

Du point de vue médico-éthique

Le placement à des fins d'assistance de personnes capables de discernement est-il admissible?

Ass.-Prof. Dr iur. Daniel Hürlimann^a, Dr méd. Dr phil. Manuel Trachsel^b

^a Universität St. Gallen, ^b Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich



Avec l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'adulte au 1^{er} janvier 2013, la «privation de liberté à des fins d'assistance» (PLAFA) a été renommée en «placement à des fins d'assistance» (PAFA). Toutefois, les opinions juridiques et médico-éthiques divergent sur la question de savoir si un tel placement est également admissible chez les personnes capables de discernement.

Introduction

D'après l'art. 426 al. 1 du Code civil suisse, une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. Alors qu'autant les troubles psychiques que les déficiences mentales ont souvent un impact sur la capacité de discernement, il n'en est pas tout à fait de même pour ce qui est des graves états d'abandon.

La doctrine juridique suisse semble unanimement considérer qu'un placement à des fins d'assistance en dépit d'une capacité de discernement est admissible [1–10]. Dans ses explications relatives au droit de la protection de l'adulte, le Conseil fédéral a stipulé que les placements uniquement basés sur le grave état d'abandon sont très rares dans la pratique, car bien souvent, la personne répond aussi aux critères de déficience mentale ou de trouble psychique [11]. Il est également soutenu que l'état d'abandon ne peut être invoqué que s'il est la conséquence directe d'un trouble psychique et n'a donc pas de signification propre [12].

Le terme d'«état d'abandon» et sa classification éthique

L'état d'abandon (en anglais «self neglect»), également connu sous le nom de syndrome de Diogène, peut avoir différentes définitions. Il n'existe donc aucun consensus pour une définition uniforme, et un modèle explicatif



unique de son apparition fait défaut [13]. A la différence du trouble psychique et de la déficience mentale, l'état d'abandon n'appartient pas à la terminologie médicale au sens strict [14, 9]. «Il n'existe pas de définition généralement acceptée. Par conséquent, les personnes responsables de l'ordonnance d'un PAFA peuvent avoir des pratiques divergentes» ([15], p. 13). Dans un sens plus large, le phénomène est toutefois tout à fait pertinent pour la pratique clinique: apparition, prévention et



Manuel Trachsel



Daniel Hürlimann

conséquences de l'état d'abandon ont jusqu'à présent fait l'objet de nombreuses études dans les domaines de la sociologie et des sciences infirmières [16, 13]. Dong et al. [17] définissent l'état d'abandon comme le comportement d'une personne qui met en danger sa santé et sa sécurité. D'autres définitions incluent l'atteinte du bien-être par l'état d'abandon. Ainsi, Gibbons [18] définit l'état d'abandon comme «the inability (intentional or non-intentional) to maintain a socially and culturally accepted standard of self-care with the potential for serious consequences to the health and well-being of the self-neglecters and perhaps even their community» (page 16).

L'état d'abandon est un problème pertinent pour la pratique clinique, car il a le plus souvent des causes médicales et même des conséquences néfastes pour la santé.

Selon le Tribunal fédéral, le grave état d'abandon est un état de déchéance qui n'est plus conciliable avec la dignité humaine (ATF 128 III 14). Le «vagabondage» et le fait d'être sans-abri ne suffisent pas pour placer une personne dans un établissement à des fins d'assistance [7]. Le message relatif au droit de la protection de l'adulte stipule simplement qu'il y a «grave état d'abandon lorsque la condition d'une personne est telle qu'il y aurait atteinte à sa dignité si elle n'était pas placée dans une institution afin de lui apporter l'assistance dont elle a besoin». Cette définition est en fin de compte circulaire, en ce qu'elle déclare que le motif de placement «état d'abandon» est rempli si le fait de ne pas placer la personne porterait atteinte à la dignité de cette dernière. L'état d'abandon peut se manifester à tout âge et il est souvent associé aux états dépressifs, à la démence, aux problèmes physiques, à l'âge avancé, à l'absence de contacts sociaux, à l'abus d'alcool et de drogues, aux problèmes financiers et à la marginalisation sociale [19]. L'état d'abandon est donc un problème pertinent pour la pratique clinique, car il a le plus souvent des causes médicales et même des conséquences néfastes pour la santé [20]. Le fait que les personnes en état d'abandon n'acceptent pas d'être aidées représente souvent un défi de taille. Pour les professionnels de santé, la situation est avant tout compliquée car elle met ainsi au défi leur motivation primaire et un objectif fondamental de la médecine: apporter une assistance pour le bien-être des patients [21]. Traditionnellement, cet objectif était justifié par le principe éthique de la bienfaisance et de l'assistance («beneficence»; [22]). En conditions normales, on considère que les êtres humains agissent dans leur meilleur intérêt propre («best interests») et que les professionnels de santé peuvent donc leur apporter un soutien optimal. Il arrive toutefois que ces derniers soient soumis à de

grandes difficultés morales lorsque des patients prennent – sur le long cours – des décisions qui sont néfastes voire dangereuses pour eux-mêmes [23]. Laisser un patient négliger ses besoins fondamentaux et tomber dans la déchéance sans intervenir en tant que professionnel de santé peut équivaloir à un manquement au devoir éthique d'assistance.

Le principe éthique d'assistance se trouve toutefois confronté au principe éthique de respect de l'autonomie («respect for autonomy»; [22]). Afin de répondre à la question de savoir lequel des deux principes doit prévaloir sur l'autre en situation concrète lorsque les deux ne peuvent être réalisés simultanément, il est essentiel de savoir si un patient est capable de discernement ou non vis-à-vis d'une décision.

Capacité de discernement

Les critères pour la capacité de discernement sont (1) la capacité à comprendre une information relative à la décision à prendre, (2) la capacité à évaluer de manière réaliste la situation et les conséquences découlant de possibilités alternatives, (3) la capacité à peser les informations reçues et enfin (4) la capacité à exprimer son choix [24]. Une personne ne peut être qualifiée d'incapable de discernement qu'en lien avec une décision précise et à un moment précis [25]. Il n'existe aucune gradation, ce qui signifie que, vis-à-vis de la décision en question, une personne est soit capable de discernement, soit incapable de discernement.

Ainsi, ces critères classiques de capacité de discernement sont également valables pour la question de savoir si une personne doit entrer dans une institution ou non. Si une personne remplit ces critères en ce qui concerne un placement, il paraît incompréhensible de prime abord qu'elle soit toutefois placée dans une institution contre son gré. Néanmoins, la doctrine dominante défend la conception selon laquelle une personne

Une personne ne peut être qualifiée d'incapable de discernement qu'en lien avec une décision précise et à un moment précis.

peut également être placée lorsqu'elle peut évaluer correctement la situation et les conséquences découlant de possibilités alternatives, qu'elle peut prendre une décision et qu'elle peut la communiquer (c.-à-d. lorsqu'elle est capable de discernement).

Placement à des fins d'assistance uniquement en cas d'incapacité de discernement

Il existe des situations dans lesquelles il doit être possible de placer à des fins d'assistance une personne qui

Correspondance:
Ass.-Prof. Dr iur.
Daniel Hürlimann
Universität St. Gallen
Tellstrasse 2
CH-9000 St. Gallen
daniel.huerlimann
[at]unisg.ch

se trouve dans un grave état d'abandon et ce, contre son gré. Toutefois, il s'agit là, selon nous, toujours de cas dans lesquels la personne n'est pas capable de discernement vis-à-vis de son placement (similaire [8]). Au vu de la place très importante qui doit revenir à l'autonomie du patient, le placement à des fins d'assistance ne doit donc être ordonné que si la personne touchée

est incapable de discernement à ce sujet, et ce même en cas de grave état d'abandon. Il en va de même pour les personnes qui souffrent d'un trouble psychique ou d'une déficience mentale.

En résumé, notre argumentation mène à la conclusion que *le placement à des fins d'assistance de personnes capables de discernement*, contrairement à ce que stipulent les écrits juridiques, *est dans tous les cas inadmissible*.

Remerciements

Les auteurs remercient Madame Margot Michel (Professeur en droit à l'Université de Zurich) pour la relecture critique du manuscrit.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Crédit photo

Photo 214: © Andrey Popov | Dreamstime.com

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

L'essentiel pour la pratique

Le droit de la protection de l'adulte ne précise pas si un ordre de placement à des fins d'assistance est également admissible si la personne est capable de discernement vis-à-vis de cette question. Un coup d'œil à la doctrine juridique nous montre qu'étonnamment, presque tous les auteurs défendent la conception selon laquelle un placement à des fins d'assistance est admissible même en cas de capacité de discernement prouvée. D'un point de vue médico-éthique, nous estimons que cette conception devrait toutefois être rejetée. Etant donné que les lois ne répondent pas à la question, il convient de tenir compte des considérations médico-éthiques dans l'interprétation des lois. Cela nous amène à la conclusion que l'ordre d'un placement à des fins d'assistance n'est admissible qu'en cas d'incapacité de discernement.

Références

- 1 Breitschmid P, Matt I, Pfannkuchen-Heeb S. Kommentar zu Art. 426 ZGB, in: Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, 3. Auflage, Zürich 2016.
- 2 Büchler A, Michel M. Medizin – Mensch – Recht. Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz, Zürich 2014.
- 3 Dubno B, Rosch D. Die Fürsorgerische Unterbringung, in: Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Bern 2016.
- 4 Fassbind P. Erwachsenenschutz, Zürich 2012.
- 5 Geiser T, Etzensberger M. Kommentar zu Art. 426 ZGB, in: Basler Kommentar Erwachsenenschutz, Basel 2012.
- 6 Guillod O. Kommentar zu Art. 426 ZGB, in: FamKomm Erwachsenenschutz, Bern 2013.
- 7 Hausheer H, Geiser T, Aebi-Müller RE. Das neue Erwachsenenschutzrecht, 2. Auflage, Bern 2014.
- 8 Michel M. Von der administrativen Versorgung zur fürsorgerischen Unterbringung. Alles in Ordnung im neuen Recht? FamPra.ch 2015. S. 797 ff.
- 9 Rosch D. Die fürsorgerische Unterbringung im revidierten Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, AJP 2011, S. 505–516.
- 10 Tuor P, Schnyder B, Jungo A. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, Zürich 2015.
- 11 Message concernant la révision du code civil suisse (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation) du 28 juin 2006 (FF 2006 6635). Page 6695.
- 12 Bernhart Ch. Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, Basel 2011.
- 13 Day M.R, Leahy-Warren P, McCarthy G. (2016). Self-neglect: Ethical considerations. Annual Review of Nursing Research, 34, 89–107.
- 14 Häfeli Ch. Grundriss zum Erwachsenenschutzrecht, Bern 2013.
- 15 Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM. 2015. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques. Berne: ASSM.
- 16 Day M.R, McCarthy G. (2015). A national cross sectional study of community nurses and social workers knowledge of self-neglect. Age and Ageing, 44:717–720.
- 17 Dong X, Fulmer T, Simon M, Mendes de Leon, Fulmer C, Beck T, et al. Elder selfneglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. Journal of the American Medical Association. 2009;302(5):517–526.
- 18 Gibbons S. Primary care assessment of older people with self-care challenges. Journal of Nurse Practitioners. 2006;2(5):323–328.
- 19 Pickens S, Ostwald S.K, Pace K.M, Diamond P, Burnett J, Dyer CB. Assessing dimensions of executive function in community-dwelling older adults with self-neglect. Clinical Nursing Studies. 2014;2(1):17–29.
- 20 Pavlou MP, Lachs MS. Self-neglect in older adults: a primer for clinicians. J Gen Intern Med. 2008;23(11):1841–6.
- 21 Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
- 22 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edn. New York: Oxford University Press, 2012.
- 23 Torke AM, Sachs GA. Self-neglect and resistance to intervention: ethical challenges for clinicians. J Gen Intern Med. 2008;23(11):1926–7.
- 24 Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.
- 25 Trachsel M, Hermann, H, Biller-Andorno N. Cognitive fluctuations as a challenge for the assessment of decision-making capacity in patients with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2015;30(4):360–3.