Espace de Réflexion Éthique Bourgogne — Franche-Comté

Réponse du 26/06/2023 à la saisine n° 32-23 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 B., un homme de 34 ans, qui souffre de schizophrénie avec une problématique addictive importante.

Son parcours d'errance commence à l'âge de 17 ans, suite à une mise à la porte de son domicile familial. Il oscille entre une vie à la rue et dans des logements qu'il habite comme des squats. Il est orienté sur le dispositif en 2019.
Depuis le début de son accompagnement, Mr B. a bénéficié de huit logements différents, de passages à l'hôtel et d'un retour à la rue durant une période. Chaque changement de logement s'est effectué dans l'urgence. Les constats suivants sont effectués dans les différents logements :

- Destruction quasi totale avec parfois début d'incendie (dont une fois de façon volontaire) ;
- Sollicitation importante du voisinage avec parfois introduction dans un domicile ;
- Trouble du voisinage important avec des cris nocturnes ;
- Proposition ou demande de stupéfiants ;
- Squats dans le domicile où il ne peut parfois plus avoir accès, après invitation de personnes par « peur d'être seul ».

Le temps passé dans chaque logement varie de moins de 24 heures à 7 mois maximum, la moyenne étant de 3 mois. En général, les plaintes du voisinage arrivent rapidement (dans la semaine). Les différents passages à la rue ne font qu'amplifier ses comportements destructeurs.

Le dispositif a tenté différentes formes d'hébergement, parfois en se rapprochant le plus possible des souhaits de Mr B. (quartier, superficie du logement) ainsi qu'un accompagnement sans logement qui s'est avéré infructueux. A ce jour, il est difficile de connaître réellement ses rêves de logement car ceux-ci varient régulièrement.
Depuis plusieurs mois, il habite un nouveau logement avec un renouvellement de bail hebdomadaire. Il dit s'y plaire et vouloir l'aménager.

Suivi médical

Mr B. a été hospitalisé à cinq reprises depuis son arrivée au sein du dispositif (dont quatre fois en psychiatrie). Les hospitalisations se font souvent sous contraintes avec intervention des forces de l'ordre.

Suite à sa dernière hospitalisation, un étayage de l'accompagnement aux soins a pu être réalisé. L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) le visite chaque semaine pour réaliser son semainier et avoir un regard sur son état physique. Il a d'ailleurs consulté à plusieurs reprises un médecin psychiatre. L'équipe a constaté une stabilisation de son état psychique.

Mr B. ne bénéficie d'aucun suivi en addictologie. Il perçoit sa consommation de produits comme un traitement afin de lui éviter la déprime et les tentatives de suicide. Il est important de mentionner qu'il s'est défenestré à l'automne 2022. Ce geste est apparu comme impulsif mais avec des idées suicidaires présentes pendant un moment.

Attentes de Mr B. par rapport au dispositif

Mr B. attend particulièrement du dispositif une aide par rapport à ses démarches administratives, à la tenue de son logement mais également un dépannage en cas de besoin ainsi que du lien social.

Le logement arrive en troisième position de ses priorités, après le gain d'argent et l'aide médicale. Malgré cela, c'est une personne demandeuse d'un beau logement équipé (TV, canapé, etc.) qui n'arrive toutefois pas à l'entretenir et à l'investir. Il vit dans un coin d'une pièce, « dormant par terre et dans la saleté », se comparant souvent à un animal. Il explique se comporter comme on l'a toujours traité.

Se trouvant en situation de rupture familiale, il considère l'équipe du dispositif comme sa famille mais le lien tissé reste fragile.

Mr B. a des difficultés à gérer son argent. Dès lors qu'il perçoit son allocation, il en dépense la quasi-totalité en produits stupéfiants. Une demande de mise sous protection (curatelle renforcée), dont il avait déjà bénéficié, a été récemment présentée à sa demande afin de limiter le *craving* et lui assurer une couverture de ses besoins hebdomadaires (nourriture, vêtements, etc.).

Voyant les schémas se répéter et craignant de nouvelles problématiques de logements, l'équipe est perdue dans l'accompagnement à proposer à cet homme. Plusieurs questions se posent alors :

- Que faire si le logement actuel s'arrête, sachant que proposer une mise à la rue avant de pouvoir retravailler avec lui est contradictoire avec les valeurs du dispositif ?
- Comment faire pour l'accompagner à trouver de la dignité dans la façon d'habiter son logement ?
- Jusqu'où aller dans son accompagnement ?

II. DISCUSSION

Cette situation donne l'impression que Mr B. est en permanence soumis à des phénomènes hallucinatoires : destructions, besoins de changements d'environnement, incapacité d'élaborer des liens d'attachements sécure.

L'équipe a le sentiment de ne pas travailler au rétablissement de cet homme mais d'œuvrer à la stabilisation de sa situation, ou tout du moins à l'évitement des écueils. Elle exprime une véritable souffrance dans son accompagnement:

- Par rapport à son parcours d'hébergement, ponctué par des déménagements dans l'urgence, qui sont d'une grande violence pour l'équipe, et des phases de remise à la rue par faute de logement qui accentuent ses problématiques. L'équipe est en perpétuelle anticipation du futur logement de Mr B. ;
- Par rapport à sa manière de vivre, dans un logement sale, non investi dû à un décalage entre les valeurs de l'équipe dans ce qu'ils considèrent digne pour autrui et les siennes ;
- Mais également une souffrance par rapport à son absence de suivi en addictologie, que l'équipe vit comme un risque de passage à l'acte.

La situation de rupture familiale de Mr B. donne à l'équipe le sentiment d'être le tout dernier recours pour lui, occasionnant un surinvestissement de son rôle et un sentiment de responsabilité envers lui. Elle prend ainsi la fonction « de le maintenir en vie » en répondant à ses besoins archaïques.

Toute la difficulté et la violence que l'équipe ressent réside dans le fait qu'elle n'a pas accès aux ressentis, au vécu et aux souhaits de cet homme, ce qui accentue le phénomène de projection. L'équipe se retrouve donc à gérer à la fois ses propres émotions et celles projetées sur Mr B. Elle s'évertue à élaborer des projets de vie pour lui, dont il se saisit par la suite.

Il y a un décalage entre ce que l'équipe estime être bien pour lui et ce que lui verbalise, même s'il se résigne parfois à ne pas demander plus. Mr B. semble exprimer avant tout un besoin de contact humain. L'attention et la considération de l'équipe du dispositif semble constituer un contenant suffisant malgré les états d'incuries qu'il semble être capable d'atteindre. Ce niveau de précarité reflète le médiocre niveau d'estime de lui-même, structurelle et fonctionnelle. L'enjeux pour l'équipe est de travailler à considérer celle-ci comme telle, afin de reconnaître son rôle de liant social dans ce contexte de précarité extrême. En effet, il est probable que Mr B. ne partage pas le sentiment de l'équipe quant à l'incurie comme indigne de son statut d'être humain.

Malgré un sentiment d'impuissance, il convient de souligner les réussites de l'accompagnement prodigué par le dispositif depuis quatre ans : un maillage dans son accompagnement aux soins ainsi que la mise en place prochaine d'une mesure de protection juridique. L'équipe fait au mieux avec ce que cet homme leur laisse faire, et n'a pas la possibilité de lui offrir davantage.

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 B. dans ses différents besoins ;
- Le respect du principe d'**autonomie** : proposer une aide à cet homme tout respectant ses choix de vie ;
- Le respect du principe de **non-malfaisance :** ne pas laisser Mr B. dans un environnement qui nuirait à sa santé.

L'équipe est face au dilemme suivant : **Agir pour Mr B. afin de lui assurer des conditions de vie décentes vs Conserver son autonomie en respectant ses choix de vie.**

Elle se retrouve ainsi confrontée à un décalage entre sa façon de vivre, les attentes qu'elle a pour lui ainsi que les attentes de la vie en société. Ce rapport à l'autodestruction de l'autre est très compliqué à gérer dans un collectif. Malgré toute la bienveillance que l'équipe déploie à son égard, il s'avère impossible d'aider une personne malgré elle.

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

- Dans un premier temps, **attendre la mise sous curatelle renforcée** afin d'observer si la limitation du budget fera chuter les consommations toxiques et mènera à une évolution du comportement de Mr B. ;

- Puis, si aucune évolution de son comportement n'est constatée, **réfléchir à la poursuite de son accompagnement** au sein du dispositif ; l'équipe ne pouvant apporter davantage à cet homme et se trouvant en situation de grande souffrance. Mr B. nécessite des soins structurés tant en psychiatrie qu'en addictologie pour rompre le cycle qui met en défaut l'équipe.

- En parallèle, il semble important de travailler au sein de l'équipe à considérer les décalages représentatifs renvoyés par l'incurie autour de la notion de dignité humaine.

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