

# CELLULE RÉGIONALE DE SOUTIEN ÉTHIQUE DE L'ERENA

26 avril 2020 (AT16/AR12)

Saisines de la cellule régionale de soutien éthique de l'ERENA par deux ehpad de la Nouvelle-Aquitaine, l'une transmise par le médecin coordonnateur, l'autre par la présidente de la structure éthique de l'hôpital dont dépend l'Ehpad, du chef du service de gériatrie, du directeur du centre hospitalier et de la présidente de la Commission médicale d'établissement. Ces deux saisines ont porté sur la possibilité de visites des résidents d'ehpad par des membres de leurs familles, selon des modalités strictement encadrées quant à la fréquence, la durée et avec des mesures-barrière renforcées.

## *Contexte*

Ces deux saisines sont exemplaires d'une démarche qui a procédé d'abord d'un souci de partage d'interrogations éthiques précédant l'appel à des modifications réglementaires. Elles étaient fondées éthiquement sur une analyse de la balance entre les bénéfices d'un confinement des ehpad (qui s'est accompagné chez l'un d'un isolement en chambre) afin d'éviter l'infection par le Covid-19 ou de ralentir sa progression et les risques liés à l'isolement social, sources chez certains résidents de troubles majeurs mettant en danger leur santé psychoaffective et leur santé physique.

Ces saisines ont été reçues à la cellule de soutien éthique alors même qu'elle menait depuis quelques jours une réflexion intensive, en lien avec l'ARS, sur la possibilité d'ouverture de visites, sachant que les directives ministérielles étaient encore adeptes d'un confinement aussi absolu que possible. Une exception pour raisons d'humanité avec néanmoins pu être proposée aux ehpad pour permettre un accompagnement minimal de fin de vie dans des conditions strictes de sécurité ? Or, mobilisé par des demandes croissantes d'ehpad relayées largement par les médias et à la suite d'un rapport remis le 18 avril par M. Jérôme Guedj pour « proposer et coordonner des réponses à l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement », le ministre de la santé annonçait le dimanche 19 avril lors d'une émission télévisée que « les consignes nationales relatives au confinement dans les établissements médico-sociaux [allaient être dès le lendemain 20 avril] assouplies pour permettre, dans des conditions très encadrées, des visites des proches ». Le communiqué de presse publié le lendemain précisait qu'il s'agissait par-là « de tenir compte des grandes difficultés qui peuvent être attachées à la situation actuelle pour les personnes accompagnées par ces établissements, tout en veillant à maintenir un haut niveau de protection des personnes et des professionnels vis-à-vis du Covid ». Le ministère publiait incontinent le protocole des « recommandations relatives au rétablissement encadré des visites extérieures ».

## *Cheminement éthique en contrepoint des décisions gouvernementales*

- Le présent avis n'a bien entendu pas pour but de refaire des propositions alors même que le gouvernement a publié des décisions réglementaires qui vont d'ailleurs dans le sens du

cheminement éthique suscité par le confinement des ehpad qui avait précédé celui de la population générale. Il était vite apparu que le confinement générait des tensions éthiques préoccupantes. Nécessaire sur le plan épidémiologique, il bouleversa la vie des ehpad, s'accompagnant parfois dès le début de la période de confinement, soit le 11 mars pour les ehpad, d'un isolement en chambre sans réaliser initialement que la circulation du virus dans un ehpad ne provenait pas d'abord d'une contamination entre résidents mais d'une introduction du virus par les personnels. La dotation en masques des personnels, l'application de mesures barrière strictes, l'hygiène des locaux vinrent secondairement compléter le processus de lutte grâce à un personnel dont on imagine l'ampleur de la charge de travail comme de la charge émotionnelle. Il parut vite évident que l'urgence épidémiologique tenait à la séparation des résidents atteints et des résidents infectés par le Covid en individualisant au sein des ehpad des unités dédiées, ce qui fut parfois difficile à mettre en place en raison de contraintes architecturales comme à la difficulté de repérer les sources de contagion liées aux formes inapparentes d'infection. Un nouveau pas fut franchi à partir de l'engagement annoncé faite par le ministre le 6 avril de *"tester tous les résidents à compter du premier cas confirmé dès l'apparition de la maladie de coronavirus au sein de l'établissement"*. Ces tests, même s'ils comportent des faux négatifs allaient néanmoins accroître considérablement la précision diagnostique donc limiter la contagion dès lors qu'ils devaient être suivis de la séparation dans des unités distinctes des résidents atteints (de manière biologiquement prouvée) et épargnés par le Covid. Pour que la chaîne de contagion soit rompue de manière optimale le ministre précisa que ces tests à grande échelle autoriseront par exemple *"certains salariés positifs mais asymptomatiques à travailler sans danger au sein d'unités regroupant des résidents déjà malades"*. Et de fait les ehpad « infectés » ont commencé de proposer à leurs salariés de pratiquer des tests de dépistage pour procéder à l'éviction de ceux chez lesquels est détectée une charge virale. Cette étape ne pouvait porter ses fruits sans une éviction (et un dépistage) des personnels fébriles et sans le maintien du confinement des établissements donc de l'interdiction des visites.

- Ce combat épidémiologique amplifié par les ressources biologiques ne pouvait échapper à une évaluation de ses conséquences délétères pour les résidents qui souffraient de leur isolement social malgré les efforts des personnels et dont un nombre croissant étaient victimes d'une détérioration croissante de leur santé psycho-affective et physique. Les avantages en termes de santé publique du confinement pouvaient-ils légitimer des détériorations graves de l'état de santé de résidents non liées au Covid mais aux mesures prises pour le combattre ? Les avantages escomptés du confinement dans les ehpad et les EMS se réduisaient massivement face aux risques qu'il faisait courir à ces populations âgées et souvent atteintes de troubles neurocognitifs majeurs.
- Mais comment passer de ce constat à la justification éthique d'une ouverture au droit de visite ? La nécessité épidémiologique du confinement au sens de l'interdiction des visites dans les ehpad n'avait pas été remise en cause par le conseil scientifique. La règle administrative issue de cet avis devenait ainsi une nécessité éthique d'application générale. Le Comité Consultatif national d'éthique dans son avis du 30 mars soulignait néanmoins **« un accueil organisé pour les familles et les proches aidants, parfaitement régulé et sécurisé avec les protections qui s'imposent, pourrait également être envisagé, en particulier pour les résident(e)s en fin de vie »**. Il s'agissait donc, non d'une modification

de la règle mais d'une procédure d'exception ou plutôt d'une « exception de visites » légitimée par le souci de prendre en compte la nécessité humaine du besoin d'accompagnement de vie tant pour les résidents malades que pour les familles dont on ne pouvait ignorer les souffrances. C'est d'ailleurs dans ce mouvement que s'inscrit la lettre que la cellule régionale de soutien éthique adressa, avec l'approbation de l'ARS, aux directeurs d'ehpad le 1<sup>er</sup> avril dernier.

- Mais il apparut vite, par le témoignage des équipes d'ehpad, que le confinement pouvait entraîner chez certains résidents, une dégradation de leur santé psycho-affective et physique. Comme le souligne le rapport de Jérôme Guedj, cette éventualité avait été évoquée dès le 14 mars par la DGS dans le cadre d'une « foire aux questions » précisant que, sous réserve d'une appréciation par le directeur : *« peuvent constituer des motifs d'autorisation exceptionnelle, sans que cette liste soit limitative :*

- Une situation de fin de vie

- Une décompensation psychologique

- *Un refus de s'alimenter qui ne trouve pas de réponse au sein de l'établissement ».*

Cette invitation eut néanmoins peu d'échos auprès des ehpad soit en raison du caractère inhabituel de ces instructions (une foire aux questions), soit en raison de ses modalités de diffusion, soit parce l'atmosphère générale dans les ehpad à la date du 14 mars était celle d'injonctions ultra sécuritaires.

- Ces deux saisines adressées à la cellule de soutien éthique de l'ERENA dans les tout premiers jours de la deuxième quinzaine d'avril s'accompagna aussi d'autres saisines adressées directement à l'Agence Régionale de Santé qui s'enquit de l'avis de la cellule régionale. L'avis que préparait alors la cellule régionale n'alla pas dans le sens ni d'une modification de la règle générale de l'interdiction de visites, ce qu'une structure éthique n'a pas le droit de décider, ni d'un appel à la transgression générale de la règle. La proposition s'orientait alors vers une procédure d'exception, au sens éthique du terme, justifiant la suspension d'une règle générale dont l'application à des situations particulières entraînerait des conséquences graves et insupportables au nom du respect de la dignité de la personne humaine et même du respect de la vie quand on sait les conséquences que peuvent avoir sur la santé ces situations au cours desquelles la personne multiplie les complications psychologiques et physiques et où cesse, en raison des souffrances de l'isolement, l'envie même de vivre. Le terme d'exception n'a pas en effet de définition quantitative mais qualitative. Seules doivent compter, dans la décision, les personnes humaines dans la singularité de chaque situation. Contrairement toutefois à la « foire aux questions » de la DGS du 14 mars, si l'accord du directeur est requis, l'appréciation de la situation devait être laissée au médecin et à l'équipe soignante compte tenu qu'il s'agit d'évaluer médicalement le risque que comportait pour chaque résident le refus opposé à une demande de visite, qu'elle émane du résident, qu'elle émane de la famille, ou que la proposition de visite soit faite au résident qui peut ne pas être en situation d'exprimer ses besoins. Bien entendu des règles de sécurité strictes étaient préconisées à l'exemple de celles proposées dans l'une des deux saisines reproduites en annexe.
- L'annonce du ministre de la Santé le 19 avril et les consignes nationales publiées le 20 avril rendent l'avis précédent caduc mais illustrent la nécessaire adaptation de la réflexion éthique au contexte pandémique. Il s'agit donc d'un assouplissement, donc d'une modification de la règle qui autorise les visites sous des conditions strictes et qui équivaut

aux prémices d'un déconfinement progressif. La cellule régionale de soutien éthique souligne bien sûr que les nouvelles dispositions ouvrent à un allègement des épreuves des résidents et de leurs familles. Un certain nombre de points nécessitent d'être soulignés.

### *Commentaires éthiques à propos des recommandations gouvernementales*

- La fréquence quotidienne des visites, les précautions dont elles doivent être entourées, vont effectivement nécessiter une priorisation à l'égard des résidents les plus éprouvés et les plus fragilisés sur le plan psychoaffectif et physique. Il sera donc nécessaire d'effectuer une planification concertée collégialement par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante. Or il faut lucidement penser que des familles vont devoir attendre plusieurs jours, voire plusieurs semaines pour visiter leurs proches, en fonction du nombre de résidents et du nombre de visites qui pourront être organisées par jour en termes de mobilisation du personnel. Outre l'information à délivrer aux familles, il faudra penser à mettre en place un support psychologique pour les familles et les résidents en situation d'attente.
- Il importe aussi de dire que cette autorisation de visites et leur nécessaire encadrement accroîtra les charges de personnels d'eypad déjà très sollicités depuis le début de la crise. Or la présence discrète et bienveillante d'un soignant est nécessaire car on peut craindre que les retrouvailles déclenchent des effusions émotionnelles qui pourraient mettre en péril la nécessaire distanciation physique mais aussi la nécessaire régulation émotionnelle de ces rencontres.
- C'est de manière fort opportune que les recommandations soulignent que « pour soutenir les établissements dans l'organisation de ces visites, en cas de nécessité, il pourra être prévu un retour de bénévoles en nombre limité, formés aux gestes barrières et à la distanciation sociale et connaissant les contraintes des établissements ». L'appel aux bénévoles est une initiative qui doit être saluée même si la proposition est timide. Les bénévoles formés sont nombreux en France. La focalisation sur l'apprentissage des gestes-barrière manque de l'ampleur de vue nécessaire à la situation. La formation à ces gestes techniques est une nécessité citoyenne. Mais, alors que cette proposition intervient au moment même où les recommandations signalent la nécessité de la présence d'un professionnel, il aurait fallu aussi insister sur les bénévoles formés à l'accompagnement, pour beaucoup connus déjà des résidents et des familles et dont rien n'est dit alors que depuis le début du confinement, interdits de présence dans les ehpad, ils œuvrent au quotidien pour soutenir les personnes âgées confinées dans leurs demeures, souvent par couples dont l'un des deux membres est atteint d'une maladie neurodégénérative. Ils les soutiennent téléphoniquement ou en faisant leurs courses. Ces bénévoles pourraient rendre des services majeurs pour les visites de familles en ehpad qu'ils pourraient accompagner ou aussi pour soutenir les familles qui devront patienter pour attendre le jour où ils pourront aussi visiter leurs proches résidant en ehpad. Il y a là une réserve médicosociale qui doit être reconnue et qui peut être mobilisée.
- Il est enfin fait mention de manière très restrictive « d'un retour très encadré des intervenants libéraux et des professionnels strictement indispensables à la préservation de l'autonomie des résidents ». Mais ne l'étaient-ils pas tous auparavant ? Qui pourrait penser qu'il y avait avant la pandémie des professionnels en surnombre ? Il faut en effet dire que les nécessités épidémiologiques ont imposé aux ehpad de lourds sacrifices qui n'ont pu se faire qu'en faisant des concessions aux soins et à l'assistance qui semblaient dépourvus

d'urgence vitale mais qui jour après jour manifesteront des effets de plus en plus délétères. Pour ne citer que quelques exemples, kinésithérapeutes, pédicures jouent un rôle majeur dans la préservation de la mobilité, donc de l'autonomie mais il faut aussi évoquer tous ceux qui participent à l'animation des ehpad et au maintien avec les équipes soignantes, d'une vie sociale aussi active que possible. La pratique des tests de dépistage viral et peut être bientôt des tests sérologiques pourraient peu à peu permettre de desserrer l'étau social qui enserme les ehpad en commençant peut être par les ehpad épargnés par le Covid et par les secteurs non Covid des ehpad en partie contaminés. Aucune prescription générale n'est sans doute encore possible sauf de laisser une place de plus en plus importante aux décisions collégiales des équipes soignantes.

- L'une des deux saisines interroge sur « l'organisation de quelques rencontres entre résidents en petits groupes, respectant les distances: repas à quelques-uns, petites activités physiques, jeux de société, écoute de musique, lectures... ». Le protocole publié par le ministère le 20 avril liste des « exemples d'initiatives maintenues dans les établissements lorsque la situation sanitaire le permet ». S'agissant d'exemples, il ne s'agit pas d'une liste limitative. L'essentiel est bien sûr d'apprécier la situation sanitaire. S'agissant de résidents indemnes de Covid, et, dans les établissements contaminés de résidents dont l'absence d'infection a été prouvé, hébergés en secteur non Covid, accompagnés par des personnels eux aussi indemnes ou immunisés, le dénominateur commun aux activités envisagées doit être le respect strict des mesures barrière, ce qui est une nécessité scientifique et éthique. Le contenu et les modalités de ces activités doivent faire l'objet d'une analyse collégiale en lien avec la direction de l'établissement. Il est en effet incontestable que toute avancée sécurisée dans l'enrichissement de liens sociaux très malmenés est à même d'améliorer le bien-être des résidents et d'éviter les complications de l'isolement social.

## *Conclusions*

- La cellule régionale de soutien éthique ne peut que souligner l'allègement des souffrances des résidents et des familles qui peut être espérée de l'ouverture de droits de visites très encadrées dans les ehpad.
- Elle souligne que cette mesure accroîtra la charge physique et émotionnelle d'un personnel déjà très sollicité : les informations orales et écrites la nécessité d'une présence bienveillante d'un membre du personnel limiteront nécessairement le nombre de ces visites.
- La priorisation visant d'abord les résidents les plus éprouvés nécessitera une planification concertée collégialement et un soutien psychologique des familles et des résidents placés sur « liste d'attente ».
- L'aide de bénévoles (lors des entretiens, pour le soutien psychologique des familles en attente) devrait s'appuyer sur un recours résolu à des bénévoles formés non seulement aux gestes - barrières mais aussi à l'accompagnement de personnes âgées et notamment de celles atteintes de maladies neurodégénératives. Dans bien des cas ces bénévoles formés jusque-là interdits d'ehpad ont gardé des liens avec des familles de résidents comme avec des personnes âgées confinées à leur domicile.

- Il faudrait aussi anticiper et préparer le retour de professionnels, tous indispensables au maintien de l'autonomie des résidents mais qui ont été écartés des ehpad pour des raisons épidémiologiques.
- La reprises d'activités au sein de l'ehpad légitimement encouragées par les recommandations contenues dans le protocole ministériel du 20 avril, doit concourir à l'amélioration du bien – être des résidents après analyse de la situation épidémiologique de l'ehpad et choisies collégalement avec, comme dénominateur commun, le respect strict des mesures barrière. Cela implique bien sûr que les activités ne concernent que des groupes de petite taille, condition du respect de la distanciation physique.

## ANNEXE : TEXTES DES SAISINES

### *Saisine 1*

Bonjour, je suis médecin coordonnateur en EHPAD et nous nous questionnons actuellement sur la possibilité d'ouvrir un peu les "activités de groupes" et le droit aux visites des proches dans les 3 établissements où je travaille. Nos résidents n'en peuvent plus de l'isolement forcé en chambre même si mes collègues montrent des trésors d'imagination pour passer un peu de temps avec chacune et chacun. Nous n'avons aucun cas COVID parmi les résidents ou le personnel. Nous avons la possibilité d'organiser des "rencontres" à travers la porte vitrée. Nous envisageons d'accompagner le résident devant cette porte vitrée et de permettre un contact visuel et une petite conversation avec son proche, portant un masque de l'autre côté. Il n'y aurait qu'une visite à la fois, nous pouvons nous organiser pour que les familles ne se croisent pas. Nous envisageons également d'organiser quelques rencontres entre résidents en petits groupes, respectant les distances: repas à quelques-uns, petites activités physiques, jeux de société, écoute de musique, lectures... merci pour votre éclairage

### *Saisine 2*

Veillez trouver une demande de saisine relative aux droits de visites des proches en USLD et EHPAD, actuellement interdit dans le contexte de la crise sanitaire que nous traversons.

Pour répondre à une demande du directeur du Centre Hospitalier, de sa Présidente de CME, [le médecin chef du service de gériatrie et la présidente de la structure éthique souhaitent avoir un] éclairage sur la question qui suit :

Le Centre Hospitalier accueille 120 résidents dans l'EHPAD de l'établissement ainsi qu'une trentaine d'autres personnes au sein de l'USLD. Nous avons procédé, dès indication par les autorités sanitaires, à l'instauration de mesures barrière dont bien évidemment un confinement collectif rigoureux. Notre tâche a été facilitée par la présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène renforcée vu les circonstances, et nous avons pu ainsi nous préserver et surtout épargner les personnes accueillies d'un confinement en chambre. Les deux équipes soignantes concernées ont également bénéficié d'un renfort en ressources humaines afin de tenter de minimiser le stress lié à ces bouleversements et de limiter le préjudice de la privation de visite des proches. Ces dispositions ont permis de développer très significativement les possibilités de contacts entre personnes accueillies et leurs proches par l'intermédiaire des moyens de communication élargis. Les deux unités d'accueil n'ont pour l'instant été confrontées qu'à des suspicions basses d'atteinte par le COVID 19, toute invalidées.

Nous avons parfaitement conscience, en appartenant à un département français plutôt privilégié sur le plan épidémiologique ainsi qu'à un Centre Hospitalier, d'un certain degré de privilège d'exercice par rapport à hélas une multitude d'autres établissements. Mais, comme vous l'avez déjà deviné, il serait bien incongru et même totalement indécent de laisser penser à une situation confortable et maîtrisée.

Il s'avère en effet, et comme tous les professionnels de gériatrie le redoutaient, que nous sommes actuellement bien plus submergée par les effets secondaires du confinement que débordés par la vague épidémiologique tant redoutée. Les personnes accueillies connaissent ainsi une situation de stress intense lié au cumul de plusieurs facteurs d'agression. La privation du lien « in vivo » avec leurs proches est évidemment impossible à compenser y compris par l'accès à une imagerie familiale qu'elle qu'en soit la prouesse technique, les autres générations qui ont apprivoisé ces outils-là ne s'en satisfont d'ailleurs pas mieux. Cette évidence ne doit pas occulter

d'autres violences, certes tout aussi involontaires mais relevant bien de cette appellation, qu'a rencontré et que connaît encore cette population. Il en est ainsi de leur perception, y compris chez des personnes avec des atteintes cognitives significatives, de l'intensité du stress qui a envahi la psyché collective des soignants. Cette charge psychique est maintenant significativement réduite chez les professionnels du fait de notre configuration épidémiologique favorable, mais il est raisonnable de parler d'un syndrome post-traumatique évident pour l'ensemble de la population accueillie. Un autre élément pèse également très lourdement sur l'expérience actuelle que vivent ces personnes vulnérables. Le port du masque fait maintenant partie du quotidien du professionnel, se banalise pour bientôt se généraliser dans la rue, mais demeure et va très probablement demeurer pour beaucoup de personnes âgées accueillies une énigme plutôt angoissante. Les soignants se présentent en effet actuellement comme des êtres dénués de l'organe apparent de la parole, privant ainsi involontairement certaines personnes de la possibilité du déchiffrement sur les lèvres, et peuvent être apparentés pour certains soit comme des brigands, soit, encore plus terrifiant, ramener à une iconographie d'usage d'armes bien douteuses en situation de guerre.

Dans ce contexte, nous observons une recrudescence de troubles psychoaffectifs qui vont d'une anxiété certes bien commune actuellement, jusqu'à des décompensations psychiatriques en passant évidemment pour cette population par des décompensations comportementales que ce soit par rapport à l'alimentation ou dans la relation. Nous avons également assisté à la survenue de décès pour lesquels la participation de ce contexte très particulier est impossible à exclure voire plus objectivement doit être identifiée comme un facteur significatif de décès prématuré par rapport à l'état physiologique immédiatement antérieur.

Ce relevé de données ne nous laisse évidemment pas indifférent humainement mais, surtout, et c'est là la motivation de notre démarche, il nous oblige catégoriquement, certains diraient déontologiquement, à réfléchir et à construire un pare-feu pour contrecarrer une menace potentiellement bien lourde de conséquences. Toutes les strates fonctionnelles de notre établissement se sont donc mobilisées, de l'équipe de direction aux équipes soignantes concernées jusqu'à la Commission Médicale d'Etablissement, pour concevoir une offre respectant vigoureusement les règles sanitaires et permettant de limiter les préjudices décrits ci-dessus. Nous avons donc, comme très certainement l'immense majorité des établissements concernés, confronté les exigences épidémiologiques du moment avec la nécessité impérieuse de restaurer un minimum de liens humains privilégiés et vitaux pour cette population.

Cette réflexion a conduit à l'élaboration d'une procédure dont nous venons vous soumettre la pertinence eu égard aux exigences éthiques, épidémiologiques et réglementaires.

Cette procédure pose les impératifs qui suivent pour une organisation extraordinaire qui ne vaut que dans le contexte spécifique du moment, encore que nous avons parfaitement conscience que ce moment-là se révélera durable.

Présentation de la possibilité d'une visite lors des contacts téléphoniques réguliers systématisés actuellement entre l'équipe médecins/psychologue avec les familles, annonce d'une procédure particulière.

Rendez-vous uniquement programmés par l'équipe, un seul visiteur à la fois (distanciation sociale difficile à assurer sinon).

Circuit d'accès spécifique par un portillon fermé à clef et menant à une terrasse jouxtant l'unité d'accueil. Les visites ne pourront bien sûr se concevoir qu'avec une météo clémentine.

Les visiteurs ne posent donc pas un seul pied dans l'enceinte murale.

Accueil par un professionnel porteur d'un masque chirurgical, exécution des gestes déjà annoncés lors de la prise de rendez-vous : lavage correct des mains avec le soluté hydro-alcoolique, mise en place d'un masque chirurgical et prise de température (annulation de la visite si fièvre).

Récupération d'un éventuel objet destiné au résident pour mise en quarantaine et décontamination en sachant qu'il ne peut s'agir que d'un objet « essentiel ».

Installation sur le lieu de rencontre. Visiteur installé côté terrasse avec une barrière physique permettant la distanciation sociale (environ 3 m) mais autorisant l'échange verbal avec assistance technique si besoin (petit amplificateur avec micro d'un côté et casque audio de l'autre).

L'obstacle physique entre le visiteur et le résident ne permettra pas, même lors d'un débordement émotionnel bien compréhensible, de se rapprocher du proche ne serait-ce que pour prendre sa main.

Une vigilance discrète respectant la confidentialité des échanges intrafamiliaux mais constante et assidue d'un professionnel s'exercera à proximité et permettra une intervention à la moindre alerte sur un débordement émotionnel ou comportemental. A la moindre difficulté l'assistance de l'infirmière, de la psychologue ou du médecin sera requise.

Sur avis médical, en concertation avec l'équipe de soins, une visite pourrait se développer en présence obligatoire de la psychologue. Un accompagnement de la famille et du résident par la psychologue pourra être proposé après la visite pour soutenir les réactions émotionnelles susceptibles d'être éprouvées par les deux interlocuteurs. Nécessité de prévoir si besoin un temps de defusing – « déchoquage » pour limiter les effets du stress aigu « post trauma » d'une visite sans contacts tactiles, charnels avec son proche, masqué, et ceci quel que soit la modélisation des visites envisagées.

Ce niveau d'exigences dit bien notre application à veiller à préserver tous les protagonistes du risque épidémique. Il pourrait même faire craindre à certains la construction d'un modèle de « parler sanitaire ». Pour avoir, et avec plusieurs acteurs, du directeur à des soignants, simuler ces rencontres sur les lieux désignés, nous sommes convaincus qu'il s'agira fort heureusement bien plus de retrouvailles chargées d'émotion et que l'exigence protocolaire s'effacera rapidement derrière cette intention de préservation d'humanité.