



Saisine 19

**Réponse du Comité d'Ethique à la Saisine
de l'équipe d'hospitalisation,
portée par le médecin,
concernant la situation de Mme R**

Janvier 2022

Trois membres du Comité d'éthique (CE) du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) sont allés à la rencontre de votre équipe pluridisciplinaire dans une unité d'accueil de l'hôpital, à savoir le médecin, l'interne, l'externe, le cadre, et une infirmière. La patiente était présente en première partie de réunion, qui s'est poursuivie ensuite sans elle. C'est le médecin qui a saisi le Comité. L'équipe semble avoir formulé son sentiment « d'avoir tout essayé », qui transparait comme un sentiment d'impuissance. Bien que le CE ne puisse se substituer à une autre instance institutionnelle, notamment la synthèse clinique, il peut soutenir la réflexion éthique et sur cette base être force de propositions.

Lors de cette rencontre, les membres du CE ont interrogé la priorisation dans les soins, entre le somatique et le psychique, priorisation qui ne pouvait se faire jour tant les symptômes paraissaient intriqués. Les soignants semblaient divisés dans cette dualité entre l'esprit et le corps.

Etat des lieux

Une patiente, qui serait diagnostiquée schizophrène avec une résistance aux thérapeutiques médicamenteuses, refuse de s'alimenter tout en disant s'alimenter normalement. Elle exprime une forme de délire sur ce point, lié à la question de l'image : « être belle », selon la voix de Catherine Deneuve et de Nicolas Sarkozy. Elle peut se faire vomir dans le service, sans qu'un dérèglement du poids ne soit objectivé. Elle n'aurait pas conscience du risque vital engagé : elle ne demande pas à rentrer chez elle, mais ne refuse pas cette éventualité. Cependant, elle résiste quotidiennement aux interventions au niveau de la sphère digestive (gastrostomie, sonde, ou simples incitations), et ne veut aucune aide à l'alimentation dans le cadre d'un retour à domicile, ce qui de fait, pourrait engendrer un risque vital. L'équipe soignante s'interroge sur la poursuite des soins, et leur forme. Elle est en attente de la rencontre avec le CE pour nourrir sa réflexion.

Les propositions émergeant de l'échange ont été : une poursuite de l'hospitalisation, un travail de lien avec la famille, un travail sur l'acceptation du dispositif alimentaire, un accompagnement de la conscience du risque vital, la question des directives anticipées.

La réflexion éthique

La situation peut être lue via la notion de dualité.

La dualité somatique/psychique, que l'on peut qualifier aussi de dualité corps/esprit est la dualité qui ressort le plus. Y-a-t-il une hiérarchie entre les deux ? Peuvent-elles être dissociées l'une de l'autre ? La problématique de la patiente interrogerait le tissage corps/esprit... dans une société souvent binaire, en recherche de solutions aux problématiques qui l'interrogent, elle formule parfois des réponses en tout ou rien. L'équipe soignante pourrait se donner la possibilité de penser d'autres points de vue qui permettraient de dégager d'autres pistes de réflexion, de réponse, en intégrant la notion d'ambivalence, soit non pas « ou » mais « et ».

La notion de « poids stable » de la patiente semble importante pour l'équipe qui y fait référence à plusieurs reprises. Existe-t-il quelque chose de l'ordre d'un acharnement thérapeutique somatique ? Une hypervigilance des soignants sur le poids de la patiente du

fait de la pathologie anorexique ? L'équipe focalise sur l'aspect santé, la patiente sur son aspect physique. Comme si la dualité fonctionnait dans cette opposition bloquée. Peut-être s'agirait-il d'envisager une prise en soin plus globale, une vision plus systémique de la personne.

La seconde dualité qui ressort de cette situation est la dualité hospitalisation/domicile, qui se conjugue assez facilement avec la dualité crise/post-crise ; mais aussi la dualité soin/accompagnement. En effet, il s'agirait d'interroger la continuité des soins, de quelle façon, selon quelles modalités ? Quel serait l'impact de la continuité des soins dans une hospitalisation à domicile ? Comment entendre les désirs de la patiente dans le peu qu'elle exprime ? On est dans un enjeu entre soin (cotation, surveillance, mesure du poids...) et accompagnement (prise en compte de l'environnement, dépassement d'un risque d'acharnement concernant le soin...). La patiente ne s'oppose pas à rester dans le service et apprécie le travail de l'équipe, preuve qu'elle y trouve quelque chose de l'ordre de l'accompagnement alors que l'équipe semble plutôt dans une logique de soin.

Par rapport à cette dualité entre soin et accompagnement, on peut relever les valeurs suivantes en question dans la situation : l'autonomie, la liberté, versus la contrainte, le désir, et la possibilité, dans l'autonomie, de s'inscrire dans sa propre loi, la question du sens du symptôme, le soin, l'accompagnement, la sollicitude, la passivité active, la considération.

La sollicitude c'est la responsabilité pour le fragile, selon Paul Ricoeur.

Reprenant nos travaux avec Pierre Olivier Monteil, nous pouvons distinguer fragile et vulnérable. La fragilité est constitutive (ex : la porcelaine est fragile). La vulnérabilité se constitue d'un rapport à l'extérieur, elle est liée à un facteur contextuel venant de l'extérieur (Ex : la maison qui perd son toit devient vulnérable).

L'humain est fragile. Pour Ricoeur nous sommes disproportionnés : nous avons des perspectives sur l'absolu, l'infini, mais nous sommes fragiles, non absolus et finis.

C'est parce que nous sommes fragiles que nous ne pouvons faire autrement que de compter les uns sur les autres.

Citons également le modèle « tubaire » du soin, de Paul Ricoeur, comprenant 3 composants (estime de soi/sollicitude/justice) qui circulent entre soignant et soigné et qui correspondent au triple soin :

1/ dans la relation de soin, le soignant se soigne lui-même dans une forme d'attention à soi, selon une première valeur, une vertu éthique, qui est l'estime de soi. Le **Souci de soi** c'est le souci de son identité, du sens de son travail, de l'estime de soi, du sens de sa vie.

2/ dans la relation de soin il y a la rencontre d'autrui, c'est la sollicitude, soit la capacité de rencontrer une seule personne à la fois. Le **Souci d'autrui** c'est le souci de sa souffrance, de son mal, de sa mort, de son plaisir, de sa « solitude » (on n'est pas à sa place...on ne peut penser ni savoir à sa place), c'est-à-dire la sollicitude, la vraie sympathie.

3/ dans la relation de soin il y a également les autres, qui attendent leur tour, d'où notion de justice. Le **Souci des autres** implique une dimension de la justice : ce que je fais pour l'autre, je dois pouvoir le faire pour tous les autres.

Enfin, les dernières notions en dualité qui ressortent des différents travaux sont inscrites dans la dualité patiente/équipe. Elle apparaît fondamentale, la relation ne se faisant, après tout, qu'entre le soignant et le soigné, celui qui prodigue les soins et celui qui les reçoit. Or la temporalité, la confiance, la liberté et la contrainte sont autant de notions à prendre en compte dans le rapport interindividuel en action entre la patiente et l'équipe de soin pluri professionnelle. Il conviendrait de réfléchir d'une part à la confiance que l'équipe pourrait avoir en la patiente, et d'autre part à comment celle-ci pourrait accorder sa confiance à l'équipe, sachant que cette équipe s'engage pour elle. Et enfin, il s'agirait de faire confiance à la personne pour trouver ses propres réponses. Pour cela, une piste serait l'idée de pouvoir partager de façon plus horizontale les éléments sur la situation, les réflexions, les propositions, c'est-à-dire les partager de façon moins « descendante ». Ainsi, une réévaluation de la manière de faire pourrait émerger de ce partage des réflexions au sein de l'équipe... et avec la patiente.

L'équipe prendrait alors appui sur la part de savoir situé du côté de la personne, du patient (cf le document de synthèse du 23 .7.2020 « Soutenir et encourager l'engagement des usagers » par l'HAS).

Respecter la patiente dans sa temporalité, dans la gestion de son corps, pose la notion des limites de l'intervention soignante.

Enfin, l'équipe soignante n'est-elle pas à inclure dans la problématique ? Le sentiment d'impuissance évoqué face à la situation pourrait suggérer peut-être de prendre soin des soignants. Leur démarche auprès du comité d'éthique pourrait d'ailleurs être interprétée comme un appel en ce sens. Autrement dit, la question ne serait pas seulement « que » décider » mais "comment, dans quelles conditions décider ? ». Cela pourrait passer peut-être par un travail de l'équipe soignante sur elle-même, autour de la question « comment pouvons-nous nous entraider dans cette situation ? »...

Quand on bute sur l'impression d'être à bout, ou d'être au bout, c'est peut-être cela qui permet de trouver l'énergie pour poursuivre malgré tout. Autrement dit, ce qui peut faire surgir au cœur du doute de l'espoir.

C'est une manière d'ajouter au triptyque estime de soi/sollicitude/justice la dimension collective de l'estime de soi quand elle rime avec un « nous ».

Cela confirme que les soignants doivent prendre soin d'eux, pour autant que l'organisation hospitalière et l'institution leur en donne les moyens, notamment en tant qu'espaces de paroles.

En Laponie, le soin du patient est fait en coopération avec l'ensemble des soignants, de la famille, des connaissances du patient.

Pourquoi ne pas imaginer un dispositif de soin afin de ramener de l'ethnopsychiatrie au sein des prises en soin ? L'ethnopsychiatrie est transposable dans notre mode de prise en soin occidental. Il s'agit alors d'entendre les dires d'une personne, puis de demander aux autres/ à l'autre ce qu'il(s) pensent de ce qui vient d'être dit, et ainsi de suite.

Cela existe notamment dans les synthèses de situations, synthèses où sont invitées d'autres personnes. A ceci près que ces synthèses demandent organisation et temps... Mais ce temps

investi apporte beaucoup au cours de la suite de la prise en soin du patient, et permet finalement d'en gagner.

Ainsi, la complexité d'une situation n'est pas éludée, mais mise sur la table, et au travail. C'est souvent ainsi, autour d'une table, qu'émergent des possibilités nouvelles, jusqu'alors restées dans l'ombre.

Autrement dit, rassembler divers intervenants, y compris extérieurs, développer la prévention primaire et secondaire... et intégrer le patient à nos questionnements, peut ouvrir d'autres voix.

Enfin, il apparaît que la qualité cultivée des relations entre les membres de l'équipe pourrait être le terreau des possibilités d'invention et d'ajustement avec la patiente.

Dans cet entre-deux intégrant le corps et la psyché, la place donnée et reconnue de la patiente dans la construction des soins est ici à la fois essentielle et interrogée, comme dans l'ensemble de nos rencontres thérapeutiques avec nos patients.