

# Après l'effet canicule, réflexion sur le fondement éthique d'un réseau gérontologique

Même si l'été 2003 n'a pas été marqué à Grasse par un accroissement des décès de personnes âgées par rapport aux années précédentes, le « cauchemar » de la canicule au niveau national a imposé en 2004 que l'on prenne, comme ailleurs, des dispositions pour préserver les personnes jugées les plus fragiles. Dans certaines communes du bassin grassois, des réunions de concertations ont eu lieu avec différents partenaires des institutions de retraite, des associations de soutien à domicile, des associations de bénévoles ; des campagnes d'informations ont été menées auprès des professionnels du domaine médico-social et directement auprès des personnes âgées.

**Martine TANGUY**  
Responsable Action Sociale, Conseil « Développement de réseau », Hôpital de Grasse (06)

L'efficacité d'un plan canicule local reposant sur la prévention, les municipalités ont eu pour mission de repérer les personnes « à risque ».

Les logiques préventives étant encore très peu développées, rapidement se sont posées une série de questions avec des attitudes contradictoires : aider systématiquement ? Ou non ? Comment anticiper ? Comment travailler ensemble sans obliger les personnes âgées ? Comment mobiliser et coordonner les différents acteurs ?

Ces différentes actions ont permis de repérer les potentiels locaux, de mesurer le niveau de mobilisation en cas d'alerte, mais surtout de « booster » de nouveaux modes d'intervention en réseau.

## L'éthique du choix

La question de l'intervention ou de la non-intervention doit être rapprochée des notions d'adhésion et de participation des personnes. Il ne s'agit pas seulement d'apporter, voire d'imposer une assistance. La personne âgée doit être « co-réalisatrice », son implication est nécessaire, elle est en effet la seule à avoir l'expérience du service rendu.

La notion d'usager se développe, la participation de la personne âgée à sa prise en charge est affirmée. L'un des principaux critères de la dernière loi sur l'action sociale et médico-sociale<sup>1</sup> étant celui du développement de l'autonomie des bénéficiaires, il reste encore à construire la structura-

tion de cette nouvelle approche vers plus de concertation avec les personnes âgées, leurs proches, mais également entre professionnels.

Sur le plan médical, en cas d'urgence, le médecin peut passer outre le défaut de consentement<sup>2</sup>, mais l'appréciation de l'urgence est subjective et se fait au cas par cas. Les professionnels, assistantes sociales ou psychologues, doivent s'efforcer avant tout de rechercher ce que la personne peut comprendre de sa situation et obtenir un consentement aussi clair que possible en tenant compte du contexte médical.

Le problème du libre choix de la personne âgée est très vite apparu comme central dans la mise en place de ces actions. D'ailleurs au niveau national, il a fallu légiférer a posteriori sur les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées bénéficiaires d'un éventuel plan d'alerte afin de garantir leurs droits, la demande devant émaner de la personne elle-même ou son représentant légal<sup>3</sup>. En attendant le décret, suivant les communes, les listes s'établissaient systématiquement, à la demande de la personne elle-même ou d'un proche ; parfois la police municipale a effectué des visites alors qu'ailleurs seuls les professionnels médicaux et sociaux étaient en alerte...

## L'éthique de la discussion

Comment concilier devoir d'assistance et préservation de l'autonomie ?

Le droit part du principe qu'en général, chaque personne est libre et responsable, donc autonome à partir du moment où elle possède ce que l'on appelle le discernement. Mais comment l'apprécier sinon par des questionnements professionnels croisés. La personne a-t-elle une faculté de compréhension suffisante au moment de prendre sa décision ? Si oui, la personne est-elle capable de faire évoluer son discernement dans le temps ?

Quand le consentement est impossible, nous devons solliciter le consentement d'un proche, conformément à « la théorie des protecteurs les plus naturels, ou

la théorie du proche le plus proche » retenue par le droit.

On peut parler d'« éthique de la discussion », c'est l'argumentation collective avec la personne âgée et ses proches qui doit rester le « fondement moral » du réseau gérontologique.

Dans le cas des personnes âgées démentes, il apparaît illusoire de parler de consentement de la personne, particulièrement quand le diagnostic est tardif, ceci ne nous dispense pas d'une écoute, d'une information adaptée et d'un accompagnement, si difficile soit-il, de la personne.

La plate-forme gérontologique de Grasse concrétise l'alliance d'un CLIC<sup>4</sup> et d'un réseau de santé. La coordination des réflexions et des analyses facilite l'élaboration d'une « culture commune », le recueil des besoins collectifs et des attentes, ainsi que la synergie des actions à l'échelon local. Il s'agit aussi d'assurer une lisibilité de l'information aux personnes âgées et aux familles avec un lieu bien identifié et un personnel bien informé sur toutes les possibilités.

Un autre mode d'intervention très utilisé est la médiation ; il s'adapte particulièrement bien au temps de réorganisation nécessaire autour d'une personne âgée dépendante, ou en risque de dépendance, lors d'une situation de crise. Ce type d'intervention revêt un caractère pluridisciplinaire et s'inscrit dans le respect maximum du choix de vie de la personne âgée ; il s'agit en effet, en cas de refus d'intervention, de négocier une entente équitable faisant l'objet d'un consentement libre et éclairé de la part de la personne âgée estimée en danger. Comme pour les autres professionnels de la gérontologie, l'intervention des psychologues ou des assistants sociaux ne peut plus se concevoir uniquement dans la dimension individuelle, mais s'inscrire dans une dynamique de réseaux avec la réalisation de projets collectifs en favorisant la logique préventive. L'exercice des droits des personnes âgées, tout comme l'amélioration de leur qualité de vie, reste un enjeu majeur. ■

<sup>1</sup> Loi du 2 janvier 2002.

<sup>2</sup> Le principe est déterminé par l'article 16-3 alinéa 2 du code civil : « Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état de santé rend nécessaire une intervention ».

<sup>3</sup> Décret n° 2004-926 du 1<sup>er</sup> Septembre 2004.

<sup>4</sup> Comité Local d'Information et de Coordination