

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Confinement en EHPAD : Stratégies et perspectives pour lutter contre l'isolement des résidents et ses effets en EHPAD dans le contexte particulier de la pandémie de COVID 19

Enquête auprès des médecins coordonnateurs du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne

BOSSARD Alice

Né le 25 août 1994 à BREST (29)

Sous la direction de Mme le Docteur Marie-Pierre OMBREDANE

Membres du jury

Monsieur le Professeur ANNWEILER Cédric	Président
Madame le Docteur OMBREDANE Marie-Pierre	Directrice
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Codirecteur
Madame le Docteur BORE Maryvonne	Membre
Monsieur le Docteur DUVAL Guillaume	Membre
Monsieur le Docteur FARGES Denis	Membre

Soutenue publiquement le :
28 septembre 2021



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée BOSSARD Alice,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **04/08/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine

REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

REMERCIEMENTS

Merci à mes parents, Hélène et Félix, pour votre indéfectible soutien, surtout pendant cette année de P1 où vous avez su m'accompagner. Merci de m'avoir suivi dans tous mes projets, et notamment dans celui de venir faire mon internat sur Angers,

Merci à ma sœur, Léa, de m'avoir tant soutenu. Merci d'être celle que tu es et pour tous les moments partagés ensemble,

Merci à ma marraine, Morgane, pour ton soutien et ta présence aujourd'hui,

Merci à mes amis de la fac de Brest. À Geldron, à Justine et Nathanaël pour ces apéros qui ont ponctué notre externat, à Charlotte et Mazé, à Maria, Lucie et Élise, pour nos week-ends à Trégastel, qui, je l'espère, rentreront dans la tradition,

Merci à mes amis d'Angers. Merci à Julie et Alix pour votre amitié. J'ai tellement de chance de vous avoir rencontré, vous êtes mes deux rayons de soleil.

Merci à Adrien, pour ta bonne humeur, ta gentillesse et tes phrases d'anthologie.

Merci à Guillaume pour ton humour et toutes ces soirées au Gainz qui nous ont fait tant de bien.

Merci à Toto, pour tout ce que l'on partage ensemble depuis tant d'années. Tu es comme un frère pour moi. On a tout fait ensemble, et je n'en serais pas là aujourd'hui sans toi. Merci pour le soutien incroyable que tu m'apportes depuis le début de ce parcours médical que l'on a engagé ensemble il y a 9 ans. Je suis tellement heureuse que tu vives aussi sur Angers maintenant.

Merci à Baptiste, mon chéri, pour ton soutien et ton amour. Vivre avec toi est un bonheur de chaque jour, et j'ai hâte que l'on poursuive ensemble cette belle vie à deux. Merci aussi pour ta lecture et ton aide précieuse à la mise en page de cette thèse.

Merci également à tes parents, Laurence et Gaëtan, de m'avoir accueilli dans votre famille.

Merci au Dr Marie Pierre OMBREDANE, vous m'avez transmis votre passion pour la gériatrie, et me faites l'honneur de diriger cette thèse,

Merci au Pr Laurent CONNAN de codiriger cette thèse, merci pour votre aide et vos précieux conseils,

Merci au Pr Cédric ANNWEILER de présider ce jury,

Merci au Dr Maryvonne BORE et au Dr Guillaume DUVAL d'avoir accepté de faire partie de ce jury,

Merci à tous mes maîtres de stage pour m'avoir tant appris, et merci plus particulièrement au Dr Denis FARGES, qui fait partie de ce jury. Merci pour tout à toi et à ton épouse Caroline.

Merci à tous les médecins coordonnateurs qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire de thèse et rendant ce travail possible.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

INTRODUCTION

1. **Personnes âgées : les premières victimes du COVID 19**
2. **La mise en place du confinement**
3. **En EHPAD, un confinement difficile à mettre en place**
4. **Un confinement pourvoyeur d'isolement**
5. **Confinement en EHPAD : les risques liés à l'isolement**
6. **Le cas particulier de la fin de vie**
7. **Problématique éthique du confinement des personnes âgées en EHPAD**
 - a) A l'échelle du résident
 - b) A l'échelle du personnel soignant et non soignant

MÉTHODES

1. **Déroulement de l'étude et sélection de la population**
2. **Elaboration du questionnaire**
3. **Recueil des participants à l'étude**
4. **Envoi des questionnaires**

RÉSULTATS

1. **Taux de réponse**
2. **Données démographiques**
 - a) Concernant le médecin coordonnateur
 - b) Concernant l'EHPAD dans lequel il exerce
3. **Mesures de confinement mises en place dans les EHPAD et évaluation de leur pertinence par les médecins coordonnateurs**
 - a) Application des mesures
 - b) Evaluation de la pertinence de ces mesures
 - c) Corrélation entre évaluation de la pertinence des mesures et leur application
4. **Eléments cliniques inquiétants repérés par les médecins coordonnateurs chez les résidents pouvant être mis en lien avec le confinement**
5. **Mesures mises en place pour lutter contre l'isolement et ses effets**
6. **Mesures jugées comme pertinentes dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD, au-delà du contexte épidémique actuel**
7. **Différence entre l'utilisation des mesures pendant le confinement et l'évaluation de leur pertinence au-delà du contexte épidémique**
 - a) Différence entre -10 et 10 :
 - b) Différence > 10 :
 - c) Différence < -10 :
8. **Remarques et suggestions apportées par les médecins coordonnateurs répondants**

CONCLUSION

- 1. Principaux résultats de l'étude**
- 2. Forces et limites de l'étude**
 - a) Les forces
 - b) Les limites
- 3. Les stratégies de lutttes contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD**
- 4. Eviter les mesures déraisonnables**

DISCUSSION

- 1. Mise en exergue d'un manque de moyen financier et humain**
- 2. L'âgisme et le paternalisme au cœur de la problématique**
- 3. Contexte particulier de la COVID 19 : un effet loupe sur l'isolement des personnes âgées en EHPAD**
- 4. Notions de « liberté », « droit au choix » et « droit au risque »**
- 5. Une note d'optimisme : le confinement a montré que l'on pouvait mobiliser nos ressources**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Dans le cadre de la pandémie de la COVID 19, des mesures de confinement ont été mises en place sur l'ensemble du territoire national. En EHPAD, ces mesures se sont avérées particulièrement difficiles à mettre en place et ont été pourvoyeuses d'isolement social. L'objectif de l'étude est d'identifier et analyser les stratégies de lutte contre l'isolement social des résidents en EHPAD qui ont été mises en place lors du premier confinement du printemps 2020.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative par questionnaire adressé aux médecins coordonnateurs du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Résultats : 39 réponses complètes ont été recueillies, et mettent en avant l'importance des moyens humains et l'apport du numérique dans ce contexte particulier.

Conclusion : La lutte contre l'isolement social des personnes âgées en EHPAD a donné naissance à de nouvelles stratégies, et doit se penser au-delà du contexte épidémique. Dans ce cadre, le numérique ne trouve que peu sa place et la situation est surtout révélatrice d'un manque de moyen humain dans ces structures.

INTRODUCTION

1. Personnes âgées : les premières victimes du COVID 19

Dans le contexte épidémique actuel de la COVID 19, l'ensemble de la population est concerné par des mesures sanitaires mises en place sur le territoire national. Elles visent principalement à protéger les personnes à risque de développer des formes graves de la maladie (1). Les personnes de plus de 70 ans, et a fortiori présentant des comorbidités, sont considérées par le Haut Conseil de la Santé Publique comme particulièrement à risque. Les résidents en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont d'autant plus concernés que le risque d'infection est majoré par la vie en collectivité. Ainsi, selon le site de Santé Publique France, à la date du 11 mars 2021 (2):

- 94% des décès de COVID 19 en France sont des personnes ≥ 65 ans ;
- 4,18% des cas de COVID 19 diagnostiqués en France sont des personnes résidents en EHPAD ;
- 39% des décès de COVID 19 en France concernent des résidents d'EHPAD ;
- 20,8% des personnes atteintes de COVID 19 en EHPAD sont décédées (contre 2,2% de décès pour l'ensemble de la population).

2. La mise en place du confinement

Pour lutter contre la propagation du virus et protéger les personnes vulnérables, un confinement est mis en place en France au printemps 2020. Le 11 mars 2020, le gouvernement recommande un arrêt des visites dans les EHPAD (3). Cette recommandation est appuyée le 14 mars 2020 par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui publie ses

recommandations concernant la prise en charge des personnes à risque de développer des formes sévères du COVID 19 (1). Nous entendons alors pour la première fois parler des désormais célèbres “mesures barrières” et “distanciation sociale”. Le HCSP recommande de restreindre voire d’interdire les visites dans les EHPAD ainsi que les sorties des résidents, et d’arrêter les activités collectives.

Ces mesures sont rapidement suivies par un confinement pour l’ensemble des Français, du 17 mars au 11 mai 2020, consistant en la limitation des déplacements de chacun pour endiguer la propagation du virus sur le territoire. Lors de son allocution du 28 mars 2020, le Ministre de la Santé Olivier Véran recommande un isolement individuel en chambre des résidents en EHPAD. L’ensemble de ces décisions est soumis à réflexion éthique. Ainsi, sur avis du CCNE et de la mission commandée par le ministre de la Santé à Jérôme Guedj sur la lutte contre l’isolement des personnes vulnérables, les visites des proches sont de nouveau autorisées à partir du 20 avril 2020, mais dans un cadre très strict (4).

3. En EHPAD, un confinement difficile à mettre en place

Les mesures de confinement se sont avérées particulièrement compliquées à mettre en place en institution. En effet, les EHPAD sont par définition des établissements d’hébergement collectif, rendant difficile la mise en place de mesures de confinement individuelles.

Le 16 mars 2020, le président de la République déclare dans son allocution “Nous sommes en guerre”. La guerre, bon nombre de résidents en EHPAD l’ont connue. Les mesures de confinement leur rappellent les restrictions connues à cette époque, et entrent en

contradiction avec les idéologies de certains, d'autant plus que cette fois-ci, le mal qui frappe est invisible.

De plus, bon nombre de résidents sont atteints de troubles cognitifs, avec des troubles de la perception et du jugement, altérant les capacités à comprendre l'utilité du confinement et à le respecter (5).

Par ailleurs, l'isolement individuel dans le cadre de cas suspect d'infection à la COVID 19 s'est avéré compliqué par la latence diagnostique du COVID 19, de par le temps d'incubation de la maladie, le nombre de cas asymptomatiques et les symptômes atypiques particulièrement présents chez les personnes âgées.

4. Un confinement pourvoyeur d'isolement

Bien que concernant l'ensemble de la population, le confinement s'est avéré particulièrement contraignant dans les institutions. Les restrictions se sont invitées dans les établissements, qui rappelons-le sont tout d'abord des lieux de vie. Les résidents en EHPAD se sont vus entravés dans leurs droits et libertés au sein de leur propre maison. Leur vie s'est retrouvée bouleversée par des mesures pourvoyeuses d'isolement : suppression des espaces collectifs comme la salle à manger, restriction des déplacements intérieurs et extérieurs, interdiction des visites de leurs proches (famille, amis, ...). Les mesures de distanciation physique ont contraint les résidents à moins (voire ne plus) interagir entre eux. Elles ont aussi grandement mis à mal les interactions avec le personnel soignant, pourtant essentielles dans les institutions. Ce manque d'interaction a été aggravé par le port du masque des soignants. De plus, le report des soins considérés comme non essentiels (coiffure, pédicure, ...), a pu largement contribuer au sentiment d'isolement des personnes âgées.

5. Confinement en EHPAD : les risques liés à l'isolement

Le confinement, et l'isolement social qui en découle, peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé des résidents, aussi bien sur un plan physique que psychique.

Sur le plan physique, le manque d'activité augmente le risque de chute et favorise la déshydratation et donc les insuffisances rénales. La station assise ou allongée prolongée majore la sarcopénie et le risque d'escarre. Cela a été favorisé pendant le confinement par l'arrêt quasiment total des séances de kinésithérapie, soin considéré alors par les directives comme non essentiel (6). En effet, qui dit moins de kinésithérapie, dit difficultés grandissantes aux mobilisations et constitution d'escarre, donc augmentation des soins infirmiers et du travail des aides-soignants.

Sur le plan psychique, l'isolement social favorise les dépressions et l'anxiété, majorées par le contexte épidémique en lui-même. Comme d'ailleurs constaté dans la population générale, la période pandémique est pourvoyeuse de troubles dépressifs et anxieux chez des personnes qui n'en présentaient pas auparavant, et ce de manière plus significative que les aggravations des troubles anxio-dépressifs chez les personnes qui en présentaient déjà (7). La solitude peut aussi avoir un impact négatif sur les capacités cognitives des personnes âgées, et ce de manière proportionnelle à la durée de l'isolement (8). Chez les patients présentant des troubles cognitifs, une recrudescence de l'anxiété et des symptômes dépressifs peuvent être attribués à l'isolement mais aussi à la désorganisation de la routine et des soins. L'anxiété présente de plus un rôle pathogène chez les personnes présentant des

troubles cognitifs légers, en favorisant l'évolution vers la maladie d'Alzheimer, et ce à un degré plus élevé que l'atrophie hippocampique ou la dépression. L'anxiété, chez des personnes présentant des troubles cognitifs, augmente aussi les troubles du comportement (9). Les proches des résidents en EHPAD constatent que l'isolement de leur proche provoque un sentiment de solitude, de tristesse, et diminue leur qualité de vie (10).

La perte du lien social, en temps qu'événement inhabituel et perturbateur, peut également engendrer un syndrome de glissement, c'est-à-dire une *"détérioration rapide de l'état général avec anorexie, désorientation, accompagnée d'un désir de mort plus ou moins directement exprimé, un renoncement passif à la vie, un refus actif des soins, de l'alimentation"*, pouvant évoluer jusqu'au décès (11).

L'ensemble de ces conséquences peuvent coexister et être pourvoyeur d'hospitalisation, et donc, paradoxalement, exposer les résidents à un plus haut risque d'infection à la COVID 19 (12).

De plus, la distanciation ainsi que le port du masque contribuent à la constitution ou au renforcement de troubles de la communication. Ceci est valable chez les patients présentant des troubles de la vue ou de l'audition, mais aussi chez les patients présentant des démences de type Alzheimer ou apparentées. En effet, le port du masque appauvrit les expressions faciales du soignant ou du proche perçues par le résident.

La réinstauration des visites à partir du 20 avril 2020 a été accueillie avec beaucoup d'enthousiasme. Mais ces visites de durée limitée (souvent 30 min), avec une distance souvent imposée par une table large voire une vitre, et le port du masque par le résident et

le proche, peuvent parfois être délétères. L'impossibilité de lire sur les lèvres, les difficultés à reconnaître son proche, l'impossibilité de toucher, sont autant de facteurs qui peuvent renforcer le sentiment de solitude du résident (13).

6. Le cas particulier de la fin de vie

Dans le cas particulier de la fin de vie, des autorisations exceptionnelles de visites ont toutefois bien souvent été mises en place. Les conditions de ces visites dépendaient de la politique propre à chaque établissement. Le gouvernement juge lui-même nécessaire la présence d'un proche dans l'accompagnement de la mort (3). L'académie Nationale de Médecine relève également l'importance de la présence d'un proche dans les cas de glissement rapide de l'état de santé (14). Elle souligne toutefois l'importance dans ces cas de l'application des gestes barrières, ce qui peut s'avérer très compliqué dans le cadre de tentative de réassurance et de soutien d'un proche en fin de vie. De même, en cas de décès d'un résident, les protocoles sanitaires sont une entrave aux rites funéraires, et peuvent bien souvent compliquer le deuil des proches.

7. Problématique éthique du confinement des personnes âgées en EHPAD

Le confinement des personnes âgées en EHPAD est éthiquement problématique, aussi bien à l'échelle du résident que du personnel.

a) A l'échelle du résident

A l'échelle de l'individu, le premier conflit éthique oppose le principe de bienfaisance et le principe d'autonomie. Chez des personnes dont l'autonomie physique est déjà bien souvent

altérée, les autonomies fonctionnelles et décisionnelles se trouvent alors mises à mal, augmentant le risque de déclin physique et psychique (15). L'adhésion à un protocole sanitaire implique sa compréhension. Il apparaît problématique d'appliquer un confinement chez une personne présentant des troubles neurocognitifs, qui n'est pas en capacité de comprendre les enjeux collectifs des décisions qui lui sont alors imposées. Chez certaines de ces personnes, la déambulation est un des nombreux symptômes de la pathologie, et non une expression en pleine conscience de vouloir aller et venir (16). Dans le cadre particulier de l'institution, il existe aussi un conflit entre la santé collective et individuelle. Le confinement, visant initialement à protéger chaque individu, est ici collectif. Il peut apparaître comme une sentence dès lors que l'EHPAD est touché par l'épidémie : Comment éviter la transmission du virus, passant notamment par le personnel soignant ? Le confinement revêt alors des airs d'enfermement et de condamnation, avec un risque presque inéluctable pour les résidents d'être infecté.

Les mesures de confinement se sont invitées au sein des EHPAD, or ces établissements sont avant tout des lieux de vie. L'applicabilité des mesures au sein de ces structures a parfois impliqué le recours à des moyens de contention physique ou pharmaceutique, très discutables sur un plan éthique (17). Les mesures sanitaires visent à préserver ce qu'on peut appeler la "vie biologique", c'est-à-dire la durée de vie, voire la survie, faisant passer au second plan la "qualité de vie". Si l'on interroge les résidents en EHPAD, certains diront qu'ils préfèrent retrouver leur vie "d'avant le confinement", même si cela les expose au virus avec les risques que cela implique. On aurait alors pu imaginer que chaque résident prenne ses propres décisions, l'autorisant, s'il le souhaitait, à "prendre le risque". Mais cela aurait été au risque de contaminer les autres résidents ensuite, donc, encore une fois, au détriment du collectif (13).

Ainsi, sous le couvert de la bienveillance et du "*primum non nocere*", les résidents en EHPAD se voient dépossédés de leur pouvoir décisionnel et la santé du collectif se fait parfois au prix de l'individu. Nous sommes alors face à un autre paradoxe : les personnes que l'on cherche à protéger sont peut-être les plus durement affectées par les mesures sanitaires. En ce sens le CCNE rappelle que les principes éthiques fondamentaux dont le respect de la dignité humaine doivent être dans tous les cas respectés. Le droit au lien social et la liberté d'aller et venir en font partie (16). Couper une personne de tout lien social, et a fortiori une personne âgée pour qui les liens familiaux représentent souvent la raison essentielle de vivre, relèverait de l'inhumain.

b) A l'échelle du personnel soignant et non soignant

Comme souligné dans le rapport de la mission commandé par Olivier Véran à Jérôme Guedj sur la Lutte contre l'isolement des personnes âgées ou fragiles isolées pendant le confinement, les mesures adoptées posent un problème d'ordre éthique aux professionnels travaillant en EHPAD (18), et ce sur trois points.

Premièrement, l'EHPAD est un lieu de vie. Il peut donc sembler paradoxal voire injustifié de demander à des soignants de limiter les déplacements de personnes qui sont chez elles.

Ensuite, le personnel soignant, animé par les exigences de soin, fait face à un dilemme souligné par le Comité Consultatif National d'Éthique (16) « *se dévouer pour soigner, avec le risque pour soi-même et les autres d'être infecté par le soin que l'on prodigue* ». Il existe ainsi une dualité entre deux états de fait :

- « *En soignant, je prends moi-même le risque d'être infecté et prend donc également un risque pour mon entourage* »,

- *« À mon domicile, je prends le risque d'être infecté par des membres de mon entourage et donc de transmettre le virus aux personnes vulnérables que je soigne ».*

Aussi, la perception que les pratiques d'isolement se trouvaient en contradiction éthique avec les notions de qualité de vie des résidents et le respect des droits fondamentaux de chaque individu, en déplaçant les priorités de santé vers le collectif plutôt que l'individuel, a contribué aux difficultés pour le personnel soignant à mettre en place ces mesures. A cela s'est ajouté un manque de confiance de la part du personnel envers les directives gouvernementales, de part des informations parfois peu claires, nombreuses et souvent contradictoires sur la façon d'isoler les résidents suspects d'une affection à la COVID 19 (5). Enfin, les soignants, conscients des conséquences néfastes de l'isolement au sens de solitude, ont pu avoir le sentiment que l'application des mesures sanitaires faisait perdre le sens de leur travail et rentrait en contradiction avec leur mission et leurs valeurs (19).

MÉTHODES

De nombreuses stratégies ont dû être mises en place dans les EHPAD pour lutter contre l'isolement social et les risques qui en découlent.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer ces stratégies, et secondairement d'évaluer leur pertinence dans la lutte contre l'isolement des résidents en EHPAD au-delà du contexte épidémique. Les deux autres objectifs secondaires sont de définir les mesures d'isolement mises en place et d'évaluer leur pertinence selon les médecins coordonnateurs en EHPAD.

1. Déroulement de l'étude et sélection de la population

Il s'agit d'une étude quantitative par questionnaire, méthode paraissant la plus appropriée pour quantifier objectivement l'utilisation des différentes stratégies. Pour ce faire, un questionnaire a été envoyé aux médecins coordonnateurs en EHPAD du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

2. Elaboration du questionnaire

Ce questionnaire, réalisé sur le logiciel informatique LimeSurvey UA, se déroule en quatre parties :

- La première partie se rapporte à des données démographiques sur les médecins coordonnateurs (ancienneté en tant que médecin coordonnateur, activité de médecine libérale parallèle) et les EHPAD dans lesquelles ils exercent leur activité (nombre de

résidents dans l'EHPAD, présence d'un médecin quotidiennement, EHPAD touchée ou non par l'épidémie de COVID 19) ;

- La deuxième partie fait un état des lieux des mesures de confinement qui ont réellement été mises en place dans les EHPAD et interroge la pertinence de ces mesures selon les médecins coordonnateurs ;
- La troisième partie consiste en un relevé des éléments cliniques inquiétants mis en évidence par les médecins coordonnateurs chez les résidents, pouvant être mis en lien avec le confinement ;
- Enfin, le cœur du sujet est traité dans la quatrième partie, et consiste en la mise en évidence des mesures de lutte contre l'isolement des résidents en EHPAD pendant le confinement.

Le questionnaire comporte 11 questions. La première partie contient 5 questions, dont 1 question ouverte de type numérique pour le nombre d'année d'expérience en tant que médecin coordonnateur, et 4 questions ouvertes donc 3 dichotomiques (pour savoir si les médecins coordonnateurs ont oui ou non une activité libérale parallèle, savoir si il y a un médecin sur place quotidiennement dans l'EHPAD, savoir si l'EHPAD a été touché par l'épidémie de COVID 19), et 1 question fermée à réponse unique (pour le nombre de résident dans l'EHPAD, en 3 fourchettes). Le reste de l'étude est constitué de question à choix multiples de réponse, pour connaître les mesures de confinement mises en place, les éléments cliniques inquiétants repérés chez les résidents, les mesures mises en place pour lutter contre l'isolement des résidents et celles que les médecins coordonnateurs souhaiteraient voir se perpétuer dans le temps en dehors du contexte épidémique. Les propositions étant basées sur les recommandations nationales du confinement du printemps 2020, il était également possible de choisir une proposition « Autres », où les répondants

pouvaient exprimer leurs propres opinions. Pour évaluer la pertinence des mesures de confinement selon les médecins coordonnateurs, une question avec échelle de grandeur de type Likert a été utilisée, à nombre pair pour éviter une prévalence de réponses neutres. Les possibilités d'évaluation de la pertinence des mesures étaient au nombre de quatre (insuffisante, plutôt suffisante, nécessaire, disproportionnée). Enfin, la dernière question du questionnaire est une question ouverte, libre en nombre de caractères, intitulée « Remarques et suggestions ». Devant la richesse des commentaires laissés par les répondants, ils seront ici relevés de manière non analytique.

3. Recueil des participants à l'étude

Cette étude vise les médecins coordonnateurs du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne. 110 adresses mails de médecins coordonnateurs ont été récupérées, grâce à une base de données de 70 médecins coordonnateurs dans le Maine et Loire. Les 40 autres adresses mails ont été récupérées par contact téléphonique directement auprès des 130 EHPAD de Sarthe et de Mayenne (pour les autres, il n'y avait pas de réponse, un refus du secrétariat de fournir l'adresse mail ou une redondance des adresses mails entre plusieurs EHPAD coordonnées par le même médecin).

4. Envoi des questionnaires

Un premier mail a été envoyé fin novembre 2020 à l'ensemble des 110 médecins coordonnateurs recueillis, expliquant le projet de thèse avec un lien vers le questionnaire. Une première relance est envoyée début janvier 2021 et une deuxième début février 2021.

RÉSULTATS

1. Taux de réponse

Sur les 110 médecins coordonnateurs recueillis, 94 ont reçu le questionnaire : les 16 autres ont pu faire l'objet d'une erreur dans la transcription des adresses fournies par téléphone ou d'un rejet du mail par leur boîte mail sécurisée. 55 médecins ont commencé à répondre au questionnaire, et parmi eux, 39 ont répondu à l'intégralité du questionnaire, les autres étant considérés comme non répondants. Le taux de réponse est donc de 41,49% (sur le nombre de médecins ayant reçu le questionnaire). Pour éviter de surestimer ce taux de réponse, nous retiendrons le taux de réponse sur les 110 médecins recueillis initialement, soit un taux de réponse de 35,45%.

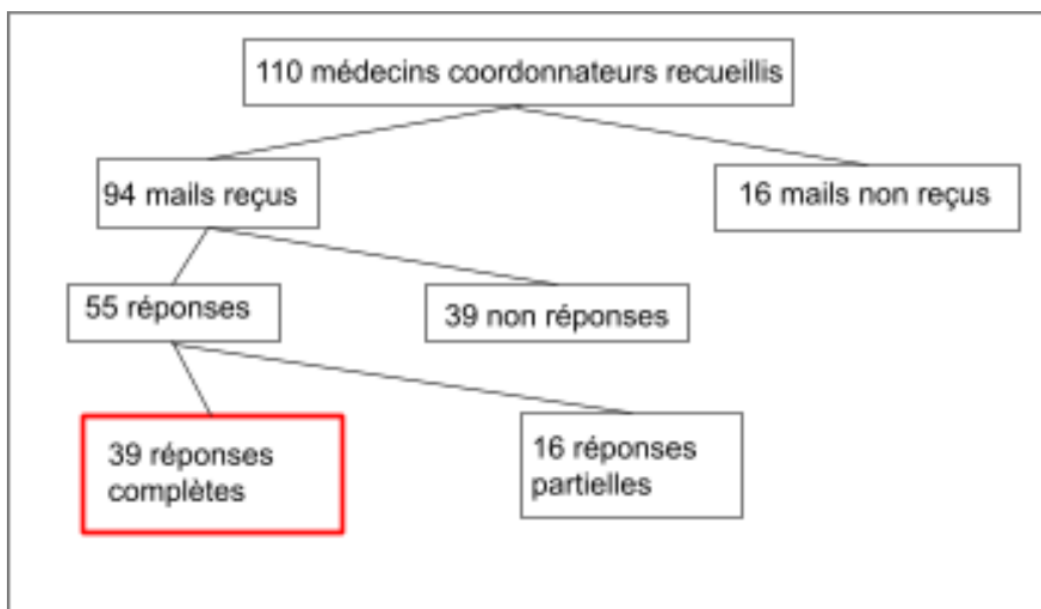


Figure 1 : Taux de réponse

2. Données démographiques

a) Concernant le médecin coordonnateur

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

Ancienneté en tant que médecin coordonnateur	
Moyenne	12,56 ans
Médiane	12 ans
Activité de médecine générale libérale	Pourcentage (nombre)
Oui	38,46% (15)
Non	61,54% (24)

Le nombre moyen d'années d'expérience en tant que médecin coordonnateur est de 12,56 ans. La plupart (61,54%) n'a pas une activité parallèle de médecin généraliste libéral (**Tableau 1**).

b) Concernant l'EHPAD dans lequel il exerce

Tableau 2 : Caractéristiques des EHPAD

	Pourcentage (nombre)
Nombre de résidents dans l'EHPAD	
< 50	17,95% (7)
50-100	56,41% (22)
>100	25,64% (10)
Présence d'un médecin sur place quotidiennement	
Oui	23,08% (9)
Non	76,92% (30)
EHPAD touchée par la COVID 19	
Oui	41,03% (16)
Non	58,97% (23)

Les EHPAD dans lesquels travaillent ces médecins coordonnateurs sont majoritairement des moyennes structures (56,41% des EHPAD ont entre 50 et 100 résidents). La plupart de ces EHPAD n'a pas de médecin sur place quotidiennement (76,92%). A l'heure du questionnaire, 41,03% des médecins coordonnateurs répondants ont connu l'EHPAD dans laquelle ils exercent touchée par la COVID 19 (**Tableau 2**).

3. Mesures de confinement mises en place dans les EHPAD et évaluation de leur pertinence par les médecins coordonnateurs

a) Application des mesures

Les mesures sont appliquées en moyenne à 56,70%. On trouve une grande disproportion entre 4 mesures très majoritairement appliquées (>75%) et 5 autres majoritairement non appliquées (< 50%). Les 4 mesures très majoritairement appliquées sont :

- L'arrêt des visites des familles (92,31%) ;
- L'interdiction de sortir de l'établissement (87,18%) ;
- L'arrêt des activités collectives (82,05%) ;
- La fermeture de la salle à manger (79,49%).

Les 5 autres mesures sont majoritairement non appliquées :

- L'interdiction de sortir de la chambre (48,72%) ;
- L'interdiction de se tenir à moins d'un mètre les uns des autres (46,15%) ;
- La limitation du passage du personnel dans la chambre (33,33%) ;

- Le port du masque par le résident en dehors de la chambre (28,21%) ;
- Le port du masque par le résident dans sa chambre quand un membre du personnel y entre (12,82%).

Les 4 mesures appliquées très majoritairement sont également les plus décrites par les directives gouvernementales. De plus, il s'agit de mesures mises en place collectivement, et elles n'ont pas le caractère individuel et la nécessité de rappel à l'ordre du personnel envers les résidents que sous-tendent les autres mesures (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Mesures de confinement mises en place dans les EHPAD

Mesures de confinement mises en place	Pourcentage (nombre)
Port du masque par le résident en dehors de sa chambre	28,21% (11)
Port du masque par le résident dans sa chambre quand un membre du personnel y rentre	12,82% (5)
Interdiction de sortir de la chambre	48,72% (19)
Interdiction de sortir de l'établissement	87,18% (34)
Limitation du passage du personnel dans la chambre	33,33% (13)
Interdiction de se tenir à moins d'un mètre les uns des autres	46,15% (18)
Fermeture de la salle à manger	79,49% (31)
Arrêt des activités collectives	82,05% (32)
Arrêt des visites des familles	92,31% (36)

b) Evaluation de la pertinence de ces mesures

En moyenne, seuls 2,56% des mesures sont jugées insuffisantes, et 14,57% plutôt suffisantes. Près de la moitié des mesures sont jugées nécessaires, et un tiers sont jugées disproportionnées. Une seule de ces mesures est jugée très majoritairement nécessaire, il

s'agit de « l'interdiction de sortir de l'établissement » (82,05%). Toutes les autres mesures sont jugées disproportionnées par plus de 20% des répondants, et 2 d'entre elles sont même considérées majoritairement disproportionnées :

- Port du masque par le résident dans sa chambre quand un membre du personnel y entre (64,10%) ;
- Interdiction de sortir de la chambre (56,41%).

On peut imaginer que ces 2 mesures sont jugées disproportionnées dans le sens où elles remettent en cause la notion de "lieu de vie". En effet, contrairement aux autres mesures, ces 2 mesures portent atteinte aux libertés que le confinement laisse au reste de la population, à savoir la liberté d'aller et venir chez soi, sans masque (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Evaluation de la pertinence des mesures de confinement

Evaluation pertinence des mesures	Insuffisante	Plutôt suffisante	Nécessaire	Disproportionnée
Port du masque par le résident en dehors de sa chambre	10,26%	25,64%	33,33%	30,77%
Port du masque par le résident dans sa chambre quand un membre du personnel y rentre	2,56%	17,95%	15,38%	64,10%
Interdiction de sortir de la chambre	2,56%	5,13%	35,90%	56,41%
Interdiction de sortir de l'établissement	0%	10,26%	82,05%	7,69%
Limitation du passage du personnel dans la chambre	0%	28,21%	30,77%	41,03%
Interdiction de se tenir à moins d'un mètre les uns des autres	5,13%	15,38%	56,41%	23,08%
Fermeture de la salle à manger	2,56%	5,13%	64,10%	28,21%
Arrêt des activités collectives	0%	12,82%	66,67%	20,51%
Arrêt des visites des familles	0%	10,26%	61,54%	28,21%
Moyenne	2,56%	14,57%	49,57%	33,33%

c) Corrélation entre évaluation de la pertinence des mesures et leur application

Tableau 5 : Corrélation entre évaluation de la pertinence des mesures de

	Disproportionnée	Non disproportionnée	Différence*
Port du masque par le résident en dehors de sa chambre	30,77%	69,23%	41,02
Port du masque par le résident dans sa chambre quand membre du personnel y rentre	64,10%	35,90%	23,08
Interdiction de sortir de la chambre	56,41%	43,59%	-5,13
Interdiction de sortir de l'établissement	7,69%	92,31%	5,13
Limitation du passage du personnel dans la chambre	41,03%	58,97%	25,64
Interdiction de se tenir à moins d'un mètre les uns des autres	23,08%	76,92%	30,77
Fermeture de la salle à manger	28,21%	71,79%	-7,70
Arrêt des activités collectives	20,51%	79,49%	-2,56
Arrêt des visites des familles	28,21%	71,79%	-20,52
*Différence pour une même mesure entre le pourcentage "non disproportionnée" et "appliquée" (cf Tableau 3)			

Pourcentage > 75%	Pourcentage entre 50 et 75%	Différence > 10	Différence entre -10 et 10	Différence < -10
-------------------	-----------------------------	-----------------	----------------------------	------------------

2 catégories sont retenues dans l'évaluation de la pertinence des mesures (**Tableau 5**) :

- Les mesures jugées disproportionnées ;
- Les mesures jugées non disproportionnées ou « utiles » (somme des pourcentages des catégories « insuffisante », « plutôt suffisante » et « nécessaire »).

Ainsi, 3 mesures sont jugées très majoritairement non disproportionnées (>75%) :

- Interdiction de sortir de l'établissement (92,31%) ;
- Arrêt des activités collectives (79,49%) ;
- Interdiction de se tenir à moins d'un mètre les uns des autres (76,92%).

L'analyse de la corrélation entre la pertinence des mesures et leur application s'appuie sur le postulat que plus une mesure est jugée non disproportionnée, plus elle devrait être appliquée. Une différence est donc réalisée, pour une mesure donnée, entre le pourcentage de répondant qui la juge « non disproportionnée » et son pourcentage d'application. Plus

cette différence est proche de 0, plus il y a une cohérence entre « l'utilité d'une mesure » (« jugée non disproportionnée ») et son application.

3 catégories peuvent être établies selon cette différence :

- **Différence entre -10 et 10** (proche de 0) : il y a une cohérence entre « l'utilité d'une mesure » et son application, et inversement ;
- **Différence > 10** : les mesures sont moins appliquées qu'elles ne sont jugées utiles ;
- **Différence < -10** : les mesures sont plus appliquées qu'elles ne sont jugées utiles.

DIFFERENCE ENTRE -10 ET 10 :

Pour 4 des mesures, il existe une cohérence entre leur « utilité » et leur application :

- L'interdiction pour les résidents de sortir de leur chambre ;
- L'interdiction de sortir de l'établissement ;
- La fermeture de la salle à manger ;
- L'arrêt des activités collectives.

DIFFERENCE > 10 :

4 mesures sont moins appliquées qu'elles ne sont jugées utiles :

- Le port du masque par le résident en dehors de sa chambre ;
- L'interdiction de se tenir à moins d'un mètre les uns des autres ;
- La limitation du passage du personnel dans la chambre des résidents ;
- Le port du masque par le résident en dehors de sa chambre.

On peut imaginer que ces mesures sont moins appliquées qu'elles ne sont jugées utiles car elles sont difficiles à mettre en place et impliquent une surveillance accrue des résidents par le personnel. Aussi leur application pourrait être perçue comme une atteinte à la liberté individuelle des résidents.

DIFFERENCE < -10 :

Une mesure est en revanche plus appliquée qu'elle n'est jugée proportionnée : l'arrêt des visites des familles. Les établissements, par les directives gouvernementales, n'ont pas eu d'autre choix que d'appliquer cette mesure. Cependant, il s'agit de la mesure la plus controversée ; celle-ci est en grande partie jugée responsable des effets néfastes du confinement chez les résidents en EHPAD, ce qui peut expliquer qu'elle soit tant jugée disproportionnée.

4. Éléments cliniques inquiétants repérés par les médecins coordonnateurs chez les résidents pouvant être mis en lien avec le confinement

Des éléments cliniques inquiétants ont été repérés par les médecins coordonnateurs chez les résidents. Il était bien explicité qu'il s'agissait des éléments cliniques pouvant être mis en lien directement avec le confinement, et non avec une autre affection (dont une affection au COVID 19 par exemple). Les pourcentages mentionnés sont les pourcentages de médecins coordonnateurs ayant repéré ces éléments cliniques chez au moins un des résidents de leur EHPAD. Il ne s'agit pas des pourcentages de prévalences de ces éléments cliniques chez les résidents (**Tableau 6**).

Tableau 6 : Eléments cliniques inquiétants repérés chez résidents en lien avec le confinement

	Pourcentage (nombre)
Tristesse de l'humeur	84,62% (33)
Perte d'autonomie	82,05% (32)
Perte d'appétit	66,67% (26)
Syndrome de glissement	58,97% (23)
Décompensation de troubles démentiels	48,72% (19)
Perte de poids	46,15% (18)
Propos suicidaires	25,64% (10)
Clinophilie	23,08% (9)
Décès	15,38% (6)
Escarre	5,13% (2)
Autres éléments cliniques (rapportés dans "Autres") : Hypochondrie, Accentuation de trouble du comportement. Les éléments cliniques inquiétants sont rapportés dans le tableau par ordre décroissant de prévalence.	

La très grande majorité des médecins coordonnateurs a repéré chez certains des résidents une tristesse de l'humeur (84,62%) ou une perte d'autonomie (82,05%). Une perte d'appétit (66,67%), un syndrome de glissement (58,97%), des décompensations de troubles démentiels (48,72%), une perte de poids (46,15%) ont également été repéré avec une forte prévalence. Des propos suicidaires ont été relevés par un quart des médecins interrogés (25,64%). Par rapport aux résultats attendus, assez peu de médecins ont relevé une clinophilie (23,08%) et très peu ont relevé une constitution d'escarre (5,13%). En revanche, bien que minoritaire, un nombre important de médecins a pu associer le décès d'un résident directement avec le confinement (15,38%).

5. Mesures mises en place pour lutter contre l'isolement et ses effets

Des mesures ont été mises en place pour lutter contre l'isolement des personnes âgées pendant le confinement, dont 2 quasiment par la totalité des EHPAD (**Tableau 7**) :

- L'instauration de visites avec distanciation (car autorisé par le gouvernement à partir du 20 avril 2020) ;
- L'autorisation exceptionnelle de visite dans le cas particulier de la fin de vie.

4 mesures ont été majoritairement mises en place (entre 60 et 70 %) :

- L'achat de tablettes pour l'utilisation d'applications de communication avec les familles ;
- Les promenades en extérieur avec un membre du personnel ;
- Le maintien d'une activité physique (kinésithérapeute, ergothérapeute, ...) ;
- La mise en place d'activités individuelles en chambre (dessin, musique, ...).

4 mesures ont été minoritairement mises en place (entre 30 et 40%) :

- La rédaction d'un journal électronique à destination des familles ;
- L'augmentation du nombre de visite quotidienne en chambre par des membres du personnel ;
- Le recours à la réserve sanitaire ;

- L'augmentation du personnel soignant et non soignant.

Tableau 7 : Mesures de lutte contre l'isolement social et ses effets en EHPAD

	Pourcentage (nombre)
Instauration de visites avec distanciation (par vitre interposée par exemple)	92,31% (36)
Autorisation exceptionnelle de visite dans le cas particulier de la fin de vie	92,31% (36)
Achats de tablettes pour l'utilisation d'application de communication avec les familles	69,23% (27)
Promenades en extérieur avec membre du personnel	64,10% (25)
Maintien d'une activité physique (kinésithérapeute, ergothérapeute, ...)	61,54% (24)
Mise en place d'activités individuelles en chambre (dessin, musique)	61,54% (24)
Rédaction d'un journal électronique à destination des familles	38,46% (15)
Augmentation du nombre de visite quotidienne dans les chambres des résidents par le personnel	33,33% (13)
Recours à la réserve sanitaire pour l'accompagnement des résidents	33,33% (13)
Augmentation du personnel soignant ou non soignant	30,77% (12)
Les mesures de lutte contre l'isolement dans le tableau sont reportées par ordre décroissant de prévalence.	

6. Mesures jugées comme pertinentes dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD, au-delà du contexte épidémique actuel

Pour l'analyse de la pertinence de la mise en place de ces mesures dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD au-delà du contexte épidémique, 7 des 10 mesures sus-citées ont été retenues, les 3 autres étant trop spécifiques au contexte du confinement dans le cadre de la COVID 19 (**Tableau 8**).

Tableau 8 : Mesures de lutte contre l'isolement social en EHPAD au-delà du contexte épidémique

	Pourcentage (nombre)
Maintien d'une activité physique (kinésithérapeute, ergothérapeute, ...)	74,36% (29)
Promenades en extérieur avec membre du personnel	69,23% (27)
Mise en place d'activités individuelles en chambre (dessin, musique)	53,85% (21)
Augmentation du personnel soignant ou non soignant	53,85% (21)
Augmentation du nombre de visite quotidienne dans les chambres des résidents par le personnel	43,59% (17)
Achats de tablettes pour l'utilisation d'application de communication avec les familles	41,03% (16)
Rédaction d'un journal électronique à destination des familles	35,90% (14)
<p>Les mesures jugées comme pertinentes dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées au-delà du contexte épidémique sont rapportées dans le tableau par ordre décroissant de prévalence.</p> <p>Par rapport à la question précédente, les propositions "Instauration de visites avec distanciation (par vitre interposée par exemple)", "Autorisation exceptionnelle de visite dans le cas particulier de la fin de vie" et "Recours à la réserve sanitaire pour l'accompagnement des résidents" ont été supprimées car jugées ici hors sujet.</p>	

Sur ces 7 mesures, 4 sont majoritairement jugées pertinentes pour la suite (entre 50 et 75%) :

- Maintien d'une activité physique (kinésithérapeute, ergothérapeute, ...) ;
- Promenade en extérieur avec un membre du personnel ;
- Mise en place d'activités individuelles en chambre (dessin, musique) ;
- Augmentation du personnel soignant et non soignant.

Les 3 autres sont plus minoritairement jugées utiles pour la suite (entre 30 et 45%) :

- Augmentation du nombre de visite quotidienne dans la chambre des résidents par le personnel ;
- Achat de tablettes pour l'utilisation d'application de communication avec les familles ;
- Rédaction d'un journal électronique à destination des familles.

On peut ainsi noter que les 2 propositions en lien avec l'apport du numérique sont les moins plébiscitées pour l'avenir.

7. Différence entre l'utilisation des mesures pendant le confinement et l'évaluation de leur pertinence au-delà du contexte épidémique

Pour évaluer si une mesure appliquée dans le contexte particulier de la COVID 19 est également une mesure jugée utile au-delà du contexte épidémique, une différence est réalisée, pour une même mesure, entre son pourcentage de pertinence au-delà du contexte épidémique et son pourcentage d'application pendant le confinement (**Tableau 9**).

3 catégories sont ainsi établies :

- Différence entre -10 et 10 : il n'y a pas de différence notable entre le jugement positif d'une mesure pour l'avenir et son application pendant le confinement ;
- Différence > 10 : mesure jugée plus pertinente pour l'avenir qu'elle n'a été appliquée pendant le confinement ;
- Différence < -10 : mesure plus appliquée pendant le confinement que jugée pertinente pour l'avenir.

Tableau 9 : Lutte contre l'isolement social en EHPAD : différence entre mesures

	Appliquée pendant le confinement	Pertinente au-delà du contexte	Différence*
Achats de tablettes pour l'utilisation d'application de communication avec les familles	69,23%	41,03%	-28,20
Promenades en extérieur avec membre du personnel	64,10%	69,23%	5,13
Maintien d'une activité physique (kinésithérapeute, ergothérapeute, ...)	61,54%	74,36%	12,82
Mise en place d'activités individuelles en chambre (dessin, musique)	61,54%	53,85%	-7,69
Rédaction d'un journal électronique à destination des familles	38,46%	35,90%	-2,56
Augmentation du nombre de visite quotidienne dans les chambres des résidents par le personnel	33,33%	43,59%	10,26
Augmentation du personnel soignant ou non soignant	30,77%	53,85%	23,08
*Différence entre pourcentage "Pertinente au-delà du contexte épidémique" et "appliquée pendant le confinement"			

	Pourcentage entre 50 et 75%	Différence > 10	Différence entre -10 et 10	Différence < -10
--	-----------------------------	-----------------	----------------------------	------------------

a) Différence entre -10 et 10 :

3 mesures entrent dans la première catégorie :

- Mise en place d'activités individuelles en chambre ;
- Rédaction d'un journal électronique à destination des familles ;
- Promenade en extérieur avec un membre du personnel.

b) Différence > 10 :

3 mesures sont jugées plus pertinentes pour l'avenir qu'elles n'ont été mises en place pendant le confinement :

- Augmentation du personnel soignant et non soignant ;
- Maintien d'une activité physique (kinésithérapeute, ergothérapeute, ...) ;

- Augmentation du nombre de visite quotidienne dans les chambres des résidents par les membres du personnel.

Ces 3 mesures ont le point commun d'impliquer une augmentation du ratio de personnel dans les EHPAD. Cette différence s'explique très probablement par le manque de moyens humains dans ces structures.

c) Différence < -10 :

1 mesure en revanche a très nettement été plus mise en place pendant le confinement qu'elle n'est jugée pertinente pour l'avenir : l'achat de tablettes pour l'utilisation d'applications de communication avec les familles. Cela est révélateur que, si le numérique s'est avéré un outil précieux pour lutter contre l'isolement des personnes âgées pendant le confinement, il ne peut en rien se substituer à l'humain et aux rapports humains.

8. Remarques et suggestions apportées par les médecins coordonnateurs répondants

- 6 médecins coordonnateurs ont souligné ici que le principal problème est le manque de personnel dans les EHPAD ;
- 4 autres ont souligné les difficultés à mettre en place des mesures, mettant en cause la communication parfois floue de la part du gouvernement, et l'adhésion à ces mesures pouvant être influencée par la médiatisation du sujet ;
- 2 médecins ont évoqué le droit au libre arbitre pour les résidents :
 - « Pourquoi s'arroger le droit de décider ce qui est bien pour les autres ? » ;

- *« Il faut laisser les personnes âgées vivre et non survivre. Plusieurs résidents avouent préférer mourir du COVID plutôt que d'isolement et de tristesse ».*
- 2 médecins ont souligné l'effet loupe du confinement sur la situation en EHPAD :
 - *« Les crises sont révélatrices des fragilités et donc de mise en œuvre de progrès, notamment dans l'attribution ou la redistribution des moyens humains » ;*
 - *« Les moyens dont nous disposons reflètent le regard que nous portons sur le grand âge et sur la vieillesse en général ».*

CONCLUSION

1. Principaux résultats de l'étude

Des mesures ont été mises en place dans les EHPAD pour lutter contre la propagation de la COVID 19, à commencer par l'arrêt des visites, l'interdiction pour les résidents de sortir de l'établissement, l'arrêt des activités collectives et la fermeture des salles à manger. Les mesures individuelles (port du masque par les résidents, respect des distanciations entre résidents, ...) ont quant à elles été beaucoup plus difficilement appliquées, bien que, pour la plupart, leur intérêt ne soit que minoritairement remis en cause. Il est en effet difficile pour le personnel, aussi bien sur un plan logistique qu'éthique, de faire appliquer l'ensemble de ces mesures.

Des stratégies de lutte contre l'isolement social des résidents ont été mises en place dans ce contexte, et le numérique, avec notamment l'utilisation de tablettes, y a joué un rôle important. Il ne trouve toutefois pas véritablement sa place dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées au-delà du contexte épidémique, où les besoins se ressentent plus en termes d'humains. Cela passe par la nécessité d'une majoration en nombre du personnel en EHPAD, pour augmenter le temps passé avec chaque résident et ainsi améliorer la qualité du soin et de la relation.

2. Forces et limites de l'étude

a) Les forces

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'elle traite d'un sujet d'actualité. Cela a certainement contribué à obtenir un taux de réponse satisfaisant. L'étude permet d'interroger nos pratiques dans un contexte épidémique exceptionnel, et met en exergue la différence entre les directives gouvernementales et leur applicabilité en institution. Elle met également en avant que l'isolement des personnes âgées en EHPAD est inhérent au concept de l'institution, et permet d'évaluer la pertinence des mesures de lutte contre l'isolement des personnes âgées au-delà du contexte épidémique.

b) Les limites

Cette étude comporte un biais de sélection, puisque les médecins coordonnateurs interrogés sont très majoritairement du Maine et Loire (63,6%). L'étude est donc moins représentative concernant les pratiques en Sarthe et en Mayenne. Le lieu d'exercice n'était pas demandé, ne permettant pas d'évaluer les réponses en fonction des territoires. De plus, bien que le taux de répondants soit satisfaisant, l'effectif total de répondant reste faible (39 répondants).

Une autre limite réside dans le fait qu'il s'agisse d'une étude quantitative, avec des propositions aux questions choisies de manière arbitraire, et donc orientant les réponses.

Par ailleurs, il existe une limite à cette étude due au contexte sanitaire. En effet, le questionnaire a été envoyé durant l'hiver 2020-2021, soit pendant le deuxième confinement. Cela a pu engendrer un biais de mémorisation (par exemple la mesure était-elle appliquée

pendant le premier ou le deuxième confinement ?). La question « L'EHPAD dans laquelle vous exercez votre activité a-t-elle été touchée par la COVID 19 ? » est également non interprétable : en effet, il n'était pas précisé s'il fallait répondre de manière générale ou sur la seule période du premier confinement.

3. Les stratégies de luttres contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD

Devant l'importance des risques psychologiques, médicaux et sociaux, un profond remaniement de l'organisation des EHPAD est apparu nécessaire. De nombreuses stratégies ont été mises en place pour lutter contre l'isolement des résidents et ses effets. Premièrement, il faut souligner le rôle clé du personnel soignant dans la lutte contre l'isolement des résidents en EHPAD. Dans ce contexte particulier, le lien social devient un acte de soin à part entière. Les sorties peuvent être envisagées, un par un et accompagné d'un membre du personnel. Mais cela implique que le personnel soignant soit en nombre suffisant pour que ce temps puisse être accordé aux résidents.

Concernant les animations, il a fallu adapter les activités pour les rendre individuelles et permettre une ouverture sur l'extérieur (par exemple le dessin, écriture de lettres aux familles). Il y a eu beaucoup d'invention en ce sens, avec notamment l'apparition d'animation-couloir (les résidents restent sur le pas de leur chambre pour assister à une animation ou communiquer entre eux) (18).

Dans la prévention des conséquences à long terme du confinement, la technologie a joué un rôle très important (12). En effet, la plupart des EHPAD n'étant pas médicalisées, les applications de communication (Skype, WhatsApp, ...) ont permis l'accès à des avis médicaux mais aussi nutritionnels, notamment dans le risque d'escarre. Les technologies permettent

aussi le partage d'informations sur support informatique tels que les volontés du patient, pouvant intégrer les discussions avec la famille, particulièrement importantes à considérer chez les résidents en fin de vie. En plus de l'apport médical, les technologies peuvent être utilisées dans le maintien du lien social des résidents avec leur entourage, par le biais de l'utilisation des applications de communication sur tablettes. Cette utilisation a malheureusement connu une limite financière, la plupart des établissements ne disposant pas de cette technologie avant la pandémie et le matériel nécessaire restant assez onéreux. Il a donc fallu trouver des moyens de communication faciles à mettre en place et peu coûteux, et là encore la technologie trouve sa place grâce à l'utilisation de journaux électroniques à destination des familles. Ils permettent de communiquer des informations générales sur la vie dans l'EHPAD, pouvant faire participer les résidents qui le souhaitent à leurs rédactions. Il est aussi possible de rédiger des journaux plus personnalisés pour tenir au courant les familles de problématiques de santé pour certains résidents.

Dans le Maine-et-Loire notamment, les services départementaux ont procédé à une distribution de tablettes : ainsi 200 tablettes ont été distribuées aux EHPAD du département (20). L'usage de ces technologies se confronte tout de fois à la fracture numérique (15). Les technologies doivent donc être adaptées à la population âgée souvent peu coutumière de ces outils (police adaptée, facilité d'utilisation, ...). De plus, il s'agit d'un outil servant à favoriser le contact social, et il ne doit pas s'y substituer.

4. Eviter les mesures déraisonnables

Le CCNE, dans son communiqué du 13 mars 2020 (21), rappelle que les restrictions appliquées lors d'une pandémie ne doivent pas comporter de mesures « *déraisonnables ou*

discriminatoires » et qu'il y aurait un danger à les appliquer « *au-delà de ce qui serait nécessaire* ». Le code de la santé publique, qui encadre les mesures pouvant être prises par le gouvernement en cas d'épidémie, précise dans l'article L3110-1 qu'elles doivent être « *appropriées aux circonstances de temps et de lieux* » (22). Cela pose donc la question de l'applicabilité de telles mesures dans les EHPAD, en particulier sur la durée.

DISCUSSION

1. Mise en exergue d'un manque de moyen financier et humain

La crise sanitaire actuelle est révélatrice du manque de moyen dans les EHPAD (16). Elle a permis de se rendre compte de la nécessité d'un personnel suffisant en nombre et en compétence dans ces structures. Elle a également révélé le manque de moyen des EHPAD sur un plan logistique (absence de lieu de promenade dans certains EHPAD, de salle de réunion) et technologique (tablettes). Une réorganisation globale du mode de fonctionnement des EHPAD apparaît nécessaire, impliquant peut-être de redéfinir le rôle des soignants ou de reconnaître le besoin d'augmenter les ratios et les formations du personnel.

2. L'âgisme et le paternalisme au cœur de la problématique

Par ailleurs, le contexte de la COVID 19 a remis le doigt sur la problématique de l'âgisme. Le fait que l'épidémie ait essentiellement touché les personnes âgées a été pour une certaine partie de la population une forme de soulagement (17). De plus, la médiatisation « d'arbres décisionnels » d'accès à la réanimation, incluant nombres de critères liés à l'âge, a favorisé un sentiment de rejet de la société par les personnes âgées, aggravant la sensation d'isolement social. Cela a renforcé le sentiment pour ces personnes d'inutilité, voire de poids pour la société.

En mars 2020, l'HCSP (1) recommandait la préparation d'une fiche LATA (limitation et arrêt de thérapeutiques actives) pour chaque résident afin d'établir le niveau de soins en fonction de la gravité dans les EHPAD. Ainsi, ces fiches, qui en temps normal sont écrites avec soin, en prenant en compte les souhaits du résident et de sa famille, ont été rédigées dans la

précipitation, parfois sans égard pour les volontés de la personne. L'Académie Nationale de Médecine rappelait en ce sens qu'une décision médicale ne pourrait en aucun cas porter sur l'application arbitraire d'un score établi (14).

De plus, le contexte a fait ressurgir la notion de paternalisme. En effet, pour certains résidents, les restrictions ont pu être vécues comme un abus de pouvoir de la part du personnel des établissements (23). Pourtant cette notion de paternalisme doit plutôt se voir à l'échelle nationale, le personnel en EHPAD essayant tant bien que mal de faire appliquer les mesures adoptées par le gouvernement. Dans cette logique, l'Etat devient paternaliste en imposant des règles à chaque individu pour le bien du collectif. En effet, l'individu, en tant qu'humain, serait incapable de prendre des décisions pour lui-même en protégeant les autres, et en prenant en compte les bénéfices à long terme de ses actions au détriment de son plaisir immédiat (24). Mais cette notion implique tout de même que l'individu comprenne et visualise le bénéfice des règles qui lui sont imposées pour qu'elles deviennent acceptables. Cela pose la question du bien fondé de certaines restrictions en EHPAD, chez des résidents qui ne peuvent adhérer en pleine conscience aux mesures parfois disproportionnées qui leur sont imposées.

3. Contexte particulier de la COVID 19 : un effet loupe sur l'isolement des personnes âgées en EHPAD

La situation actuelle permet de s'interroger sur le sort des personnes vivant en EHPAD, leur isolement et le respect de leurs droits et libertés. Ce questionnement ne devrait pourtant pas se limiter dans le temps, puisqu'il est inhérent au concept de l'institution. Ainsi déjà bien avant la pandémie, en 2017, un chirurgien américain, Vivek Murthy, ancien administrateur de la santé publique aux Etats-Unis, faisant notion « *d'épidémie de solitude* » au niveau

mondial dans la population âgée, un tiers d'entre elle se disant seule ou en situation d'isolement social. La crise actuelle passée, il faudra donc évaluer les stratégies qui ont fonctionné, pour permettre de les améliorer en dehors de l'état d'urgence et de les intégrer aux approches pratiques globales dans les EHPAD (17).

En 2018, le CCNE publiait un avis sur les enjeux éthiques du vieillissement (25). Il parle de « *concentration des personnes âgées* » dans les EHPAD, « *d'exclusion* » de la société. Il souligne que l'institution, souvent « *contrainte* », génère des situations indignes pour la personne, sous le couvert de la « *bienveillance* » et de la « *sécurité* » de ces personnes vulnérables.

Cet avis est révélateur d'une situation problématique bien au-delà du contexte épidémique : la vie en institution n'est-elle pas déjà une forme de confinement ?

4. Notions de « liberté », « droit au choix » et « droit au risque »

Les notions de liberté et de choix font l'objet de nombreuses réflexions philosophiques : « *est-ce qu'être libre, c'est choisir ?* ». Ainsi Jean-Jacques Rousseau disait « *La liberté consiste moins à faire sa volonté qu'à n'être soumis à celle d'autrui* »(26).

Le « *droit au choix* » est souvent défendu comme un « *droit au risque* », au sens où « *vivre c'est risqué et c'est risquer* », mais peut-on défendre un droit au risque quand celui-ci engage un risque pour les autres ? (19).

Dans le cadre de l'institution, laisser la personne âgée choisir peut mettre le soignant en position de négligence et sa responsabilité pourrait être mise en cause, mais bien souvent les conduites sécuritaires contribuent à déplacer le risque, voire à l'accroître (27).

5. Une note d'optimisme : le confinement a montré que l'on pouvait mobiliser nos ressources

Nous pouvons aussi voir cette situation d'un œil plus optimiste, et essayer d'en extraire la beauté. En effet, le temps du confinement, et même ensuite, pour protéger les plus fragiles, le monde s'est presque arrêté, témoignant de l'attention que nous portons à nos aînés (18). Les regards se sont posés sur les EHPAD, et la situation d'isolement des résidents dans ces structures a été grandement médiatisée. Nous pouvons ainsi espérer que ce qui a été mis en place, notamment sur le plan associatif pour lutter contre la solitude des personnes âgées, saura se perpétuer dans le temps.

Suite au confinement du printemps 2020, malgré un nouveau confinement à l'automne, et bien que très contraignant, les visites en EHPAD n'ont plus été interdites. Et si pour l'instant le risque reste trop prégnant pour que l'on puisse envisager un assouplissement des règles de distanciation, la vaccination, qui à la date du 20 mai 2021 s'élève à 82% des plus de 65 ans (à avoir reçu au moins la première injection), représente un bel espoir pour l'avenir (28).

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Conseil de la Santé Publique : Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères (14/03/2020)
2. COVID 19 : point épidémiologique hebdomadaire du 11 mars 2021 - Santé Publique France-Point épidémiologique hebdomadaire du 11 mars 2021.pdf.
3. Communiqué de presse du gouvernement 11/03/2020 : Renforcement des mesures pour les personnes âgées.
4. Publication du protocole actualisé relatif au confinement dans les établissements médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé - 20 avril 2020
5. Iaboni A, Cockburn A, Marcil M, Rodrigues K, Marshall C, Garcia MA, et al. Achieving Safe, Effective, and Compassionate Quarantine or Isolation of Older Adults With Dementia in Nursing Homes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. août 2020;28(8):835-8.
6. Documentaire “Vieillir enfermés” : diffusion Arte le 3 février 2021
7. Pan K-Y, Kok AAL, Eikelenboom M, Horsfall M, Jörg F, Luteijn RA, et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*. févr 2021;8(2):121-9.
8. Zhong B-L, Chen S-L, Conwell Y. Effects of Transient Versus Chronic Loneliness on Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. mai 2016;24(5):389-98.
9. El Haj M, Altintas E, Chapelet G, Kapogiannis D, Gallouj K. High depression and anxiety in people with Alzheimer’s disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry Research*. sept 2020;291:113294.
10. Wammes JD, Kolk, MSc D, van den Besselaar, MD JH, MacNeil-Vroomen, PhD JL, Buurman-van Es, RN BM, van Rijn, PhD M. Evaluating Perspectives of Relatives of Nursing Home Residents on the Nursing Home Visiting Restrictions During the COVID-19 Crisis: A Dutch Cross-Sectional Survey Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. déc 2020;21(12):1746-1750.e3.
11. Revue Médicale Suisse : numéro 167 du 20/08/2008 - syndrome de glissement
12. Edelman LS, McConnell ES, Kennerly SM, Alderden J, Horn SD, Yap TL. Mitigating the Effects of a Pandemic: Facilitating Improved Nursing Home Care Delivery Through Technology. *JMIR Aging*. 26 mai 2020;3(1):e20110.
13. Ladiesse M, et al. -Les libertés en EHPAD, à l’épreuve du confinement. *Éthique & Santé*. sept 2020;17(3):147-54.
14. Épidémie CoViD-19 dans les EHPAD : permettre aux médecins et aux soignants d’exercer leur mission en accord avec leur devoir d’humanité. *Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine*. juill 2020;204(7):647.
15. Piccoli M, Tannou T, Hernandorena I, Koeberle S. Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, Medicine and Public Health*. juill 2020;14:100539.

16. CCNE : Réponse à la saisine du ministère des Solidarités et de la Santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD 25 mars 2020
17. Berg-Weger M, Morley JE. Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *The journal of nutrition, health & aging*. mai 2020;24(5):456-8.
18. Mission commandée le 23 mars 2020 par Olivier Veran à Jerome Guedj sur la Lutte contre l'isolement des personnes âgées ou fragiles isolées pendant le confinement
19. Repères et ressources en éthique - Janvier 2021 - Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels
20. Maine et Loire : En EHPAD, des tablettes pour maintenir le lien avec les familles - 19 mars 2020 - Maine-et-loire.fr
21. COVID-19 contribution du comité national d'éthique : Enjeux éthiques face à une pandémie - Réponse à la saisine du ministre en charge de la santé et de la solidarité - CCNE 13/03/2020
22. Article L3110-1 - Code de la santé publique - Légifrance.pdf.
23. Ayalon L, Avidor S. 'We have become prisoners of our own age': from a continuing care retirement community to a total institution in the midst of the COVID-19 outbreak. *Age and Ageing*. 5 mai 2021;50(3):664-7.
24. La gestion publique de la crise sanitaire du covid-19 : paternalisme ou libetarisme ? Jean-Yves LESUEUR, Université de Lyon, Chaire Prevent'Horizon
25. Avis n°128 du comité consultatif national d'éthique : Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?. - 15/02/2018
26. J.J.ROUSSEAU - « Lettres écrites de la Montagne », lettre 8
27. Responsabilité et droit au risque dans les pratiques gériatriques - Article extrait de : Jean-Jacques Amyot, Alain Villez. *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*. Paris : Ed. Dunod/ Fondation de France, 2001, 216 p
28. Tableau de bord de la vaccination COVID - 20-05-2021 - Ministère de la santé et des solidarités - solidarité-santé.gouv

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux de réponse14

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants	15
Tableau 2 : Caractéristiques des EHPAD	15
Tableau 3 : Mesures de confinement mises en place dans les EHPAD	17
Tableau 4 : Evaluation de la pertinence des mesures de confinement	18
Tableau 5 : Corrélation entre évaluation de la pertinence des mesures de confinement et leur application dans les EHPAD	19
Tableau 6 : Eléments cliniques inquiétants repérés chez résidents en lien avec le confinement	22
Tableau 7 : Mesures de lutte contre l'isolement social et ses effets en EHPAD	24
Tableau 8 : Mesures de lutte contre l'isolement social en EHPAD au-delà du contexte épidémique.....	25
Tableau 9 : Lutte contre l'isolement social en EHPAD : différence entre mesures appliquées pendant le confinement et pertinence au-delà du contexte épidémique	27

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	1
1. Personnes âgées : les premières victimes du COVID 19	2
2. La mise en place du confinement	2
3. En EHPAD, un confinement difficile à mettre en place	3
4. Un confinement pourvoyeur d'isolement	4
5. Confinement en EHPAD : les risques liés à l'isolement	5
6. Le cas particulier de la fin de vie	7
7. Problématique éthique du confinement des personnes âgées en EHPAD	7
a) A l'échelle du résident	7
b) A l'échelle du personnel soignant et non soignant	9
MÉTHODES	11
1. Déroulement de l'étude et sélection de la population	11
2. Elaboration du questionnaire	11
3. Recueil des participants à l'étude	13
4. Envoi des questionnaires	13
RÉSULTATS	14
1. Taux de réponse	14
2. Données démographiques	15
a) Concernant le médecin coordonnateur	15
b) Concernant l'EHPAD dans lequel il exerce	15
3. Mesures de confinement mises en place dans les EHPAD et évaluation de leur pertinence par les médecins coordonnateurs	16
a) Application des mesures	16
b) Evaluation de la pertinence de ces mesures	17
c) Corrélation entre évaluation de la pertinence des mesures et leur application ...	19
4. Éléments cliniques inquiétants repérés par les médecins coordonnateurs chez les résidents pouvant être mis en lien avec le confinement	21
5. Mesures mises en place pour lutter contre l'isolement et ses effets	23
6. Mesures jugées comme pertinentes dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD, au-delà du contexte épidémique actuel	24
7. Différence entre l'utilisation des mesures pendant le confinement et l'évaluation de leur pertinence au-delà du contexte épidémique	26
a) Différence entre -10 et 10 :	27
b) Différence > 10 :	27

c) Différence < -10 :	28
8. Remarques et suggestions apportées par les médecins coordonnateurs répondants.....	28
CONCLUSION	30
1. Principaux résultats de l'étude	30
2. Forces et limites de l'étude	31
a) Les forces	31
b) Les limites	31
3. Les stratégies de luttres contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD	32
4. Eviter les mesures déraisonnables	33
DISCUSSION	35
1. Mise en exergue d'un manque de moyen financier et humain	35
2. L'âgisme et le paternalisme au cœur de la problématique	35
3. Contexte particulier de la COVID 19 : un effet loupe sur l'isolement des personnes âgées en EHPAD.....	36
4. Notions de « liberté », « droit au choix » et « droit au risque »	37
5. Une note d'optimisme : le confinement a montré que l'on pouvait mobiliser nos ressources	38
BIBLIOGRAPHIE	1
LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES TABLEAUX	4
TABLE DES MATIERES.....	5
ANNEXES	I

ANNEXES : QUESTIONNAIRE

Questions	Propositions
Quel est le nombre de résidents dans l'EHPAD où vous accomplissez votre mission de médecin coordonnateur ?	Réponse unique <ul style="list-style-type: none"> - Moins de 50 - Entre 50 et 100 - Plus de 100
Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que médecin coordonnateur ?	Réponse libre
Avez-vous aussi une activité libérale de médecine générale ?	Réponse unique <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non
Y a-t-il un médecin sur place quotidiennement ?	Réponse unique <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non
Cet EHPAD a-t-il été touché par l'épidémie de COVID 19 (avez-vous eu des patients atteints de COVID 19 dans cet EHPAD) ?	Réponse unique <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non
Lesquelles de ces mesures de confinement avez-vous mises en place dans l'EHPAD au printemps 2020 dans le cadre de la pandémie de COVID 19 ?	Choix multiples <ul style="list-style-type: none"> - Port du masque par le résident en dehors de sa chambre - Port du masque par le résident dans sa chambre lorsque des membres du personnel y rentraient - Interdiction pour le résident de sortir de sa chambre - Interdiction pour le résident de sortir de l'enceinte de l'établissement - Limitation au maximum des passages par le personnel dans les chambres - Interdiction pour les résidents de se tenir à moins d'un mètre les uns des autres - Fermeture de la salle à manger - Arrêt des activités collectives - Arrêt des visites des familles - Autre
Comment jugez-vous la pertinence de ces mesures ? Pour chaque proposition, dites si selon vous il s'agit d'une mesure insuffisante, plutôt suffisante, nécessaire ou disproportionnée.	Échelle de grandeur Likert : <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisante - Plutôt suffisante - Nécessaire - Disproportionnée
Lesquels de ces éléments cliniques inquiétants avez-vous repérés chez les résidents et pouvant être mis directement en lien avec le confinement (et non avec une infection au COVID 19) ?	Choix multiples <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'appétit - Perte de poids - Perte d'autonomie - Clinophilie - Constitution d'escorte - Tristesse de l'humeur - Propos suicidaires - Décompensation de troubles démentiels - Syndrome de glissement - Décès - Autre

<p>Quelles mesures avez-vous mis en place pour lutter contre l'isolement lié au confinement du printemps 2020 et ses effets ?</p>	<p>Choix multiples</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintien d'une activité physique individuelle par l'intermédiaire de kinésithérapeute ou ergothérapeute par exemple - Mise en place d'activité individuelle en chambre type dessin, musique ... - Augmentation du personnel soignant et/ou non soignant - Augmentation du nombre de visites quotidiennes dans les chambres des résidents par le personnel - Achat de tablettes pour l'utilisation d'application de communication avec les familles - Rédaction d'un journal électronique à destination des familles - Instauration de visite avec distanciation (par vitre interposée par exemple) - Promenade en extérieur avec un membre du personnel - Recours à la réserve sanitaire pour l'accompagnement des résidents - Autorisation exceptionnelle de visite dans le contexte de fin de vie - Autre
<p>Parmi ces mesures, lesquelles avez-vous mis en place ou souhaitez-vous mettre en place depuis et en dehors du contexte épidémique, dans le cadre de la lutte contre l'isolement des personnes âgées en EHPAD ?</p>	<p>Choix multiples</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintien d'une activité physique individuelle par l'intermédiaire de kinésithérapeute ou ergothérapeute par exemple - Mise en place d'activité individuelle en chambre, comme le dessin, la musique, ... - Augmentation du personnel soignant et/ou non soignant - Augmentation du nombre de visites quotidiennes dans les chambres des résidents par le personnel - Achat de tablettes pour l'utilisation des applications de communication avec les familles - Rédaction d'un journal électronique à destination des familles - Promenade en extérieur avec un membre du personnel - Autre
<p>Pour finir, avez-vous des remarques, commentaires ou suggestions ?</p>	<p>Réponse libre</p>

Confinement en EHPAD : Stratégies et perspectives pour lutter contre l'isolement des résidents et ses effets en EHPAD dans le contexte particulier de la pandémie de COVID 19

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le cadre de la pandémie de la COVID 19, des mesures de confinement ont été mises en place sur l'ensemble du territoire national. En EHPAD, ces mesures se sont avérées particulièrement difficiles à mettre en place et ont été pourvoyeuses d'isolement social. L'objectif de l'étude est d'identifier et analyser les stratégies de lutte contre l'isolement social des résidents en EHPAD qui ont été mises en place lors du premier confinement du printemps 2020.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative par questionnaire adressé aux médecins coordonnateurs du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Résultats : 39 réponses complètes ont été recueillies, et mettent en avant l'importance des moyens humains et l'apport du numérique dans ce contexte particulier.

Conclusion : **La lutte contre l'isolement social des personnes âgées en EHPAD a donné naissance à de nouvelles stratégies, et doit se penser au-delà du contexte épidémique. Dans ce cadre, le numérique ne trouve que peu sa place et la situation est surtout révélatrice d'un manque de moyen humain dans ces structures.**

Mots-clés : COVID-19, Confinement, EHPAD, isolement social

Confinement in nursing homes: Strategies and perspectives to struggle against the isolation of residents and its effects in the particular context of the COVID 19 pandemic

ABSTRACT

Introduction: During the COVID 19 pandemic, in nursing home, containment measures have been a source of social isolation. The objective of the study is to identify and analyze the strategies to struggle against social isolation of residents in nursing homes during the first containment, at spring 2020.

Material and Method: This is a quantitative study by survey sent to the coordinating doctors of Maine et Loire, Sarthe and Mayenne.

Results: 39 responses were sent, and highlight the importance of human resources and the contribution of digital technology in this particular context.

Conclusion: The struggle against the social isolation of elderly people in nursing homes has given rise to new strategies, and must be considered beyond the epidemic context. Digital technology hardly finds its place in the future and the situation is above all revealing of a lack of human resources in these structures.

Keywords : COVID-19, Confinement, Nursing homes, social isolation