

Action soutenue par la DRJSCS Nord-Pas-de-Calais

Groupe Ethique Régional de la **Protection des Majeurs**

Réunion du 11 octobre 2013

L'acte de soin: le souci de bien faire à l'épreuve des responsabilités de chacun

Groupe Ethique Régional de la Protection des Majeurs 11 octobre 2013

Présentation de la situation :

Une femme de 25 ans, sous tutelle avec protection des biens et de sa personne, est hébergée en établissement médicosocial depuis 2010 ; elle présente d'importantes difficultés de communication qui rendent difficile l'expression de sa volonté et se met en danger avec un risque de chute en avant lorsqu'elle est en fauteuil roulant.

Le tuteur réceptionne un courrier du médecin coordinateur de la structure qui demande que lui soit transmise une autorisation pour prendre des mesures de contention dans son fauteuil. La semaine précédente, une réunion de coordination avait eu lieu, durant laquelle avait été rédigé le projet individualisé de la majeure ; l'éventualité d'une mesure de contention n'avait à aucun moment été évoquée, ni même le risque de chutes du fauteuil roulant.

Le tuteur contacte le médecin qui reconnaît que cette demande est effectuée du fait d'un manque de personnel soignant. Le tuteur, soucieux des conséquences d'une chute, demande qu'un courrier justifiant médicalement la contention, lui soit adressé.

Dès réception de ce dernier, l'autorisation de soins est signée avec la mention suivante : « conformément à l'avis médical du docteur X, le tuteur ne s'oppose pas à ce qu'une contention soit prescrite ». Le terme « ne s'oppose pas » a suffi à l'équipe médicale pour qu'une contention soit mise en place.

Toutefois, le MJPM s'interroge, quant à sa légitimité et responsabilité, face à l'autorisation donnée pour ce type d'acte.

L'acte de soin: le souci de bien faire à l'épreuve des responsabilités de chacun

Précisions :

La récurrence du thème est réelle : traitement médical, soins, vaccin contre la grippe, etc. sont autant d'actes à caractère médical pour lesquels le tuteur est sollicité. La particularité de la situation présente est qu'en plus d'être un acte soumis à prescription, il s'agit également d'une privation de liberté pour le patient protégé.

L'histoire nous apporte un certain nombre d'exemples de dérives médicales apparaissant aujourd'hui comme inadmissibles et attentatoires aux droits et libertés de l'Homme. Ainsi, il est arrivé que sous prétexte que des majeurs mordaient, certains médecins leur prescrivent le retrait de toutes les dents.

Pour aller plus loin :

- HAS, juin 2005, Contention physique de la personne âgée
- Articles 459 et 459-1 du Code civil
- Articles L1111-2 et L1111-4 du Code de la santé publique
- Revue Santé mentale n°86, dossier spécial contention, mars 2004

Groupe Ethique Régional de la Protection des Majeurs 11 octobre 2013

*Les motifs
d'utilisation
d'une contention
hospitalière ne
permettent pas
la garantie
d'une efficacité
certaine.*

La contention hospitalière, ou la chute d'une idée préconçue

Le droit français ne comporte aucune disposition spécifique relative à la contention hospitalière. Elle n'est définie que dans des recommandations de bonnes pratiques, notamment celles de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), devenue aujourd'hui la Haute Autorité de Santé (HAS), qui la décrit comme étant « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.* »

Cette définition n'est donc pas tout à fait adaptée à la situation présente, mais il n'existe aucune étude sur la contention pratiquée sur des populations jeunes, encore moins sur des majeurs sous protection. Toutefois, la lecture de la charte de la personne handicapée nous apprend qu' « *il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement ; [...] ainsi que du respect de la dignité et de l'intégrité de la personne* ».

Ce qui ressort des différentes études épidémiologiques sur lesquelles se basent l'ANAES, c'est que les motifs d'utilisation d'une contention hospitalière ne permettent pas la garantie d'une efficacité certaine, mais aussi que les risques de chutes ne sont pas diminués, et que la gravité de ces dernières est beaucoup plus importante.

Aussi, l'ANAES recommande de n'utiliser la contention hospitalière qu'après avoir envisagé les différentes alternatives possibles, l'idée étant d'en « *mettre le moins possible, le mieux possible, le moins longtemps possible* ». Elle recommande également l'usage d'une prescription médicale écrite, signée et datée, et sa mise en œuvre, temporaire, doit nécessairement intervenir avec le consentement éclairé du patient.

Risques de la contention :

- syndrome d'immobilisation : contractures, troubles trophiques, fausses routes, incontinence, déconditionnement musculaire, sarcopénie, perte d'appétit, rétractations
- apparition ou aggravation de la confusion et de l'agitation
- perte d'autonomie

Utilisation de plus de 4 jours :

- infections nosocomiales (12%)
- apparition d'escarres (22%)

L'acte de soin: le souci de bien faire à l'épreuve des responsabilités de chacun

S'agissant de la contention dans les services de psychiatrie, la pratique, bien qu'ayant une visée divergente, est aujourd'hui totalement cadrée.

Les premiers travaux de la fédération de recherche en santé mentale dans le Nord Pas de Calais ont présenté les résultats d'un audit croisé sur la pratique de la contention psychiatrique, avec la mise en place d'un protocole aujourd'hui utilisé dans la globalité de la région. Des travaux parallèles avaient d'ailleurs été menés par la HAS, aboutissant à un protocole similaire maintenant mis en place dans la quasi totalité des établissements de psychiatrie français.

La contention psychiatrique est donc une pratique soumise à un cadre strict qui justifie l'utilisation d'une prescription médicale, renouvelée toutes les vingt-quatre heures, et la mise en place d'une fiche de surveillance devant être remplie toutes les heures dans une première phase, puis toutes les deux heures.

Si ce secteur particulier de la médecine a fait l'objet d'une réglementation, c'est que la durée d'une mesure de contention est susceptible d'être beaucoup plus importante que dans un service hospitalier type urgentiste, où aujourd'hui, la question de la pratique se pose du fait d'une apparente banalisation.

Quant à la jurisprudence, la seule décision notable en la matière est un arrêt de la Cour de cassation de 1997, rejetant un pourvoi formé par les responsables d'un établissement condamnés en appel à 6 mois de prison avec sursis et une interdiction d'exercice pour 10 ans pour complicité de violences volontaires sur personnes vulnérables.

En l'espèce, plus d'un tiers des pensionnaires de l'établissement en cause étaient systématiquement soumis à des mesures de contention à partir de 18h30 durant 12 heures consécutives. Les juges ont précisé que si la

contention n'est pas interdite par un texte réglementaire, c'est qu'elle peut être nécessaire à titre individuel et temporaire pour éviter qu'une personne ne soit dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Elle ajoute : *« la réalisation systématique d'une contention sur plus d'une douzaine d'heures est le constat d'une incompétence et d'un manque tragique d'encadrement des malades en perte d'autonomie psychique. La cour est même convaincue que de telles mesures n'avaient pour but que d'assurer la tranquillité de la direction et du personnel de nuit en quantité insuffisante, et étaient de nature à aggraver la perte d'autonomie des patients concernés ; qu'une telle contention nocturne imposée sans nécessité thérapeutique ou de sécurité était constitutive de violences volontaires n'ayant pas entraîné une ITT supérieur à 8 jours sur des personnes hors d'état de se protéger en raison même de leur état psychique physique et mental. »*.

Repère :

Cour de Cassation, ch. crim., 6 août
1997 : n° pourvoi : 95-84852 ;

Ainsi, du fait de la mise en place d'une contention systématique et collective, la responsabilité pénale du corps médical a été reconnue. Toutefois, plus que la pratique de la contention hospitalière, c'est la volonté de sanctionner la maltraitance sur des personnes vulnérables qui transparaît dans cette décision.

Groupe Ethique Régional de la Protection des Majeurs 11 octobre 2013

Le consentement ou le refus de soins du majeur protégé : Il a son mot à dire !

*Le consentement
du majeur sous
tutelle doit être
systématiquement
recherché s'il est
apte à exprimer
sa volonté et à
participer à la
décision.*

Depuis la loi 2002-303 du 4 mars 2002, tout patient doit consentir à l'acte de soins dont il fait l'objet. A ce titre, le médecin peut être considéré comme l'agent technique qui va essayer d'interpréter la position du patient, sauf en cas d'urgence.

S'agissant des majeurs protégés, le Code de santé publique est assez clair ; selon l'article L1111-4, « *le consentement [...] du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.* »

Dès lors, la question qui se pose est celle de savoir comment mesurer l'aptitude du majeur à exprimer sa volonté et à participer à la décision, surtout lorsqu'il est atteint d'un trouble mental, ou corporel de nature à empêcher l'expression de sa volonté. De même, l'expression de la volonté recouvre t-elle les mêmes valeurs, les mêmes notions que le recueil du consentement éclairé aux soins ?

Dans le secteur psychiatrique, la pratique de l'hospitalisation sous contrainte est l'exemple type dans la représentation collective du soin sans consentement. Or, ce qu'il faut comprendre au travers des textes légaux, c'est que l'hospitalisation sous contrainte n'est pas le soin sans consentement. C'est une pratique contraignante, restrictive de liberté, mais de liberté d'aller et venir, et non du droit de consentir à un soin. C'est l'enfermement dans une structure adaptée à la pathologie d'un individu, à son degré de dangerosité tant pour lui même que pour son environnement.

A l'occasion d'une hospitalisation sous contrainte, un patient, bien qu'enfermé dans un établissement, peut refuser tout traitement sur la base du refus de soins consacré dans la loi du 4 mars 2002.

L'acte de soin: le souci de bien faire à l'épreuve des responsabilités de chacun

L'exemple est cité d'un patient, atteint de troubles schizophréniques qui, dans un délire paranoïaque, a menacé une personnalité de mort, ce qui est constitutif d'un délit au sens pénal du terme. Cette personne malade mental a fait l'objet d'une hospitalisation sous contrainte durant six mois, hospitalisation qu'il a contesté dans les formes judiciaires, cependant il a été à chaque fois débouté par les différentes juridictions saisies.

Au cours de son hospitalisation, des soins lui sont proposés, mais il les refuse systématiquement. Au terme des six mois, il conteste l'arrêté préfectoral renouvelant l'hospitalisation sous contrainte, en se basant sur l'inutilité d'un tel enfermement dans la mesure où il refuserait systématiquement tous soins proposés. La juridiction lui a donné raison, ce qui démontre bien la limite d'une telle pratique face à l'autonomie de la volonté du patient, quel qu'il soit.

S'agissant du majeur protégé, la solution qui semble se profiler derrière cette analogie est que dès lors que le patient peut exprimer une volonté, il doit être reconnu apte à consentir ou non à un soin. Mais cette solution ne fait pas l'unanimité, dans le sens où l'altération des facultés à l'origine de la mesure peut s'avérer contradictoire avec le recueil d'un consentement éclairé, quand bien même le majeur protégé serait en capacité d'émettre une volonté propre.

A noter à ce stade du développement que le régime de protection, selon que l'on soit dans une assistance ou une représentation, semble jouer en faveur ou contre l'aptitude du patient protégé à émettre un consentement éclairé.

Par mesure de précaution vis à vis de la loi et dans le souci du respect des droits et libertés de la personne protégée, le corps médical s'efforce, dans les faits, de recueillir l'assentiment de son patient à l'acte médical envisagé, et de tout mettre en œuvre dans l'intérêt médical de ce dernier.

En l'espèce, la majeure protégée est une femme de 25 ans qui présente d'importantes difficultés d'expression ; c'est là que réside la difficulté. Mais la pratique médicale a démontré que la communication verbale était, dans ce genre de situation, remplacée par une forme de communication corporelle : essaye t-elle de se détacher avec les mains ? Dégage t-elle un sentiment de gêne ou d'inconfort ? Est-elle en souffrance vis à vis du moyen de contention employé, c'est à dire une sangle la maintenant dans son fauteuil roulant pour éviter qu'elle glisse... Pour répondre à ces questions, il faut notamment prendre en considération le matériel médical employé, le principe de liberté d'aller et venir et la question de la sécurité de la patiente.

Ici, on pourra prendre en compte l'absence apparente de gêne pour elle comme critère d'évaluation du consentement de la patiente.

Groupe Ethique Régional de la Protection des Majeurs 11 octobre 2013

Acte médical et personne chargée de la mesure de protection selon la loi

Si la question du consentement du patient protégé est importante, celle du champ de l'autorisation de son protecteur l'est tout autant. La matière est une nouvelle fois sujette à controverse.

Selon l'article 459-1 du code civil, l'application des dispositions relatives à la protection de la personne, ne peut « avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique [...] prévoyant l'intervention d'un représentant légal. »

Cet article est sujet à de nombreuses interprétations, et complexifie l'articulation entre le code civil et le code de la santé publique.

D'un côté, la lecture du code de la santé publique, et notamment de son article L1111-4, nous apprend que « le consentement [...] du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par [...] le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé [...] du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. ». Certains comprennent dans ces dispositions que le majeur doit consentir aux soins, parallèlement au tuteur qui doit également les autoriser. Comment ne pas s'opposer sans autoriser ?

Mais dès lors, l'autorisation du tuteur pour chaque soin, chaque traitement est-elle requise? Le corps médical doit-il s'assurer d'être autorisé par le tuteur à agir pour chaque perfusion, chaque antibiotique prescrit, chaque radiographie, et même chaque sirop ? De prime abord, l'impossibilité matérielle d'un tel système paraît flagrante.

Une autre interrogation se pose lorsque la protection ne porte que sur les biens du majeur, et non sur la personne : le code de la santé publique ne faisant pas de distinction entre protection aux biens et protection à la personne, un tuteur aux biens est-il légitime pour autoriser des soins ?

D'autres considèrent que la formulation négative de l'article L1111-4 démontre la nécessité pour le tuteur d'être simplement informé par le médecin, et d'avoir la faculté de s'opposer au traitement en cas de non respect de la personne protégée ; cette faculté n'impliquant pas une autorisation explicite du tuteur.

D'autres enfin, considèrent la mission de protection du majeur vulnérable au regard de l'article 459 du code civil : « Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé. » Dans ce cas, l'intervention systématique du tuteur est exclue, et se limite aux cas où le majeur ne peut prendre seul une décision personnelle.

L'acte de soin: le souci de bien faire à l'épreuve des responsabilités de chacun

Le cas des actes médicaux graves

L'article 459 poursuit : « *Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.* »

L'autorisation du juge est requise lorsque l'acte médical envisagé est porteur d'une certaine gravité.

Mais qu'est-ce qui relève de l'acte médical grave ? Est-ce qu'autoriser la contention hospitalière est une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ? Si l'on se base sur les risques de la pratique, la réponse est clairement oui : infections nosocomiales, apparition d'escarres, confusion, agitation, contractures, troubles trophiques, fausses routes, incontinence, déconditionnement musculaire, sarcopénie, perte d'appétit, rétractations, perte de la force musculaire, perte d'autonomie, inconfort, colère, dépression, dépréciation, régression psychomotrice, douleurs, etc.

Toutefois, on ne peut pas raisonnablement se baser sur les risques d'une intervention : sinon, au regard de la liste des effets secondaires d'un simple cachet de paracétamol, qui présente des risques graves, le juge aurait à statuer à la moindre prescription médicale.

La notion d'atteintes graves à l'intégrité corporelle ne peut donc se fonder sur le risque, mais bien sur les conséquences certaines de l'acte. Le juge ne se prononcera dès lors qu'il s'agit par exemple pour l'ablation d'un membre ou d'un sein.

Mais la question n'est pas entièrement résolue : s'agissant des actes dont les conséquences, sans être certaines, n'en demeurent pas moins fortement probables, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une atteinte grave au sens de l'article 459 du code civil. C'est l'exemple d'une chimio thérapie agressive, ou d'une contention prolongée...

S'agissant du traumatisme psychique lié à un état de souffrance prolongé, dû à l'attente d'une décision, celui-ci n'est pas prévu dans le code civil. Il est pourtant bien réel pour l'intéressé.

Si chacune de ces interprétations des textes est possible, les conséquences pratiques de ces hésitations peuvent être dramatiques.

Il est donc important pour chacun de se positionner :

- le médecin par une prescription datée et signée, détaillant les circonstances de la demande d'autorisation ;
- le juge saisi d'une requête par une décision de justice autorisant ou non le tuteur à consentir, ou disant n'y avoir lieu à autorisation ;
- le MJPM par une réponse écrite au médecin, formalisant soit un consentement, soit un refus de consentement, soit une impossibilité à consentir en l'absence d'éléments suffisants.

Groupe Ethique Régional de la Protection des Majeurs 11 octobre 2013

Comment décider quand la peur et l'urgence gouvernent la raison ?

Outre les considérations juridiques précédemment évoquées, le tuteur se sent obligé de prendre position lorsqu'il reçoit une demande d'autorisation de soins émanant du corps médical.

En effet, s'instaure alors une certaine urgence à répondre à cette demande, surtout lorsque la situation n'engage pas le pronostic vital du patient, auquel cas le médecin est obligé d'intervenir. La peur de voir le majeur protégé souffrir, faute de soins, est véritablement prégnante, parce que dans cette hypothèse, l'exigence formelle du consentement peut devenir un obstacle à la rapidité de l'intervention du corps médical. Ne faudrait-il pas dans ce cas étendre la notion d'urgence, par exemple aux situations de souffrance dans lesquelles le majeur protégé ne peut consentir aux soins, et que le tuteur ne peut être joint. La situation d'urgence serait caractérisée dès lors qu'il est prouvé que le corps médical n'a pas pu obtenir de réponse du tuteur.

De même, si le tuteur tarde à répondre au médecin, et qu'entre temps, le patient chute, la responsabilité du MJPM sera une nouvelle fois mise en exergue par les médias. C'est également l'exemple des personnes qui souffrent parce que certains médecins s'imaginent devoir obtenir une autorisation du tuteur pour prescrire des anti-douleurs. Dès lors, la force du collectif fait pression sur le mandataire, alors que juridiquement, c'est de l'ordre de la responsabilité médicale que de soulager le patient de ses souffrances.

Dans le cas présent, c'est la peur de voir la majeure protégée chuter de son fauteuil qui motive le MJPM à réagir. D'ordinaire, la solution du professionnel est de veiller au bon respect de ses obligations légales. Mais que faire quand la loi n'est pas claire ? Comment décider lorsque finalement, c'est un sentiment d'insécurité juridique qui plane dans l'esprit du MJPM ?

La première remarque qui peut être faite à ce sujet est de dire que si le réflexe du MJPM est généralement de demander un complément d'information, il doit, dans celui-ci et avant tout, s'assurer que le majeur protégé a bien consenti à l'acte médical envisagé. Sans ce consentement, des difficultés précédemment explicitées peuvent survenir.

Ensuite, c'est la justification fournie par le corps médical qui doit retenir toute l'attention du tuteur. Pourquoi le traitement ou l'acte de soins est-il envisagé ?

Il ne faut pas s'en cacher : l'origine de la démarche est bien souvent un manque de moyens. Si un infirmier dédié pouvait suivre jour et nuit un seul patient, le risque de chute serait proche du nul. On comprend pour des raisons évidentes qu'un tel système nécessiterait l'emploi de moyens financiers conséquents, ce qui n'est malheureusement pas envisageable dans la quasi totalité des situations.

Ce qui pose surtout question, c'est que lors de la réunion de concertation ayant eu lieu une dizaine de jours précédant la demande du médecin, aucun membre du corps médical n'avait présenté le besoin d'une telle contention. Le manque de personnel et de moyens est une raison invoquée de manière officieuse, mais à la demande écrite du médecin est jointe une prescription médicale faisant état d'un réel besoin pour la personne.

L'acte de soin: le souci de bien faire à l'épreuve des responsabilités de chacun

Dès lors, on peut s'interroger sur les événements ayant eu lieu durant ce laps de temps et ayant conduit à cette demande si soudaine.

En effet, depuis vingt cinq ans, l'âge de la majeure protégée, la contention n'a pas été nécessaire. Les raisons d'un tel changement peuvent être diverses : perte d'autonomie soudaine, relâchement musculaire, état de fatigue dû à un manque de sommeil, apparition de nouveaux troubles neurologiques, etc. Ce peut être aussi un changement d'équipe hospitalière, une période de congés ou d'arrêts maladie du personnel, ou une affluence plus importante de malades, mais aussi, et c'est plus grave, la structure dans son ensemble qui n'est plus adaptée aux besoins de la personne. Toujours est-il que le patient protégé ne devrait pas avoir à subir les conséquences d'un problème d'organisation de l'établissement, et que seules des raisons médicales constituent des motifs valables sur lesquels fonder une telle décision.

A ce titre, et sans remettre automatiquement en cause le corps médical et sa bonne foi, il est relevé une certaine vertu de l'écrit qui peut, dans certaines circonstances, s'annoncer salvateur pour la situation du patient protégé.

Est cité en exemple un dossier dans lequel le tuteur en désaccord avec le médecin sur l'évaluation de la dégradation de l'état de santé apparent du majeur, a communiqué par écrit ses inquiétudes au médecin, ce qui a conduit à l'hospitalisation de la personne dans les deux jours, conformément au souhait du tuteur.

Au final, dans la situation présentée, au regard des justificatifs fournis par le médecin, et de l'absence d'opposition manifeste aux soins par le patient protégé, le tuteur a signifié qu'il ne s'opposait pas à la réalisation de l'acte, sans pour autant y consentir explicitement. Mais en quels termes faut-il autoriser les soins ? Autrement dit, dans le cadre d'une décision médicale, la simple non opposition du tuteur suffit-elle à démontrer son consentement à l'acte ?

En définitive, peu importe les termes choisis, il apparaît que c'est la volonté sous-jacente du tuteur de s'opposer ou non aux soins dans l'intérêt du majeur qui doit être recherchée.

Évidemment, la contention hospitalière impactant largement les conditions de vie du patient, un projet de vie, issu d'une nouvelle réunion de coordination doit être rédigé. Ne suffirait-il pas alors de rajouter dans la réponse du MJPM : « *ne s'oppose pas sous réserve d'une nouvelle concertation avant telle date* » ? L'urgence est ainsi contournée, sans pour autant oublier la discussion.

Groupe Ethique Régional de la Protection des Majeurs 11 octobre 2013

La discussion comme unique solution : L'inscription de l'acte médical dans le projet de vie

Une réunion de concertation est une nécessité pour le patient protégé et diminué par la maladie. Ce type de réunion regroupe l'ensemble des partenaires ayant à connaître de la situation de la personne, et permet à terme et au travers de l'écriture d'un projet de vie, d'améliorer les conditions de prise en charge du majeur protégé.

Si le MJPM est cordialement invité lors de ces réunions, la question qui se pose est celle de savoir quel peut être son positionnement dans ce genre de réunion. Dans les cas où une personne est hors d'état d'exprimer simplement ses envies, ses craintes, et plus généralement sa volonté, très souvent, le projet de vie est construit sur des aspects pratiques de sa vie quotidienne (les visites de la famille par exemple, qui devraient plutôt avoir lieu avant 18 heures afin de permettre une meilleure régularité dans les soins hygiéniques de la personne, ou encore l'aspect pratique de la communication avec le tuteur, qui privilégiera le fax, plutôt que le téléphone, etc), et non centré sur les vœux de la personne elle-même. Il est donc important que le tuteur puisse réorienter les débats en ce sens.

Sinon, n'y a-t-il pas risque d'exclure de la réunion certaines questions pourtant essentielles ? Le fait d'avoir une demande d'autorisation de soins, pourtant prévisible, une dizaine de jours seulement après une réunion de concertation n'est-il pas justement représentatif d'un de ces risques ? Les failles ne peuvent-elles être découvertes qu'*a posteriori* ?

La mise en place d'une contention hospitalière nécessiterait donc la réécriture d'un projet individualisé, et le tuteur devrait être l'initiateur d'une nouvelle réunion de concertation regroupant les partenaires médicaux sociaux et la famille. Tous ces intervenants exprimeraient leur avis sur l'acte médical envisagé, mais il reviendrait au médecin de prendre la responsabilité de la décision finale.

Ainsi, la discussion, pointée comme la solution moderne pour un meilleur respect du bien être et du mieux être du patient, retrouverait une place à la hauteur des enjeux en cause, et la caution demandée uniquement au MJPM retrouverait peut être un sens plus compatible avec le respect de la dignité de la personne, et surtout son respect effectif.

COMITE DE REFLEXION

- Philippe BELLANGER, Détaché universitaire au CREAI Nord-Pas-de-Calais
- Aurore BISIAUX, *Médecin gériatre (CHRU LILLE/CH SECLIN)*
- Jean-Philippe COBBAUT, *Directeur du Centre d'éthique médicale, Université Catholique de Lille*
- Jacques DEBIEVE, *Médecin psychiatre*
- Stéphanie DEMOERSMAN, *Chef de service - ASAPN*
- Fabienne DUTOIT, *Préposé d'établissement - CH WASQUEHAL*
- Vianney DUBRULLE, *Chef de service - Service tutélaire de la Vie active*
- Benoît EYRAUD, *Maître de conférences en sociologie à l'université Lyon 2*
- Christelle FAUVARQUE, *Mandataire Judiciaire à la Protection des majeurs (libéral)*
- Charles GHESQUIERE, *Administrateur d'Atinord*
- Marie GUINCHARD, *Conseillère technique du CREAI Nord-Pas-de-Calais*
- Jean-Louis HERBER, *Mandataire Judiciaire à la Protection des majeurs – ATPC*
- Julien KOUNOWSKI, *Inspecteur DRJSCS Nord-Pas-de-Calais*
- Jasmine MEURIN, *DRJSCS*
- Daniel DELCROIX, *Médecin psychiatre - CMP Pont à Marcq*
- Emilie PECQUEUR, *Juge des tutelles, Tribunal d'Arras*
- Mireille PRESTINI, *Directrice du CREAI Nord-Pas-de-Calais*
- Josiane TIRMARCHE, *Représentant des mandataires individuels*
- Fanny VASSEUR, *Maître de conférences en Droit privé, Faculté de Droit de Douai*
- Thierry VERHEYDE, *Magistrat à la Cour d'appel de Douai*

