

CELLULE RÉGIONALE DE SOUTIEN ÉTHIQUE DE L'ERENA
(Espace régional de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine)

Le 7 avril (A12-2/ AR 8-2)

Saisine de la cellule régionale de soutien éthique de l'ERENA par psychologue clinicienne d'un ehpad. Le contenu du courriel du 16 mars est le suivant :

« Je suis à la recherche de réflexion pour guider nos actions dans l'accompagnement psychologique. Voici les questions que nous nous poserons collégialement demain (27 mars) en Comité éthique. Avez-vous des éléments de réponses pour nous aider.

Comment prendre en charge un cas suspect dans un secteur déambulant ? Sécurité du Bien commun ou liberté ?

Fermer à clé les personnes pour protéger les autres d'une contamination au risque d'entraver la liberté d'aller et venir et de majorer les SPCD.

Comment assurer un accompagnement de fin de vie ? Dignité et sécurité

Fin de vie résidents non atteint du COVID accompagnée par les proches : de quelle manière ?

Fin de vie résidents atteint du COVID accompagnée par les proches : de quelle manière ?

Comment maintenir rituel du deuil pour une famille dont le résident présentait un COVID ? Dignité, humaine condition, sécurité

Veiller son mort, en prendre acte, préserver la population générale.

Comment avoir connaissance des directives anticipées des personnes dites réanimables que nous n'avons pas encore récoltées ? Liberté, affirmation de ses choix et sécurité psychique, respect des défenses psychiques type déni

Comment peut-on demander au résident ou à sa personne de confiance les directives anticipées dans le cas où le pire arriverait ?

Dans quel cadre de l'accompagnement SP un comité éthique sera-t-il utile et à propos ? »

Contexte

Le nombre de questions témoigne de la mobilisation éthique de votre établissement et la cellule régionale de soutien éthique ne peut que vous encourager à continuer de mettre en œuvre en vous appuyant sur votre groupe éthique, une réflexion destinée à donner sens à vos pratiques. Comme les propositions de la cellule de soutien sont ensuite portées à la connaissance du plus grand nombre, elles seront organisées de manière thématique.

Comment prendre en charge un cas suspect dans un secteur déambulant

Epidémiologie

Elle a été maintes fois abordée dans les avis précédents. Les préconisations sanitaires sont l'isolement du cas suspect en chambre ou en secteur dédié, l'isolement des autres résidents, la confirmation

biologique du diagnostic. Par ailleurs, en cas de chambre double (voir avis précédent), il n'est guère envisageable de laisser un résident suspect ou contaminé à côté d'un résident non contaminé et asymptomatique.

Problématisation éthique

- C'est à juste titre que vous soulignez la tension éthique entre Bien commun d'une part et liberté individuelle d'autre part. Or, l'extrême contagiosité du virus fait que la mise en contact d'une personne malade avec des personnes apparemment saines mais dont le statut virologique et immunitaire n'est pas connu fait courir un risque majeur de contamination : la liberté individuelle ne doit pas mettre en danger la santé d'autrui. C'est pour cette raison que l'isolement a été prescrit par les autorités sanitaires. En outre, la survenue de cas suspects ou prouvés devrait s'accompagner de l'individualisation dans l'ehpad d'un secteur dit dédié : nous renvoyons à l'avis déjà donné sur ce sujet. S'il s'agit du premier cas, ce qui revient à un isolement en chambre, il convient de considérer que cette chambre devient la première d'un secteur dédié dont il faudrait d'emblée prévoir la configuration en fonction de l'aménagement architectural de l'ehpad.

Le qualificatif de « déambulant » concernent-il des résidents ayant des capacités normales de marche sans troubles comportementaux ou des résidents déambulants en secteur dit protégé et fermé ?

- Dans le cas des résidents sans troubles comportementaux significatifs l'isolement en chambre est d'autant mieux accepté que la personne, surtout si elle est fébrile, toussante, fatiguée, voire atteinte de troubles digestifs, se ralliera pour son confort et son repos à son isolement en chambre. Bien entendu l'isolement en chambre et en secteur dédié nécessitera des soins donc des visites de personnel soignant fréquentes à la fois pour les soins techniques mais aussi pour les soins relationnels désignés sous le nom d'accompagnement. L'isolement, s'il est bien assisté, ne posera pas en règle de problème majeur.
- S'il s'agit d'un résident déambulant avec troubles psychocomportementaux, la tension éthique est beaucoup plus grande. Ce sujet a déjà été abordé notamment dans l'avis « résidents déambulants » car il est nécessaire de mieux approcher la physiopathologie de la déambulation pour mieux saisir les effets délétères de l'isolement contraint sur les résidents déambulants mais aussi le risque grave de contamination des autres résidents. Il s'agit bien d'un dilemme opposant un principe téléologique, celui du Bien commun et un principe déontologique que l'on peut nommer autonomie : il s'ensuit qu'il n'existe aucune solution satisfaisante et qu'il faudra que l'équipe soignante choisisse, coordonnée par le médecin, ce qui semblera être un « moindre mal ». Ce processus décisionnel devra être bâti sur un certain nombre de « pré-requis ».

-Il s'agit d'abord du contexte architectural

En effet la porte fermée à clé a un double objectif. Le premier est d'empêcher le résident de sortir pour contaminer d'autres résidents déambulants non infectés. Mais le second, peu souvent évoqué, est aussi d'une importance capitale : il s'agit en effet de faire en sorte qu'un résident déambulant non infecté ne pénètre dans la chambre d'un résident contaminé. Si l'on prône la liberté absolue de la déambulation, (principe déontologique), la contagiosité du virus fait courir des risques avérés aux résidents déambulants non infectés. Si les résidents déambulants sont regroupés en unité fermée, la question essentielle est de savoir si l'organisation architecturale de l'ehpad permet d'individualiser un secteur dédié aux personnes Covid 19 au sein même de l'unité protégée en faisant en sorte que le passage du secteur dédié au sein de l'autre secteur ne soit pas possible. Dans cette configuration, restreindre seulement la zone de déambulation des

résidents déambulants Covid 19 est un compromis éthique plus acceptable qu'enfermer le résident dans sa chambre.

-Il s'agit ensuite du contexte comportemental et des ressources en accompagnement

Les conditions de l'isolement du résident déambulant dans une chambre dépendent du contexte comportemental et neurologique tel qu'il peut être évalué par le médecin, la (le) psychologue et l'équipe soignante. Les grandes lignes de ce contexte figurent dans l'avis intitulé « confinement des résidents déambulants en secteur protégé » (https://espace-ethique-na.fr/ressources_477/page-des-articles-covid_2348.html). Un résident déambulant peut occasionnellement être compliant même pour une durée variable. Si l'établissement dispose d'une chambre double dont la deuxième place est vacante, l'affectation de cette chambre pourrait être plus à même de préserver un espace de déambulation. Mais un certain nombre de facteurs, comme une appréhension imprécise du monde qui l'entoure liée à ses troubles neuropsychologiques, l'existence d'une akatisie par exemple rendent illusoire l'immobilité du résident. La fermeture de la chambre peut aggraver l'agitation qui se détériore en boucle tant sur le plan neuropsychiatrique que sur le plan de l'état général. Ceci ne peut être évité que si les ressources en personnel de l'ehpad permettent d'intensifier l'accompagnement et d'éviter l'enfermement solitaire du résident.

-Il s'agit aussi de la capacité de l'ehpad à déployer la collégialité

Aucune décision n'appartient à une structure éthique dont la mission est de favoriser le discernement. Sans entrer dans des détails règlementaires qui sortent du champ de l'éthique les décisions médicales relèvent du médecin et les décisions organisationnelles de la direction. Reste toutefois le cas où des décisions organisationnelles pourraient avoir des conséquences sur la santé des résidents. Une concertation est donc nécessaire qui doit tenir compte bien sûr des recommandations et/ou des prescriptions des autorités sanitaires.

Il n'en reste pas moins que si les décisions médicales sont prises par le médecin, elles doivent faire auparavant l'objet d'une délibération collégiale avec l'ensemble de l'équipe soignante (incluant bien sûr la psychologue et tous les professionnels affectés aux diverses missions de l'accompagnement). Il doit en être de même pour les décisions organisationnelles liées à la santé publique. Un consensus construit collégialement permettra sans doute une application humanisée des décisions nécessaires pour préserver et la santé des résidents et celle des personnels.

Conclusions

Elles rejoignent les avis précédemment émis.

- Le souci du Bien commun ne permet pas de prendre le risque d'une contamination de résidents non malades par un résident déambulant suspect ou atteint de Covid 19.
- Cette situation douloureuse souligne la pertinence épidémiologique et dimension éthique de délimitation d'un secteur dédié. L'individualisation d'un tel secteur au sein d'une unité protégée (et déjà fermée) permettrait de maintenir un espace de déambulation « étanche » par rapport au reste de l'institution.
- Si l'individualisation d'un secteur dédié est vraiment impossible, et s'il ne reste que l'isolement du résident en chambre, il serait alors nécessaire de voir comment préserver un espace de déambulation et comment assurer une présence accompagnatrice très

renforcée au résident. La fermeture à clé des chambres est un facteur de risque majeur d'aggravation des troubles comportementaux donc de l'état de santé global du résident.

- La cellule de soutien éthique rappelle que seule la connaissance du statut virologique et immunologique des personnels et des résidents permettrait de soulager ces tensions éthiques et même de faire appel à « une réserve médico-sanitaire » de personnes bénévoles et formées dont on saura préalablement qu'elles sont immunisées.