

# Comité d'éthique

## 1. Introduction

*« En tant que cadre de santé en chirurgie orthopédique, je souhaite soumettre à la réflexion du comité une situation récurrente, qui ne relève pas d'un cas isolé mais d'un fonctionnement, et qui met en tension nos valeurs professionnelles. »*

Nous prenons en charge régulièrement des patients âgés, fragiles, hospitalisés pour fracture du col du fémur, PTE, Trauma, non op ou op. Souvent dans un contexte de grande précarité sociale et de consommation chronique d'alcool. Sur le plan chirurgical, la prise en charge est conforme aux recommandations. C'est l'aval de l'hospitalisation qui devient problématique.

## 2. Description factuelle de la situation

*« Après la phase aiguë, l'orientation vers un SSR est fréquemment impossible pour ces patients. »*

En effet :

- Plusieurs SSR refusent l'admission en raison du profil des patients : troubles liés à l'alcool, risques comportementaux, difficultés d'adhésion aux soins.
- Le retour à domicile est souvent irréalisable : logement inadapté, absence d'entourage, précarité extrême, danger immédiat.

Nous sommes alors confrontés à deux options insatisfaisantes :

- **Maintenir des hospitalisations prolongées en chirurgie**, service non adapté à la rééducation fonctionnelle ni à l'accompagnement médico-social complexe.
- **Envisager une sortie non sécurisée**, avec un risque majeur de rupture de soins, de chute, de complications ou de ré-hospitalisation rapide malgré les dispositifs tel que PRADO.

## 3. Synthèse juridique

*« Le cadre juridique pose des principes fondamentaux : non-discrimination, continuité des soins, respect de la dignité –terrain.*

### a. Principe de non-discrimination dans l'accès aux soins

- **Article L1110-3 du Code de la santé publique**

*« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »*

→ Un refus d'admission en SSR fondé sur l'alcoolisation chronique, la précarité ou des troubles du comportement peut relever d'une **discrimination indirecte**, même lorsqu'il est motivé par des contraintes organisationnelles ou de sécurité.

### b. Droit à la continuité et à la qualité des soins

- **Article L1110-1 du Code de la santé publique**

Le droit à la protection de la santé implique la **continuité du parcours de soins**, notamment après une prise en charge chirurgicale lourde.

- 

- **Article L6112-1 Code de Santé Publique – Missions du service public hospitalier**

- Continuité des soins
- Égal accès aux soins
- Adaptation aux besoins des personnes vulnérables

→ L'absence de solution d'aval interroge directement ces obligations.

### c. Respect de la dignité et prévention de la maltraitance

- **Article L1110-2 CSP**

*« La personne malade a droit au respect de sa dignité. »*

- **Recommandations HAS sur la bientraitance**

- Prévention des ruptures de parcours
- Attention particulière aux situations de vulnérabilité cumulée
- Refus des sorties non sécurisées

→ Une sortie sans solution adaptée ou une hospitalisation prolongée inappropriée peuvent toutes deux porter atteinte à la dignité.

### d. Responsabilité des établissements et limites du droit

- Les dispositifs juridiques existent :
  - Commissions de conciliation,
  - Saisine de la CPAM,
  - Recours aux ordres professionnels.

**Mais ces mécanismes sont :**

- Lents,
- A posteriori,
- Peu adaptés à l'urgence clinique et à la gestion quotidienne des parcours complexes.

#### **e. Dimension juridique : nécessaire mais non suffisante**

*« Cette situation peut effectivement être analysée sous l'angle du droit, notamment du refus de soins discriminatoire. »*

Cependant :

- Le recours au juridique intervient **a posteriori**,
- Il ne répond pas à l'urgence clinique,
- Et n'apporte pas toujours de solution concrète pour le patient présent dans le service.
- C'est précisément là que la **réflexion éthique trouve sa place**, en complément du cadre légal, pour éclairer les décisions et les pratiques.
- 

*« Je partage le fait que ces situations relèvent effectivement du cadre légal et des dispositifs de lutte contre le refus de soins discriminatoire, ainsi que des principes de bientraitance.*

*Toutefois, au-delà du recours au droit, ces situations nous placent, au quotidien, face à des choix concrets où plusieurs valeurs fondamentales du soin entrent en tension (dignité, équité, sécurité, continuité des soins), sans solution immédiatement satisfaisante.*

*C'est précisément cette zone de tension entre le cadre réglementaire et la réalité des pratiques qui me semble relever d'une réflexion éthique collective. »*

*Toutefois elle ne permet pas toujours, dans l'immédiat, de résoudre les situations complexes rencontrées sur le terrain. C'est précisément dans cet écart entre le droit et la réalité des pratiques que la réflexion éthique trouve toute sa place. »*

## **4. Formulation de la question éthique**

***La question éthique que je souhaite poser est la suivante :***

**Comment garantir une prise en charge respectueuse, digne et sécurisée de patients extrêmement vulnérables, lorsque les structures d'aval refusent de les accueillir et que les solutions existantes ne répondent pas à leurs besoins ?**

Autrement dit :

- Jusqu'où notre responsabilité s'arrête-t-elle ?
- Peut-on considérer acceptable une sortie sans solution réellement sécurisée ?
- Comment concilier contraintes institutionnelles et respect des valeurs fondamentales du soin ?

## **a. Les tensions éthiques en jeu**

### **◆ Bienfaisance et non-malfaisance**

Nous savons que :

- Maintenir ces patients en chirurgie n'est **pas bénéfique à long terme**,
- Mais les faire sortir sans solution adaptée est **potentiellement de la maltraitance**.

### **◆ Respect de la dignité**

Ces patients cumulent :

- Âge,
- Fragilité médicale,
- Dépendance,
- Précarité sociale,
- Parfois stigmatisation liée à l'alcool.

Le refus répété des structures d'aval interroge le risque d'une **rupture de dignité**, où le patient devient « in orientable » plutôt que sujet de soins.

### **◆ Équité et justice**

Pourquoi certains patients accèdent-ils aux SSR et d'autres non, à pathologie équivalente, en raison de leur mode de vie ou de leur vulnérabilité sociale ?

Cela pose la question de :

- L'égalité d'accès aux soins,
- Et du risque de **discrimination indirecte**, même lorsqu'elle est juridiquement encadrée.

### ◆ Responsabilité collective et sens du soin

Les équipes soignantes se retrouvent en tension :

- Sentiment d'impuissance,
- Perte de sens,
- Usure morale.

L'éthique ne concerne donc pas uniquement le patient, mais aussi :

- La protection des professionnels,
- La cohérence institutionnelle,
- Et la fidélité à nos valeurs soignantes.
- 

## 5. Ouverture et attentes vis-à-vis du comité

*« Je sollicite donc l'avis du comité non pour trancher juridiquement, mais pour nourrir une réflexion collective. »*

Plusieurs pistes pourraient être explorées :

- Clarification de nos responsabilités respectives,
- Réflexion sur des partenariats adaptés,
- Repérage de dispositifs innovants ou intermédiaires,
- Soutien éthique aux équipes confrontées à ces impasses.
- 

## 6. Conclusion

*« Ces situations révèlent une tension entre ce que nous savons être juste pour le patient et ce que le système nous permet réellement de faire. »*

**C'est précisément cette tension, durable, collective et porteuse de souffrance éthique, qui me semble légitimer pleinement la saisine du comité d'éthique.**

*« Ces situations nous placent face à un écart entre ce que la loi prévoit et ce que la réalité permet.*

*Lorsque aucune option n'est pleinement satisfaisante pour le patient, les équipes se retrouvent seules face à un dilemme de valeurs.*

*C'est précisément dans cette zone d'impasse que la réflexion éthique prend tout son sens. »*

***Le droit fixe un cadre normatif ; l'éthique interroge ce que nous faisons lorsque ce cadre ne permet plus d'assurer un soin juste, digne et sécurisé.***

JAROSZ Patricia Cadre de Santé