



qu 057

Suspicion de détournement d'un traitement : entre contrôle et autonomie de la personne, faut-il choisir ?

La question adressée au CNAD

« Je suis actuellement éducateur dans un CHRS. Dans ce foyer nous accueillons des personnes en urgence pour 8 nuits, des personnes en stabilisation pour une plus longue durée avec un contrat d'hébergement de 1 mois renouvelable et des personnes en LHSS (lits halte soin santé).

Les places de LHSS sont financées par la sécurité sociale. Nous avons une infirmière et un médecin qui intervient dans la structure pour les personnes accueillies dans ce dispositif. Ce sont des personnes sans domicile et ayant besoin de soins.

Une de ces personnes a un traitement contre la douleur à base de morphine. Il a été évalué à son entrée que cette personne était autonome quant à sa prise de médicaments.

Durant son hébergement plusieurs éléments nous ont amené à penser que ce monsieur vendait une partie de son traitement à des personnes extérieures. Effectivement, cette personne est d'origine roumaine, il n'a donc pas droit à une aide sociale, il ne bénéficie donc d'aucun revenu.

En réunion d'équipe avec le directeur, l'infirmière et le médecin, nous avons eu une discussion autour de cette situation. Les avis ont été contradictoires. Le corps médical était d'avis de mettre un pilulier dans le bureau afin que Mr soit contraint de venir demander son traitement et le prendre devant nous. Certains membres de l'équipe éducative étaient plutôt d'avis de lui laisser ses ordonnances afin qu'il aille de lui-même chercher ses traitements, ce qui était fait par l'infirmière jusqu'alors, pour éviter d'être complice d'un éventuel trafic.

Au final la direction a tranché en imposant à l'équipe éducative de donner les médicaments préparés dans un pilulier par l'infirmière à Mr deux fois par jour. Nous ne sommes pas tenus de vérifier si Mr prend ses médicaments devant nous.

Cette situation m'interpelle dans ma pratique professionnelle. J'accepte de distribuer les médicaments si la personne ne peut le faire seule ce qui revient à l'accompagner dans sa vie quotidienne. Par contre je n'ai pas l'impression d'être dans mes missions avec cette situation dans la mesure où j'ai le sentiment de faire du contrôle.

Finalement, je me sens en conflit interne entre la volonté d'agir et le refus d'être dans du contrôle.»

La situation telle que nous la comprenons

Il s'agit de la question d'un éducateur s'occupant d'une personne en situation de précarité, dans un LHSS et nécessitant un traitement antalgique morphinique.

- Cette personne semble être arrivée dans la structure avec une prescription de morphine. Il est dit qu'il « *a été évalué à son entrée que cette personne était autonome quant à sa prise de médicaments* ». Le CNAD est confronté à un manque de données à la fois concernant la prescription (par qui, pourquoi, pour combien de temps, posologie ?) et l'évaluation de cette autonomie (par qui, comment, fondements ?).
- Il est dit ensuite que « *plusieurs éléments* » ont amené « *certains* » professionnels « *à penser que ce monsieur vendait une partie de son traitement à des personnes extérieures* ». Quels sont ces éléments laissant penser à un acte illégal de revente de produits toxiques ? Cela a-t-il été abordé avec cette personne ?
- Face à cette suspicion et ne voulant pas « *être complice d'un éventuel trafic* » l'équipe (corps médical, équipe éducative, direction) se réunit pour décider des modalités de délivrance du traitement. Il est rapporté des « *avis contradictoires* ». La décision prise par la direction ne semble pas véritablement « *tranchée* » puisqu'elle impose « *à l'équipe éducative de donner les médicaments préparés dans un pilulier par l'infirmière à Mr deux fois par jour* » en stipulant que les éducateurs « *ne sont pas tenus de vérifier si Mr prend ses médicaments* » ; les termes de la discussion n'étant pas précisés.
- L'éducateur s'interroge sur sa « *mission* » et pose la question sous l'angle du « *contrôle* », c'est-à-dire de la légalité.

Cette situation soulève plusieurs problématiques :

Si cet éducateur vit un « *conflit interne* », la façon dont est envisagé ce « *conflit* » semble à redéfinir, notamment en recentrant la problématique autour de :

- L'autonomie de la personne
- La définition des rôles, des missions de chacun des acteurs
- La place de la personne

Analyse de la situation

La réflexion porte sur les modalités de délivrance d'un traitement à un patient suspect de détournement. La question est posée par un éducateur travaillant dans une structure à vocation sociale (CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale). Le patient est pris en charge en LHSS (Lits halte soin santé).

« Les structures dénommées "lits halte soins santé", mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, assurent, sans interruption, des

prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. » (Code de l'action sociale et des familles -article D312-176-1)

Ce décret est commenté dans un dossier thématique du CNLE (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale)

« Il s'agit dès lors de structures médico-sociales chargées d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, **sans nécessiter une hospitalisation**, n'est pas compatible avec une vie à la rue.(...). Ce dispositif assure une **prise en charge sanitaire et sociale** des personnes dont l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante de leurs problèmes de santé et évite, soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de l'état de santé. Il y a une offre de soins médicaux ou paramédicaux, un suivi thérapeutique, un **accompagnement social**, une offre de prestations d'animation et une **éducation sanitaire**. Le personnel présent fait un suivi social de toutes les personnes hébergées et met tout en œuvre pour permettre aux personnes de recouvrer les droits sociaux auxquels elles peuvent prétendre. »

D'ordinaire, dans les établissements de soin, les traitements antalgiques morphiniques sont sous contrôle spécifique car appartenant au groupe des « toxiques » ou « stupéfiants ». Leur accès est réglementé : stockage sous clé, traçabilité avec ordonnanciers spéciaux sur lesquels le médecin prescripteur fait la prescription en toutes lettres, y compris les posologies.

Dans les LHSS, « la structure doit pouvoir gérer des stupéfiants et produits de substitution qui devront alors être placés dans une salle fermée à clé avec un coffre. Il est conseillé de ne pas laisser les piluliers à disposition du patient, pour éviter les risques de vols ou de suicide. »¹

- **La question de l'autonomie de la personne**

L'autonomie est définie en termes de capacité d'autogouvernement d'une personne, en accord avec ses propres valeurs et objectifs et sans sujétion à autrui.²

- **Si dans la pratique médicale, l'autonomie de la personne est associée au « respect », le principe d'autonomie peut se décliner selon différentes facettes** : autonomie d'action, de pensée, de volonté.³

L'autonomie d'action signifie être capable de réaliser des gestes, des mouvements, des actes.

¹ FNARS - Supplément de la Gazette n°62 – mai 2008 réf. : 62/08 ; Lits halte soins santé : ce qu'il faut savoir

² Rocque, S., Langevin, J., Drouin, J., Faille J. (1999) *De l'autonomie à la réduction des dépendances*. Éditions Nouvelles, p.39.

³ www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis087.pdf

L'autonomie de pensée est la capacité de conduire une argumentation cohérente et réfléchie. Le sujet autonome est celui qui est capable de comprendre une information et d'y exercer son esprit critique. Une personne autonome est une personne capable de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par elle-même d'agir conformément à cette réflexion.

Enfin, *l'autonomie de volonté* est la capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive qui détermine mécaniquement son action, pour se décider en fonction d'une résolution consciente et personnalisée ; cela suppose qu'il n'y ait aucune contrainte psychologique exercée par un tiers à laquelle serait soumise la personne.

Toujours dans le champ médical, le respect de l'autonomie du patient se situe dans le cadre de la relation médecin-malade et se traduit par le respect du consentement : après avoir délivré une information claire, loyale et éclairée, le médecin recueille le consentement du patient et doit le respecter. En effet, l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique dispose : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

- **Cette personne semble avoir été « évaluée » autonome pour prendre ses médicaments ; mais qu'est-ce qu'une « autonomie suffisante pour prendre seul le traitement prescrit » ?**

Nous comprenons que la conséquence de cette évaluation d'autonomie (d'action) était que cet homme avait non seulement la capacité à disposer de son traitement aux heures convenues auprès de la personne chargée de la distribution sans qu'il bénéficie nécessairement d'une assistance mais qu'il gardait son traitement avec lui.

On pourrait dire qu'il a une autonomie de pensée car il agit selon ses objectifs personnels et qu'il serait sans doute apte à les argumenter. Le problème est que ces objectifs, si toutefois les soupçons sont fondés, divergent de ceux qui justifient sa prise en charge médicale et sociale (selon les missions du LHSS). Que prévoient le règlement de fonctionnement, voire le contrat de séjour dans ce cas ?

Nous ignorons s'il été discuté de ces soupçons avec lui et ne pouvons donc savoir si son autonomie de volonté aurait pu être stimulée pour l'amener à modifier ses agissements.

Nous ne savons pas qui a réalisé cette évaluation et selon quels critères. Est-ce le médecin seul ? Avec l'infirmière ? Les travailleurs sociaux ont-ils participé à cette évaluation ?

La structure s'est-elle dotée d'une procédure d'évaluation de l'autonomie et des risques pour autrui quant à la possession de produits de ce type ?

Lorsque l'autonomie est insuffisante, la réglementation précise que les établissements et services doivent mettre en place une aide à la prise de traitement :

Selon l'article L313-26 du CASF :

« Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce

traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

Nous retenons de cet article :

- 1) Le niveau d'autonomie n'est pas précisé ; il doit être « suffisant ».
- 2) Lorsque l'autonomie est insuffisante, la personne peut être aidée pour la prise de son traitement
 - soit par un membre de l'équipe soignante (un auxiliaire médical)
 - soit lorsque le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier, par une personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante disposant à cet effet de protocoles de soins (la question du protocole de soins étant à retenir sous forme d'une préconisation).
- 3) C'est le libellé de la prescription médicale qui précise si cet accompagnement relève ou non des actes de la vie courante.

Dans la situation qui nous est présentée, et étant donné la spécificité de ce traitement, cet acte relève-t-il de la vie courante ? Sinon, cela relèverait du rôle propre de l'infirmière qui implique non seulement l'aide à la prise mais également la vérification de la prise - cf. l'article R.4311-5 CSP : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

(...)

4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;

5° Vérification de leur prise ;

6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

(...)

- **L'équipe suspecte le patient de revendre son traitement au lieu de se traiter, c'est-à-dire un acte frauduleux étant données la dangerosité de la substance et les précautions qui règlementent son accessibilité.**

Le respect de son autonomie de décision, c'est-à-dire le fait éventuel de ne pas prendre son traitement, ne peut pas s'apparenter ici au respect d'un refus de soin (article L. 1111-4 al. 2 CSP). La situation va au-delà.

Un refus de soin est au croisement d'enjeux multiples, laissant rarement face à face un médecin isolé et une personne, mais implique un entourage, une équipe médicale, des règles de droit.

Il ne s'agit pas ici d'un refus de soin avec défaut de discernement de la part du malade. Le détournement de l'usage de la prescription est à différencier d'un refus de soin. Le refus de soin doit être respecté après une vérification de la compréhension. Nous ne sommes pas dans ce cas de figure. Le patient utilise le traitement qu'on lui propose gratuitement, qu'il refuse de prendre (ou qu'il prend partiellement), afin de le revendre. Les règles ne sont plus respectées.

Le respect de l'autonomie de la personne dans la relation de soin ne doit pas permettre pour autant de cautionner des actes illégaux.

- **Cette réflexion autour du dilemme entre autonomie et liberté, c'est-à-dire les limites de l'autonomie d'une personne, nous conduit à nous interroger sur les missions de chacun dans cette situation ;** notamment vis-à-vis de la décision prise concernant les modalités d'administration du traitement : pilulier préparé par l'infirmière, mais distribution assurée par l'équipe éducative et pas de vérification de la prise médicamenteuse tel que prévu à l'article R.4311-5 précité.

Lorsque le respect de l'autonomie devient un simple prétexte moral dont le principal intérêt est de permettre aux soignants ou accompagnants de se décharger du poids de la responsabilité et du risque (au prétexte de ne pas empiéter sur la souveraineté du patient), il favorise leur désengagement.

Le concept d'autonomie du patient ne doit pas encourager les médecins à se dédouaner des décisions difficiles.

- **La définition des rôles, des missions**

- **D'un point de vue médical**

L'équipe médicale suggérait de « *mettre un pilulier dans le bureau afin que Mr soit contraint de venir demander son traitement et le prendre devant nous.* »

En conformité avec l'article L.313-26 du CASF, la direction décide d'apporter une « aide à la prise des médicaments (...) assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante ». Les professionnels considèrent que cette personne n'a pas l'autonomie suffisante pour prendre seule son traitement. Pour « juger » de cette autonomie insuffisante, on peut imaginer que les professionnels ont évoqué plusieurs motifs :

- elle ne respecte pas la posologie qui lui a été prescrite,
- elle détourne le médicament de sa fonction thérapeutique,
- elle trafique des substances stupéfiantes...

Cette proposition serait donc cohérente au regard du respect de l'ordonnance médicale, de la mission du service et du soutien à apporter à la personne en tenant compte de ses

besoins si le médecin estime que la prise d'un traitement morphinique relève d'un acte de la vie courante. Dans le cas contraire, il y a déplacement de la responsabilité médicale vers l'équipe éducative.

Nous pouvons imaginer que cette information aura été donnée au patient dans le cadre de la relation médecin-malade.

C'est au médecin qu'il appartient d'évaluer si la personne dispose d'une autonomie suffisante pour prendre « seule » un traitement prescrit par lui-même ou par un autre médecin en suivant les deux cas de figure envisagés plus haut :

- Soit le traitement est à disposition aux heures convenues auprès de la personne chargée de la distribution et possédant le protocole de soins;
- Soit le traitement est remis à la personne qui le gère elle-même en fonction de la posologie.

Lors de l'admission dans une structure de type ESMS, et a fortiori dans une structure ayant vocation à prendre en compte le soin et la santé, l'évaluation de l'autonomie en matière de prise de médicament ne devrait-elle pas porter également sur :

- la pertinence du traitement au moment où la personne arrive sur la structure ?
- le rapport que le bénéficiaire entretient avec le produit, selon la nature de celui-ci, en lien avec le risque d'une utilisation toxicomaniaque ?
- dans le cas où la personne dispose d'une autonomie suffisante pour prendre seule son traitement, qu'il le garde ou non par devers lui, le risque que ce produit peut représenter pour des personnes de l'entourage : risques de toxicomanie pour certains ou de tentative de suicide pour d'autres ?

Ce qui amène à s'interroger sur la prescription en elle-même. Comment et par qui la prescription de morphine a-t-elle été décidée ? Est-elle actuellement indispensable ? La question est justifiée si la personne arrive à s'en passer ... La douleur est-elle contrôlée malgré tout et comment ? Cette prescription serait probablement à réévaluer.

Si la morphine reste justifiée, le médecin devra spécifier sur la prescription si la prise du traitement est considérée comme un acte de la vie courante.

Mais à interroger aussi la notion de soin. Comment l'équipe médicale perçoit-elle le soin prodigué à ce patient ? Quel est le projet de soin ? Comment cette équipe prend-elle en charge la souffrance du patient ?

Ce patient est-il démuné socialement au point d'en garder seulement une quantité minimale pour soulager sa douleur et revendre le reste ?

Un soin ne se limite jamais à un traitement : il implique un accompagnement, une écoute et le respect de la personne soignée, qui ne peuvent pas faire l'objet d'un refus, et sans lesquels il n'est pas de véritable démarche médicale⁴.

Les soignants ont un devoir d'assistance, de compétence et de bienveillance.

Quant à la notion de responsabilité :

⁴ www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis087.pdf

- Si le médecin a connaissance de ce trafic, il revoit la prescription afin de ne pas faire encourir de risque aux utilisateurs potentiels de cette substance toxique. Le médecin doit se donner les moyens de soulager le patient sans risque pour autrui.

La revente de produit stupéfiant est une infraction contre l'intégrité physique et psychique. Si le médecin a la certitude de la revente, cela interroge la mise en danger d'autrui.

- L'équipe médicale engage sa responsabilité juridique et éthique vis-à-vis du patient lui-même, dans le cadre de l'obligation professionnelle d'information et du pacte de soin.

Le médecin a-t-il donné une information appropriée à son patient, notamment sur l'utilité et les effets secondaires du traitement ? Un dialogue a-t-il été instauré entre le patient et les soignants⁵ ?

Parler d'éthique, c'est parler de responsabilité (en tant que capacité à répondre de ses actes).⁶

- Quelle est la place de la décision médicale dans cet établissement ? Le médecin référent de l'institution est le seul responsable des actes médicaux. Pourquoi est-ce le directeur qui a pris la décision sur la manière de gérer le traitement ?

○ D'un point de vue éducatif

Concernant la décision proposée : « Certains membres de l'équipe éducative étaient plutôt d'avis de lui laisser ses ordonnances afin qu'il aille de lui-même chercher ses traitements, ce qui était fait par l'infirmière jusqu'alors, pour éviter d'être complice d'un éventuel trafic. »

Plusieurs questions se posent :

- Celle de l'éventualité du trafic. Comment l'équipe recherche-t-elle une solution à un problème dont elle n'est pas sûre qu'il existe ? Pourquoi ne s'en assure-t-elle pas au préalable, particulièrement en rencontrant ce monsieur ?

- Comment le fait que ce monsieur aille *par lui-même chercher son traitement à la pharmacie* (en lieu et place de l'infirmière de l'établissement) éviterait aux professionnels de se « sentir complices » ?

- Pourquoi l'équipe se focalise sur la question d'un trafic mais propose une solution qui ne l'interdit pas ?

La question de la possible complicité des professionnels semble prendre le pas dans la réflexion, au détriment d'une réflexion sur l'aide personnalisée à apporter à cette personne qui, en se livrant éventuellement à un trafic, prend un risque pour elle-même et en fait courir à d'autres.

⁵ Cf. pour exemple, les travaux de Paul RICOEUR concernant le « pacte de soin » basé sur la confiance et « l'alliance thérapeutique ».

⁶ Pour Emmanuel LEVINAS, la présence auprès du malade signifiant pour le soignant « me voici répondant de toi et de ta souffrance ». *Ethique et infini*, Emmanuel Levinas, éd. Le Livre de poche, 1982

Comment l'éducateur perçoit-il sa mission face à cette personne ? Le dilemme se situe entre volonté d'agir pour ne pas sembler cautionner sciemment un possible trafic et refus d'être dans le contrôle.

Cela interroge la perception de sa responsabilité éventuelle (être complice ou contrôleur) ainsi que le sens de sa mission d'accompagnement au profit de la personne.

Concernant le traitement : le rôle de l'éducateur n'est pas de traiter médicalement la personne mais de veiller à son bien être social. La décision relative à l'administration de la morphine ne doit pas revenir aux travailleurs sociaux. En effet, aider à la prise de produits morphiniques peut difficilement s'apparenter à un acte de la vie courante. Cela relève en principe du rôle propre des infirmiers.

Concernant la notion de « contrôle » : « Par contre je n'ai pas l'impression d'être dans mes missions avec cette situation dans la mesure où j'ai le sentiment de faire du contrôle. »

Le trafic de Monsieur peut avoir des conséquences graves pour les consommateurs de son traitement, ce qui devrait être pris en compte dans la réflexion des travailleurs sociaux.

Pourquoi a priori refuser de faire du contrôle ? Dans certains types d'établissements ou de services, il est procédé à des fouilles (de bagages ou par palpation du corps sans fouille « au corps ») afin d'éviter l'introduction de produits illicites, dangereux, ou interdits. Qu'en est-il des règles de sécurité dans cette structure ? Dans ce cas présent, le rôle du travailleur social est de protéger les personnes tant par rapport aux risques pour elles-mêmes que pour les autres.

Ce Monsieur pourrait subir des conséquences judiciaires en cas de découverte du trafic par les forces de l'ordre. Le rôle de l'éducateur pourrait être aussi de l'amener à ne plus commettre ce trafic illégal et le protéger ainsi d'un comportement délinquant et, pourquoi pas, d'une reconduite à la frontière.

Fermer les yeux au nom du respect de la liberté paraît déraisonnable. Comment accompagner des personnes en difficulté sociale si on ne fait pas référence à l'interdit pénal ? Resituer la loi dans l'accompagnement est une obligation déontologique.

Enfin, quelle est la relation entre les travailleurs sociaux et la personne dont ils ont la responsabilité ? Quel dialogue a été instauré ? Le problème et les conséquences de la fraude ont-ils été abordés ? Comment l'accompagner au mieux, maintenir la confiance... ?

En tant que travailleur social, il est nécessaire d'être clair dans son rapport à la loi et de refuser catégoriquement de cautionner la transgression des lois, même s'il ne leur appartient effectivement pas de les dénoncer.

Les missions d'action sociale comprennent certes la solidarité mais également la protection et l'accès à la citoyenneté ainsi que rappelé dans les « références déontologiques pour les pratiques sociales⁷ » :

⁷ « Des références déontologiques pour les pratiques sociales » - texte promulgué par le Comité national des avis déontologiques (CNRD) mis à jour et adopté le 1^{er} octobre 2004

art. 1.2 : « L'action sociale a pour objectif premier de rendre ou de faciliter l'accès à une capacité citoyenne à ceux, enfants ou adultes, pour lesquels elle intervient ».

art. 1.7 : « Dans le cadre des missions générales et spécifiques qui leur sont dévolues, les acteurs de l'action sociale doivent s'engager dans une solidarité active, respectueuse de la loi, prenant en compte un accompagnement aussi bien préventif que curatif ».

○ **D'un point de vue institutionnel**

A propos de la décision proposée, il nous est dit : « *Au final la direction a tranché en imposant à l'équipe éducative de donner les médicaments préparés dans un pilulier par l'infirmière à Mr deux fois par jour. Nous ne sommes pas tenus de vérifier si Mr prend ses médicaments devant nous.* »

Cette aide, en tant que telle, ne répond pas au risque de revente du traitement puisque la personne accueillie n'a pas l'obligation de le prendre au moment de la distribution.

Sans éléments d'analyse, il est difficile de comprendre cette proposition. Etait-ce essentiellement pour les membres de l'équipe une manière de signifier à la personne qu'ils avaient des doutes quant à ce qu'elle faisait de son traitement ?

Ce changement de distribution lui a-t-il été expliqué ?

Toujours est-il que cette distribution n'ôte pas à ce Monsieur la possibilité de continuer son trafic « *éventuel* ».

La responsabilité institutionnelle :

On peut s'interroger sur la décision prise par la direction. N'engage-t-elle pas la responsabilité institutionnelle en cautionnant tacitement un acte qu'elle soupçonne illégal ? L'institution doit pouvoir répondre des conséquences induites tant par ses actes que par son abstention à agir.

La direction semble avoir pris une décision qui relève a priori de la compétence d'un professionnel de santé.

En effet, dans les LHSS, « le directeur prend les décisions d'entrée et de sortie après avis du médecin. Au final, c'est au médecin que revient la décision. Le médecin référent est le chef de service et est donc le seul responsable des actes médicaux. »⁸.

N'y aurait-il pas lieu que le CHRS reprecise les objectifs et modalités de son accompagnement social auprès de cette personne ?

● **La place de la personne**

Si on se réfère aux trois dimensions de la personne qui doivent être prises en considération de manière concomitante, seul l'être social paraît être considéré, même si l'équipe semble ignorer les questions relatives aux conséquences sociales de la revente de morphine, tant pour la personne elle-même que pour les acheteurs. Et même si l'on reste centré sur l'être

⁸ FNARS Supplément de la Gazette n°62 – mai 2008 réf. : 62/08 ; Lits halte soins santé : ce qu'il faut savoir

social, le fait d'avoir droit à bénéficier de soins n'implique pas le droit de détourner à des fins illicites les médicaments prescrits.

Quid de la personne en tant qu'être humain et en tant que sujet ?

Les conséquences humaines possibles de ce comportement ne semblent pas être prises en compte :

- à la fois sur la personne elle-même : notamment sa douleur et ses souffrances non soulagées, physiques et psychologiques ? Quelles sont les conséquences sur sa vie quotidienne de son manque de ressources ? Cela l'empêche-t-il de vivre dans des conditions dignes ? Si oui, comment y remédier ?
- et sur ceux qui utiliseront ce traitement sans ordonnance.

Nous avons le sentiment que la personne sujet est absente des débats. A-t-on évoqué ces questions avec elle ? Est-elle informée des risques qu'elle prend et de ceux qu'elle fait prendre à d'autres ? La langue est-elle un barrage ?

• Apport des principes d'éthique biomédicale dans cette situation

Ces principes décrits par BEAUCHAMPS et CHILDRESS⁹ ainsi que la place des émotions décrite par LE COZ offrent des pistes de réflexion pertinentes dans cette analyse¹⁰ :

- Nous pourrions éprouver de la compassion pour cet homme s'il était démuné au point de vendre le traitement censé le soulager. Nous éprouvons surtout de la crainte en cautionnant un acte à la fois illégal et dangereux pour autrui.
- Faire un bien pour le patient qu'il reconnaîtrait en tant que tel, respectant le « principe de bienfaisance », serait le soigner, le traiter (en redéfinissant la « bonne thérapeutique ») et l'accompagner psychologiquement et socialement ; c'est-à-dire prendre en charge tous les aspects de la personne.
- Le respect **du « principe de non-malfaisance »** (« *primum non nocere* ») rejoint cela afin qu'il n'ait pas à se livrer à ce trafic, et encourir les risques qui en découlent.

Respecter le principe de non malfaisance s'applique aussi vis-à-vis des utilisateurs potentiels des morphiniques revendus. On ne peut pas le laisser nuire à d'autres.

L'attitude de l'équipe de « fermer les yeux » (de « ménager la chèvre et le chou » ou dit autrement, de le laisser continuer son trafic mais en le rendant un peu plus compliqué mais surtout pas impossible) ne correspond pas au principe de bienfaisance et s'approcherait presque de la malfaisance au prétexte du respect de son autonomie...

- Le « principe d'autonomie » oblige à la recherche de la libre volonté de la personne, de son l'adhésion et de son consentement, et donc à l'information éclairée selon les termes de la loi du 4 mars 2002.

⁹ Beauchamp TL, Childress J., *Principles of biomedical ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press; 2001

¹⁰ P. Le Coz, *Petit traité de la décision médicale*. Seuil.2007

Respecter l'autonomie de cette personne est différent de cautionner un acte illégal. On ne peut pas ici retenir le principe d'autonomie et s'en contenter... mais il est possible de se donner les moyens d'aider médicalement, humainement et matériellement ce patient. Aborder avec lui le problème de la revente du traitement, l'informer de telle sorte qu'il comprenne les enjeux sans chantage ni indifférence.

- Enfin le « **principe de justice** » serait d'agir en respectant les règles de la cité et non pas selon sa propre loi. ¹¹

Avis du CNAD

L'éducateur nous fait part des interrogations des membres de l'équipe portant particulièrement sur leur crainte d'être désignés comme responsables – ou complices – d'un potentiel trafic de produits stupéfiants détournés de leur usage thérapeutique.

Par manque de précision du contexte, il ne nous apparaît pas que l'équipe considère la situation du point de vue de l'aide et la protection qu'elle a à apporter à la personne elle-même. Ce sentiment est conforté par le fait

- qu'il n'est pas dit si cette personne a été rencontrée et guidée dans sa propre réflexion sur l'usage de la morphine (la question de la douleur, les risques médicaux et sociaux pour elle-même et pour les autres liés à la revente d'une partie de son traitement)
- que la solution envisagée ne répond pas à la question qui motive leurs interrogations (comment gérer la distribution de la morphine qui garantisse la prise du traitement et ôte la possibilité à la personne de procéder à la revente)
- que la cause avancée comme la raison du trafic – à savoir, l'absence de revenus du fait de son origine roumaine – et la manière dont l'équipe a cherché à y répondre n'est pas traitée dans le courrier de l'éducateur.

Les questions que nous retirons sont essentiellement celle de la crainte des membres de l'équipe de devoir répondre de la responsabilité du possible trafic de morphine et, pour l'éducateur, de devoir assumer le fait de contrôler la prise du médicament comme si ce contrôle était déontologiquement impossible.

Enfin, les échanges entre les membres de l'équipe, y compris le médecin et l'infirmière, ne nous apparaissent pas fondés sur les responsabilités de chacun en fonction de son métier (compétences, responsabilité, déontologie) mais plutôt sur la nécessité d'aboutir à un consensus quand bien même celui-ci ne répondrait pas à la question posée.

Quelle connaissance ces professionnels ont-ils de leurs missions dans le cadre de ce dispositif Lit Halte Soins santé ? Le cadre de leur intervention est-il défini dans leur projet de service ?

Par ailleurs, quels sont les éléments (contenu du règlement de fonctionnement notamment) sur lesquels les professionnels peuvent s'appuyer pour rappeler aux personnes accueillies le cadre institutionnel de l'accompagnement ?

¹¹ Ph. Ducalet et M. Laforcade, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Ed. Seli Arslan, 2008

En effet l'article 1-4 des Références Déontologiques pour les Pratiques Sociales stipule : « *Les missions de l'action sociale s'inscrivent dans le cadre de la loi, ce qui nécessite, pour une bonne pratique professionnelle s'appuyant sur réflexions et débats, que les acteurs de l'action sociale la connaissent et en assimilent le sens fondamental.* »

Le CNAD septembre 2012