

<p>4^{ème} Séance Le 07/10/2022 EPSM VLA</p>	<p>Situation analysée : Monsieur L., 43 ans, marié, père de 2 enfants (12 et 8 ans), magasinier dans une entreprise, est admis en SPL pour syndrome dépressif, décrit comme reposant sur des thèmes professionnels, et ne se sentant pas suffisamment pris en considération par ses supérieurs. Dans ses antécédents, on note des conduites d'éthylisation, son père étant décrit comme alcoolique violent, ayant rendu son enfance difficile ainsi que la vie de sa mère. 3 ans auparavant, devant sa glace, il a vu l'image de ce père et a décidé d'arrêter toute consommation par une démarche autonome. Il présente donc un syndrome dépressif d'intensité sévère, l'hospitalisation étant à son sens l'ultime tentative d'aller mieux, avant suicide. Il révèle des failles d'identification, ne parvenant pas à trouver une bonne image de lui-même. Il bénéficie d'un traitement à base d'antidépresseurs, d'entretiens psychothérapeutiques par son psychiatre, d'une prise en charge (PEC) par la psychologue du service, ainsi qu'une PEC en Activités Psycho-Socio Thérapeutiques (APST) à visée de renarcissisation. Il passe la majorité de ses temps libres dans sa chambre à réaliser une maquette. Au bout de 15 jours son état s'améliore, permettant d'organiser une « sortie de courte durée » à son domicile, avec sa famille, qui confirme l'amélioration et permet d'organiser la sortie définitive à un peu plus de 3 semaines, avec un suivi psychiatrique au CMP et un suivi par la psychologue de l'EPSM. 6 mois plus tard, il présente une nouvelle décompensation dépressive conduisant son médecin traitant à nous le réadresser en SPL. Le même schéma thérapeutique est mis en place, mais Monsieur L. intègre un groupe de patients, connus de lui pour certains, lors de sa première PEC. Ce groupe met pleinement en œuvre la liberté d'aller et venir, quittant par les portes ouvertes le service sans prévenir les équipes, parfois au détriment des APST, voire se réunissant dans la chambre de l'un ou l'autre, au nom de « l'espace privé », raillant parfois le membre du personnel qui viendrait lui en faire la remarque. La qualité des soins de Monsieur L. s'en ressent, la participation aux APST étant irrégulière ; quant aux entretiens avec le psychiatre ou la psychologue, ils sont tributaires de la présence ou non de Monsieur L. dans le service. L'équipe, globalement désabusée, répond par un laconique « on ne sait pas où il est, mais on peut l'appeler sur son portable », « s'il répond on donne suite... ». Dans cette même dynamique de groupe, de l'alcool est ramené dans le service par pour Monsieur L., mais pour un autre patient qui n'est pas autorisé à sortir. Que doit faire l'équipe soignante de SPL pour ce monsieur ?</p>
<p>Informations complémentaires</p>	<p>Informations utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Haute Autorité de Santé : nouveau manuel ✓ Liberté d'aller et venir au sein de l'unité fonctionnelle ✓ Contrôleur des lieux de privation de liberté : recommande l'ouverture des portes
<p>Quel est le contexte de la situation ?</p>	<p><u>Quels sont les acteurs directement concernés par la situation ?</u> Le patient – Le groupe de patients – les autres patients qui assistent au phénomène – l'équipe soignante – la famille – les psychiatres – l'institution (en tant que collectif avec la direction, la communauté médicale, les soignants).</p>

Commenté [PS1]: Quel est son titre ? Que dit-il qui concerne notre sujet ?

<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 le patient : se renarcissiser, aller mieux au plan de sa dépression, se sentir exister dans le respect de ses droits. • Pour le groupe de patients : revendiquer leur droit, contrecarrer les règles institutionnelles (ne pas amener de l'alcool). • Pour les autres patients : membres non actifs ; ils sont exclus des rencontres de ce groupe, et peuvent mal le vivre, ou au contraire trouver que ce qu'il fait ne devrait pas se faire. • Pour l'équipe soignante : faire respecter les règles, assoir sa crédibilité, elle a besoin de cohérence. • Pour la famille : que leur proche aille mieux, avoir des moments de répit. • Pour les psychiatres : amélioration de l'état de santé du patient, crédibilité, absence d'émulation négative, que le service reste calme, vigilance sur la dynamique de groupe (elle peut pousser des patients qui ne boivent pas, à boire). • Pour l'institution : crédibilité, efficacité (que les patients retirent ce qu'ils viennent chercher en étant hospitalisés). Réflexion sur les PEC, le cadre et le respect des bonnes pratiques.
<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>Obligation de soins et cadre institutionnel.</p> <p>Règles en tension :</p> <ul style="list-style-type: none"> . respect des droits des patients . respect des règles institutionnelles qui s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques. <p>La tension éthique principale est la recherche de qualité et de sécurité des soins, en confrontation avec le respect de l'intimité et des libertés des patients.</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> <ul style="list-style-type: none"> . Rappel des règles institutionnelles. . Mise en place du contrat de soins : avant et pendant l'hospitalisation sur un temps dédié avec signature du patient. . Réflexion de l'équipe : s'interroger sur les raisons pour lesquelles des patients échappent aux soins avec analyse du contexte.
<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><u>Le patient</u> : il peut revendiquer son droit à une vie amicale (une vie privée) au sein de l'EPSM.</p> <p><u>Le groupe de patients</u> : <i>idem</i>.</p> <p><u>Les autres patients</u> : ils peuvent solliciter l'équipe s'ils sont indisposés par la vie du groupe.</p> <p><u>L'institution</u> : elle peut mobiliser ses cadres et chef(fe) de service autour de cette situation.</p>

Quel est le cadre normatif (cadre juridique, déontologique, éventuellement moral) ?	<ul style="list-style-type: none"> Le projet de soins individualisé (RBPP <i>Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie – Outil 1 – Projet thérapeutique individualisé</i>). « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » (art. L.3211-3 Code la Santé Publique). La Charte du Patient Hospitalisé, art. 7, art. 8, art. 9.
Quel est le cadre éthique ?	<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 le patient sont : <u>respect, responsabilité pondération.</u></p>

Hiérarchisation des décisions

Quelles seraient les décisions possibles pour l'équipe, au nombre de 3, en partant de celle qui serait spontanément la plus injuste, la plus contestable, déontologiquement, moralement et juridiquement, en particulier concernant le respect du droit d'aller et venir et le respect de la vie privée.

	Avantages	Inconvénients
<p>D. 1 L'équipe laisse faire le patient et le groupe dont il fait partie.</p> <p>-----</p> <p>Du point de vue d'un soignant, cette décision est :</p> <p>. inacceptable</p>	<p>Pour le patient : il reste tranquille.</p> <p>Pour le groupe de patients : il dispose d'une dynamique de groupe pour eux.</p> <p>Pour les autres patients : ça peut être positif s'ils souhaitent et parviennent à intégrer le groupe.</p> <p>Pour l'équipe soignante : elle dispose de plus de temps dans le service si elle n'est pas « embarrassée » avec ce groupe.</p> <p>Pour la famille : elle est contente si le patient va mieux.</p> <p>Pour les psychiatres : positionnement individuel différent du collectif des soignants.</p> <p>Pour l'institution : le droit d'aller et venir est tout à fait respecté.</p>	<p>Pour le patient : ses soins sont irréguliers et de moindre efficacité.</p> <p>Pour le groupe de patients : il peut y avoir un impact délétère sur leur santé psychique et physique.</p> <p>Pour les autres patients : cette situation peut générer de l'agressivité et du danger.</p> <p>Pour l'équipe soignante : elle peut ressentir de l'insatisfaction, le sentiment d'être de mauvais professionnels.</p> <p>Pour la famille : si le proche va moins bien, elle en subira les conséquences.</p> <p>Pour les psychiatres : ils ont la responsabilité engagée vis-à-vis des autres patients s'il y a danger, et du patient lui-même.</p> <p>Pour l'institution : les soins psychiatriques dans cette unité pourraient être de moindre qualité.</p>

<p>D.2 La sortie définitive des patients du groupe dysfonctionnant est prononcée avec relais des prises en charge en ambulatoire</p> <p>-----</p> <p>La décision est, du point de vue du soignant :</p> <p>. acceptable</p>	<p>Pour le patient : il y a « redistribution des cartes » et donc possibilité d'une amélioration de son état.</p> <p>Pour le groupe de patients : si le suivi en ambulatoire est positif, c'est avantageux.</p> <p>Pour les autres patients : il y a réassurance sur le fait qu'on ne fait pas n'importe quoi.</p> <p>Pour l'équipe soignante : elle renforce son crédit</p> <p>Pour la famille : réalise que leur proche ne peut pas faire ce qu'il veut dans le service. Constat d'un mieux être si le patient ne dit pas tout.</p> <p>Pour les psychiatres : réflexion sur l'impact du respect des règles par rapport à chacun de leur patient.</p> <p>Pour l'institution : un lieu de soins est resté soignant et sécuritaire pour les autres patients. Pas de rupture de PEC.</p>	<p>Pour le patient : il n'appartient plus à un groupe qui contribuait probablement à son narcissisme et son appartenance. On le prive de quelque chose.</p> <p>Pour le groupe de patients : si le suivi en ambulatoire n'est pas efficace, ils risquent la décompensation.</p> <p>Pour les autres patients : pas d'inconvénient, sauf s'ils aspiraient à intégrer le groupe.</p> <p>Pour l'équipe soignante : elle se met en difficulté si réhospitalisation car aucun problème n'est réglé.</p> <p>Pour la famille : incompréhension, inquiétude, arrêt d'un répit. Elle peut ressentir de la défiance.</p> <p>Pour les psychiatres : ils portent une responsabilité en cas d'échec du passage des membres du groupe en ambulatoire.</p> <p>Pour l'institution : l'équipe ne prend pas en compte la problématique du droit d'aller et venir et le respect de la vie privée.</p>
<p>D.3 Les règles de l'institution (impossibilité d'amener et de consommer de l'alcool à l'hôpital) sont reprécisées aux patients du groupe, ainsi que dans le projet individualisé du patient.</p> <p>-----</p> <p>A la place des soignants, cette décision est</p> <p>. souhaitable</p>	<p>Pour le patient : il y a bien individualisation de la PEC ; son état de santé psychique est pris en compte.</p> <p>Pour le groupe de patients : c'est l'occasion de retravailler le projet de soins et les problématiques.</p> <p>Pour les autres patients : le service fonctionne normalement, ce qui est bénéfique pour vous.</p> <p>Pour l'équipe soignante : elle se centre sur le travail de soignant. Réflexion sur les organisations. Instauration d'un référent responsable du suivi (mais pas du patient en tant que tel), selon critères définis pour le choix.</p> <p>Pour la famille : il y a bénéfice d'amélioration de la PEC. Le projet de soins inclut la famille.</p> <p>Pour les psychiatres : L'outil du projet leur permet un juste soin et un bon accompagnement dans la réaffirmation des règles du service.</p>	<p>Pour le patient : il doit s'adapter aux règles du service, même si cela lui coûte.</p> <p>Pour le groupe de patients : il y a perte des bénéfiques liés à leur vie de groupe.</p> <p>Pour les autres patients : aucun inconvénient.</p> <p>Pour l'équipe soignante : elle a une charge de travail accrue sur un temps donné.</p> <p>Pour la famille : pas d'inconvénient.</p> <p>Pour les psychiatres : ils passent plus de temps à retravailler les projets thérapeutiques et à assurer la coordination.</p> <p>Pour l'institution :</p> <p>. HAS : nécessité de tracer les réflexions, en vue d'une éventuelle visite du Contrôleur des lieux de privation de liberté.</p>

	<p>Pour l'institution : elle clarifie comment le service doit être organisé, et sa finalité : la continuité, l'efficacité des soins, et la sécurité des soins.</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
<u>3. Est-elle respectueuse du patient ? (Suscite-t-elle son autonomie décisionnelle ?)</u>	OUI
<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) ?</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
<u>10. Pouvons-nous anticiper des conséquences positives pour le patient à court, moyen ou long terme ?</u>	OUI

La décision remportant exclusivement des OUI, elle est par conséquent souhaitable comme étant la meilleure entre les trois.