



Patients déambulants en gériatrie et contention

Proposition de questions à réfléchir à plusieurs au cas par cas

La demande concerne des patients dits « déambulants » et atteints de pathologies neurodégénératives. Si certains patients déambulants contaminés par le COVID sont symptomatiques (et peuvent parfois rester au lit en raison de leur fatigue), certains peuvent être asymptomatiques et être vecteurs de contamination d'autres patients et de soignants, d'autant que les tests de dépistage par PCR ne sont pas fiables à 100% (il existe la possibilité de faux négatifs).

Les recommandations pour ces patients déambulants en service COVID- préconisent la mise en place d'une contention chimique, au cas où le confinement s'avère source d'anxiété ou accentue les symptômes. Lorsque celle-ci s'avère impossible à réaliser (ou insuffisante), une contention physique (type sangle abdominale) peut être exceptionnellement prescrite (elle nécessite une réévaluation constante)¹.

Ce type de patient peut toutefois très mal tolérer la contention et le fait d'être empêché de déambuler. Le CCNE rappelle à ce propos « que l'on peut nier l'humanité de la personne en niant le sens qu'a sa déambulation ».

C'est pourquoi certains peuvent se poser la question suivante :

Peut-on transférer un patient déambulant en unité COVID+ pour le libérer d'une contention qu'il ne tolère pas, au risque qu'il attrape le COVID ?

Il est évidemment impossible de répondre de manière générale à la question. Seul une approche au **cas par cas**² peut permettre d'aboutir à une décision en fonction du patient, de ses proches, de l'équipe soignante et du contexte où cela se discute. Si un avis extérieur est alors utile, le Centre d'éthique clinique peut être appelé. Voici néanmoins une **proposition de points à discuter à plusieurs** pour aider à prendre une décision la plus éclairée possible si la question se pose vis-à-vis d'un patient déambulant. Nous les déclinons autour des principes de l'éthique biomédicale.

1 Reco AP-HP : http://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/04/Geriatrie_Organisation_UCC-UHR-UVP_covid19_20200411.pdf

Ministère : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_relatif_aux_consignes_applicables_sur_le_confinement_dans_les_essms_et_unites_de_soins_de_longue_duree.pdf.

CCNE : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne-reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_renforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf

Le Ministère souligne le fait que « des mesures de contention sont [...] à proscrire autant que possible et doivent être reversées à des hypothèses de protection du résident contre lui-même. Un avis médical, réévalué quotidiennement est alors obligatoire ».

Pour le CCNE, la contention « ne saurait pas être décidée de manière générale et non contextualisée, tant la situation des établissements diffère ». La décision de contention doit être le résultat d'une « discussion préalable interdisciplinaire et collégiale, associant des personnes extérieures à l'institution, comme les professionnels des équipes mobiles de gériatrie, ainsi que les proches ».

2 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-.

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

- Du fait de l'épidémie, ce principe prend une dimension inédite dans la réflexion au cas par cas. La question d'un transfert en unité COVID+ d'un patient déambulant ne se pose que du fait de la crise sanitaire. Cette possibilité, même si elle est, initialement, pensée au nom du meilleur intérêt du patient (ne pas lui infliger une contention qu'il tolère mal), se justifie dans cette période au nom de la « responsabilité institutionnelle » de **protéger le plus grand nombre**. Il est toutefois difficile de justifier le transfert en unité COVID+ d'un patient déambulant au nom de la sécurité pour le plus grand nombre. Le patient déambulant ne présente pas plus de risque que de nombreux individus qui « déambulent » dans la rue ou les supermarchés. Pour ces derniers, on ne se pose pas la question de la **liberté d'aller et venir**, au-delà du confinement généralisé, alors qu'ils peuvent aussi contaminer d'autres individus. La **balance individu versus collectif** est-elle donc si opérante pour prendre la décision ?
- Il semble que chaque soignant ait un avis constitué vis-à-vis de l'utilisation de la contention, pour ou contre, et à des degrés divers et qu'il défende son point de vue au nom de son **intégrité professionnelle**. A quel point cet argument doit-il peser dans la décision ?
- Pour beaucoup de personnes, le COVID est lié à la **mort, concrètement et symboliquement**. Même si l'inquiétude vis-à-vis du patient COVID- concerne sa déambulation, à quel point peut-on éviter la malfeasance pour son entourage (proches et soignants) liée à la discussion de son transfert en unité COVID+ ?
- La **non malfeasance pour les proches** en particulier est à prendre en compte. Au-delà de leur rôle habituel de « représentant du patient », au nom de son autonomie³ et « médico-légalement »⁴, comment faut-il discuter avec eux afin qu'ils ne soient pas confrontés à un questionnement binaire (être contaminé et potentiellement mourir, ou ne pas être contaminé), mais engagés dans la discussion vis-à-vis du meilleur intérêt du patient ?

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

Le meilleur intérêt du patient est ici interrogé en particulier du fait de la contention. Au-delà de la malfeasance potentielle de **la contention** en elle-même (effets secondaires, contrainte, symbolique), elle paraît particulièrement délétère pour des patients dits « déambulants », du fait de la pathologie neurodégénérative dont ils souffrent. La discussion concerne des patients qui ne tolèrent pas la contention, vivant, du fait de leurs troubles cognitifs, dans un « présent permanent » et pour lesquels la déambulation déchargerait leur anxiété. Le transfert en unité COVID+ peut alors être considéré comme un « moindre mal ». Mais :

- Si la déambulation doit être respectée chez ce type de patient, peut-elle vraiment être considérée comme un « bien » ? N'est pas t'elle plutôt le symptôme d'une maladie ? Si l'idée est d'être le moins malaisant possible pour le patient, en le laissant déambuler, mais aussi en évitant sa contamination au virus, **les alternatives au transfert doivent être prioritaires** (transfert en UCC COVID- s'il en existe, déambulation dans la chambre, implication des proches pour surveiller le patient).
- Quelle balance faire entre **qualité de vie et quantité de vie** ?
 - o Le transfert en unité COVID+ peut être considéré comme une **perte de chance** pour le patient, même si cela dépend de son niveau de tolérance au virus (infection plus ou moins symptomatique). N'est-il pas contradictoire de prendre ce risque si le patient est hospitalisé pour une pathologie pour laquelle une prise en charge curative a été initialement décidée ?

3 L'autonomie est ici entendue comme une « autonomie substituée », les proches étant *à priori* ceux qui connaissent le mieux le patient et peuvent ainsi représenter au mieux son authenticité.

4 Un transfert en unité COVID+ d'un patient COVID- peut poser question sur le plan juridique en l'absence de consensus partagé.

- Même si le patient est hospitalisé en unité aigue (et donc sur une période courte), son pronostic médico-social à long terme intervient dans l'évaluation de **l'obstination déraisonnable** à le traiter et le contentionner pour cela (transitoirement, pour « passer un cap »). Les troubles du comportement du patient sont-ils le reflet du mauvais pronostic de la pathologie neurodégénérative dont il souffre ? Est-il considéré à la fin de sa vie et au stade palliatif ? A-t-il un avenir social et lequel ? Cet avenir est-il lié au fait qu'il soit contaminé par le virus ou non ? Les réponses à ces questions constitueraient-elles un frein à un transfert en unité COVID+ ?
- Si un transfert en unité COVID+ est décidé au nom de la qualité de vie, en assumant globalement une prise en charge palliative, en quoi cela retentirait sur les conditions de fin de vie du patient et d'accès à des soins palliatifs de qualité le cas échéant ?
- A quel point faut-il tenir compte **des statistiques** de mortalité liée au COVID pour décider ? Un chiffre de mortalité « faible » peut-il être rassurant alors que la mort serait « totale » pour un patient en particulier, le cas échéant ?

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

- Si ce principe est ici présenté en dernier, c'est parce que la discussion est générale à ce stade. En cas d'interrogation pour un patient en particulier, c'est ce principe qui pourrait apporter des éléments fondamentaux pour éclairer la décision (parcours de vie du patient, directives anticipées, personne de confiance, autonomie substituée).
- Malgré l'atteinte cognitive de ce type de patient, une vigilance particulière au respect de leur « **autonomie résiduelle** » peut être intéressante. Notamment, en quoi leur déambulation, même si elle est considérée comme un symptôme de leur maladie, peut-elle être le reflet de leur volonté ou du moins de leur libre expression ?