

Synthèse Webinaire : « COVID : révélateur d'une impossible conciliation lieu de vie / lieu de soins en EHPAD ? »

Depuis plus d'un an, les EHPAD, soumis à des mesures de confinement particulièrement strictes doivent continuer à relever le défi d'être **à la fois un lieu de soin et un lieu de vie**.

Ainsi, grâce à un échange multidisciplinaire, ce webinaire a tenté d'éclairer les enjeux éthiques suivants:

En contexte épidémique, afin de préserver non seulement la santé des résidents mais aussi leurs droits et libertés, **comment concilier les enjeux de santé publique de contrôle épidémique avec la nécessité éthique d'une réponse appropriée aux besoins spécifiques des personnes âgées accueillies en EHPAD ?**

D'une manière générale, **comment l'EHPAD peut-il relever ce double défi médical et humain** en étant à la fois un véritable lieu de soins et de vie, en respectant les impératifs sécuritaires et organisationnels des institutions gériatriques, tout en offrant des conditions susceptibles de faire de ces lieux, des espaces de vie respectueux de la personne ?

Intervenants

- Mme Dalla-Torre, Directrice-EHPAD Résidence Le Val de Saône- Auxonne (21)
- Mme Guerraz, AM/AS de l'EHPAD d'Auxonne (21)
- Mme Frangville, Infirmière - EHPAD Résidence Saint-Julien- Saint-Julien-du-Sault (89)
- Dr Koeberlé, Chef de service de gériatrie à l'origine de la plateforme COVID gériatrie- CHU de Besançon (25)
- Mme Messey, Psychologue - EHPAD Alexis Marquiset- Mamirolle (25)
- Mme Fouquet, Fille d'une résidente en EHPAD et membre du Conseil de Vie Sociale de l'EHPAD

Grand témoin :

- Mme Mainy- Adjointe au Directeur de l'Autonomie et Responsable du Département Programmation Régionale de l'offre Médico-Sociale- Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté

Modératrice:

- Isabelle Martin, Gériatre- Vice-Présidente du Conseil d'Orientation de l'EREBCF

I. EHPAD : lieu de soin

Concentrant dans un lieu de vie collectif la catégorie de population la plus vulnérable au virus, les EHPAD ont été, pour beaucoup d'entre eux, submergés dès la première vague par des clusters de malades et de nombreux décès. Les résidents infectés par la Covid, y compris avec des formes graves, n'ont souvent pas pu être transférés à l'hôpital du fait de la saturation des lits d'hôpitaux et des lits de réanimation. Par ailleurs, les connaissances sur le virus étaient très limitées à cette époque, de même que les possibilités de dépistage et les possibilités thérapeutiques.

Comment a été vécue la situation sur le plan sanitaire lors du de ce premier confinement ? (Interventions de Mmes Messey et Koeberlé)

Certains ehpad ont pu (surtout lorsqu'ils n'avaient pas de cas) établir, de façon anticipée et collégiale, une liste pour indiquer le devenir des résidents s'ils étaient atteints de la Covid. Cette liste a été très difficile à réaliser car vécue comme un tri pour les soignants. Dans la majorité des cas, une fin de vie dans l'ehpad a été retenue et il a été observé que peu de directives anticipées écrites étaient disponibles, ce qui a mis en lumière la nécessité de travailler sur les souhaits de la personne pour sa fin de vie.

Au CHU de Besançon, une plateforme Covid gériatrie a été conçue dont l'objectif était de faire un lien entre le CHU, les EHPAD de la région et/ou les médecins généralistes. Une ligne téléphonique unique a été dédiée pour que les personnes âgées soient prises en compte. Au sein du CHU, pour créer cette ligne d'appel, des liens se sont créés entre les urgences, les soins palliatifs, la maladie infectieuse, l'hygiène et la gériatrie. Cette plateforme a permis une acculturation des autres spécialités et d'aider les ehpad dans le maintien et l'amélioration de prises en charges individuelles. Pour cela un travail d'actualisation permanente des connaissances sur le virus a été réalisé afin d'avoir une information commune. Ainsi, des niveaux de soins pour une prise en charge la plus adaptée possible ont été créés en ne se limitant pas à la technique mais en prenant en compte le mode de vie du résident grâce à un temps d'échange avec la famille et le médecin traitant.

Se posait la question du bénéfice attendu d'une hospitalisation pour chacun des résidents en fonction de ses pathologies, de sa fragilité, de son autonomie et de l'expression de sa volonté. A l'époque, l'intérêt du transfert à l'hôpital était limité car il n'existait aucun traitement curatif, les connaissances sur le virus étaient restreintes et les résidents se retrouvaient seuls sans contact avec des soignants inconnus.

L'utilité de cette ligne est certaine et elle devrait rester active et fonctionnelle après cette pandémie.

Cette crise a montré qu'il y avait des limites mais qui étaient déjà présentes avant cette pandémie. En effet, bien qu'accueillant des résidents de plus en plus dépendants et poly pathologiques, il existe, dans la plupart des EHPAD, une insuffisance notoire de personnel soignant et de matériel médical ne permettant pas de prodiguer des soins adaptés à la personne que ce soit en phase aigüe ou en fin de vie.

Concrètement, quelles sont ces difficultés ? (Intervention de Mme Frangville)

Le manque de personnel soignant, notamment pour le nursing, et l'absence d'infirmière de nuit et de médecin coordonnateur obligent les professionnels présents à effectuer de nombreuses tâches diverses sans possibilité

de déléguer, accentuant la solitude de ce personnel. En cas de complication, et en absence de réponse adaptée sur site, l'ehpad recourt au Samu accentuant l'engorgement des urgences.

II/ EHPAD : lieu de vie

Pour tenter de contrôler cette flambée d'épidémie et de décès en EHPAD, les résidents de ces établissements se sont vus imposer dès le début du mois de mars 2020, des mesures très contraignantes de limitation des libertés et de privation des liens sociaux comme l'isolement social, le confinement en chambre.... Il apparaît que ces mesures sanitaires ont été particulièrement difficiles à appliquer et à accepter dans la plupart des EHPAD en raison d'une proportion élevée de résidents atteints de troubles cognitifs et de contraintes architecturales.

Comment ont été mises en place ces mesures dans vos établissements ? Quelles ont été les conséquences sur les résidents et les soignants? (Interventions de Mmes Guerraz, Frangville, Messey),

Le premier confinement a été une expérience très traumatisante pour les résidents et les soignants. Le manque d'anticipation et de préparation collectif a entraîné un sentiment d'extrême solitude. Aussi, le manque de matériel, le confinement en chambre et la colère des familles dû à leur incompréhension a rendu très difficile la gestion de cette première vague.

La barrière physique brutale (absence de contact physique, port du masque, absence de visite et parfois de communication avec l'extérieur...), le terme de « guerre » employé par les médias et une communication floue autour du virus (du fait de la méconnaissance) ont été très anxiogènes pour les résidents. Le virus a été humanisé et tout un imaginaire autour de ce virus s'est développé du fait du manque d'information. Les résidents ont vécu un évènement très violent avec un enfermement assimilé à un emprisonnement. En outre, la vision par les fenêtres des pompes funèbres et des cercueils a augmenté la détresse des résidents ainsi que des soignants.

Les résidents ont également pu ressentir qu'on leur retirait un temps de vie en ne les laissant pas voir leur famille, a émergé ainsi une lassitude de vie avec des idées suicidaires. Pour ceux qui n'ont pas contracté la Covid, les soignants ont pu tout de même observer un repli sur soi, une augmentation des troubles cognitifs avec une désorientation spatio-temporelle importante, une perte de poids massive et une perte d'autonomie avec une diminution des capacités motrices.

L'accompagnement des personnes en fin de vie a été compliqué du fait de la barrière physique instaurée et la nécessité fastidieuse de change des professionnels en limitant l'entrée dans les chambres à cause d'un matériel de protection limité.

Les soignants ont été en grande souffrance et se sont sentis isolés. En effet, les personnes âgées ayant des troubles cognitifs n'ont pas réalisés ce qui se passait et continuaient de déambuler nécessitant une désinfection en continu de la part des soignants. Les explications nombreuses et les demandes de retour en chambre ont été une source d'épuisement intense pour les soignants. De plus, les professionnels formés ou non avaient la grosse responsabilité de ne pas transmettre le virus lorsqu'ils se retrouvaient à prendre en soin les résidents atteints de la Covid ce qui fut extrêmement éprouvant. Enfin, la surveillance des visites lorsqu'elles ont été autorisées a conduit les soignants à avoir un sentiment de « flicage ».

Par ailleurs, il faut noter l'émergence d'une créativité du personnel, de leur investissement pour maintenir le relationnel qui était primordial.

En ce printemps 2021, les restrictions drastiques des visites des proches, subsistent dans certains établissements malgré les recommandations gouvernementales d'allègement du 12 mars 2021.

Comment ont été vécues ses mesures pour les familles ? (Intervention de Mme Fouquet)

Il a été observé une grande disparité de la gestion de la crise au sein des ehpad ainsi que dans la prise en compte des familles. Les explications ont été mal communiquées et comprises. Elles regrettent de ne pas avoir eu d'espace pour échanger. Les familles se sont senties dépossédées de leur parent et de leur proche et ont essayées de maintenir le lien avec le téléphone en particulier (certains résidents atteints de surdité n'y avaient pas accès). Il y a le sentiment que le virus vient de l'extérieur et que les visites des familles sont à craindre car porteuse potentielle du virus, la défiance vis-à-vis des visiteurs est très importante.

Un travail de confiance dans le lien avec la direction et le proche est à opérer pour redonner sa place à famille.

Quelles ont été les difficultés rencontrées pour les directeurs d'EHPAD ? (Intervention Mmes Dalla-Torre et Mainy)

Il semble que la communication ait été oubliée au profit de la sécurité maximale. La rupture de la communication avec la famille a engendré une frustration et une incompréhension de la part de la famille. Ainsi, l'association de la famille aux décisions semble être déterminante pour sa compréhension et son adhésion.

De plus, les directions des ehpad ont reçu une quantité très importante de textes juridiques, souvent des recommandations des instances laissant chaque directeur d'ehpad décider des mesures qui lui semblait les plus pertinentes pour son établissement. Aussi, les recommandations changeaient très fréquemment et étaient parfois contradictoires mettant en difficulté les directeurs. Par exemple, la veille du confinement national imposé via le Président de la République, des recommandations d'ouverture des ehpads ont été transmises aux directeurs. Tout cela a pu engendrer une hétérogénité dans la gestion de la crise selon les ehpad. Ainsi, les directeurs étaient pris entre les injonctions gouvernementales, la nécessité de contrôler le risque épidémique au sein de la collectivité de l'EHPAD et les tensions éthiques générées par les restrictions de liberté imposées aux résidents et leurs familles.

Cette pandémie inédite a mis en exergue à la fois l'insuffisance de médicalisation des EHPAD en tant que lieu de soin et la privation de liberté et d'intimité auxquelles on peut s'attendre dans un lieu de vie. Les connaissances sur le virus évoluant d'une semaine à l'autre avec une exigence de réactivité a fait naître des recommandations provenant des autorités sanitaires très changeantes qui a accompagné un sentiment de sidération et un isolement de chacun. La communication, la création de liens entre les différents acteurs est très primordiale pour essayer de trouver des solutions et rester pertinent dans la gestion de cette crise sanitaire.

→ Pour aller plus loin : [Le rapport de la défenseuse des droits.](#)