loi, gratuites ou co-payées selon la situation socio-familiale et économique du bénéficiaire ou des membres de la famille obligés. Elles sont évaluées par les services sociaux et de santé. Elles concernent les soins primaires - le service de soins à domicile SAD par l'État, soutien de grande qualité humaine mais dont la demande dépasse la disponibilité de temps et de personnes - le soin à domicile TAD (Télé Atenciò Domiciliàra) par la Croix-Rouge andorrane susceptible de détecter, prévenir et agir dans les situations d'urgence, par leur connexion permanente avec le bénéficiaire - le Centre de jour offrant un soutien de jour aux personnes âgées et à leurs familles (Cura i atenciò) pour lesquels sont à l'étude les possibilités de prolonger les horaires de couverture et d'offrir ce service le week-end.

7-3 les enjeux éthiques de l'aide socio-familiale à la personne âgée

La réflexion éthique au décours des différentes auditions concernées (A6-A7-A10-A11-A12) porte sur les familles ou les proches disposés à contribuer au «Cure & Care » de la personne âgée dans son lieu de vie habituel sous conditions de ne pas perdre leurs droits fondamentaux et leur valorisation professionnelle, par des dispositions financières et/ou fiscales compensatoires de la perte de tout ou partie de leur activité professionnelle. Elles légitiment la représentation des familles auprès des instances décisionnelles.

A ce titre, l'allocation nécessaire de ressources s'intégrera d'autant mieux ici aussi dans le cadre d'une remodelisation sociétale pour les raisons démographiques, économiques, sociales et culturelles⁷⁵ : un véritable défi pour l'humanité à l'aube de la troisième décennie du XXI ème siècle.

⁷⁵ développées dans le présent rapport

Annexe 6

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Rapports publics officiels

Comitè Nacional Bioètica d'Andorra, Consideracions per a l'elaboració d'un document de voluntats anticipades, [Consideracions Doc Voluntats Anticipades.pdf \(salut.ad\)](#)

Comité de Bioética de Catalunya, Consideracions sobre la limitació de recursos i decisions clíniques en la pandèmia COVID-19, març 2020, https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/consideracions-decisiones-pandemia-covid19.pdf

Comité de Bioética de España, Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, Madrid, marzo de 2020, [Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto dela crisis del coronavirus \(uca.edu.ar\)](#)

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n° 128 (15 février 2018) 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 âgées ? , Paris, février 2018, https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/ccne_avis_128.pdf

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n° 106 (5 février 2009) Questions éthique soulevées par une possible pandémie virale, Paris, février 2009 ? [Avis 106 \(ccne-ethique.fr\)](#)

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n° 137 (8 juillet 2021) Ethique et santé publique, Paris , juillet 2021, [Avis 137.pdf \(ccne-ethique.fr\)](#)

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n° 140 (7 novembre 2022), Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons

de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives, Paris , novembre, [Avis140 Final 0.pdf \(ccne-ethique.fr\)](#)

Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n° 121 (13 juin 2013): Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, Paris juin 2013, [Fin de vie, autonomie de la personne et mort volontaire \(ccne-ethique.fr\)](#)

Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n° 139 (13 septembre 2022) Questions éthiques relatives aux questions de fin de vie : autonomie et solidarité, Paris, septembre 2022, <https://www.ccne-ethique.fr/publications/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et?taxo=0>

Cour des Comptes, La Prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées : construire une priorité partagée, Paris, novembre 2021, [La prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](#)

European Commission, Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology, Worthington, H., Simmonds, P., Farla, K. et al., The silver economy – Final report, Publications Office, 2018, <https://www.data.europa.eu/doi/10.2759/685036>

Comité Directeur pour la Bioéthique dans les domaines de la Biomédecine et la santé du Conseil de l’Europe (CDBIO), Guide sur la littératie en santé, en version anglaise et française, Strasbourg, 2023, <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/guide-to-health-literacy>

Comité Directeur pour la Bioéthique dans les domaines de la Biomédecine et la santé du Conseil de l’Europe (CDBIO), Guide pour le débat public sur les droits de l’homme et la biomédecine , en version anglaise et française, Strasbourg, 2019, <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/public-debate>

Local Government Association, UK Loneliness, social isolation and COVID-19, London, 2020, [Loneliness, social isolation and COVID-19 | Local Government Association](#)

Ministerio de sanidad de Espana, Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2., Madrid 2020 , Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, [Plan antichute des personnes âgées | solidarites.gouv.fr](#) | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités mis à jour le 16/01/2024

Observatoire National de la Fin de Vie, « la fin de vie des personnes âgées », Paris, la documentation française 2014, [Observatoire national fin de vie 2013 Fin de vie des personnes agees | vie-publique.fr](#)

OCDE, 2018, <https://www.oecd.org/economy/surveys/Spain-2018-OECD-economic-survey/vision-general.pdf>

UNESCO, CIB, 2023,: [Projet de rapport du Comité International de Bioéthique \(CIB\) sur la pandémie de COVID-19 : enseignements tires et recommandations pour les orientations futures - UNESCO Bibliothèque Numérique](#)

Ouvrages collectifs

Tratado de Derecho y Envejecimiento - La adaptación del Derecho a la nueva longevidad, Carlos María Romeo Casabona (Coordinador), Escuela de Pensamiento, Fundación Mutualidad Abogacía, Wolters Kluwer Madrid Septiembre 2021 [CONICET Digital Nro.6a917d3a-5c52-48b8-8a8d-071dcd5c7016 L.pdf](#)

Commission européenne / Technopolis group / Oxford Economics, la Silver Economie, 2018. Disponible en: <https://op.europa.eu/doi:10.2759/795588>

Articles

Vellas B., How to Implement Integrated Care for Older Persons—ICOPE—Massively in Clinical Practice for a Healthy Longevity, 2023, J Aging Res & Lifestyle 12:18-19, <http://dx.doi.org/10.14283/jarlife.2023>

Lee S., Yu Y., Trimpert J. et al, Virus-induced senescence is driver and therapeutic target in COVID-19, 2021, Nature. Nov;599(7884):283-289, <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03995>

Montagut J., la vaccination anti COVID-19 : contribution éthico-scientifique, 2023, [La vaccination anti COVID-19 : contribution éthico-scientifique \(FR/EN\) \(fertilevision.fr\)](#)

Kirk B., Al Saedi A., Duque G., Osteosarcopenia : A case of geroscience, 2019, Aging Medicine, 2 :147-156, <https://doi.org/10.1002/agm2.12080>

McKenna B.G., Mekawi Y., Katrinli S. et al., When anger remains unspoken: anger and accelerated epigenetic aging among stress-exposed black Americans, 2021, Psychosom. Med. 83: 949-958, <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001007>

Fiselier A., Narendran G., Raiche, J. et al., From discrimination and dis-ease to aging and disease-an epigenetic connection, 2022, The Lancet Regional Health - Americas, Volume 12, 100282, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100282>

Bellelli F., Consorti E., Hettiarachchige T.M.K. et al., Relationship among Age, Education and Frailty in Older Persons, 2023, J Frailty Aging **12**, 326–328. <https://doi.org/10.14283/jfa.2023.39>

Macia E., Chapuis-Lucciani N., Boëtsch G., L'âgisme et ses relations avec l'estime de soi et la santé subjective, 2007, Sciences Sociales et Santé, 25(3) : 79-106.

Merchant R.A., Aprahamian I., Woo J. et al., Resilience And Successful Aging, 2022, J Nutr Health Aging **26**, 652–656, <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1818-4>

Gratton, L., Scott, A., La vida de 100 años: Vivir y trabajar en la era de la longevidad, 2018, Lettera, Bilbao.

American Psychological Association, «So Lonely I Could Die», Washington, 2017. <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/08/lonely-die>

Abréviations

CASS : Caixa Andorrana de Seguretat Social

CNBA : Comitè nacional de bioètica d'Andorra,

CCNE : Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et la santé

CDBIO : Comité Directeur pour la Bioéthique dans les domaines de la Biomédecine et la santé du Conseil de l'Europe

CIB : Comité international de Bioéthique de l'UNESCO

CoE : Conseil de l'Europe

CONAVA : Commission d'évaluation du handicap (Andorre)

COVAS : Commission d'évaluation sociale et sanitaire (Andorre)

CRES : Centre de Recerca Sociològica de l'Institut d'Estudis Andorrans

DVA : Directives volontaires anticipées

ICOPE : Integrated Care for Older Persons

INE : Instituto nacional de estadística (Espagne)

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques (France)

LGA : Local government association (Royaume-Uni)

OCDE : Organisation de coopération et de développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

SAAS : Servei andorrà d'atenció sanitària

SASP : senescent-associated secreted phenotype

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

UE : Union européenne

Annexe 8

Composition du groupe de travail

Esther Argilés Huguet

Montse Eulalia Gil

Miquel Julià Vila

Canòlic Mingorance Cairat

Jacques Montagut

Approuvé à l'unanimité

**lors de la réunion du Comité Nacional de Bioètica d'Andorra,
en session extraordinaire du 8 avril 2024**

Avis rendu public le 25 avril 2024