Espace de Réflexion Éthique Bourgogne — Franche-Comté

Réponse du 26/06/2023 à la saisine n° 31-23 relative à un accompagnement complexe au sein d'un dispositif médico-social

Préambule

L'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté met à la disposition de tous les professionnels de santé, associations et usagers de la région une Cellule de Soutien Ethique (CSE)[1].

Dans ce cas précis, la CSE apporte un éclairage éthique collégial et pluridisciplinaire à un groupement de coopération médico-sociale destiné à accompagner des personnes sans abri atteintes de troubles psychiques sévères et ayant des besoins sociaux élevés. Ce dispositif permet un accès direct de la rue au logement et un accompagnement autant que de besoin sans obligation de traitement, dans une optique de réduction des risques et des dommages et de rétablissement en santé mentale.

Pour ce faire, une concertation par visio-conférence a eu lieu le 09.06.2023 en présence de 5 membres du dispositif requérant ainsi que des membres de la CSE et de personnes ressources[2], sollicitées pour leur compétence et leur implication dans la réflexion éthique en santé, afin de mieux comprendre la problématique posée et proposer une aide à la réflexion autour de cette situation.

Note : La CSE n'a pas vocation à se substituer au travail des instances éthiques locales ou aux avis et décisions des équipes, ni aux initiatives déjà mises en place par des équipes mobiles locales ou régionales.

Le présent document ne tient pas lieu de référentiel pour des conduites à tenir.

[1] Pour en savoir plus sur les objectifs et le mode de fonctionnement de la CSE, rendez-vous sur notre site internet : http://www.erebfc.fr/cellule-de-soutien-ethique/presentation-4/

[2] Les membres de la CSE présents à la concertation et les personnes ressources sollicitées recouvraient des professions diverses, permettant la pluridisciplinarité : Pédiatre responsable de l'Equipe Ressource Régionale Soins Palliatifs Pédiatriques, Médecins Psychiatres, Psychologue, Professeur Emérite de Philosophie, Sociologue.

I. PRESENTATION DETAILLEE DE LA SITUATION

L'équipe requérante nous expose la situation de Mr M., un homme de 42 ans, sous curatelle renforcée, qui souffre de schizophrénie, sans suivi régulier, avec une dépendance à l'alcool. Il consommerait de la cocaïne depuis plusieurs mois.

Son parcours d'errance commence en 2017. Il est dans un premier temps hébergé via le 115, puis par l'hébergement d'urgence avant de partir en squat. Il est à l'époque en rupture de soins. Le personnel de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) tente une intervention, un essai de retour aux soins quasi impossible car il est peu visible, très fuyant et menaçant avec l'équipe.
Il finit par être hospitalisé sous contrainte avec intervention des forces de l'ordre et le projet d'accompagnement par l'équipe est travaillé à ce moment-là. Il intègre le dispositif en 2020, suite à son hospitalisation. A ce jour, il a pu être accompagné sur trois logements différents, avec une hospitalisation sous contrainte (et une sortie disciplinaire) entre chacun d'eux.

Depuis le début de son accompagnement la même succession d'évènements se répète :

- Une hospitalisation sur décompensation délirante avec des troubles à l'ordre public ;
- Une fois la reprise du traitement actée et à laquelle il répond bien, Mr M. critique dans un premier temps ses difficultés et ses troubles ;
- Dans le mois suivant la sortie de l'hôpital, il perd le sens de la poursuite du traitement et l'arrête, entrainant une dégradation psychique progressive ;
- Cela entraine des troubles du voisinage, avec plusieurs dépôts de plainte, et un envahissement de son domicile par des personnes à la rue côtoyées auparavant, avec vol de son argent, de ses affaires, suspicion de maltraitances physiques, psychiques, etc. ;
- Dans un premier temps il arrive à solliciter l'aide du dispositif vis-à-vis de ces personnes mais très rapidement il quitte son logement préférant aller vivre en squat et devient inaccessible pour le dispositif ;
- Pendant cette période de vie à la rue, il reprend des consommations addictives (alcool et drogues) ;
- Cette situation aboutit, en raison de troubles à l'ordre public, à une nouvelle hospitalisation sous contrainte, avec intervention des forces de l'ordre. Le dispositif reprend ainsi contact avec lui. S'en suit une sortie disciplinaire au bout de quelques semaines d'hospitalisation.

Suivi médical

Suite à sa dernière hospitalisation, le Centre Médico-Psychologique (CMP) qui suivait Mr M. jusqu'à présent a décidé d'un arrêt de suivi. Son changement de logement, donc de secteur, a ainsi conduit à un changement de CMP et de médecin. Ses problématiques sont bien connues de l'équipe de l'EMPP qui peut se rendre plusieurs fois par semaine à son domicile afin de réaliser ses injections.

Il montre une ambivalence dans son rapport aux soins. Il semble avoir bien identifié l'équipe sanitaire du dispositif et s'en saisit dans les périodes pendant lesquelles il est bien psychiquement. Toutefois, l'accompagnement aux soins s'avère toujours compliqué, même en sortie d'hospitalisation. Il met en avant les effets secondaires du traitement sans pour autant accepter de consulter un médecin

psychiatre pour aborder le sujet. Le lien créé est fragile et conditionné au fait de ne pas avoir de parole invasive à propos de l'accompagnement aux soins.

Le traitement de sa pathologie provoque un déséquilibre : il a besoin d'être en rupture de traitement pour se sentir mieux mais cette rupture occasionne la reproduction du schéma.

Lors des périodes pendant lesquelles il est moins bien psychiquement, les membres du dispositif ont pu constater qu'il entretient une relation complexe voire violente avec des professionnels soignants masculins.

Attentes de Mr M. par rapport au dispositif

Lorsqu'il suit son traitement, Mr M. est demandeur des visites de l'équipe. Il émet le souhait de pouvoir retravailler afin de pouvoir lever sa mesure de curatelle et exprime des projets. Il se montre par ailleurs tout à fait lucide sur sa pathologie et les incidences sur sa vie quotidienne. Il exprime un réel besoin d'aide et d'accompagnement mais il échappe au dispositif à chaque spirale, malgré les maraudes.

A ce jour, il exprime le souhait de ne plus revenir dans son logement.

L'équipe est à mal dans le moyen de communiquer avec cet homme et de pouvoir mener à bien son accompagnement. Elle se montre désemparée par cette spirale. Plusieurs questions se posent alors :

- Quelle position adopter afin de ne pas rompre de lien de l'accompagnement ?
- Faut-il poursuivre l'accompagnement ?

II. DISCUSSION

La problématique principale dans la situation de ce monsieur est celle d'une rupture de soins de façon « cyclique » entravant alors son accompagnement et ses possibilités de réinsertion.

Mr M. semble être une personne qui reste en lien à travers les ruptures relationnelles avec l'équipe de soins mais aussi avec le dispositif. Il met en échec les relations d'aides en agissant en fonction des fluctuations de ses besoins : tantôt il ressent le besoin d'être très entouré, protégé, tantôt il ressent le besoin de se libérer de toute contrainte pour respirer. C'est une personne qui oscille entre la présence et l'absence ; une structure de pensée due à sa pathologie qui est majorée par ses consommations addictives. Sans une continuité de soins, il apparait difficile de borner ces réflexes. L'équipe exprime un sentiment de responsabilité vis-à-vis de la discontinuité des soins de Mr M., notamment en cas de passage à l'acte, en raison de sa pathologie psychiatrique, qui n'est pourtant pas de son ressort exclusif. Ainsi, il apparait compliqué de poursuivre son accompagnement sans un protocole de soins beaucoup plus élaboré et sans un suivi régulier qui permette à l'équipe de s'inscrire pleinement dans son rôle d'accompagnement. La possibilité d'établir un protocole de soin ambulatoire sans consentement ne doit pas être écartée.

Face à ces modalités de fonctionnement singulières la proposition de l'association place l'équipe dans une posture de derniers recours auprès du patient qui n'a pas conscience de toute sa vulnérabilité ou tout du moins n'a pas de demande élaborée autour de celle-ci. L'équipe se trouve ainsi tiraillée entre le dispositif qui permet la rencontre et les limites du dispositif faisant naître une tension éthique chez

les professionnels à travers le sentiment d'abandon de la personne accompagnée lorsque les propositions sont mises à mal.

Mr M. est une personne qui est demandeuse lorsqu'il est bien psychiquement et qui est prêt à saisir l'aide proposée sans que cela ne mène forcément à un aboutissement concret au regard de son incapacité par moments de se saisir des moyens proposés. Cette ambivalence est à entendre comme une modalité fonctionnelle de sa demande d'aide. Ce décalage dans l'accompagnement entre sa temporalité et celle du dispositif occasionne pour l'équipe le sentiment de ne pas être à la hauteur de ce qu'elle souhaiterait proposer. Aussi, toute la question est de savoir **dans quelle mesure le dispositif accepte de penser le champ des besoins de Mr M. de façon discontinue, en miroir de ses propres besoins dans la relation d'aide.** Une acceptation qui doit être mesurée à la fois pour la structure (le cadre de l'association) mais aussi pour l'équipe, en tant que professionnels qui sont face à cette notion d'impuissance.

Il apparait important de souligner que l'équipe fait le maximum et met une énergie considérable au suivi de cet homme. Il ne semble pas y avoir de possibilité pour l'équipe de faire davantage par elle-même ; la compliance de Mr M. à la relation d'aide est limitée par sa pathologie psychiatrique.

Aspects éthiques

Plusieurs principes éthiques sont à prendre en compte dans cette situation :

- Le respect du principe de **bienfaisance :** agir au mieux pour accompagner Mr M. dans ses différents besoins ;
- Le respect du principe d'**autonomie** : proposer une aide à cet homme tout en respectant ses choix et ses limites ;
- Le respect du principe d'**équité :** ne pas sacrifier la prise en charge d'autres personnes accompagnées pour intensifier celle de Mr M.

L'équipe est ainsi face au dilemme suivant : **Agir de façon coercitive, c'est-à-dire proposer des soins, une aide sans le consentement permanent de la personne vs Conserver l'autonomie de la personne accompagnée dans ses choix et dans ses actes, quitte à ce qu'elle abandonne le dispositif.**

La mise en échec de la relation d'aide induite par le trouble psychique sévère de cet homme vient directement attaquer le cadre de la proposition du dispositif. L'équipe doit faire face à un équilibre fragile entre impuissance et abandon.

Aussi, il ne s'agit pas d'une situation d'échec mais du mieux à faire pour lui assurer une certaine sécurité dans la manière dont il vient chercher l'équipe et ne pas complètement l'abandonner, mais aussi pour que l'équipe ne soit pas happée par le sentiment d'impuissance induite par la sensation de ne rien pouvoir construire avec lui. Il apparait important dans cette situation de se décaler dans ses repères habituels en tant que professionnel et dans ce qui réussit avec les autres personnes accompagnées pour faire baisser en intensité le sentiment d'impuissance.

Au regard de l'ensemble des éléments de réflexion, les membres de la CSE émettent plusieurs propositions à l'équipe requérante :

- ✓ Il semble primordial que le dispositif ait un **appui conséquent d'une équipe de soins structurée** qui suive Mr M. sur le long court afin de réduire la fréquence des décompensations, laisser plus de temps de stabilité pour que des choses pérennes puissent se construire. Cette équipe soignante sera alors **responsable de la poursuite des soins de cet homme**.

- ✓ La piste d'intégration d'une **unité de réhabilitation ou de remédiation psycho-sociale** dont l'objectif est de travailler les compétences sociales, d'identifier les « facteurs de décompensation » pour mettre en place des alternatives comportementales pour pallier aux difficultés est également à envisager. Cela pourrait permettre de profiter des moments où il est stable pour compenser ou mettre en place des alternatives afin qu'il ne se dégrade pas : travailler sur ce qui peut pallier pour rendre les traitements plus acceptables, trouver des plans avant le squat, lutter contre la solitude, etc.
  Malgré sa stigmatisation sur le territoire au regard de ses différentes sorties disciplinaires, c'est une piste qui pourrait être tentée ;

- ✓ Enfin, il pourrait être envisagé d'**amener des motivations ou des contraintes externes** afin de bousculer les cycles qu'il répète. Cela peut prendre la forme d'une confrontation au réel via la loi (lors de dégradations du logement) voire la réalisation de soins de façon coercitive. Il existe, au regard d'une dangerosité potentielle, la possibilité de mettre en place un **protocole de soins sans consentement**.

Il est rappelé que la CSE aide à la réflexion en tentant d'éclairer une situation complexe mais n'a pas de rôle décisionnel.