HAL open science

Mise en place et évaluation de séances d'éthique appliquée dans un service de psychiatrie générale en France

Dorothée Charre, Nicole Cano, Perrine Malzac, Magali Habbachi, Guillaume Fond, Laurent Boyer

To cite this version:

Dorothée Charre, Nicole Cano, Perrine Malzac, Magali Habbachi, Guillaume Fond, et al.. Mise en place et évaluation de séances d'éthique appliquée dans un service de psychiatrie générale en France. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2019, 10.1016/j.amp.2019.11.015 . hal-02972074

HAL Id: hal-02972074

https://hal.science/hal-02972074

Submitted on 7 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448719303567
Manuscript_d3b1663d942e7c712f4248b21c327341

Mémoire

Mise en place et évaluation de séances d'éthique appliquée dans un service de psychiatrie générale en France

Implementation and evaluation of Moral Case Deliberation in a general psychiatric unit in France

Dorothée Charre[1], Nicole Cano[1,2], Perrine Malzac[2], Magali Habbachi[1], Guillaume Fond[3], Laurent Boyer[3]

[1] Service de psychiatrie du Dr Chabannes, Pôle de Psychiatrie de Pédopsychiatrie et d'Addictologie, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, 13005 Marseille, France.

[2] Espace Éthique Méditerranéen, AMU UMR 7268 ADES EFS/CNRS, Hôpital de la Timone, CHU de Marseille, 13005 Marseille, France.

[3] Marseille Université, Faculté de Médecine - Secteur Timone, EA 3279 : CEReSS - Centre d'Étude et de Recherche sur les Services de Santé et la Qualité de vie, 27 Boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille, France.

Reçu le 30 juillet 2019 ; accepté le 15 septembre 2019

Auteur correspondant : Dorothée Charre, service du Dr Chabannes, Pôle de Psychiatrie Centre, 147 boulevard Baille, 13005 Marseille, France, 04.91.43.51.04, Dorothee.CHARRE@ap-hm.fr

Résumé

L'éthique du soin permet un questionnement sur les valeurs dans la pratique clinique et sur le sens de la démarche de soin face au sujet malade. La psychiatrie est une discipline médicale dans laquelle la complexité des décisions est fréquemment liée à des enjeux éthiques. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'efficacité de l'organisation de séances d'éthique appliquée, sur le modèle des « Moral Case Deliberation », dans un service de psychiatrie générale en France. Des séances mensuelles ont été organisées durant six mois au sein d'une équipe de soins constituée. Nous avons élaboré un questionnaire à partir des données de la littérature internationale afin d'évaluer, *a posteriori*, les effets de ces séances sur la pratique des participants. L'analyse de notre questionnaire a permis de confirmer les effets bénéfiques attendus par la réalisation de séances d'éthique appliquée. Elle a particulièrement mis en lumière l'intérêt de disposer d'outils différents de la pratique courante dans le but d'augmenter la qualité des soins. Les séances d'éthique appliquée sont les témoins d'une évolution dans la

© 2019 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

conception de l'éthique avec le passage d'une éthique théorique à une éthique pratique, traitant des situations sensibles du quotidien. Elles pourraient, comme dans d'autres pays, trouver leur place dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Mots clés : Comité d'éthique ; Équipe soignante ; Éthique professionnelle ; Évaluation ; Psychiatrie ; Organisation des soins psychiatriques ; Qualité des soins

Abstract

Ethics of care allows questioning of the values and the meaning of clinical practice for the patient. Psychiatry is a medical discipline in which the complexity of decisions is frequently linked to ethical issues. Moral Case Deliberations (MCD) are clinical ethic supports to explore these issues and to analyze value conflicts. However, there is no study yet in France on the implementation of Moral Case Deliberations.

Objectives. – Our main objective is to evaluate the efficiency of MCD in a general psychiatry unit. The secondary objective is to point out the topics discussed by participants at each MCD session.

Materials and method. – Six MCD were organized in a psychiatric care unit. All caregivers were invited to participate without exclusion criteria. A questionnaire was developed for this study using data from international literature. The questionnaire was elaborated to collect information on the main effects expected of MCD and their general organization. Reports have been established for each session, summarizing the exchanges between participants.

Results. – A total of 23 participants answered the questionnaire one month after the end of MCD sessions. Quantitative analysis of the questionnaire revealed positive effects of MCD in a psychiatric care unit (response considered as positive when higher than 70%). The most positive effects were that MCD are a different tool from common practice and that it allows questioning of quality of care. The general organization of MCD was also considered positive especially because of the possibility of expressing oneself freely. Qualitative analysis identified the main themes as ethically sensitive in the daily psychiatric practice: endangerment and protection, social consequences of psychiatric disorder, diagnosis and therapeutic alliance.

Conclusions. – Our study confirms the utility of practicing MCD in a psychiatric unit. Their implementation reflects a change in the conception of ethics, from theoretical to practical. MCD refer to practical ethics dealing with ethically sensitive everyday situations, particularly frequent in psychiatry. MCD are an original and innovative method to meet French

requirements on hospital ethics. They can be considered as a method of improving professional practices.

Key-words: Ethics committee; Evaluation; Medical team; Professional Ethics; Organization of psychiatric care; Psychiatry; Quality of care

1. Introduction

L'éthique du soin permet un questionnement sur les valeurs de la pratique clinique et sur le sens de la démarche de soin face au sujet malade [13]. Différentes approches théoriques ont émergé pour guider cette réflexion. Les principes éthiques individualisés par Beauchamp et Childress sont consacrés à l'échelle internationale. Ils constituent un cadre méthodologique qui permet d'identifier les problèmes éthiques et de les analyser. Le travail d'éthique appliquée a pour but d'explorer les enjeux liés à certaines décisions médicales et d'éclairer la situation par l'analyse des conflits de valeurs. Les Séances d'Éthique Appliquée (SEA), sur le modèle des *Moral Case Deliberation (MCD)*, sont considérées dans la littérature comme un « support d'éthique clinique » (*Clinical Ethic Support*). La France est le premier pays à avoir créé un Comité Consultatif National d'Éthique spécialisé dans les sciences de la vie et de la santé en 1983 avec pour vocation de susciter une réflexion de la part de la société. Plus tard, la loi du 4 mars 2002 impose de mener une réflexion sur les questions éthiques. Cette perspective intègre les manuels de certification des hôpitaux et constitue un critère de référence dans la stratégie des établissements de soins. Pourtant aucune étude française n'a été publiée à ce jour sur la mise en place et l'efficacité des SEA alors que le nombre de publications augmente depuis cinq ans [19]. Ceci est probablement dû à la mauvaise diffusion de cet outil en France. Dans d'autres pays (comme les Pays-Bas), des recommandations nationales ont en effet été élaborées avec des plans de formation aux SEA. Par ailleurs, le contexte général de la psychiatrie publique en France témoigne d'un paradoxe entre les dispositions législatives relatives aux droits des patients (loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 révisée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013) et la réalité du « terrain ». Cette discipline se caractérise par l'utilisation de médicaments psychotropes qui agissent sur « l'esprit » et par la possibilité d'un recours à des soins sans consentement [3,4]. Les textes de loi affirment la nécessité de rechercher un équilibre entre l'exercice des libertés fondamentales du patient et les contraintes des soins psychiatriques sans consentement en respectant la dignité de la personne. Les derniers rapports d'activité du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté au sein des établissements psychiatriques

« font ressortir une application variable des dispositions législatives et révèlent des restrictions d'autonomie injustifiées… » [9,10]. La psychiatrie paraît donc particulièrement concernée par la nécessité de renforcer la réflexion et le questionnement éthique de ses pratiques.

L'objectif principal de la présente étude est d'évaluer l'efficacité de l'organisation de SEA dans un service de psychiatrie générale. L'objectif secondaire est de faire émerger les sujets abordés par les participants lors de chaque SEA.

2. Matériel et méthodes

Design de l'étude : La présente étude est une étude analytique d'évaluation d'une intervention auprès de professionnels de santé, prospective et unicentrique.

Population : L'étude a été menée au sein d'une unité d'hospitalisation temps plein d'un service de Psychiatrie Générale du CHU de Marseille. Cette unité « ouverte » prend en charge des patients quel que soit le statut légal à l'admission (soins libres et sans consentement) et la pathologie à l'origine de l'hospitalisation. Cette unité d'hospitalisation, dotée de 20 lits, ne dispose pas de chambre d'isolement thérapeutique.

Protocole : Cette étude consistait à mettre en place des SEA dans une unité de soins psychiatriques. Ce projet a été initié par un Praticien Hospitalier du service, engagé au sein de l'Espace éthique du CHU et soutenu par le Chef de Service.

Organisation et déroulement des séances : Chaque SEA durait 90 minutes et avait systématiquement lieu dans l'unité de soins, un mercredi par mois entre 14 heures et 15 h 30. Les SEA étaient animées par un Médecin Généticien. Ce superviseur a été désigné par l'initiateur du projet pour ses compétences en éthique appliquée et en animation de groupe. Il a été associé à l'organisation des SEA et était présent durant toute la durée de l'étude. Lors des SEA, le superviseur était chargé de faire la synthèse de la SEA précédente et de rappeler les quatre principes éthiques fondamentaux. Il s'occupait également de distribuer la parole et de poser des questions sur le cas clinique présenté. Chacun des participants était soumis au secret professionnel. Le planning des SEA a été fixé à l'avance par le superviseur et l'initiateur du projet. Un mail de rappel était envoyé par la Secrétaire une semaine avant la SEA et rappelait la date, les horaires et le lieu de celle-ci. Lors de la première SEA, le superviseur annonçait les règles de l'éthique de la discussion selon Habermas : règle de l'équité du temps de parole, de l'égalité des compétences, expression du respect de la parole de l'autre, acceptation de la critique, argumentation rationnelle, disposition au changement de point de vue. Pour chacun SEA, un seul cas clinique était présenté par un ou plusieurs participants de manière anonyme,

chronologique et factuelle. Il détaillait les motifs d'hospitalisation, les antécédents, l'histoire de la maladie, le mode de vie et l'évolution clinique du patient. Aucun critère clinique n'était retenu dans le choix du cas qui était jugé « complexe » ou problématique pour les participants, dans le cadre de leur travail institutionnel.

Les participants pouvaient intervenir en début de séance afin de préciser certains points concernant la SEA précédente. Un premier temps de prise de parole permettait de demander des précisions sur le cas clinique. Le superviseur interrogeait ensuite les participants sur leurs motivations et sur la problématique à l'origine du choix du cas. La suite de la SEA donnait lieu à un débat avec confrontation des points de vue afin d'identifier les conflits de valeur en situation de dilemme éthique. Le superviseur réalisait en fin de SEA un résumé du contenu des échanges et dégageait les pistes de réflexion identifiées lors du débat. Des comptes rendus de chaque SEA étaient établis par la secrétaire médicale. Ils reprenaient la description du cas clinique et les interventions des différents participants notées dans l'ordre chronologique. Une synthèse réalisée par le superviseur permettait de dégager les grands problèmes posés par les cas cliniques et de les mettre en lien avec les principaux principes éthiques. Les comptes rendus et les synthèses étaient transmis aux participants une semaine avant la SEA suivante.

Critères d'inclusion : Tous les professionnels de santé exerçant au sein de l'unité ont été invités à participer à ces SEA quelle que soit leur profession, sur la base du volontariat. Les plannings de ces professionnels ont été aménagés au préalable afin de rendre possible leur présence durant leur temps de travail.

Critères d'exclusion : Aucun critère d'exclusion n'était retenu.

Questionnaire d'évaluation des SEA : Le questionnaire utilisé pour l'évaluation a été composé à partir des questionnaires existant dans la littérature, non validés et non traduit en français, et explorait quatre domaines : i) acquisition de compétences dans le domaine de l'éthique, ii) amélioration de la coopération au sein des équipes de soins, iii) aide à la réflexion sur la qualité des soins, iv) utilisation d'un outil différent de la pratique courante. Six degrés de réponses ont été proposés aux participants : pas du tout d'accord, pas d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord, non concerné(e) par cette proposition. Des données sociodémographiques, l'expérience et l'ancienneté professionnelle des participants, cinq questions sur l'organisation pratique et une sur la satisfaction globale ont été ajoutées. Une dernière question ouverte donnait la possibilité aux participants de commenter librement les aspects organisationnels et le contenu des SEA.

Les questionnaires étaient remplis par chaque participant, à l'exception du superviseur et de la secrétaire, de manière anonyme dans le mois suivant la fin de l'étude. L'analyse

quantitative du questionnaire a été réalisée en aveugle du déroulement des séances. L'analyse statistique descriptive a porté sur l'ensemble de l'échantillon en étudiant les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que chaque item du questionnaire. Les variables qualitatives sont représentées sous la forme de pourcentages et les variables quantitatives sous forme de moyennes. L'analyse des données récoltées dans les comptes rendus a été classée dans un tableau qui contient le nombre de participants, une description succincte du cas, les thématiques abordées par les participants et les principes éthiques s'y rapportant.

3. Résultats

Analyse quantitative des résultats du questionnaire : Six SEA ont été organisées à une fréquence d'une par mois pendant six mois, entre le mois d'octobre 2015 et le mois de mars 2016 (tableau 1). Notre population cible était composée de 23 participants, avec une nette prédominance féminine (17 femmes, soit 73,9 %). La profession infirmière était la plus représentée avec 13 participants (soit 56,5 %). La médiane de l'ancienneté en psychiatrie était de sept ans [4 mois-36 ans]. La médiane de l'ancienneté dans le service était de deux ans [3 mois-37 ans]. Cinquante-deux virgule deux pour cent (n = 12) des participants avaient déjà participé à une formation dans le domaine de l'Éthique, principalement à des congrès (huit participants). Un participant avait déjà assisté à des SEA. La majorité des participants ont assisté à au moins cinq SEA sur les six (13 participants soit 56,5 %). Les taux de réponses positives concernant l'efficacité des SEA allaient de 56,5 % à 95,7 % en fonction des questions. L'analyse quantitative du questionnaire montre que chacune des sous-catégories étudiées a reçu des taux de réponses positives supérieurs à 70 %. Proportionnellement, les participants ont jugé plus positivement les SEA comme un outil différent de la pratique courante et comme un outil permettant une réflexion sur la qualité des soins. Les deux autres sous-catégories, bien que considérées comme positives par les participants (taux de réponses supérieur à 70 %), l'étaient dans des proportions légèrement moindres. Les six dernières questions qui portaient sur l'organisation des SEA ont été jugées de manière positive par les participants (taux de réponses supérieur à 70 %). Celles portant sur l'expression des participants durant les SEA, ont reçu des taux d'approbation très importants, supérieur à 90 %. La satisfaction globale vis-à-vis des SEA était positive pour 82,6 % de l'ensemble des participants. Le reste des participants (n = 4) n'a pas donné son avis sur son niveau de satisfaction.

Analyse qualitative des comptes rendus : L'ensemble des résultats est représenté dans le tableau 2. Les thématiques les plus fréquemment soulevées était celles de la mise en danger

et de la nécessité de protection en résultant. Cette thématique pouvait concerner tantôt des passages à l'acte agressifs qui questionnaient les participants sur leur rôle de protection, tantôt des mises en danger interprétées comme une manifestation des troubles psychiatriques. Les conséquences sociales des troubles psychiatriques ont souvent été citées par les participants comme des difficultés supplémentaires dans la prise en charge des patients. Les thématiques du diagnostic et de l'alliance thérapeutique ont été soulevées dans deux SEA. Le diagnostic pouvait être utilisé par le patient comme une forme d'identité justifiant une partie de ses comportements alors que la symptomatologie clinique apparaissait peu présente. L'alliance thérapeutique peut être difficile à construire dans une relation de soin en psychiatrie en raison de l'intensité des symptômes psychotiques et de l'utilisation de mesures de soins sans consentement. La demande de soins apparaît également comme une thématique importante dans les SEA. Elle pouvait apparaître comme dictée par le patient, parfois de manière déroutante ou, au contraire, être perçue comme absente et questionner l'intérêt des soins psychiatriques. La thématique du cadre de soins en psychiatrie se rapportait à deux difficultés principales : la prise des traitements et les relations avec la famille ou les tiers. Le principe d'autonomie a systématiquement été évoqué durant les SEA. Les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance ont été associés à trois reprises.

4. Discussion

Les résultats principaux de notre étude montrent les effets favorables de la mise en place de SEA dans un service de psychiatrie générale en France, comme décrits dans la littérature internationale. Ces effets ont été visibles dans les quatre dimensions explorées permettant de définir les SEA comme un outil différent de la pratique courante, améliorant la coopération entre équipe et favorisant l'acquisition de compétences dans le domaine de l'éthique dans le but d'augmenter la qualité des soins. Une revue de la littérature publiée en 2017 incluant 54 articles qualifie les SEA de méthodes « bottom-up » (en opposition aux méthodes « top-down »), c'est-à-dire basées sur les expériences pratiques des soignants, abordées par l'échange grâce à un éthicien [20]. Le « Comment faire ? » fait naître une question éthique [28]. Dans les SEA, les participants formulent les questions en terme pratique, orientées vers l'agir en tentant de prendre en compte tous les aspects du problème. Ainsi, les SEA jouissent d'un statut de « réunion différente de celles habituellement pratiquées » qui trouve plusieurs justifications. La rédaction d'un cas et le temps accordé à son investigation, l'absence d'échanges orientés vers la volonté de convaincre, le dialogue sur une base égalitaire sont des éléments de réponse [32]. Les SEA

permettent de verbaliser les intuitions morales des participants et d'écouter ses collègues autrement [20]. La place des émotions nous paraît importante à souligner car nous savons que l'identification des problèmes éthiques est basée sur leur reconnaissance [17]. Celles-ci suscitent habituellement le rejet en médecine. Or, le fait de parler de leur vécu dans la pratique courante a été identifié par les participants comme une motivation à les poursuivre. Le dialogue éthique ne nécessite pas de théorie spécifique pour les participants alors que l'histoire (celle du cas et des participants) est importante pour convoquer les émotions [12]. L'un des objectifs des SEA est l'implication en tant que sujet soignant, conscient de son vécu et de ses limites, grâce à la reconnaissance de ses émotions. La pratique de la démarche éthique aurait pour effet de favoriser l'attention à soi pour être attentif à l'autre, dans un double mouvement vers soi et vers l'autre [2].

Nous savons cependant qu'il existe des difficultés de communication dans des contextes de situations cliniques difficiles [16]. L'intérêt des SEA est d'augmenter la coopération au sein de l'équipe et d'apprendre à demander de l'aide ou au contraire apprendre à la proposer. La « transparence » entre professionnels, avec les patients et les familles est une notion importante pour caractériser cette fonction de coopération [31]. Les SEA constituent donc une base pour explorer les questions éthiques et un environnement sécurisant pour apprendre [21]. Elles sont différentes d'un enseignement théorique qui ne serait pas applicable à la pratique clinique. Il s'agit au contraire d'un modèle d'apprentissage basé sur l'expérience et l'expérimentation rendu possible par l'échange [1,15]. Nous pouvons considérer les SEA comme un processus par lequel les membres d'une équipe arrivent eux-mêmes à prendre des décisions grâce au dialogue [2]. L'utilisation du dialogue permet une vision plus large de la situation et d'avancer vers ce qui est bien. Dans ce sens, Metselaar et al. rejettent la vision d'une éthique théorique, comme une vision d'expert de ce qui est « bien faire » [14]. Les SEA ne doivent pas constituer une justification éthique des décisions [5,14,28]. Les questions éthiques doivent être traitées par les professionnels de terrain qui sont les décideurs légitimes et moralement responsables des résultats de leurs décisions. Les participants sont considérés comme des experts de leur éthique professionnelle [24]. La finalité des SEA est d'améliorer la réflexion éthique et d'augmenter la qualité des soins par l'accroissement des compétences éthiques et par l'échange réfléchi grâce à une ouverture d'esprit [20]. L'émergence d'une attitude critique permet aussi de réaliser la complexité du travail soignant et de favoriser la réflexion en opposition à l'action immédiate [31]. Il existe un lien mutuel entre l'acquisition de compétences et la présence d'un « climat éthique » c'est-à-dire d'une ambiance de sécurité et de respect [7]. Dauwerse et al. évoquaient le rôle de « *combinaison* » des SEA pour faire émerger à la fois une Éthique

explicite et implicite. L'utilisation de support explicite (comme les SEA) permet une attention systématique et structurée aux problèmes éthiques. Son caractère implicite est représenté par la dimension éthique que prend alors le soin de manière générale. Il existe un rôle dans le « climat éthique institutionnel » et dans la satisfaction au travail des professionnels [6]. L'augmentation de la démarche éthique dans la pratique courante, ainsi que l'augmentation de la satisfaction, de la confiance en soi et de la motivation au travail ont été identifiées comme des facteurs en faveur de la pratique de SEA [2]. Il semble cependant qu'un temps soit nécessaire pour mettre en lien le fruit de cet outil avec la pratique courante [31]. Des études ont souligné les trois niveaux d'action des SEA : la réflexion sur les cas cliniques permettrait l'augmentation de la qualité des soins, celle sur le fait d'être un bon professionnel augmenterait les compétences éthiques et la réflexion sur les institutions agirait sur la qualité éthique des soins [1,24]. À l'inverse, dans certains articles, les SEA sont orientées vers la prise de décision et/ou la résolution du dilemme éthique [25,30]. Elles sont parfois utilisées comme une solution optimale pour résoudre un conflit éthique grâce à une méthode prudente et raisonnable [19]. Il est fréquent de constater que les participants restent dans la recherche de véritables solutions aux problèmes soulevés par ces SEA [11]. Elles sont, de façon minoritaire, considérées comme des outils pour faire face à des situations jugées comme tragiques [23].

La spécificité de la psychiatrie a été soulignée dans plusieurs articles. Les arguments pour justifier de l'application des SEA dans ces services font écho aux grandes thématiques dégagées dans nos comptes rendus : l'utilisation de mesures coercitives, les situations fréquentes de vulnérabilité des patients, la demande voire la détresse des personnels soignants, le diagnostic et le pronostic incertains et la dangerosité potentielle [11,16]. Dans ces articles, les participants estiment que les problématiques dégagées ne sont pas « spécifiquement éthiques » en ce sens qu'il s'agit souvent de difficultés du quotidien. Ainsi, il semble exister dans ces services des « challenges éthiques de tous les jours » dont les professionnels en psychiatrie auraient une compréhension générale et implicite. Cependant, Molewijk et al. mettaient en garde sur le risque de traiter ces problèmes éthiques comme une routine [16]. Au contraire, le rôle de l'Éthique serait pour nous d'interroger la « routine ».

D'un point de vue pratique, l'organisation globale de nos SEA (unité de temps, de lieu, calendrier des SEA) concorde avec les données de la littérature. La justification explicite de l'organisation des SEA dans un service de soins apparaît importante [24]. Dans notre étude, le choix d'un facilitateur non-psychiatre, extérieur à l'équipe de soins, a été repéré par plusieurs participants comme un réel bénéfice. Deux commentaires ont été proposés à la fin de notre questionnaire : « cela a eu comme effet de libérer la parole de chacun et de la rendre plus

authentique », le facilitateur doit avoir une « consistance afin qu'il puisse être repéré par le groupe comme catalyseur mais aussi balise ». Il ne doit pas exister avec lui de rapport hiérarchique, permettant de limiter au maximum son influence sur le contenu du dialogue et de créer un espace rassurant et ouvert [26]. Le choix d'un facilitateur externe ne possédant pas d'autorité ni sur le groupe de participants ni sur d'éventuelles décisions cliniques est donc important [20]. Ses interventions ont vocation à favoriser le dialogue sincère et constructif en gardant l'œil sur la dimension éthique du cas [1]. Il a pour rôle d'encourager les participants à s'exprimer en utilisant l'argumentation [19,26]. Son but est de faire émerger les valeurs et normes en fonction des interventions des participants. Molewijk et al. a clairement écrit que le facilitateur ne doit pas être considéré comme un expert vis-à-vis des cas traités [18,30]. Il y a cependant un intérêt à ce qu'il dispose de connaissances éthiques théoriques pour préciser certains concepts [25,26,30]. Nos SEA ont été pratiquées dans une équipe de soins psychiatriques réduite à une unité d'hospitalisation, dans laquelle différents corps de métier se côtoient. Les soins psychiatriques pratiqués dans cette unité s'appuient sur une théorie du soin collectif. La pluridisciplinarité au sein des SEA est jugée importante dans plusieurs articles de la littérature [1,6,14,15,19, 21,25,29,30]. L'objectif affiché des SEA de favoriser la coopération des équipes justifie qu'elle soit pratiquée dans de « véritables » équipes de soins [11] et qu'elle s'inscrive dans une continuité [5,15]. L'intérêt est également d'être attaché à la pratique courante, connecté au travail et à son environnement habituel [24]. Dans notre étude, tout le personnel de l'unité, constitué majoritairement d'infirmiers, a participé à au moins une SEA et la majorité (56,5 % ou 13 personnes) à plus de cinq SEA. Ces données paraissent importantes pour au moins deux raisons : le caractère volontaire de la participation aux SEA peut avoir comme effet de créer un écart entre les professionnels [29] et une attention particulière à un éventuel effet de « polarisation » du groupe doit être réalisée [12]. La notion d'équité dans le groupe de participants était soulignée par Rasoal et al. avec la nécessité d'accorder une attention particulière au calendrier et à la fréquence des SEA [20].

Dans certains articles, des personnes extérieures et ne participant pas aux SEA étaient chargées de l'évaluation. Certains ont réalisé une évaluation lors de chaque SEA par l'intermédiaire de questionnaires ou d'interviews [15,21] parfois avec des questionnaires très long (78 questions) [31]. Dans d'autres, des enregistrements vidéo et audio ont été faits [8]. Dans notre étude, le questionnaire a été réalisé à la fin des six SEA car l'objectif était de tester leurs effets à long terme. Une des limites souvent évoquée dans les études sur les SEA est la faible taille de l'échantillon rendant les résultats difficilement généralisables [21]. C'est également le cas dans notre enquête. Elle a été réalisée dans le service dans lequel travaille

l'initiateur du projet, ce qui pourrait créer un biais de sélection dans les réponses. Cet effet a pu être estompé par l'anonymisation des questionnaires.

Aujourd'hui, la question principale qui commence à émerger dans la littérature est « Qu'est-ce qu'une bonne SEA ? » [7]. Jellema et al. soulignaient en 2017 les difficultés à étudier la qualité de la délibération dans les SEA avec l'absence d'instruments d'évaluation. Deux indicateurs d'une « bonne » délibération pourraient se dégager : la variabilité des arguments et l'engagement critique. Le caractère contextuel des SEA, la variabilité des différents facteurs (cas, durée, nombre de participants) et la qualité du facilitateur sont cités comme des limites théoriques, de même que le caractère fastidieux de l'application pratique [12]. Il n'existe actuellement pas de questionnaire de référence pour évaluer l'impact des SEA. Un outil spécifique, nommé Euro-MCD, est en cours d'élaboration. Des études de validation de ce questionnaire doivent encore être finalisées [7,22,27]. Le Maastricht Moral Deliberation Questionnaire est parfois utilisé mais n'est disponible qu'en anglais et contient beaucoup de questions ouvertes [15,27]. De la même manière, l'amélioration de la qualité des soins décrite par les participants revêt pour le moment un caractère subjectif. Il n'existe actuellement aucune étude qui quantifie ou tente d'expliquer cet effet [15].

Le manque évident de données disponibles en France invite à poursuivre les investigations sur les CES et particulièrement les SEA. Il serait intéressant, dans un premier temps, de pouvoir faire un état de lieu des pratiques dans notre pays. Des études supplémentaires sur l'évaluation de l'efficacité des SEA sont également nécessaires.

5. Conclusion

La mise en place de SEA dans les services de soins témoigne d'une évolution dans la conception de l'éthique avec un passage d'une éthique théorique, avec des experts et des comités éthiques, à une éthique pratique [31] traitant des situations éthiquement sensibles du quotidien [6,29]. L'objectif des SEA est d'amener les soignants à une pratique réflexive, de les familiariser à un questionnement éthique qui influencera leur pratique [18]. Ce n'est donc pas seulement le contenu du cas qui est important mais plutôt les effets produits sur les participants. Les SEA servent à favoriser un processus de dialogue entre les participants leur permettant de s'écouter et de construire une compréhension mutuelle. Elles améliorent alors le climat de travail et indirectement le soin [30]. Elles présentent un intérêt pédagogique en favorisant l'accroissement des connaissances éthiques grâce au retour d'expérience réalisé. Enfin, elles possèdent une action structurante sur les équipes en mettant en place une organisation réactive

et apprenante entre professionnels de santé. Notre étude tend à montrer les effets bénéfiques de l'implantation des SEA sur les pratiques soignantes et donc sur les soins offerts aux patients. De notre point de vue, les SEA constituent une méthode originale et innovante pouvant répondre aux impératifs légaux et réglementaires français sur la démarche éthique hospitalière. Elles peuvent être considérées comme une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles à l'hôpital. Les SEA pourraient donc trouver leur place aux côtés d'autres méthodes actuellement reconnues en France dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles comme les revues de morbi-mortalité.

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Tableaux

Tableau 1 : Analyse quantitative de l'impact des SEA

Sous catégories		Acquisition de compétences				Coopération des équipes			Outil différent de la pratique courante			Réflexion sur la qualité des soins			
Questions		Q2	Q3	Q5	Q12	Q7	Q8	Q9	Q1	Q6	Q13	Q4	Q10	Q11	Q14
Résultats	Avis positifs	17 73,9 %	13 56,5 %	18 78,5 %	17 73,9%	19 82,6%	15 62,2%	19 82,6%	19 82,6	22 95,7%	18 78,3%	16 69,6%	20 87%	20 87%	17 73,9 %
	Neutre	3 13%	6 26,1 %	4 17,4 %	6 26,1%	3 13%	7 30,4%	4 17,4%	3 13%	1 4,3%	4 17,4%	6 26,1%	3 13%	3 13%	5 21,7 %
	Avis négatifs	2 8,7%	4 17,4 %	0	0	1 4,3%	1 4,3%	0	1 4,3%	0	1 4,3%	1 4,3%	0	0	1 4,3%

	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6
Nombre de Participants	18	20	20	21	13	18
Description du cas	Patiente de 30 ans, hospitalisée en soins libres Effondrement thymique Antécédent de trouble psychotique et d'hospitalisation Incendie de son appartement Consommation de toxiques Famille épuisée	Patiente de 25 ans, hospitalisée en soins libres Décompensation maniaque et prises de toxiques Antécédent de tentative de suicide Antécédent d'obésité Convertie à l'Islam, Mariée, sans emploi Allégations de sévices sexuels dans l'enfance Demande précise de traitement	Patiente de 39 ans, hospitalisée en soins libres Syndrome délirant Antécédent de trouble bipolaire Dégradation clinique progressive avec perte du logement, de la garde de ses enfants Chronicisation des troubles Incapacité à travailler Demande de curatelle en cours	Patient de 39 ans, hospitalisé en soins libres Syndrome délirant persécutif avec idées suicidaires Symptomatologie douloureuse ancienne Antécédent d'hospitalisations Déni des troubles psychiatriques, refus de suivi Isolement social et affectif	Patiente de 37 ans, hospitalisée en soins sans consentement Syndrome délirant et troubles du comportement Diagnostic incertain Antécédent de trouble psychotique aigu Clivage de l'équipe selon la profession Agressivité, refus de soins Isolement social et affectif	Patient de 38 ans, hospitalisé en soins libres Symptomatologie anxieuse modérée Demande sociale au premier plan Antécédent de trouble délirant sous toxiques Divorcé, pas d'emploi, SDF Sous curatelle Allocation pour le handicap psychique
Thématiques abordées	Les conduites à risque Les relations avec les tiers La responsabilité des soignants Le cadre de soins en psychiatrie Les conséquences sociales des troubles	La question du diagnostic L'identité du patient La demande de soins Les conduites à risque Le cadre de soins en psychiatrie	L'alliance thérapeutique L'insécurité et la demande de protection Le sentiment d'incapacité du patient	La demande de soins L'expression physique des troubles Les conséquences sociales des troubles La place des soignants	Le refus de soins La relation de soin L'alliance thérapeutique Les conséquences sociales des troubles	La question du diagnostic La relation de soin La demande de soins Les dépendances Le déni des troubles Les conséquences sociales des troubles
Principes éthiques	Autonomie Non-malfaisance	Autonomie Bienfaisance Non-malfaisance	Autonomie Bienfaisance Non-malfaisance	Autonomie Bienfaisance Non-malfaisance	Autonomie Bienfaisance	Autonomie Justice

Tableau 2 : Analyse qualitative des compte-rendus des SEA

Références

[1] Abma TA, Molewijk B, Widdershoven GAM. Good care in ongoing dialogue. Improving the quality of care through moral deliberation and responsive evaluation. Health Care Anal HCA J Health Philos Policy 2009;17:217–35.

[2] Bolly C. La mise en œuvre d'une démarche éthique peut-elle influencer la souffrance des soignants ? Can the implementation of ethical processes have an influence on medical persons' suffering? Psycho-Oncol 2011;5:98.

[3] Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes JM, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. L'Encéphale 2011;37:S4–S10.

[4] Cano N, Boyer L, Wawrzyniak FS, Marciano V, Vedie C, Fournier M, et al. L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. Ann Méd Psychol 2013;171:518–23.

[5] Dauwerse L, Stolper M, Widdershoven G, Molewijk B. Prevalence and characteristics of moral case deliberation in Dutch health care. Med Health Care Philos 2014;17:365–75.

[6] Dauwerse L, Weidema F, Abma T, Molewijk B, Widdershoven G. Implicit and explicit clinical ethics support in The Netherlands: a mixed methods overview study. HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues 2014;26:95–109.

[7] De Snoo-Trimp J, Widdershoven G, Svantesson M, de Vet R, Molewijk B. What Outcomes do Dutch Healthcare Professionals Perceive as Important Before Participation in Moral Case Deliberation? Bioethics 2017;31:246–57.

[8] Grönlund CF, Dahlqvist V, Zingmark K, Sandlund M, Söderberg A. Managing Ethical Difficulties in Healthcare: Communicating in Inter-professional Clinical Ethics Support Sessions. HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues 2016;28:321–38.

[9] Hazan A. Le Contrôleur Générale des Lieux de Privation de Liberté. Paris: Dalloz; 2015. P. 315.

[10] Hazan A. Le Contrôleur Générale des Lieux de Privation de Liberté. Paris: Dalloz; 2018. p. 44.

[11] Hem MH, Pedersen R, Norvoll R, Molewijk B. Evaluating clinical ethics support in mental healthcare: a systematic literature review. Nurs Ethics 2015;22:452–66.

[12] Jellema H, Kremer S, Mackor AR, Molewijk B. Evaluating the Quality of the Deliberation in Moral Case Deliberations: A Coding Scheme. Bioethics 2017;31:277–85.

[13] Malzac P. Débat en éthique, pluridisciplinarité et aide à la décision. In: Questions d'éthique biomédicale. Paris: Médecine Science Publications; 2008.

[14] Metselaar S, Molewijk B, Widdershoven G. Beyond recommendation and mediation: moral case deliberation as moral learning in dialogue. Am J Bioeth AJOB 2015;15:50–1.
[15] Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. J Med Ethics 2008;34:120–4.
[16] Molewijk B, Hem MH, Pedersen R. Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. BMC Med Ethics 2015;16:4.
[17] Molewijk B, Kleinlugtenbelt D, Widdershoven G. The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice, and methodology. Bioethics 2011;25:383–93.
[18] Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. Med Health Care Philos 2008;11:43–56.
[19] Nora C, Zoboli E, Vieira MM. Ethical deliberation in health: an integrative literature review. Rev Bioét 2015;23:113–22.
[20] Rasoal D, Skovdahl K, Gifford M, Kihlgren A. Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues. 2017 J.
[21] Seekles W, Widdershoven G, Robben P, van Dalfsen G, Molewijk B. Evaluation of moral case deliberation at the Dutch Health Care Inspectorate: a pilot study. BMC Med Ethics 2016;17:31.
[22] Spijkerboer RP, van der Stel JC, Widdershoven G a. M, Molewijk AC. Does Moral Case Deliberation Help Professionals in Care for the Homeless in Dealing with Their Dilemmas? A Mixed-Methods Responsive Study. HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues 2017;29:21–41.
[23] Spronk B, Stolper M, Widdershoven G. Tragedy in moral case deliberation. Med Health Care Philos. 2016.
[24] Stolper M, Metselaar S, Molewijki B, Widdershoven G. Moral case deliberation in an academic hospital in the Netherlands. Tensions between theory and practice. J Int Bioethique Int J Bioeth 2012;23:53–66, 191–2.
[25] Stolper M, Molewijk B, Widdershoven G. Bioethics education in clinical settings: theory and practice of the dilemma method of moral case deliberation. BMC Med Ethics 2016;17:45.
[26] Stolper M, Molewijk B, Widdershoven G. Learning by doing. Training health care professionals to become facilitator of moral case deliberation. HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues 2015;27:47–59.

[27] Svantesson M, Karlsson J, Boitte P, Schildman J, Dauwerse L, Widdershoven G, et al. Outcomes of moral case deliberation--the development of an evaluation instrument for clinical ethics support (the Euro-MCD). BMC Med Ethics 2014;15:30.
[28] Van der Dam S, Abma TA, Kardol MJM, Widdershoven G a. M. "Here's my dilemma". Moral case deliberation as a platform for discussing everyday ethics in elderly care. Health Care Anal HCA J Health Philos Policy 2012;20:250–67.
[29] Van der Dam SS, Abma TAT, Molewijk ACB, Kardol MJMT, Schols JMGAJ, Widdershoven GAMG. Organizing moral case deliberation experiences in two Dutch nursing homes. Nurs Ethics 2011;18:327–40.
[30] Van der Dam S, Schols JMGA, Kardol TJM, Molewijk BC, Widdershoven GAM, Abma TA. The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. Soc Sci Med 1982 2013;83:125–32.
[31] Weidema FC, Molewijk BAC, Kamsteeg F, Widdershoven GAM. Aims and harvest of moral case deliberation. Nurs Ethics 2013;20:617–31.
[32] Weidema FC, Molewijk AC, Widdershoven G a. M, Abma TA. Enacting ethics: bottom-up involvement in implementing moral case deliberation. Health Care Anal HCA J Health Philos Policy 2012;20:1–19.