

ANGOISSES ÉTHIQUES ET DÉMARCHE RÉFLEXIVE EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

.....

C. Hazif-Thomas, C. Donnart, T. Léonard, P. Thomas

L'éthique est aujourd'hui au cœur de notre démocratie en santé traversée par des défis d'importance tels l'égal accès aux soins, l'innovation en santé, le vieillissement de la population, les discriminations liées à l'âge ou la pérennisation de notre système de soins. La place de la santé mentale dans la réflexion éthique n'a jamais été absente de la vie hospitalière et des débats de société à laquelle les acteurs libéraux prennent leur part. Les soignants ont souvent été très impliqués dans la démarche de réflexion éthique au sein des hôpitaux généraux ou universitaires au cours des cinq dernières décennies. Ils ont travaillé une large série de problématiques depuis l'annonce d'un diagnostic grave, le refus de traitement, la question du consentement libre et éclairé, jusqu'à celle du don d'organes et de la fin de vie. La raison de cet intérêt prononcé que porte la psychiatrie à l'abord éthique des problématiques qu'elle rencontre peut relever de trois facteurs selon M.D. Steinberg [35] : la connaissance

des nombreux dilemmes cliniques qui conduisent à la consultation éthique, l'importance fréquente de la souffrance psychique au cœur des tensions éthiques et l'observation que les soignants possèdent déjà beaucoup de compétences cliniques utiles pour s'engager dans la démarche de réflexion éthique. La valeur particulière, à la fois humaine et scientifique mobilisée dans la formation des soignants pour servir au travail de liaison dans les services est aussi ce qui les amène à assumer une posture de consultants en éthique clinique.

ANGOISSES PROFESSIONNELLES ET SOLICITATION DE COMPÉTENCES ÉTHIQUES

Afin d'illustrer cette idée, nous allons retranscrire une partie d'un verbatim d'une consultation éthique :

« Bonjour, Nous vous sollicitons ce jour car nous rencontrons des difficultés dans l'accompagnement d'un résident. Mr M. vit sur la partie ouverte depuis quelques années. Il est entré à l'Ehpad [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes], en transfert d'une résidence senior, car souffrant de la maladie de Parkinson et chutant beaucoup, l'hébergement dans cette structure n'était plus possible. À son arrivée, Mr cherchait à sortir mais présentant un fort risque de chutes, l'équipe le ramenait systématiquement. Nous avons donc fait intervenir une auxiliaire de vie (sorties, achats, etc.) et un bénévole (parties de pétanque) de façon hebdomadaire, ce qui a apaisé partiellement ses sollicitations. Pour autant, le besoin de vie sociale et d'ouverture de l'extérieur de Mr n'était pas comblé. L'auxiliaire de vie a mis

fin à son contrat dans l'association dans laquelle elle exerçait et nous avons demandé à la famille, il y a plusieurs mois, de retrouver une personne pour répondre aux demandes de leur père (malgré les relances, pas de suite à ce jour). Le bénévole n'intervient plus actuellement. [...] Mr M. cherche de nouveau et très régulièrement, à sortir de l'établissement (il réalise le code par lui-même). Seulement, il présente des risques de chute important que nous ne pouvons interroger avec lui. Il a des troubles cognitifs plutôt légers (MMS à 23/30). **Nous nous retrouvons donc avec une équipe clivée (certains professionnels prônant le droit de liberté étant donné qu'il relève du secteur ouvert alors que d'autres ont des inquiétudes morales et des sentiments de culpabilité à l'idée de le savoir seul avec un très fort risque de chute).** »

Nous percevons ici clairement une angoisse éthique au sens donné par M. Mazel :

« Au début est l'angoisse du professionnel qui répond au récit de catastrophe de celui qu'il reçoit, l'interrogeant très personnellement sur ses propres compétences. La recherche d'une réponse de l'ordre d'une éthique représenterait, secondairement, pour lui, l'élaboration d'une attitude apaisée passant par le partage et la parole. » [28]

Sans cette élaboration et cette reprise apaisante d'une situation problématique à laquelle il devient possible de donner un sens, émerge une souffrance éthique, bien souvent méconnue de l'équipe et que les soignants se transmettront les uns aux autres. C'est toute l'importance de donner une place au questionnement éthique en établissement de santé, en promouvant un accès à une ressource extérieure en la matière (telle qu'une cellule de soutien éthique), ce que la Haute Autorité de santé (HAS) érige aujourd'hui comme un des critères de certification des établissements de santé¹.

LA PLACE DE L'ÉTHIQUE EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PÉRIODE DE CRISE HOSPITALIÈRE

La psychiatrie, branche de la médecine, et l'éthique du soin psychiatrique sont fortement mises à contribution lors des crises hospitalières qui ont marqué notre pays. Ces déstabilisations systémiques interrogent tant les bases hippocratiques de l'art médical que notre approche mesurée des problématiques abordées dans le champ de la santé mentale. Comment se mesure la place de l'éthique à l'aune de la psychiatrie de la personne âgée, au prisme de la réflexion citoyenne et professionnelle, depuis sa valence profane jusqu'à sa tournure académique ? Tel était notre questionnement initial qui renvoie à ce qu'enseigne le professeur Gil [14] pour qui c'est d'abord une question conjointement posée par le système de santé, mais aussi par les soignants et qu'on peut résumer par cette inquiétude éthique : « Que faut-il faire pour bien faire ? » Cette question fondatrice a pris une résonance particulière lors de

la pandémie liée à la Covid-19, faisant pronostiquer par le Comité consultatif national d'éthique que « le climat anxiogène relatif aux incertitudes sur le devenir de la situation sanitaire, et sur ses conséquences économiques et sociales, couplé à l'incertitude subsistant sur la gravité de cette infection, a exacerbé la crise de confiance envers la médecine, la science et les politiques de santé » ainsi qu'en rend compte l'avis 140 du Comité consultatif national d'éthique [11]. Des tensions professionnelles surviennent fréquemment lorsque des difficultés majeures d'accompagnement s'invitent dans notre exercice médical et soignant. La philosophie du soin, psychiatrique et psychogériatrique investit résolument la notion d'accompagnement, reprenant chemin faisant un terme de droit féodal désignant « un contrat d'association, un contrat de "pariage" unissant deux parties, généralement d'inégales puissances, pour la possession en commun d'une terre ». Le but de l'accompagnement est en pareil cas de passer d'un état inégal (celui de la personne atteinte de déficiences) à un rapport entre pairs, c'est-à-dire entre personnes semblables quant à la dignité et au rang. « L'accompagnement désigne ce processus singulier qui reliera deux personnes de statut inégal, avec l'idée de partager quelque chose qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre » [27]. Dans l'accompagnement soignant, il y a bien cette idée d'assurer une égalité juridique la plus réalisable possible, afin que la liberté médicale et celle du patient puissent s'accorder au mieux des nécessités du soin et du projet de vie de cet usager du système de santé inséré dans la démocratie sanitaire [21]. Le médecin et ses collègues assureront discrètement cet accompagnement, comme un accompagnement musical aura pour finalité de faire ressortir l'œuvre musicale dans sa composante principale. « Compagnonner c'est partager quelque chose, c'est être proche de quelqu'un, c'est faire du chemin avec ce quelqu'un, c'est être discret pour laisser la voix principale à l'autre, c'est harmoniser » [27].

Cet idéal du bon accompagnement médicopsycho-logique nous rappelle que si la loi se range du côté du surmoi, l'éthique se place du côté de l'idéal du moi [37]. P. Ricœur remarque à cette occasion que si l'empathie du médecin est précieuse, il n'empêche que « les avancées majeures de l'art sont dues aux progrès scientifiques, dont le mobile premier n'est pas d'alléger la souffrance, mais de connaître mieux l'organisme humain. La curiosité est son mobile, non la sollicitude, la compassion. Le péril est alors que le centre de gravité ne se déplace du savoir-faire vers

¹ Fiche pédagogique : « Évaluation du recours au questionnement éthique selon le référentiel de certification » (janv. 2023).

le savoir, du soin de la personne vers la maîtrise de l'objet de laboratoire » [31].

Dans ce contexte, les principes phares de la bioéthique (ou principlisme) ont encadré nombre de réponses professionnelles lors des dilemmes rencontrés : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice notamment, auxquels on associe volontiers l'équité et la solidarité [5]. Pour mémoire, « le principlisme est un cadre de référence en matière d'éthique normative qui a été conçu pour aider la prise de décision dans le domaine des soins de santé. À la base, son approche consiste à essayer de contourner les désaccords insolubles sur le plan de la théorie éthique normative et l'absence d'entente sur la façon de procéder qui en découle. Les auteurs se concentrent plutôt sur les éléments sur lesquels on s'entend généralement, soit des principes généraux intermédiaires » [24].

Depuis la crise sanitaire, de nombreux espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) se sont adjoint une cellule de soutien éthique en appui aux professionnels tant du champ hospitalier que du médico-social. Ces espaces sont issus de la loi du 6 août 2004 de santé publique et se sont créés avec le soutien du Comité consultatif national d'éthique, en lien avec les instances éthiques locales, les universités de rattachement et après avoir contracté avec les agences régionales de santé (ARS), pilotes de la démocratie sanitaire. L'implémentation des compétences éthiques dans la coordination du parcours de soins est aujourd'hui valorisée par de nombreuses

Il est fréquent de voir les soignants surpris que des ressources éthiques puissent leur être accessibles lorsqu'ils ne savent plus s'orienter dans leur champ professionnel ou leur pratique, estimant fréquemment que la réflexion éthique est du domaine intellectuel, non du ressort de ce qui se joue sur le terrain. Pourtant les travaux des ERER montrent que c'est d'une éthique de proximité qu'il convient de partir afin de rejoindre tant les soignants que les usagers du système de santé. L'apport des cellules de soutien et des groupes de réflexion éthique des ERER tient dans la réintroduction d'une instance tierce ; comme l'a souligné P. Ricoeur, il n'est de justice authentique sans place pour le tiers, « garant de la juste distance entre deux actions et deux agents », ce qui permet une dé-coïncidence entre demande et réponse, afin de ne pas s'abandonner à une réponse immédiate irréfléchie. Cela découvre une autre façon de voir et de faire, et ce partage d'une angoisse éthique autorise le partage des doutes et des intuitions à l'origine d'une créativité institutionnelle et soignante renouvelée.

ARS, notamment par le biais du programme régional de santé. Évidemment la démarche de réflexion, qui est un exercice de discernement de valeurs, n'a pas vocation à donner des réponses toutes faites mais plutôt à s'autoriser des questionnements, à lever des « silences éthiques », à exprimer ses insatisfactions professionnelles, notamment en équipe, afin de réorienter la pratique et la rendre plus accordée à la « visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes » [32]. Comme l'énonce J. Nabert, « l'éthique ne prescrit pas ; elle réfléchit sur un devenir [...]. La loi et l'institution ont pour fonction, non point tant de s'opposer aux tendances que de les interpréter dans le sens de l'aspiration qu'elles doivent servir » [30].

Droits des malades âgés en psychogériatrie

Les principes éthiques qui guident aujourd'hui la psychiatrie des personnes âgées comprennent le respect du droit des patients âgés à prendre leurs propres décisions concernant leurs soins, en tenant compte de leurs expériences et préférences de vie même s'ils sont confrontés à un déclin cognitif, la garantie d'un accès équitable aux services et ressources de santé mentale, en s'attaquant aux discriminations auxquelles sont parfois confrontées les personnes âgées dans les différents systèmes de santé et la reconnaissance de la dignité des patients âgés quel que soit leur problématique psychiatrique, avec l'impératif de les traiter avec respect et empathie. Toute action médicale doit se faire, d'une part, dans le meilleur intérêt du patient pour favoriser son bien-être et prodiguer des traitements bénéfiques dans les données actuelles de la science et, d'autre part, en respectant le *“primum non nocere”* et en évitant la malfaisance, ce qui est particulièrement important compte tenu de la vulnérabilité des personnes âgées et des effets secondaires potentiels des traitements. La question de l'acharnement thérapeutique – ce que le Code de la santé publique retient sous le nom d'obstination déraisonnable – et la limitation des thérapeutiques pour s'en tenir aux soins de confort soulève des dilemmes éthiques et médicaux délicats, particulièrement en ce qui concerne les patients âgés gravement malades. Lorsqu'une personne est en fin de vie, il peut sembler légitime de se demander si des traitements coûteux, dont les bénéfices à long terme ne sont pas garantis, sont appropriés. Dans un contexte de santé publique, les ressources médicales

sont limitées et doivent être utilisées de manière optimale. Lorsqu'un traitement coûteux n'apporte pas de bénéfice concret à un patient à l'espérance de vie limitée, on peut légitimement envisager de limiter ces interventions pour consacrer les ressources disponibles à des cas où elles pourraient avoir un réel impact sur la santé et le bien-être des individus. Dans ces cas, les soins palliatifs, qui visent à soulager la douleur et l'inconfort sans chercher à prolonger artificiellement la vie, peuvent être une alternative plus éthique et plus humaine à l'obstination déraisonnable. Les souhaits du patient doivent être priorisés, que ce soit par des directives anticipées ou des discussions avec la famille et l'équipe médicale, lorsqu'il n'est plus pleinement en mesure de les exprimer.

Ainsi que l'écrit A. de Broca dans son exercice de discernement de l'obstination raisonnable et déraisonnable : « L'obstination du soignant c'est de savoir lire et relire une bibliographie pour chercher les dernières nouvelles techniques afin de mieux traiter le patient. C'est être tenace pour tenir malgré les difficultés pour accompagner un malade qui échappe au traitement. C'est rester calme minute après minute malgré les difficultés parfois de soins dans un service surchargé. L'obstination est sûrement une qualité du soignant. L'obstination déraisonnable est donc une déviance de la qualité. Elle peut survenir sur un soin, lors d'une tentative de suivre à la lettre une charte, un règlement ou un protocole, lors d'une toilette qu'il faut absolument finir comme cela est marqué ou comme on me l'a appris... Le soignant ne doit donc pas craindre vouloir être patient et persévérant face au malade afin de lui apporter les soins optimaux, mais il doit aussi se dire que l'optimalité d'un soin c'est d'abord d'agir de façon prudente (Phronesis, Aristote) en équipe multidisciplinaire avec le malade au centre de la réflexion et de la décision » [7].

Consentement des malades âgés sous tutelle ou ayant de graves troubles psychiques

L'autonomie du patient est essentielle, car elle permet de respecter ses valeurs et son rapport à la vie et à la mort. Le consentement éclairé des malades présentant des troubles cognitifs impose une évaluation médicale et psychologique rigoureuse afin de s'assurer de ce que les patients comprennent des options de traitement qui leurs sont proposés et de rendre compte des implications de ces choix, qui peuvent

être complexes à saisir pour le patient dans un tel contexte. Les proches, la personne de confiance, les directives anticipées peuvent aider lorsque des décisions graves s'imposent, ce qui implique parallèlement une approche faisant toute sa place à la collégialité. Les praticiens de santé doivent être sensibilisés à l'idée d'assentiment et tenir compte de l'histoire de vie de la personne âgée, à ses usages culturels antérieurs, à ses convictions religieuses et à ses valeurs, qui peuvent ou auraient pu influer sur son vécu de la maladie mentale et ses préférences en matière de traitement.

Ainsi que précisé par le philosophe et codirecteur de l'espace éthique d'Île de France, F. Gzil, « à côté de la notion de consentement, je suggère d'adoindre le terme d'assentiment. Il s'agit d'un accord donné sur la base d'une compréhension partielle de la situation, par quelqu'un qui n'a peut-être pas ou plus les capacités cognitives ou intellectuelles de comprendre tous les tenants et les aboutissants de sa situation médicale et des options qu'on lui propose, mais qui est quand même capable de poser des valeurs, d'indiquer ce qui lui importe, ce qui compte pour lui, et de prendre une décision, avec son médecin, sur la meilleure marche à suivre. Dans bien des cas, quand un authentique consentement ne peut être obtenu, un assentiment peut être recherché » [cité in 20]. Comme rappelé par l'avis du comité éthique de la Fédération hospitalière de France (FHF) sur le consentement, même au fil de l'évolution de troubles cognitifs, les personnes concernées conservent longtemps la capacité à exprimer leurs préférences et leurs valeurs, même si la mise en œuvre de ces valeurs peut dépendre du soutien de soignants et d'aidants à leur écoute [20].

Même si une personne majeure vulnérable est protégée par une mesure de tutelle ou qu'elle rencontre des difficultés pour exprimer ses opinions, elle conserve certains droits, et son consentement doit être pris en compte autant que possible. Le tuteur, la personne de confiance, les proches aidants et soutiens familiaux doivent agir dans le meilleur intérêt de la personne protégée, mais ils doivent aussi tenir compte de ses souhaits et préférences, dans la mesure du possible et de ses directives anticipées.

Dans le droit français, une personne âgée placée sous tutelle ayant de graves troubles psychiques entravant son discernement voit certains droits protégés, bien que ceux-ci soient encadrés par la mesure de protection ou la capacité d'exprimer sa volonté de façon cohérente. Une personne en tutelle peut toujours exprimer son consentement pour certains actes médicaux, mais cela dépend de son degré d'autonomie, de la nature impérative des décisions médicales, de ses conséquences

possibles. Si elle est capable de comprendre les enjeux et de donner son accord, ce consentement doit être respecté. En revanche, pour des actes plus invasifs ou complexes, le tuteur devra être consulté. Elle peut également, si son état le permet et sous réserve de mentions contraires figurant dans le jugement de tutelle, avoir accès à son dossier médical sans qu'il soit nécessaire de recueillir l'accord de la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, en application des articles L. 1111-7 et R. 1111-1 du Code de la santé publique.

Même sous tutelle, même si elle est démente, la personne âgée doit être informée de manière appropriée concernant son état de santé et les traitements proposés, afin qu'elle puisse exprimer un avis le plus éclairé possible. Ainsi que relevé dans l'avis du comité éthique de la FHF : « Il est important ici de rechercher l'assentiment si le recueil du consentement est impossible, en favorisant une approche systémique (tel que le précise le rapport « Liens entravés, adieux interdits. Droit de recevoir ses proches, droit de visiter les siens », il convient que toute décision soit « prise en relationnalité entre la personne âgée, ses proches, les professionnels et peut-être aussi pour les personnes atteintes de maladies neurocognitives, entre la personne qu'elle été avant et celle qu'elle est maintenant »), c'est-à-dire en considérant que l'intelligence de l'entourage d'un malade est, en soi, un facteur de bientraitance. Cela amène, en priorité, à se poser la question des objectifs thérapeutiques dans le cadre d'une collaboration étroite entre proches aidants et soignants. Dans tous les cas, il faut cesser de persécuter les malades avec la recherche de performances cognitives au bénéfice de l'essentiel : leur confort psychologique. Au-delà des problématiques neurodégénératives, il y a la place pour une réflexion approfondie quant aux personnes vulnérables parce que les développements sur le consentement concernent immanquablement des personnes en grande difficulté pour exprimer ou partager leur volonté : il s'agit donc, dans une visée respectueuse de leur dignité, de les informer valablement, si l'on souhaite ne pas verser dans une optique réifiante. On parle clairement du devoir d'information en droit médical (article 16 du Code civil), mais ce devoir se double, lors d'un trouble du discernement, d'un devoir d'évaluer les demandes et les ressorts inconscients qui les caractérisent. L'éclairage des choix en lien avec le consentement est alors à valoriser, et il convient d'en comprendre la portée de passage d'une volonté longtemps regardée comme dirigée par le médecin – notamment en cas de minorité – à celle valorisée

par le majeur vulnérable lui-même et regardé *a priori* comme acteur de sa demande de soins. Pour garantir l'effectivité de ce droit, il convient de sensibiliser les équipes et de développer une culture du recueil du consentement, particulièrement s'il s'agit de personnes fragiles, que ce soit pour des situations simples ou complexes » [20].

En ce qui concerne les actes relatifs à la personne, l'article 458 du Code civil dispose que « sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée ».

En matière d'état civil, les actes comme le mariage ou le divorce nécessitent également le consentement. Le juge des vulnérabilités (ancien juge des tutelles) peut être consulté pour déterminer si la personne est capable de consentir à ces actes. Là encore le droit sanctuarise les décisions à caractère personnel et strictement personnel [4], ce qui donne une réelle marge de choix aux personnes majeures vulnérables : l'exemple du choix des funérailles peut être pris et la Cour de cassation a intégré le consentement du majeur à son mariage dans la catégorie des actes strictement personnels². Ces derniers trouvent davantage leur unité dans leur régime juridique (leur accomplissement relève du seul majeur, sans possibilité d'assistance ni de représentation) que dans des caractéristiques spécifiques les distinguant nettement des actes personnels.

La question éthique qui est ici connexe à celle des professionnels de santé et des acteurs de l'institution judiciaire est de savoir comment arbitrer entre la protection, l'accompagnement et la contrainte [36], ce qui amène à évoquer les liens complexes entre sécurité et liberté en psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée. Concernant la vie sexuelle et l'intimité afférente, de nombreuses tensions éthiques se rencontrent en Ehpad. Le droit rejoint ici l'éthique lorsqu'il précise selon la Cour d'appel de Paris (9 mars 2016 n° 15/07071) que : « Le fait que les résidents soient placés sous une mesure de protection est sans incidence sur l'exercice de leur liberté d'entretenir des relations intimes ». Pour la Cour, « les relations sexuelles relèvent par définition des actes strictement personnels de sorte que l'autorisation préalable du juge des tutelles n'est pas nécessaire ». De plus, l'article 459-2 alinéa 2 du Code

² Civ. 1^{re}, 2 déc. 2015, n° 14-25.777, D. 2016. 875, note Raoul-Cormeil.

civil précise que la personne protégée « entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non ». Une personne âgée, même résident en Ehpad, a le droit au respect de sa vie privée et de son intimité : « Il [elle] doit être protégé de toute action visant à lui interdire une relation intime mutuellement consentie ».

Liberté des personnes âgées présentant des troubles psychiques ou cognitifs en Ehpad

En droit français, un directeur d'Ephad ne peut pas interdire la visite par la famille proche d'une personne âgée vivant dans son établissement si cette dernière ne s'y oppose pas et que sa famille le désire. Le droit de visite est un principe fondamental, et les résidents d'Ehpad ont le droit de recevoir des visites de leurs proches, tant que cela ne perturbe pas le bon fonctionnement de l'établissement.

Cependant, il peut exister des circonstances particulières dans lesquelles des restrictions temporaires peuvent être imposées, par exemple pour des raisons de santé publique (comme lors de crises épidémiques que nous avons connues avec la Covid-19) ou pour assurer la sécurité des autres résidents. Dans ces cas, les restrictions doivent être justifiées, proportionnées et temporaires et en aucun cas s'appliquer de façon générale et impersonnelle. Telle était l'état de la doctrine et de la jurisprudence avant la loi pour une société du bien-vieillir³ qui ouvre aujourd'hui le droit pour la personne hébergée en établissement de recevoir des visites quotidiennes sans avoir à en informer au préalable l'établissement (Code de l'action sociale et des familles, art. L. 311-5-2), un droit qui devient absolu, même en cas de crise sanitaire, pour le malade en fin de vie ou en soins palliatifs (Code de la santé publique, art. L. 1112-4). Dans tous les cas, il est important que les décisions de limitation des visites soient fondées sur des raisons claires, médicalement argumentées et que les résidents et leurs familles soient informés de ces décisions. En cas de désaccord, il est recommandé de consulter le conseil de la vie sociale de l'Ehpad ou de faire appel à des médiateurs pour trouver une solution. Revenant sur la pandémie de Covid-19, l'étude de Gil *et al.* montre que « le besoin de visite témoigne

de la sociabilité coextensive à la condition humaine et en particulier de l'importance du maintien de liens affectivo-émotionnels entre personnes liées pour des raisons diverses et le plus souvent familiales, dans leur parcours de vie. Le besoin de visite s'est avéré source de souffrance dès lors qu'il n'a pu être contrôlé ni par la compréhension ou l'acceptation des mesures sanitaires, ni par le recours vicariant à des moyens distanciés de mise en relation par téléphone ou par vidéos » [15]. Aussi l'évolution législative fut largement souhaitée par les ERER qui furent largement saisis sur cette question du droit de visite et furent auditionnés par la mission pilotée par L. Frémont. Elle est encore saluée par les acteurs de l'éthique de terrain, les soignants, la société civile, les familles des résidents... et ce, d'autant plus qu'était en jeu « la nécessaire reconnaissance d'un droit de visiter et d'accueillir [qui] ne répond pas qu'à une idéologie abstraite. Il s'appuie sur une neuropsychologie humaniste qui appelle à une éthique incarnée. Car si l'éthique tente toujours de discerner ce qu'il y a lieu de « faire pour bien faire », il faut prendre conscience que les menaces qui pèsent sur les personnes vulnérables en termes de bientraitance, d'autonomie, de justice, d'inclusion sociale, au-delà de leur analyse rationnelle, engagent aussi l'être humain dans sa condition charnelle et peuvent être source de souffrance ; l'être humain ressentant dans sa chair au sens de « corps vivant » (*Leib*, disait E. Husserl et non *Körper* qui n'est que le corps anatomique) » [15].

La liberté d'aller et de venir est un droit constitutionnel dans notre pays⁴, y compris pour les personnes âgées vivant en Ehpad. Toutefois, cette liberté peut être limitée dans certaines circonstances. Un directeur d'Ehpad peut restreindre la sortie d'une personne âgée si celle-ci est considérée comme vulnérable et si sa sécurité est en jeu. Par exemple, si la personne présente des troubles cognitifs ou des problèmes de mobilité qui pourraient la mettre en danger à l'extérieur s'il advenait qu'elle fugue. Une jurisprudence de la cour d'appel d'Aix-en-Provence a par exemple retenu la responsabilité d'une clinique pour les conséquences dommageables liées à la fugue d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Alors qu'il était habillé, prêt à sortir, ce dernier avait été laissé sans surveillance pendant deux heures par le personnel de l'établissement, qui avait pourtant connaissance de l'état de déambulation prononcée du patient, de son opposition à rester

³ Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie [1]. JO du 9 avril 2024.

⁴ Droit qui a été réaffirmé par le Conseil constitutionnel ; Décision n° 2021-824, DC du 5 août 2021.