



Sommaire :

1/ Brûlures du 3^{ème} degré du thorax consécutives à l'embrasement du patient fumant une cigarette.

2/ décès par suicide pendant une hospitalisation

3/ suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.



Fiche Reflexe 10 : Prise en charge complexe psycho sociale.

Quelques points d'éclaircissement.

Dans les secteurs de la santé et du social, les intervenants font souvent face à une demande de la part des personnes en situation de précarité, associant soins médico psychologiques, accès aux soins, prévention et conseil médico-juridique. Leur capacité à écouter ces usagers et reconnaître leur situation, leur aptitude à articuler des prises en charge pluri professionnelles déterminent alors l'efficacité de leur intervention.

Professionnels ou bénévoles appuient leurs connaissances et compétences techniques sur des principes déontologiques et des repères éthiques permettant de donner du sens à leur action (individuelle ou collective). Ils doivent concilier ces deux derniers champs qui sont distincts mais complémentaires.

La déontologie correspond à l'ensemble des devoirs liés à la profes-

sion. Certains sont communs aux intervenants médicaux et sociaux : la discrétion, le secret professionnel, le principe de non discrimination, l'information et le recueil du consentement des bénéficiaires, la formation continue ou encore l'évaluation des pratiques professionnelles etc. D'autres sont spécifiques ; c'est le cas de l'obligation d'assistance, le soulagement des souffrances, l'élaboration consciencieuse et rigoureuse du diagnostic, l'interdiction du risque injustifié, l'indépendance professionnelle incombant aux médecins.

La primauté de l'intérêt et de la volonté des personnes, la concertation et le travail en équipe, la reconnaissance des limites de l'action structureront le travail social.

La démarche éthique renvoie le professionnel, en tant qu'acteur moral, à un questionnement sur sa pratique.

C'est est des fondements du « prendre soin de ». Elle comporte plusieurs dimensions qui sont :

- * Le soutien à l'observation thérapeutique
- * Le soutien social ou socio-économique
- * Le soutien psychologique
- * Le soutien à l'enfant et à sa famille
- * L'auto-soutien
- * Le soutien pour la réinsertion socio-professionnelle
- * Le soutien juridique et la lutte contre la discrimination
- * Le soutien spirituel
- * Les conseils nutritionnels
- * La médiation familiale et/ou sociale et thérapeutique.



« Petit à petit, le patient ne réalise plus son programme de rééducation et s'isole. Il n'adhère pas au projet thérapeutique »



1/ Brûlures du troisième degré du thorax suite à l'embrasement d'un patient handicapé moteur fumant une cigarette.

Un patient de 36 ans, est pris en charge en Centre de Rééducation Fonctionnel, suite à un traumatisme crânien.

Le patient était connu pour intoxication éthylique chronique et suivi en addictologie. Il avait un comportement dangereux avec menaces et tir avec arme à feu avant son accident.

Le patient avait été hospitalisé plusieurs fois en santé mentale (hospitalisations d'office et à la demande d'un tiers) quelques mois avant son accident.

Il est père d'une petite fille et sa compagne est sa tutrice. Au moment de son accident, il vivait au domicile de ses parents.

Avant son admission en rééducation, le patient est resté hospitalisé un an, en service de réanimation, puis de neurochirurgie et enfin dans un centre spécialisé pour patients traumatisés crâniens.

A l'admission, le patient présente une dyskinésie importante, une dysarthrie, un syndrome cérébelleux, une désorientation temporelle. Par ailleurs, un syndrome dépressif et des problèmes comportementaux sont relevés. Le bilan montre une anosognosie sévère et une hémiplégie droite. L'entourage du patient est peu présent.

Dès l'arrivée du patient les médecins adaptent son traitement médicamenteux en raison d'idées suicidaires. Les menaces de suicides cessent mais le patient reste très agressif et parfois violent. L'une des raisons de ces comportements est l'impérieux besoin de fumer sans restriction.

Cependant le handicap du patient le rend dépendant d'un tiers pour allumer ses cigarettes.

De plus l'hypoesthésie et le handicap du patient in-

quiètent les soignants qui constatent des brûlures sur ses lèvres, ses avant bras et ses vêtements.

Le patient ne reçoit que rarement la visite de son entourage. Il ne bénéficie que de très rare permission de week-end.

Petit à petit, le patient ne réalise plus son programme de rééducation et s'isole. Il n'adhère pas au projet thérapeutique.

Sept mois après son admission, après avoir agressé physiquement une aide soignante, une réunion est réalisée pour trouver un lieu de vie plus adapté à ses besoins. Une après midi, des soignants aperçoivent le patient embrasé dans son fauteuil roulant, à l'extérieur des bâtiments, avec un briquet et des cigarettes. Les secours et les soins lui sont rapidement portés. Il sera hospitalisé dans un service de grands brûlés puis placé dans un foyer d'accueil médicalisé.

Les difficultés à trouver des structures d'aval adaptées pour accueillir des personnes sans possibilités de réhabilitation...

Les facteurs latents expliquant la situation d'échec de soins présentée ci-dessus sont multiples. La difficulté à maintenir, à la suite des agressions, un projet de soins et un projet de vie personnalisés et la non adhésion du patient à ceux-ci arrivent au premier plan.

Les soignants ont aussi identifiés les difficultés à prendre en charge cet homme. Ne relevant plus du champ de leurs compétences il aurait dû être

transféré vers une maison d'accueil spécialisée ou un foyer d'accueil médicalisé. Toutefois, les demandes vers ces types de structures se sont avérées infructueuses faute de place.

Une autre cause mise en évidence est liée à la difficulté des professionnels à assurer simultanément la liberté de mouvements des patients et la surveillance de ceux-ci (exemple dans les bâtiments extérieurs), notamment celle des personnes en situation de

précarité ou de handicap moteur, le plus souvent des fumeurs.

Enfin, au delà de la réactivité et de son efficacité immédiate concernant la gestion de l'incendie et des premiers soins réalisés sur le patient, l'équipe a relaté le manque de formation à la conduite à tenir en matière de conduite à tenir en cas de feu sur un corps humain. Les formations incendie, pratiquées régulièrement, n'avaient pas anticipé ce genre de situation ..

2/décès par suicide pendant une hospitalisation

Un patient de 54 ans est réhospitalisé dans un centre de santé mentale à la suite d'une rechute alcoolique et d'une crise dépressive. Suivi dans cet établissement depuis 1989, il est atteint de troubles bipolaires chroniques.

Célibataire, sans enfant et sans contact avec sa famille, l'équipe soignante le suppose sans famille (alors que c'est un choix du patient).

Ancien professeur de technologie, il a été licencié en 2009.

Depuis quelques mois il vit dans un centre d'hébergement (lits halte soins santé : LHSS) et n'a aucun projet d'avenir.

Connu de tous les professionnels de l'établissement il ne présente pas de troubles suicidaires.

Pendant son séjour, il est replié et préoccupé par des problèmes graves de fin de droits de séjour en cen-

tre d'hébergement temporaire et des problèmes financiers de surendettement.

La prise en charge médicale, psychiatrique et sociale est mise en place. Cependant l'assistante sociale qui habituellement prend en charge le patient, est en congés, pour encore une semaine. De plus, la restructuration en pôles implique que son dossier soit désormais confié à un collègue que le patient ne connaît pas. Un rendez-vous est pris mais dans un délai de 8 jours.

Parallèlement, le patient bénéficie d'une permission de sortie d'une journée pour se rendre à la banque.

Elle se transforme en fugue de 48 heures. A son retour, le patient se présente au centre d'hébergement qui lui refuse l'accès dans la mesure où il est en hospitalisation libre.

Le patient passe la nuit à l'hôtel. En rupture de traitement depuis près de deux jours, il se présente honteux aux urgences de l'hôpital général qui l'adresse à l'hôpital spécialisé.

Le patient réitère sa demande d'entrevue avec l'assistante sociale, et émet un souhait soudain d'arrêt du tabac. Le soir, lors du repas les autres patients notent que le malade est jovial et habillé de manière soignée. Les soignants eux, le décrivent comme fuyant.

Dans la nuit, juste après la ronde de surveillance du personnel à 4 heures du matin, il met fin à ses jours en se pendant au moyen du flexible de douche de sa chambre

Il est découvert à 5h40, par un autre patient qui alerte le personnel.

Le décès est constaté.

Les facteurs psychosociaux probablement précipitant....

Cette histoire met en lumière la difficulté rencontrée par les professionnels soignants à prendre en charge les populations dont la situation de précarité complexifie le soin.

Des troubles

Présentant des troubles bipolaires et une addiction alcoolique depuis 1989, ce patient alternait des périodes d'hospitalisation et des séjours à domicile. Habitué de l'établissement, il était connu de nombreux professionnels et notamment d'une assistante sociale qui

suivait son dossier depuis longtemps. Cependant la restructuration en pôles a bouleversé les repères établis. Elle a induit une admission dans une unité dans laquelle le patient ne connaissait aucun soignant. Le rendez-vous programmé avec une nouvelle ASE s'est avéré « tardif » puisque postérieur au rendez-vous avec la banque ...

Un isolement social ...

Sans enfant, célibataire, cet homme semblait isolé ; il n'avait aucun contact familial. L'entourage était

supposé inexistant. De plus, depuis mars 2011, il vivait dans un centre d'hébergement, mais était arrivé au terme de ses droits de séjour à la fin du mois.

Des difficultés financières...

Sans travail depuis 2009, il rencontrait de graves difficultés financières (dossier de surendettement) et n'avait aucun projet d'avenir.

Comment assurer une prise en charge clinique efficace dans un contexte psychosocio-économique lui-même délétère ?



« Le soir, lors du repas les autres patients notent que le malade est jovial et habillé de manière soignée. Les soignants eux, le décrivent comme fuyant. »





«Elle est suivie de longue date par un praticien référent psychiatre dans centre hospitalier. La patiente est hospitalisée plusieurs fois dans une clinique privée psychiatrique... »

3/ suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.

Une jeune femme de vingt ans issue d'un milieu social défavorisé, a été assujettie à une mesure de l'assistante sociale pour mauvais traitements pendant son enfance et placée en famille d'accueil. Elle a ensuite été admise dans un foyer, en maison d'enfants à caractère social (MECS) où elle bénéficiait d'un appartement individuel jusqu'à sa majorité. En mai 2012, à la suite d'une période d'évaluation de trois mois, elle fut prise en charge de façon concomitante par le foyer de la MECS et un foyer psychothérapeutique pour adultes. En octobre 2012, elle vit dans un appartement thérapeutique dépendant de ce dernier. La patiente résidait ainsi dans un appartement thérapeutique, dépendant du second foyer en octobre 2012. Par ailleurs, la patiente est atteinte d'une déficience auditive et d'un syndrome de Marfan. Les relations fa-

miliales sont complexes. Elle est suivie de longue date par un praticien référent psychiatre dans centre hospitalier. Conjointement à sa prise en charge à l'hôpital, il arrive que cette jeune femme soit admise dans une clinique privée psychiatrique, y compris lors de sa double prise en charge en MECS et en foyer. Cette double prise en charge est organisée selon des modalités précises, acceptée par la patiente. Cependant, le cadre de soins est plus ou moins respecté : la patiente ne se présente pas à tous les entretiens avec le médecin référent. Entre mai et novembre, la jeune femme exprime difficilement un mal être et évoque des sensations qu'elle reconnaît comme des prodromes de passages à l'acte (scarifications et intoxications médicamenteuses volontaires). Face à cela, le

foyer qui a constaté à plusieurs reprises des oublis de prises de médicaments, met habituellement en place des prises en charge « contenantes » (normalement, la patiente s'autogère sous la supervision de ses référents infirmier et/ou éducateur spécialisé) Début novembre, elle exprime sa tristesse, son mal-être et ses idées sombres et l'idée de n'avoir aucun avenir. Une formation professionnelle est interrompue faute de financement. Mi novembre 2012 après une réunion des patients et après le repas du soir au foyer comme prévue dans le plan de soins, la patiente quitte le foyer pour rejoindre son appartement thérapeutique. Le lendemain en fin d'après midi, un officier de police judiciaire contacte le foyer et l'informe du suicide de la patiente.

Quand l'enfant, l'adolescent passe à l'âge adulte lors d'une prise en charge psychosociale...ou quand tout se cumule...

Les facteurs latents sont évocateurs de la complexité de certaines prise en charge et cela dès le plus jeune âge... Ainsi, au cours de l'analyse, l'équipe a identifié :

La complexité de l'état clinique : dépression, épisodes de mélancolie et d'angoisse majeure, tentatives de suicide, patiente non observante tant au niveau de ses rendez-vous que de sa prise en charge thérapeutique, **la complexité de la prise en charge thérapeutique** à un âge charnière et impliquant de multiples établissements ne communiquant pas toujours suffisamment.

la complexité de la situation familiale : relations ambiguës, conflictuelles, désir de prendre son indépendance, solitude mal vécue, passivité,..., **la complexité de la prise en charge sociale** : arrêt d'une formation professionnelle en cours, demande d'allocation adulte handicapé en cours, **les modalités particulières de l'hospitalisation** où l'âge de la patiente impose un type d'établissement, etc.) La double prise en charge lors du passage d'un établissement à l'autre, a été effectuée, mais reste très probablement une zone à risque de passage à l'acte.

On retrouve dans cet événement le même questionnement que dans le cas n°1 à savoir :

La juste distance à trouver entre la liberté de mouvements des patients et la surveillance à prodiguer, même en dehors des locaux d'accueil (ici l'appartement thérapeutique) dans une population avec un profil particulier et des risques de suicide patents.

