



## SAISINE N° 7

*Quelle légitimité d'une contrainte de soin, pour une personne âgée, isolée, présentant des troubles d'allure psychotique, dans une situation d'assistance estimée nécessaire : Jusqu'où un service de soins psychiatriques peut-il accompagner le lien entre le collectif social et une personne sans dangerosité pour autrui, ni demande ?*

- Réponse du Comité d'Ethique en date du 4 septembre 2015 -

## SOMMAIRE

POUR POSER LES TERMES DE LA SITUATION	p 3
LE CADRE LEGAL	p 4
- Le cadre légal relatif à l'hospitalisation	p 4
- Le devoir d'assistance	p 4
UN RECENCEMENT DE QUESTIONNEMENTS QUE SUSCITE CETTE SITUATION	p 4
- La dimension sociétale	p 4
- La notion d'assistance	p 6
- Qu'en est-il de la mesure d'hospitalisation	p 7
- Qu'en est-il du positionnement de l'équipe de soins	p 9
- Peut-on contraindre à des soins une personne isolée mais stable dans une situation d'assistance estimée nécessaire, sans dangerosité pour autrui, ni demande ?	p 10
- Comment imaginer la façon dont le patient vit la situation ?	p 11
POUR DES ELEMENTS DE REPOSE	p 12
POUR TENTER DE CONCLURE	p 13
BIBLIOGRAPHIE	p 14

## POUR POSER LES TERMES DE LA SITUATION

La lecture de l'intitulé de la présente saisine nous confronte dans un premier temps à la dimension sociétale d'une situation où une personne, âgée, sans dangerosité pour autrui, sans demande, mais en situation d'assistance estimée nécessaire, se voit confrontée – ainsi que les soignants ayant à assurer sa prise en charge – à une hospitalisation sous contrainte. Autrement dit, il apparaît ici qu'à un problème d'ordre social (l'isolement d'un grand nombre de personnes âgées), c'est une réponse médicale qui serait apportée. Or, la réponse médicale est-elle la réponse la mieux adaptée ? Et dans l'affirmative, sous quelle modalité ?

La situation faisant l'objet de la présente saisine concerne une personne âgée, habitant un village isolé, vivant seule dans sa maison insalubre, sans famille connue. Vivant en état d'incurie et délirant à bas bruit, cette personne a cessé d'être ravitaillée par le commerçant ambulancier auprès duquel elle se fournissait. Son isolement, ses conditions de vie, son absence de ravitaillement, son refus d'ouvrir sa porte à de potentiels aidants, sont autant de motifs ayant conduit à plusieurs procédures de réseau d'intervention pluridisciplinaire, où sont intervenus des professionnels soignants et non soignants. Malgré ces dispositions, la situation n'a pas trouvé résolution, ce qui a finalement entraîné l'intervention des pompiers, assistés de la police, qui conduisirent cette personne aux urgences les plus proches de son domicile. De là, elle accepta de monter dans une ambulance car, pour l'y faire monter, il lui fut indiqué que le véhicule la ramènerait chez elle. L'ambulance la conduisit dans un service psychiatrique où elle est désormais hospitalisée contre son gré.

Si la modalité de SDRE semble parfois le dernier recours mis en œuvre par des instances territoriales dépassées par une situation préoccupante, il convient néanmoins d'interroger ce qui peut apparaître comme un emballement de la machine administrative **face à une personne dont les conditions de vie à son domicile seraient jugées peu acceptables par notre société**. La question qui se dégage serait alors de l'ordre de notre capacité de tolérance envers un autre vécu comme « marginal ».

Et lorsque cet autre est perçu comme marginal d'une part et comme en situation d'assistance estimée nécessaire d'autre part, **la tentation est grande pour les institutions d'intervenir à l'encontre de la personne, d'intervenir « pour son bien »**. Parce qu'en leur qualité d'intervenants, les soignants seraient alors susceptibles d'être détenteurs d'un « savoir » de « ce qui est bon » pour la personne. **Ici se pose la question des modalités d'assistance à autrui dans un cadre institutionnel général et hospitalier en particulier.**

## LE CADRE LEGAL

### LE CADRE LEGAL RELATIF A L'HOSPITALISATION

#### - SOINS A LA DEMANDE D'UN REPRESENTANT DE L'ETAT (SDRE)

« Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes **dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public** » (Art. L3213-1 du Code de Santé Publique).

#### - SOINS PERIL IMMINENT (SPI)

« En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné (...) peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement » (Art. L3212-3 du Code de Santé Publique).

### LE DEVOIR D' ASSISTANCE

S'abstenir de porter assistance à une personne en péril peut constituer un délit.

Art. 223-6 :

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

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

## UN RECENCEMENT DE QUESTIONNEMENTS QUE SUSCITE CETTE SITUATION

### La dimension sociétale –

Dans un premier temps, rappelons que, à la différence des pays anglo-saxons où l'individu dispose seul de son corps, dans les pays latins - dont la France - c'est l'Etat qui légifère à ce sujet. **En France, l'individu n'a donc pas libre usage et propriété de son corps.** Pour ne citer que quelques exemples, l'obligation d'être sanglé par une ceinture de sécurité lors de la conduite automobile (Notons que le port de la ceinture est également obligatoire dans tous les pays de l'UE ainsi qu'aux Etats-Unis); l'interdiction de commercialiser ses propres organes ou productions corporelles telles le sang ; l'encadrement législatif strict du don d'organes de son vivant ; ... **C'est l'Etat qui légifère en la matière.**

Si l'Etat pose des règles explicites, la société pose également des normes, plus implicites celles-là, et plus contextualisées. Ainsi des comportements tolérés dans certains endroits comme des zones rurales, des quartiers spécifiques parfois stigmatisés, seront-ils perçus comme décalés, inadaptés – voire menaçants pour l'ordre public – dans d'autres espaces du territoire public. **La tolérance des uns envers les façons d'être au monde et les comportements des autres s'avère très locale**, culturelle, induisant préférentiellement un « entre soi » rassurant et confortable, qui évite de s'interroger sur ces autres et sur leurs différences.

Toutefois qu'en est-il lorsque cet autre est également perçu par la société comme nécessitant une assistance du fait qu'il se trouve en situation de danger? Dans le cas présent, le danger est un risque de dénutrition dans la mesure où la personne ne sort plus de chez elle, refuse toute aide extérieure et semble vivre dans un état d'incurie. Il est à noter que ce contexte serait fréquent dans des villages du département, sans pour autant que l'institution hospitalière soit sollicitée pour ces personnes, même très âgées, inconnues des services de psychiatrie.

Autrement dit, cette personne ne risquait pas de mourir d'un instant à l'autre mais risquait de se dénourrir progressivement.

Quelles sont les réponses sociétales à de telles situations ? Actuellement des **procédures de réseau d'intervention pluridisciplinaire** peuvent être actées avant hospitalisation mais ces procédures, réunissant professionnels soignants et non soignants, sont confidentielles et ne font l'objet ni de prises de notes ni de traces écrites, et ce à visée de protection de la personne concernée. L'unité psychiatrique qui est susceptible d'accueillir le patient en cas d'échec de ces procédures ne bénéficiera donc pas de ces informations et les soignants ignoreront cette partie du parcours de vie du patient. Quel peut alors être le sens d'une hospitalisation dans ces conditions, le sens d'une médicalisation sans informations ? D'où le conflit de valeurs suivant : **la confidentialité peut-elle risquer de devenir un défaut d'information nuisible au patient ?**

La psychiatrie semble de plus en plus mise en demeure d'une responsabilité, d'une main mise sur la personne vécue comme marginale, alors que ce **statut de « l'isolé »** est récurrent dans toutes les sociétés humaines : c'est celui qui est à l'écart, craint, auquel sont éventuellement attribués des pouvoirs (chaman, ermite, sorcière,...), celui qui est renié, reconnu dans une singularité qui dérange, qui fait peur... et qui continue d'interroger notre société, même dite moderne. **Ce rapport entre le singulier et la « norme » interroge le « vivre ensemble » et interroge surtout cette « norme » en vertu de laquelle la société accepte ou n'accepte pas l'autre et sa façon de vie très singulière. Le pire serait de ne pas se poser la question.**

## La notion d'assistance –

Concernant la notion d'assistance, nous nous réfèrerons aux travaux de Frédéric Worms, pour qui **l'assistance est à appréhender d'abord comme relation complexe et fondamentale, plutôt qu'en termes quantitatifs**, entre « ...un minimum presque anonyme et souvent violent, ou un maximum censé tout surveiller et remplacer... » (F. Worms).

La notion d'assistance se réduit souvent à une alternative de l'ordre de : faut-il assister ou pas ? Si oui, à quel point assister ? La réponse sociétale oscillant entre un minimum désincarné de l'ordre de l'abandon et un maximum omnipotent, sorte d'assistanat supposé. Cette approche nous prive de **penser tout d'abord la notion de fraternité dans l'assistance**, alors que c'est de cette priorité des relations dans la vie humaine, collective, sociale et individuelle, dont il s'agit.

En effet, « **assister** » c'est avant tout « **assister quelqu'un** », c'est « *adjoindre ses forces à celles de quelqu'un d'autre, pour la réalisation d'une tâche, d'un besoin (parfois vital) qu'il ne peut remplir tout seul.* » (F. Worms). L'assistance convoque donc en premier lieu un point d'égalité entre la reconnaissance intersubjective mutuelle des capacités de l'un et de l'autre à accomplir une action, autrement dit, **l'assistance c'est déjà se poser la question : « Peut-il faire ceci tout seul ? »** L'asymétrie entre la capacité de l'un et de l'autre ne doit pas devenir une différence absolue entre un sujet agissant car il a la capacité, et un sujet subissant car il ne l'a pas/plus/pas encore. Car dans cette circonstance, cette dissymétrie des forces s'acterait au risque d'un pouvoir, voire d'un abus de pouvoir.

**Puis, assister, ça commence par l'identification des besoins de l'autre ainsi que d'une capacité de soi-même à y répondre.** Ce qui fait de l'assistance un savoir. « *Assister c'est à la fois se mettre au service d'autrui et le faire dépendre de notre compétence ou de notre vouloir.* » (F. Worms).

**L'assistance est également, sur le plan moral, un devoir.** Et si elle n'est pas à proprement parler exigée, s'abstenir de porter assistance à une personne en péril peut constituer un délit sur le plan juridique (cf. supra « Le cadre légal »). C'est entre les deux que se déclinera toute la richesse des relations humaines.

**Enfin, le terme « assistance » renvoie, du moins dans la langue française, à la notion d'assister à quelque chose, de voir, de percevoir.** Sans perception mutuelle, pas de relation entre les hommes, sans assistance pas de soin. Ici ce n'est pas la personne objet de l'assistance qui serait alors en position de passivité mais l'autre, susceptible d'assister, s'il se contente d'être seulement un spectateur qui assiste à la souffrance d'autrui plutôt que de l'assister *dans* sa souffrance.

**On le voit, plus qu'un secours objectif, un service ou même un pouvoir, le soin est surtout un soutien à la subjectivité de la personne, une reconnaissance du service rendu, et une limite au pouvoir de l'aidant, une limite au risque de malveillance ou de violence.** Prendre soin de l'autre c'est contribuer à le créer en tant que Sujet à part entière et c'est se vivre également en tant que Sujet, de par l'attention que l'aidé nous porte. **De cette constitution réciproque naîtra finalement quelque chose qui n'existait pas avant dans aucun de ces deux Sujets.**

Pour autant, persiste souvent la question de : comment faire une évaluation non subjective du seuil d'intervention ? Et selon quels critères ? Sociaux ? Psychiatriques ? L'évaluation elle-même reste subjective, car chaque professionnel ou non professionnel en contact avec la personne susceptible de nécessiter assistance peut percevoir celle-ci différemment et se positionner différemment en matière d'assistance.

Porter assistance, porter secours, avec également le soutien d'une famille même lointaine ou quasi-inexistante, renvoie à des valeurs contradictoires de solidarité, d'attention, d'assistance. Il s'agira de trouver la juste position du curseur entre la notion d'assistance minimale et d'assistance maximale.

### Qu'en est-il de la mesure d'hospitalisation ?

Dans quelles circonstances une personne est-elle susceptible d'être hospitalisée sous le mode SDRE (Soins à la Demande d'un représentant de l'Etat) ?

A ce sujet, le Code de Santé Publique stipule : « *Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* » (Art. L3213-1). Précisons qu'une SDRE est une décision non médicale, mais une décision prise par un maire ou un préfet, et accompagnée d'un certificat médical.

Deux critères sont donc nécessaires : 1/ La présence de troubles mentaux nécessitant des soins  
2/ La notion de danger pour les personnes.

Dans les circonstances où une personne est atteinte de troubles mentaux, ces troubles nécessitent-ils des soins ? Autrement dit, à partir de quand des troubles mentaux nécessitent-ils des soins ? Mais surtout, **ces troubles mentaux compromettent-ils la sûreté des personnes ou portent-ils atteinte, et ce de façon grave, à l'ordre public ?**

Si la réponse est non, il apparaît que, selon la loi, la personne n'est pas susceptible de faire l'objet d'une SDRE. **La procédure SDRE est une mécanique dans laquelle soigné et soignants seraient alors pris.** Dans la situation qui nous occupe, est-elle la modalité la mieux adaptée pour une personne ne semblant pas présenter de danger pour autrui ? Ou bien, comme nous l'avons évoqué, une modalité de soin actée par les instances territoriales dans un but de protection ? Cette personne aurait-elle pu alors être hospitalisée sous un **autre mode d'admission** ? Une admission en **soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI)** peut-elle être une **alternative pertinente dans une situation où la situation de risque concernerait potentiellement la personne versus autrui**, dans la mesure où le Code de Santé Publique énonce : « *En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné (...) peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement* » (Art. L3212-3) ?

Toutefois, selon quels critères peut-on parler d'un « **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade** » ? Dans quels cas la personne est-elle vraiment dans une situation de danger pour

elle-même ? Une personne âgée et isolée mais autonome et dont l'approvisionnement en nourriture est interrompu n'a-t-elle pas, par exemple, la possibilité de trouver des solutions et notamment un moyen de se nourrir ? Si une telle personne faisait par exemple une grève de la faim, une intervention institutionnelle des pouvoirs publics adviendrait lorsque cette personne serait dans un état de dénutrition critique.

**Il s'impose donc de réfléchir à ce qui peut motiver, dans le cadre d'une SDRE, une intervention du maire, du préfet et de la psychiatrie.** Y avait-il réellement urgence ou danger ? Ou, au contraire, une telle intervention a-t-elle pour objectif de résoudre une situation qui dérange le maire et les habitants de ce village ? Le terme « déranger » peut s'entendre en plusieurs sens. Comme nous l'avons évoqué plus-haut, une personne peut « déranger » de par son mode de vie (vivre en état d'incurie, interpeller les passants...). Il peut être également inconfortable, dérangeant, de vivre à proximité d'une personne pour laquelle on s'inquiète dans la mesure où on peut avoir l'impression de ne pas porter assistance à cette personne perçue comme potentiellement en danger. Dans ces conditions, un défaut d'approvisionnement en nourriture peut fournir un prétexte permettant de remédier à une situation qui « dérange ». **Car, en définitive, qui s'agit-il de protéger dans une telle situation ?** La personne concernée ou le maire ? Il pourrait en effet être « dérangeant », pour un élu, de voir sa commune faire la une d'un journal local parce qu'une personne y est décédée sans avoir été secourue et sans que l'on se soit occupé d'elle.

**Quoi qu'il en soit, il apparaît néanmoins que la mesure d'hospitalisation peut être nécessaire pour évaluer l'état d'une personne fermant tout lien aux autres et à laquelle on présuppose une pathologie ou un risque de pathologie.** Pour autant, **toutes solutions de recherche de liens avec la personne doivent être épuisées avant de procéder à une intervention institutionnelle directe.** Cela passe par la nécessité de synthèses et concertations des acteurs des réseaux institutionnels, antérieurement à une intervention directe des pouvoirs publics (SDRE, SPI). **Rappelons que la procédure SDRE est relative à une situation de trouble de l'ordre public.**

**Quelles valeurs présupposent le fait de placer une personne en SDRE ?** Quelle est la **limite de notre tolérance face à la marginalité** et à l'incurie d'une personne dans son domicile ? En quoi l'incurie justifierait-elle une SDRE ? **Jusqu'où une société accepte-t-elle qu'une personne se mette en danger ?** Notons que **notre société commence à modifier son positionnement en matière de notion de devoir d'assistance à la personne en danger** (Loi Léonetti, arrêt des soins, notion d'acharnement déraisonnable,...). Concernant le public adulte, ce sont les modalités législatives de devoir d'assistance à personne en péril et celles de protection des personnes vulnérables qui s'appliquent, au risque que la mise en œuvre des modalités de protection se retournent *in fine* contre la personne, tout comme dans un système de précaution. **Lorsque l'hôpital se voit demander de surseoir à une « limite » de la personne mais que cette personne est néanmoins en mesure de s'alimenter, faire des choix, y compris celui de refuser de communiquer,... comment articuler ces deux mouvements apparemment contraires ?**

**Dans les deux cas, SDRE ou SPI, il convient de se demander si le patient est en risque vital.** Dans l'affirmative, l'hospitalisation en SDRE serait alors à considérer comme une mesure préventive, et correspondrait à la mission et à la **dimension asilaire de l'hôpital**, dans le sens de « **donner asile** », de refuge. D'autre part, on peut questionner le rôle que joue l'âge du patient dans le présent contexte. La prise en charge soignante est-elle différente selon que la



personne a 30 ans...ou 80 ans ? Une personne d'âge avancé est-elle alors considérée par les soignants comme potentiellement en fin de vie ?

**On peut ici s'interroger sur une forme d'instrumentalisation de la psychiatrie :** si dans les soins on va rechercher une forme d'équilibre, de stabilité pour le patient dans sa vie, quels arguments thérapeutiques soutiennent l'intervention, dans la situation qui nous occupe, auprès d'un patient qui serait stable ? Est-ce une forme de compensation d'une réponse sociale qui pose problème ? Si les critères de délire, d'angoisse, d'état de crise sont pertinents pour une intervention, il n'en est pas de même pour le critère d'incurie du domicile.

### Qu'en est-il du positionnement de l'équipe de soins ?

En psychiatrie, des procédures organisent la prise en charge du patient, de la SDRE à la contrainte aux soins. Mais en somatique, lorsqu'un patient refuse les soins, le force-t-on ? Ce qui questionne notre responsabilité de soignant.

La procédure SDRE, nous l'avons évoquée, représente une forme de violence, tant pour le patient que pour l'équipe hospitalière qui le reçoit. Quelles sont alors les possibilités légales de contestation de la mesure par le corps médical ? En droit, le médecin peut dire du patient qu'« il est sortant » et demander une levée de mesure. Si le préfet n'est pas d'accord, il peut alors demander un second avis. Si ce dernier va dans le sens du premier, le préfet doit suivre ces avis. Toutefois, est là pointée du doigt la responsabilité que représenterait pour le médecin une telle décision. Que risque-t-il s'il venait à arriver quelque chose à ce patient par la suite ?

**Ce qui soulève la question éthique suivante : comment, en tant que soignant, reçoit-on une personne qui paraît victime d'une violence institutionnelle ?** Une posture de décalage permettra de proposer un autre accueil, c'est-à-dire de traiter la violence et ne pas la perpétuer. La responsabilité amène chacun à chercher à comprendre le déroulement des faits et à leur donner du sens, pour penser sa propre responsabilité de soignant. La parole entre les intervenants est alors essentielle, l'écrit du dossier ne suffit pas. Il s'agirait ici de pouvoir transmettre les postures des intervenants et le sens qu'ils y ont mis. Il s'agirait de parler à la personne de ces postures, des décisions prises « pour » elle ? Se pose ici la **pertinence d'un référent**, soit quelqu'un qui suit la personne, qui est dépositaire de la connaissance de son histoire, de son parcours... de sa parole. Ce référent pourrait rechercher ces informations, ces communications qui manquent. Pour être opérationnelle, cette perspective nécessite que cela soit un choix d'équipe, de service, et donc aussi un choix médical.

**Comment peuvent se positionner les équipes soignantes qui accueillent une personne en soin sous contrainte (SDRE) lorsque celle-ci n'est demandeuse de rien excepté rentrer à son domicile qu'elle a été contrainte de quitter puis qui a été trompée – dans un but d'assistance - sur la destination de l'ambulance dans laquelle elle était montée ?** Quelles appréhensions pour les soignants quant aux processus de contrainte qui pourraient être mis en œuvre ? La modalité SDRE peut-elle être perçue dans cette situation comme une forme d'acharnement à maintenir en vie une personne selon des critères sociétaux, dans l'abstraction et la négligence de la dimension subjective de cette personne ? D'où une possible **tension entre la valeur de la responsabilité des soignants et la valeur de la liberté de la personne « marginale »**. C'est là que

se déploie l'importance de la reprise, avec le patient, de ce qui a été mis en préalable à son hospitalisation, y compris les mensonges et les manipulations psychologiques de la part d'équipes dans le but d'intégrer la personne aux soins à un moment de sa prise en charge. Il sera alors nécessaire pour les divers intervenants d'accepter les faits et de les élaborer en équipe. Puis d'élaborer, toujours en équipe, la suite de la PEC et ses modalités.

Cela posé, il s'agira ensuite d'évaluer comment entrer en contact avec un patient en refus de lien, tant avec autrui qu'avec les soignants, les intervenants extérieurs, le juge des libertés,..., un patient stipulant seulement et de façon réitérée sa volonté de regagner son domicile. A ce titre, **que nous renvoie – en tant qu'êtres humains et en tant que soignants – le refus de cette personne à accepter le « prendre soin » dont nous serions les acteurs, les porteurs ?**

Un des moteurs des intervenants semble être la peur... peur qu'il arrive quelque chose à la personne, peur d'être accusé de manquement au devoir d'assistance à personne en péril... Nos peurs sont souvent plus nombreuses que les dangers réels. Il est important de les analyser, de les mettre au travail. L'hyper prévention annihile toute liberté, avec le « pas de... ». A contrario, la peur est aussi une nécessité, un sentiment nécessaire. Si tout est borné à l'avance, il n'y a plus de liberté, et plus de rencontre...

### Peut-on contraindre à des soins une personne isolée mais stable dans une situation d'assistance estimée nécessaire, sans dangerosité pour autrui, ni demande ?

Concernant la question spécifique de la contrainte à des soins à une personne hospitalisée, nous renvoyons le lecteur à la Saisine n°1 publiée par le Comité d'Ethique.

Dans la situation qui nous occupe, il apparaît que la dimension interpersonnelle soignant/soigné est au premier plan, et s'avère particulièrement sensible lorsqu'il s'agit d'un patient âgé, en tant que cette dimension n'est pas sans effet sur le soignant. Nous n'évoquerons ici que quelques-uns des sentiments que cette situation peut générer chez le soignant. Ainsi pourrait-il éprouver un **sentiment de culpabilité** à contribuer à minorer l'autonomie d'une personne, au prétexte de sa mise en sécurité « pour son bien ». Ou bien un **sentiment d'agressivité**, du fait d'une situation réactivant ses propres éprouvés infantiles envers ses parents. La position de soignant ayant à prendre des décisions pour le patient se fait au risque d'un sentiment d'une agressivité, le soignant devenant symboliquement le responsable, voire le détenteur d'une **toute-puissance**. Ce qui peut également induire une **crainte de ce vécu potentiel d'agressivité**, crainte qui se manifesterait par un **malaise à contraindre cette personne à des soins**. Dans le cas d'un **patient âgé**, celui-ci peut également constituer une **sorte de miroir de nous-même, de ce que nous serons dans le futur**. En un mot, de ce que nous n'avons pas envie de voir, de ce dont nous ne voulons pas prendre conscience et que nous rejeterions... Et pour finir cette énumération non exhaustive, ne soulageons-nous pas souvent une culpabilité inconsciente en protégeant nos aïeux - même contre leur gré...-, témoignant ainsi que **nous ne sommes pas de mauvais enfants** qui les abandonneraient, mais procédant ainsi pour notre propre bien être ?

Restons alors vigilants à nos prises de décisions, en tant que soignants, car l'aspect totalitaire de nos positionnements « pour le bien du patient » permet parfois de nous éviter la prise de conscience de tous ces sentiments, de toutes ces émotions qui peuvent nous animer à notre insu.

### Comment imaginer la façon dont le patient vit la situation ?

Il apparaît que la dimension de l'isolement figure au cœur de la situation qui nous occupe : dans certains environnements, comme en milieu rural, le lien à l'autre « qui connaît » (voisin, ami, quelqu'un autour...) peut manquer. Certaines personnes refusent la relation, même si tout semble avoir été essayé pour entrer en relation avec elles. Si cette personne est complètement seule, elle n'est plus reliée aux autres humains. L'hospitalisation serait alors une façon de la rallier... Même si, pendant très longtemps sa marginalité ne dérange pas, même si sa bizarrerie est intégrée : c'est la perte de l'environnement qui la rattachait aux autres qui semblera alors poser problème et induire un agir institutionnel. En effet, si la personne est sans autonomie et sans ressource, alors elle est considérée comme une personne en danger, et il y a nécessité d'intervention.

La seule demande de la personne dont il est question dans la situation présente est de regagner son domicile. Il convient de prendre en compte du fait que le « chez soi » d'une personne, aussi insalubre soit-il, participe à la construction et au maintien de son identité, lui permet d'exister en tant que Sujet, lui assure une dimension psychique contenant qui lui confère un sentiment de sécurité. Et c'est paradoxalement hors de son « chez soi » que la personne peut se percevoir comme vulnérable, en danger, même si son domicile apparaît comme objectivement insécure à l'observateur extérieur. **L'hospitalisation se fait donc au risque de l'interruption de ce continuum identitaire, surtout lorsque cette décision est prise par autrui, surtout lorsqu'elle est contrainte.** Les conséquences symptomatologiques pour la personne peuvent varier d'une impossibilité à parler de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle vit, à penser même, jusqu'à la sidération mentale, la confusion, la dépressivité. La personne peut alors être perçue comme fragile et vulnérable, ou opposante, et le pouvoir décisionnaire sera saisi par le soignant, l'aidant, les institutions.

**Le dilemme éthique développé tout au long de notre propos se résume donc à :** Jusque où est-on prêts à laisser une personne seule à son domicile se « mettre en danger » selon nos représentations sociétales ? Comment proposer une aide qui soit vécue par la personne comme non invasive ?

**Ainsi se sont dégagées des lignes tensions entre plusieurs valeurs, et que nous proposons de résumer comme suit :**

- Liberté de vivre selon une dimension de bien-être subjectif /contrainte de vivre selon un bien-être « objectif » à critères sociétaux
- Liberté/Limites à la liberté : qui les pose ? Et selon quels critères ?
- Désir du Sujet/Savoir du soignant sur « ce qui est bon » pour la personne.
- Confidentialité/défaut d'information nuisible au patient
- Responsabilité des soignants/liberté de la personne « marginale »
- Devoir d'assistance à personne en péril/liberté de la personne
- Autonomie de la personne/Assistance à la personne
- Respect de la personne en tant que Sujet/Sécurité de la personne
- Obligation du soignant à poser des actes de soins/ Refus de la personne d'être en soin.

### **POUR DES ELEMENTS DE REPONSE**

Tout au fil de l'examen du questionnement de cette saisine, nous avons pu appréhender la richesse des interrogations que suscite la présente situation. Ces interrogations sont avant tout destinées à donner du sens à nos pratiques soignantes, à les replacer dans un contexte qui, au-delà du professionnel, est un contexte de société et surtout un contexte d'humanité, le contexte de notre rapport à l'autre. Cet emboîtement de dimensions reste indéniablement à prendre en compte dans toute situation de questionnement éthique, dans tout questionnement de l'ordre du « **Qu'est-ce que je peux faire, moi en tant que soignant, dans cette situation ?** ».

**S'il n'existe pas forcément de réponse univoque à ce questionnement, dans la situation présente, du moins pouvons-nous dégager des éléments, des pistes de réponse, à valeur de préserver l'humanité de cette relation complexe et fondamentale qu'est le soin à la personne :**

- Créer/renforcer tous liens, même ténus, avec son environnement, que la personne, serait susceptible d'utiliser ;
- Tenir compte de ses compétences de personne, l'aider à les cultiver ;
- Lui permettre de rester actrice de son existence, de son quotidien ;
- Informer la personne sur toutes les ressources institutionnelles dont elle dispose afin de pouvoir mener une existence autonome, même dans sa singularité. (institutions, bénévolat, documents notifiant des numéros de téléphone, identification des personnes ressources dans son environnement) ;
- Traiter la violence faite à la personne pour ne pas la perpétuer ;
- Penser sa propre responsabilité de soignant en essayant de récolter la parole des intervenants précédents (les écrits du dossier ne suffisent pas toujours), en comprenant le déroulement des faits antérieurs afin de leur donner du sens ;
- Evaluer la perspective d'un référent, dépositaire de la connaissance du parcours et de la parole du patient ;
- Ramener le positionnement dans les soins à un choix d'équipe, de service, et donc aussi à un choix médical.

- Parler, transmettre au patient les postures (y compris mensonges et agirs de contrainte), les décisions des différents intervenants et le sens que ceux-ci y ont apporté ;
- Redonner au patient la parole, sa parole, sur les décisions qui sont prises ;
- S'exprimer devant le patient et éviter les conciliabules dont il serait exclu au prétexte de son incompréhension, ou de son refus, ou de sa protection.

## POUR TENTER DE CONCLURE

Tout soignant est, de par son métier, confronté à des Sujets ayant envers lui des attentes, des demandes, et cela au sein d'une société qui construit elle-même et de façon normative ses modes de pensée, ses représentations de ce qu'est « la santé mentale », « le soin », « le diagnostic », « la vulnérabilité »... Ces représentations sociales vont, de façon plus ou moins inconsciente, colorer notre façon d'entrer en contact avec cet autre qu'est le patient, dans cette fonction essentielle du soin : porter secours et assistance grâce à ce que nous considérons à la fois comme un devoir et un savoir mais qui s'avère également être un pouvoir. Un pouvoir sur l'autre dont il est nécessaire de poser les limites légitimes afin que l'essence même de ce qu'est le soin guide le sens de notre intervention : ne pas laisser souffrir et ne pas nuire. C'est à cette condition que l'action du soignant évitera de se briser sur l'écueil d'une idéologie collective, d'une normalisation des façons d'être au monde, et pourra naviguer sur les eaux – certes parfois houleuses – du soin à la personne singulière, même si la demande de cette personne est tout sauf une demande de soin.

-oOo-

## BIBLIOGRAPHIE

- . Castermans C., Hupé A., Thiry A. ; Jacquemin B. 2014. *Où est-on chez soi quand on est désorienté ?* in Ethica Clinica n°73.
- . Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé. 2011. *Manuel de médecine, santé et sciences humaines*. Ed. Les Belles Lettres. Paris.
- . Delhommelle S., 2014. *Consentement aux soins en EHPAD pour une capacitation du sujet* in Ethica Clinica n°73.
- . Infor-Homes Bruxelles. 2014. « *Chez soi* » et « *Grand âge* ». *Temoignages et reflexions* in Ethica Clinica n°73.
- . Lahaye A., Schoevaerts D., Swine C. 2014. *Un "chez soi" à l'hôpital, en maison de repos : un paradigme impossible ?* in Ethica Clinica n°73.
- . Worms, F. 2011. *De quoi l'assistance est-elle le minimum ?* [www.laviedesidees.fr](http://www.laviedesidees.fr)