



COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 17 septembre 2020

CHU de Saint Etienne, Hôpital Nord, Saint Priest-en-Jarez

Salle BESSAT

Bâtiment B, niveau 1

De 18 h à 20 h

Participants :

Christian AUBOYER, réanimateur CHUSE; Jean Paul CHAUSSINAND AR CH Montbrison ; Renée CRINE cadre de santé psychiatrie CHUSE ; Emilie FAVIER médecin ICLN ; Marilynne MARCEAU, médecin Soins palliatifs, HCL ; Caroline LUSSATO directrice CH Maurice André Saint Galmier ; Catherine MASSOUBRE, chef du pôle de psychiatrie CHUSE ; Corinne MOMPLOT gériatre CH Saint-Chamond ; Solange MUTIEL cadre de santé pédiatrie CHUSE ; Nicolas ORIOL interne en psychiatrie CHUSE ; Patricia PETETET gériatre CH Saint Chamond ; Damien PONSONNET, médecin HAD Santé à domicile ; Yvonne QUENUM IDE psychiatrie CHUSE ; Pascale VASSAL médecin Soins palliatifs, CHUSE ; Martine VIAL, cadre de santé Soins palliatifs, CHUSE ; Maud VOIRON philosophe.

Excusés :

Isabelle CARRIERE gériatre CH Maurice André Saint Galmier ; Alexandra DA CRUZ IDE CH Claudinon ; Pierre Fournel, oncologue ICLN ; Vincent GAUTHIER réanimateur clinique mutualiste ; Agnès GAUTIER cadre sup CH Firminy ; Nicole GIRAUDIER sage-femme CHUSE ; Jean François JANOWIAK, Généraliste, président du conseil de l'Ordre, Saint Etienne ; Sylvie JAY, réanimateur, CH Annonay ; Julien KEUNEBROEK directeur CHUSE ; Blandine MARCELLIN EMSP Forez ; Fabienne PARSSEGNY gériatre, Mutualité française ; Mariana PERNEA médecin EMASP CHAN ; Michel FAURE, psychologue CH Forez/Montbrison ; Marie Noëlle VARLET, Gynécologue CHUSE, Bertrand VIALATTE Directeur UDAF.

Introduction

Nous avons rendu hommage à Françoise Cherbut, membre de Terre d'Éthique, cadre de santé à l'ICLN puis au Centre 7 collines, décédée cet été.

Nous accueillons avec grand plaisir Maud VOIRON, philosophe spécialiste en éthique médicale et bioéthique, enseignante en philosophie de la médecine, qui a présenté sa candidature spontanée pour intégrer notre comité éthique de territoire en santé. Bienvenue à Maud

1. Terre d'éthique et COVID-19

a. Les rencontres

- 19 mars 2020
- 2 avril 2020
- 16 avril 2020
- 28 avril 2020
- 26 mai 2020

Les comptes rendus sont à consulter sur le site internet de Terre d'Ethique :
<http://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/TerreEthique/Accueil.asp>

b. Autres questionnements éthiques soulevés lors de la crise sanitaire

Un moment a été consacré à un retour d'expérience concernant la crise sanitaire. À ce titre, chacun a pu relater son vécu de la crise sanitaire, ce qui a donné aux intervenants la possibilité de libérer la parole. De nombreux participants se sont rejoints sur un point crucial : celui de la question d'un vécu/ressenti différent de la crise en fonction de la temporalité. En effet, il apparaît que le temps de la gestion de la crise étant un temps d'action, l'urgence du « faire au mieux » a en partie pris le pas sur une prise de conscience émotionnelle des implications inhérentes à la situation. Egalement stimulés par le soutien sociétal à destination des soignants, ces derniers se sont entièrement dévoués à la prise en charge de leurs patients et à leurs soins, souvent au détriment de leur vie personnelle (des exemples de soignants prenant la décision de se confiner avec les résidents dans les EHPAD ont été relatés). Mais à l'heure du « déconfinement », lorsqu'une prise de recul a été possible et qu'une pleine conscience des événements traversés a été intégrée, cela fut la source de traumatismes pour de nombreux soignants. L'ampleur traumatique de la crise sanitaire s'est donc partiellement vécue « en décalé », avec notamment une réévaluation des décisions qui avaient été prises dans l'urgence. La perspective de devoir réinvestir les organisations dans le cadre d'une deuxième vague engendre beaucoup d'appréhension pour certains soignants. Certains professionnels qui ont été affectés dans d'autres unités que la leur lors de la première vague et qui ont été confrontés à des situations très difficiles restent très marqués. Il semble important de prendre la mesure de ce qui a pu être vécu par les uns et les autres dans cette période bien singulière, tant sur le plan personnel que professionnel.

Face à cet état de fait, de nombreuses questions éthiques ont été mises en exergue. Ces dernières impliquent notamment, à différentes échelles, la question de la liberté :

- **Liberté d'aller et venir en EHPAD**, notamment dans les unités de vie protégée. Sans être dans une optique qui se voudrait totalement liberticide, il s'agit de trouver un « juste milieu » pour protéger en même temps les personnes vulnérables. Dès lors, où placer le curseur ?

- **Bénéfices/risques par rapport à la poursuite de la chimiothérapie** pour des patients stabilisés. En outre, par crainte de la COVID-19, certains patients suivis en service d'oncologie ont temporairement renoncé à se rendre sur leur lieu de soin, mettant à mal l'observance de leurs traitements. Aussi, les conséquences se sont-elles avérées délétères pour certains malades dont l'état s'est dégradé durant la crise.

- La problématique de la **liberté se pose également quant à la limitation des visites** à l'égard des résidents en EHPAD. Si le bienfondé sanitaire d'une telle décision est indéniable, la question des écueils psychologiques et sociaux est également à prendre en considération. Aussi, dans la balance bénéfices/risques, le débat reste largement ouvert. La privation du lien social et familial (même s'il a tenté d'être pallié par différents outils technologiques à disposition, à l'instar de « Skype ») est responsable, dans certains cas, de syndromes de glissement pour les personnes âgées vivant en EHPAD.

- Enfin, impliquant toujours de manière sous-jacente la notion de liberté, une question importante a été soulevée : « **Une décision collective peut-elle être éthique ?** » Cette interrogation, proposée

par le Docteur Jean-Paul Chaussinand, faisait suite à une décision collective prise lors de la crise sanitaire. En effet, il avait été acté, face à la saturation des services de réanimation dans le département de la Loire (comme cela a été le cas dans de très nombreux départements), de ne plus admettre en réanimation les patients atteints de la COVID-19 lorsqu'ils étaient âgés de plus de 80 ans. Ce choix, pris collectivement dans une volonté d'agir conformément à un principe éthique d'équité, a mis à mal certains soignants qui ne se sentaient pas en adéquation avec cette décision. À ce titre, le Docteur Chaussinand exprimait un sentiment d'entrave dans sa liberté, et donc, corrélativement, dans l'exercice de sa profession. Car, quand bien même la décision qui avait été prise n'était pas une obligation au sens légal du terme, le fait d'y déroger aurait impliqué une inégalité dans l'accès aux soins au sein du territoire. Le respect de cette décision a donc pu être éprouvé comme une forme de pression. De plus, si le choix a bien été pris collectivement, le médecin se retrouve seul face au patient lorsqu'il refuse son admission en service de réanimation. Or, ces refus ont entraîné la dégradation très rapide de l'état de santé de certains patients âgés, voire leur mort. Cela ouvre donc pleinement la réflexion quant aux problématiques liées au « tri des patients » en situation d'urgence. Et si ce tri s'avère incontournable, l'âge est-il le critère sur lequel il faut s'appuyer ? De telles décisions relèvent-elles de l'éthique ? Enfin, le Docteur Chaussinand a mis l'accent sur un élément fondamental, celui du poids de la responsabilité et donc, contextuellement, du sentiment de culpabilité ressenti par le médecin lorsque de telles décisions sont adoptées et mises en pratique.

2. Les saisis de Terre d'éthique

a. Des situations cliniques complexes

- Un patient en milieu carcéral refusant des soins et dont le refus de soins engage le pronostic vital
- Une patiente admise en UNV suite à un AVC et poursuivant une grossesse
- Pédiatrie/maladies neurodégénératives
- Les 4 vents MAS

- Devenir du patient présenté le 26 septembre 2019 au CH d'Annonay par le Dr Maël PULCINI (médecin psychiatre) :

Pour rappel du contexte : il s'agissait d'un jeune homme devenu tétraplégique suite à un accident. Très tôt lors de sa prise en charge, il avait manifesté sa volonté de mourir. Dans cette optique, il souhaitait se rendre en Suisse afin de pouvoir bénéficier d'un suicide médicalement assisté. Le médecin suisse avait donné son accord, mais afin de pouvoir aller au bout de sa démarche, un certificat médical provenant d'un médecin français était imposé. Le Docteur Pulcini avait alors refusé de le rédiger. Au final, c'est un médecin psychiatre suisse qui a accepté de le lui fournir. Le patient a donc pu bénéficier d'un suicide médicalement assisté en Suisse. Il est à noter qu'entre le moment de son accident et l'acte de suicide médicalement assisté, plus d'un an et demi s'est écoulé, délai nécessaire compte-tenu du contexte médical du patient et garant de son autonomie décisionnelle.

b. Saisi du CGLPL (contrôleur général des lieux de privation des libertés)

Demande du CGLPL :

Une des recommandations du CGLPL, dans son rapport provisoire, porte sur la sexualité des patients. Il a été imposé au CHUSE de s'interroger sur la problématique suivante :

« *L'hôpital doit engager une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, en prenant en compte tant le principe de la liberté sexuelle que la protection des patients les plus vulnérables.* »

Il est à noter que le CGLPL n'attend pas uniquement des perspectives de réflexion et d'analyse, mais la mise en place d'actions concrètes allant dans le sens d'une plus grande liberté en termes de sexualité pour les patients hospitalisés en service de psychiatrie au CHUSE.

Il faut au préalable savoir que le CGLPL évalue uniquement les lieux où des personnes sont privées de liberté (prisons, hôpitaux psychiatriques, commissariats de police, etc.). C'est la raison pour laquelle la réflexion se cristallise autour des patients hospitalisés en psychiatrie car, bien évidemment, de tels questionnements concernant la sexualité pourraient être aisément élargis et intéressent, en réalité, tous les patients hospitalisés.

Contexte du pôle de psychiatrie du CHUSE :

Le contexte du pôle de psychiatrie du CHUSE est rappelé au Comité par le Pr. Catherine Massoubre et Renée Crine (Cadre de santé).

Dans les services de psychiatrie du CHUSE, les patients au long cours ne représentent pas la majorité des patients hospitalisés. En effet, la durée moyenne de séjour est de trois à quatre semaines, et peu de patients restent hospitalisés au-delà d'un an. L'hospitalisation sur du long terme n'est donc pas la situation la plus courante. À titre indicatif, le patient ayant bénéficié de la plus longue hospitalisation est au CHUSE depuis 13 ans.

Le CHUSE bénéficie également d'un secteur pédopsychiatrique. Ce dernier comporte 14 lits départementaux d'hospitalisation et 4 lits d'urgence pédopsychiatrique. Néanmoins, certains enfants et adolescents restent hospitalisés au CHUSE au-delà du temps nécessaire à leur prise en charge. Cette réalité, bien que non justifiable d'un point de vue médical, s'explique par le fait qu'ils ne disposent d'aucune structure ou entourage familial prêts à les accueillir. Ils restent donc hospitalisés provisoirement, en attente d'une autre solution.

Enfin, le CHUSE dispose d'une unité de prise en charge pour les patients souffrant de troubles des comportements alimentaires – TCA - (patientèle majoritairement féminine et souvent mineure). Ce service comporte 8 lits d'hospitalisation. Dans le contexte pathologique spécifique des TCA, contrairement aux autres services de psychiatrie, la majorité des hospitalisations s'inscrit dans la durée (plusieurs mois en moyenne).

Dans quel contexte précis s'agit-il de se questionner face à la recommandation du CGLPL ?

Comme nous venons de l'énoncer, dans les services de psychiatrie du CHUSE (hors pédopsychiatrie et unité spécifique à la prise en charge des TCA), la durée moyenne du séjour à l'hôpital est de trois à quatre semaines, et donc les patients au long cours ne représentent pas la majorité des patients hospitalisés. Entre 15% et 20% des patients sont hospitalisés sous contrainte, et peu de patients sont sous tutelle. En revanche les curatelles ne sont pas rares chez les patients psychotiques. Quoi qu'il en soit, Catherine Massoubre et Renée Crine informent le Comité que tous les patients hospitalisés présentent des pathologies graves et non équilibrées.

Or, les patients hospitalisés avec leur consentement et stabilisés disposant de certaines libertés, dont notamment le droit à des permissions leur permettant de sortir ponctuellement de l'hôpital en suivant un créneau horaire déterminé, le fait de pouvoir maintenir une vie sexuelle tout en étant hospitalisé est possible, dans la mesure où ils peuvent exercer ce droit en dehors de l'enceinte hospitalière. La question d'un droit à la liberté sexuelle, telle qu'elle a été évoquée par le CGLPL, concerne donc logiquement davantage de fait les personnes hospitalisées sans leur consentement, et donc privées de leur liberté d'aller et venir en dehors de la structure hospitalière.

La problématique, comme nous l'explicitent clairement Catherine Massoubre et Renée Crine, est infiniment complexe et quasi-inextricable, car le droit à la liberté sexuelle se heurte

indubitablement au devoir de protection des personnes vulnérables. Trouver des solutions pratiques afin de combiner conjointement ces deux enjeux semble éminemment difficile à mettre en place.

Perspectives d'analyse et de réflexion concernant les problématiques en jeu :

Dans un premier temps, cela pousse à mettre en exergue plusieurs éléments :

- a. Le droit à la liberté sexuelle et le respect de ce dernier. Jusqu'à quel point l'institution médicale peut-elle faire preuve d'ingérence à ce sujet ?
- b. Le devoir de protection des personnes vulnérables et la responsabilité des soignants dans ce sens.
- c. La notion de « consentement libre et éclairé », puisque nous sommes majoritairement dans le cas de patients atteints de pathologies psychiatriques graves et non équilibrées. Se pose alors nécessairement la question du libre-arbitre, de la capacité à consentir à un acte sexuel, de la capacité à maintenir ce consentement dans le temps. Comment évaluer ici l'autonomie et l'autodétermination des patients ? Si l'enjeu touche effectivement bien à la question de la liberté, jusqu'à quel point le patient hospitalisé en psychiatrie est-il libre des décisions qu'il prend ? Et si le fait de s'inscrire dans une perspective qui se voudrait absolument liberticide peut être problématique, à l'inverse, une trop grande liberté accordée dans ce sens n'empièterait-elle pas de façon délétère et potentiellement dangereuse le droit à la protection dont doivent bénéficier les personnes vulnérables ?
- d. Notre réflexion doit s'inscrire dans le cadre du devoir de cohésion de la collectivité.

Avant de poursuivre sur les différentes perspectives de réflexion proposées par le Comité, il semble fondamental de réfléchir la recommandation du CGLPL conformément aux enjeux légaux qui s'y rattachent. En effet, la privation de la liberté sexuelle en service de psychiatrie a déjà fait l'objet d'un litige juridique. À ce titre, nous pouvons citer un arrêt de jurisprudence prononcé par la Cour administrative de Bordeaux, le 6 novembre 2012. Alain Vernet, dans son article *Les relations sexuelles en service de psychiatrie*, nous rappelle le contexte : il s'agissait d'un patient majeur sous curatelle, hospitalisé sans consentement dans l'unité Verneuil du Centre hospitalier de Cadillac en Gironde. Dans un souci de protection des personnes vulnérables, et dans la logique d'une préservation de l'intimité du patient et d'autrui, l'unité avait clairement stipulé dans son règlement intérieur que les relations sexuelles entre les patients étaient proscrites. Le patient avait donc demandé au directeur du Centre hospitalier que cette interdiction soit levée. Face à son refus, il avait décidé de saisir la justice, et c'est finalement la Cour administrative d'appel de Bordeaux qui lui donnera raison. Le tribunal considère « *qu'il ne peut exister d'interdiction générale et a priori, et que celle-ci doit toujours être adaptée à des situations singulières* ». ¹ Dans son article *Les relations sexuelles en service de psychiatrie*, Alain Vernet, dans la continuité de l'exposé de ce cas de jurisprudence, fait mention de l'article L.3211-3 du Code de santé publique, invoqué par le tribunal : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.* » Considérant dès lors que le respect de la vie privée constitue une liberté individuelle dont la sexualité fait partie intégrante, le fait d'empêcher l'accès à cette liberté ne peut être toléré d'un point de vue légal que si sa finalité est « légitime », « adéquate » et « proportionnée ». En outre, la problématique ne portait donc pas sur la restriction d'une liberté sexuelle, justifiée légalement au regard de l'état pathologique de certains patients. En revanche, l'extension de cette

¹ A. Vernet, et coll. *Les relations sexuelles en service de psychiatrie*. Cairn Cairn.info 2014 ;7(90) :525-30
<https://www.cairn.info/revue-1-information-psychiatrie-2014-7-page-525.htm>

interdiction à tous les patients, de manière globale, et indépendamment de leur situation particulière (qui est par principe toujours singulière) a été considérée par la Cour administrative de Bordeaux comme une entrave non légitime au respect de la vie privée, voire même comme une entrave à la dignité.

Or, concernant le pôle de psychiatrie du CHUSE, le règlement intérieur ne fait aucunement mention d'une telle interdiction. Il est toutefois clairement demandé aux patients de ne pas se rendre dans la chambre d'un autre patient, dans un souci de respect de la tranquillité et de l'intimité de chacun. La « proscription » d'une sexualité entre patients pourrait donc plutôt être qualifiée « d'implicite », elle est d'ailleurs en partie sous-tendue par le fait que les patients n'aient pas la permission d'entrer dans une chambre qui n'est pas la leur.

Néanmoins, il faut souligner un point fondamental : Catherine Massoubre et Renée Crine expriment qu'une distinction est faite entre :

1. Une sexualité entre patients
2. Et une sexualité entre un patient et son conjoint, avec qui il partage une vie de couple en dehors de l'institution hospitalière.

Cela nous conduit à réfléchir aux attentes concrètes du CGLPL et aux éléments qui ont pu motiver leur demande de réflexion institutionnelle sur la question de la sexualité pour le pôle de psychiatrie du CHUSE. Comme l'a évoqué Nicolas Oriol, interne en psychiatrie, à titre d'hypothèse, il est possible que la requête du CGLPL résulte éventuellement de la plainte de certains usagers, sans pour autant que les responsables du service en aient eu connaissance.

Le principe selon lequel, « dans les faits », les relations sexuelles entre patients hospitalisés en service de psychiatrie ne soient pas autorisées dans l'enceinte de l'institution, trouve sa justification principale dans un devoir de protection des personnes hospitalisées en psychiatrie, hautement vulnérables. Leur protection relève de la responsabilité des soignants qui doivent en être les garants. Et si, comme nous l'avons évoqué, les patients hospitalisés de leur plein gré et stabilisés disposent d'un droit de sortie de l'hôpital, leur permettant entre autres d'exercer leur droit à la liberté sexuelle, la problématique concerne donc fondamentalement les personnes hospitalisées sous contrainte, privées de leur liberté d'aller et venir en dehors de l'hôpital, mais qui sont également, par essence, les plus vulnérables.

Comme l'ont largement expliqué Catherine Massoubre, Renée Crine et Yvonne Quenum infirmière en psychiatrie, une plus grande ouverture à la liberté sexuelle des patients hospitalisés en psychiatrie au CHUSE exposerait à de sérieux risques, cristallisés autour de la problématique du consentement. En effet, face aux situations pathologiques graves des patients, comment évaluer le libre-arbitre de l'individu à consentir à un acte sexuel ? Et quand bien même ce consentement serait effectif à l'instant T, rien ne garantit qu'il soit pérenne. En outre, certains patients consentants au moment de l'acte peuvent par la suite nier l'avoir été. De surcroît, certains patients se trouvant dans des états maniaques sont d'ailleurs hospitalisés en ayant comme principal symptôme une hypersexualité.

Dès lors, accepter une sexualité entre patients au sein du service de psychiatrie pourrait exposer à un fort risque d'agression sexuelle. Et dans le cadre de la maladie psychiatrique grave, la parole de la victime s'avère d'autant plus difficile à recueillir et libérer. L'agression constitue donc l'appréhension principale des soignants qui, au-delà de ne pas réussir à intervenir à temps, ont également peur de passer à côté d'un refus de consentement. Dès lors, comment réagir dans le cas d'une relation sexuelle « plus ou moins consentie » ? C'est ici le cas des patients ayant été *a priori* consentants avant et au moment de l'acte, mais qui nient par la suite l'avoir été. Car, si dans le cas d'une agression sexuelle avérée, la démarche à suivre est claire et passe nécessairement par un processus judiciaire, certaines situations manquent de clarté et laissent la place à des incertitudes. Faut-il faire un signalement ? Séparer les patients ? La situation est d'autant plus

complexe que du côté des soignants, évoquer avec les patients la question de la sexualité heurte des barrières internes, en ce que la sexualité est un sujet tabou.

D'autre part, cette « proscription » de la sexualité entre patients ne constitue pas une entrave absolue de leur côté. En effet, malgré « l'interdit », il existe au sein des services de psychiatrie du CHUSE une « sexualité cachée », qui s'exerce à l'insu du personnel soignant. En outre, cette « sexualité dissimulée », lorsqu'elle est prise sur le fait, fait l'objet d'un simple rappel à l'ordre. « L'interdit », n'empêche donc pas de manière absolue la réalité d'une sexualité entre patients au sein du service de psychiatrie. Lors de la séance du Comité, certains intervenants ont émis l'hypothèse que le fait de prohiber la sexualité entre patients pourrait avoir comme répercussion négative d'en exacerber le besoin, et qu'il pourrait également y avoir une excitation supplémentaire à l'idée de « braver l'interdit ».

De plus, à ceci s'ajoute une autre problématique, dont les conséquences sont graves (tant sur un plan physique que psychologique) : celle de la prostitution. Yvonne Quenum fait notamment mention de patients (majoritairement des femmes), acceptant des rapports sexuels en échange de biens matériels, notamment des cigarettes.

Enfin, de manière générale, cette « sexualité cachée » met également en lumière le risque d'une sexualité non protégée avec ce que cela implique : grossesse non désirée, transmission d'infections sexuellement transmissibles – IST -, etc.

Malgré ces nombreuses problématiques évoquées, la sexualité n'est pas délétère pour tous les patients. Des relations amoureuses peuvent également naître parmi les patients hospitalisés et, dans ce cas, la sexualité s'inscrit dans la perspective d'un renouement avec la vie affective et sociale. Cependant, la gestion du « cas par cas » en matière de liberté sexuelle, pour les patients hospitalisés sans consentement, semble difficilement gérable du côté des soignants.

Les éléments déjà mis en place dans les services de psychiatrie du CHUSE :

Depuis une année, dans le souci d'une plus grande préservation de l'intimité, les patients ont la possibilité de fermer à clef leur chambre, de l'intérieur. Évidemment, les soignants possèdent la clef, ce qui leur permet de pouvoir ouvrir de l'extérieur la chambre du patient. Cette démarche s'inscrit dans une double visée bénéfique : garantir davantage d'intimité au patient tout en s'assurant de sa sécurité.

Dans un avenir proche, il n'y aura plus de chambres doubles au sein des services de psychiatrie du CHUSE, et toutes les chambres seront donc individuelles. Nous sommes ici une nouvelle fois dans la logique d'une meilleure préservation de l'intimité, tout en renforçant la sécurité des patients.

S'ils le désirent, les patients ont également la possibilité de se procurer des revues ou DVD érotiques/pornographiques. Donc si la sexualité entre patients n'est pas autorisée dans les faits, les services de psychiatrie du CHUSE permettent aux patients d'exercer leur droit à la pratique d'une sexualité intime et solitaire.

Enfin, un travail d'éducation sexuelle est mis en place. Il se construit à la fois autour de la notion de consentement, et également autour des réflexes et mécanismes à adopter dans la dynamique d'un rapport sexuel protégé (notamment avec l'usage du préservatif et des différents modes de contraception).

Conclusions et suggestions du Comité :

Face à tous les éléments qui ont été mis en exergue concernant la sexualité des personnes hospitalisées sous contrainte ou non en services de psychiatrie, il est évident qu'il n'existe pas de « solution parfaite » qui pourrait être aisément appliquée. Réfléchir à la liberté sexuelle de deux personnes parfaitement autonomes et en pleine possession de leur libre-arbitre, n'est en rien comparable au fait de réfléchir à la liberté sexuelle d'une personne vulnérable (voire de deux personnes vulnérables dans le cadre de rapports intimes entre patients).

Comme nous le rappelle le cas de jurisprudence de 2012, la problématique réside autour des interdictions généralisées, dans un contexte où chaque patient incarne un cas singulier. Aussi, dans la logique de permettre un accès à la liberté sexuelle, tout en protégeant les patients les plus vulnérables, il serait profitable de réfléchir à un entre-deux, plus nuancé, s'inscrivant dans une réflexion au cas par cas. Aussi, il ne s'agirait pas de « cautionner à tout prix », mais de ne pas « proscrire à tout prix ».

Le renforcement du travail d'éducation sexuelle auprès des patients pourrait également être une perspective intéressante.

Quoi qu'il en soit, il faut aussi prendre en considération le ressenti/vécu des soignants face aux questions de sexualité. Comme nous l'avons explicité au cours de ce compte rendu, la sexualité des patients heurte également les barrières internes et intimes des soignants car, quel que soit le contexte, il s'agit d'un sujet tabou. En outre, même si l'hôpital était amené à évoluer face à ces questions, il est fondamental d'accepter que ces démarches prennent du temps, car c'est également un temps nécessaire dont les soignants ont besoin pour se familiariser avec ce sujet délicat. Il pourrait donc être intéressant de commencer à davantage aborder cette question au sein des services, et de proposer la participation des soignants à des conférences/séminaires/formations traitants de ce sujet.

3. Autres questions

Deux saisines :

- CH Roanne problème patient en réanimation
- Centre des 7 Collines procédure collégiale par rapport à une LAT

4. Date et lieu des prochaines rencontres

a. Proposition d'une nouvelle organisation

Lors de la création de Terre d'Ethique, nous avons décidé pour plus d'équité que les réunions du Comité se tiennent dans chacun des établissements signataires de la convention constitutive, à tour de rôle. Néanmoins, nous avons constaté qu'il est difficile pour un grand nombre d'entre nous de se déplacer notamment vers Annonay ou Roanne.

Suite à ce constat, et après discussion, nous décidons de nous réunir au CHU de Saint-Etienne, lieu central pour tous.

Par ailleurs, comment organiser nos réunions : en présentiel ou par visio-conférence ? La majorité opte pour des réunions mixtes en présentiel pour ceux qui le souhaitent et en visio-conférence pour les autres.

La Prochaine rencontre aura lieu le jeudi 3 décembre 2020 à 18 h au CHUSE à confirmer