



*Comité d'Éthique Du CPN*

### **Saisine 27 :**

**« Comment sécuriser et accompagner les professionnels de soins de manière bienveillante, dans leur pratique face à la prise en soins de patients présentant des spécificités d'accompagnement, en lien avec un écosystème partenarial, tout en veillant au bien-être du patient à travers le respect des valeurs éthiques. »**

#### **Introduction :**

En mars 2024, une équipe d'hospitalisation en service adulte interpelle le Comité d'Éthique à propos de la situation d'un patient, dans laquelle l'équipe s'interroge et exprime une souffrance éthique.

Une rencontre est organisée entre l'équipe incluant le cadre de santé et le médecin, et plusieurs représentants du Comité. Cette rencontre a permis le déploiement du questionnaire, et montré une forte résilience de l'équipe qui, entre la demande et le rendez-vous, avait déjà très positivement trouvé comment stabiliser le patient dans l'unité. Perdrait la perspective de l'après hospitalisation pour lui, mais aussi l'interrogation que cette situation porte de façon plus large dans l'institution.

C'est de ce questionnaire qu'est saisi aujourd'hui le Comité.

#### **La situation :**

Un patient, que nous nommerons Pierre, est hospitalisé en SPI (péril imminent) en raison d'une agitation et d'une réactivité que son entourage, à savoir sa mère d'une part, et l'équipe du lieu qui l'accueille d'autre part, ne parviennent plus à contenir. L'équipe apprend rapidement que Pierre a reçu un diagnostic de TSA.

Pierre ne trouvera une contenance qu'en investissant une chambre d'isolement et un poste de télévision, en exclusivité, ce qui interroge le cadre puisque ces éléments font partie d'un cadre thérapeutique pour l'ensemble des patients. Par ailleurs, Pierre semble désinvesti par ses accompagnants épuisés.

L'équipe se trouve donc comme « chargée de lui » alors qu'il peut être perçu comme ne correspondant pas à ses missions, le TSA n'étant pas un trouble psychiatrique.

L'équipe est interrogée, divisée, démunie, et cherche à construire une posture de soin ajustée à Pierre.

#### **Les protagonistes de l'histoire et leurs enjeux :**

Pierre : bien que dans l'âge adulte, Pierre porte un handicap qui ne lui permet pas d'être autonome. Il a vécu plusieurs années entre une structure d'accueil et d'éducation, et une famille monoparentale, en l'occurrence sa mère. Il présente des particularités cognitives, a été diagnostiquée TSA, et a des particularités psychiques : en état de déstabilisation, il a multiplié les passages à l'acte de type crises clastiques dans ses différents lieux de vie. Il est donc déstabilisé, et a perdu tous ses repères habituels

en arrivant en hospitalisation, ce qui est neuf pour lui. De sensibilité TSA, il a besoin de repères et de rituels pour être contenu, et n'en a aucun à l'arrivée. Il retrouve peu à peu celui de la télévision, retrouvant des émissions qu'il aime, et qui le contiennent. Il investit aussi la solitude et le calme de la chambre d'isolement. Il bénéficie alors d'un cadre qui va peu à peu l'apaiser : du calme, et des repères dans les émissions qui l'intéressent.

Il a par ailleurs peu de contact avec ses personnes référentes habituelles : sa mère, et ses référents de l'ancienne institution.

Une piste serait d'essayer de comprendre cette déstabilisation, son histoire, dans l'échange avec lui et eux.

Pour l'instant, il n'a plus réellement de place claire et durable nulle part. Il est seul en étant distancié des liens de continuité qu'il avait auparavant. Ses référents semblent le désinvestir en le « confiant » au service. Il vit cette distanciation.

Il vit aussi la difficulté de sa place problématique dans le service : il ne suit pas les mêmes règles que l'ensemble, il interroge, de par son fonctionnement différent, il est dérangé par les autres patients et les dérange également. Il semble avoir besoin de restabiliser sa contenance interne et externe, en reconstruisant une place durable avec les autres, dans le collectif.

### L'équipe :

#### Infirmiers et paramédicaux

L'équipe a pour mission de restaurer la contenance de Pierre, et de l'accompagner à retrouver une place, d'abord dans le service, puis, aussi, dans la continuité de sa vie, en dehors du service.

Elle est très contrainte : l'accueil de Pierre vient bousculer ses cadres habituels : la télévision et la chambre d'isolement sont en principe des outils pour l'ensemble des patients, l'exclusivité à Pierre pose question par rapport aux autres patients. Mais trouver l'apaisement et la stabilité de Pierre dans ce contexte est complexe, délicat, difficile. D'autant que Pierre diagnostiqué TSA porte d'autres modes de fonctionnements que l'équipe connaît mal.

L'équipe est contrainte aussi par un paradoxe institutionnel : de fait, le TSA est maintenant compris comme un Trouble Neuro-Développemental, qui à ce titre n'est pas, n'est plus considéré comme un trouble psychiatrique, mais comme une particularité d'être, de fonctionnement, nécessitant davantage d'être pris en compte que changé, avec un ensemble d'aménagement pour la personne et son entourage, à intégrer, pour lui permettre de prendre sa place dans le collectif. Il s'agit donc davantage d'intégrer des particularités de fonctionnement inhérent à la « nature » de la personne, que de l'aider à changer ou à restaurer un trouble, une « mise en santé ».

Le paradoxe vécu par l'équipe, et très largement dans l'hôpital, est de considérer le TSA comme n'étant pas un trouble psychiatrique, tout en étant de fait la structure accueillant ces personnes, qui « apparaissent » troublée : Pierre arrive bien avec un trouble du comportement majeur et dangereux, et l'équipe est mandatée dans son cadre de travail pour y répondre. Les structures autres, médico-sociales, ne sont pas assez fournies et existantes pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes TSA, loin s'en faut.

L'équipe vit donc cette injonction paradoxale : ce patient ne relève pas de notre service, mais nous devons le prendre en soin. L'équipe n'est de fait pas formée à une fine connaissance des besoins de Pierre sous l'angle du TSA, mais doit l'accueillir et l'aider à se stabiliser... en tenant compte de son fonctionnement singulier...

« L'équipe n'a pas à... mais doit... » : paradoxe qui peut amener un sentiment d'impuissance, une révolte, une sidération de la pensée également associée aux éclats que Pierre présente, dans les passages à l'acte, et/ou dans la conscience du risque de passage à l'acte pour les soignants.

Enfin, l'équipe doit aussi prendre en compte et en soin les autres patients, donc contenir la perturbation que la présence de Pierre peut susciter dans l'ensemble du service.

L'équipe vit aussi émotionnellement la situation de Pierre : cela fait partie de la matière clinique, dans le lien, les résonances, et leur traitement. La situation peut susciter de l'empathie et mobiliser en retour un désir lié à la place et aux valeurs de l'équipe : désir de le protéger, de le rassurer, de le rejoindre pour cela, de le soutenir à tracer un chemin neuf, vers une place à nouveau, plus installée, plus adéquate. Enfin, de comprendre.

Le médecin : il porte la responsabilité, et son poids. Il ne peut que s'appuyer sur l'équipe, tout en donnant le cap. Il vit par ailleurs les mêmes contraintes que l'équipe, le même questionnement. Il le partage tout en ayant à donner la ligne, en trouvant suffisamment d'accord intérieur pour la soutenir réellement, et suffisamment d'accord dans l'équipe pour que cette ligne soit réellement suivie. La mission est chargée. Il est très pris, a beaucoup d'autres patients... comme l'équipe, mais de sa place particulière.

Le cadre : il est à l'intersection, il est en charge notamment du soin et de la contenance de l'équipe... décontenancée. Il partage le questionnement et les contraintes, y compris des contraintes institutionnelles liées par exemple à la liste des patients en attente, à la sécurisation de l'ensemble des patients, aux remontées de la souffrance de l'équipe.

En tant que cadre, il porte et soutient les cadres pour l'équipe et les patients. Le cadre implique aussi des habitudes de services.

Hors la situation de Pierre vient interroger les pratiques, car il porte des codes internes que l'équipe n'a pas.

Le psychologue : il soutient l'expression et l'élaboration du patient, et celle de l'équipe. A la fois avec et dans sa place singulière, il écoute et propose pour co-construire la quête de sens de l'équipe. Il est lui-même aux prises avec les contraintes institutionnelles vécues par l'ensemble, et les paradoxes inhérents à la situation. Il peut entrer en contact avec Pierre et sa famille pour chercher à retisser le fil de son histoire. Il reçoit la problématique et quête des propositions, faisant tiers pour prendre du recul, tout en étant avec, dans l'équipe.

Toute l'équipe est face au risque de la perte de sens dans le soin, et cherche le sens à donner à ses actions pour les coordonner et les porter ensemble. Au point de départ et de question, l'équipe est perdue et cherche.

L'équipe de la structure d'accueil antérieure : elle demande un passage de relai, et vient confier Pierre en mettant en avant le trouble du comportement. Elle est peu présente au départ de l'hospitalisation. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une forme d'usure et de constat d'impuissance amenant cette forme de rupture, et que le silence et l'absence portent aussi de la culpabilité. Mais cela reste hypothétique. Dans les faits, elle est peu présente pour l'équipe du service d'hospitalisation, ne transmet que peu d'éléments et ne vient pas spontanément créer de la continuité pour Pierre. Elle « passe la main ».

La famille de Pierre : elle se résume à sa mère, semble-t-il, montrant là l'isolement dans lequel le trouble peut conduire. Sa mère est elle aussi, comme l'équipe de la structure d'accueil, peu présente, comme distancée ; elle refuse l'idée d'accueillir à nouveau Pierre chez elle, elle a peur de lui. Elle aussi semble « passer la main ». La dimension effractive et la souffrance des deux côtés liés à cette rupture de lien vient résonner chez les soignants. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'elle a besoin d'être entendue, et sans doute, non jugée. Bien sûr cette situation est issue d'années d'histoire de lien entre elle et Pierre, entre le trouble de Pierre et toute la famille. Autre piste : ouvrir l'oreille soignante à cette histoire, pour ouvrir à la compréhension et aux besoins actuels, ce qui amène ce constat : une

personne TSA est une personne à part entière, qui a une histoire, qui peut aller mal, avoir d'autres troubles, qui peut avoir besoin de soins, incluant le soin que le thérapeutique peut soutenir de ses liens familiaux.

Le service social : il est à l'intersection entre Pierre et les structures d'accueil, très insuffisantes pour l'ensemble des besoins. Les dossiers de demande mettent des années à aboutir.

Les autres patients : ils sont chacun pris dans leur propre problématique, et ont peu de moyens psychiques pour intégrer, prendre en compte autrement que « subir » les manifestations de Pierre. L'isolement et la télévision constituent des moyens dont ils peuvent bien sûr avoir besoin également. Ils nécessitent l'attention et la prise en considération dans leur singularité, chacun, comme Pierre, ce qui pose la question de la disponibilité des soignants, physique et psychique, pour chacun d'eux, soit la question de l'équité des moyens.

### **Les valeurs, et la visée :**

Nous tendons vers nos valeurs, elles nous donnent du sens, de la direction.

Dans la situation, la visée est le soin de l'équipe pour qu'elle puisse mener à bien son travail envers Pierre et envers les autres patients du service, soit lui permettre de construire une contenance de Pierre vers un équilibre neuf et durable, tout en préservant la vie du service.

Les valeurs dans le soin sont la protection, la bienveillance, l'équité, la dignité du patient.

Ici, la protection entre en tension avec l'équité : sécuriser Pierre passe pour le moment par une exclusivité donnée à Pierre d'éléments en principe collectif ; la télévision et la chambre d'isolement. Elle se pose aussi pour la disponibilité des soignants.

Dans les valeurs du service public, sont présentes : l'accueil de tous, en l'état, soit une valeur hospitalière, l'hospitalité, la porte ouverte à... ici Pierre dans toute sa complexité et le dérangement qu'il amène, porteur de transformation potentiellement grandissante si l'on prend « bien » les choses, ou dit autrement, si l'on s'y prend bien dans la situation.

S'ouvre ici la dimension : « bien » d'y prendre, parfois c'est choisir le moindre mal...

L'éthique, c'est faire « au mieux », dans la situation.

Une autre valeur présente est le respect de la singularité du patient, et la prise en compte de son expression, quelle qu'elle soit, et sous quelle forme qu'elle se présente : prise en compte et reconnaissance du sujet, de la personne qu'est le patient. Cette notion d'égalité ontologique des personnes peut être reliée à l'idée d'une forme de biodiversité humaine, qui peut faire résilience : si l'on considère la société à l'image d'une forêt, dans laquelle chaque être est indépendant de l'ensemble, Pierre a sa place et apporte, y compris à travers le questionnement et les changements qu'il provoque, une évolution précieuse et incontournable pour l'ensemble dont nous sommes. Il s'agit alors d'une invitation à apprendre de l'autre, à se laisser modifier par la rencontre, en s'ouvrant à ce qu'elle peut nous permettre, si nous y sommes prêts.

Le soin est dans cette perspective une co-construction : dans l'équipe, et avec le patient, voir avec les partenaires de soins que sont la famille, et le réseau professionnel.

L'équipe tient sa richesse et sa potentialité des personnes qui la composent, elles aussi dans leur complexité et leur diversité, liée par l'esprit d'équipe qui la potentialise quand l'équipe va bien, la freine ou l'entrave quand l'équipe va mal, d'où l'essentiel du soin de l'équipe.

A qui revient cette dimension de soin d'équipe ? Qui est l'institution ?

La santé de l'équipe sera tributaire du sens qu'elle met à ce qu'elle fait. L'équipe au sens large, c'est tous les professionnels, chacun dans leur fonction et leur responsabilité, à « tous les étages ».

Le conflit de valeurs peut s'exprimer par une perte de sens, qui fait souffrance, qui fait appel car cherche sa résolution. Ne pas l'entendre, en individuel comme en collectif c'est prendre le risque d'une aggravation de la symptomatologie, y compris dans le registre somatique.

Autrement dit, les valeurs de soin s'appliquent aussi au soin de l'équipe, comme prendre soin de notre humanité.

La place de l'équipe, la contenance et l'ancrage institutionnel : le soin de l'équipe

Les soignants expriment un sentiment d'abandon. Ce sentiment peut être perçu comme résonance avec le vécu de Pierre, mais appelle néanmoins une réponse.

L'équipe porte aussi ses capacités de résilience, ses ressources, notamment dans sa capacité à se questionner, à chercher, à mobiliser : l'équipe est mobilisée pour Pierre, et pour elle-même.

Elle est en quête du sens qu'elle souhaite donner au soin de Pierre. La résilience du patient passe par la résilience de l'équipe soignante devant une situation complexe de prise en soin.

Face au trouble neuro-développemental, les protocoles habituels n'ont pas réellement cours. Il s'agit d'inventer. Le prendre soin de l'équipe va se jouer bien sûr dans le management, dans la possibilité pour l'équipe d'à la fois s'appuyer sur un cadre avec des repères, des lignes, et une marge soutenue et sécurisée pour expérimenter, inventer, créer, dans la situation. Dit autrement, le curseur est à ajuster sur l'axe entre protocole et créativité.

### **Propositions et perspectives :**

Toutes les évolutions humaines arrivent aussi à l'hôpital. Les cadres de soin sont à l'épreuve des évolutions sociétales.

Les troubles « entrent et sortent » de la classification DSM en fonction de l'évolution sociétale (ex : sortie de l'homosexualité). Le DSM étant une grille sur laquelle se basent les diagnostics psychiatriques, de façon mondialement consensuelle, et ce, en premier lieu, en vue d'homogénéiser la définition d'un trouble d'une part et des recherches scientifiques d'autre part.

Le DSM est constitué d'une forme de consensus issu des travaux de recherche pour définir les troubles psychiatriques, en deçà, ou au-delà, des différences culturelles.

Cela étant, le même trouble reste perçu très différemment : par exemple une personne schizophrène ne sera pas perçue de la même manière, en Europe et en Afrique (où elle sera perçue plutôt en lien avec les esprits, les ancêtres...)

La perspective neurodéveloppementale du TSA ne doit pas nous faire oublier qu'une personne TSA est une personne à part entière, qui peut aller bien ou mal, présenter des troubles, et donc être soignée. Les soignants, pour connaître leurs patients, doivent aussi connaître ce qui les caractérise.

Nous devons apprendre de toutes les sources, et bien sûr, nous former, autant que possible, à ce que nous comprenons collectivement, donc nous former aux avancées concernant le TSA notamment.

Des formations concernant les TSA se mettent en place au niveau des institutions psychiatriques. Concernant la prise en soin des TSA en psychiatrie, nous serions donc dans une période intermédiaire.

Comment dépasser la rigidité du cadre des troubles neuro-développementaux / troubles psychiatriques au niveau de la prise en soin d'une personne par l'équipe soignante ?

Par un cadre souple qui permette l'invention et l'évolution de pratiques, et prévoyant

le temps de la formation et de la recherche pour tous les corps de métiers dans l'équipe.

- L'éthique de la relation thérapeutique :

La rencontre thérapeutique est souvent hors cadre du représentable ; comme par exemple dans la rencontre avec une personne migrante.

Il s'agit de se confronter à l'irreprésentable, pour nous, du vécu expérientiel de la personne reçue.

L'autre porte une « terre inconnue », qu'il s'agit de pouvoir accueillir dans l'espace thérapeutique, donc de construire un cadre qui va permettre à la personne de faire l'expérience de cet accueil.

- Les humains ne rentrent pas dans les cases, pas plus que les animaux. Les cases sont au service de la compréhension, avec ses limites, sa relativité. Il s'agit de ne pas en faire un absolu.

Ainsi la différenciation entre troubles psychiatriques et troubles neuro-développementaux est une construction. Si elle est rigide, elle pose problème.

### L'éthique de la discussion dans l'équipe

- Le temps de l'élaboration de l'équipe, rappelons-le à nouveau, n'est pas du « temps perdu » mais un incontournable du protocole de soin : il a vocation à construire le sens du soin, avec le patient, en créant une cohérence d'équipe, donc une cohérence de soin.

L'équipe est constituée de personnes sujets, dont les émotions et élaborations constituent le tissu clinique du soin, de par leurs capacités de résonances, d'engagement, de rencontre, de transformations, d'apprentissage.

L'éthique de la discussion dans l'équipe a à prendre en compte le point de vue de chacun autant que possible, et à ouvrir à l'intégration commune de la direction donnée au soin, portée par la place et la parole du médecin, appuyées sur l'expertise de chacun, dans le cadre des missions de service, servies par chacun et tous, ensemble.

Gardons précieusement nos valeurs de service public : ici c'est le service hospitalier qui reçoit Pierre, c'est ce service qui a su créer un milieu adapté, c'est-à-dire qui a su adapter son milieu à l'accueil de sa singularité et de sa quête d'une place dans le collectif, encore à nouveau, au travail. Cela passe, souvent, par « les moyens du bord ». Rappelons le précieux de ses moyens au service du collectif, car Pierre fait partie de nous.

L'association de la direction de l'institution dans des cas nécessitant une flexibilité exceptionnelle des pratiques peut être questionnée. Dans le secteur public, ce processus s'avère plus accessible que dans le secteur privé, facilitant ainsi une réponse institutionnelle rapide et coordonnée. Cette implication de la direction permettrait de légitimer l'assouplissement des pratiques par l'équipe de soin, offrant un cadre officiel et rassurant pour ces ajustements atypiques. Cette démarche pourrait renforcer la sécurité des professionnels dans leurs choix, en validant et soutenant leurs pratiques, et contribuer à préserver la cohésion et le bien-être de l'équipe, tout en respectant les besoins individuels du patient.

Enfin, le management est une part essentielle du soin de l'équipe. Poser et tenir un cadre souple ouvrant à la co-construction du soin et à l'évolution des pratiques n'est pas une petite mission, c'est une gageure. Médecins, cadres, tout dirigeants et/ou coordinateurs a besoin de trouver des formations ajustées, de s'expérimenter encore, d'échanger, comme une pratique elle aussi à l'épreuve des changements sociétaux et constamment remise au travail.

### **Conclusion :**

Les missions et les valeurs du service public sont notamment l'être ensemble, la co-construction, l'accueil « en l'état » de tous et de chacun, dans l'invention et la transformation collective. Cela passe, en psychiatrie, par la rencontre avec le trouble, de la personne accueillie, dans la société qui à travers elle se manifeste, et en nous, soignants.

Il s'agit alors de ne pas se laisser aveugler par le diagnostic, de chercher à contacter la personne, au-delà de la question diagnostique.

Entre les repères de la classification et l'ajustement à une personne singulière, le soin est le lieu de l'invention de la rencontre.

Pour l'équipe qui accueille, il s'agit aussi de la rencontre dans l'équipe, les uns avec les autres, dans une forme de sécurité de lien et de conditions pour une bonne santé de ceux qui accueillent la souffrance psychique.

L'implication de la direction dans ces situations atypiques peut offrir une flexibilité dans les pratiques encadrée. En reconnaissant et en légitimant les ajustements dans les pratiques de l'équipe, elle permet aux soignants de se sentir sécurisés dans leur démarche et les assure d'un soutien institutionnel afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des patients.

Le sens du soin, en tant que tel, c'est vivant, cela se cultive, sans maîtrise parfaite, comme un jardinier à l'écoute de la nature, dans un climat changeant, se trouve à l'écoute de ses propres changements.

Il s'agit alors de quêter le sens dans l'insensé, comme une aventure de vie partagée.