

Faut-il permettre plus de visites auprès des personnes âgées institutionnalisées ?

Proposition de questions à réfléchir à plusieurs en fonction des contextes locaux

Afin de limiter au maximum les contaminations et leurs conséquences (sur les personnes atteintes, sur le fonctionnement du système de santé et médico-social, sur le fonctionnement de la société toute entière), les visites dans les structures sanitaires et médico-sociales ont été interdites¹. Les exceptions à cette règle, notamment en contexte de fin de vie, sont laissées à l'appréciation des structures en fonction de leurs moyens et des besoins en la matière, à condition que le visiteur ne présente aucun symptôme d'infection au coronavirus et respecte strictement les mesures barrières. Afin de maintenir un lien social, des alternatives aux visites sont privilégiées et développées : téléphone, visioconférence, courriers, etc². L'institution a prévu des outils spécifiques à la gériatrie pour cela³. Le CCNE a publié un avis sur le sujet⁴.

Des voix ont commencé à s'élever à propos de l'isolement des personnes âgées pouvant souffrir du manque de visite⁵. Soignants ou proches s'inquiètent de ces restrictions, au point de craindre le « glissement » de certaines personnes âgées institutionnalisées. La gériatrie est une des spécialités où les interactions humaines sont particulièrement privilégiées, en particulier chez des personnes très âgées dont on sait qu'elles sont à la fin de leur vie (même si elles ne sont pas encore en fin de vie), même (et surtout) en cas de présence de troubles cognitifs.

D'autres relativisent la dureté de la situation. Ils n'ont pas reçu de plainte ni de la part de proches ni de la part de patients, dont les troubles cognitifs quand ils existent peuvent les « protéger » d'une prise de conscience de leur isolement. Ils doutent aussi que ces visites si contrôlées, en temps et en possibilité de contacts, soient bénéfiques pour les proches qui pourraient en être davantage frustrés que comblés. Enfin, il est difficile de repérer le moment précis de la fin de vie dans ce contexte gériatrique si l'on veut le privilégier.

A cela s'ajoutent les difficultés organisationnelles à l'accueil des visites telles que la consommation de matériel de protection (parfois trop rare), le temps soignant utilisé pour cela (formation de personnes dédiées, habillement des visiteurs, veiller à ce que les rencontres avec les patients se passent bien et dans le respect des règles barrière), les possibilités de dépistage systématique et de séparation des patients COVID+/COVID- (et de distinction des équipes COVID+/COVID-).

Cependant, il semble que passée la phase de l'urgence et de la sidération, la question du droit de visite se pose à nouveau, au moins pour certains proches et certains soignants : **peut-on assouplir la règle du principe de précaution, au cas par cas, lorsque des patients, des proches ou des soignants estiment que le risque de dégradation de l'accompagnement l'emporte sur le risque de contamination ?**

¹ <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>

² https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/03/21/michele-levy-soussan-a-nous-a-l-hopital-de-trouver-d-autres-formes-de-liens-avec-les-proches_6033940_1651302.html

³ <http://covid-documentation.aphp.fr/geriatrie/>

⁴ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/reponse-la-saisine-du-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante-sur-le-renforcement-des>

⁵ https://poitiers.espace-ethique-na.fr/obj/original_20200326154702-rg-covid-19.-repenser-l-accompagnement.-27-mars-2020-def-3.pdf

https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/03/14/coronavirus-avec-l-interdiction-des-visites-dans-les-ehpad-les-seniors-seront-coupees-du-monde_6033051_3232.html

Voici une **proposition de questions** à discuter à plusieurs, en fonction de chaque contexte local, si certains envisagent d'adoucir la règle d'interdiction de visite, **au cas par cas**. Nous les déclinons autour des principes de bioéthique. Réfléchir à ces questions peut aider à mieux discuter une décision la plus éclairée possible.

Que dit le principe de respect de l'autonomie (du patient considéré) ?

- « *Qui est le patient ?* ». Certes le patient est la personne âgée institutionnalisée. Mais avant tout, **qui revendique quoi** ? L'interrogation émane-t-elle du patient, de ses proches, des soignants ? Pour qui réfléchissons-nous exactement ?
- La personne âgée exprime-t-elle ou a-t-elle exprimé **des préférences** vis-à-vis de ses relations sociales ou des conditions de sa fin de vie ? Aurait-elle renseigné des éléments à ce sujet dans des directives anticipées ?
- A-t-on des éléments pour penser qu'**un proche en particulier** serait plus important pour la personne âgée en question ? A-t-elle désigné une personne de confiance ? Cela doit-il peser dans le choix d'un proche à faire venir à son chevet ?

Que disent les principes de bienfaisance et de non malfaisance (pour le patient considéré) ?

- **Pourquoi s'inquiète-t-on** d'un manque de visite (infection à COVID, période de fin de vie, signes de dépression, dégradation des conditions de vie quotidienne par manque d'aide). Quelles sont les alternatives pour y pallier ?
- Faut-il différencier un **patient atteint ou non de COVID** ? Autant la protection d'un patient se justifie tant qu'il est COVID-, autant la justification logique de le préserver ne tient plus lorsqu'il est atteint.
- Faut-il différencier une **personne en fin de vie** et une qui ne l'est pas ? Est-il possible de repérer le moment de la fin de vie ? Mieux vaut-il privilégier une rencontre au moment de l'agonie ou d'autres rencontres en amont lorsque le patient peut davantage échanger ?
- Faut-il différencier un **patient atteint de troubles cognitifs** ? En fonction du retentissement de ces troubles, les contraintes liées au confinement peuvent avoir des répercussions différentes.

Que dit le principe de justice (le « vivre ensemble »)⁶ ?

- Qu'est-ce qui est **bienfaisant/non malfaisant pour les proches** ? Cela dépend-il du contexte médico-social du patient considéré⁷ ?
- Qu'est-ce qui est **bienfaisant/non malfaisant pour le « collectif local »** ?
 - o Pour les autres patients (et leurs proches) ? Est-on certain que la levée d'interdiction de visite dans un cas serait trop risquée en termes de diffusion des contaminations ?
 - o Pour les soignants ? Que disent-ils de ces équilibres entre précaution-risque/ accompagnement-moyens ?
- Quel **poids de la société** dans la décision ? Quelle balance faire entre la lutte contre l'épidémie et l'amélioration des conditions de vie et de fin de vie des personnes âgées institutionnalisées ? Si un grand nombre de personnes est concerné, l'enjeu est aussi sociétal en termes de « prix de l'épidémie ».
- Quel est le risque de faire **exception à la règle** ? Faut-il faire exception sous forme de « dérogation exceptionnelle » ou sous forme d'un examen de toutes les situations au cas par cas ? Les personnes concernées sont-elles capables d'accepter et de gérer les cas particuliers sans déstabiliser le fonctionnement global de la structure et le respect de la règle générale ?
- Comment explique-t-on **nos choix de manière transparente** aux patients/proches et soignants impactés par les décisions ?

⁶ Le questionnement continuera probablement à évoluer en fonction de l'évolution des contaminations des patients dans les structures gériatriques et des possibilités de dépistage systématique, de séparation des patients COVID+/COVID- et de distinction des équipes COVID+/COVID-.

⁷ Si l'accompagnement d'une personne âgée peut pâtir d'un manque de visites, la réussite de l'accompagnement de sa fin de vie retentit aussi, voire davantage, sur les proches.