

ee
Espace
de réflexion
éthique
Occitanie

Guide à l'usage des professionnels du soin **La vulnérabilité dans les soins à domicile**

« *On regarde la vulnérabilité comme une charge à porter ou une honte à dissimuler, sans voir son potentiel de forces, de richesses et de beauté. Si on veut vraiment changer les choses, il faut permettre à chacun de prendre conscience du potentiel de sa propre vulnérabilité pour accueillir celles des autres et de la nature.* »

Alexandre Fayeulle,

Sponsor de deux voiliers monocoques du Vendée Globe 2025 baptisés l'un comme l'autre « Vulnérable » pour porter un autre regard sur la vulnérabilité et donner une autre place aux plus vulnérables d'entre nous.



Ce guide est la production du groupe de travail de l'Espace de réflexion éthique Occitanie « **Questions d'éthique pratique à domicile** ». Il est édité à l'intention de tous les professionnels exerçant à domicile.

Coordonné par Marie-Claude Daydé, avec la participation de :

Catherine Dupré-Goudable, Marie Bourgouin, Anaïs Fromentèze, Pierrik Fostier, Mathieu Pinar, Jacques Lagarrigue, Jean-François Bouscarain, Serge Bismuth et Michel Clanet.

La vulnérabilité dans les soins à domicile

Préface introductory	2
1. Définitions du concept de vulnérabilité	4
1.1 La vulnérabilité : approche philosophique, sociologique et anthropologique	4
1.2 La vulnérabilité dans le domaine du soin	6
1.3 Vulnérabilité et éthique du <i>care</i>	7
1.4 Une situation à domicile	7
2. Vulnérabilité partagée	10
3. Dynamique de la vulnérabilité	10
3.1 La vulnérabilité motive l'action	10
3.2 La vulnérabilité est relative	10
3.3 La vulnérabilité est réversible	11
3.4 La dynamique d'adaptation dans la vulnérabilité partagée	11
4. Les questions éthiques dans la prise en soin d'une personne en situation de vulnérabilité	12
5. Les enjeux éthiques de la vulnérabilité	13
5.1 Protéger sans nuire à l'autonomie	13
5.2 Reconnaître une vulnérabilité partagée	13
5.3 Ne pas stigmatiser	14
5.4 Objectiver une réalité	14
5.5 En faire un enjeu sociétal	15
6. Vulnérabilité : quelles conséquences pour les professionnels ?	16
6.1 Une situation clinique à domicile	16
6.2 Nécessaire adaptabilité de la prise en soins à domicile	16
6.3 Des réorientations ou des ruptures de parcours non souhaitées	18
6.4 Intégrer l'incertitude en situations de vulnérabilité	19
7. Dans ces situations, quelles ressources pour les soignants ?	20
7.1 Le partage entre collègues et la réflexion collégiale	20
7.2 Les dispositifs sociaux, d'expertise et de coordination	21
7.3 Les mesures de protection des personnes majeures vulnérables	23
7.4 La formation et la réflexion éthique	24
Postface conclusive	25
Bibliographie	26

Préface introductive

Ce « **guide à l'usage des professionnels du soin : la vulnérabilité dans les soins à domicile** » m'a particulièrement intéressé notamment en tant que président de l'**Institut des vulnérabilités liées à la santé (IPVS)** que nous mettons en place dans la région Bourgogne/Franche-Comté. Il m'a également beaucoup intéressé en tant que membre du Comité consultatif national d'éthique, co-rapporteur du récent avis sur ce sujet (Avis 148 : enjeux éthiques relatifs aux situations de vulnérabilité face aux progrès médicaux et aux limites du système de soin).

Si l'on met de côté le fait que l'humain est par définition vulnérable puisqu'il est, et qu'il est mortel, il nous faut bien admettre que par rapport aux situations de vulnérabilité nous ne sommes pas égaux : la pauvreté, la précarité, l'isolement de certaines personnes sont des situations à haut risque de vulnérabilité, en particulier au plan de leur accès à la santé, à l'éducation, à la culture...

C'est essentiellement des situations de vulnérabilité liées à la santé dont il est question dans ce guide : situations que nous cherchons à explorer dans l'**Institut de prévention des vulnérabilités liées à la santé** que nous avons récemment créé.

Nous avons créé cet Institut parce que nous pensons que les progrès non discutables de la médecine, et plus largement dans le domaine de la santé, s'accompagnent, voire parfois contribuent à créer des situations de vulnérabilité. Que ces situations soient liées au grand âge auquel accèdent de plus en plus de personnes, parfois avec une réalité de polyopathologies synchrones, qu'elles soient liées aux maladies chroniques, à la vie possible avec une maladie qui ne guérira pas, ou avec un ou plusieurs handicaps, parfois graves et mêlés, c'est en quelque sorte la zone d'ombre du progrès qu'il nous faut éclairer.

C'est parce qu'il s'agit d'une zone d'ombre ou d'un impensé que nous lançons **une expérimentation** clinique pour que notre système de santé permette le dépistage, le diagnostic, la prévention et l'accompagnement de ces situations ; c'est parce que nous n'avons pas de données que nous créons **un observatoire** de ces situations de vulnérabilité pour pouvoir quantifier ce phénomène complexe et le décrire dans ses différentes formes. Et c'est parce que c'est un angle mort de la recherche que nous allons créer **un programme de recherche** très interdisciplinaire sur ce sujet des vulnérabilités pour connaître, comprendre ces situations et améliorer la qualité de vie des personnes.

Au-delà des situations qui sont évoquées dans cet ouvrage, et au-delà des ouvertures très intéressantes qui sont proposées, je voudrais insister sur quelques points que ce petit guide conduit à souligner et qui sont importants à mes yeux pour réfléchir à cette question des vulnérabilités :

- Il est important de préciser qu'on ne parle pas de personnes vulnérables mais de personnes en situation de vulnérabilité. En effet, ces personnes ne sont pas défaillantes, insuffisantes ; elles ont des ressources, elles ont des capacités. C'est notre capacité à valoriser ces potentiels qui peut être mobilisée d'une part, et c'est l'inadaptation de notre société ou de notre système de santé qui conditionne ces situations de vulnérabilité d'autre part. Autrement dit, ces situations sont influencées par le regard que nous portons sur les personnes ou par l'absence de regard au sens de l'absence de connaissance et de reconnaissance.

■ Il est important de réfléchir à la notion de prévention de ces situations, prévention primaire : comment éviter, particulièrement en médecine, de provoquer ou de contribuer à des situations de vulnérabilité ? Et il s'agit là d'une question d'éthique du progrès. Autrement dit, sachons, dans le domaine de la médecine, ne pas faire au seul motif que nous savons faire, quand faire peut engendrer des situations de vulnérabilité inacceptables par les personnes. Parler de prévention est aussi envisager la prévention secondaire et tertiaire : comment éviter que ces situations de vulnérabilité liées à la santé, parfois engendrées par l'intervention de la médecine, s'aggravent ?

■ Dernier point qu'il m'apparaît de souligner, au regard du lien entre notre système de santé et ces situations : notre système de santé a une responsabilité sociale, il n'accompagne pas ou pas assez les situations qu'il contribue parfois à générer. Ajoutons que notre société a, quant à elle, une responsabilité majeure. Il faut reconnaître qu'aujourd'hui la situation de vulnérabilité est aggravée par des normes sociales qui souvent ne disent pas leur nom. Il vaut mieux en effet ne pas être en situation de vulnérabilité, il vaut mieux être jeune, il vaut mieux ne pas être malade, il vaut mieux être performant dans notre société. On sur-vulnérabilise les personnes par cette attitude, par cette absence de solidarité. Or, le devoir de solidarité est central dans notre société. Sans solidarité, nos sociétés sont conduites à disparaître. En effet, c'est la capacité des hommes, du fait de leur conscience et de leur humanité mêlées, que nos sociétés ont la capacité de survivre au moment même où de nombreuses espèces disparaissent dans le monde animal. Probablement, faire société consiste à protéger ceux qui parmi nous

sont en situation de vulnérabilité. Il ne s'agit pas tant d'altruisme que d'une conscience qu'aider autrui, c'est pouvoir être aidé soi-même lorsque le besoin s'en fera sentir. Il nous faut donc, dans le contexte de ces situations de vulnérabilité liées à l'âge, liées à la maladie, liées aux handicaps, développer des nouvelles formes de solidarité vis-à-vis des personnes, vis-à-vis de leurs proches qui sont particulièrement sollicités. Cet ouvrage insiste, à juste titre, sur la place du domicile. C'est en effet important. Le domicile est le lieu de vie choisi par les personnes en général. C'est le lieu de la vie privée qui peut, dans ces situations de vulnérabilité, être un lieu envahi, au motif de l'aide à la personne par des professionnels de santé et par des professionnels de l'aide à domicile. C'est parfois aussi le lieu des grandes solitudes, voire de l'isolement. Le rôle et la place des professionnels de santé, et peut être plus encore le rôle des professionnels de l'aide à domicile est majeur. Or nous manquons de ces professionnels. J'ajoute qu'en matière de solitude, le rapport annuel des petits frères des pauvres montre régulièrement combien plus la personne est malade ou dépendante, ou âgée, plus elle a tendance à se retrouver seule et isolée. Il faut donc réfléchir à ce que le domicile soit le lieu de l'existence, celui du juste soin, du juste milieu entre le trop et le trop peu, lieu du non abandon, lieu des solidarités. Cela nécessite probablement des travaux spécifiques, à l'instar de ceux déjà concrétisés dans ce petit guide, qu'il faudra conduire pour éclairer ces réalités d'un autre jour.

Régis Aubry, président de l'IPVS - Université Marie et Louis Pasteur - CHU de Besançon

1. Définitions du concept de vulnérabilité

Depuis plusieurs années, la notion de vulnérabilité est devenue une notion centrale dans les domaines juridique, politique et les sciences humaines et sociales.

Pourtant, définir un concept de vulnérabilité s'avère un exercice difficile tant il recouvre ces différentes dimensions et réalités en termes de situations à la fois singulières et plurielles. La vulnérabilité peut s'exprimer sous différentes formes : physique, psychique, sociale, culturelle ou encore environnementale.

La vulnérabilité est généralement définie comme « la capacité d'être blessé, frappé par un mal physique, qui peut être facilement atteint : être vulnérable aux attaques de quelqu'un » (Petit Robert, 2011). La notion de vulnérabilité recouvre également une dimension juridique, requérant une attention particulière à porter à une personne en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, d'un état de sujétion et constituant une circonstance aggravante lorsqu'elle est victime d'une agression (Art. 223-15-2 du Code pénal).

1.1 La vulnérabilité : approche philosophique, sociologique et anthropologique

Dans son ouvrage, Politiques de la vulnérabilité, Marie Garrau analyse ce concept de vulnérabilité dans ses approches plurielles.

Elle en développe d'abord l'approche philosophique considérant la vulnérabilité comme « une structure d'existence » abordant la notion d'une **vulnérabilité fondamentale**. L'homme est, à travers son existence, naturellement exposé à des phénomènes tels que la maladie, le vieillissement, les accidents pouvant bouleverser le cours de son existence. Elle insiste ainsi sur l'intrication profonde entre les notions de vulnérabilité

et de capacité, caractéristiques de la nature humaine. La vulnérabilité tient lien avec les limites biologiques dont l'homme est naturellement porteur : « l'être humain est mortel, sensible à la douleur et à la dégénérescence. » [1] Il est également soumis à des besoins auxquels seul son environnement naturel et social peut répondre.

La vulnérabilité de la nature humaine s'incarne donc au croisement de ses capacités et de ses limites. [2] Ainsi en témoignent des professionnels de santé du domicile lors de nos entretiens.

Q C'est « Un risque de dommages que nous jugeons tel qu'il nous semble légitime d'apporter une aide au-delà du conseil ou du soin, avec ou sans avoir pu obtenir le consentement éclairé du patient. » (Médecin généraliste)

Q « La vulnérabilité pour moi c'est quand les capacités de la personne sont dépassées par les exigences de l'environnement et donc il faut que l'on puisse adapter les exigences de l'environnement au maximum à la personne. » (Infirmière libérale)

Q « Je pense que vulnérabilité c'est équivalent à humanité. Je crois qu'on est tous vulnérables, on ne le sait pas tous, on ne sait pas tous sur quel sujet. » (Médecin psychiatre)

Cette notion de vulnérabilité, se manifestant dans un environnement naturel et social ne répondant plus aux besoins du sujet, souligne une deuxième dimension, celle de la vulnérabilité induite par les modifications de cet environnement.

Il s'agit de considérer cette notion dans une approche sociologique. Ainsi, B. Ennuyer considère avant tout la vulnérabilité comme « une dynamique et une interaction entre la personne et son environnement au sens large.

La vulnérabilité des individus porte avant tout la marque du rapport à l'autre, elle réside essentiellement dans l'exposition à l'autre. » [3]

R. Castel souligne que cette vulnérabilité induite, nous pourrions dire contextuelle, se traduit par « une incertitude du lendemain, une crainte de l'avenir et un sentiment d'impuissance », « elle compromet la possibilité pour l'individu de se conduire en individu autonome. » [4]

« La vulnérabilité c'est ne pas avoir toutes les ressources pour pleinement être indépendant sans avoir besoin de l'aide de quelqu'un. » (Médecin généraliste)

Cette dimension sociologique de la notion de vulnérabilité souligne l'importance d'une approche politique visant à limiter les facteurs contribuant à l'émergence de cette vulnérabilité induite, et pour ce qui nous concerne l'importance des politiques de santé. Les progrès de la médecine et les limites de notre système de santé et médico-social peuvent en effet engendrer des situations de **vulnérabilités** qualifiées **d'induites**. (Avis 148 du CCNE) [5]

D'un point de vue socio-anthropologique, A.M. Bégué-Simon, évoque la vulnérabilité comme dimension constitutive de l'être vivant avec une approche anthropologique des vulnérabilités, qui ne se limite pas

aux situations de dépendance et qui questionne les trajectoires des individus, le sens de leur existence et les liens qu'ils établissent entre leur vie rêvée et leur vie vécue. Elle précise que la vulnérabilité appelle « une interrogation des pratiques sociales, des éthiques professionnelles et des valeurs partagées d'une communauté, celle des citoyens ». [6]

Cette dimension ontologique se retrouve dans l'éthique du *care* portée initialement par des femmes et ancrée dans des situations concrètes, qui considère la vulnérabilité comme constitutive de notre humanité, notamment dans ses liens d'interdépendance et souligne l'importance de la relation à autrui et du prendre soin.

1.2 La vulnérabilité dans le domaine du soin

L'Institut pour la prévention des vulnérabilités liées à la santé cherche à apporter « une réponse clinique à des situations de vulnérabilité qui, en règle générale, ne sont pas suffisamment identifiées » en considérant aussi celles induites par « les effets indirects néfastes » de la médecine et dont il convient de se préoccuper. [7]

Ainsi, l'identification de la vulnérabilité nécessite une attention portée à son dépistage pour permettre la prise en considération du sujet vulnérable.

Tableau 1 : Facteurs de risque de vulnérabilité

- **Vulnérabilité physique/mentale** : handicap, maladie, addictions, petite enfance, vieillesse, dépendance, personne en fin de vie
- **Vulnérabilité sociale** : précarité (pauvreté, logements insalubres...), disqualification sociale (perte d'autonomie, pénurie et problème d'accès aux soins)
- **Désaffiliation sociétale** : population marginalisée ou stigmatisée
- **Vulnérabilité psychologique** : violences, vécu douloureux (stress post-traumatique)
- **Vulnérabilité culturelle** : croyances, modes de vie (sectes...), faible niveau de littératie¹
- **Vulnérabilité environnementale** : famine, manque d'eau, pollutions, canicule...

Les situations de vulnérabilité dans les soins de santé sont regardées avec différents prismes mettant en avant pour les uns une attitude de prévention des risques individuels, notamment chez les personnes âgées dites fragiles ou des risques collectifs environnementaux pour une population, pour les autres une valorisation du sujet autonome qui renvoie une image plutôt négative de la vulnérabilité.

¹ On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>

1.3 Vulnérabilité et éthique du care

Les éthiques du *care*, issues des travaux de Carol Gilligan [8] et de Joan Tronto [9], donnent une place centrale à la vulnérabilité qu'elles considèrent comme constitutive de l'humanité et non comme un défaut d'autonomie. Elles insistent sur l'écoute des besoins des autres, impliquant une sensibilité au besoin de protection et de bien-être de ceux qui nécessitent des soins, comme les enfants, les personnes âgées ou les personnes malades.

Les êtres humains sont **fondamentalement interdépendants**. Cette perspective implique l'importance des liens sociaux et du soutien mutuel dans les relations humaines. Elle s'incarne d'autant plus dans le domaine du soin, permettant en premier lieu la reconnaissance de cette vulnérabilité et la reconnaissance du sujet.

L'éthique du *care* valorise les émotions comme l'empathie, la compassion et la sollicitude. Elle propose une approche plus égalitaire et respectueuse des différences individuelles.

J. Tronto a défini quatre dimensions du *care* :

- **Caring about** : donner de l'attention et de la sollicitude vis-à-vis d'autrui
- **Taking care of** : prendre soin d'autrui
- **Care giving** : fournir les soins nécessaires
- **Care receiving** : s'assurer que les besoins d'autrui sont résolus

L'éthique du *care* peut sembler paternaliste si elle se limite à une relation unilatérale de protection qui ne respecte pas l'autonomie de l'autre. Toutefois, dans sa forme la plus élaborée, elle cherche au contraire à éviter le paternalisme en mettant en avant l'écoute, la reconnaissance des besoins réels et la remise en question des structures de domination. Tout dépend donc de la manière dont elle est appliquée.

1.4 Une situation à domicile

La situation d'Armande, 85 ans, insuffisante cardiaque et polyarthrosique. Elle vit seule à domicile. Son unique fils habite à trois heures de route de chez elle et vient la voir une fois par mois. Une infirmière intervient tous les jours à domicile pour relever sa tension artérielle, préparer ses médicaments, l'aider à faire sa toilette. Armande vient de se faire une plaie importante au genou en chutant dans son

jardin et nécessitant des soins quotidiens par l'infirmière. Ce n'est pas la première fois qu'Armande chute et son fils s'en est inquiété auprès du médecin en lui demandant de négocier avec sa mère un placement en établissement pour personnes âgées.

Médecin	Armande
<i>Bonjour, Armande. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?</i>	
<i>Oui, votre infirmière m'a expliqué ce qui s'est passé. Comment évolue la cicatrisation de votre plaie ?</i>	<i>Bonjour, docteur. Je fais aller... Je suis encore un peu fatiguée avec cette histoire de chute.</i>
<i>Je comprends, Armande. Vous avez toujours été très autonome, et c'est normal que cela vous préoccupe. Ce n'est pas facile d'accepter d'avoir besoin d'aide.</i>	<i>Ça va, elle intervient tous les jours et s'occupe bien de moi. Mais ça me ralentit... Je n'aime pas dépendre des autres.</i>
<i>Justement, l'important est que vous puissiez garder le choix sur la manière dont vous voulez être aidée. Avec votre infirmière et votre fils, nous avons réfléchi à différentes solutions qui pourraient vous permettre de rester chez vous tout en étant en sécurité.</i>	<i>C'est vrai... Mais je n'ai pas vraiment le choix.</i>
<i>Il s'inquiète pour vous, et c'est compréhensible. Mais nous avons tous le même objectif : que vous soyez bien. Je ne suis pas là pour vous dire quoi faire, mais pour voir ensemble ce qui vous conviendrait le mieux.</i>	<i>Je me doute bien que mon fils veut encore me parler de maison de retraite...</i>
<i>Déjà, avec votre infirmière, nous avons pensé à faire appel à un ergothérapeute pour voir s'il serait possible d'aménager certains espaces chez vous, afin de réduire les risques de chute.</i>	<i>Alors, que me proposez-vous ?</i>
<i>Il pourrait vous proposer des ajustements simples, comme une barre d'appui près du lit ou une meilleure disposition des tapis pour éviter de trébucher. Rien ne serait imposé, bien sûr, mais ça pourrait vous sécuriser sans changer votre quotidien.</i>	<i>Ça veut dire quoi exactement ?</i>
<i>Et c'est totalement légitime ! L'idée est de trouver un équilibre entre votre confort et votre sécurité.</i>	<i>D'accord... Je veux bien écouter ses conseils, mais je ne veux pas transformer ma maison en hôpital.</i>

Et après ?	
<i>On pourrait aussi organiser des séances avec un kinésithérapeute pour travailler votre équilibre et éviter d'autres chutes. Cela vous aiderait à rester active en douceur.</i>	<i>Vous pensez que ça pourrait vraiment m'aider ?</i>
<i>Oui, absolument. L'objectif n'est pas juste de compenser les difficultés, mais de vous aider à retrouver un maximum de mobilité.</i>	<i>Je n'avais pas vu les choses comme ça...</i>
<i>C'est normal. Et puis, on peut aussi envisager un soutien supplémentaire, comme une aide à domicile pour certaines tâches qui vous fatiguent le plus. Cela ne veut pas dire tout déléguer, juste vous soulager un peu.</i>	<i>Peut-être... Mais j'ai peur de perdre mes habitudes.</i>
<i>C'est une crainte légitime. C'est pourquoi on peut avancer progressivement, voir ce qui vous convient ou non. Rien ne sera figé.</i>	<i>Ça me rassure un peu... Et mon fils, il en pense quoi ?</i>
<i>Il serait sans doute rassuré de voir qu'on met en place des solutions pour vous, sans vous imposer un changement radical. Je peux lui en parler avec vous si vous voulez, ou on peut organiser un échange avec lui, votre infirmière et peut-être une assistante sociale.</i>	<i>Ça serait bien, oui. Je veux qu'il comprenne que je fais de mon mieux.</i>
<i>Et c'est bien normal ! On prendra le temps qu'il faut, vous n'êtes pas seule dans cette réflexion. On fait équipe.</i>	<i>Merci, docteur... Ça me fait du bien d'en parler comme ça.</i>

Dans cet exemple de dialogue, le médecin met l'accent sur la relation de confiance, l'écoute active et la sollicitude : **écoute et empathie, respect de l'autonomie et accompagnement progressif, approche collaborative et pluridisciplinaire, relation de confiance et co-construction des solutions, prise en compte du lien familial**. Il agit selon **les principes de l'éthique du care**, cherchant à promouvoir le bien-être d'Armande tout en respectant ses souhaits.

2. Vulnérabilité partagée

Qu'il soit vulnérable ou affaibli, autrui nous ressemble. Cette similarité et sa singularité nous renvoient à notre propre humanité. Dans la relation d'aide et de soin, la vulnérabilité concerne-t-elle uniquement autrui fragilisé ? Le professionnel n'est-il pas avant tout une « simple » personne ? [10] Ne pourrait-il pas se retrouver, lui aussi, en situation de vulnérabilité du fait de son humanité ?

Accompagner la fragilité, la détresse et la souffrance d'autrui peut éreinter [11], d'autant plus que l'atteinte est répétée. Si la responsabilité du soignant est un engagement à ne pas se dérober [12] et si faire face tout seul épouse [13], lui est-il possible de se protéger ? A-t-il toujours les moyens d'avoir du relais ? Cette vulnérabilité partagée, des aidés et des aidants, est à contextualiser, car les personnes restent dotées de force et de ressources.

Dans des situations de vulnérabilité souvent délicates et complexes, le questionnement éthique permet une prise

de distance et de décision concertée, avec un engagement envers autrui. La (co)responsabilité et la solidarité, « où il y a partage des risques » [14], permettent qu'une décision soit prise : la moins mauvaise possible, faite de compromis. La préoccupation éthique oblige à une certaine dynamique d'écoute et d'adaptation. Cette réflexion favorise un accompagnement respectueux et permet de limiter l'épuisement des soignants confrontés à des dilemmes pouvant engager la sécurité d'autrui vulnérable.

Dans ce souci éthique, il est question d'une responsabilité individuelle mais aussi d'un engagement collectif [15] et de la société qui se traduit également dans le droit interne, en santé publique et dans des projets de société inclusifs non stigmatisants.

L'accueil de la vulnérabilité pourra évoluer si notre humanité commune, avec ses forces et ses faiblesses, est reconnue.

3. Dynamique de la vulnérabilité

La vulnérabilité est souvent associée à la perte d'autonomie. Mais, est-elle uniquement négative ? La prise de conscience de la vulnérabilité ne peut-elle pas aussi être une force ? Une capacité à faire autrement ? Une prise de conscience de la vulnérabilité peut déclencher des capacités non exprimées jusque-là. Au professionnel d'aller stimuler cette « réserve » de capacité et ne pas s'arrêter au constat de vulnérabilité. J.P. Pierron [16] propose de « redonner à la vulnérabilité une place centrale, non contre quoi il faut se battre mais ce sur quoi il faut s'appuyer ».

3.1 La vulnérabilité motive l'action

Selon A. Zielinski [17], « La prise en compte de la vulnérabilité n'empêche pas l'action mais peut la motiver : elle rend capable ». L'analyse de la vulnérabilité et sa prise en compte permettent de créer des changements positifs dans les pratiques de soins et dans la relation soignant-soigné. Elle pousse les professionnels de santé et les systèmes de soins à prendre des mesures adaptées pour répondre aux fragilités, développer la résilience et améliorer le bien-être

global dans les soins de santé.

La reconnaissance de la vulnérabilité des soignants eux-mêmes peut motiver l'action dans les institutions de santé pour améliorer les conditions de travail et prévenir l'épuisement professionnel (soutiens psychologiques, amélioration des conditions de travail, formations spécifiques...).

3.2 La vulnérabilité est relative

La vulnérabilité dépend de nombreux facteurs individuels, contextuels et culturels. La perception de la vulnérabilité varie selon les personnes et les situations. Un contexte particulier ressenti comme une source de vulnérabilité par une personne peut ne pas en affecter une autre de la même manière. Cela dépend de facteurs individuels (ressources et

vécu de chacun), de l'environnement dans lequel ils évoluent (lieu de vie, pandémie, isolement...), des valeurs sociales, culturelles et spirituelles de chacun, des liens relationnels (inquiétude des proches, qualité de la relation médecin-patient...).

3.3 La vulnérabilité est réversible

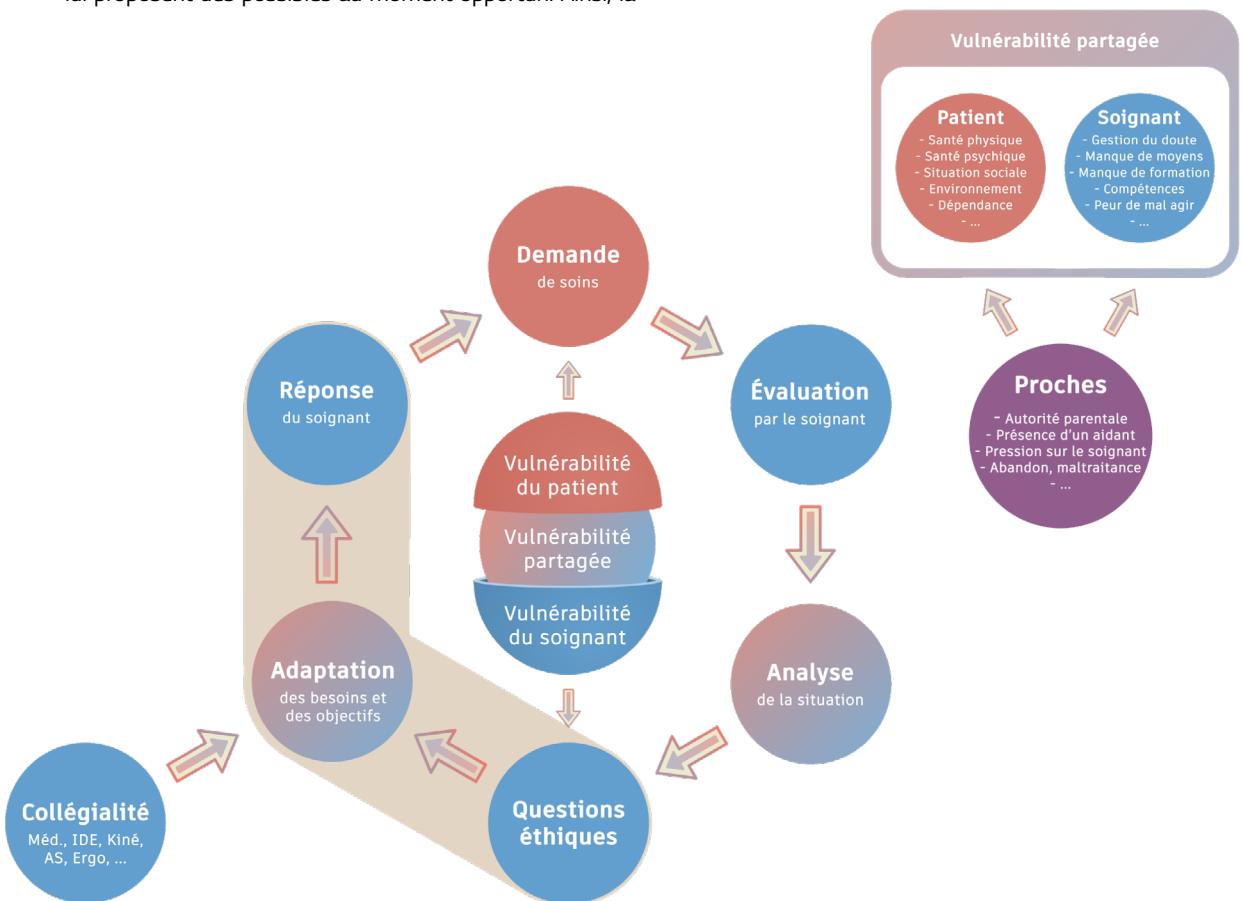
La vulnérabilité d'un individu peut changer avec le temps. Une personne peut être dans un état de survulnérabilité provisoire à un moment donné, lors d'une maladie aiguë par exemple, mais retrouver une certaine stabilité par la suite. Les soins apportés et la prise en charge d'un individu vulnérable mais également ses capacités d'adaptation et de résilience vont influencer le degré de vulnérabilité.

3.4 La dynamique d'adaptation dans la vulnérabilité partagée

Dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité, les soignants peuvent douter et tenter de se réajuster à la lecture des signes observés. Un regard, une contraction du corps ou une modification du comportement permettent d'ajuster l'intervention, tout en préservant l'autonomie de la personne. En effet, les professionnels s'adaptent en étant guidés par autrui (et son entourage) et lui proposent des possibles au moment opportun. Ainsi, la

compréhension s'affine, la compétence s'ajuste au contact de la personne accompagnée, et ce malgré ses difficultés. Cette démarche active est coopérative et co-construite.

Nous proposons ci-dessous un schéma illustrant la dynamique de la vulnérabilité.



4. Les questions éthiques dans la prise en soin d'une personne en situation de vulnérabilité

Si l'identification d'une vulnérabilité est souvent intuitive, son évaluation reste complexe, puisqu'elle peut revêtir de nombreuses formes, et qu'elle est dynamique dans la durée, réversible.

Cette dynamique nous invite à prendre le temps de la réflexion.

- o **Devant quel type de vulnérabilité sommes-nous ?**
- o **Quel est l'environnement ?**
- o **Quelles sont les ressources à mobiliser ?**
- o **Dans quelle temporalité sommes-nous ? (Celle de l'anticipation, de la prévention, de la situation d'urgence, de soins palliatifs ?)**

Identifier clairement la ou les situations de vulnérabilité permet de mettre en avant les fragilités mais aussi les potentielles ressources.

Une réflexion éthique est une approche collective et collégiale (regards croisés, concertation pluriprofessionnelle) visant à trouver la moins mauvaise solution dans une situation complexe, tenant compte de la morale, de la déontologie et du droit. Il s'agit d'une décision individualisée, non transposable, propre à la personne accompagnée et à sa situation singulière.

En tenant compte des repères de la réflexion éthique [18], cinq questions peuvent être identifiées :

- **Volonté du patient** : a-t-on recueilli les attentes de la personne soignée ? A-t-elle consenti si elle le peut ? Les actions envisagées respectent-elles sa volonté ?
- **Intérêt du patient** : les actions possibles sont-elles dans l'intérêt de la personne soignée ? (Évaluation du bénéfice/risque pour chacune d'entre elles)
- **Prise en compte de l'entourage** : est-ce que l'on a pris en compte l'avis des proches, de la famille, de la personne de confiance, du représentant légal si la situation l'impose ? Qu'ils aient une position de tuteur, de personne de confiance ou pas. Selon le cas et selon la capacité de décision du patient, à domicile nous sommes plus ou moins tenus de suivre leur avis.
- **Moyens mis en œuvre** : est-ce que nous avons mobilisé tous les moyens à notre disposition ?
- **Contexte du patient** : les actions envisagées sont-elles adaptées à l'environnement, à la situation particulière du patient, à sa temporalité ?

Ces cinq questions permettent de prendre en compte la vulnérabilité de la personne soignée dans une démarche éthique qui respecte son autonomie et sa dignité.

En parallèle, nous prenons en compte notre propre vulnérabilité qui peut se manifester par « une peur de mal faire ». Ces questions ressemblent à une conduite à tenir éthique qui peut rassurer le soignant et transformer une vulnérabilité en capacité de réflexion.

5. Les enjeux éthiques de la vulnérabilité

5.1 Protéger sans nuire à l'autonomie

La relation de soin place le soignant dans un face-à-face au patient, par définition blessé, malade, en situation d'incapacité, de dépendance ou de handicap. D'une potentialité, la vulnérabilité devient ainsi une réalité.

La vulnérabilité expose ainsi au regard de l'autre – le soignant – dont la présence est nécessaire pour la compenser ; exposition d'une intimité, physique, psychique, spirituelle ou sociale [19]. Cette vulnérabilité se fait donc la porte d'entrée du soignant dans l'intimité du patient. Elle éveille le soignant à la responsabilité et à l'esprit de protection.

Cette volonté de protection s'incarne dans les mesures juridiques mises en place face au sujet vulnérable (Code

civil, Livre I, Titre XI, article 425 – 427) mais les décisions auxquelles elles conduisent, entretiennent toujours un lien tenu entre **volonté de protection et risque de privation d'autonomie**.

La relation de soins ne peut se penser comme le déséquilibre qui conduirait le soignant dans une attitude infantilisante ou assistancielle. Quelles que soient les difficultés traversées par le patient, le soignant ne peut ni ne doit se substituer à lui dans les prises de décision, mais bien toujours l'accompagner à la manifestation de son autonomie, et toujours le considérer comme sujet dynamique de la relation. [20]

5.2 Reconnaître une vulnérabilité partagée

Reconnaître notre capacité à être blessé physiquement, psychiquement, socialement, c'est aussi éveiller notre disponibilité à voir, écouter, entendre la souffrance de l'autre.

Pourtant, lors des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé, la reconnaissance de cette vulnérabilité partagée ne va pas toujours de soi. Elle est parfois considérée comme rare « *Oui, il y a des situations où – c'est rare – mais ça peut m'arriver. Quand on a l'impression de ne pas avoir bien fait les choses ou quand les histoires renvoient à des choses...* », ou conditionnelle : « *Je suis vulnérable si j'ai des soucis, mais ça n'est pas la situation en tant que telle* », le cadre professionnel étant souvent considéré comme protecteur : « *J'ai mon cadre et mon rôle de médecin [...] mais je serai plus vulnérable devant un patient qui essaie d'aller me chercher dans ma vie personnelle ou qui me pose des questions trop précises.* » Et arrive parfois jusqu'à être niée : « *Non moi je ne suis pas vulnérable. Je n'ai pas du tout la sensation de "je ne vais pas y arriver".* »

On peut ainsi interroger cette non-consideration voire cette **négation de sa propre vulnérabilité** par le professionnel, probablement le fruit de mécanismes protecteurs visant à éviter les phénomènes d'identification [21], grâce aux barrières érigées entre vie personnelle et cadre professionnel, limitant le risque d'exposition de l'intimité. Ces mécanismes de protection sont sans doute nécessaires afin de protéger les soignants d'un risque d'épuisement, appelé **fatigue de compassion** [22], lié à la confrontation répétée à ces situations. Car, pour la majorité des professionnels interrogés, ces situations sont **fréquentes**. La prise en considération de sa propre vulnérabilité de soignant doit ainsi permettre la conciliation de sa responsabilité vis-à-vis d'autrui et la nécessaire préservation de soi. Ici, c'est bien souvent la collégialité qui est citée par les professionnels comme condition nécessaire à la prévention de l'épuisement. [23]

5.3 Ne pas stigmatiser

Une relation de soins doit éviter l'écueil de la stigmatisation. Le soignant ne peut réduire le patient à son être vulnérable. Le premier risque est celui de la **banalisation**. Banaliser, c'est ainsi fuir la relation, se dérober, nier, là où le soignant devrait au contraire restaurer les capacités du sujet, en tous cas reconnaître ses capacités, sources de restauration de l'estime de soi [24]. Le second, c'est, à l'inverse, la **focalisation** : ne plus voir le patient que par le prisme de sa vulnérabilité, le réduire à cela et en oublier sa dimension de sujet. La réduction du sujet à sa vulnérabilité l'expose aussi à

la pitié et à ses conséquences souvent tragiques – à l'image du destin d'Anton et Edith [25] (Voir encadré ci-dessous). Finalement, la reconnaissance de la vulnérabilité du patient par le soignant doit répondre à un équilibre tenu : **reconnaître son état de fragilité**, l'accompagner dans sa démarche de soin sans se substituer à lui et **ne pas le réduire à cet état au risque de nier ses capacités de sujet** ; ne pas le nier ou le banaliser au risque d'aggraver la situation et de le conduire à une « **survulnérabilité** » [26].

La pitié dangereuse

Dans son roman, Stefan Zweig nous présente l'histoire d'Anton Hofmiller, jeune officier autrichien, qui, lors d'une soirée mondaine, par maladresse invite à danser Edith, jeune femme paralysée dont il n'avait pas aperçu le fauteuil roulant. Pris de remords, il développe pour elle une profonde pitié se sentant obligé de répondre à ses attentes pour la réconforter et nourrissant malgré lui chez Edith, un espoir d'amour. Incapable d'assumer ses véritables sentiments, pris dans un engrenage de maladresses et de mensonge, Anton décidera finalement de prendre la fuite en demandant sa mutation, apprenant, juste avant son départ, le suicide d'Edith, désespérée. Zweig illustre ainsi la dangerosité d'une pitié qui, en cherchant à éviter une souffrance immédiate, provoque une souffrance plus grande encore et se transforme en faiblesse destructrice.

5.4 Objectiver une réalité ?

La complexification des situations médico-sociales auxquelles sont aujourd'hui confrontés les soignants, particulièrement au domicile, où ils se trouvent parfois isolés dans la prise en charge de leurs patients, ou éloignés de possibilités de sollicitations d'autres intervenants, rend bien souvent difficile la prise de décision. Qui solliciter ? Comment ?

Ainsi, mieux identifier la vulnérabilité, la mesurer et en évaluer l'importance, voire même le degré de gravité, apparaît comme un élément facilitateur de la prise de décision. Plusieurs **échelles** ont ainsi pu être développées pour en évaluer ces degrés. Elles peuvent être spécifiques à une dimension (physique, cognitive, nutritionnelle, thymique, etc.) ou plus globales (comme l'échelle WHOQOL World Health Organization Quality of Life [27] ou le SF-36 Short Form – 36 Health Survey [28]) et concerner la qualité de vie.

Une échelle spécifique, dont la première version a fait l'objet d'une thèse de médecine générale se basant sur les échelles validées déjà existantes, est en cours de travaux de recherche afin d'en évaluer sa pertinence.

<https://www.ipvs.fr/echelle-devaluation-des-vulnerabilites-liees-a-la-sante/>

Ces outils pourraient compléter ceux déjà utilisés en évaluation de la dépendance ou ceux utilisés en santé mentale et affiner l'évaluation du degré de vulnérabilité globale d'un individu sans toutefois éluder la subjectivité tant du patient que du soignant dans cette évaluation.

Si le **caractère objectivable** de la vulnérabilité apparaît intéressant, il ne faut néanmoins pas en méconnaître les potentiels effets délétères parmi lesquels :

- La création d'un **effet seuil** qui conduirait à établir une frontière imperméable entre les sujets considérés vulnérables et ceux qui ne le seraient pas. Ce seuil interroge inévitablement les mobiles du choix de la limite, mais expose aussi au risque de non prise en considération des sujets jugés « non vulnérables ».
- La **réduction de la vulnérabilité à une valeur mesurable et quantifiable** niant la singularité des situations et la notion contextuelle, pourtant au cœur même de la question de la vulnérabilité.
- Le **risque de standardisation et de protocolisation** à l'opposé de l'approche humaine nécessaire à la prise en soin du sujet vulnérable dans toutes ses spécificités.

5.5 En faire un enjeu sociétal

« Vulnérables, nous le sommes tous [...], nous sommes vulnérables parce que chacun se constitue dans le rapport à autrui. » [29]

Mais, dans la relation de soins, c'est de la **grande vulnérabilité** dont il est question, celle qui est renversée par les parcours de vie, les trajectoires de soins, celle qui anéantit le sujet de Ricoeur, le plaçant dans l'impossibilité de dire, dans l'impossibilité de faire, l'isolant dans sa souffrance [30]. Cette grande vulnérabilité se fait la conséquence « d'altérations massives multiples et polymorphes de l'être humain [...] le privant de son autonomie de sujet et le plaçant de fait dans un état de dépendance à autrui ». [31] Qu'en est-il alors quand cette situation est aggravée par celle de l'isolement, dépassant la situation de dépendance par

l'absence de rapport à autrui, privant le sujet de la possibilité de toute ressource ?

Au-delà du soin, la vulnérabilité constitue aujourd'hui un enjeu sociétal majeur par le dépassement de la vulnérabilité de tout être, celui de la **survulnérabilité**, du cumul des facteurs de vulnérabilité. Cette prise de conscience de la grande vulnérabilité constitue ainsi un enjeu sociologique et anthropologique majeur, au-delà de la place du sujet, prise de conscience sans laquelle l'aggravation de ces situations apparaît inéluctable. Elle constitue ainsi un enjeu de solidarité afin de renverser les inégalités entravant la manifestation de l'autonomie du sujet vulnérable [32], incarné dans la notion d'autonomie relationnelle défendue par A. Zielinski.

Vulnérabilité de la relation de soin

La relation de soin se vit dans une situation de rencontre humaine imposée par une maladie, une souffrance, une dépendance. Une "mise en relation" non naturelle ou spontanée se joue entre des personnes très différentes par leurs postures, leurs attentes, leur accès au langage et à la communication. Il s'agit plutôt d'une confrontation dans la différence, l'altérité, l'étrangeté.

Nombreux sont les obstacles à déjouer, depuis les barrières à la communication jusqu'au malentendu sur les objectifs divergents entre projet de soin des uns et projet de vie de l'autre, pour arriver à construire un véritable échange, un partenariat, une confiance, dans la réciprocité.

L'enjeu est d'établir, de développer une relation qui devra se maintenir dans la durée en dépit des difficultés de communication, des altérations des fonctions cognitives, des incertitudes professionnelles, des réticences du patient à suivre les conseils ou les prescriptions, et des interactions pluriprofessionnelles dont l'approche concertée et la cohérence restent parfois peu explicites.

Ces risques de rupture sont à connaître, à dépister et à gérer, dans la reconnaissance d'une vulnérabilité de la relation elle-même, détachée de la vulnérabilité individuelle de chacun des acteurs.

6. Vulnérabilité : quelles conséquences pour les professionnels ?

6.1 Une situation clinique à domicile

Quelques semaines après le décès brutal de l'épouse de Mr P., le médecin généraliste fait appel aux infirmières car il a des doutes sur la prise du traitement. Le regard quotidien des infirmières permet d'identifier que probablement l'épouse palliait dans l'intimité à la situation de vulnérabilité de son époux. Les enfants sont loin et le patient ne parvient pas à faire face seul à sa situation. Les infirmières établissent une relation de confiance avec Mr P. qui était très dynamique, très investi dans le réseau social local, et qui refuse les aides du centre communal d'action sociale. Il veut que « personne ne sache », que ça reste dans l'intimité de sa maison. Lorsque le fils comprend l'étendue de la perte d'autonomie et de la vulnérabilité de son père, il appelle les infirmières. Parce qu'il se met en danger quand il sort, il perd ses clés sur le chemin ou alors il ne les prend pas, il tombe, on ne sait pas où il est, il revient ensangléanté.... Les professionnelles vont chercher des intervenants privés mais quand même spécialisés. Des auxiliaires de vie sont sollicitées mais les changements fréquents de personnes inconnues perturbent le patient. Avec ses troubles cognitifs il n'arrive pas à identifier qui fait quoi, qui vient pour quoi et est-ce que c'est normal que cette personne soit là dans la maison. Les infirmières évaluent la situation au jour le jour et restent pendant un temps le seul point de référence avec une équipe fixe et des visages qu'il connaît. Un ancrage se dessine. Les infirmières pensent qu'il faut trouver un autre professionnel qui pourrait venir soutenir ces repères et cet ancrage, car elles interviennent matin et soir, et ce n'est pas suffisant pour couvrir la journée. Avec l'accord de Mr P., et de son fils, elles font appel à une animatrice senior qu'elles ont vu travailler chez d'autres personnes. La visite de cette animatrice aidante est devenue centrale dans cette situation. Les professionnelles ont perçu que les points de vulnérabilité de ce monsieur étaient bien « accompagnés » dans son environnement par cet ensemble de professionnels et avec l'appui du médecin. Les sollicitations extérieures qu'il pouvait avoir et le fait d'être attentif à sa sécurité ont été mieux comprises. Les infirmières ont pu alors travailler avec lui sur son autonomie, ce qu'il pouvait faire, comment elles pouvaient l'amener plus loin mais en restant en sécurité. Il a pu, par exemple, revenir seul une fois par semaine chez la psychologue qui l'accompagne dans ses deuils dans le cadre du dispositif « mon soutien psy ». [33]

6.2 Nécessaire adaptabilité de la prise en soins à domicile

La situation de Monsieur P. laisse percevoir que les professionnels vont devoir s'adapter, ce qui est le propre des soins à domicile, et modifier leur approche et les réponses qu'ils vont pouvoir proposer devant la singularité de cette situation.

Ce **souci d'adaptation** est souligné par nombre de professionnels interrogés :

- Q « Je modifie quand même mon approche. Souvent, ce sont des patients pour qui, quand l'esprit souffre, le corps souffre davantage et ils sont plus sensibles ... Je fais différemment, j'adapte un peu, il y a une écoute du corps. » (Kinésithérapeute)
- Q « Etant donné la variété des vulnérabilités, c'est plutôt pour moi la conséquence de ma pratique qui est de devoir m'adapter en permanence à une vulnérabilité qui n'est pas toujours affichée en premier... » (Médecin psychiatre)
- Q « Je vais adapter la consultation et ma prise en charge. Je vais prendre en compte la situation sociale, adapter mon discours, parfois demander qu'il y ait une autre personne lors de la consultation, transmettre différemment les informations (répéter plusieurs fois, écrire, faire des dessins). Cela dépend de la personne à qui je m'adresse » (Médecin généraliste)
- Q « Ça peut m'arriver de ne pas examiner ou de retarder l'examen, de les faire revenir ou d'essayer de trouver des alternatives à l'examen... » (Médecin gynécologue)

Cette adaptation est rendue possible par l'ajustement dans la durée de la relation de soin à cette vulnérabilité relative et partagée. Elle est aussi à relier à la **question du temps**. La majorité des professionnels témoignent qu'ils consacrent davantage de temps à ces patients.

On entrevoit ici à la fois la question du « chronos », ce temps mesurable qui s'écoule dont les soignants disent souvent manquer et du « kairos » comme temps opportun. « Il existe ainsi un temps opportun chargé de sens, à la confluence des contingences que l'on appelle le kairos. Saisir le kairos revient à prendre la décision ni trop tôt ni trop tard mais à l'exact bon moment. » [34]

- Q « Vous voulez mettre un lit médicalisé mais lui ne l'entend pas comme ça. C'est trop tôt pour lui... Donc il faut ce temps d'accompagnement... » (Infirmière libérale)

Dans la situation clinique évoquée plus haut, les infirmières qui exercent dans le cadre du programme « Équilibres » [35], témoignent que ce programme leur permet « *de prendre le temps nécessaire* » qui est « *si précieux dans ces situations pour un recueil de données plus précis* ». Elles ont pu travailler avec le patient sur la question de son autonomie seulement lorsqu'il a pu trouver un ancrage dans la relation et des nouveaux repères chez lui.

Mais les professionnels peuvent aussi être victimes d'un phénomène d'usure dans le temps :

- Q « Ça peut même provoquer le fait qu'on n'ait plus du tout envie d'entrer dans cette demande d'aide, on va simplement faire ce pour quoi on a une prescription. » (Infirmière libérale)

Parce que ces situations impliquent souvent des glissements de tâches chronophages.

Q « *Quand l'isolement est social et familial, les infirmières libérales sont très impliquées... Donc ça engendre de notre part et de la part des infirmiers libéraux peut-être un glissement de tâches, qu'on ne faisait peut-être pas quand le système associatif et social fonctionnait mieux.* » (Médecin généraliste)

Ces situations appellent aussi du temps consacré aux proches et un soutien plus important, des informations, une sensibilisation pour savoir comment faire face au comportement inhabituel de la personne aidée. À domicile, les proches aidants sont parfois exposés à une « survulnérabilité ». Différentes études ont montré qu'ils se consacrent souvent entièrement à leur proche malade délaissant leur propre santé, leur vie sociale... À cela s'ajoutent les défaillances du système de soins (manque de ressources humaines en aide à domicile, difficulté à effectuer des visites à domicile pour certains professionnels, restes à charge financiers non négligeables...).

6.3 Des réorientations ou des ruptures de parcours non souhaitées

Les professionnels rencontrés indiquent aussi que ces situations, sans solution de maintien à domicile, entraînent parfois des réorientations pas toujours souhaitées par les personnes (hospitalisation, entrée en EHPAD).

Q « *Ça peut être une orientation non voulue au départ comme les maisons de retraite.* » (Médecin généraliste)

Mais ces réorientations sont souvent liées pour les professionnels à des risques (chutes, blessures, maltraitance...) qui ne semblent plus maîtrisables avec l'environnement en place (absence de famille, logement inadapté, aides qui n'ont pas pu se mettre en place...).

Q « *S'il est question de vulnérabilité auprès de jeunes traumatisés crâniens, on est obligé de réorienter lorsque l'environnement n'est pas bienveillant.* » (Ergothérapeute)

Les pharmaciens ont parfois un rôle d'alerte dans ces situations :

Q « *On va signaler au médecin qu'il y a une dégradation et qu'on s'inquiète. Dans notre rôle, c'est surtout s'inquiéter par rapport à la prise de médicaments mais des fois ça peut être pour des achats, ils viennent nous acheter plein de fois les mêmes choses...* »

6.4 Intégrer l'incertitude en situations de vulnérabilité

Les situations de vulnérabilité des personnes soignées à domicile exposent les soignants à l'identification de risques difficilement maîtrisables car hors de leurs standards habituels (Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Nursing, recommandations...). Il s'agit alors de sortir d'un paradigme technoscientifique pour faire preuve d'un savoir socio-relationnel, attentif à la relation de soin et à la subjectivité de la personne soignée. Pour reprendre une question de R. Gil, « Comment échapper à cette bienfaisance normative ? » [36] dans ces situations où s'immisce la complexité à forte composante sociale. Face à l'incertitude, lorsque le soignant s'accommode difficilement à celle-ci, son souhait de maîtrise du risque va l'inciter à mettre en place des aides prématûrement parfois au détriment du souhait de la personne.

Q « *Quand on veut anticiper les aides justement bien souvent on a tendance à anticiper un peu trop tôt pour eux mais parfois si on ne les anticipe pas, après c'est compliqué. C'est difficile de trouver l'équilibre entre le patient et le soignant.* » (Infirmière libérale)

Ces situations questionnent aussi les limites de chaque professionnel, quel(s) risque(s) accepte-t-il de prendre ? Pour G. Sanche et Caire Font [37], « Le clinicien incapable de tolérer l'incertitude aura une attitude rigide et contrôlante et entreprendra des interventions multiples, coûteuses et parfois injustifiées d'un point de vue médical, qui pourront inquiéter le patient. La tolérance excessive, en revanche, risque d'être source de négligence médicale. »

L'incertitude renvoie à la vulnérabilité du soignant à domicile, seul dans la décision soumise à l'influence des affects liés à la situation d'un patient souvent connu de longue date. Vulnérabilité également liée à l'incomplétude devant l'impossibilité de trouver la réponse adéquate à la situation et au sentiment de ne pas avoir fait « tout ce qu'il fallait ».

Q « *Je ne sais pas si c'est de la vulnérabilité, mais en tout cas c'est cette sensation de ne pas bien faire les choses, de laisser une situation un peu se « pourrir... »* » (Médecin généraliste)

Q « *Eh bien on se dit qu'on n'a pas rempli sa mission... »* (Infirmière libérale)

Q « *Les conséquences peuvent être que cela participe au sentiment du travail pas toujours bien fait, de fatigue aussi et de dévalorisation un peu parfois.* » (Médecin généraliste)

Q « *Quels sont finalement les risques pour une personne âgée (ou autre), si on l'écoute et qu'elle veut rester chez-elle ? Le risque de chute. Elle risque de mourir en tombant chez elle... Est-ce que finalement on peut, peut-être, l'écouter, mais ne pas être tout seul à prendre les décisions, parce que ce n'est pas facile ?* » (Médecin généraliste)

Certains professionnels vont considérer l'incertitude en situation de vulnérabilité de la personne soignée comme un échec, la perte d'un savoir scientifique et seront peut-être moins attentifs aux plaintes du patient par crainte de ne pas avoir de réponses à lui apporter. D'autres vont considérer que l'incertitude, tout comme la vulnérabilité, sont inhérentes à l'existence humaine et laisseront davantage de place à la subjectivité du patient et au colloque singulier permettant d'articuler incertitude et singularité du sujet.

Du côté de l'incertitude vécue par les patients et les proches, G.Lazure [38] soutient l'idée que la personne malade évalue l'incertitude, soit comme un danger et qu'elle met alors en place des stratégies d'adaptation pour la réduire, soit comme une opportunité et dans ce cas les stratégies d'adaptation viseront à maintenir cette incertitude. Dans des pathologies graves savoir ce qu'il va advenir, quand et comment, peut être traumatique pour le patient, l'incertitude peut alors être une opportunité pour « rester du côté de la vie ». [39]

Nos certitudes méritent d'être repensées sous l'angle de la bienfaisance. « Perdre » en certitude ne serait-ce pas « gagner » en authenticité dans une valorisation de l'écoute et du respect de l'autonomie des personnes en situation de vulnérabilité ?

7. Dans ces situations, quelles ressources pour les soignants ?

7.1 Le partage entre collègues et la réflexion collégiale

Un travail d'équipe s'impose dans la prise en soins de ces personnes en situation de vulnérabilité. Cet appui du collectif est vécu le plus souvent comme un bénéfice tant pour le patient que pour les professionnels.

Q « *On ne va pas pouvoir assurer la prise en charge seul. Il va falloir qu'il y ait des intervenants de confiance autour, peut-être des intervenants un peu plus présents au quotidien comme des infirmières ou des intervenants plus spécialisés pour des avis ponctuels un peu plus précis.* » (Médecin généraliste)

Pouvoir s'appuyer sur les collègues en mono ou pluriprofessionnel et plus largement sur la collégialité [40] occupe une place prépondérante dans les entretiens.

Q « *Mais nos plus importantes ressources restent quand-même les infirmières libérales.* » (Médecin généraliste)

Q « *Nos ressources, ce sont les collègues. On a la chance d'être trois, donc c'est facile on s'appelle, on en discute. C'est le collectif, pour l'instant ça me paraît suffisant.* » (Infirmière libérale)

Q « *C'est sûr que c'est dans la collégialité qu'on se fait aider.* » (Médecin généraliste)

Les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont souvent évoquées comme lieu de partage et de réflexions des questions difficiles. Ce soutien collectif permet de concilier sa responsabilité vis-à-vis de la personne en situation de vulnérabilité et la préservation de soi parce que ces situations peuvent exposer au risque d'épuisement.

Q « En fait tous les membres de la MSP donnent leur avis même sur des choses qui ne concernent pas forcément leur domaine, et ça c'est précieux ! La RCP de la MSP est un vrai outil. » (Infirmière libérale)

Il s'agit de pouvoir partager la confrontation aux questions, souvent éthiques (refus de soin, consentement à quitter le domicile...), posées par ces situations de vulnérabilités que les professionnels décrivent comme de plus en plus fréquentes dans leur pratique.

Q « C'est plus le refus de soins qui me pose problème que la vulnérabilité en tant que telle. Je sais où l'adresser, mais elle ne veut pas. » (Médecin généraliste)

D'autres alternatives sont également évoquées, comme pouvoir « passer la main » à un autre membre de l'équipe en cas de risque d'usure, la co-construction de projet et la cohésion d'équipe autour du projet, la maturité professionnelle et des démarches personnelles de soutien.

7.2 Les dispositifs sociaux, d'expertise et de coordination

Les assistantes de services sociaux, partenaires importantes des soins à domicile, sont identifiées comme une ressource, lorsqu'elles peuvent être sollicitées, ce qui n'est pas toujours facile pour les soignants.

Q « Mes ressources identifiées : les assistantes sociales ou des services qui existent... les assistantes sociales des écoles. » (Ergothérapeute)

Cette professionnelle explique sa stratégie pour parvenir à les joindre : appels, mails, horaires ciblés et repérés, non sans mal. Cette action vient en soutien des infirmières libérales.

Les soignants souhaitent davantage d'informations et une « accessibilité plus facile à des assistantes sociales » tant pour eux que pour les patients.

Q « Le manque d'information concerne aussi tous les droits sociaux. Les patients sont très mal informés, on a du mal à avoir une assistante sociale qui peut se déplacer, qui peut les renseigner et qu'on n'a pas tout de suite ! » (Infirmière libérale)

Q « Pour améliorer ces prises en soin, savoir à qui s'adresser pour les problèmes sociaux par exemple, comme on sait s'adresser aux infirmières Asalée² pour les problèmes d'éducation thérapeutique... » (Médecin généraliste)

² ASALÉE (Action de Santé Libérale en Équipe) est un dispositif (de loi 1901), qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge de maladies chroniques, grâce à une coopération protocolisée entre infirmiers délégués à la santé publique et médecins généralistes.

Q « *Une assistante sociale dédiée à ce genre de problèmes, ou une personne qui pourrait faire un lien ... Autre que du médical mais du social car je trouve que c'est plus un problème social au final.* » (Médecin généraliste)

Le manque de lien et de communication entre le sanitaire et le social afin d'établir des projets de soins co-construits est également souligné.

Q « *On a du mal à communiquer avec eux. On arrive à les appeler mais on ne les rencontre jamais, ils vont aller voir les personnes mais nous n'avons pas de retour. Il n'y a pas de lien entre nous.* » (Infirmière libérale)

Un renforcement du travail conjoint entre suivi hospitalier, suivi social et suivi à domicile permettrait de limiter l'impuissance des professionnels pour mieux conjuguer leurs différentes compétences. [41]

D'autres ressources peuvent aussi être sollicitées comme les équipes mobiles ayant une expertise dans certains domaines, soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie... Certaines peuvent se déplacer au domicile ou proposer des téléconsultations.

Q *Comme ressources, « Il y a les gros réseaux, le DAC, les réseaux de gériatrie, l'aide sociale aussi, les centres d'action sociale communaux ou de quartier... »* (Médecin généraliste)

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) [42] peuvent venir prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés. Ce qui est souvent le cas en situation de vulnérabilité.

Q « *Je fais appel au DAC territorial, c'est bien parce qu'on se fait aider, et il trouve parfois des solutions, mais au moins nous ne sommes pas seuls.* » (Médecin généraliste)

7.3 Les mesures de protection des personnes majeures vulnérables

Pour protéger une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se retrouve dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés mentales et/ou corporelles, il existe différentes mesures juridiques de protection.[43] La mesure la moins contraignante pour la personne devra être privilégiée. « Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne...elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci. » (Article 415 du Code Civil)

La sauvegarde de justice

La sauvegarde de justice est une mesure de protection temporaire (deux ans maximum), qui permet de traiter une situation en urgence lorsqu'une personne majeure risque des actes contraires à ses intérêts, notamment en ce qui concerne son patrimoine, en raison d'une altération de ses facultés mentales ou physiques. La personne sous sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits mais certains actes importants peuvent être spécialement confiés à un mandataire. Cette mesure peut être demandée soit par le médecin au procureur de la République ou par le juge des tutelles.

La curatelle

La curatelle, plus souple que la tutelle, concerne les personnes qui restent autonomes mais qui ont besoin d'être assistées dans certains actes de la vie civile (ventes ou achats de biens). Le degré de protection de la curatelle peut être plus ou moins important afin de répondre aux besoins de la personne protégée. L'assistance liée à cette mesure peut être simple, aménagée ou renforcée. Sa durée est de cinq ans mais elle peut être renouvelée.

La tutelle

La tutelle concerne les personnes qui ne sont plus en mesure d'effectuer les actes de la vie civile et de veiller sur leurs propres intérêts. Le juge des tutelles désigne alors un tuteur qui représentera la personne protégée et prendra en charge certains actes précis, définis par la loi. La tutelle est la mesure de protection juridique ayant le plus de conséquences sur les actes que peut réaliser seule la personne protégée.

A noter qu'une personne sous tutelle peut désigner une personne de confiance ou rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il existe, « Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. » [44]

L'habilitation familiale

Cette mesure, plus récente, permet à un proche d'une personne à protéger de saisir le juge des tutelles pour être autorisé à représenter cette personne ou passer certains actes en son nom sans recourir aux mesures de protection judiciaire classiques. L'habilitation familiale peut être générale ou limitée à un ou plusieurs actes. Les actes peuvent porter sur les biens (biens mobiliers, immobiliers, revenus...) et/ou sur la personne protégée (santé, lieu de vie...). Cette mesure est largement plébiscitée en France, puisqu'en 2023 elle représente 30% des mesures de protection mais aussi 20% des contentieux. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que cette mesure ne requiert pas de bilan psycho-social et qu'une fois accordée par le juge elle ne bénéficie pas de son contrôle, comme c'est le cas pour la tutelle par exemple.

Le mandat de protection future

Le mandat de protection future est un contrat (acte notarié ou sous seing privé) qui permet à une personne (mandant) de désigner à l'avance la ou les personnes (mandataires) qu'elle souhaite voir être chargées de veiller sur sa personne et/ou sur tout ou partie de son patrimoine, pour le jour où elle ne serait plus en état, physique ou mental, de le faire seule.

Trois principes, énoncés par C.Morin et M. Bruggeman lors d'un colloque [45], sont communs aux différentes mesures de protection :

- **La nécessité** : en droit, aucun régime de protection ne peut être ouvert sans nécessité pour la personne. Elle doit être démontrée.
- **La subsidiarité** qui implique que la protection, si elle est nécessaire, doit d'abord être recherchée en dehors du droit en donnant priorité au choix de la personne.
- **La proportionnalité** : le régime choisi doit répondre au plus près des besoins de la personne.

Qu'en est-il du choix de rester « chez soi » ?

« *La personne protégée choisit le lieu de sa résidence. Elle entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non. Elle a le droit d'être visitée et, le cas échéant, hébergée par ceux-ci. En cas de difficulté, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué statue.* » (Article 459-2 du Code Civil.)

Il semble donc exister une liberté de choix à pouvoir rester à son domicile. Toutefois, il s'agit d'une «liberté relative», puisque le droit de protéger son lieu de vie n'existe pas. Lors de l'entrée en EHPAD, le consentement doit être recherché, mais des témoignages confirment qu'il n'est pas systématiquement obtenu. Ce choix est souvent soutenu par la famille pour diverses raisons (éloignement, famille épuisée...).

Pour plus d'informations

<https://protegerunproche.fr/>

7.4 La formation et la réflexion éthique

La formation est également évoquée comme une ressource nécessaire vécue comme une aide et une possibilité de prise de distance.

Q « *C'est vrai que j'ai fait des formations en communication qui m'aident aussi... Mes outils ? Tout ce qui est formation ou support de formation, se poser un peu, pouvoir relire des choses.* » (Infirmière libérale)

Q « *Dans les situations difficiles je me sens aidée par ma formation, les ressources bibliographiques que je sais où trouver et surtout l'échange avec mes collègues.* » (Médecin généraliste)

Q « *Comme ressources, je pense que ce serait des formations pratico-pratiques sur des réflexions globales. Par exemple, comment écouter, aider le patient ? Je pense que ça pourrait aider.* » (Médecin gynécologue)

Enfin, développer l'analyse éthique et acculturer les professionnels fait partie des missions des Espaces de réflexion éthique régionaux (ERE) et des comités d'éthique lorsqu'ils existent, et qui peuvent être sollicités pour cela.

Ainsi, comme le proposent R. Gori et M.J. Del Volgo [46], il s'agit de réintroduire l'éthique face à une médecine normée et objectivante reposant sur un modèle de développement scientifique qui laisse souvent de côté la singularité du sujet.

Postface conclusive

Tout vivant est vulnérable, le vivant humain en particulier puisqu'il en a conscience. La conscience d'être vulnérable dans l'instant dépend de la perception du risque auquel la personne est confrontée et de sa capacité de résilience. Dans le monde du soin, l'être vulnérable est celui dont cette capacité est amoindrie par une situation physiologique comme l'âge, l'enfance ou la vieillesse, ou par une maladie, un handicap physique ou psychique. Dans le monde social, c'est celui qui est en situation de précarité qu'elle soit économique, sociale, ou environnementale, situation à la source des inégalités de santé.

Cet ouvrage est le reflet de l'expérience partagée de soignants du domicile confrontés à la vulnérabilité ordinaire, physique et sociale, et aux situations de complexité qu'elle engendre. Réfléchir à la vulnérabilité de l'autre soigné, c'est apprêhender sa propre vulnérabilité en tant que soignant devant ces situations difficiles à accompagner. Elles appellent, comme ils le soulignent, au dialogue collégial et à l'effort collectif dans une mobilisation coordonnée des ressources sanitaires et sociales.

Peut-on mesurer la vulnérabilité ? Ce guide précise qu'il existe des échelles d'appréciation de la vulnérabilité. Mais l'originalité de chaque situation ne peut être réduite à des seuils quantifiables. L'échelle est utile, comme aide-mémoire qui rassure, non comme outil qui norme. À ces échelles, ce guide propose de rajouter ces quelques questions qui témoignent de la sollicitude de la démarche de soin : ai-je respecté son autonomie ? Pris en compte son intérêt ? Écouté son entourage ? Engagé les ressources adéquates ? Tenu compte du contexte et son devenir ? Agir efficacement pour protéger l'autre sans nuire à sa liberté est un défi qui nécessite capacités d'écoute, de négociation, de patience, d'empathie, d'humilité, de loyauté...l'appel au grand registre de l'éthique des vertus.

La grande vulnérabilité qualifiée de survulnérabilité est faite de la sommation sur la même personne de déficiences physiques, de comorbidités, et de précarité sociale. Les parcours de vie de ces personnes sont chaotiques, faisant alterner des périodes en établissements sanitaires ou médico-sociaux, des retours au domicile dans des conditions de maintien de plus en plus difficiles pour les soignants de proximité. Notre système de solidarité et de santé, fait d'un empilement de strates plus ou moins perméables les unes aux autres, manque de l'efficience nécessaire à fluidifier ces parcours et retarder ou empêche l'accès aux ressources. Référence doit ici être faite à l'avis 140 du Comité consultatif national d'éthique dans son plaidoyer pour de véritables décloisonnements entre le soin somatique et le soin social, entre le soin hospitalier et le soin de ville.

L'extrême vulnérabilité des personnes en fin de vie n'est pas abordée ici. L'expérience des ateliers citoyens organisés par les espaces éthiques régionaux à l'occasion de la révision de la Loi Claeys-Leonetti montre pourtant que la situation de fin de vie au domicile est rarement vécue par les proches dans l'accompagnement bienveillant et apaisé que cette loi devrait permettre. On peut souhaiter que l'émergence d'une nouvelle législation puisse donner lieu à une campagne d'information destinée aux citoyens et un programme de formation à l'intention des professionnels de santé. Ce serait aussi l'occasion de rappeler que soigner ne se résume pas à appliquer une technoscience, mais crée le moment d'une relation singulière, la relation de soins, qui, comme cela a été souligné dans ce guide consiste en la rencontre de deux vulnérabilités dans les moments critiques de la vie de l'un d'entre eux.

Bibliographie

- [1] Garrau M., « Regards croisés sur la vulnérabilité. Anthropologie conjonctive et épistémologie du dialogue », *Philosophie et sciences sociales*, hors-série 2013
- [2] Ibid
- [3] Ennuyer B., *La vulnérabilité en question ? Ethics, Medicine and Public Health Volume 3, Issue 3, July–September 2017*, p. 365-373
- [4] Garrau M., op. cit.
- [5] Avis 148 du C.C.N.E, *Enjeux éthiques relatifs aux situations de vulnérabilité face aux progrès médicaux et aux limites du système de soins*, janvier 2025
- [6] Bégué-Simon A.M., « Principes d'autonomie et vulnérabilités d'aujourd'hui - Une approche anthropologique », Colloque « Quelle conception de l'humain aujourd'hui ? », Rennes, mars 2010
- [7] Aubry R., Colloque « Regards croisés sur les vulnérabilités liées à la santé », 20 novembre 2024, Dijon
- [8] Gilligan C., *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, 2008 [1982]
- [9] Tronto J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009 [1993] ; Tronto J., *Le risque ou le care ?* Paris, PUF, 2012
- [10] Gruat F., « Une éthique du soin », dans *Traité de bioéthique II – Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*, dir. Emmanuel Hirsch (Toulouse : Érès, 2014 [1e éd. 2010]), 301
- [11] Zielinski A., « La vulnérabilité dans la relation de soin. Fonds commun d'humanité », *Cahiers philosophiques*, Vol. 2, n° 125, 2011 : 103
- [12] Gruat F., op. cit.
- [13] Zucman E., « Éthique et polyhandicap : la liberté humaine en question », dans *Traité de bioéthique III*, 64
- [14] Fiat E., « Les enjeux éthiques de la décision », *Espace éthique - Région Ile-de-France*. 14 septembre 2004. <https://www.espace-ethique.org/ressources/travail-universitaire/les-enjeux-ethiques-de-la-decision> (accès le mars 04, 2024)
- [15] Rouillard S., « Soigner en psychiatrie. Conjuguer, au quotidien, vulnérabilité et autonomie », dans *Traité de bioéthique III - Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*, dir. Emmanuel Hirsch (Toulouse : Érès, 2014 [1e éd. 2010]), 163
- [16] Pierron J.P., « La vulnérabilité, un concept pour le droit et la pratique judiciaire », *Les cahiers de la justice*, 2019 (269-580)
- [17] Zielinski A., op. cit.
- [18] <https://www.ere-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/12/petit-guide-dethique-clinique-Espace-ethique-LR.pdf>
- [19] Louvet C., *Intimités au domicile... Une approche de la relation de soin*. DOI 10.3917/jalmav.134.0009
- [20] Louvet C., ibid
- [21] Fromentèze A., *Vulnérabilité partagée, forces et ressources - Intervention au colloque pluridisciplinaire international « La vulnérabilité en santé : penser le corps et le temps du soin »*, Université Toulouse 2 – Jean-Jaurès, 27 mars 2024
- [22] Fiat E., *Ode à la fatigue*, Éditions de l'observatoire, Paris, 2018
- [23] ERE Occitanie, *Petit guide à l'usage des professionnels du soin. La collégialité dans les soins à domicile*. 2023
- [24] Boullard C., *Maltraitance et vulnérabilité. Gérontologie et société* 2022/3 (vol. 44 / n° 169), 35-47
- [25] Zweig S., *La pitié dangereuse*, 1939. Éditions Points
- [26] Louvet C., op. cit.

- [27] <https://www.who.int/tools/whogol/whogol-bref>
- [28] Ware Jr J.E., Sherbourne C.D., Med Care The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection- 1992 Jun ;30(6):473-83
- [29] Halpern C., La vulnérabilité en force. Sciences Humaines, 2015, p. 22
- [30] Ricœur P., « La souffrance n'est pas la douleur », Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur, ouvrage collectif sous la direction de C.Marin et N.Zaccaï-Reyners, Presses Universitaires de France, Paris, 2013
- [31] Pandelé S., « La grande vulnérabilité, fin de vie, personnes âgées », in Handicap, Éditions Seli Arslan, Paris, 2010
- [32] Ennuyer B., La vulnérabilité en question, Ethics, Medicine and Public health, (2017)3, p. 365-373
- [33] <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/actualites/souffrance-psychique-le-dispositif-mon-soutien-psy-se-renforce>
- [34] Villate A., Lavigne B., Moreau S., Bordessoulle D., Mallet D. Quels temps en soins palliatifs ? Du chronos au kairos ; Médecine Palliative - Vol 13 - N°6, p. 301-306, décembre 2014
- [35] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_equilibres.pdf
- [36] Gil R., Vulnérabilité sociale et autonomie. Actes du colloque éthique « Liberté et vulnérabilité. Un temps pour penser », novembre 2023
- [37] Sanche G. et Caire Font N., Quand l'incertitude s'en mêle travailler sans filet. Le Médecin du Québec, volume 45, numéro 5, mai 2010
- [38] Lazure G., L'incertitude...L'influence de l'évolution d'un concept sur le développement de la connaissance infirmière, Revue ARSI 1998 ; 53, p. 24-36
- [39] Alric J., Quelle(s) parole(s) pour quel(s) sujet(s) ? Coll. Consultation de soins palliatifs, Sauramps Médical, 2020
- [40] <https://www.ere-occitanie.org/wp-content/uploads/2023/12/La-collegialite-dans-les-soins.2023-1.pdf>
- [41] Perrenoud P., Suivi postnatal à domicile et vulnérabilités plurielles : entre solitudes, violences et pauvreté. Sage-femme.ch - 10, 2015
- [42] <https://www.occitanie.ars.sante.fr/votre-dispositif-dap-pui-la-coordination-dac-en-occitanie>
- [43] <https://www.justice.fr/themes/mesures-protection-majeurs>
- [44] Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- [45] Morin C. et Bruggeman M., La protection des majeurs en situation de vulnérabilité - Regards croisés France-Québec sur un droit en mutation, Colloque 24-25 octobre 2024, Toulouse, co-organisé par l'Institut de droit privé et la Chaire de recherche Antoine Turmel sur la protection juridique des ainés
- [46] Gori R. , Del Volgo M.J., La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence. Paris : Denoël ; 2005

Ressources

On trouvera des ressources complémentaires sur le site **ere-occitanie.org** :

- autoformation en ligne « Initiation à la réflexion éthique »
- « Guide à l'usage des professionnels du soin » :

N°1 - Petit guide d'éthique clinique à l'usage des professionnels du soin	...2015
N°2 - Personne de confiance et directives anticipées	...2016
N°3 - Créer et faire vivre une structure d'éthique dans un établissement	...2018
N°4 - Les aidants à domicile. Pour une éthique de la reconnaissance du proche aidant	...2019
N°5 - Aborder la question de la fin de vie dans les structures pour personnes en situation de handicap	...2019
N°6 - Respect de la confidentialité et partage des informations concernant les patients	...2021
N°7 - Pour un usage éthique et responsable des dispositifs médicaux connectés	...2021
N°8 - La démarche de réflexion éthique dans le décision en santé	...2022
N°9 - La collégialité dans les soins à domicile	...2023

Remerciements

Les auteurs remercient les professionnels qui ont contribué par leur participation à des entretiens :

Sophie Jalade, Margot Fostier, Anne Line Meyer, Cémente Demelle, Héloïse Haag, Cécile Mervant Pinar, Sabine Palombo, Charlie Meyer, Cécile Lannes, Claire Meningaud, Guillaume Robert, Annabelle Pinar, Magalie Coque, Géraldine Malka Courtois, Céline Rodrigo, Marie Edima, Léna Koy, Anastasia Doudou.

Ils remercient également : *Anne-Marie Duguet, Isabelle Metge et Annie Pagnon pour la relecture du manuscrit et les corrections qu'elles y ont apportées.*



- Toulouse : 05 61 77 79 34
espace-reflexion-ethique-occitanie@chu-toulouse.fr
- Montpellier : 04 34 43 36 96 ou 95
espace-reflexion-ethique-occitanie@chu-montpellier.fr

www.ere-occitanie.org

Pour télécharger le guide

