

Quel confinement en établissement médico-social ?

Dans le contexte de pandémie du covid-19, le recours au confinement mobilise devant l'importance tant de l'objectif visé, que des questions éthiques soulevées par son application.

Nous interrogeons ici sa mise en œuvre en établissement médico-social, dont les résidents sont parmi les personnes les plus vulnérables à ce virus.

Nous questionnerons de prime abord ses modalités dans les unités dites « fermées » d'EHPAD, car les pathologies neurocognitives présentées par leurs résidents rendent difficiles leur compréhension de la mesure, tandis que leurs manifestations psycho-comportementales (déambulation notamment) sont un risque ajouté de contagion.

Nous élargirons ensuite cette réflexion à l'ensemble des résidents de ces établissements.

I) En unité dite « fermée »

Option d'un confinement dans l'unité ?

- Cela revient à poursuivre les modalités habituelles de circulation dans les unités fermées accueillant des résidents présentant des troubles cognitifs dits déambulants.

- Cette option présente néanmoins une différence avec le fonctionnement habituel de ces unités : l'interdiction des visites des proches, déjà mise en œuvre depuis le début de l'épidémie.

- *Pour quoi ? :*

- la liberté d'aller et venir (ne pas la limiter plus qu'habituellement) ;
- le bien individuel (éviter les conséquences d'une restriction accrue de la liberté d'aller et venir)

- *Risques :*

- le risque de la contamination pour tous (le patient non confiné, les autres patients non confinés, les soignants), avec un risque d'être symptomatique et de décès important dans cette population fragile
- un risque d'isolement social partiel déjà présent du fait de l'isolement physique des proches

Option d'un confinement en chambre ?

- *Pour quoi ? :*

- le bien commun (du résident et des autres résidents) par la diminution du risque de contamination

- *Risques :*

- Impossibilité de compréhension et d'appropriation des consignes de confinement par les résidents présentant des troubles cognitifs avancés ;
- Majoration du risque d'isolement social et affectif (rupture de contact physique avec leurs proches ainsi que les autres résidents) ;

- La mise en œuvre du confinement peut retentir sur la santé physique (par la diminution du périmètre de marche possible) et psychique (par la perte de liberté d'aller et venir : impossibilité de déambulation permettant un équilibre psycho-comportemental) ;
- Ainsi, risque d'angoisse, d'agitation, d'agressivité, de dépression et de délires de persécution secondaires, etc...
- Aboutit à un risque d'aggravation global de leur santé, notamment au regard de leur pathologie neurologique sous-jacente

- *Avec quels moyens ? :*

- des mesures environnementales : intervention des soignants en chambre
- une contention chimique : recours supplémentaire à des traitements dits anxiolytiques et neuroleptiques. Cela signifie alors que l'objectif de leur usage dépasse l'intérêt propre du patient.
- une contention physique : outre la « contention » en chambre, faudrait-il en venir à envisager la contention physique (attache au fauteuil par exemple) en cas d'agitation avec risque de mise en danger (se frapper la tête contre les murs, essayer de briser une vitre) ?

- *Limites :*

1) *Quel soutien relationnel et environnemental pour le résident ?*

- l'espace individuel est restreint à la fonction de chambre
- l'approche environnementale (non médicamenteuse) individualisée en chambre serait une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes déjà en nombre réduit
- possible incompatibilité avec d'autres mesures d'hygiène (Comment un soignant peut-il être apaisant en portant masque, surblouse, etc... ?)
- moindre accès (matériel et cognitif) aux outils numériques, impactant d'autant plus l'isolement social au regard des proches

2) *Les risques propres aux contentions chimiques et physiques*

- risque majoré de iatrogénie : accident vasculaire cérébral, chute, sédation, etc...
- possibilité de lésions cutanées, osseuses, etc...

3) *Inversion des finalités :*

- Habituellement, ces mesures sont envisagées de façon proportionnée (avec y compris le cas échéant, le recours ultime à la contention) dans le but de prendre en soin les troubles psycho-comportementaux secondaires aux troubles cognitifs ; donc dans l'intérêt de la personne elle-même.
- Ici, il s'agirait de prendre en charge les troubles psycho-comportementaux secondaires au confinement mis en œuvre de façon première par les soignants ; donc dans l'intérêt du collectif.

Quelle autonomie ? Quel consentement ? Quelle liberté d'aller et venir ? Quelle dignité ?

- *Quelle autonomie ?*

- Devant les troubles cognitifs considérés des résidents, leur autonomie décisionnelle est altérée, appelant une autonomie substituée.
- Peut-on alors rechercher le consentement de leurs personnes de confiance, de leurs proches ?

- *Quel consentement ?*

- Les proches se sont prêtés, de fait, à la restriction des visites.
- Dans quelle mesure peut-on parler de consentement devant ces mesures de santé publique touchant la collectivité ? Il est difficile en effet de dire que le confinement a obtenu le consentement des français... tout au plus leur adhésion, plus ou moins contrainte.

- *Quelle liberté d'aller et venir ?*

- La situation particulière des français résidents dans ces établissements est-elle alors similaire au confinement des français en général, auquel chacun doit se soumettre ?
- Les français conservent (de façon certes réduite et/ou adaptée) : la possibilité de déambuler (on peut sortir de chez soi pour le seul motif de faire un peu d'exercice physique), la possibilité de communiquer (on découvre ou redécouvre l'usage du téléphone, des nouvelles technologies de communication), la possibilité d'un certain nombre de choix préservés (on continue de faire ses courses, de choisir ses menus), le choix initial des personnes avec qui on partage ce confinement, l'accès à des loisirs (concerts en ligne, etc...).
- En contraste, le questionnement actuel sur les conditions de vie de ces résidents présentant des troubles cognitifs amène deux constats : 1) Les possibilités, les capacités (en l'occurrence de santé physique, d'affiliation, de lien social, de pensée, d'émotion et de divertissement) de ces personnes vulnérables étaient déjà fragiles antérieurement. 2) Elles risqueraient d'être encore bien plus réduites par une diminution de leur liberté d'aller et venir.

- *Quelle dignité ?*

La mise en œuvre du confinement est donc à risque de réduire encore plus les capacités de ces résidents vulnérables, voire de porter atteinte à leur intégrité physique et psychique, et ainsi à leur dignité, sans pour autant leur apporter un bénéfice individuel direct.

Que dit la loi ?

Dans les recommandations de l'ANAES devenue l'HAS (Haute Autorité de Santé) du 24 et 25 Novembre 2004, la liberté d'aller et venir se définit comme « *une composante de la liberté individuelle et elle est inhérente à la personne humaine. La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire ou accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. Cette liberté s'interprète de manière extensive et prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne.* ».

Par ailleurs, plusieurs groupes d'experts se sont réunis, et tous ont exprimé la nécessité de ne pas limiter la liberté de circulation des patients, de respecter au maximum leur choix de vie et d'obtenir un consentement éclairé lors des admissions en EHPAD ou en SLD.

Son respect en psychogériatrie n'est pas facile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les unités de soins de longue durée (USLD)

qui accueillent des malades vulnérables, notamment dans les unités d'hébergement renforcées (UHR). En effet, beaucoup d'EHPAD ou d'USLD possèdent à ce jour des unités fermées qui ont comme spécificité d'avoir une porte fermée, restreignant ainsi la possibilité qu'ont les patients de quitter l'établissement.

Cependant, cette liberté peut être exceptionnellement limitée dans des conditions strictement définies pour des raisons médicales ou d'ordre public. Il faut parvenir à concilier deux principes vraisemblablement opposés : la liberté et la sécurité. Parfois, le cas par cas peut être une solution en prenant en considération la situation de la personne et non sa maladie, tout en essayant de donner une réponse adaptée à sa possible vulnérabilité.

L'Etat a pour rôle d'assurer l'ordre public et doit donc parfois poser des limites à la liberté d'aller et venir, tout spécialement pour « la prévention d'atteintes à l'ordre public, notamment d'atteintes à la sécurité des personnes et des biens : Décision du Conseil Constitutionnel du 18 janvier 1995, n° 95-352 DC ». C'est donc au législateur de garantir l'équilibre entre ces objectifs de valeur constitutionnelle et l'exercice de libertés publiques (elles-mêmes constitutionnellement garanties. A titre d'exemple : la liberté individuelle, la liberté d'aller et venir et l'inviolabilité du domicile décision du Conseil Constitutionnel du 25 mars 2014 n° 2014-693 DC).

Une seule dérogation existe dans le domaine de la santé : la nécessité de quarantaine, dont les règles strictes sont énoncées dans les principes de Syracuse de 1985, un texte émanant de la Commission des Droits de l'Homme du Conseil économique et Social des Nations Unies article 25 énonce « *La santé publique peut être invoquée comme motif pour restreindre certains droits, afin de permettre à un état de prendre des mesures en cas de menace graves à la santé de la population ou de certains éléments de la population. Ces mesures doivent avoir spécialement pour but de prévenir des maladies ou des accidents ou permettre d'apporter des soins aux malades et aux blessés* » et « *qu'il doit être tenu compte du règlement sanitaire international de l'OMS* » dans son article 26. Ce texte rappelle aussi que toute restriction au Pacte international relatif aux droits civils et politiques doit être non discriminatoire, conforme à la loi, légitime et nécessaire et l'alternative raisonnablement disponible la moins limitative.

Comment agir ? : Le temps de l'urgence ; le temps de la réflexion

La réalité des événements actuels et à venir oblige à l'action, sans attente.

Par ailleurs la réflexion éthique nécessite du temps (du recul et de la pluridisciplinarité).

C'est dans ce paradoxe que s'inscrivent les modestes propositions suivantes.

De plus, il convient de ne délibérer que sur ce dont les moyens dépendent de nous. Il apparaît ainsi utile de distinguer les éléments d'aide à la décision dans ce temps d'urgence, des questions qui seront à traiter ultérieurement.

Le temps de l'urgence

Les objectifs de bien collectif (protection contre le risque de contamination), et de bien individuel (à travers le respect de la liberté d'aller et venir) ne peuvent être conjointement complètement atteints.

On notera que le confinement dans l'unité est d'ores et déjà une limitation accrue de la liberté de lien social (par l'arrêt de la visite des proches).

Le confinement en chambre de résidents porteurs de troubles cognitifs peut porter atteinte à leur santé physique et psychique.

De nombreux facteurs conditionnant la conduite à tenir sont contraints : les connaissances actuelles sur le virus, l'accès aux tests diagnostiques, le matériel de protection, les configurations architecturales, les ressources humaines, etc...

Ainsi la mise en œuvre systématisée d'un confinement en chambre n'apparaît pas souhaitable. Il convient plutôt de favoriser le plus possible la protection contre le risque de contamination, dans la mesure où l'intégrité et la dignité des résidents peut être préservée, envisageant ainsi des mesures proportionnées aux conditions locales et singulières, grâce à la concertation plurielle des soignants et des familles.

En voici quelques propositions pratiques ne pouvant témoigner de l'exhaustivité des initiatives locales :

- Une confiance envers les soignants et les familles dont la connaissance des résidents est la meilleure source de créativité en vue d'atteindre l'objectif défini ;
- Une stratégie de confinement non généralisé (ne concernant qu'une partie du collectif : par exemple uniquement les résidents infectés ; ou exemptant les résidents qui en souffriraient, etc.) ;
- La création d'espaces de déambulation distincts pour les résidents infectés et ceux qui ne le sont pas ;
- Un recours en nombre aux tests diagnostiques permettant de distinguer le plus précisément possible les mesures de confinement nécessaires à titre individuel ;
- Un confinement des professionnels (principale source de contagion) avec les résidents ou un hébergement dans un lieu proche de l'EHPAD (questionnant alors la liberté des professionnels), et le recours aux tests diagnostics aussi pour les professionnels.

Par ailleurs ces pistes de réponse à la question posée ne dispensent pas d'une réflexion sur les moyens de maintien de la communication avec leurs proches et l'anticipation des stratégies de déconfinement.

Le temps de la réflexion

Si nos décisions actuelles conjuguent nécessairement le bien collectif, le bien individuel et les contraintes matérielles et économiques, ces dernières ne sont pas immuables et requerront nos questionnements après la gestion de cette crise.

Il conviendra notamment de questionner la quantité et la juste distribution des ressources :

- nécessaires à tous les français dans la gestion de la crise (masques de protection, tests de détection) ;

- mobilisées particulièrement pour les résidents d'EHPAD dans la gestion de la crise (masques de protection, tests de détection, moyens humains supplémentaires, accessibilité au plateau sanitaire) ;

- mise en lumière par l'épidémie, mais aussi préalablement existante en EHPAD (manques de moyens humains, difficultés architecturales et institutionnelles, accès aux technologies de communication).

II) En secteur dit « classique »

Même si leurs capacités de compréhension sont préservées, la mise en œuvre du confinement risque d'être plus difficilement vécue par l'ensemble des résidents des établissements médico-sociaux. En effet, son retentissement sur la liberté d'aller et venir y est plus restrictif que pour la population générale : impossibilité de sortir de leur établissement (s'inscrivant en rupture avec leurs habitudes antérieures), limitation de l'accès aux espaces autres que leur chambre, perte des liens directs avec leurs proches et les autres résidents.

Ainsi c'est pour l'ensemble des établissements médico-sociaux que la mise en œuvre systématisée d'un confinement strict en chambre n'apparaît pas souhaitable. Dans toutes les unités, il convient plutôt de favoriser le plus possible la protection contre le risque de contamination, dans la mesure où la qualité de vie et la dignité des résidents peut être préservée, envisageant ainsi des mesures proportionnées aux conditions locales et singulières, grâce à la concertation plurielle des soignants et des familles et le recours aux tests de dépistage

Sans transiger sur l'objectif du confinement, chaque modalité de son application doit alors pouvoir être questionnée. C'est le cas notamment de la mise en lien avec les proches, pour laquelle se dégage notamment une utilité d'autant plus grande de l'essor des outils de communication.

Même si l'objectif de sauver des vies reste premier, il ne doit pas éclipser l'objectif de qualité de vie, et ce peut-être d'autant plus concernant une population pour laquelle le risque de fin vie devient plus fréquent.

Tours, le 5 avril 2020

Pour le cellule de soutien éthique de l'ERERC au CHU de Tours
Dr Béatrice Birmelé, Mme Mégane Ladiesse, Dr Thomas Léonard