

Du confinement des personnes âgées

Quels risques ? Quels remèdes ?

Dr Véronique LEFEBVRE DES NOËTTES

Psychiatre de la personne âgée, AP-HP
Docteure en philosophie pratique et éthique médicale
Chercheure associée LIPHA UPEC EA 7373

À l'heure du confinement pour tous, afin en particulier de protéger nos « aînés », quels sont les risques potentiellement encourus ? Vont-ils mourir de chagrin, de peur d'être abandonnés des leurs, de ne plus être visités, de crainte de les contaminer du virus Covid19 ? Vont-ils être les premières victimes d'un « choix », selon une barrière d'âge, pour préserver des vies plus « dignes » d'être réanimées, selon une dynamique de médecine de guerre, et ce faute de moyens techniques pour tous ?

Notre société, qui se veut généreuse en termes médico-sociaux, découvre ces héros en blouses blanches qui ne font que leurs métiers, mais qui crient aussi leurs difficultés à l'exercer correctement depuis plus de dix ans.

Problèmes éthiques

Le premier est le problème juridique et sociétal du confinement subi par les personnes âgées qui ne peuvent demeurer au domicile, du fait de troubles du comportement liés à une maladie neuro-évolutive et à leurs polyopathologies.

Le deuxième réside dans les risques engendrés par cet isolement psychosocial sur les personnes âgées et leur santé mentale, cognitive et physique. Avec, faute de stimulations sensorielles et cognitives, une acutisation de leurs démences, dépressions,

angoisses d'abandon, troubles du comportement et, plus simplement, de leurs difficultés à se mouvoir et à effectuer les actes de la vie quotidienne.

Le troisième est le risque de colère, désespoir et culpabilité ressentis par les familles dans l'impossibilité de visiter, nourrir, égayer, vêtir, sortir, aimer, caresser, embrasser, partager, écouter ce que leurs pauvres mains et regards tristes ont à raconter. Dans ce contexte, pour nos patients Alzheimer qui ont oublié jusqu'à l'usage même d'un téléphone, qui ne peuvent plus lire ou entendre, toutes les solutions de dématérialisation de ces contacts ne sauraient fonctionner qu'avec un médium humain : celui des soignants.

Le quatrième est le risque de décrochage éthique, quand l'heure douloureuse des choix de priorisation de réanimation se fait jour.

Quand le principe précaution vient bousculer les libertés individuelles

Déjà, pour la plupart des personnes très âgées et polyopathologiques, souffrant de troubles cognitifs, institutionnalisées, le confinement au fauteuil, chambre, en unité protégée, en unité cognitivo-comportementale (UCC), en unité d'hébergement renforcée (UHR) est chose courante, dans leurs intérêts, nous dit-on : pour éviter toute chute, toute errance, toute fugue, par principe de précaution lié au principe de responsabilité. Cela, nous le comprenons, mais nos aînés sont aussi des citoyens gouvernés par les mêmes lois depuis la Révolution française, celles de respecter leur liberté d'aller et venir au sein de leurs institutions. Comment faire alors pour nos patients âgés désorientés déambulants ? Des recommandations publiées en 2004 réaffirment cette liberté fondamentale en s'appuyant sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. En établissements sanitaires et médico-sociaux, la liberté d'aller et venir relève du respect

des droits du malade et de l'utilisateur, édictés par les lois du 4 mars 2002 et 2 janvier 2002.

Excepté les dispositions relatives à l'hospitalisation sans consentement, il n'existe pas de base légale à la restriction de la liberté d'aller et venir en établissements sanitaires et médico-sociaux. Néanmoins, la conférence de consensus de 2004 a identifié trois raisons pouvant légitimer une limitation.

Tout d'abord, celles qui tiennent à la sécurité et visent à protéger la personne d'elle-même, ou les tiers. Elles doivent être justifiées, précisées et connues. Ensuite, des raisons médicales ou paramédicales, si elles sont expliquées et acceptées par l'intéressé. Enfin, des contraintes de soins et l'organisation interne d'un établissement sanitaire. Toute restriction ne peut s'envisager que si le bénéfice retiré est supérieur aux risques éventuels induits.

Il nous est demandé, et nous le faisons avec professionnalisme, mais surtout au cas par cas, d'apporter une réponse humaine, organisationnelle et architecturale à la nécessité de restreindre la liberté d'aller et venir. Toutes les solutions possibles doivent être recherchées et examinées. Le choix de la mesure doit être équilibré et celle-ci proportionnelle à l'état de santé de la personne.

Or, récemment, par souci de ne pas diffuser le virus en Ehpad ou institutions gériatriques, le conseil scientifique suggère¹ de confiner en chambre nos malades déments déambulants, quitte à les sédativer ou à les contentionner au fauteuil. Or, nos malades déments ne comprennent pas la situation. Aussi devrions-nous plutôt organiser des déambulations sécurisées internes ou externes au sein d'unités Covid-19 dédiées², ou dans les jardins attenants de ces unités, accompagnées par nos soignants protégés par des masques et tenues de protection.

Restrictions de la liberté d'aller et venir : quelles conséquences ?

Le confinement injustifié, le manque de moyens et l'insuffisance de formation des professionnels sont les principales sources de la maltraitance.

Évidemment, on peut comprendre l'inquiétude de cette fille ayant « perdu » sa mère partie « la chercher à l'école » la nuit, en pantoufles et chemise de nuit ; on peut comprendre cette autre, affolée par les chutes à répétition de son père qui se lève toutes les nuits pour bricoler et pour lequel sa fille demande une institutionnalisation en urgence. Mais cette tension entre protéger une personne vulnérable et décider de son sort peut-elle se passer

d'une nécessaire anticipation ? Du tissage de liens de confiance entre une équipe qui va du médecin traitant à l'hôpital, jalonné de moments propices à réflexions, à confrontations, à délibérations, et du colloque singulier ? Tout cela demande du temps, de la confiance et de la présence humaine qu'il devient impossible de pérenniser en situation de crise Covid-19. La télémédecine, en outre, n'est pas adaptée à ces patients et leurs familles en grand désarroi.

Quels effets sur la santé mentale ?

Les effets sur la santé mentale de nos aînés – le stress, la dépression – sont déjà renseignés et connus en période de confinement. Ainsi de l'étude de l'American Psychiatric Association (APA) ou de celle récemment publiée par nos collègues chinois³. Ces derniers montrent que 35 % des

**Toutes les solutions possibles
doivent être recherchées et examinées.
Le choix de la mesure doit être équilibré
et celle-ci proportionnelle à l'état de santé
de la personne.**

répondants présentaient un stress psychologique modéré, sévère pour 5,14 %. En outre les femmes paraissent plus touchées par ce stress psychologique (tranches d'âge les plus touchées : 18-30 ans et plus de 60 ans). Les auteurs recommandent donc de mettre en place des services de soutien et d'accompagnement comme ceux déployés dans les situations de catastrophes majeures. Il est aussi recommandé d'organiser des interventions ciblées pour réduire le stress psychologique et prévenir les problèmes de santé mentale ultérieurs.

La méta-analyse⁴ fondée sur vingt-quatre études issue des grandes pandémies, publiée dans le *Lancet*, montre quant à elle que la durée du confinement supérieure à dix jours est corrélée à des symptômes post-traumatiques, de comportements d'évitement et de colère. Ce stress ne s'arrête pas à la fin du confinement. Il est relayé par d'autres thématiques psychosociales comme les problèmes d'argent et de précarité.

1. Avis du conseil scientifique, 23 mars 2020 - www.solidarites-sante.gouv.fr

2. P. Bienvault, « Coronavirus, faut-il confiner dans leur chambre tous les résidents d'Ehpad ? », 29 mars 2020 - www.la-croix.com

3. J. Qiu *and al.*, "A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations", 25 février 2020. www.gpsych.bmj.com

4. S.K. Brooks *and al.*, "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence", 14 mars 2020 - www.thelancet.com

Que faire de manière concrète ?

Dès le 16 mars, les psychologues et la psychiatre de notre site gériatrique ont mis en place une cellule d'écoute psychologique pour les patients, les familles et les soignants sur site. En complémentarité, nous avons créé une cellule d'appels systématiques de toutes les familles de patients hospitalisés et une *hotline* de soutien psychologique en lien avec toutes les psychologues de notre site gériatrique, ainsi que la possibilité pour les familles de communiquer par des interfaces numériques et, pour les proches qui le souhaitent, d'envoyer par courriel aux psychologues des photos, dessins, petits mots qui seront imprimés et lus, donnés aux malades concernés. Le constat est que lorsque les liens sociaux affectifs et humains sont maintenus, les familles s'apaisent

Pour aider les soignants à accompagner familles et patients âgés, des orientations éthiques sur la fin de vie sont proposées. La réflexion doit être collégiale, éclairée par des recommandations.

et ne présentent pas de réactions de détresse psychique. Les patients, grâce au rythme de l'hôpital – lever, toilettes, habillages, repas, soins, goûter, petites animations en chambre ou en UCC ou unité protégée, musiques, qui perdurent de la même façon qu'en temps normal –, ne manifestent pas, pour l'instant, de troubles particuliers hors ceux liés à leur maladie cognitive.

Ce sont les soignants qui sont le plus demandeurs d'écoutes de partages d'informations validées et, surtout, de protections pour eux-mêmes et leurs familles (masques, tenues vestimentaires jetables, gants, solutions hydroalcooliques, désormais mis à disposition sur notre site mais de façon très contrôlée). Aux personnels, ainsi que celui de nuit, sont proposées des réponses d'écoute et d'aide psychologique. Soit à la demande, soit de manière rituelle et hebdomadaire en respectant les consignes barrières dans un lieu dédié et aéré.

Pour aider les médecins et soignants à accompagner familles et patients âgés qui seront atteints de Covid-19, des orientations éthiques sur la fin de vie sont proposées. Des questionnements éthiques apparaissent autour des réponses dégradées de l'accès en réanimation des personnes âgées et polypathologiques. La réflexion doit être collégiale, au cas par cas, éclairée par des recommandations des sociétés savantes comme la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)⁵. Cette décision réfléchie collégalement sera débattue

à partir d'éléments objectifs évolutifs, avec le recueil de la volonté du patient, et réactualisée selon l'évolution dans le temps. Ce recueil se fonde sur l'expression du patient s'il est en capacité de le faire, sur les directives anticipées si elles ont été écrites, sur l'avis (qui n'est pas décisionnel) de la personne de confiance, du tuteur s'il existe ou des proches. Cette recommandation écarte un calcul de score combiné sur la base des éléments recueillis (volonté du patient, fragilité clinique, état nutritionnel, estimation de la gravité, etc.), conjugué avec la capacité des lits disponibles et la dynamique de l'épidémie. De même, le recours à un critère d'utilité sociale du patient est fermement exclu d'un point de vue éthique. Une cellule pluridisciplinaire sera opérationnelle avec le secours des comités d'éthique locaux, d'une cellule ou d'avis indépendants comme un

médecin gériatre d'une autre unité, de soins palliatifs ou médecin traitant, tout en maintenant le lien avec les familles. Ces dernières seront à soutenir au-delà de la période de décès, s'il survient : les cérémonies, rituels culturels ou culturels, avec leurs rassemblements,

ne sont plus autorisés au-delà de la proche famille, deux membres en chambre avant la fermeture du double linceul et moins de dix personnes au cimetière. Cette restriction engendrera immanquablement la souffrance et la culpabilité des familles ne pouvant plus accomplir collectivement leurs derniers devoirs, et partager leurs derniers gestes d'amour.

Ces recommandations contiennent un algorithme d'aide à la décision d'orientation, y compris pour des limitations ou arrêts des traitements. Les soignants sont aussi ciblés, de sorte à prévenir leur épuisement physique et psychologique.

Le confinement imposé par la pandémie de Covid-19 des personnes âgées institutionnalisées, fragiles et vulnérables, met en tension plusieurs principes éthiques⁶ liés précisément à leurs vulnérabilités : celui de la responsabilité pour autrui, celui de précaution, celui de justice et d'équité. Nous, soignants en gériatrie, devons avant tout rester nous-mêmes, garants des droits et devoirs d'humanité, de cette présence attentive et soucieuse de l'autre, du soutien aux familles, aux proches de nos malades. Présents dans une vigilante affirmation éthique de notre présence humaine, dans une juste distance : nous protéger, c'est aussi protéger l'autre, vulnérable. ■

5. www.sfap.org > Actualités > Outils et ressources soins palliatifs et Covid-19.

6. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf