

	Comité Local d’Ethique (CLE)
	OBJET
	Saisine N° 14 – COORDINATION ENTRE HTC ET CMP

Motif de la saisine :

Patiente sortie il y a 2 jours d'HTC, sous tutelle. La tutrice et moi-même avons interpellé l'équipe d'intra, sur l'état d'incurie de l'appartement, son refus des soins et son incapacité à vivre dans un appartement (mesure d'expulsion en cours).

Nous souhaitons une synthèse avec l'ensemble des intervenants.

La tutrice, faisait des démarches pour que le logement soit nettoyé avant la sortie de la dame. Malgré plusieurs relances, la patiente est sortie sans la possibilité de mettre en place ce temps d'échange.

Ce jour je me suis rendu à son domicile, la patiente était absente, une porte fenêtre était ouverte et m'a permis de voir un amoncellement de détritus, vêtements etc.... qui sont aussi haut que la table de la salle à manger.

Je n'ai pu la ramener au CMP pour son injection retard, tous les (14 jours).

Nature du questionnement :

Les contraintes organisationnelles interfèrent avec nos pratiques professionnelles. En quoi les orientations de prise en charge entrent-elles parfois en conflit avec le respect de la volonté exprimée du patient et les valeurs éthiques de la profession ?

Avis du CLE :

Définition du contexte :

Le contexte de la situation est la réalisation d'une visite à domicile à la suite d'une sortie d'hospitalisation d'une patiente sous tutelle. La problématique permet d'identifier un défaut de coordination entre les différents acteurs : soignants de l'unité d'hospitalisation, tutrice et soignants du CMP. Les contraintes organisationnelles identifiées sont liées à des causes diverses. L'objectif de la tutrice et des soignants est d'assurer un retour au domicile dans un logement nettoyé. La patiente étant dans le refus de soin son objectif est différent.

Analyse des valeurs professionnelles :

Une des valeurs professionnelles est la prise en considération de la vulnérabilité du patient pour lui apporter une réponse adaptée.

Vulnérabilité

Le concept de vulnérabilité traduit le fait que l'être humain peut rencontrer des difficultés de santé liées aux situations dans lesquelles il évolue. Le terme de vulnérabilité est issu du champ social et pénal. Le mot provient du terme latin *vulnare* qui signifie « blesser ». La vulnérabilité qualifie l'état par lequel chacun peut être blessé. Toute personne peut rencontrer dans sa vie des situations qui vont la déstabiliser, la bouleverser sur les plans physique, psychologique, social. Toute crise liée aux étapes du cycle de la vie peut être source de vulnérabilité. Si la vulnérabilité est constitutionnelle de l'être humain tout en étant potentielle, elle n'est pas égale pour tous. Certaines situations peuvent majorer le risque de vulnérabilité ou l'actualiser : être un enfant plutôt qu'un adulte, appartenir à une catégorie sociale défavorisée (majorer les risques de santé)¹. Dans la situation présente, la majoration du risque de vulnérabilité est liée au statut de majeure protégée. Comment peut-on associer aux décisions des professionnels, le consentement libre et éclairé d'un majeur protégé ?

Consentement libre et éclairé

Dans le soin, l'interrogation sur la liberté de choix ne porte pas sur l'homme en général mais sur un individu dans un contexte : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.² » Dans une prise en soin en hospitalisation, la question de la sortie est une décision médicale, résultant de la concertation d'une équipe pluridisciplinaire, en tenant compte du désir du patient : « Consentement libre et éclairé ». Est-ce que la liberté de choix du patient est synonyme d'autonomie dans ses choix de vie ?

L'autonomie

L'autonomie suppose un ensemble de capacités intellectuelles (l'intention, la compréhension et la réflexion...). L'autonomie de pensée fait référence à « celui qui est capable de comprendre une information médicale et d'y exercer son esprit critique, capable de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par lui-même d'agir conformément à cette réflexion ». L'autonomie, entendue comme la capacité d'un individu à faire des choix libres et éclairés concernant sa propre vie, est un principe fondamental de l'éthique médicale. En psychiatrie, cependant, ce principe se heurte à des tensions particulières, du fait même des troubles mentaux qui peuvent altérer la capacité de discernement des patients. Cette situation soulève des dilemmes éthiques complexes : comment respecter l'autonomie d'une personne dont le jugement est potentiellement altéré ? Jusqu'où peut-on ou doit-on intervenir pour son bien, sans tomber dans le paternalisme ? Le respect de l'autonomie est inscrit dans les textes fondamentaux relatifs aux droits des patients, comme la Convention relative aux droits des personnes handicapées (ONU, 2006) ou la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. En psychiatrie, cela implique de reconnaître la personne comme sujet de droit, même en situation de vulnérabilité. Certaines pathologies psychiatriques peuvent altérer temporairement ou durablement la capacité de discernement. Dans ces cas, le professionnel de santé est confronté à un dilemme : respecter la volonté du patient ou intervenir contre son gré pour prévenir un danger.

¹ Chapitre 3. Les concepts de vulnérabilité et de fragilité Sylvie Ameline, Muriel Levannier Dans DEAS (2021), pages 19 à 20

² Code de la santé publique article L1111-4

L'éthique en psychiatrie repose sur un équilibre délicat entre respect de l'autonomie et principe de bienfaisance (agir pour le bien du patient). Il ne s'agit pas d'opposer ces deux principes, mais de les articuler dans une logique de soin relationnel. L'éthique en psychiatrie tend à dépasser une vision individualiste de l'autonomie pour promouvoir une autonomie relationnelle. Cela signifie reconnaître que l'autonomie se construit dans la relation, avec l'aide des soignants et des proches.

L'autonomie en psychiatrie doit être respectée autant que possible, mais aussi encadrée avec prudence lorsque la santé ou la sécurité du patient est en jeu. L'éthique du soin en psychiatrie repose ainsi sur une vigilance constante, une évaluation fine des situations, et un dialogue ouvert entre tous les acteurs concernés.

L'évaluation de l'autonomie est une démarche professionnelle visant à déterminer si une personne est effectivement capable d'exercer son autonomie dans une situation donnée. Elle est nécessaire lorsque l'autonomie est mise en doute, par exemple en cas de troubles cognitifs ou psychiatriques, de refus de soins ou de comportements à risque. Elle permet de vérifier si la personne comprend les enjeux de la décision, de s'assurer qu'elle peut raisonner de manière cohérente et d'évaluer si sa décision est libre de toute influence pathologique (délire, hallucination, etc.)

Il est essentiel de ne pas confondre autonomie et évaluation de l'autonomie. L'autonomie est un droit ; son évaluation est un outil. L'enjeu éthique est de ne pas priver injustement une personne de son autonomie sous prétexte de la protéger, tout en intervenant avec justesse lorsque son discernement est réellement altéré. Cela demande une posture de prudence, d'écoute et de dialogue, au cœur de la relation de soin.

Les soignants jouent un rôle fondamental dans les différentes dimensions de l'autonomie du patient. L'autonomie dépend à la fois des capacités du patient à comprendre et à apprécier une situation, et donc à prendre une décision, et des capacités des soignants à s'exprimer dans un langage adapté et à apporter des conseils. ³ Est-ce que l'information reçue par le patient suffit à permettre une adhésion au projet de soin ?

Le discernement

Le discernement chez le patient peut apparaître justement comme altéré ou aboli en lien avec sa pathologie psychiatrique. Le discernement est défini comme « la capacité de l'esprit à juger clairement et sainement des choses⁴ ». L'une des particularités de l'acte de soin, est une décision entre le patient et son médecin qui s'inscrit dans une alliance thérapeutique. Le patient face à sa souffrance, se trouve face à une perte d'autonomie qui va jusqu'à atteindre sa faculté de discerner ce qu'il peut vouloir, ce qu'il peut accepter et plus encore sa faculté de l'exprimer. Dans le contexte présent, les soignants veulent prendre en soin la patiente avec leurs valeurs : lui permettre de sortir d'hospitalisation dans un logement décent, propre et avec un étayage soignant et social. Comment peut-on mettre en place ce projet de soin, en intégrant le refus de soin de la patiente ?

Le respect du refus de soin

Le refus de soin interroge le soignant dans son identité : son rôle est de porter assistance, d'aider, de soigner. Comment, alors, rester « soignant » dans ces situations ? Certains refus

³ Chapitre 8. Évaluer l'autonomie du patient : le médecin à l'épreuve de la métaphysique
Guillaume Durand

⁴ Dictionnaire Robert

de soin sont alors jugés acceptables s'ils respectent le projet de soins. Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le refus d'une personne informée, qui comprend les conséquences de son refus, doit s'imposer au soignant. Malgré son désir légitime de la protéger, la personne malade a « droit au risque ». C'est dans ces situations que les soignants peuvent être conduits à imposer des choix ou des soins au patient. Il s'agit alors toujours d'une forme de violence, et le bénéfice du soin proposé doit être évalué au mieux de manière collégiale et en consultant tous les acteurs inclus dans la prise en soin du patient.

Le respect du refus de soin exprimé par le patient est conforme à l'exigence éthique de reconnaissance de l'autonomie des personnes. L'équipe soignante s'assure que celui qui refuse un soin a parfaitement compris l'information qui lui a été transmise et les conséquences prévisibles de son refus. Elle doit respecter la liberté du patient, ses croyances, ses choix, ses demandes, même si elle les juge contraires à la raison. Les choix du patient peuvent être en contradiction avec les choix et orientations médicales. Les normes de notre société de sécurité, de protection, d'inclusion sociale, créent des situations complexes dans lesquelles les soignants peuvent avoir le sentiment de ne jamais en avoir fait assez et également de ne pas avoir la maîtrise des situations. Dans la situation présente, les conditions de retour au domicile de la patiente sont en contradiction entre ses désirs et les normes sociales.

Pour les soignants il existe bien des façons d'informer : persuader revient peut-être à contraindre un patient à consentir. Respecter un choix manifestement déraisonnable du malade met en jeu la responsabilité morale et professionnelle du soignant. Respecter un malade c'est lui assurer que quelle que soit sa décision la prise en charge continue.

Pour une coordination efficiente des différents acteurs de soins, les décisions importantes doivent être prises hors situation critique. Que ce soit sur le plan médical somatique ou psychiatrique il faut, toutes les fois où cela est possible, anticiper au maximum les situations, afin d'éviter que surgissent des conflits inter équipes et un refus du patient lors de la décision de mise en œuvre de projet de soins⁵.

La souffrance psychique

La souffrance psychique est une souffrance du lien, et trop de souffrance casse le lien. La question est de considérer l'individu dans son environnement. Les professionnels du soin doivent faire avec la notion de souffrance psychique, les normes sociales, économiques et politiques. Pour ne pas perdre les valeurs soignantes, ne pas systématiser, ils doivent analyser en pluridisciplinarité, en respectant la singularité de l'individu, faciliter les liens entre les différents acteurs de santé et sociaux hôpital/ville, les liens avec « l'amont et l'aval ». Selon la HAS, « la sortie d'hospitalisation est un moment où les risques de rupture de continuité des soins sont importants ». Les professionnels de santé agissent en interaction avec les personnels sociaux, les prises en charge médico-soignantes pouvant être fortement impactées et conditionnées par les difficultés sociales ou médicosociales. Cette approche permet d'anticiper les risques spécifiques touchant des populations particulièrement vulnérables ou précaires. Le travail social pouvant faciliter la construction d'un étayage préventif au risque de rupture dans le parcours de soins, celle-ci est à construire avec tous les acteurs concernés du territoire, dès l'hospitalisation du patients⁶.

⁵ https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/LOGO-ERERI_0.gif Espace éthique/Ile-de-France

⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_idees_cles_psp_2017.pdf

Toutes ces valeurs sont mises à l'épreuve par les contraintes organisationnelles.

Le dilemme éthique émerge entre les pratiques professionnelles et les contraintes organisationnelles

Ce type de conflit peut entraîner des conséquences d'une part sur la prise en soin des patients et d'autre part sur les équipes soignantes.

Concernant la prise en soin des patients, la perte de confiance du patient envers l'équipe soignante est à appréhender tout comme l'adhésion au soin. Le patient peut développer de l'agressivité en lien avec un ressenti d'incompréhension de sa situation, de ses choix. Ce contexte peut accentuer le refus de soin et entraîner une mise en danger.

Concernant les équipes soignantes, la perte de sens dans la prise en soin est un facteur identifié de perte de motivation. Quand les professionnels ne se reconnaissent plus dans les décisions, les prises en soin parfois en contradiction avec les valeurs professionnelles, des conflits inter-équipes apparaissent. Ce qui ne contribue pas à une coordination du parcours de soin satisfaisante pour les protagonistes.

L'élaboration anticipée des projets de soin cherche à établir un cadre de vie commun tout en conservant la singularité du patient : « il s'agira de porter attention aux mécanismes de l'exclusion, aussi bien psychiques que sociaux. Renverser ainsi le regard depuis l'exclu vers l'excluant, comprendre en quoi des comportements inhabituels peuvent perturber à ce point nos fonctionnements que nous ayons besoin de les exclure ou de les corriger. C'est donc d'introspection dont nous aurions besoin, davantage que de tolérance ou d'acceptation ⁷».

Les critères éthiques et déontologiques qui doivent guider la prise de décision sont la bientraitance, le respect de la dignité, et des obligations sociales.

Avis et recommandations du CLE :

Des actions concrètes peuvent être entreprises pour tenter de concilier la volonté du patient et les contraintes organisationnelles et temporelles :

- Développer une communication pluridisciplinaire en incluant le patient, acteur de son soin.
- Trouver des ajustements pour ne pas compromettre la qualité des soins et les valeurs des professionnelles.
- Ajuster les temporalités des contraintes hospitalières, des démarches administratives et du patient.
- Favoriser des outils supports participants à sécuriser la prise en soin des patients : projet de soin personnalisé, livret vers la sortie, GPS.

⁷ Michel Foucault

- Pour des changements de pratiques favoriser les échanges avec les personnes sur le terrain.
- Se différencier les uns des autres tout en se comportant les uns en fonction des autres, pour aboutir à un compromis acceptable.

Pour conclure, cette approche constructiviste tend à saisir l'intrication du système personnel et du système social, et nous fait manifester une attitude bienveillante envers un être humain participatif.