

**Non déambulation, enfermement et contention en EHPAD
dans le contexte de la crise Covid**

**Analyse du Groupe d'appui territorial éthique/Covid/Normandie
Suite à saisine par des familles et des soignants.**

Note du 27 mars 2020

Plan :

- 1) Les demandes de familles et de professionnels ont été les suivantes**
- **2) La première réaction « à chaud » au sein du groupe d'appui**
- **3) Apport jugé important à la réflexion éthique : le regard juridique**
- **4) Eléments de perspective et de prospectives**

NB préalable à toutes nos notes :

Le groupe d'appui territorial éthique covid Normandie tient à souligner que :

- d'une part l'exercice de la réflexion éthique en pareille situation doit intégrer les réalités pratiques et les responsabilités de santé publique.

- qu'une éthique n'intégrant pas les réalités quotidiennes, n'aurait que peu de portée auprès des citoyens et des acteurs de santé, si des principes énoncés ou des réflexions formulées n'avaient pas de sens en regard des pratiques sur le terrain.

Il convient également de souligner le risque d'une éthique procédurale qui ne serait là que pour permettre validation de règles, mais qui ne permettrait pas, y compris une fois une règle établie, de porter regard critique ou contradiction, non pas pour refuser toute règle ou contrainte, mais pour permettre d'éventuelles évolutions à travers une construction nécessairement progressive fondée sur l'intelligence collective et la confrontation.

Pour l'ensemble de ces raisons, nos notes se veulent, celles d'un temps T, évolutives, porteuses de nos doutes.

Elles se veulent également source de propositions et d'idées.

1) Les demandes de familles et de professionnels ont été les suivantes :

Appel de deux familles, ensemble, ne souhaitant pas incriminer l'établissement, mais s'interrogeant sur l'obligation faites à leurs parents de confinement en chambre en EHPAD, chambres de moins de 20 m², avec interdiction d'en sortir et sans promenades organisées.

Ceci étant renforcé par l'interdiction des visites.

Les questions qui en découlent formulées par ces proches sont les suivantes :

- Quid du droit fondamental à déambuler, à avoir une activité physique.
- Pourquoi le droit à tout citoyen de sortir pour avoir une activité physique (cf fiche produite par le gouvernement pour tous) ne s'applique-t-il pas ?
- Les établissements ne devraient-ils pas organiser des sorties dans le jardin, par petits groupes, en respectant les distances et mesures barrières d'hygiène ?
- Pour l'avenir, quel programme nationale envisager (imposer) pour que toutes les chambres d'ehapd en France dispose de matériel informatique, simple d'usage et de connection internet obligatoire pour rester en lien avec les proches. Il y a là une facture sociale numérique à prendre en compte. Au prix de ces établissements il devrait y avoir plus d'obligation en la matière.

Ceci est à rapprocher d'une seconde alerte, venant de soignants sur le risque de majoration des contentions chez les personnes résidentes en EHPAD, conséquence du confinement :

Ainsi ces soignants interrogent l'espace éthique (après discussion avec de nombreux confrères et interrogations) quand à la gestion des résidents d'EHPAD présentant des symptômes psycho comportementaux dont un des signes (mais aussi un des soulagement) est une nécessité de déambulation intense ; certains de ces patients sont hébergés dans des unités dite « protégées » et désormais totalement fermées dans le cas de la découverte d'un covid chez un de ces résidents .

Un résident présentant des troubles psycho comportementaux ne pourrait absolument pas respecter les mesures barrières et le respect de l'isolement en chambre et pourrait contaminer l'ensemble d'une unité de vie .

Par conséquent alors que ces pratiques sont à l'encontre de notre éthique en gériatrie et que nous luttons chaque jour pour éviter la contention chez ces résidents , certains d'entre nous s'interrogent sur l'option de la contention physique et chimique pour éviter la propagation du virus .

En effet exceptionnellement ne devons nous pas recourir à la contention d'un individu plutôt que risquer la propagation d'un virus potentiellement mortel pour chacun des autres ?

Cette question est trop importante pour ne pas être portée à la connaissance du public et déboucher sur un débat collectif.

2) La première réaction « à chaud » au sein du groupe d'appui :

a) Concernant les patients ne présentant pas de troubles comportementaux graves, le groupe souligne que confinement, pour tout citoyen, ne veut pas dire enfermement dans une seule pièce pendant des jours et des semaines. Ceci est à mettre en regard de notre « modèle » de notre société qui a été de construire dans les établissements d'accueil des espaces de vie privés, parfois à très (trop) faible nombre de m² (point qui aurait dû et qui devra faire l'objet d'un débat de société et sans aucun doute de nouvelles règles, à moins que ne perdure une vision purement économique de ces questions...dont on voit aujourd'hui la très très grande limite).

Il convient donc de souligner qu'organiser des sorties de chambre, en respectant les règles dites barrière, aller dans les jardins des établissements (individuellement en maintenant les distances), pouvoir avoir une activité physique devraient être un aspect pratique de la déclinaison du respect des droits fondamentaux, du bien être et de la dignité des personnes. Il en va de même concernant le fait d'essayer de mobiliser tous les outils de communication, téléphone, ordinateurs, visio, qui permettent de tisser, créer ou maintenir un lien de relation.

Ces éléments renvoient aussi pour l'avenir à des enjeux autour des obligations de moyens, d'équipements que notre société souhaitera développer et imposer pour ces structures de vie et l'élaboration des projets de vie des résidents.

Une crise a cela d'essentielle, comme cela est bien décrit dans toute littérature, c'est qu'elle révèle les failles qu'une société n'a pas su ou voulu appréhender en amont.

b) Concernant les personnes ayant des troubles du comportement important.

En regard du respect de la liberté d'aller et venir, il convient de prendre en compte les troubles comportementaux en gériatrie. De ce fait, sur le plan de l'éthique, on peut limiter la

déambulation, voir l'interdire, voir dans des conditions très stricte d'indication et de surveillance contentionner un résident, inaccessible à une explication, très agités ou parfois violent, compte tenu de ses troubles cognitifs, dans le souci de protéger les autres résidents (qui sont aussi vulnérable et qui ont eux aussi un droit à être protégé également).

Par contre il faut poser des jalons importants :

Un médecin ne doit pas se soustraire à son devoir qui consiste à ne jamais mettre en danger ses patients agités que l'on est « contraint de contraindre ». Assurer une surveillance et limiter les risques sont donc des impératifs ; avec pour corollaire ne pas abandonner et renforcer la présence physique d'un soignant à ses cotés, car

- si contention physique mal dosée, mal adaptée et mal surveillée : risque de lésions cutanées, osseuses etc...

- si usage de neuroleptiques : risque majoré d'accident cardiovasculaire par exemple.

Ce problème peut devenir croissant.

En effet la décision de confinement engendre des conséquences « à tiroir ». Confiner un patient, qui à ce jour allait plutôt bien, risque de le faire décompenser sur le versant agitation et majoration des troubles du comportement et de la déambulation.

Ceci arrive dans un contexte tant logistique matériel et de personnel en nombre contraint, parfois réduit et fortement sollicité. Des résidents risquent d'acutiser des troubles comportementaux et si la seule réponse est une contention physique ou pharmacologique, cela ne manquera pas de traumatiser les équipes, avec qui on travaille depuis des années dans le prendre soin, la bienveillance, la non maltraitance, le respect de la dignité et des souhaits.

Quoiqu'il en soit, le débat est lourd et le risque est que cela ne manquera pas de laisser des séquelles.

Au-delà de ces premiers regards, parmi le groupe plusieurs pensent qu'il conviendrait aussi d'avoir le regard de nos collègues juristes afin de nous éclairer.

3) Apport jugé important à la réflexion éthique : le regard juridique

Le regard de collègue juriste, Professeur de droit, a été le suivant.

En tant que juriste, il semble que non seulement vous pouvez utiliser la contention, mais que vous devez le faire si la sécurité collective peut être en jeu. Certes, ici, il ne s'agit pas d'une contention pour protéger la personne concernée elle-même, mais les autres, résidents et/ou personnels de l'établissement. Vous avez l'obligation d'assurer la protection des autres qui donne un motif légitime à votre décision. Evidemment, toute la question est de savoir combien de temps durera cette contention et dans quelles conditions elle sera mise en oeuvre?

En effet il ne faudrait pas et il est impératif de ne pas tomber dans de la maltraitance.

Bilan de la réglementation

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a inséré au sein du Code de la santé publique l'article L. 3222-5-1 qui précise que « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours* ». Ces mesures sont strictement encadrées : on ne peut y procéder « *que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le*

*patient **ou autrui**, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée ». « **Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin** ». En outre, chaque établissement a l'obligation de tenir un registre qui « mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires ». Enfin, l'établissement doit établir un rapport annuel « rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ».*

Il n'y a pas d'intervention d'un juge. Le Juge des libertés et de la détention (JLD), qui intervient obligatoirement dans le cadre des mesures de soins psychiatriques sans consentement n'intervient pas en matière d'isolement et de contentieux. Le contrôle du JLD porte exclusivement sur la régularité formelle et le bien-fondé d'une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement et non sur les modalités de soin, tels l'isolement et la contention. D'ailleurs, l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique prévoit seulement que le registre « doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires ». Il a été affirmé que l'absence de tout juge était anticonstitutionnelle, et nous attendons une réponse du Conseil constitutionnel sur ce point.

Enfin un petit rappel : Article R4311-5 du code de la santé publique

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ; ...

Eléments juridiques de guidance complémentaires pour notre réflexion et la protection des patients :

L'obligation d'assurer la protection des autres résidents et du personnel peut constituer un motif légitime à la décision de contention. Mais la contention doit se faire dans le respect du principe de dignité de la personne et de sa sécurité.

Les atteintes à la liberté d'aller et venir peuvent être justifiées que nous sommes en état d'urgence sanitaire. Mais, comme l'a souligné un membre de notre groupe d'éthique il y a une crainte professionnelle de faire prendre des risques à son patient en usant de traitements potentiellement dangereux pour son patient. Il est vrai qu'habituellement, le principe est que « *Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* » (art. L. 110-5 du code de la santé publique). Le texte vise le bénéfice escompté pour le patient lui-même. Il s'agit dans le cas concerné, d'un bénéfice escompté pour **l'intérêt général des autres patients et du personnel**, qu'on ne saurait vous reprocher, au contraire, de prendre en compte. Et de lui **donner priorité**. Ethiquement, c'est difficile à accepter.

Il convient de rappeler ici que la contention reste une décision médicale dont les modalités sont rappelées dans le référentiel de l'ANAES (Evaluation des pratiques professionnelles dans les

établissements de santé limiter les risques de la contention physique de la personne âgée- (Octobre 2000). La contention se fait sur prescription médicale motivée, écrite et horodatée et doit faire l'objet d'une réévaluation régulière et collégiale. Au regard des circonstances exceptionnelles que vous vivez, cette recommandation doit être suivie dans la mesure du possible.

La famille ou le représentant légal doivent être tenus informés des décisions prises.

En pratique, il convient de passer très régulièrement dans la chambre du patient, de veillez sur lui, et de respecter toutes les règles de mise en œuvre, de surveillance et de temporalité et de collégialité, habituellement imposées lorsqu'un patient est sous contention.

Le rôle de chacun dans les équipes doit être clairement défini dans ces contextes pour ne pas négliger les règles à mettre en œuvre auprès de ces patients.

Nous devons donc être très vigilants envers ces patients, pour éviter tout abandon, non respect des règles élémentaires.

Cette vigilance protège aussi les soignants, car de telles décisions sont lourdes à porter.

4) Eléments de perspective et de prospectives

Face à ces questions, en regard non pas seulement de la limitation d'un droit fondamental d'aller et venir hors des établissements pour personnes âgées, mais aussi d'un enfermement dans des espaces clos, très limités en terme de m2 (pouvant symboliquement s'apparenter pour des résidents et des proches, comme ils en témoignent, à un emprisonnement) et à fortiori si une contention devient nécessaire, ces premiers éclairages que nous vous avons exposé, permettent de réfléchir.

Il convient de souligner que, les éléments juridiques et éthiques de l'enfermement et de la contention n'ont été réellement pensés historiquement en médecine principalement pour des patients psychiatriques...et non pour des pathologies neurodégénératives et les atteintes du grand âge, de plus avec des degrés et des symptômes très variables.

Depuis des années les gériatres essayent de porter ce sujet et ce débat au plan national.

Cette crise, comme sur bien d'autres points, nous montre que des questions majeures n'avaient pas abouti à des réponses démocratiquement élaborées et que le droit des patients vulnérables est encore trop lacunaire, surtout pour le grand âge et le handicap psychique ; totalement différent de la psychiatrie. Les médecins et les juristes qui souhaitent, demandent et essaient de construire de nouvelles règles devront continuer à agir en ce sens. Il conviendra de soutenir leur action.

Il convient aussi de souligner que ces situations sont aussi parfois majorées par des déficits d'organisation structurelle, architecturale et en personnels de certains établissements.

L'exemple des m2 dédiés à la vie privée d'un résident devrait être un sujet majeur de société, tout comme devra être une priorité la mise en œuvre d'outils de communication innovant aidant au maintien de la relation avec l'entourage et à une surveillance porteuse de bienveillance et de non malfaisance.

Bref. De toute façon cette « crise » va amener à bousculer nos codes et nos principes.

En attendant, il faut accompagner les équipes, refuser toute banalisation, rester en éveil et être animé d'un esprit positivement critique.

