



# Étude de cas

Éthique et  
responsabilité  
professionnelle  
face à la vulnérabilité  
d'autrui.

*EN DÉCEMBRE 2006, une dame de 87 ans est transportée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal dans un état de faiblesse et de dégradation physique grave. Elle meurt quelques jours plus tard. L'enquête du coroner démontre qu'elle recevait des visites à domicile quotidiennes d'intervenants du CLSC. Pourtant, son état s'était dégradé au point qu'on peut soupçonner des soins inadéquats ou même de la maltraitance. Le coroner confirme le décès de causes naturelles. Dans son rapport, il remet en question les limites des soins à domicile et du consentement. Il recommande que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec s'assurent que leurs membres comprennent leurs responsabilités en matière de qualité de soins à domicile et connaissent les devoirs qui leur incombent lorsqu'ils constatent des situations à risque pour les patients. L'article ci-dessous vise à éclairer les infirmières qui donnent des soins à domicile dans leur réflexion face à des cas semblables.*

PAR *Andrée Duplantie, inf., M.Sc., M.A. (Bioéthique)*

**L**e contexte des soins à domicile soulève de nombreuses interrogations éthiques. Le domicile du patient comme lieu de dispensation de soins est bien différent de l'établissement de santé, car les soins y sont donnés par plusieurs intervenants d'une équipe multidisciplinaire qui ne voient pas le patient à son domicile au même moment. Le centre de décision n'est donc pas au même endroit que le patient. Ainsi, le suivi à domicile nécessite des intervenants une vigilance accrue afin d'assurer la qualité, la continuité et la sécurité des soins. En effet, des situations à risque pour les patients peuvent survenir et l'infirmière doit être en mesure d'intervenir.

## VULNÉRABILITÉ, DIGNITÉ ET INTÉGRITÉ

Le principe éthique de vulnérabilité est intimement lié aux principes d'autonomie, de dignité et d'intégrité. Être attentif à la vulnérabilité, c'est considérer la protection de la vie d'une manière qui va au-delà de la simple protection de l'autonomie. Le principe de vulnérabilité prescrit le respect, le souci et la protection d'autrui et du vivant en général. Ce principe exprime pour tous la finitude et la fragilité de l'existence humaine et il est un appel à la responsabilité (*Déclaration de Barcelone*, 1998 ; Hottois et Missa, 2001).

Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées. Lorsqu'elles sont maltraitées ou vivent dans des conditions à risque, elles doivent être protégées. La vulnérabilité d'autrui est un appel à l'éthique du soin et elle entraîne des devoirs éthiques rigoureux (*EPTC*, 1998).

En bioéthique, la notion de personne vulnérable est fondamentale et la vulnérabilité serait l'expression la plus forte de l'éthique du soin et du souci d'autrui (Hottois et Missa, 2001). Devant la fragilité, les soignants sont interpellés et ont le devoir de s'assurer que les soins sont donnés non seulement de façon rigoureuse, mais aussi avec compassion. La protection de la personne vulnérable est indispensable à tous les êtres humains privés d'une autonomie totale, notamment les personnes âgées et toutes les personnes physiquement ou psychologiquement démunies.

**Incontestablement, la protection des personnes vulnérables est l'affaire de l'ensemble des soignants.**

## DEVOIR DE NON-ABANDON

Le devoir de non-abandon est capital dans une société qui se veut civilisée. En éthique, précise Hirsch (2004), ce devoir culmine dans le souci de l'autre et se fonde sur une éthique du respect, de la dignité et de la relation avec l'autre.

Les technologies de pointe et les connaissances scientifiques ne doivent pas remplacer le sens de l'autre dans ce qu'il a de plus humain. Le devoir de non-abandon interpelle et tous sont responsables face à la personne fragilisée. Dans le cas présenté, il y a apparence d'abandon, sinon M<sup>me</sup> T. ne serait pas morte dans les conditions décrites.

\* \* \* \* \*

**C**omprendre les exigences éthiques des soins à domicile est primordial. La relation de soin n'est pas technique et doit être transparente et empreinte d'une sollicitude marquée et éclairée. L'espace relationnel est fragile, incertain et pourtant essentiel. La création d'un espace éthique où vous pouvez, en toute liberté, partager vos valeurs, vos savoirs, vos expériences et vos intuitions avec les autres professionnels et intervenants est un des moyens les plus importants à mettre en œuvre pour contribuer à l'effort de réflexion nécessaire et pour comprendre les enjeux éthiques liés aux situations difficiles.

La continuité, la sécurité et le devoir de non-abandon sont des valeurs explicitement mentionnées dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, lequel fonde les devoirs et obligations inhérents à l'exercice de la profession infirmière. Qui plus est, ce code a force de loi puisqu'il a été adopté conformément aux dispositions du *Code des professions*. De même, les valeurs professionnelles touchant la collaboration interprofessionnelle, le respect de la vie humaine et la qualité de vie ressortent clairement dans le cas discuté.

Incontestablement, la protection des personnes vulnérables est l'affaire de l'ensemble des soignants. Aucune situation mettant en péril la dignité et l'intégrité des personnes ne doit être tolérée. ■

de sa mère et il se devait d'agir dans son meilleur intérêt. Personne n'a contesté la décision du fils de reprendre sa mère à domicile. Personne n'a envisagé de recourir aux mécanismes



juridiques existants comme celui de faire appel au curateur public ou au tribunal (*Code civil du Québec*, a. 16).

Par la suite, tous les soins ont été donnés selon les horaires planifiés. Tous les intervenants ont été témoins du comportement difficile du fils avec qui la communication était quasi inexistante. Tous ont vu son manque de soutien et des signes de maltraitance envers sa mère. Même s'il régnait un climat de peur, aucune action n'a été prise pour changer le cours des choses.

Dès le départ, M<sup>me</sup> T. aurait dû être transférée dans un centre d'hébergement et le refus du fils aurait dû être dénoncé formellement. L'inaptitude de M<sup>me</sup> T. aurait dû être constatée compte tenu de sa démence et de sa perte d'autonomie avancée. La grande vulnérabilité et les conditions déplorables dans lesquelles elle se trouvait auraient dû être signalées, discutées et des décisions auraient dû être prises en conséquence. Malheureusement, ce ne fut pas le cas et M<sup>me</sup> T. a connu une triste fin de vie.

## LIMITES AU PRINCIPE D'AUTONOMIE

Généralement, le respect de l'autonomie renvoie au consentement libre et éclairé, donc au respect de la liberté de la personne concernée de décider et de faire des choix. Aussi, la décision que prend un individu pour une autre personne doit être prise dans le meilleur intérêt de cette personne. C'est ainsi que la promotion et le respect de la dignité humaine deviennent des concepts ancrés.

Une fois le consentement libre et éclairé obtenu, le médecin et les soignants croient trop souvent qu'ils n'ont plus d'autres précautions à prendre pour protéger le malade. Dans la littérature, la portée du principe d'autonomie a des limites. La reconnaissance du principe de vulnérabilité est très importante pour le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne, surtout lorsqu'elle ne peut plus exercer son autonomie (Hottois et Missa, 2001).

Si l'autonomie est une valeur importante, complexe et essentielle, elle n'est pas une valeur unique. Ce principe ne peut exprimer à lui seul le respect et la protection de la personne (Durand, 1999 ; Hottois et Missa, 2001).

**L'éthique est une prise de parole et dénoncer les situations d'abus et de maltraitance est un devoir éthique.**

## VOIES DE SOLUTION

Les soins offerts à domicile à des personnes malades sont exigeants et plusieurs mesures s'imposent pour assurer des soins de qualité et pour prévenir les situations à risque pour les patients.

L'encadrement et la supervision nécessaires en matière de soins de santé à domicile se complexifient du fait que le lieu de dispensation des soins est le domicile du patient et que plusieurs personnes y donnent les soins et services. Il importe donc que la personne responsable soit bien identifiée et connue des membres de l'équipe et que des mécanismes d'encadrement soient mis en place.

Le fait de réduire les soins à donner à des tâches à accomplir en fonction d'une grille horaire prédéterminée transforme la prestation de soins en une série mécanique d'étapes (Preto et Mitchell, 2004). La fragmentation des soins peut entraîner un manque d'empathie chez les intervenants et s'éloigne de l'approche globale que défendent depuis toujours les infirmières. Une vision d'ensemble de la situation doit être privilégiée en tout temps pour assurer une continuité et une qualité de soins.

La proximité et l'implication de la famille et des proches sont d'autres aspects qui caractérisent les soins à domicile. Habituellement, la famille est une source d'aide qui permet de créer un environnement thérapeutique positif, mais elle peut parfois être source de stress et de conflits tant pour le patient que pour les soignants (Preto et Mitchell, 2004). Lorsque des soins à domicile sont planifiés, il importe de s'assurer que la famille et les proches soient non seulement d'accord, mais qu'ils soient disposés à participer activement au bon déroulement des soins et services que l'état du patient exige.

Le processus de prise de décision dans un contexte de soins à domicile comporte ses particularités compte tenu de l'organisation des soins et des divers intervenants. La collaboration de tous les membres de l'équipe de soins est primordiale et ceux-ci doivent travailler conjointement et de manière solidaire dans une optique thérapeutique optimale pour le patient. De plus, une communication transparente entre les membres de l'équipe et la famille doit s'établir sans domination et dans un souci éthique de solidarité. Dans ce contexte, les décisions doivent être prises autant que possible en dialoguant avec le patient, la famille et les soignants et en s'assurant que les décisions n'augmenteront pas la vulnérabilité du patient.

Dans le cas présenté, l'absence quasi totale d'implication du fils, son refus catégorique relativement à l'hébergement de sa mère ainsi que le régime de peur qu'il a instauré auprès des intervenants rendaient difficile le processus de prise de décision. Dans une telle situation, il importait d'instaurer des mécanismes de communication clairs, tant parmi les membres de l'équipe qu'entre le fils et les intervenants, ce qui aurait permis une clarification rapide de la situation problématique avant que ne survienne la détérioration de l'état de santé de M<sup>me</sup> T. L'éthique est une prise de parole et dénoncer les situations d'abus et de maltraitance est un devoir éthique. La création d'un espace de réflexion éthique comme lieu et moment de rencontre de toute l'équipe de soins permet la prise de parole de chacune et chacun afin d'élucider toute situation problématique.





© DENNIS MACDONALD/STOCK IMAGE

## UN CAS

Prenons le cas de M<sup>me</sup> T., une personne âgée qui retourne à domicile bien que ce retour ne soit pas jugé sécuritaire par la majorité des membres de l'équipe de l'établissement hospitalier. M<sup>me</sup> T. est atteinte d'Alzheimer, elle est désorientée et sa perte d'autonomie s'accroît rapidement. Elle souffre aussi de diabète et d'hypertension et a plusieurs plaies qui nécessitent des soins spécifiques. Elle prend de nombreux médicaments. Malgré cela, son retour à domicile est planifié puisque son fils, qui vit avec elle, insiste pour la reprendre et refuse que son hébergement en établissement se prolonge.

Des services professionnels à domicile sont organisés : infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et médecins assureront les soins. Malheureusement, l'état de santé de M<sup>me</sup> T. se détériore rapidement au point où elle devient totalement dépendante. Les soins requis sont de plus en plus exigeants et les rapports avec son fils deviennent de plus en plus laborieux, pénibles et contraignants. Les membres de l'équipe soignante notent même de la négligence s'apparentant à de la maltraitance. M<sup>me</sup> T. tombe à plusieurs reprises de son lit et ses plaies ne s'améliorent pas. Elle est aussi très souffrante. Un soir, une infirmière décide de la transférer d'urgence à l'hôpital où elle mourra quelques jours plus tard dans la solitude la plus totale.

Dans pareilles circonstances, les questions surgissent plus rapidement que les réponses. Comment la continuité des soins et des services aurait-elle pu être assurée ? Qui est la personne responsable dans l'équipe de soins ? La situation à risque pour M<sup>me</sup> T. aurait-elle dû être signalée formellement ? Par qui ? L'infirmière ? L'équipe soignante ? Le médecin ? Comment réagir aux signes de maltraitance d'une personne à domicile ? Comment protéger l'intégrité, la dignité et le respect d'une personne malade et vulnérable ? S'agissait-il d'un conflit de valeurs ? D'un conflit entre M<sup>me</sup> T. et son fils ? Entre M<sup>me</sup> T. et son médecin ? Entre les divers membres de l'équipe ? Était-ce une situation nouvelle à laquelle l'équipe faisait face pour la première fois et qui l'a déstabilisée ?

## L'ANALYSE

Une constatation se dégage à la lecture des notes concernant ce cas : les membres de l'équipe soignante de l'établissement hospitalier ont interprété différemment la situation et les éléments d'information qu'ils ont reçus. Il appert que cette divergence d'opinions n'a pas soulevé suffisamment de remise en question et que la décision du fils et le droit à l'autodétermination de M<sup>me</sup> T. ont été respectés sans plus de questionnement lorsqu'elle a obtenu son congé.

L'inaptitude de M<sup>me</sup> T. a été abordée mais n'a jamais été déclarée. Pourtant, elle était incapable de prendre une décision éclairée. Sa démence était considérée comme grave et avancée. Son fils, son plus proche parent, pouvait donc consentir à la place

**Aucune situation mettant en péril la dignité et l'intégrité des personnes ne doit être tolérée.**



**Andrée Duplantie** est chargée de cours aux programmes de bioéthique du département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Elle est aussi chercheuse au Groupe de recherche en bioéthique (GREB) et consultante en éthique clinique et en bioéthique. Elle est co-auteur du livre *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*.  
aduplantie@bioethique.ca

## BIBLIOGRAPHIE

- Bolmsjö, I.A., L. Sandman et E. Andersson. « Everyday ethics in the care of elderly people », *Nursing Ethics*, vol. 13, n° 3, mai 2006, p. 249-263.
- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.Q., c. I-8, r. 4.1.
- *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26, a.87.
- *Déclaration de Barcelone – Propositions politiques à la Commission européenne par les partenaires du projet BIOMED-II, projet sur les principes éthiques de base en Bioéthique et Biodroit*, novembre 1998. [En ligne : [http://perso.uclouvain.be/mylene.botbol/Publications/FR/MB\\_Barcelone98.pdf](http://perso.uclouvain.be/mylene.botbol/Publications/FR/MB_Barcelone98.pdf)] (Page consultée le 23 juin 2009)
- Doucet, H. « L'interdisciplinarité en bioéthique : une pratique encore mal définie méthodologiquement », in L. Gélinau et C. Mailloux (ss la dir. de), *L'interdisciplinarité et la recherche sociale appliquée – Réflexions sur des expériences en cours*, s.l., Université de Montréal/Université Laval, octobre 2002, p. 161-167. [En ligne : [www.fesp.umontreal.ca/sha/Linterdisciplinarite/interdisciplinarite.pdf](http://www.fesp.umontreal.ca/sha/Linterdisciplinarite/interdisciplinarite.pdf)] (Page consultée le 23 juin 2009)
- Durand, G. *Introduction générale à la bioéthique – Histoire, concepts et outils*, Montréal/Paris, Fides/Cerf, 1999.
- Hirsch, E. *Le devoir de non-abandon – Pour une éthique hospitalière et du soin*, Paris, Cerf, 2004.
- Hottois, G. et J.N. Missa. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique – Médecine Environnement Biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001.
- Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (EPTC) *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, 1998 (avec les modifications de 2000, 2002 et 2005). [En ligne : [www.fqrsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/etique/enoncecestroisconseils.pdf](http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/etique/enoncecestroisconseils.pdf)] (Page consultée le 23 juin 2009)
- *Loi sur les infirmières et infirmiers*, L.R.Q. c. I-8.
- Preto, N. et I. Mitchell. *Les questions d'éthique en soins à domicile. Sommaire et survol des présentations et discussions lors du Congrès annuel de la Société canadienne de bioéthique, 28-31 octobre 2004*, Santé Canada, 2004. [En ligne : [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2004-ethi-homedomicile/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2004-ethi-homedomicile/index-fra.php)] (Page consultée le 23 juin 2009)