

<p>3^{ème} Séance</p> <p>Le 25/03/2022</p> <p>EPSM AG</p>	<p>Situation analysée :</p> <p>Une patiente de 40 ans bénéficie d'un suivi régulier sur le secteur (ambulatoire et intra hospitalier) dans le cadre de troubles anxieux, avec une phobie sociale, des attitudes d'hyper vigilance, des TOC de lavage, un syndrome de stress post traumatique en lien avec une problématique d'inceste.</p> <p>Elle est suivie par une psychiatre en CMP. Elle a vécu plusieurs hospitalisations pour idées suicidaires, notamment suite à des problèmes de couple. Mère de 2 enfants de 5 et 2 ans ½, elle a, par le passé, porté plainte contre son conjoint.</p> <p>Très rapidement, la patiente amène la question de la sexualité, décrivant un conjoint ayant des demandes pressantes vis-à-vis d'elle, auxquelles elle a des difficultés à répondre favorablement, engendrant des violences conjugales importantes de la part de Monsieur.</p> <p>Madame a un bon investissement du suivi. Elle rencontre la psychologue lors des permissions. Elle décrit l'environnement hospitalier comme extrêmement sécurisant et l'équipe maternante vis-à-vis d'elle.</p> <p>Au moment où l'assistante sociale lui trouve un nouveau logement (différent du conjoint), pour elle et ses enfants, elle verbalise des difficultés à se retrouver seule et à assumer les enfants. Par la suite, elle sera en demande d'hospitalisation, avec plusieurs allers et retours.</p> <p>De présentation très frêle, elle éveille l'envie de l'aider (équipe de l'intra, psychologue et assistante sociale).</p> <p>Quelques mois plus tard, alors que Madame est hospitalisée, le chef de pôle est informé que, lors d'une permission, elle a déposé plainte contre un IDE du service, déclarant avoir été victime de comportements inappropriés, soit d'attouchements sexuels. De plus, sur le PV est notifié qu'elle en a parlé à la psychologue qui l'aurait fortement incitée à porter plainte...</p> <p>L'IDE accusé est très apprécié des membres de l'équipe. Ces derniers se décrivent en difficulté dans la poursuite des soins pour Madame, par rapport à la neutralité requise, se disent éprouvés par l'état du collègue incriminé, et la crainte d'être eux-mêmes victimes d'accusations.</p> <p>L'infirmier accusé vit très mal la situation mais ne souhaite pas d'arrêt maladie. Est donc resté en poste.</p> <p>A noter que la patiente a indiqué avoir révélé, à sa mère et ses frères et sœurs, la situation d'inceste vers l'âge de 15-16 ans et a indiqué que le groupe familial a fait bloc contre elle et l'a rejetée.</p> <p>A noter également que la plainte a été classée sans suite.</p>
<p>Informations complémentaires</p>	<p>Informations utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au moment de la révélation de la situation d'inceste (vers 15-16 ans), pas de dépôt de plainte de la patiente. ✓ A l'époque des faits, aucun élément relatif à une éventuelle enquête. ✓ « La psychologue l'a fortement incité à porter plainte » : la patiente a oublié de signifier à la police qu'elle avait un suivi en libéral, et qu'il s'agissait de cette psychologue libérale. ✓ Dans le service, certains soignants tutoient la patiente et peuvent avoir des contacts physiques comme le toucher dans la relation d'aide. ✓ Au moment où elle a déposé plainte contre l'IDE, un projet de sortie s'élaborait : n'a-t-elle pas mis en place, consciemment ou

	<p>inconsciemment, quelque chose de similaire à la situation rencontrée lors de son adolescence ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elle avait signifié être en grande difficulté par rapport au projet de sortie, à la psychologue et à la psychiatre également. ✓ Dès la plainte, tout s'est compliqué et la psychiatre a indiqué « Je ne pourrai plus la suivre. ». ✓ L'équipe soignante est composée d'une majorité d'infirmiers hommes. ✓ L'IDE ne voulait plus entendre parler de la patiente. La patiente cherchait à voir s'il était encore là, observait comment il se comportait vis-à-vis d'elle, disant « Tout ce que je veux c'est qu'il dégage. ». ✓ Le doute subsiste : d'un côté comme de l'autre, avec le « classement sans suite » finalement. Pas de non-lieu en raison de l'absence de preuve de part et d'autre. ✓ L'IDE est en fin de carrière et dispose d'une réputation sans tâche.
<p>Quel est le contexte de la situation ?</p>	<p><u>Quels sont les acteurs directement concernés par la situation ?</u> La patiente – Les autres patients hospitalisés – L'IDE accusé – La psychologue – L'équipe soignante et la psychiatre – L'encadrement – Le mari (et les 2 enfants) – Direction de l'EPSM (DRH)</p>
<p>Quels sont les enjeux de la situation ?</p>	<p><u>Quels sont les enjeux perçus par les acteurs de la situation ? Que peuvent-ils ressentir ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la patiente : elle souhaite être crue et que l'IDE soit affecté ailleurs afin que lui soit démontrée la prise en compte de ses dires par la hiérarchie hospitalière (décision de l'instance soignante), plus qu'au niveau du service. Être reconnue dans sa souffrance de l'agression qu'elle aurait subie. Faire reconnaître cette agression dans la mesure où « son inceste » n'a été reconnu, ainsi cette condamnation permettrait de régler des choses. Recherche de reconnaissance et non pas de rejet, comme elle l'a vécu avec sa famille. • Pour les autres patients : déstabilisation de l'équipe soignante et changement d'organisation. S'ils ont l'information, les hommes peuvent ressentir la peur de faire l'objet d'une plainte également. Pour les femmes, peur que l'infirmier puisse agir de la même façon avec elles. Risque de clivage entre patients, avec ceux chez qui ça va résonner du côté de la « victime » et ainsi vont se positionner en tant que victime de cet IDE et régler des comptes avec l'équipe, et ceux qui vont se positionner du côté du « coupable désigné ». • Pour l'IDE : faire reconnaître qu'il n'a rien fait. En tant que professionnel en fin de carrière, c'est affreux pour lui. Calomnié, il réfléchit à un dépôt de plainte pour diffamation afin que soit reconnu qu'il n'ait rien à se reprocher. • Pour la psychologue : en difficulté par rapport aux indications apportées lors du dépôt de plainte, quant à l'idée de ce que l'équipe a imaginé de son rôle dans cette situation. Enjeu de justice : qu'est-ce qui est juste de faire dans cette situation ? Enjeu de la neutralité, d'une distance à maintenir afin de pouvoir continuer le suivi de la patiente. • Pour l'équipe soignante et la psychiatre : si les choses s'avèrent vraies, la responsabilité de la psychiatre est-elle mise en cause ? Doit-elle soutenir ou pas le collègue ? Continuer la prise en charge de la patiente ou pas ? • Pour l'encadrement : adaptation du planning de l'IDE afin qu'il ne croise pas la patiente. Peut-on continuer à suivre un patient qui a porté plainte contre un

	<p>membre de l'équipe ? Il s'agit d'une personne malade, qui a des problèmes... N'est-ce pas le sens de notre travail ? L'infirmier est un être humain. Concernant le tutoiement, c'est l'occasion de se re questionner collectivement et de reprendre les règles de fonctionnement sur la façon de parler et de se comporter avec les patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour le mari : le mari peut à la fois comprendre son épouse, mais il peut aussi l'accabler ; il peut être inquiet qu'elles se retrouvent sans soin. • Pour la Direction de l'EPSM : Elle peut se questionner sur la moralité de l'IDE (ai-je un prédateur sexuel dans mon équipe ?). La renommée de l'Etablissement peut être entachée si un article paraît dans la presse.
<p>Quelle est la problématique éthique ?</p>	<p><u>Pourquoi la décision est-elle difficile à prendre pour l'équipe soignante ? Quelles sont les valeurs ou/et les règles en tension ?</u></p> <p>La question du respect de la patiente se pose, de même que le respect de l'IDE accusé. Tous deux ont droit à des décisions justes les concernant. Comment traiter les deux protagonistes au mieux ?</p> <p>Quel sera le meilleur accompagnement possible de la patiente dans la circonstance ? Comment lui garantir une neutralité dans sa prise en charge (la patiente est pressentie par l'équipe comme coupable d'affabulation et de diffamation).</p> <p>Il y a ici une grave question de justice et du point de vue de l'hôpital : quelles sont les conditions à mettre en place pour que la patiente soit bien soignée ? Comment traiter l'IDE sans qu'il soit présumé coupable ?</p>
<p>Quelles sont les ressources de l'équipe soignante ?</p>	<p><u>Quelles sont les principales compétences requises pour bien gérer cette situation ? Quels outils utiliser ? Quels partenaires solliciter ? Quelles autorités avertir (en interne et en externe) ?</u></p> <p>La police est un partenaire dont la mission est d'instruire la plainte de la patiente. La psychologue du travail peut recevoir les professionnels en difficultés.</p> <p>Un temps de parole peut être aménagé pour l'équipe, afin d'évacuer et redonner du sens clinique : qu'est-ce qui a amené la patiente à agir comme cela, quels sont ses enjeux ?</p> <p>Le service juridique peut être sollicité afin d'aider le professionnel à porter plainte aux fins d'être reconnu.</p> <p>Les autres équipes de l'Etablissement : selon la pathologie de la patiente, elles peuvent éventuellement l'accueillir.</p>
<p>Quelles sont les ressources des autres acteurs ?</p>	<p><u>Quels sont les « leviers » à la disposition de chacun des acteurs pour faire valoir son point de vue (moyens d'action), ses attentes et/ou ses droits ?</u></p> <p>La direction a la possibilité d'entériner le déplacement de la patiente ou le déplacement de l'IDE dans un autre service.</p>

<p>Quel est le cadre normatif (cadre juridique, déontologique, éventuellement moral) ?</p>	<p>La Charte du Patient Hospitalisé (2006) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Page 19 : dans les principes généraux, nous retrouvons l'article 1 relatif au choix de l'établissement, l'article 2 relatif à la qualité de l'accueil, des traitements et des soins <p>Les patients hospitalisés en psychiatrie bénéficient d'un autre statut que les autres patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Article L 3211-1 : « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille, dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de son choix... », ce qui ne veut pas dire que l'équipe de leur choix est obligée de leur répondre favorablement • Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination, que soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, ses opinions politiques, ou sa religion, sa race, ses caractéristiques génétiques. Il semble que le fait que la personne soit considérée comme une menteuse, est une forme de discrimination, en tout cas une forme d'exclusion dans la mesure où on ne sait pas si la dame fabule, si l'IDE est à mettre en cause ou pas... • La continuité des soins est à assurer, quel que soit le sentiment ou le ressentiment de l'un et de l'autre. Par conséquent, l'implication de l'administration hospitalière est tenue de garantir la continuité des soins, quel que soit le positionnement de l'équipe par rapport à la patiente. <p>Code de déontologie médicale (textes du Code de la santé publique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principe de non-discrimination (R 4127-7) • Question du libre choix (R 4127-6) • Devoirs envers les patients et la qualité des soins...
<p>Quel est le cadre éthique ?</p>	<p><u>Quelles sont les vertus à mettre en place dans la décision et l'accompagnement de la / des personnes : respect, responsabilité, courage, justice, pondération ?</u></p> <p>Les 5 vertus éthiques primordiales pour les soignants prenant en soins la patiente (pour une décision efficace et légitime) sont : <u>respect</u> (prise en compte des intérêts fondamentaux de la personne et le tenir pour un égal) ; <u>responsabilité</u> ; <u>courage</u> ; <u>pondération</u> ; <u>justice</u>.</p> <p>Les plus importantes sont ici : le respect (des personnes concernées), la pondération (éviter que les esprits ne s'enflamment et restent calmes), la justice (quels sont les faits ? quelles décisions justes prendre envers l'un ou l'autre), la responsabilité (de la patiente et celle de l'IDE qui doivent être aidés, voire secourus, responsabilité de la hiérarchie de l'IDE), le courage (toute décision sera dérangeante à un moment donné, nous n'arriverons pas à quelque chose de consensuel).</p>

Hiérarchisation des décisions

Quelles seraient les décisions possibles pour l'équipe, au nombre de 4, en partant de celle qui serait la plus injuste, déontologiquement, moralement et juridiquement ?

	Avantages	Inconvénients
<p>D. 1 A compter de la plainte contre l'IDE, le médecin signifie à la patiente la fin de son hospitalisation, sans proposition d'organisation d'un nouveau suivi.</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;">Du point de vue d'un soignant, cette décision</p> <p style="text-align: center;">. inacceptable</p>	<p>Pour la patiente : elle n'est plus avec l'agresseur.</p> <p>Pour les autres patients : pas d'avantage.</p> <p>Pour l'infirmier : il se sent soutenu, restauré dans son honneur.</p> <p>Pour la psychologue : pas d'avantage.</p> <p>Pour l'équipe soignante : elle est confortée dans l'idée que le dépôt de plainte n'est pas fondé. Elle se sent encore plus soudée sur le moment.</p> <p>Pour l'encadrement : si le positionnement est sur la même ligne que l'équipe, même avantages que l'équipe.</p> <p>Pour le mari et les enfants : pas d'avantage.</p> <p>Pour la direction de l'EPSM : pas d'avantage.</p>	<p>Pour la patiente : elle ne bénéficie plus de soins.</p> <p>Pour les autres patients : ils peuvent se dire qu'ils peuvent être exclu du service également, ce qui est anxiogène.</p> <p>Pour l'infirmier : pas d'inconvénient ; s'il était coupable, il reste avec son méfait.</p> <p>Pour la psychologue : il y a rupture de la prise en charge et le sentiment d'être esseulée, et elle peut avoir le sentiment d'incompétence.</p> <p>Pour l'équipe soignante : il y a absence de remise en question, la patiente est identifiée comme coupable d'affabulation. Elle renonce à toute réflexion (tutoiement...), ce qui est dommageable pour une équipe (qui dit justice dit rapport à la vérité et aux faits, or, il y a absence d'objectivation des faits).</p> <p>Pour l'encadrement : s'il se pose quelques questions, s'il se dit qu'il y a un problème quelque part, absence d'approfondissement.</p> <p>Pour le mari et les enfants : s'il n'y a plus de soins, cela pose souci.</p> <p>Pour la direction de l'EPSM : s'il y a passage à l'acte suicidaire dans les suites, il peut y avoir une responsabilité de l'établissement ? (Tout dépendra du délai entre l'acte et la date de sortie).</p>
<p>D.2 L'encadrement décide de laisser la situation en l'état : la patiente reste dans le service, l'IDE également, sans explication (comme on ne sait pas qui a tort)</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;">La décision est, du point de vue du soignant :</p> <p style="text-align: center;">. inacceptable</p>	<p>Pour la patiente : si elle a un fonctionnement pervers, elle peut retirer une jouissance par rapport à la présence de l'IDE. Elle reste cependant soignée.</p> <p>Pour les autres patients : ils peuvent se dire : « on peut faire ce qu'on veut ».</p> <p>Pour l'infirmier : pas d'avantage.</p> <p>Pour la psychologue : aucun avantage.</p> <p>Pour l'équipe soignante : aucun avantage.</p>	<p>Pour la patiente : elle n'est pas prise en compte, elle se sent victime d'une injustice, et ne se sent pas respectée.</p> <p>Pour les autres patients : le climat du service est délétère et donc insécurisant.</p> <p>Pour l'infirmier : sa parole n'est pas prise en compte, et il a des difficultés à côtoyer cette patiente au quotidien, ce qui ravive sa souffrance.</p> <p>Pour la psychologue : elle ressent une insatisfaction.</p>

	<p>Pour l'encadrement : aucun avantage</p> <p>Pour le mari et les enfants : la patiente reste soignée.</p> <p>Pour la direction de l'EPSM : pas d'avantage.</p>	<p>Pour l'équipe soignante : elle ressent une insatisfaction de ce que justice n'a pas été rendue, et l'ambiance de service est mauvaise.</p> <p>Pour l'encadrement : elle ressent de l'insatisfaction ; cette situation laissée en l'état pourrait être une « bombe à retardement ».</p> <p>Pour le mari et les enfants : la patiente est soignée mais pas dans de bonnes conditions.</p> <p>Pour la direction de l'EPSM : c'est une bonne décision de façade, car elle risque d'avoir des inconvénients notamment un accroissement des risques psycho-sociaux et du turn-over dans le service.</p>
<p>D. 3 L'équipe décide de faire soigner la patiente sur un autre secteur lors de ses hospitalisations tout en maintenant le suivi ambulatoire, avec explications à la patiente.</p> <p>-----</p> <p>A la place des soignants, cette décision est</p> <p>. acceptable (solution la moins mauvaise en raison de multiples inconvénients)</p>	<p>Pour la patiente : elle peut se sentir respectée. Elle n'est plus avec l'agresseur supposé.</p> <p>Pour les autres patients : il y a apaisement du service.</p> <p>Pour l'infirmier : c'est sécurisant car il ne côtoie plus la patiente. Il se sent soutenu.</p> <p>Pour la psychologue : la patiente conserve la possibilité d'une hospitalisation en cas de nécessité.</p> <p>Pour l'équipe soignante : cette décision permet de trouver une solution au problème, sans rupture de soin.</p> <p>Pour l'encadrement : idem que l'équipe.</p> <p>Pour le mari et les enfants : il y a poursuite de la prise en charge si le changement se passe bien.</p> <p>Pour la direction de l'EPSM : l'intérêt de la patiente est préservé.</p>	<p>Pour la patiente : elle peut avoir un vécu d'injustice et considérer qu'elle est prise pour une menteuse : incompréhension, absence de prise en compte de sa parole contre l'infirmier. En somme, elle peut vivre le changement de service comme une punition.</p> <p>Pour les autres patients : ils risquent de ne pas être entendus s'il arrive quelque chose.</p> <p>Pour l'infirmier : il y a persistance d'un flou car la problématique n'est pas traitée.</p> <p>Pour la psychologue : il y a la mise en risque d'une autre équipe, même si l'équipe est informée...</p> <p>Pour l'équipe soignante : il peut y avoir des tensions avec l'autre équipe, et un sentiment d'échec. Elle peut attendre de la réciprocité d'échange de patients (ce qui est courant dans des équipes de psychiatrie).</p> <p>Pour l'encadrement : la réflexion est empêchée car le problème est évacué.</p> <p>Pour le mari et les enfants : pas d'inconvénient.</p> <p>Pour la direction de l'EPSM : le problème de justice n'a pas été réellement traité ; cette décision est « dans le doute » et « faute de mieux ».</p>
<p>D.4 L'infirmier est amené à changer de service, tandis</p>	<p>Pour la patiente : sa demande est prise en compte.</p>	<p>Pour la patiente : elle fait face au ressentiment de l'équipe.</p>

<p>que la patiente reste dans le service</p> <p>-----</p> <p>A la place des soignants, cette décision est</p> <p>. inacceptable si l’infirmier est contraint</p> <p>. acceptable si l’infirmier est moteur ou adhère à la décision de changement de service</p>	<p>Pour les autres patients : ils peuvent avoir un sentiment de toute puissance.</p> <p>Pour l’infirmier : selon son vécu, il ressent un sentiment de protection.</p> <p>Pour la psychologue : elle apprécie la continuité du soin pour la patiente.</p> <p>Pour l’équipe soignante : pas d’avantage.</p> <p>Pour l’encadrement : il n’y a plus de nécessité d’adapter le planning de présence de l’IDE, et il faut organiser l’intégration d’un nouvel IDE</p> <p>Pour le mari et les enfants : la patiente continue à être soignée.</p> <p>Pour la direction de l’EPSM : pas d’avantage.</p>	<p>Pour les autres patients : il y a clivage avec expression d’un ressentiment : il y a ceux qui sont pour l’équipe, et ceux qui sont pour la patiente.</p> <p>Pour l’infirmier : selon son vécu, il peut se sentir sanctionné alors qu’il est innocent.</p> <p>Pour la psychologue : le problème que pose la patiente n’est pas réfléchi.</p> <p>Pour l’équipe soignante : cette décision est extrêmement insécurisante : elle peut avoir l’impression d’être sur un siège éjectable au moindre doute.</p> <p>Pour l’encadrement : l’équipe perd confiance en eux.</p> <p>Pour le mari et les enfants : impacts négatifs si la patiente est moins bien soignée.</p> <p>Pour la direction de l’EPSM : elle peut subir l’animosité des équipes, l’amertume, la perte de confiance, en raison du fait que l’équipe ne se sent pas reconnue ni soutenue.</p>
--	---	--

Le filtre décisionnel POUR LA DECISION CHOISIE : D.3	Oui / non
<u>1. La décision est-elle légale ?</u>	OUI
<u>2. L'équipe/le professionnel qui prend la décision fait-elle/il preuve de justice envers le patient, et de courage ?</u>	OUI envers l'IDE NON envers la patiente.
<u>3. Est-elle respectueuse du patient ? (Suscite-t-elle son autonomie décisionnelle ?)</u>	NON
<u>4. Est-elle respectueuse des autres acteurs de la situation ? (Rencontre-t-elle leur intérêt ?)</u>	OUI
<u>5. Est-elle conforme à la mission du service concerné, et à la mission de service public de l'hôpital ?</u>	OUI
<u>6. Serais-je capable d'argumenter sereinement cette décision devant un supérieur hiérarchique ?</u>	OUI
<u>7. Les règles qui justifient ma décision sont-elles généralisables au fonctionnement de tous les EPSM (en général) ? -> donner une information loyale à la hauteur de ce que peut comprendre la patiente en vue de la rendre active de son projet</u>	OUI
<u>8. Si le patient était un de mes proches, approuverais-je cette décision ?</u>	OUI
<u>9. Puis-je en être satisfait(e) en tant que professionnel(le) ?</u>	OUI mais pas totalement
<u>10. Pouvons-nous anticiper des conséquences positives pour le patient à court, moyen ou long terme ?</u>	OUI avec la continuité des soins

La décision remportant des OUI et des NON, elle est par conséquent acceptable, comme étant la moins mauvaise.

En pratique et en toute honnêteté, la décision D4 est réaliste et se fait, en enrobant les choses.

Concernant la patiente, s'est-on posé la question de l'intérêt pour cette malade de mentir à ce point-là ? C'est un symptôme... ou pas... Qu'est-ce qui a pu l'amener à penser cela ? On ne sait pas si elle ment. Elle peut tout à fait dire la vérité. Nous sommes dans l'incertitude. Elle a pu dire sa vérité. Elle

peut également avoir vécu un acte qui n'est pas considéré comme agression sexuelle dans la population générale, mais vécu comme tel.

L'enjeu éthique principal de cette situation est la présence de soignants qui ne sont plus neutres ; et par conséquent la seule manière trouvée afin de restaurer une forme de neutralité chez les soignants est la solution D.3.

A moyen terme ce n'est pas satisfaisant pour la patiente, mais il y a une continuité des soins.