



HAL
open science

Impact de la crise sanitaire sur le droit des patients et réflexion éthique en établissements psychiatriques

Mélanie Poudevigne, Nathan Lepinay, Viktoria Puchol

► To cite this version:

Mélanie Poudevigne, Nathan Lepinay, Viktoria Puchol. Impact de la crise sanitaire sur le droit des patients et réflexion éthique en établissements psychiatriques. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03516495

HAL Id: dumas-03516495

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03516495>

Submitted on 7 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU
MASTER 2 MANAGEMENT STRATÉGIQUE DES ORGANISATIONS DE
SANTÉ

Option « sanitaire »

**Impact de la crise sanitaire sur le droit des patients et réflexion éthique en
établissements psychiatriques**

Présenté par :

Mélanie POUDEVIGNE
Nathan LEPINAY
Viktoria PUCHOL

Jury :

Emmanuel TERRIER, MCU, Directeur Master Management Stratégique des
Organisations de Santé, Montpellier Management, Université de Montpellier
(directeur de mémoire)

Irène GEORGESCU, PU, Directrice Master Management Stratégique des
Organisations de Santé, Montpellier Management, Université de Montpellier

Muriel TORRES, Directrice de la Clinique psychiatrique du Pont du Gard, CLINEA

Année :

2021

Remerciements

Ces remerciements vont tout d'abord aux intervenants universitaires du CESEGH pour la richesse de leur enseignement et plus particulièrement à Madame Irène GEORGESCU, responsable du Master 2 Management Stratégique des Organisations de Santé pour son accompagnement tout au long de l'année universitaire. Ainsi qu'à l'équipe administrative du CESEGH pour leur accueil et leur professionnalisme.

Nous remercions nos directions, Madame Muriel TORRES, directrice de la clinique du Pont du Gard, Madame Véronique ALBEROLA, directrice de la Clinique Plein Soleil et Monsieur Alain LORENTE, directeur de la clinique Stella, de leur confiance et de nous avoir permis de réaliser cette formation en apprentissage à la direction de nos différents établissements.

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à Monsieur Emmanuel TERRIER, maître de conférences qui a accepté d'encadrer ce mémoire et nous a accompagnés dans la préparation et conduite de nos entretiens en nous faisant bénéficier de ses connaissances et de son expérience.

Nos plus sincères remerciements aux professionnels qui ont acceptés de nous offrir de leur temps pour la réalisation des entretiens qui ont enrichies notre mémoire ainsi que pour leur accueil lors de nos visites et entretiens :

- Madame Christine BOUCHET, chargée de mission direction de la clinique Stella,
- Madame Muriel TORRES, directrice de la clinique du Pont du Gard,
- Madame Magali COSTE, directrice de la clinique Grand Pré,
- Madame Louise DEFFRENNES, directrice de la clinique Castelveil,
- Monsieur Alain LORENTE, directeur de la clinique Stella,
- Madame Aurélie SANGUINETTI, directrice de la clinique des Trois Lucs,
- Monsieur Romain VIGNOLI, directeur de la clinique Rech.
- Monsieur Jacques BRINGER, Président du Comité d'Ethique de l'Académie Nationale de Médecine

Résumé

Titre

Impact de la crise sanitaire sur le droit des patients et réflexion éthique en établissements psychiatriques.

Résumé

La crise sanitaire du Covid-19 a eu un impact dévastateur en termes humains, économiques et sociaux pour l'ensemble des pays du globe. Cette épidémie a engendré des bouleversements notamment dans la prise en charge de différentes pathologies du fait des risques sanitaires. Les établissements psychiatriques français ont dû se confronter à divers dilemmes éthiques notamment en termes de liberté individuelle, respect de l'autonomie et obligation de sécurité sanitaire mais également en termes d'équité face aux différences de capacité de discernement des patients. Afin de faire face aux différentes injonctions paradoxales dans ce contexte en tension, les établissements ont tout intérêt à aborder une réflexion éthique dans leurs processus décisionnels de gestion de la crise.

Mots clés

DROIT, PATIENT, AUTONOMIE, SÉCURITÉ, COVID-19, PSYCHIATRIE, ÉTHIQUE, MANAGEMENT, LIBERTÉS, ÉQUITÉ, BIENFAISANCE.

Table des matières

Résumé	3
Liste des abréviations	5
Introduction	8
Partie 1 : Le droit des patients en psychiatrie face à la crise sanitaire	11
Chapitre 1 : Le cadre général de la prise en charge de la santé mentale	11
Section 1 : La prise en charge habituelle	11
Section 2 : La prise en charge en situation de crise sanitaire	17
Chapitre 2 : Le cadre spécifique des soins sans consentement	29
Section 1 : La prise en charge des soins sans consentement en situation normale	29
Section 2 : Les soins sans consentement en situation de crise sanitaire	32
Partie 2 : La réflexion éthique autour des injonctions paradoxales relatives à la crise sanitaire	37
Chapitre 1 : Les enjeux éthiques de la prise en charge du patient hospitalisé en établissement psychiatrique	37
Section 1 : Le déploiement de la démarche éthique au sein des structures	37
Section 2 : Les principes éthiques fondamentaux : l'autonomie, l'équité et la bienfaisance	42
Chapitre 2 : Les axes de réflexions éthiques suscités par un contexte en tension	49
Section 1 : Le dilemme éthique engendré par l'épidémie	49
Section 2 : Des pistes d'améliorations au travers du management de l'éthique	54
Conclusion	62
Bibliographie	64
Table des Annexes	71

Liste des abréviations

AFP	Agence France Presse
ARS	Agence Régional de santé
CDU	Commission des Usagers
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CNCDH	Commission Consultative Nationale des Droits de l'Homme
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRU	Commission de Représentants des Usagers (équivalent CDU)
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ERER	Espace de Réflexion Ethique Régional
EPI	Equipement de protection individuelle
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de Jour
JLD	Juge des libertés et de la détention
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDCA	Plan-Do-Check-Act (<i>cadre d'analyse pour l'amélioration de la qualité</i>)
PTSM	Programme Territorial de Santé Mentale
RT-PCR	<i>Reverse Transcriptase - Polymerase Chain Reaction</i> (méthode de test virologique utilisé pour la détection de Covid-19)
SARS-CoV 2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2</i> (virus responsable du Covid-19)
SSE	Situations Sanitaires Exceptionnelles

Avant propos

Le questionnaire d'enquête pour la réalisation de notre mémoire a été élaboré pour effectuer des entretiens semi-directifs avec des directeurs ou managers de structures sanitaires et plus particulièrement d'établissement psychiatrique.

La technique semi-directive a été adoptée de façon à développer un discours en profondeur, qui a pu permettre au manager d'apporter des éléments dont nous n'avions pas conscience au début de nos entretiens. Pour rappel, l'entretien semi-directif est une technique d'enquête qualitative utilisée dans les recherches en sciences humaines. Ce type d'entretien implique une dynamique conversationnelle au cours de laquelle la personne interrogée est en interaction avec le l'enquêteur. Ce dernier permet d'orienter en partie le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable. De fait, il était primordial de dégager les grandes lignes de notre sujet avant de débiter ces entretiens.

Pour prendre en compte un panel des établissements psychiatriques, nous avons choisi d'interroger 6 directeurs d'établissements appartenant à différents groupes privés.

Les entretiens sont individuels et se sont déroulés dans la structure de la personne interrogée avec une visite des locaux. Si cela n'était pas réalisable en présentiel, les entretiens ont été réalisés en visioconférence.

L'analyse des résultats est faite au cours du cheminement de notre mémoire. Nous avons dégagé les idées principales qui revenaient le plus souvent, les points communs ainsi que les divergences selon les organisations interrogées.

Nous joignons en annexe la retranscription des entretiens [[Annexe 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8](#)].

Vous trouverez ci-dessous, une grille de questions posées lors de ces entretiens. Cependant, il est important de rappeler qu'il s'agit d'entretiens semi-directifs. De fait, une liberté a été laissée aux interlocuteurs afin de faire émerger leur ressenti et les problématiques propres à chaque établissement.

1. Pouvez-vous nous présenter votre établissement ?
2. De quelle manière avez-vous géré la crise au sein de l'établissement ? Comment avez-vous adapté les ateliers, les visites et les sorties ?
3. De manière générale, avez-vous reçu d'éventuels soutiens au niveau du groupe ?
4. Quels ont été les principaux dilemmes éthiques confrontés au cours de la crise et comment avez-vous pu les gérer ?
5. Quelles sont les pistes d'amélioration selon vous ?
6. Avez-vous fait appel à d'éventuels instances éthiques comme l'espace de réflexion éthique de votre région ?

Introduction

Fin novembre 2019, des médecins chinois donnent l’alerte sur un nouveau virus encore inconnu qui se propage dans la ville de Wuhan de la province de Hubei. La ville de Wuhan sera considérée plus tard comme l’épicentre de l’épidémie [49]. La Chine enregistre alors ses premiers cas de la maladie au SARS-CoV2. Ce coronavirus est l’agent responsable de la nouvelle maladie infectieuse respiratoire appelée *Covid-19*.

A compter du 22 janvier 2020, le gouvernement chinois place sous quarantaine trois villes de la province de Hubei soit un peu moins de 20 millions de personnes. Le virus va alors se propager sur l’ensemble du globe et l’Organisation Mondiale de la Santé finira par déclarer “*l’épidémie due au coronavirus est désormais considérée comme une pandémie*” le 11 mars 2020. Le 17 mars 2020, la France décrète le confinement de l’ensemble de sa population. Ce virus se montrera par la suite dévastateur en termes humains, économiques et sociaux dans une grande majorité des pays du monde. A ce jour, 4 500 000 personnes sont décédées à cause du coronavirus dans le monde. Cette crise mondiale constitue une rupture dans le fonctionnement régulier de la société due à la survenue brutale et soudaine d’un nouveau virus mettant en péril la vie et plus particulièrement la sécurité des personnes.

Ce n’est pas la première fois que l’humanité fait face à une telle crise sanitaire. Les textes anciens témoignent de la présence de la *lèpre* en Chine, en Inde et en Egypte environ 600 ans avant Jésus Christ et des squelettes portant les traces de la maladie ont été découverts en Égypte [54]. La lèpre fût longtemps incurable et très mutilante entraînant en 1909 “l’exclusion systématique des lépreux” et leur regroupement dans des léproseries.

L’isolement et la mise à l’écart des personnes malades n’est pas non plus une mesure récente. A la fin de la Renaissance, l’hôpital-charité accueillait les malades tout comme les mendiants ou les exclus de la société. Ce n’est que plus tard qu’il commencera à restreindre l’entrée aux malades curables.

Aujourd’hui, la notion d’hospitalisation concilie la garantie pour le patient de voir ses droits élevés et sa nécessaire soumission à certaines règles de l’établissement, en théorie non contraires à ses droits.

Le patient qui effectue un séjour dans un établissement de santé bénéficie d'un certain nombre de droits garantis par une charte. La charte de la personne hospitalisée présente l'ensemble des droits du patient accueilli et doit être appliquée dans tous les établissements de santé. Les principaux droits de la personne hospitalisée sont le choix de l'établissement, le droit à l'information, le consentement, la qualité des soins, le respect de la personne et la confidentialité.

Toute personne est libre de choisir l'établissement qui la prendra en charge dans la limite de ses capacités d'accueil. Les établissements de santé se doivent de garantir la qualité d'accueil, des traitements et des soins, d'être attentifs au soulagement de la douleur et enfin, d'assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de la vie. De plus, la personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels.

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances doivent être respectées. Son intimité doit être préservée, ainsi que sa tranquillité. Tout patient hospitalisé a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent.

Le patient peut exprimer ses observations sur les soins et l'accueil qu'il a reçus et a le droit d'être entendu par un responsable de l'établissement. Le patient peut également demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subis de façon amiable ou devant les tribunaux.

La situation actuelle est marquée par une atteinte aux libertés fondamentales, à commencer par celles de se déplacer. La crise sanitaire a entraîné des conséquences importantes sur les droits des patients en établissements de santé et le domaine de la psychiatrie ne fait pas exception. En comparaison des autres disciplines médicales, la psychiatrie demeure singulière de par la façon d'aborder les diagnostics et la thérapeutique qui regroupe à la fois traitements médicamenteux et ateliers.

Les patients admis en psychiatrie ont subi la crise sanitaire avec un impact important.

Nous avons souhaité découvrir quels seraient ces impacts sur les droits et libertés des patients. Ces droits et libertés sont intimement liés à leur état de santé mentale et leur restriction peut avoir des conséquences néfastes pour le patient.

L'intégration d'une réflexion éthique dans le management des organisations de santé est donc fondamentale pour aborder les dilemmes éthiques et les injonctions paradoxales suscités par

la crise sanitaire. A travers ce travail de recherche, nous avons voulu dresser les contours du concept d'éthique et son application dans les décisions des directions d'établissement.

Dans une première partie, il s'agira de mettre en évidence le droit des patients en psychiatrie face à la crise sanitaire du coronavirus. Nous étudierons le cadre général de la prise en charge de la santé mentale et le cadre spécifique des soins sans consentement, en France. Ces exemples illustrent des différences de management intéressantes à analyser et enrichissent la réflexion.

Dans une seconde partie, nous essaierons de révéler la réflexion éthique autour des injonctions paradoxales relatives à la crise sanitaire. Il s'agira d'analyser les faits qui nous permettront de nous interroger sur les enjeux éthiques de la prise en charge du patient hospitalisé en établissement psychiatrique et de dégager des axes de réflexions éthiques suscités par un contexte en tension.

Partie 1 : Le droit des patients en psychiatrie face à la crise sanitaire

Chapitre 1 : Le cadre général de la prise en charge de la santé mentale

Section 1 : La prise en charge habituelle

1. Présentation de l'offre de soins en psychiatrie en France

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 introduit une réorganisation de l'offre de soins en introduisant notamment l'outil du *Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)*.

Axe majeur du *Projet Régional de Santé (PRS) Occitanie 2018-2022*, le PTSM permet de poser un diagnostic de l'offre de soins en santé mentale et ainsi de déployer les moyens nécessaires aux besoins du territoire [19].

Le PTSM montre ainsi que la santé mentale demeure à la fois un enjeu de santé publique certain et un domaine sous tension de par ses problématiques de parcours de santé des usagers, d'organisation territoriale et des cas dits « complexes ».

La santé mentale inclut la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

La psychiatrie publique est découpée en secteurs créés pour répondre aux besoins de soins en proximité. Chaque secteur couvre une zone d'environ 80 000 habitants et rassemble, pour la psychiatrie publique, l'ensemble des structures de soins. Chaque département est ainsi découpé en secteurs de psychiatrie.

Le secteur dispose également de structures ambulatoires. Le centre médico-psychologique (CMP) est un point central du soin au sein du secteur. D'autres structures peuvent exister dans le secteur : centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), centre d'urgence, hôpital de jour (HDJ).

Le domicile de la personne malade détermine de quel secteur elle dépend. Toutefois, le patient « dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence » comme le précise le code de la santé publique article L3211-1, modifié par la LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 1. [20]

Outre la psychiatrie publique, la psychiatrie privée dispose, elle aussi, d'une offre de soins sur le territoire : il s'agit de psychiatres, psychologues libéraux et cliniques.

Néanmoins, la sphère privée ne présente pas de sectorisation. Le choix de la clinique est totalement libre avec une disponibilité des psychiatres accrue et une qualité des locaux supérieure. [21]

A la différence de la psychiatrie publique, la psychiatrie privée ne permet pas l'hospitalisation sans consentement de patients (sauf exception rare pour des cliniques ayant obtenu une autorisation).

Par ailleurs, au sein d'un territoire, les établissements de santé mentale doivent pouvoir offrir une palette de dispositifs annexes de soins. Cependant, la présence et l'efficacité de ces dispositifs est très variable en fonction des territoires. Nous pouvons retrouver :

- Un *centre de crise*, ouvert 24h/24, où le patient ou sa famille peuvent s'adresser si survient une crise : encore très rare.
- Une équipe mobile qui se rend au domicile pour traiter une crise débutante et ainsi éviter ou raccourcir l'hospitalisation : encore très rare.
- Un centre de réhabilitation psychosociale qui effectue le bilan d'évaluation initial et organise les soins de réhabilitation indiqués à la suite du bilan.
- Une équipe psychiatrie-précarité qui va au-devant des personnes en situation de précarité sociale souffrant de troubles psychiques.
- Une équipe de liaison qui apporte un appui psychiatrique et fait le lien avec les équipes du médico-social (MAS, FAM, EHPAD...).
- Un centre de dépistage et de prise en charge des premiers épisodes psychotiques, car une prise en charge intensive précoce revêt une importance cruciale dans le rétablissement du patient.
- Un centre de gérontopsychiatrie.
- Un centre expert.

2. La liberté d'aller et venir encadrée par le droit français

Les individus possèdent des droits naturels et inaliénables que la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 reconnaît et formalise en dix-sept articles. Elle définit la liberté comme ce qui *“consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi”*¹. L'Etat de droit est le garant des libertés individuelles et il lui appartient de les défendre.

La liberté d'aller et venir constitue une liberté fondamentale, composante de la liberté individuelle protégée par les articles II et IV de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. La liberté d'aller et venir est donc un droit pour les patients accueillis en établissement de santé. La loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation précise : *“toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés”*.

Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Les patients concernés bénéficient des mêmes droits que les autres malades. Ce régime de soins doit être privilégié chaque fois que l'état de santé du patient le permet. De plus, la circulaire dite *Simone Weil* du 19 juillet 1993 précise que *“les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clé, ni a fortiori dans des chambres verrouillées et que “l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement” ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité des malades et sur indications médicales”*².

¹ Article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

² Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

3. Le droit des patients, un processus majeur dans le déploiement de la démarche qualité en établissement

La démarche qualité en établissement est une sorte de “garde-fou” qui garantit le respect des droits du patient au sein de chaque structure.

Depuis 1999, les établissements de soins doivent entrer dans une procédure d'accréditation. La qualité de l'établissement est appréciée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), dissoute en 2004 et regroupée avec d'autres commissions au sein de la HAS. Elle fût introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n°97-311 du 7 avril 1997. Elle a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

La certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est révisée tous les 4 ans par des professionnels mandatés par la HAS : ce sont les experts visiteurs. Plus particulièrement, en termes de droit des patients, les établissements et leurs professionnels doivent garantir, à toute personne hospitalisée, le respect de ses droits essentiels, tels qu'ils sont affirmés par les lois. Notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La certification s'intéresse à ces droits dans plusieurs composantes. Pour commencer, il y a l'information et l'implication du patient dans sa prise en charge comprenant son droit à l'information, le consentement, l'implication, les directives anticipées et les aidants. A cela s'ajoute, le respect du patient et plus particulièrement le respect de la dignité humaine, le respect de son intimité, le droit à la confidentialité des informations, la bientraitance et la liberté d'aller et venir.

Afin de respecter le référentiel de l'HAS, chaque établissement se doit de mettre en œuvre différents processus. Chaque processus est subdivisé en quatre parties selon la méthode PDCA³ ou Roue de Deming. Le PDCA est une méthode très utilisée pour améliorer la performance d'une organisation reposant sur l'amélioration continue. Les recherches de William Edwards DEMING ont montré combien il est important de suivre un cercle vertueux

³ Plan Do Check Act.

pour résoudre durablement toutes sortes de problématiques auxquelles sont confrontées les organisations. La HAS s'appuie sur le cycle PDCA de Deming afin d'améliorer la qualité de chaque processus de façon continue :

- Plan : analyser, préparer, planifier. C'est une analyse de la situation ou du problème.
- Do : faire, mettre en production, déployer. C'est une mise en œuvre de la solution retenue.
- Check : vérifier, mesurer. Cette étape permet d'évaluer les résultats par différentes mesures.
- Act : améliorer, corriger. Cette étape identifie les points d'amélioration de la solution en place.

Le processus *Droit des Patients* est une composante essentielle dans la protection des droits. Ce processus comporte le projet d'établissement validé par la CME de l'établissement de soins ainsi que le règlement intérieur de l'établissement.

Lors de l'admission du patient dans l'établissement, il se doit de remplir un certain nombre de documents attestant de son autorisation : le consentement à l'hospitalisation ou le consentement d'hospitalisation d'un enfant mineur des deux parents. De plus, il va recevoir le livret d'accueil dans lequel est résumé la charte de la personne hospitalisée.

Par ailleurs, les établissements ont une charte de la bientraitance qui trouve ses fondements dans le respect de la personne, sa dignité et sa singularité, d'une manière d'être des professionnels qui visent à accompagner l'autre.

Aussi, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, tout établissement ou professionnel de santé est tenu d'apporter, à la personne qui s'estime victime d'un dommage lié à sa prise en charge, les explications nécessaires.

Au sein d'un établissement de santé, la commission des usagers veille au respect des droits des usagers et à faciliter leurs démarches. Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'établissement. Elle informe les usagers sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent. Par ailleurs, elle est également chargée de faire des propositions à la direction de l'établissement pour améliorer l'accueil et la prise en charge des malades et leurs proches. La CDU est composée d'un représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, de deux médiateurs et leurs suppléants désignés par le représentant légal de l'établissement et de deux

représentants des usagers et leurs suppléants par le directeur général de l'ARS [13]. La commission est régie par un règlement intérieur.

L'établissement peut adhérer à l'espace éthique de sa région. C'est notamment le cas de la Clinique Stella qui a adhéré à l'espace éthique Languedoc-Roussillon en 2017. Cette mobilisation passe par l'organisation d'événements tels que la journée des usagers qui a lieu une fois par an.

Section 2 : La prise en charge en situation de crise sanitaire

L'État français peut légitimement restreindre les libertés individuelles ou collectives en fonction de la situation sanitaire. Cependant, ces restrictions se doivent d'être adaptées et proportionnées à la situation ainsi que limitées dans le temps.

En cas de péril imminent résultant d'atteintes graves à l'ordre public ou en cas de calamité publique, la loi n°55-385 du 3 avril 1955 prévoit une mesure exceptionnelle : l'état d'urgence décidé par le conseil des ministres. Il permet de renforcer les pouvoirs des autorités civiles et de restreindre certaines libertés publiques ou individuelles pour des personnes soupçonnées d'être une menace pour la sécurité publique.

Sur les bases de cette loi, la loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 a pu être instaurée. Elle était justifiée par le risque d'atteinte à la sécurité et à la santé publique.

Par ailleurs, le confinement de la population a été décrété le 16 mars 2020 par le président de la République, Emmanuel Macron. Le décret n°2020-260 du 16 mars 2020 régit les déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19.

1. Les soins de psychiatrie ambulatoire pendant la crise sanitaire

Lors de cette crise sanitaire, les patients suivis en ambulatoire ont continué à être suivis selon le principe de continuité des soins et de non abandon des personnes⁴. Les professionnels ont veillé à ce que les patients confinés à leur domicile en situation de vulnérabilité et d'isolement puissent disposer des soins et des justificatifs de déplacement nécessaires, en maintenant l'application des gestes barrières et de distanciation.

Durant le confinement, le Ministère des solidarités et de la santé a émis des recommandations applicables à l'organisation des prises en charge en ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie. Des réponses rapides ont été émises dans le cadre du covid-19 axées sur la téléconsultation et le télé-soin [31]. La

⁴ 2020-DGS-Urgent. La liste de diffusion DGS-Urgent permet aux professionnels de santé de recevoir automatiquement des messages les avertissant de problèmes sanitaires urgents ou le signalement de produits dangereux.

téléconsultation permet aux professionnels médicaux de réaliser une consultation à distance avec un patient. Le télé-soin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Cependant ces pratiques ne peuvent se substituer que temporairement au travail psychothérapeutique en présentiel. Lorsque cela était possible, des interventions à domicile ont été mises en œuvre dans le respect des gestes barrières et de la distanciation sociale.

L'activité de consultation par les psychiatres de ville s'est modifiée suite à cette crise sanitaire notamment par le suivi à distance. De nombreuses réorganisations ont vu le jour.

La prise en charge en ambulatoire lors de la crise covid-19 a été rythmée par deux notions importantes que sont l'adaptation et le numérique.

Le maintien du lien entre les patients et les établissements de santé a été privilégié afin de ne pas créer de rupture dans la continuité des soins et de situations dramatiques. Aussi, il est primordial de prévenir les conséquences intrafamiliales d'un confinement du patient à domicile. Le domicile pouvant être à l'origine de violences. En effet, une trop grande proximité et un confinement sans date d'échéance peut entraîner des catastrophes sociales et cela d'autant plus chez des patients atteints de troubles du comportement. Il est donc nécessaire de faire attention à l'état des patients et notamment au risque d'irritabilité et d'impulsivité.

Des organisations telles que les réseaux de santé ou CPTS ont permis un engagement proactif des soignants dans la recherche et le maintien des contacts avec les personnes de la file active⁵. Une réponse organisée par les différents professionnels de santé s'est mise en place avec différents outils disponibles : les consultations téléphoniques et la télémédecine. Ces dispositifs se rapprochent en tout point de la vente à distance qui désigne l'ensemble des ventes qui ne permettent pas les rencontres directes entre acheteurs et vendeurs lors des transactions. Le service de médecine à distance est désigné comme une vente par correspondance afin de pallier les contraintes imposées par cette crise sanitaire.

⁵ File active : total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

Le Groupement d'Intérêt Public e-santé Occitanie ancre les pratiques numériques dans la prise en charge des patients et des usagers d'Occitanie, en étant un référent local et le relais privilégié du régional et du national sur la e-santé. Le groupement accompagne les professionnels dans l'utilisation de solutions numériques de santé utiles pour leurs pratiques métiers. Il apporte son expertise et son conseil aux acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social pour leurs projets e-santé. De plus, il contribue aux travaux régionaux et nationaux d'urbanisation, d'interopérabilité et de sécurité des Systèmes d'information de santé. Le système de partage d'informations et de coordination en Occitanie (SPICO) est la nouvelle offre de services numériques d'appui à la coordination (SNACs) en région. Il est mis en place dans le cadre du programme national e-parcours. Les SNACs servent à faciliter la coordination des professionnels participant à la prise en charge d'une personne. L'objectif de SPICO en Occitanie est que tous les professionnels du secteur disposent d'un même outil numérique régional pour simplifier et sécuriser les échanges d'informations, et coordonner les prises en charge.

2. Les conditions de séjour dans les établissements privés de psychiatrie en temps de crise sanitaire

Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise : le plan blanc d'établissement. Cet outil doit permettre à un établissement de santé de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Inscrit dans la loi depuis 2004, le plan blanc est un plan spécifique d'urgence sanitaire et de crise pour planifier la mise en oeuvre rapide et rationnelle des moyens indispensables en cas d'afflux de victimes dans un établissement. Il est déclenché par le directeur de l'établissement de santé.

Lors du premier confinement, les établissements et le personnel soignant ont dû informer les patients de la situation sanitaire que vivait le pays à l'extérieur des murs de l'établissement. Les patients étant au courant ou non de la situation épidémique du fait de leur hospitalisation. Une information aux patients a dû être réalisée de façon prudente et adaptée selon la pathologie propre de chacun en prenant en compte leurs craintes et interrogations suscitées de part la situation épidémique. En effet, ces injonctions sont parfois incomprises ou difficilement acceptées par ce type de pathologie. Les patients ont donc été informés de la situation et une formation aux gestes barrières et aux règles de distanciation sociale a été

réalisée. L'objectif de ces mesures était d'assurer la sécurité sanitaire des patients et du personnel dans les unités de soins.

Le covid-19 se propage par contact direct, par contact indirect via des objets ou surfaces contaminées par une personne porteuse et par projection de minuscules sécrétions contaminées [4]. Ainsi, les mesures de distanciation sociale et gestes barrières sont préconisées pour protéger les personnes et éviter la création de chaînes de contamination.

Afin de préserver la sécurité des patients et des professionnels de santé, les établissements de santé ont été contraints d'adapter leur fonctionnement et particulièrement l'organisation des soins psychiatriques. De fait, les conditions de séjour sont modifiées.

Au tout début de la crise sanitaire et à l'apparition des premières injonctions des autorités de santé, une "sectorisation" ou "cohorting" a été imposée au sein des établissements. Trois secteurs avaient été définis :

- un secteur d'entrée regroupant les patients récemment admis et attendant le retour de test de dépistage RT-PCR.
- un secteur regroupant les patients fragiles avec un risque de développer des formes graves de la maladie.
- un secteur regroupant les patients avec peu de comorbidités et présentant peu de risques de développer une forme grave de la maladie.

Tous les patients entrants passaient par le secteur d'entrée de la clinique et réalisaient un test RT-PCR. Les patients étaient confinés 7 jours dans ce secteur d'entrée. Au retour des résultats négatifs du test, le patient était transféré dans un des deux derniers secteurs [Annexe 1]. À ce sujet, la direction de la clinique Castelvieu près de Toulouse a précisé : *"Cette organisation était complètement aberrante en termes de prise en charge. On mélangeait les patients atteints d'addiction avec ceux atteints d'anorexie et ceux atteints de dépression. C'était complètement anarchique."* D'autres cliniques se trouvaient tout simplement dans l'incapacité de sectoriser en raison de la structuration même des locaux. Ce type d'organisation a donc rapidement été abandonnée par les établissements.

Les cliniques interrogées avaient en revanche mis en place des jauges, c'est-à-dire un nombre de personnes autorisées à entrer dans une même pièce. A titre d'exemple, la clinique

Castelviel a adapté le fonctionnement de la salle à manger : la clinique a 75 patients ⁶. Le restaurant possède alors 75 chaises. La jauge imposée était 50. La direction a alors retiré 25 chaises pour s'assurer que le nombre de personnes présentes à l'heure du repas corresponde à la jauge.

La directrice précise à ce sujet : *“ Pendant que 50 patients mangeaient, 25 autres faisaient la queue, les patients mangeaient plus vite, ne pouvaient pas profiter d'un repas convivial et agréable. Ce sont des conditions d'accueil dégradées.”*

Les jauges imposées ont donc eu des répercussions sur les conditions d'accueil des patients, notion pourtant inscrite dans la Charte de la Personne Hospitalisée : *“ Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.”* [14]

A contrario, la clinique Stella possédant 164 lits a pu, en adaptant son fonctionnement de la cuisine, réaliser deux services à différents horaires selon les services en salle à manger. Cela a permis de respecter la jauge sans faire patienter les patients regroupés devant la porte [Annexe 2].

A) La restriction des visites des proches pendant la crise

Les hospitalisations psychiatriques avec consentement permettent dans le cadre général les visites des proches des patients. Cependant ces dernières ont toutes été suspendues au premier confinement et même au-delà pour certaines cliniques. La clinique de Castelviel a indiqué que les visites n'avaient repris qu'en novembre 2020, soit 5 mois et demi après la fin du premier confinement. La clinique organisait les visites sur rendez-vous uniquement, avec une présence soignante pour s'assurer de l'application des gestes barrières. Des créneaux horaires étaient définis à l'avance. Le nombre de visites était donc limité sur un temps donné.

La direction de la clinique a rapporté : *“Le nombre de créneaux de visites étant limité par nature, des patients n'ont pas pu voir leur famille pendant un certain temps durant l'hospitalisation. Sur ce point, [le covid] a limité leur droit à avoir des visites de leur famille pendant leur séjour.”*

Le sujet de la suspension des visites pendant la crise sanitaire a impacté les établissements de santé (toutes disciplines confondues) comme les établissements médico-sociaux [10]. Le collectif *Tenir ta main*, créé en 2020, milite pour de meilleures conditions d'accueil dans les hôpitaux et Ehpad. Durant la crise, il a recensé 10 000 témoignages de patients et familles ayant subi une privation de visites.

⁶ (chiffres donnés à titre d'exemple, non réels dans les faits)

Fabrice Gzil, membre du Comité Consultatif National d’Ethique, a souligné : « *Il est nécessaire de promouvoir l’efficacité du droit à voir ses proches, car respecter la dignité des patients, c’est aussi prendre en compte ses liens. Aucun d’entre nous n’est une île, et c’est cela que nous avons découvert pendant la crise* » [10].

Le droit de visite des patients n’est pas formalisé en tant que tel dans le Code de la Santé Publique. En effet, ce dernier est uniquement inscrit dans la Charte de la Personne Hospitalisée : “*La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l’intimité et le repos des autres personnes hospitalisées.*” [14] A ce titre, il ne peut pas être opposable aux directions d’établissement. Une proposition de loi n°3920 visant à créer un droit de visite des familles et des proches dans les établissements de santé et les Ehpad a ainsi été enregistrée à la Présidence de l’Assemblée nationale le 23 février 2021 [25].

Les directeurs d’établissement possèdent un pouvoir de police administrative de restriction des visites formalisé dans l’article R.1112-47 du Code de la Santé Publique : “*Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n’est pas respectée, l’expulsion du visiteur et l’interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur*” [26]. Ainsi, dans la mesure où les visites mettraient en péril la sécurité sanitaire des établissements et donc le fonctionnement des services, le directeur est en capacité légale de prononcer l’arrêt des visites.

Cependant, il lui revient tout de même de penser une éthique de situation et d’adapter l’organisation pour tendre vers l’idéal de la Charte de la personne hospitalisée en ce qui concerne les visites des familles.

B) Restrictions de la liberté d’aller et venir au sein de l’établissement

Dans l’ensemble des cliniques interrogées, les directions d’établissement ont pris des mesures de confinement des patients en chambre, sur recommandations des autorités de santé au début de la crise sanitaire. Les patients avaient leur repas servis en plateau à l’intérieur de leur chambre respective. Dans certains établissements, aucun patient ne pouvait sortir de sa chambre sans être surveillé par un soignant lors de la période du premier confinement.

La direction de la clinique du Pont du Gard présentait une particularité dans l’organisation de la circulation intra-établissement des patients. Un confinement en chambre (avec repas en plateaux en chambre) de 10 jours était appliqué pour les patients entrants. “*Les patients se*

retrouvaient confinés pendant 10 jours dans leur chambre. 10 jours dans une chambre c'est long ! Et elles n'ont pas toutes la télé... C'était compliqué. [...] Puis les patients pouvaient circuler librement à l'intérieur de l'établissement, une fois le test PCR déclaré négatif. [...] on partait du principe qu'à partir du moment où votre patient rentre, vous l'isolez X jours. A partir de là, il est sain et s'il ne croise que des gens qui ne sortent pas, il n'y avait pas de risques. Le plus gros risque venait de nous, le personnel ! Voilà, mais les patients se sentaient plutôt en sécurité ici, ils n'étaient pas soumis au stress de l'extérieur. Ils se sentaient comme dans une petite bulle.”

Dans un objectif de limitation du brassage de personnes présentes dans les locaux, la clinique du Pont du Gard démontre une réorganisation remarquable au milieu de la crise sanitaire : *“A l'époque, nous avions une organisation en 7 heures soit 2 soignants le matin et 2 soignants l'après-midi pour 3 services donc 12 soignants qui circulaient la journée, sans compter les 3 soignants de nuit. On est passé à des plannings en 12 heures. Au lieu d'avoir 12 personnes différentes qui circulent dans les locaux, on n'en avait seulement 6. Dans notre théorie, nous sommes partis du principe que ceux qui pouvaient amener le virus c'était le personnel qui venait de l'extérieur et qui interagissait avec d'autres personnes. L'idée était donc de diminuer le nombre de salariés entrant dans l'établissement.”* Cette organisation permettait donc d'avoir moins de monde circulant dans la clinique et de façon moins fréquente, limitant ainsi le brassage populationnel.

Les spécificités des différentes pathologies psychiatriques doivent être prises en compte dans les décisions de confinement ou de réorganisation de prises en charge : les patients souffrant de troubles psychiatriques sont souvent en situation d'isolement social, présentent des risques de rupture de soins et peuvent avoir des difficultés à respecter les consignes de confinement et à effectuer les gestes barrières.

Par exemple, la schizophrénie est une psychose, un type de maladie mentale se caractérisant par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du sentiment de soi et du comportement tels que des hallucinations ou des états confusionnels ou délirants... [33]

Un isolement prolongé peut avoir des conséquences néfastes sur le bien-être psychologique [1-2] en population générale favorisant l'apparition de troubles anxieux, troubles addictifs, troubles de l'attention ou encore troubles du sommeil. Un confinement augmente le risque suicidaire chez les sujets souffrant de troubles dépressifs [2] et peut entraîner des états de

sidération⁷ anxieuse avec des risques de décompensation⁸ chez certains patients psychiatriques.

Ce risque majoré de voir apparaître une détérioration de l'état de santé mentale des patients complexifie la décision de mesures de confinement des patients en chambre.

La direction de la clinique Castelvieu a précisé : *“Au tout début de la crise, nous avons dû organiser les sorties dans le jardin de la clinique afin que les patients puissent fumer. Ça a mobilisé des ressources humaines et a entravé l'organisation de la prise en charge.”*

La direction de la clinique du Pont du Gard a déclaré : *“ Le patient pouvait sonner pour aller fumer. Vous accompagnez votre patient fumer 1 fois, 10 fois... Mais nous avons des patients qui ne respectaient pas le fait d'être amenés fumer dans le parc, du fait de leur pathologie. ”*

A l'inverse des mesures de restriction prises en établissement, plusieurs préconisations visent à respecter la liberté de circulation. La mission Cléry-Melin pour *“l'élaboration d'un plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale”* clarifie « l'ouvert et le fermé ». Il s'agit là d'une nécessité absolue et *« il paraît inadmissible que pour des raisons d'inadéquation architecturale, un patient en hospitalisation libre se retrouve derrière une porte fermée, même s'il est convenu que cette porte puisse être ouverte à sa demande. La possibilité d'aller et venir sans contrainte dans le cadre du protocole thérapeutique librement consenti est un élément fondamental de la déstigmatisation de l'hospitalisation »* [35].

Par ailleurs, dans le cadre de la procédure de certification, il est préconisé le respect des “bonnes pratiques” en matière de restriction de liberté. Celle-ci doit être évaluée à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME...) comme le rappelle le manuel de certification des établissements de santé de la HAS (octobre 2020) [23].

Le même point de vue est retrouvé dans la circulaire dite *Simone Weil* précise que *“les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services*

⁷ *Sidération* : État de stupeur émotive dans lequel le sujet, figé, inerte, donne l'impression d'une perte de connaissance ou réalise un aspect catatonique par son importante rigidité. *Psycho Traumatologies, Revue Psychologies.*

⁸ *Décompensation* : Altération progressive ou brutale de l'état de santé survenant au cours de l'évolution de diverses maladies jusque-là latentes ou bien tolérées après la disparition des processus de suppléance. *Dictionnaire médical de l'Académie Nationale de Médecine.*

fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées et que “l’atteinte à la liberté d’aller et venir librement” ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité des malades et sur indications médicales”.

Pourtant, cette même citation met également en évidence le contre-argument de la protection de la sécurité. La sécurité telle que décrite dans la circulaire *Simone Weil* pourrait également être interprétée comme la “sécurité sanitaire” d’un établissement.

En cas de pandémie mondiale, la sécurité de tous, et ainsi la protection de tous contre le virus, doit être recherchée et mise en œuvre au sein des établissements. Cette volonté et obligation de sécurité permet-elle alors de prendre des dispositions de restrictions de liberté et de confinement en chambres ?

A l’image de la situation en population générale avec le décret d’un état d’urgence sanitaire et un confinement strict imposé, le caractère incertain et inédit de la crise a obligé les autorités à prendre des mesures de restriction. Cette crise sanitaire a obligé à restreindre la liberté d’aller et venir, liberté ayant pourtant une valeur constitutionnelle par la décision du 12 juillet 1979 [24] du Conseil Constitutionnel qui lui confère une protection suprême.

Peut-on transposer ce raisonnement tel qu’il est décrit à la situation des établissements de santé ? Les injonctions, imposant les restrictions en établissement et émanant des autorités de santé, mettent en évidence la possibilité certaine de mise en place des restrictions pour les directions d’établissement.

Toutefois, la présence de patients fragiles avec des troubles mentaux oblige à questionner d’autant plus l’éthique des décisions en établissement psychiatrique, même si le droit autorise ces décisions de restrictions en temps de crise sanitaire.

La question de la proportionnalité des restrictions n’est toutefois pas aisée : un confinement de 10 jours en chambre avec repas en plateau pour des patients fragiles atteints de troubles dépressifs peut-il être considéré comme proportionné face à la lutte contre le virus en établissement ? La réflexion éthique est difficile à mettre en œuvre lorsque deux principes de sécurité et de liberté individuelle se confrontent. Le cadre d’analyse sera ainsi approfondi dans la partie 2.

C) Les divergences de mesures concernant les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques, qui sont pour la majorité réalisées en groupe, font partie des différentes modalités de soin offertes aux patients hospitalisés en psychiatrie. Reposant souvent sur l'utilisation d'un « médiateur », ces activités permettent l'expression de contenus psychiques particuliers, au sein d'un espace de créativité [3]. Il s'agit par exemple d'ateliers de création de poterie et de peintures sur toile, de groupes d'activité sur l'estime de soi, de groupe d'activité de cohérence cardiaque⁹ [22] ou encore de groupes de paroles en addictologie.

L'arrêt des ateliers est intervenu lors du premier confinement pour toutes les cliniques interrogées. Puis, lors du second confinement, certaines cliniques ont décidé de reprendre les ateliers en adaptant leur organisation quand d'autres ont préféré maintenir l'arrêt des activités. Chaque établissement ayant des spécificités particulières en termes de ressources humaines et d'organisation, la question de l'arrêt des activités relève des modes de gestions propres à chaque établissement.

Plusieurs cliniques interrogées avaient stoppé les ateliers thérapeutiques par crainte de transmission du virus, compromettant la pluridisciplinarité des soins psychiatriques. Il s'agissait par exemple de la clinique Stella à Vérargues.

La clinique du Pont du Gard et la clinique Grand Pré les ont cependant maintenues. Muriel Torres, directrice de la clinique du Pont du Gard, a expliqué sa décision : *« Il y a des établissements qui ont complètement arrêté les groupes/prises en charge collectives. Nous, on ne les a jamais arrêtés, on les a restreint, on a pris les mesures de distanciation, on a aéré les pièces. On a augmenté le nombre de groupes pour admettre moins de patients par séance mais ainsi pouvoir continuer les ateliers. [L'ergothérapeute] avait dressé un carré d'un mètre de côté autour des tables et faisait désinfecter avant et après l'atelier. Chacun avait son matériel et ne pouvait pas aller chercher du matériel ailleurs. C'était des contraintes mais c'était réfléchi. En salle de sport, [le coach sportif] ne prenait pas plus de trois personnes en même temps. La balnéothérapie a toujours continué. Le patient n'a pas vu la différence car on avait augmenté le nombre d'ateliers. On avait donc augmenté la fréquence de ces ateliers »*.

⁹ Cohérence cardiaque : technique de gestion du stress qui se fonde sur une rééducation du système nerveux autonome en améliorant l'équilibre de la balance sympatho-vagale et la réponse au stress.

La clinique du Pont du Gard a ainsi continué de fournir les soins dits “thérapeutiques” en adaptant l’organisation des ateliers. Par l’augmentation du nombre et de la fréquence des ateliers, la clinique du Pont du Gard a pu maintenir l’objet même du soin en psychiatrie et a continué de faire vivre la prise en charge.

La clinique Rech à Montpellier a, quant à elle, expérimenté la téléconsultation appliquée aux ateliers thérapeutiques. Le directeur de la clinique, Romain Vignoli s’est exprimé sur la mise en place de cet outil qui est perçue comme une perte de pertinence des ateliers par les soignants : *“ Les soignants comme les ergothérapeutes ou les psychologues ne vont pas spontanément sur [la téléconsultation de groupe] car ils pensent que le contact physique est plus adapté aux groupes et ils ont raison. En présentiel, l’échange n’est pas le même. Mais aujourd’hui c’est comme ça. Il s’agit d’offrir la possibilité au patient et il acceptera ou non. Pour moi, il vaut mieux ça que rien du tout. ”*

Les cliniques psychiatriques ont donc expérimenté différentes approches afin de maintenir les activités de groupe qui demeurent un soin essentiel dans la prise en charge psychiatrique.

Muriel Torres a statué : *“La psychiatrie c’est de la thérapie institutionnelle. Ce qui fait “soin” c’est l’atelier, c’est l’entretien, c’est le groupe. Si on lui enlève ça, on laisse le patient chez lui et un infirmier viendrait lui donner des médicaments et ça suffit. Mais ce qui fait soin et ce qui fait sens en psychiatrie, c’est la prise en charge thérapeutique et l’atelier. Si on retire ça, on ne fait pas son métier.”*

La directrice de la clinique du Pont du Gard précise par ailleurs les conséquences d’un arrêt des activités thérapeutiques en psychiatrie en temps de Covid-19 : *“si vous ne proposez plus d’ateliers à vos patients, pourquoi sont-ils là ? Surtout que, de plus, on restreint les espaces collectifs, on restreint la circulation, on leur fait prendre leur repas en chambre, etc... Finalement, ils restent en chambre ! C’est peut-être pour ça que, dans certains établissements, les patients se sont dégradés, parce qu’on les a enfermés dans quelque chose de très contraignant.”*

Cette réalité démontre le caractère inédit de la crise sanitaire et à quel point des arbitrages ont questionné les directions d’établissement sur le caractère éthique de leurs décisions. Dans chaque mesure appliquée par les directions, un arbitrage a dû être effectué : il s’agissait de choisir, ou du moins trouver un équilibre, entre la crainte de voir émerger un cluster viral au sein de son institution et accorder au patient son confort, sa liberté de mouvements et ses activités thérapeutiques nécessaires au rétablissement de son état de santé.

Sur ce sujet, la direction de la clinique du Pont du Gard a indiqué : *“ C’est toujours un arbitrage entre le bénéfice/risque “Covid versus Risque suicidaire” ou “Covid versus Décompensation”. On est purement sur de l’arbitrage médical : entre le risque de contaminer les autres et le risque de décompensation psychique. [...] Sur la question des arbitrages, on en a eu pour la famille. Par exemple, pour des mères de familles admises à la clinique, c’était difficile de leur dire « non, tant que vous êtes à la clinique, vous ne voyez pas vos enfants ». On avait vu aussi le cas des gens qui amenaient les affaires des patients. On avait donc prévu un sas. Ils restaient chacun d’un côté du sas afin qu’ils puissent échanger quelques minutes. On avait donc quelques visites, décidées au cas par cas. ”*

Au fil des entretiens menés avec les directions des différentes cliniques, la notion d’arbitrage revient constamment au cours de la discussion. Romain Vignoli, directeur de la clinique Rech à Montpellier, fait état d’un arbitrage en ce qui concerne les visites et rapporte la notion aux soins prodigués à chaque patient : *“Les visites posent difficulté. Il faut une prise de rendez-vous et ça ne peut durer qu’une demi-heure. Donc là on fait des dérogations car on sent que ça peut être contre-productif aux soins pour certains patients. Autant pour certains patients il vaut mieux qu’ils n’aient pas de visites, autant pour d’autres ça reste quelque chose d’important.”*

La notion d’arbitrage est ainsi ramenée au projet de soin individuel du patient. Quand la mesure ne peut être appliquée à tous, elle est appliquée de façon à être proportionnée à l’état de santé du patient et à son projet de soin individualisé.

Romain Vignoli ajoute également au sujet d’un arbitrage pour les tests RT-PCR : *“Aujourd’hui notre choix est de faire un test PCR au retour quand le patient sort une nuit. Le patient, qui sort la journée de 10h à 18h, on ne lui fait pas de test pour le moment. A quel moment il y a une règle à imposer ? Et si le patient refuse la règle, est-ce que je l’empêche de rentrer à l’intérieur de l’établissement en tant que responsable administratif de l’institution ? Je vous avouerai que je ne peux pas répondre à cette question...”*

L’arbitrage et l’éthique revêtent une importance d’autant plus grande lorsque la thématique des restrictions cède la place à la notion d’enfermement qui est davantage contraignante. La thématique palpable de l’enfermement est notamment retrouvée dans les établissements publics autorisés pour les soins sans consentement décrits ci-après.

Chapitre 2 : Le cadre spécifique des soins sans consentement

Section 1 : La prise en charge des soins sans consentement en situation normale

Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Cependant, les soins sans consentement permettent de dispenser les soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leur besoin impératif de soin. Dans certains cas d'urgence, lorsqu'en l'absence de soins il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, et une impossibilité de consentement de sa part, deux procédures permettent, à titre exceptionnel, l'admission du patient sans son consentement en structure afin de bénéficier de soins psychiatriques.

Il existe deux procédures d'admission : l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers peuvent être dispensés sur décision du directeur de l'établissement conforme à un ou plusieurs certificats médicaux lorsque les troubles mentaux du patient rendent son comportement impossible et que son état nécessite des soins immédiats et une surveillance constante ou régulière.

Le tiers doit être un membre de la famille ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et ayant avec lui une relation antérieure à la demande de soins. Le tiers demandeur des soins doit avoir en sa possession deux certificats médicaux de moins de 15 jours attestant des troubles mentaux de la personne concernée, le premier ne pouvant être établi par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

En cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et s'il est impossible de recueillir une demande de tiers, le directeur de l'établissement peut prononcer une admission à l'appui d'un seul certificat médical attestant de ce péril, rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours.

La loi prévoit alors les conditions garantissant la protection des droits et libertés de la personne.

La loi du 27 juin 1990 concerne l'hospitalisation psychiatrique sans consentement et plus particulièrement, l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office. Parmi les modalités de restriction de circulation, figure la mise en chambre de soins intensifs et plus

communément, la chambre d'isolement. Selon FOUCAULT, le principe d'isolement est une référence de la psychiatrie. L'isolement fait l'objet d'une prescription médicale et s'appuie dans une très large majorité de services sur des protocoles.

La loi de 1990 dans son article 3211-3 du CSP aborde la restriction de liberté : *“Lorsqu’une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l’exercice de ses libertés individuelles doivent être limités à celles qui sont nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée”*.

Les soins médicaux que nous devons prodiguer doivent avant tout reposer sur leur libre acceptation chaque fois que cela est possible. L'article L.326-2 du Code de la santé publique précise que la personne en hospitalisation libre en psychiatrie *“dispose des mêmes droits liés à l’exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause”*.

Selon le rapport Strohl, *“un malade à qui on administre un traitement contre son gré reste un citoyen ordinaire, par exemple libre d’aller et venir, d’écrire, de sortir. Ce n’est que dans les situations spécifiques qu’il y a lieu d’appliquer des mesures de contrainte spécifique”* [46].

La question de la mesure d'internement n'est pas une simple mesure de privation de liberté mais une mesure de soins sous contrainte.

L'hospitalisation sans consentement est un critère pour restreindre les conditions de circulation devant l'obligation d'assurer une surveillance constante au regard de la loi. Le contrat de soin entre le patient et l'institution est utilisé comme acceptation de cette restriction. Cependant cette restriction d'aller et venir nous ramène à la spécificité de la maladie psychiatrique.

Le décret n°2021-537 du 30 avril 2021 pose un cadre juridique des soins psychiatriques sans consentement concernant notamment l'isolement et la contention. Le décret prévoit deux points essentiels.

Des obligations d'information pesant sur l'établissement de santé. Afin de préserver les droits des patients et de permettre un contrôle du juge sur les mesures d'isolement et de contention

dès lors qu'elles dépassent les durées totales prévues par la loi, le médecin, lorsqu'il décide d'un renouvellement exceptionnel, doit désormais répondre à une obligation d'information. Il informe le patient et le juge des libertés et de la détention ainsi que les personnes mentionnées au L.3211-12 du Code de la santé publique dès lors qu'elles sont identifiées. Ces personnes peuvent saisir ce même juge, le patient lui-même, lorsque son état clinique le permet, ainsi que le procureur de la République.

De plus, ce décret prévoit la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention saisi d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique, c'est à dire dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement. Le juge peut dorénavant se saisir d'office pour mettre fin à la mesure lorsqu'il est informé par le médecin d'un renouvellement exceptionnel de la mesure.

De même, dans le cadre de son contrôle sur les hospitalisations en soins sans consentement, le juge peut statuer y compris d'office sur le maintien de la mesure d'isolement et de contention. Ces points sont réorganisés au sein du Code de la santé publique. Une section 4 intitulée "Mesures d'isolement et de contention" a été ajoutée et comprend deux sous-sections : obligations d'information pesant sur l'établissement et la procédure judiciaire de mainlevée des mesures d'isolement et de contention. En réponse aux exigences de la décision du Conseil Constitutionnel du 19 juin 2020, le nouvel article L.3222-5-1 du Code de la santé publique vise à atteindre deux objectifs qui sont : renforcer les garanties en matière de droits des patients durant cette période de particulière vulnérabilité clinique et concilier sécurité des soins et libertés individuelles.

Section 2 : Les soins sans consentement en situation de crise sanitaire

L'hospitalisation sans consentement est par nature soumise à une privation de liberté. Cependant, face à la crise covid, les institutions autorisées pour cette activité ont dû ajuster leur fonctionnement.

La loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 [27] autorise le gouvernement à prendre un certain nombre d'ordonnances. Il s'agit notamment de l'ordonnance n°2020-306 du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire et à l'adaptation des procédures pendant cette même période [28] et de l'ordonnance n°2020-304 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière non pénale et aux contrats de syndic de copropriété [29].

L'article 2 de l'ordonnance n°2020-304 prévoit que les dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n°2020-306 s'appliquent aux procédures devant les juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière non pénale sous réserve des exceptions. Les délais de procédure applicables devant le juge des libertés et de la détention et devant le premier président de la cour d'appel saisi d'un appel formé contre les décisions du JLD courent selon les règles législatives applicables et réglementaires qui leur sont applicables.

La présentation du patient auprès du juge doit donc être assurée par tous les moyens appropriés. La visioconférence a donc été privilégiée durant cette période de crise sanitaire. De plus, l'établissement doit faciliter le contact entre le patient et son avocat. Le patient a la possibilité de s'entretenir avec son avocat de manière confidentielle avant la décision du JLD. L'établissement doit pouvoir en fournir les moyens.

Il est important de distinguer le confinement mis en œuvre pour limiter le risque de propagation de l'infection comme en MCO et l'isolement utilisé en psychiatrie dans la prise en charge de la maladie mentale. En effet, l'isolement pour raison infectieuse est différent de l'isolement dû à la pathologie psychiatrique. L'isolement pour raison infectieuse ne doit pas pallier les difficultés du confinement et dans ce cas le formulaire d'isolement propre à la psychiatrie n'a pas lieu d'être employé.

Durant cette période de pandémie, une vigilance particulière est apportée au recours aux soins sans consentement, en particulier en cas de péril imminent sans tiers. La sollicitation d'un tiers par un contact actif et éventuellement répété de la famille est favorisée. Comme en période de situation dite normale, le recours à l'isolement et à la contention sont limités par l'attention particulière qui est portée à la recherche de toute mesure alternative pertinente. Cette période de réorganisation majeure ne doit pas faire passer au second plan la nécessité de la réduction déterminée des pratiques de contention et d'isolement en psychiatrie publique. La très grande attention portée au patient durant cette période critique doit favoriser plus encore la recherche et l'obtention de son consentement, et limiter ainsi le recours aux soins sans consentement.

Le rapport d'analyse des retours d'expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie a mis en avant de nombreux témoignages d'équipes soignantes indiquant la difficulté à codifier ce difficile équilibre entre le respect de la liberté d'aller et venir, la nécessité de protéger les patients et les soignants et le recours à l'isolement pour des raisons d'intrication entre risque infectieux et symptomatologie psychiatrique décompensée [8]. Sur les 14 ARS étudiées, 4 ont explicitement surveillé l'évolution des admissions en soins sans consentement. Mise à part l'ARS Guadeloupe qui a signalé une augmentation des admissions à la demande d'un tiers et l'ARS Martinique qui a constaté une stabilité des admissions, la période de confinement et post-confinement immédiat a plutôt vu le nombre d'hospitalisations sans consentement baisser sur l'ensemble du territoire. Puis fin juin 2020, les hospitalisations sans consentement ont eu tendance à ré-augmenter, parfois fortement dans certaines régions.

Dans certains établissements de santé mentale, les patients en soins sans consentement ont subi d'importantes restrictions concernant leur liberté d'aller et venir, leurs relations familiales et surtout l'exercice de leurs droits. En effet, dans certains hôpitaux publics, des patients ont subi un enfermement abusif pour les contraindre au respect des règles du confinement [5].

L'établissement public de santé mentale Roger Prévot de Moisselles (Val-d'Oise) en est un exemple.

Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) a visité en mai 2020 cet établissement et a émis des recommandations en urgence, publiées au Journal Officiel le 19 juin 2020 [6].

Le texte précise qu'à l'occasion de cette visite, des violations graves des droits des personnes privées de liberté ont été constatées. « *Elles résultent d'une confusion entre le régime de l'isolement psychiatrique institué par le code de la santé publique et le confinement sanitaire décidé par les pouvoirs publics afin de lutter contre la propagation du covid-19.* »

La visite a concerné : une unité d'hospitalisation complète, transformée en une unité pour patients atteints du coronavirus (5 lits) et une unité d'entrants (10 lits et 1 chambre d'isolement) ; et enfin une autre unité d'hospitalisation.

À Moisselles, le patient reste en observation dans l'unité d'entrants au maximum 72 heures. L'unité Covid-19 accueille quant à elle ceux qui sont atteints de coronavirus.

Le 13 mai 2020, le CGLPL a été informé que toutes les chambres des unités « entrants » et « covid » de l'établissement étaient fermées à clé et qu'une patiente, hébergée dans une unité « entrants », au deuxième étage, avait été gravement blessée et admise aux urgences somatiques après être sortie par la fenêtre de sa chambre qu'elle avait brisée.

Le 18 mai 2020, au moment de la visite, les contrôleurs ont constaté que toutes les chambres de ces unités étaient effectivement fermées à clé.

Le texte de recommandations précise ainsi que des patients ont été enfermés à clé 24h sur 24 sans que leur état clinique psychiatrique ne le justifie, sans décision médicale écrite émanant d'un psychiatre ni traçabilité et, au surplus, dans des espaces dangereux car non aménagés à cet effet.

La décision d'enfermement de ces patients a été prise par le médecin généraliste, qui s'est référé à la circulaire *Minsante99* du 5 mai 2020, circulaire émanant de la Direction Générale de la Santé (organe du Ministère des Solidarités et de la Santé). Les recommandations du CGLPL précisent par ailleurs que cette circulaire ne fait pas mention du confinement strict en chambre fermée à clé et que les praticiens de Moisselles l'ont décidé et appliqué de façon systématique, en affirmant que les patients atteints de pathologies ne seraient pas capables de comprendre et respecter les gestes barrière. L'enfermement des patients de cette unité n'a donc pas été décidé sur le fondement d'une évaluation par un psychiatre. Aucune traçabilité

de la décision n'est retrouvée dans les dossiers des patients et aucune consigne médicale ne faisait référence à une décision de porte fermée.

Ces restrictions de liberté injustifiées ont, de plus, été mises en œuvre dans des conditions indignes. Le rapport signale : *“ Les chambres ne reçoivent la lumière naturelle que par une baie vitrée non ouvrable et une étroite imposte verticale (20 cm) ouvrable qui permet un faible renouvellement d'air. Elles ne sont équipées ni de poste de télévision, ni, sauf exception, de radio, ni d'horloge. Celles de l'une des unités « entrants » n'ont pas de bouton d'appel et dans l'autre unité « entrants » et l'unité « covid », plusieurs de ces boutons ne fonctionnent pas.*

Lors de la visite, les patients ne disposaient pas de leurs effets personnels, ils étaient habillés d'un pyjama en tissu déchirable et les sous-vêtements avaient été retirés à certains d'entre eux. Les chambres n'étaient pas équipées de douche [...] La toilette au lavabo était préconisée car l'accès à la douche extérieure mobilisait trop de personnel.

Dans l'une des unités « entrants », les chaises avaient été retirées des chambres après qu'un patient se soit servi de la sienne pour tenter de briser une vitre : une chaise était apportée à chaque patient pour le repas puis reprise.

La notification de la mesure et l'information des patients en soins sans consentement sur leur statut et leurs droits n'étaient pas assurées pendant leur séjour dans ces unités.”

La systématisation du confinement en chambre fermée à clé, qui n'est pas justifiée par la décision d'un psychiatre relative à l'état de santé individuel du patient, confirme le caractère palpable de l'enfermement subi par les patients en hospitalisation sans consentement.

La loi de 1990 dans l'article 3211-3 du CSP précise : *« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles qui sont nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. »*

Les conditions de séjour de l'hôpital de Moisselles sont contraires à toutes les dispositions légales précitées.

Par ailleurs, le principe de dignité des personnes posé par l'article 16 du Code Civil constitue un principe matriciel ayant irrigué toute l'architecture législative de l'éthique française.

Le droit français considère la dignité de la personne humaine de la même manière que Simone Veil le conçoit. En effet, Simone Veil a préféré une portée universelle de la dignité en la définissant comme le besoin vital de l'âme humaine identique pour tous. Il s'agit donc de protéger la dignité en tant que composante de l'être humain et applicable à tous de la même manière [30].

Les conditions indignes rapportées par le CGLPL entrave alors fortement cette notion de dignité à valeur sacrée.

L'enfermement systématique ajouté au faible renouvellement de l'air, au retrait des effets personnels et à la toilette peu efficace et restreinte génèrent des conditions bien trop coercitives pour être appréciées selon une balance bénéfices-risques acceptable.

Partie 2 : La réflexion éthique autour des injonctions paradoxales relatives à la crise sanitaire

Chapitre 1 : Les enjeux éthiques de la prise en charge du patient hospitalisé en établissement psychiatrique

Section 1 : Le déploiement de la démarche éthique au sein des structures

1. La place primordiale de l'éthique au sein des établissements de soins

Au sein des organisations de santé, l'éthique ainsi que le leadership éthique prennent une place primordiale dans les comportements des acteurs. En effet, de nombreuses missions confiées aux personnels de santé relèvent de l'éthique. C'est pourquoi cette notion possède une signification toute particulière pour le personnel soignant. De plus, les comités d'éthique mis en place au sein des structures incarnent parfaitement les différents enjeux et problématiques que peuvent rencontrer ces structures spécifiques.

2. La restriction des libertés engendré par la crise pose des questions éthiques

L'épidémie mondiale a considérablement désorganisé les établissements psychiatriques notamment car les patients hospitalisés se sont retrouvés soudainement restreints dans leurs droits fondamentaux. Ces différentes privations de libertés imposées au niveau national pour l'ensemble de la population posent de nombreuses questions éthiques dans le cadre de la prise en charge en établissement des patients atteints de pathologies psychiques. C'est notamment pour cette raison que le ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, a saisi le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé dès février 2020 [51].

3. L'origine de l'éthique et différence avec la morale

Étant une discipline philosophique à l'origine, on attribue aujourd'hui la paternité de l'éthique à Aristote. Le terme "éthique" vient du grec *ethos* qui signifie "tenue de l'âme", c'est-à-dire ce qui fait le caractère spécifique de l'humain. L'éthique n'a, à l'origine, pas d'application concrète. Les penseurs romains latiniseront le mot *ethos* : le philosophe romain

Cicéron traduira le mot *ethos* en *moralem*, apportant une dimension concrète et une notion d'obligation à l'éthique.

Aussi, dans son article "Éthique et Morale" paru en 1990 Paul Ricoeur précisera : "*C'est par convention que je réserverai le terme d' "éthique" pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes, et celui de "morale" pour le côté obligatoire, marqué par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte*".

La notion de morale, liée par étymologie aux "bonnes moeurs", est distincte de l'éthique. La morale et l'éthique diffèrent dans la mise en œuvre et dans ce qu'elles sont. Toutefois, elles possèdent des règles communes comme la bienveillance, la loyauté ou encore la bonne foi. Nous pourrions ainsi associer l'éthique à une dimension plurielle, sociétale et générale. Tandis que la morale renverrait au for intérieur de chacun, vers une dimension interne et individuelle.

4. Les trois aspects de l'éthique selon Guy Durand

Pour le théologien et juriste Guy Durand, l'éthique se définit selon trois aspects principaux : une recherche, un contenu et une pratique.

En effet, selon Durand, l'éthique désigne d'abord une *recherche*. Elle évoque une réflexion sur l'agir humain. Elle inclut alors une réflexion sur les valeurs, sur les principes de l'agir, sur les fondements de ces principes, sur les finalités de l'action, sur les exigences de la dignité humaine, etc. L'éthique peut aussi être définie par son *contenu*. Elle se présente alors comme une doctrine, un code, un système de valeurs, un ensemble de principes et de règles destiné à orienter l'action, etc. L'éthique désigne enfin une *pratique*. Elle renvoie alors à la décision, au choix concret de l'action à entreprendre. Elle se comprend comme processus de décision, comme application de principes, comme mise en œuvre de valeurs. [47]

En période de crise sanitaire, ces trois caractéristiques de l'éthique semblent se confronter à une urgence temporelle liée à la propagation fulgurante du virus. Néanmoins, cette accélération du temps ne doit pas contraindre les établissements à se désintéresser de la dimension éthique au cours de cette gestion de crise.

5. L'éthique dans le milieu professionnel

Dans le milieu professionnel, la réflexion éthique porte sur les valeurs et principes qui motivent la conduite des professionnels, cette dernière étant reprise dans les codes de déontologie spécifiques à chaque profession. Par ailleurs, avant 1983, l'Ordre National des

Médecins était le seul référent éthique de la société française. Il faudra attendre 1994 pour que la législation française se dote d'un ensemble de lois de bioéthiques.

6. L'éthique clinique et les instances liées

En établissement de santé, on parle d' "éthique clinique". Elle a pour but d'améliorer la qualité des soins pour les patients ainsi que la qualité du travail des intervenants en proposant des pistes de solutions aux dilemmes éthiques.

Dans le but de résoudre des problématiques d'ordre éthique, les établissements peuvent s'appuyer sur différents outils. Dans un premier temps, la structure peut faire appel à l'instance interne qu'est le comité d'éthique. Propre à l'établissement ou à un groupe, ce comité est souvent composé de divers professionnels qualifiés, médicaux, soignants, non soignants et d'encadrement. Il représente un appui aux professionnels lorsqu'ils se sentent confrontés à une situation qui interroge leurs décisions et leurs pratiques. Sur le site du CHU de Rennes, nous pouvons lire à propos du Comité d'éthique *"L'objectif du comité est d'élargir la réflexion, d'apporter des éclairages pour aider à la recherche de la décision la plus juste dans des situations toujours problématiques."*

D'autre part, les équipes qui se retrouvent démunies peuvent également solliciter le soutien de différentes structures comme les espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) ou encore les différents comités d'éthique clinique qui proposent des consultations. En 2003, afin de faciliter l'exercice de la réflexion et le développement de la formation à l'éthique des professionnels de santé, à la demande du ministre de la santé, le rapport Cordier, intitulé « Ethique et professions de santé » évoque la nécessité de développer la formation éthique des professionnels des établissements de santé et préconise la création d'un espace éthique par région. Cet espace éthique doit être un lieu d'échanges pour les membres de la communauté soignante, ouvert à d'autres disciplines que la médecine. La loi relative à la bioéthique du 6 août 2004 crée les Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (ERER). [45]

En France, depuis les différentes lois de bioéthiques, les établissements de santé peuvent disposer de plus en plus de dispositifs leur permettant ainsi d'obtenir un soutien précieux dans la résolution de problématiques éthiques. Néanmoins, au cours de nos diverses entrevues au sein des établissements psychiatriques, nous avons pu constater que les différentes équipes ne sollicitaient que rarement les comités et ignoraient même parfois l'existence des ERER.

7. Le principisme

Le principisme est une approche éthique appliquée à l'examen des dilemmes moraux qui repose sur l'application de certains principes éthiques. C'est l'idée de mettre en place une méthode pratique afin d'aborder les dilemmes éthiques pour des situations concrètes au lieu de s'engager dans un débat abstrait sur l'approche la plus appropriée au niveau normatif.

Pour Tom Beauchamp et James Childress, il existe quatre principes d'éthique biomédicale : le respect de l'autonomie, de la non-malfaisance, de la bienfaisance et de la justice. [48]

Le principe d'autonomie réside en la reconnaissance de la faculté d'une personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir par soi-même. Le principe de bienfaisance, peut, quant à lui, se caractériser en la contribution au bien-être apporté à autrui. En outre, le principe de non-malfaisance prend ses racines dans l'aspect fondateur de la médecine à savoir ne pas nuire. Enfin, le principe de justice fait référence à la considération de cas égaux de la même façon.

Selon les auteurs soutenant cette approche éthique, il est important d'équilibrer ou d'arbitrer les principes. En fonction des circonstances, le principisme peut permettre à la bienfaisance de prendre le pas sur l'autonomie, ou à l'autonomie d'avoir priorité sur la justice, etc. En effet, dans l'application, les principes peuvent entrer en conflit et ainsi un ou plusieurs peuvent être violés, d'où l'importance de l'arbitrage.

Les auteurs insistent sur la nécessité de la spécification et de l'équilibrage à l'utilisation des quatre principes. Selon eux, il s'agit de la seule manière d'obtenir un résultat concret en utilisant leur méthode.

8. Les principes éthiques majeurs d'autonomie, d'équité et de bienfaisance

La mise en œuvre de l'éthique en établissement présente des difficultés d'application et plus particulièrement quand certains principes vont à l'encontre d'autres principes de valeur équivalente.

Un paradigme central sous-tend les exemples concrets d'arbitrage en établissement pendant la crise sanitaire : il s'agit pour les directions d'établissement de déterminer un point d'équilibre entre d'une part, permettre les droits et libertés des patients et d'autre part, maintenir la sécurité sanitaire de ces derniers en contexte viral.

Les principes éthiques tels que l'autonomie, l'équité et la bienfaisance/non-malfaisance ne doivent pas être perçus comme des entraves mais plutôt comme des opportunités de tendre vers un meilleur respect de la dignité des patients et la pleine jouissance de leurs droits et libertés.

Ainsi, nous nous sommes concentrés sur trois notions majeures qui sont le plus affectées par les restrictions sanitaires : les principes d'autonomie, d'équité et de bienfaisance/non-malfaisance.

Section 2 : Les principes éthiques fondamentaux : l'autonomie, l'équité et la bienfaisance

1. L'autonomie des individus en établissement de santé dans un contexte de contraintes sanitaires

A) *La notion de dignité*

L'autonomie des patients en établissement de soins est un principe essentiel qui peut s'analyser sous l'éclairage de la notion de dignité des individus.

Nous pouvons retrouver la notion de dignité dans l'article 16 du code civil « *La Loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». En droit français, la dignité possède une dimension universelle et ce concept s'impose donc de manière absolue. En outre, la dignité peut se définir selon deux axes principaux : la protection de la dimension physique et morale de l'être humain. La dimension physique de l'individu peut se concevoir selon trois principes majeurs : l'intégrité, l'indisponibilité ainsi que l'extra-patrimonialité du corps humain. La dimension morale de l'individu s'appréhende, quant à elle, au travers du consentement de la personne, de la confidentialité ainsi que de la non-discrimination. [42]

L'autonomie peut être appréhendée par la propriété du corps et son indisponibilité par autrui. Ce principe intègre également la notion d'indépendance et de consentement au sens de l'article 16-3 du Code Civil. Ce dernier précise : “ *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ”. Ces dispositions concernent les interventions affectant l'intégrité du corps humain. Toutefois, elles nous permettent de dresser les contours de la notion d'autonomie au sens où le patient demeure libre de choisir et d'agir par lui-même en fonction de ses propres valeurs et croyances.

B) *Le principe d'autonomie du patient : la liberté d'agir grâce aux informations délivrées*

Bracconi et al. précisent en ce sens qu'il s'agit de la capacité d'une personne à choisir son praticien, à maîtriser sa volonté à consentir ou non à un traitement, à suivre ou non les

recommandations ou les conseils du soignant. Elle présuppose la capacité de juger, de prévoir, de choisir et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement éclairé [32].

Lorsqu'il s'agit d'interventions thérapeutiques dans les établissements MCO par exemple, le préalable au respect de l'autonomie est d'offrir au patient une information qui soit de qualité (complète, loyale et en des termes intelligibles) et de recueillir un consentement éclairé avant, pendant et après les soins à chaque fois qu'une intervention ou un soin doit être prodigué et/ou proposé. Ceci doit respecter la décision du patient même si cette dernière va à l'encontre de l'avis du praticien ou de la loi, dans le cas où cette loi ne peut être mise en application [32].

C) Le bouleversement du principe d'autonomie face à la crise sanitaire en établissement psychiatriques

En établissements psychiatriques, outre les libertés relatives au praticien et au traitement, le principe d'autonomie pourrait être relié à la notion de liberté d'aller et venir : le patient devrait pouvoir conserver sa liberté de mouvements, même pendant son hospitalisation. Par sa liberté d'aller et venir, le patient conserverait son indépendance et sa capacité à réaliser sa propre volonté.

En revanche, lorsque la situation exige une suspension des flux circulants d'individus dans les établissements, les directions d'établissements doivent innover par des stratégies de contournements. Ces dernières ont pour objectif de concilier deux concepts contraires : la circulation de patients et sa suspension. L'un est favorable à la liberté d'aller et venir et à l'autonomie du patient tandis que l'autre les réduit inexorablement.

Cette dualité met alors en évidence la distance qui sépare d'un côté les grands concepts éthiques fondamentaux nécessaires au respect de la dignité de la personne humaine et d'un autre côté leur délicate application en établissements.

En ce qui concerne les soins sans consentement, l'exemple de Moisselles présenté dans le chapitre 2 - Partie 1 fait état d'une importante réduction d'autonomie.

Comme nous l'avons vu précédemment, la balance bénéfices-risques n'a pas été appréciée de façon collégiale et le caractère individuel de cette évaluation est absent car appliqué à tous de façon systématique.

En revanche, les patients demeurent en hospitalisation sous contrainte : il a été estimé et décidé par le Juge des libertés que les patients n'étaient pas en capacité d'exercer leur autonomie en raison de leurs pathologies. Par ailleurs, l'adoption de gestes barrières et de comportements favorables à la lutte contre le virus est presque impossible à mettre en place quand il s'agit de patients qui sont atteints de troubles graves de schizophrénie altérant leur comportement [34] par exemple.

Nous pouvons contre-argumenter en insistant sur le fait que, même s'ils souffrent de pathologies bâillonnant leur autonomie, leur dignité en tant qu'être humain doit être respectée en toutes circonstances.

De plus, l'article L.3211-3 du CSP précise que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à celles qui sont nécessitées par son état de santé.

2. L'équité, préférable à une égalité de traitement ?

A) *Définition de l'équité et différence avec l'égalité*

L'équité se rapporte à la notion de juste traitement [36], à la notion d'égalité des chances. L'équité implique une discrimination positive pour les "lésés" afin d'adapter les circonstances à la singularité des situations individuelles.

L'équité doit être différenciée de l'égalité. En effet, l'égalité relève de l'impartialité et de l'égalité de traitement.

B) *La prise en compte des particularités de chacun au travers de l'équité*

Ainsi, un arbitrage n'est équitable que si les directions favorisent l'équité plutôt que l'égalité. Lorsqu'une direction d'établissement décide d'instaurer une mesure de restriction des libertés, doit-elle l'appliquer de manière générale à tous, afin de respecter un impératif d'égalité ? Une analyse en surface amènerait en effet à imposer une mesure à tous afin de respecter une égalité. Selon les établissements et les types de patients accueillis, cette manière de procéder pourrait tout à fait être juste.

En revanche, les patients ne présentent pas tous la même capacité de discernement leur permettant d'être tout à fait autonome. Si des patients sont davantage lésés que d'autres par leur pathologie ou leur discernement, ils possèdent une inégalité initiale dont la restriction de liberté ne pourrait qu'accentuer les effets.

Par exemple, un patient possédant de graves troubles dépressifs avec risque suicidaire n'a peut-être pas toutes les armes psychologiques nécessaires pour affronter un isolement plus ou moins long comparativement à un patient atteint d'un trouble du comportement alimentaire.

Bien évidemment, il ne s'agit pas ici de hiérarchiser les pathologies mais bien de mettre en évidence que les patients pourraient réagir différemment face aux mesures de restriction du fait de leurs pathologies distinctes. Ils ne possèdent pas tous la même perception et appréhension vis-à-vis des mesures de restriction.

Ainsi, les directions se permettraient-elles de favoriser les plus "lésés" afin de réinstaurer une équité ? Si oui, les patients pourraient alors dénoncer une inégalité de traitement. Toutefois, la réponse de certaines directions d'établissement comme la clinique du Pont du Gard ou la clinique du Grand Pré est de réinstaurer l'équité en proportionnant les mesures aux projets de soin individualisés. Cette réinstauration de l'équité renvoie alors au ratio bénéfices-risques évalué pour chaque patient.

En effet, le but d'un établissement de santé est de créer les meilleures conditions possibles au rétablissement de l'état de santé des patients. Dans cette optique, instaurer une égalité de traitement qui aggraverait l'état de certains patients paraîtrait non éthique. A quoi bon maintenir un principe d'égalité s'il n'entraîne que des conséquences néfastes pour l'état de santé des patients ?

C) La pédagogie : un atout majeur dans la mise en place de l'équité

Les directions d'établissement nous ont rappelé au fil des entretiens qu'un travail important de pédagogie est constamment réalisé au quotidien auprès des patients et ce, même avant que la crise du Covid-19 n'apparaisse. En effet, implanter ce principe d'équité dans l'organisation des établissements psychiatriques peut être une opération périlleuse. Une certaine forme d'incompréhension et de désarroi peut naître auprès des patients face à ces distinctions de prise en charge par exemple. C'est pourquoi, instaurer une relation de confiance auprès des patients au travers la mise en place d'une stratégie fondée sur la pédagogie peut s'avérer être

un atout considérable pour les équipes d'encadrement. Par ailleurs, des méthodes de contournement visant à sécuriser et à rassurer les patients sont également aménagées au cas par cas.

A contrario, à l'hôpital de Moisselles, la systématisation des isolements, dans des conditions d'hébergement indignes et appliquées à tous, amène à penser que la mesure de restriction a été prise pour sa facilité d'application. Le cas de Moisselles démontre alors l'effet pervers d'une égalité de traitement en établissements de santé qui se traduit par une réduction évidente des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

3. Le recul du devoir de bienfaisance face au respect de l'autonomie du patient

A) *Bienfaisance : définition et origine*

Dans le domaine de l'éthique, la bienfaisance est la qualité de celui/celle qui prodigue ses bienfaits à autrui. Lorsque ce mot apparaît, il est relié à la religion. La bienfaisance est la pratique de la charité envers son prochain.

La bienfaisance se réfère à l'accomplissement du bien. Elle appartient au domaine de la morale et de la déontologie [39]. La bienfaisance correspond à l'objet essentiel de la démarche médicale qui est de "faire du bien" aux personnes malades. Ce principe trouve son origine dans le serment d'Hippocrate en ce qu'il énumère les devoirs du médecin envers le malade. De fait, la bienfaisance est liée à la déontologie qui est l'ensemble des règles et devoirs régissant la profession.

André Duhamel et Noureddine Mouelhi rappellent que la bienfaisance est tournée vers "*le résultat de l'action*", la "*visée éthique du principe de bienfaisance*" consistant à "*veiller au bien du malade, éviter de lui causer du tort et préserver [...] la vie*" [39].

La bienfaisance s'inscrit dans le respect des valeurs de vie, de santé et d'intégrité du corps humain. L'idée est de faire le bien et de rechercher le meilleur intérêt du patient et, de ce fait, ne pas nuire. Cette notion de "non-nuisance" est au fondement du ratio "bénéfice-risque", du principe de proportionnalité et de l'opposition à l'obstination déraisonnable (dans le cadre de la fin de vie). Cependant, ce raisonnement peut conduire à des problématiques : ne pas nuire revient-il à préserver la vie à tout prix ? Comment estimer en psychiatrie la balance entre restrictions dues à la Covid-19 et réussite de la prise en charge ?

B) *La relation entre principe d'autonomie et de bienfaisance*

Le principe d'autonomie est étroitement lié au principe de bienfaisance. L'autonomie s'intéresse à l'individuel et la bienfaisance se déploie dans la relation à autrui. Le principe d'autonomie se trouve dans la relation de soin patient/médecin et notamment le respect de ce principe par le médecin. Quant au principe de bienfaisance, il pourrait se substituer à cette relation pour une vision scientifique : le patient est malade, le médecin soigne. C'est l'idée que le médecin pourrait s'abstenir du consentement du patient pour tel ou tel soin puisqu'il est régi par ce principe de bienfaisance. Mais une vigilance est requise, le médecin qui poursuit le bien de son patient sans son consentement dérive. La recherche du bien suppose donc le respect de la personne et sa volonté.

Guillaume Durand part de l'étymologie du terme *bene-facere* et identifie deux aspects : ne pas faire du mal à autrui et si possible lui faire du bien. L'autodétermination et la bienfaisance constituent les “*deux volets d'une même visée, deux volets dont chacun fait état d'une évolution de la conscience morale et dont la réconciliation repose sur un affinement de cette même conscience morale*” [41]. La bienfaisance se réfère au souci de l'autre et par conséquent à l'empathie. Dans la relation de soin, la bienfaisance suppose l'accompagnement du patient par son médecin.

L'autonomie, fondée par l'exigence du consentement et de l'information, relève des droits fondamentaux du fait de ces liens avec les principes de dignité et de liberté. De nombreux textes depuis le Code de Nuremberg de 1947 [43] affirment la nécessité du consentement de la personne comme l'article 16-3 du code civil. De plus, la loi 2002-303 du 4 mars 2002 proclame un droit pour tout malade de connaître son état de santé ainsi qu'un droit de ne pas savoir, dont le patient demeure seul juge, sauf lorsque des tiers sont en cause. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment [44].

La supériorité du principe d'autonomie sur le principe de bienfaisance ne semble faire aucun doute. Cependant, le principe de bienfaisance n'a pas perdu de son influence notamment dans les domaines du refus de soins et de la fin de vie. En effet, la loi dite *Léonetti* confère au

médecin le droit de décider de limiter ou d'interrompre un traitement, à condition de se conformer à la procédure collégiale.

Le principe d'autonomie est donc venu chambouler la relation de soin où le patient avait toute confiance en son médecin et la responsabilité du médecin envers son patient. Deux termes traduisent ce sentiment de responsabilité : la bienfaisance (faire le bien) et la bienveillance (vouloir le bien) [37]. La notion d'autonomie a pris récemment le sens d'une autodétermination et d'une souveraineté absolue qui semblent transformer le soignant en prestataire de service.

Aujourd'hui, c'est l'idée que seul le patient sait ce qui est bien pour lui. La relation de soin voit le devoir de bienfaisance du médecin reculer devant le respect de l'autonomie du patient. Cela passe notamment par l'insistance du recueil du consentement avant tout acte médical, la notion de personne de confiance et les directives anticipées. Du côté du patient, on glisserait de la confiance à la défiance et du côté du soignant on passerait de la conscience au contrat. Les directives anticipées en sont la preuve. Il s'agit des souhaits du patient lorsqu'il n'est plus en mesure de prendre des décisions. La volonté du patient, même si ce dernier est dans un état inconscient, doit être prise en compte.

Chapitre 2 : Les axes de réflexions éthiques suscités par un contexte en tension

Section 1 : Le dilemme éthique engendré par l'épidémie

1. La spécificité des établissements psychiatriques réside dans la capacité de discernement

La spécificité de la psychiatrie tourne autour de la capacité de discernement des patients. Au sein des établissements psychiatriques, les patients possèdent une capacité de discernement différente. En effet, la population de ce type de structure peuvent posséder une capacité à distinguer la bienveillance ou encore la malveillance assez différente. De ce fait, les décisions concernant l'autonomie du patient peuvent différer afin de respecter le principe éthique majeur qu'est l'équité.

Le pivot de la décision concernant un sujet relatif à l'autonomie est donc la capacité à discerner pour un patient donné, entre ce qui est bon ou mal pour lui.

2. Les transformations brutales subis par les établissements de soins lors de la crise

La crise du covid-19 a inévitablement conduit à la transformation des organisations de façon rapide afin de répondre aux difficultés. Or, nous savons qu'une transformation de l'organisation brutale peut causer des dégâts irréparables sur les professionnels de santé.

L'étude réalisée par Marie-Christine Piperini et al., publiée en 2021 dans la revue *Le Travail Humain* sur le personnel en hôpital psychiatrique nous le montre. En effet, selon cette étude, les changements organisationnels qui s'accumulent comme la réorganisation des services, les déménagements, le turnover dans les équipes, les changements de hiérarchie et d'orientation des missions sont souvent vécus comme excessifs et/ou redoutés par le personnel.[52] Par ailleurs, les travaux de Benallah et Domin (2017), puis Pétiau (2018) identifient une nouvelle forme de burn-out, le brown-out, dû à la perte de sens des tâches à accomplir.

Ce type de changement conduit à s'interroger au plan éthique sur la mise en tension exagérée des managers des établissements placés en trajectoire de redressement et la mise en danger de ces professionnels sans accompagnement dans leur action, leur carrière et leur santé.

3. La crise sanitaire et les problématiques éthiques engendrés dans le secteur psychiatrique

La problématique éthique majeure que la crise a provoquée de manière fulgurante dans les établissements psychiatriques réside dans la restriction du droit fondamental du patient d'aller et venir. Cette notion renvoie donc à la question de l'enfermement au sein des établissements de soins.

Le secteur psychiatrique connaît bien cette conjoncture dans le cadre des secteurs protégés et des soins sans consentement notamment. Néanmoins, la crise sanitaire a mis en lumière de nouvelles facettes dans le cadre d'un environnement global chaotique où toutes les organisations et l'ensemble des individus se sont retrouvés démunis face aux annonces gouvernementales.

4. La gestion de la crise sanitaire : une coopération entre les acteurs de santé

La crise sanitaire est venue sévèrement s'abattre sur le système de santé français. Néanmoins, ce dernier s'est mobilisé et nous avons pu constater la mise en place d'une coopération et une solidarité entre équipes de soins, directions et institutions nationales et régionales. De façon indirecte, cette crise a permis le brassage des pratiques et la mise en relation de professionnels qui ne se connaissaient pas. Dans un contexte d'afflux massif d'informations, parfois contradictoires, certains acteurs ont porté une attention particulière à la régulation de cette information grâce à des outils spécifiques qui ont été salués comme bénéfiques, avec toutefois des réserves sur le caractère non sécurisé des échanges. Dans toutes les régions, des dispositifs complémentaires ont été mis en place, fondés sur le maintien du lien avec les patients confinés à domicile ou en hospitalisation complète avec des aménagements. En effet, afin de concilier les mesures restrictives gouvernementales et les différents principes éthiques, les équipes de soins ont notamment mis en place des stratégies de contournement. Il s'agissait par exemple de la possibilité pour les patients d'accéder à des tablettes permettant de maintenir un lien social via les appels vidéo.

5. Le cadre des restrictions de liberté en établissement

Pour les patients hospitalisés, les directions et équipes de soins doivent s'assurer que toute restriction soit adaptée à chaque patient, proportionnée et limitée dans le temps. Toute décision d'ordre général, limitant pour l'ensemble de l'hôpital la liberté des patients en

contexte sanitaire, ne peut être qu'institutionnelle, partagée de manière collégiale et prise en compte en cellule de crise de l'établissement, associant président de CME et directeur de l'établissement. Ces dispositions permettent ainsi d'intégrer un premier niveau d'éthique dans le fonctionnement des organisations.

6. L'éthique en temps de crise : la nécessité du maintien des principes éthiques

Les situations de crise mettent en lumière les dilemmes éthiques au sein des établissements de santé. En effet, les crises sanitaires dégagent les faiblesses présentes dans les organisations. De ce fait, l'éthique s'articule donc autour de tensions et d'injonctions paradoxales comme la conciliation d'impératifs de santé publique et le respect des libertés individuelles. [40]

Concernant les mesures de restriction des libertés des patients en contexte sanitaire, "l'éthique de situation" [38] des établissements de santé se trouve conditionnée par l'impact de la crise sur les principes qui sous-tendent le droit des patients en institution. Le membre de l'espace éthique d'île de France, Léo COUTELLE, précise « *En situation d'exception et parfois de chaos, l'éthique ne se fabrique pas seulement selon ou en fonction de valeurs ou de principes mais depuis et dans les situations concrètes. Il ne s'agit plus tant d'une éthique de l'arbitrage des valeurs ou des principes, d'une éthique du jugement moral des actions, mais d'une éthique transformée radicalement par la situation, une éthique refondée dans l'exception.* »

Néanmoins, en France, le Comité Consultatif National d'Éthique informe dans son avis du 16 novembre 2020 « *Les principes de l'éthique médicale doivent toujours être maintenus : une situation exceptionnelle ne doit pas conduire à une éthique d'exception* ». De plus, l'avis précise la nécessité de respecter les principes éthiques intangibles de non-malfaisance, de non-discrimination, de non-hiérarchisation des vies, de respect des droits fondamentaux d'autonomie, de dignité, d'équité et d'attention aux plus vulnérables. [50]

7. La balance bénéfice/risque en temps de crise sanitaire

L'état d'urgence sanitaire a justifié une limitation des libertés pour chaque français. Les établissements de santé ont dû s'adapter à ces restrictions en faisant un arbitrage entre le bénéfice de la prise en charge et le risque infectieux pour le patient. C'est l'idée qu'il faut limiter pour protéger. D'un point de vue éthique, il s'agit de ne faire courir aucun risque injustifié au patient.

8. Le dilemme entre protéger ou laisser vivre

Le dilemme majeur qui peut être retrouvé dans la plupart des situations d'arbitrage de la pandémie consiste en la dualité suivante : protéger ou laisser vivre. Nous pouvons retrouver cette dualité en population générale comme en population hospitalisée. Elle s'applique à tous sans exception et pénalise toutes les strates de la société.

D'une part, la protection des patients demeure essentielle en établissement : une hospitalisation est une prise en charge par les équipes soignantes et l'institution. Ainsi, une obligation de moyens pèse sur les établissements pour la plupart des risques. Ces risques sont pluriels et peuvent aller de l'incendie à l'épidémie.

Les décisions des directions d'établissement en contexte sanitaire doivent ainsi répondre à plusieurs volontés : protéger les patients du risque épidémique, garantir leurs droits et libertés, garantir la meilleure qualité d'accueil et de soins possible, favoriser la restauration de l'état de santé des patients ou encore veiller à maintenir la santé physique et psychologique des équipes.

Ces différentes injonctions sont généralement paradoxales et mettent à l'épreuve l'éthique des directions. En ce qui concerne le dilemme global "protéger contre laisser vivre", il n'y a pas de principe de valeur supérieure. Les stratégies d'adaptation semblent uniquement contourner le problème.

Pour les établissements psychiatriques se retrouvant face à ces impératifs généralement contradictoires, nous pouvons nous demander quelle est la méthode à adopter ? Existe-t-il une pratique commune à tous les établissements ? Comment le top management parvient-il à concilier ces différentes obligations ? La direction doit-elle toujours s'efforcer de trouver un compromis ?

9. Une question d'arbitrage médical

Les différents entretiens avec les institutions nous ont permis de comprendre que l'arbitrage était généralement un arbitrage médical. En établissement psychiatrique, nous opposons les restrictions dues à l'épidémie au risque de décompensation psychique des patients. Cet arbitrage médical permet de recentrer le problème sur le projet individuel de soins. Par cette

méthode d'arbitrage, même si l'autonomie est restreinte, l'équité et la bienfaisance demeurent appuyées.

Cet arbitrage repose sur le ratio avantages-inconvénients pour le patient, lui-même reposant sur le diagnostic et l'évaluation de la pathologie à un instant donné. Une particularité du diagnostic psychiatrique est qu'il peut différer d'un médecin psychiatre à un autre. En effet, au contraire des pathologies retrouvées dans le milieu MCO, les pathologies psychiatriques laissent une part d'appréciation plus importante au médecin psychiatre. Ceci fait alors varier l'arbitrage et complexifie la question éthique.

Toutefois, l'arbitrage médical apparaît comme une caution scientifique qui rassure non seulement les directions mais également les équipes soignantes et non soignantes.

10. L'éthique en santé : une pluralité d'acteur

En santé, l'éthique ne concerne pas uniquement les soins. Chaque acteur du système, quelle que soit sa fonction, personnel soignant ou non, contribuent à l'éthique du système. Le manager doit donc s'interroger sur le management en santé et en quoi ce dernier se doit d'être éthique. Cette question est d'autant plus fondamentale dans ce contexte de crise sanitaire où la perte de sens est importante chez les professionnels de santé (brown-out). *Dans une consultation menée en ligne du 30 avril au 5 mai 2021 par l'Ordre National des Infirmiers, à laquelle plus de 30 000 infirmiers ont répondu, 40% des infirmiers indiquent que la crise leur a donné l'envie de changer de métier.* L'enjeu du management en santé est donc l'humain quel que soit les acteurs.

Section 2 : Des pistes d'améliorations au travers du management de l'éthique

1. La vision globale de l'éthique

Au sein des établissements de santé, l'éthique ne se limite pas au seul corps médical, mais englobe également les différentes équipes soignantes et non soignantes, les proches du patient ainsi que le patient lui-même. Par ailleurs, la démarche éthique au sein des structures ne concerne pas uniquement les conflits de valeurs ou les dilemmes, mais aussi le comportement au quotidien à savoir les décisions, les gestes communs, les attitudes distillées au sein des comportements de l'ensemble des collaborateurs. Enfin, la réflexion éthique ne se limite pas à déterminer le prescrit et le permis. En effet, selon Guy Durand, elle est centrée sur la recherche de l'optimal, de ce qui est préférable pour ce cas-ci, de ce qui est le meilleur possible pour ce cas-ci, et non dans l'absolu.

2. Les piliers du management de l'éthique : humain et organisation

Le management de l'éthique repose sur deux grands principes que sont l'humain et l'organisation. L'humain est extrêmement important dans le secteur hospitalier où gravitent une masse salariale importante soignante et non soignante. L'organisation est elle aussi primordiale. En effet, pour qu'une structure fonctionne de manière optimale dans le secteur de la santé, il est nécessaire d'avoir un échange important entre les différents collaborateurs. Ainsi, la bonne organisation des établissements psychiatriques passe principalement par le dialogue entre les différents corps de métiers, à savoir : aides-soignants, agents de services hospitaliers, cadres de santé, infirmiers, médecins généralistes, personnels administratifs et psychiatres. Cela permet de se rapprocher d'une gestion à la fois efficace et éthique de la prise en charge des patients.

3. Les vertus du management éthique

Pour commencer, le management éthique doit faire partie intégrante du management de manière générale puisque le patient est au centre de la prise en charge. Le management est un ensemble de techniques et de principes permettant de gérer une organisation. Une démarche

de management implique de mobiliser des moyens humains qui sont le personnel soignant et non soignant et des moyens matériels. Le management éthique engage ceux qui ont la responsabilité de tout ou partie de l'organisation à mettre en œuvre des pratiques et démarches vertueuses. En effet, ce management doit permettre de favoriser le bien-être de la structure ainsi que de son personnel. Il peut donc faire partie des facteurs permettant la construction d'une cohésion d'équipe.

4. Les méthodes de mise en place du management éthique

Le management éthique implique différents enjeux qui peuvent être variés comme la rentabilité économique, la sécurité et la santé publique. Il est donc nécessaire d'utiliser différentes méthodes opérationnelles afin de promouvoir ce type de management. Des audits des pratiques et des besoins de l'établissement pourront être réalisés au sein des structures. Les équipes et plus particulièrement le manager devra être formé afin que la méthode ruisselle dans les services.

5. L'éthique managériale du manager des soins

Selon Pascal Forcioli, l'éthique est moins une norme qu'un état d'esprit et une attitude. Selon lui, si nous sommes respectueux de l'éthique, alors nous agissons dans l'éthique. Pour le manager en santé, avoir un management éthique c'est respecter certains principes. Être au service de sa fonction et à travers celle-ci au service de la santé de la population dans un territoire, de ses collaborateurs et personnels. Le management éthique est celui qui donne le sens à chacun et qui garantit l'éthique du collectif. Celui qui incarne la cohérence et assure la cohésion. Celui qui fixe la règle et se l'applique en donnant l'exemple.

Durant des situations de crise comme celle que nous vivons actuellement, le manager se doit de ne pas être anxigène. Il doit donner confiance à ses collaborateurs et aux équipes pour surmonter les situations difficiles et se rapprocher des objectifs.

6. L'importance de la décentralisation de la démarche éthique

Au-delà de l'implication des acteurs lors de difficultés rencontrées, il est nécessaire d'engager les équipes en amont. En effet, il est primordial que les collaborateurs puissent participer activement à la formalisation de la dimension éthique comme pour le projet d'établissement par exemple. De ce fait, le personnel sera ainsi davantage enclin à avoir un comportement proactif au niveau de la réflexion éthique dans la réalisation des diverses missions confiées. [53]

De plus, les managers qui incarnent les valeurs éthiques prônées par l'établissement dans leur management seront d'autant plus imités par l'ensemble des équipes.

Par ailleurs, la dimension éthique au sein des établissements sera davantage mise en œuvre et déployée activement chez l'ensemble des acteurs si elle résulte d'une réflexion collective. En effet, cette notion qui représente une valeur essentielle pour les acteurs de santé doit être considérée par la direction qui devra établir une stratégie afin de pouvoir déployer cette dimension efficacement.

Enfin, la direction doit mettre la culture de l'éthique au cœur de la formation des managers. Ainsi, les équipes d'encadrement pourront adopter un discours commun au travers des valeurs partagées par tous. De ce fait, les managers de soins en poste et les nouveaux arrivants pourront s'associer de façon à s'approprier et à adopter leur propre leadership éthique.

7. Une dimension éthique insufflée par des managers exemplaires

Les managers sont des vecteurs primordiaux dans la mise en place d'une politique éthique au sein des structures. [15]

Les managers qui s'appuient sur des pratiques éthiques dans leurs habitudes et méthodes de travail représentent un vecteur de changement des conduites pour l'ensemble du personnel côtoyé par ces responsables. Ainsi, en appliquant eux-mêmes ces procédés, ils permettent de véhiculer et, de ce fait, de faire émerger des agissements éthiques chez les collaborateurs. [16]

8. L'incarnation de la culture éthique via l'éthique managériale réflexive du cadre de santé

Au sein des organisations de santé, les managers tels que les cadres de soins, doivent, pour mettre en place une éthique managériale, coordonner l'action des personnels soignants dont l'éthique individuelle n'est pas identique. [17]

Or, pour cela, deux types de management peuvent être mis en place selon la définition donnée à l'éthique par les managers : une éthique managériale normative ou bien une éthique managériale réflexive. [18]

Le premier type de management fait référence à la production de normes en faisant la distinction entre le bien et le mal tandis que le second type de management s'appuie sur une appropriation des normes par les individus dans leurs comportements en cherchant ce qui est juste.

Selon l'étude réalisée par *Oiry E. et al.* publiée en 2015 dans le *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, auprès des managers de soins, nous pouvons constater les différences de comportements des managers. Ainsi, les responsables qui adoptent une éthique managériale normative ont tendance à vouloir absolument faire respecter les différentes normes produites. En revanche, les managers qui s'inscrivent dans une éthique managériale réflexive vont davantage impliquer les diverses équipes à la résolution des problématiques en insufflant un regard éthique pour ensuite pouvoir appliquer ces comportements co-construits au sein de la structure. [18]

Ainsi, une éthique managériale réflexive prend davantage en considération les multiples spécificités liées à une situation et donc à un problème donné. Nous ne sommes alors plus dans une notion de morale universelle avec les bonnes pratiques d'un côté et les mauvaises

pratiques de l'autre. Mais davantage dans une démarche éthique en continue qui permet de mettre en place et de propager au sein des équipes des comportements éthiques face à des situations distinctes qui doivent être analysées dans leur globalité.

A la suite de nos divers entretiens au sein des organisations psychiatriques ayant vécues la crise sanitaire, nous avons pu constater ces différences de pratiques chez les cadres de santé. Les managers qui pratiquaient une éthique managériale plutôt normative s'étaient retrouvés avec des équipes en grande difficulté qui n'avaient pas de « normes » à appliquer. De ce fait, les équipes ont, au début de la crise, fortement sollicité les cadres qui devaient alors rapidement réagir pour produire quasi instantanément des normes afin qu'elles puissent être appliquées au sein de la structure. Par opposition, les cadres qui se basaient sur une éthique managériale davantage réflexive ont pu étudier avec leurs équipes les situations problématiques ce qui a abouti à l'adoption de comportements éthiques co-construits avec l'ensemble des acteurs.

Ainsi, nous avons pu constater l'importance d'impliquer les différents acteurs dans la résolution d'une problématique éthique ou comme dans notre cas, lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle apparaît et engendre un bouleversement immense au sein de la totalité des organisations et plus particulièrement les établissements de santé.

9. Le management de l'éthique en situation de crise sanitaire

Au cours de notre étude, nous avons pu déceler l'importance de la mise en place d'un management éthique au sein des établissements de soins. En revanche, lorsqu'une crise apparaît, le top management se voit contraint de gérer l'urgence opérationnelle comme la problématique de pénurie de masques chirurgicaux.

La question que nous pouvons nous poser est la suivante : les dirigeants d'établissements psychiatriques parviennent-ils à allier management de l'éthique avec crise sanitaire ?

10. Des mesures applicables au sein des établissements psychiatriques

A) La confrontation d'angles de vue différent

L'éthique est toujours un questionnement à plusieurs personnes qui n'ont pas le même métier, pas la même formation. De ce fait, différents angles de vue peuvent se confronter lors du questionnement. C'est le prérequis absolu. Il n'y a pas de réflexion éthique si on est deux médecins du même avis. [Annexe 8] Il n'y a pas de réflexion éthique si on est tous issus du même monde, de la même religion, de la même formation, du même milieu. C'est une erreur de prendre une décision à un ou deux du même moule.

Le risque de ne pas confronter les points de vue c'est de se trouver avec une éthique de conviction. Cette éthique vise à ce que toutes les actions menées soient en cohérence avec une conviction personnelle. Il est, de ce fait, nécessaire de confronter les différentes visions pour avoir une réflexion éthique. Le plus important dans l'éthique, c'est de ne pas avoir un prêt à penser et donc une éthique de conviction personnelle. Autrement dit, la réflexion éthique est un exercice difficile car il faut apprendre à lâcher sur certaines de ses convictions.

B) L'inclusion des familles au sein de la réflexion éthique avec un contact adapté

Les comités d'éthique au sein des établissements sont généralement composés de représentants du personnel. Néanmoins, il pourrait être judicieux d'inclure les représentants des familles et des patients. Ainsi, même dans le cas où la décision finale ne convient pas aux patients et familles, leur point de vue aura pu être écouté. Ils pourront ainsi prendre part aux différents questionnements et leur vision aura pu se confronter.

En plus d'inclure les familles au sein de réflexion éthique, il est important que le personnel de l'établissement puisse avoir un contact adapté. Le tact, c'est une forme de contact qui demande du temps, de peser ses mots en choisissant un vocabulaire intelligible afin d'éviter notamment le choc des mots. [Annexe 8]

C) La richesse des questions et la balance bénéfice risque

Dans l'éthique ce n'est pas la réponse qui compte, c'est les questions et notamment la richesse des questions. En effet, ce qu'on peut reprocher à une démarche c'est de ne pas avoir eu suffisamment d'esprit critique. Les directions d'établissements doivent être lucides, ils

prennent sans doute des décisions imparfaites mais au regard des questionnements et de la situation donnée, ils estiment que cette décision est la “moins mauvaise”.

La capacité de discernement distingue, en établissement psychiatrique, l'équité. La question que nous pouvons nous poser est la suivante : est-ce que nous allons être équitables entre deux personnes dont l'une a tout son discernement et l'autre non ? Est-ce qu'une décision relative à la restriction des libertés n'est pas trop excessive pour un patient donné, alors qu'il a tout son discernement et qu'il semble respecter les mesures de distanciation par exemple ?

La capacité de discernement des patients étant différente, les décisionnaires au sein des établissements psychiatriques doivent pouvoir réaliser la balance bénéfice risque de l'équité des mesures restrictives liées à la crise.

Par ailleurs, les établissements qui réalisent la balance bénéfice risque au cours des questionnements liés aux dilemmes éthiques ne doivent pas oublier les malaises sous-estimés en plus des malaises évidents. Nous pouvons par exemple nous questionner au sujet de la souffrance psychologique induite par les décisions chez le patient.

[\[Annexe 8\]](#)

D) La révision dans le temps des décisions

La réflexion éthique engendre des décisions et des actions. Ces dernières ne sont pas pour autant valables pour une durée indéterminée. En effet, il est nécessaire que ces décisions puissent être revues car la décision en éthique n'est pas immuable. De nombreux changements peuvent survenir à différents niveaux comme l'état du patient, son évolution ou encore le contexte. En temps de crise, nous avons pu voir notamment que les connaissances scientifiques concernant le virus ont permis de modifier les différentes décisions restrictives au sein des établissements psychiatriques.

E) La souplesse dans l'application des normes

La tendance des établissements psychiatriques est l'application des normes venant des agences de santé, donc de l'État. Néanmoins, les établissements se doivent de garder des marges pour les situations individuelles. Une erreur pour les établissements psychiatriques pourrait être d'avoir une trop grande rigidité dans les applications des normes. Il faut sans cesse réaliser une balance bénéfice risque si on souhaite mettre en place des actions résultant

d'une réflexion éthique. Au sein de la clinique du Pont du Gard par exemple, cette balance a résulté qu'il était nécessaire de poursuivre les activités de groupe au vu de l'importance de ces dernières dans la prise en charge des patients.

Cette rigidité dans l'application des normes peut notamment s'expliquer pour des raisons de prudence liées à la responsabilité légale engagée des directions d'établissement. En effet, la réticence d'appliquer de manière plus souple les normes peut se comprendre à travers le prisme du risque de contamination encouru par les patients et le personnel mais également du risque légale encouru par le directeur.

De plus, au cours de la crise sanitaire, cette rigidité peut s'expliquer dans le cadre d'une prudence liée à la pression médiatique. En effet, les décisionnaires au sein des groupes de santé notamment ne souhaitent pas être victime d'une image altérée liée au nombre de décès/cluster comme nous avons pu le voir au sein des EHPAD par exemple.

F) L'intégration de l'éthique au sein des organisations via la formation

Au fil des années, nous avons pu observer l'éthique prendre une part plus importante dans la formation des professionnels de santé comme chez les infirmiers par exemple. Néanmoins, il reste encore des progressions possibles. Une sensibilisation forte à l'éthique via des cas pratiques doit faire partie intégrante de la formation des professionnels de santé. Au sein des établissements, des formations peuvent être réalisées via une éthique appliquée à une situation donnée, un cas concret. Cette sensibilisation permet aux professionnels de s'entraîner et ainsi pouvoir adopter une démarche éthique au sein de leur activité d'autant plus en situation complexe comme les pandémies.

Conclusion

La crise sanitaire du Covid-19 a entraîné des conséquences délétères pour les libertés des patients et ce, de façon certaine. Pourtant, les libertés du patient hospitalisé sont encadrées par le droit telle que la liberté d'aller et venir. Toutefois, John Stuart Mill, philosophe du 19ème siècle, rappelle de façon universelle : « *La liberté des uns s'arrête là où commence celle des autres* ». En effet, l'impératif de sécurité collective impose une limite aux libertés individuelles et pose ainsi un dilemme éthique global qui se décline dans la plupart des situations de terrain des établissements : protéger ou laisser vivre. Ce dilemme met en tension les directions d'établissement qui ont la responsabilité de porter des valeurs et principes vénérables. La psychiatrie générale et sa déclinaison en hospitalisation sous contrainte ont révélé des difficultés d'application des normes pré-établies. La démarche qualité par la méthode PDCA s'est avérée insuffisante, voire inapplicable aux dilemmes engendrés par la crise.

Il y a ainsi nécessité de se tourner vers une démarche de réflexion éthique. Comportant des principes forts tels que l'autonomie des individus, l'équité et la bienfaisance, l'éthique n'a pourtant pas vocation à fournir des réponses directement applicables à une situation manichéenne. Par ailleurs, selon les cultures, différentes formes d'éthique seront appliquées et imprégnées dans les valeurs nationales. C'est ainsi que la France aura une éthique plutôt prioritariste tandis que l'Angleterre, quant à elle, abordera une éthique davantage utilitariste.

Les objectifs définis sont souvent pluriels et contradictoires. L'arbitrage médical s'inscrit alors dans la réflexion éthique par le biais du ratio bénéfices-risques individuel et propre à chaque patient afin de répondre aux enjeux. Ces derniers, d'ordre humain, moral et éthique, nous poussent à constamment rechercher l'amélioration de nos pratiques.

Inclure les familles dans la discussion pour confronter les points de vue, assouplir l'application des normes, sensibiliser les collaborateurs ou encore remettre en question de façon régulière les mesures sont autant de comportement clés à adopter si une direction d'établissement vise un idéal d'intégration du management de l'éthique.

Si la réflexion qui sous-tend la démarche n'est pas appliquée, les établissements s'exposent à une perte de confiance et à l'émergence d'une défiance de la part de tous les acteurs.

La réponse aux questionnements éthiques est par nature imparfaite. L'éthique est exigeante car elle renvoie à la notion d'imperfection de l'être humain. Toutefois, la réflexion collégiale et argumentée lui confère légitimité, pertinence, tangibilité et ce, même en temps de crise.

Bibliographie

[1] Traber D, Jauffret-Roustide M, Roumian J, Morgiève M, Vellut N, Briffault X, Clot C. L'impact du confinement sur la santé mentale, l'importance des signaux faibles et des indicateurs fins. Résultats préliminaires de l'enquête Covadapt. *L'Information psychiatrique* 2020 ; 96 (8-9) : 632-8 doi:10.1684/ipe.2020.2164

[2] A. Mengina, M.C. Alléb,c, J. Rollingd, F. Ligiere, C. Schroderf,g, L. Lalanneh, F. Bernab,f,R. Jardrii, G. Vaivaj, P.A. Geoffroyk,l, P. Brunaultm, F. Thibautn, A. Chevanceo,A. Gierschb. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale - Revue de Psychiatrie Clinique biologique et thérapeutique* n° 46 (2020) S43-S52

[3] Di Rocco V, Des activités et des soins en Psychiatrie. *Revue Santé Mentale* n° 226, mars 2018, p. 24.

[4] Gouvernement.fr « Info Coronavirus COVID-19 - Comprendre la covid-19 ». “La transmission”. Consulté le 02 juillet 2021.
<https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-la-covid-19>

[5] Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. « Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de Moisselles (Val-d'Oise) ». Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (blog), 14 novembre 2018.
<https://www.cglpl.fr/2018/rapport-de-visite-de-letablissement-public-de-sante-mentale-de-moisselles-val-doise/>.

[6] Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. “Recommandations en urgence relatives à l'établissement public de santé Roger Prévot à Moisselles (Val-d'Oise)”. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (blog), 19 juin 2020.
<https://www.cglpl.fr/2020/recommandations-en-urgence-relatives-a-letablissement-public-de-sante-roger-prevot-a-moisselles-val-doise/>.

[7] Patrick BANTMAN, La liberté d’aller et venir en psychiatrie. Entre exigence de la loi, l’éthique et la réalité des pratiques. 5 ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? . *L’information psychiatrique*. 2010.

[8] Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, Rapport d’analyse “Des retours d’expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie”, Ministère des solidarités et de la santé, 9 octobre 2021.

[9] Pascal FORCIOLI, *L’éthique du management en santé : de quoi parle-t-on ?*, 2019.

[10] Jules Fresard. « Covid et droit de visite à l’hôpital : des dérives dénoncées comme « un recul inédit de civilisation » », *Public Senat*. 6 mai 2021. <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/covid-et-droit-de-visite-a-l-hopital-des-deriv-es-denoncees-comme-un-recul>

[11] A.-M. DUGUET et E. TERRIER, Vivre avec l’atteinte à la liberté d’aller et venir des personnes en situation de crise sanitaire.

[12] Haute Autorité de santé, Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Droit des patients - Evaluation de la gestion des droits des patients selon le référentiel de certification, novembre 2020.

[13] Site internet, service-public.fr

[14] DGOS, « La charte de la personne hospitalisée ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 22 août 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>

[15] Grojean, M.W., Resick, C.J., Dickson, M.W. & Smith, D.B. (2004). “Leaders, values, and organizational climate : Examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics”, *Journal of Business ethics*, Vol.55, n°3, pp.223-241.

[16] Schimke, M., Wells, D., Peyrefitte, J.& Sebor, T.C. (2002). "Leadership and ethics in work groups : A longitudinal assessment", *Group and organization management*, n°27, pp.272-293.

[17] Deslandes, G. (2012), *Le management éthique*, DUNOD, Paris, 149 p.

[18] OIRY E, DUGUEY I, FOUCAUD J, *Éthique normative et éthique réflexive : quel rôle dans le leadership éthique des managers du soin ?*, Journal de gestion et d'économie médicales 2015/1 (Vol. 33), pages 3 à 21.

[19] Délégation Départementale du Gard (DD30) - ARS Occitanie, *Diagnostic Territorial Partagé de santé mentale, PTSM*, 2020.

[20] « Article 1 - LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1) » *Légifrance*. Consulté le 2 août 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000024312728

[21] Union Nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, « *Organisation de la psychiatrie | Unafam* ». Mis à jour le 25 mai 2021. Consulté le 2 août 2021. <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie>

[22] Gerard, P., et S. Dollfus. « La cohérence cardiaque : état des connaissances actuelles et bénéfiques en psychiatrie ». *European Psychiatry*, Hors-série 1 – 6ème Congrès Français de Psychiatrie – Nice, novembre 2014, 29, n° 8, Supplement (1 novembre 2014): 547. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.333>

[23] Haute Autorité de Santé, "Critère 2.1-05 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée", *Manuel de Certification des établissements de santé*, p.71. octobre 2020.

[24] Conseil constitutionnel, « Décision n° 79-107 DC du 12 juillet 1979 - Loi relative à certains ouvrages reliant les voies nationales ou départementales ». Consulté le 14 août 2021. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1979/79107DC.htm>.

[25] Aubert J, autres cosignataires. « Proposition de loi n° 3920 visant à créer un droit de visite des familles et des proches dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Assemblée nationale. Consulté le 17 août 2021. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3920_proposition-loi

[26] Code de la santé publique, Article R1112-47, *Légifrance*. Consulté le 17 août 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908221

[27] LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1), *Légifrance*. 2020-290 § (2020).

[28] Ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire et à l'adaptation des procédures pendant cette même période (s. d.). *Légifrance*. Consulté le 29 août 2021.

[29] Ordonnance n° 2020-304 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière non pénale et aux contrats de syndic de copropriété (s. d.). *Légifrance*. Consulté le 29 août 2021.

[30] Pellerin Élise. « Critique de la notion du droit et problème de la dignité de la personne dans la philosophie de Simone Weil ». *Revue d'éthique et de théologie morale* n°258, n° 1 (2010): 99-107. <https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2010-1-page-99.htm>

[31] Haute Autorité de santé, *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Téléconsultation et télésoin*, mis en ligne le 2 avril 2020.

[32] Bracconi, Marianne, Christian Hervé, et Philippe Pirnay. « Ethical reflections on the principle of patient autonomy ». *Eastern Mediterranean Health Journal* 23, n° 12 (1 décembre 2017): 845-49. <https://doi.org/10.26719/2017.23.12.845>

[33] Site internet, Organisation mondiale de la santé, 4 octobre 2019.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

[34] Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). « Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement ». Consulté le 31 août 2021.

<https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

[35] Clery-Melin, Philippe, Vivianne Kovess, et Jean-Charles Pascal. « POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE ET LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE », s. d., 106.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-3.pdf>

[36] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, ÉQUITÉ : Définition de ÉQUITÉ. Site web consulté le 31 août 2021.

<https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9quit%C3%A9>

[37] Ricot Jacques. “Les directives anticipées, entre bienfaisance et autonomie”. *Ethique du soin ultime*, (2020) : 127-147.

<https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/ethique-du-soin-ultime--9782810900145-page-127.htm>

[38] Joseph Fletcher, *Situation Ethics* (Westminster, Philadelphia, 1966).

[39] Bourret Rodolphe, Vialla François, et Martinez Eric. “Le principe d’autonomie dans les avis du Comité Consultatif National d’Éthique : quelles limites ?”. *Médecine & droit*, 2015-07, Vol. 2015 (133), p.90-98.

<https://www-sciencedirect-com.ezpum.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S1246739115000032?via%3Dihub>

[40] ”Fabriquer l'éthique en temps de crise : la puissance des situations” : Léo Coutellec, Maître de Conférences en épistémologie et éthique des sciences contemporaines, directeur de l'équipe « Recherches en éthique et épistémologie » (Université Paris-Saclay, INSERM, CESP U1018), membre de POLETHIS et de l'Espace éthique/IDF

<https://www.espace-ethique.org/ressources/article/fabriquer-lethique-en-temps-de-crise-la-puissance-des-situations>

[41] Guillaume Durand, “Introduction générale à la bioéthique”, FIDES, 2005, page 196 et suivantes.

[42] Emmanuel Terrier, “Bioéthique”, Cours M1MSOS CESEGH, MOMA

[43] Pacte international pour les Droits Civils et Politiques des Nations Unies de 1966, Déclaration Universelle de l’UNESCO sur le génome humain, article L. 1122-1-1 du code de la santé publique.

[44] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. *Légifrance*. Consulté le 29 août 2021.

[45] Ministère de la Santé et des Solidarités, “Qu’est ce qu’un espace de réflexion éthique régional (ERER) ?”

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ethique-et-deontologie/article/qu-est-ce-qu-un-espace-de-reflexion-ethique-regional-erer>

[46] Rapporteur général, Hélène Strohl, inspecteur à l’IGAS, “*Une souffrance qu’on ne peut plus cacher*”, Rapport du groupe de travail “ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale”, février 1995.

[47] Guy Durand, «Coordonnées de base de l’éthique », *cit.*, p. 469

[48] Beauchamp, Tom L. ; Childress, James F. (1979). *Principes d’éthique biomédicale*. Oxford : Oxford University Press

[49] AFP, “Epidémie: la Chine confine des villes, mais pas d’alerte internationale.” *Le Point*, 23 janvier 2020. Consulté le 3 août 2021.

https://www.lepoint.fr/monde/face-a-l-epidemie-la-chine-confine-des-villes-entieres-23-01-2020-2359334_24.php.

[50] Avis du CCNE pour les sciences de la vie et de la santé du 16 novembre 2020 “Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19.”, Réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé

[51] Avis du CCNE pour les sciences de la vie et de la santé du 13 mars 2020 « Enjeux éthiques face à la pandémie » Réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé

[52] Marie-Christine Piperini, Rawad Chaker, Stéphane Simonian, Jean-Philippe Garcia, Arnaud Simeone, Sylvia Topouzkhania. “Prévalence et déterminants des risques psychosociaux du personnel en hôpital psychiatrique” dans *Le travail humain* 2021/1 (Vol. 84), pages 1 à 34

[53] Sanders, S (2019) L'éthique managériale du Directeur des Soins : un enjeu de performance, EHESP.

[54] Institut Pasteur, *De l'origine de la lèpre - La génomique au service de l'histoire d'une maladie millénaire*, Document de presse, 12 mai 2005. Consulté le 6 août 2021.

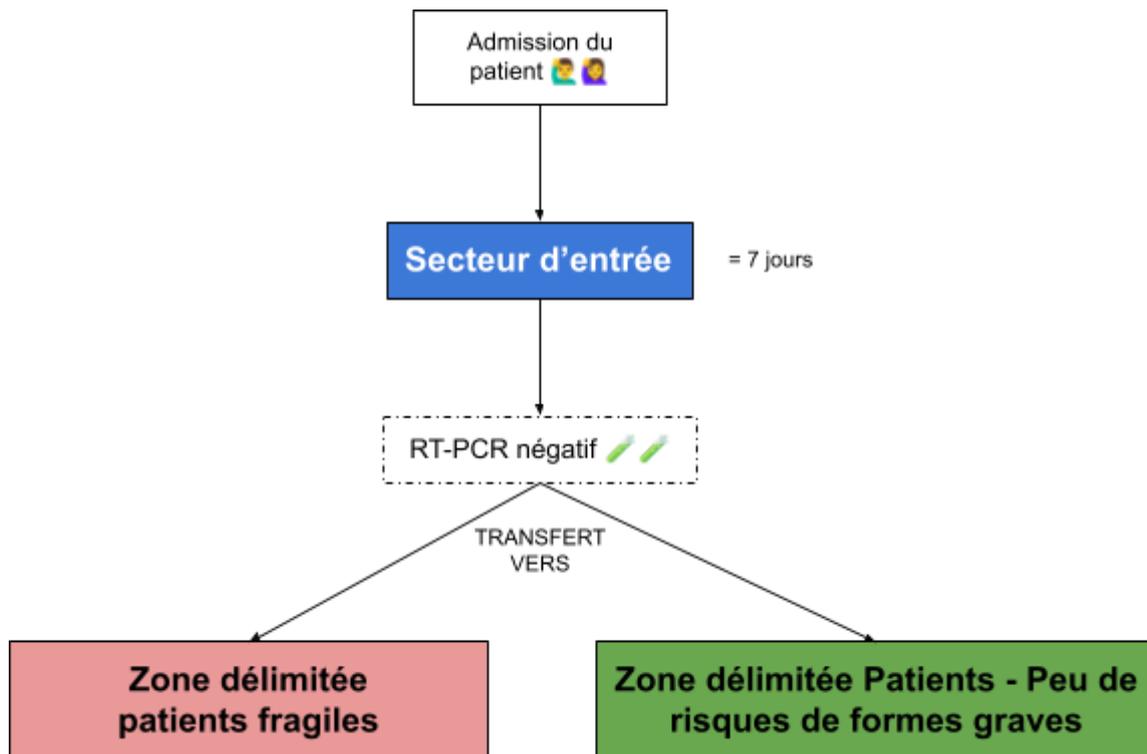
<https://www.pasteur.fr/fr/origine-lepre-genomique-au-service-histoire-maladie-millenaire>

Table des Annexes

Annexe 1 : Parcours du patient avec sectorisation ou "cohorting".....	75
Annexe 2 : Entretien avec Monsieur Alain LORENTE, directeur et Madame Christine BOUCHET, chargée de mission direction de la clinique psychiatrique Stella à Vérargues (34) - Groupe OC SANTÉ.....	76
Annexe 3 : Entretien avec Monsieur Romain VIGNOLI, directeur de clinique psychiatrique Rech à Montpellier (34) - Groupe RAMSAY SANTÉ.....	79
Annexe 4 : Entretien avec Madame Muriel TORRES, directrice d’exploitation de la clinique psychiatrique du Pont du Gard à Remoulins - Groupe ORPEA-CLINEA.....	82
Annexe 5 : Entretien avec Madame Aurélie SANGUINETTI, directrice de la Clinique psychiatrique des Trois Lucs - Groupe ORPEA-CLINEA.....	88
Annexe 6 : Entretien avec Madame Magali COSTE, directrice de la clinique psychiatrique Grand Pré à Durtol (63) - Groupe ORPEA-CLINEA.....	90
Annexe 7 : Entretien avec Madame Louise DEFFRENNES, directrice d’exploitation de la clinique Castelveil à Castelmaurou (31) - Groupe ORPEA - CLINEA.....	92
Annexe 8 : Entretien avec le Professeur Jacques BRINGER, Professeur Emérite de l’Université de Montpellier, Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine de Montpellier, Président du Comité d’Ethique de l’Académie Nationale de Médecine.....	94

Annexes

Annexe 1 : Parcours du patient avec sectorisation ou "cohorting"



Annexe 2 : Entretien avec Monsieur Alain LORENTE, directeur et Madame Christine BOUCHET, chargée de mission direction de la clinique psychiatrique Stella à Vérargues (34) - Groupe OC SANTÉ

1. Type établissement

Clinique psychiatrique de 164 lits d'hospitalisation complète avec 2 services ouverts, un secteur protégé et un service du trouble du comportement alimentaire.

2. Gestion de la crise au niveau de l'établissement et impact de la crise covid-19 sur le droit des patients

Lorsque le 1er confinement est décrété, aucun équipement à la clinique. Le choix a été de centraliser les EPI au niveau du siège du groupe OC SANTÉ pour éviter les vols.

Le directeur a contacté le président de la CME afin de réfléchir à savoir quelle est la réponse adaptée pour garantir la sécurité des patients ? Le choix a été fait de contacter le référent infectiologue du groupe OC SANTÉ pour avis.

Selon, le docteur Jérôme LARCHÉ : par rapport au risque infectieux et le rapport coût bénéfice, il est nécessaire de faire sortir les patients qui en ont la capacité. L'établissement est passé de 164 à 57 patients.

Un secteur Covid-19 a été mis en place dans le service des troubles du comportement alimentaire : deux sorties de secours en rez-de-chaussée. Plus facile en cas d'évacuation de corps afin de ne pas affoler les patients si cela devait arriver.

En termes de ressources humaines, il était nécessaire de trouver des volontaires souhaitant travailler dans ce secteur sachant que 45 salariés ont été arrêtés pour garde d'enfants ou salariés ayant des comorbidités importantes.

Dès qu'il y avait une suspicion covid-19 chez un patient il était transféré dans cette unité. Cela a été problématique puisque nombre de patients ayant des troubles psychiatriques ont des addictions au tabac ce qui suscite de la toux en tant normal. Au moindre signe, ils étaient isolés.

La crise sanitaire fût anxiogène pour un bon nombre de patients. De ce fait, deux semaines après le confinement, on est passé de 57 à 80 patients car certains ne pouvaient pas rester sans prise en charge au vu de la situation.

Les patients en établissement se sont sentis en sécurité, protégés entourés par les soignants.

L'établissement dispose d'un parc de 10 hectares, les patients ont pu prendre l'air.

Les salariés ont été autorisés à courir dans le parc, des activités ont été réalisées pour le personnel afin qu'ils pensent à autre chose durant leur temps de pause.

Suite aux mesures restrictives du confinement, les visites étaient interdites ainsi que les permissions. Restrictions difficiles pour le service des troubles du comportement alimentaire car avec des patients mineurs ou jeunes adultes.

En règle générale, une demi-journée de permission par semaine afin que les patients puissent réaliser leur course. Suite au confinement, ils ne sortaient pas pour réaliser leurs courses. C'est la direction qui les réalisait pour le compte des patients présents dans la clinique.

Le principe n'était pas de sortie mais des dérogations étaient réalisées notamment en cas de rendez-vous importants : tribunal, paiement de loyer, consultations médicales...

La prise des repas était réalisée en salle à manger avec une jauge fixée : deux services ont été mis en place afin d'éviter un nombre trop important de patients au même endroit.

Les patients présents lors du confinement l'ont assez bien vécu selon les soignants car ces restrictions n'étaient pas seulement pour eux mais pour l'ensemble de la population. Contrairement à l'ensemble de la population qui n'avait plus ou quasi plus de lien social, eux, en avaient avec le reste des patients et les équipes soignantes.

Liberté d'aller et venir dans le parc. Historiquement, le portail s'ouvrait automatiquement lorsqu'une voiture arrivait devant le portail. A présent il y a un code pour sortir et entrer afin de contrôler le flux.

Lorsque les permissions ont repris, les patients signaient une attestation sur l'honneur attestant du respect des gestes barrière : gel et masque donnés aux patients.

3. Perception des décisions gouvernementales et mise en oeuvre dans l'établissement

Premiers textes plutôt à destination des établissements urbains.

Textes assez généraux et changeant au vu de l'état de la situation sanitaire. Adaptation à l'établissement par la direction. Les deux somaticiens ont fait un état de la littérature médicale et suivi les consignes de l'infectiologue du groupe afin de garantir la sécurité aux patients.

4. Pistes d'amélioration

Après le déconfinement, les admissions ont repris mais difficile de remplir à nouveau la clinique. Quelles sont les raisons selon vous ? En libéral, les psychiatres voient un afflux de patients mais ces derniers ont peur d'aller en institution car peur des clusters. A cela s'ajoute une réduction de la prise en charge dans certains établissements puisqu'on ne pouvait plus faire de groupe et d'activités donc moins attractifs pour eux. A partir de septembre 2020, reprise des activités en demi jauge avec gestes barrières.

Afin d'assurer la prise en charge de chaque patient et d'éviter une rupture dans les soins, lors des admissions chaque patient doit se présenter avec un Test PCR de moins de 48h00 avant l'entrée en établissement. Les tests ne sont pas faits à la clinique, ils les font avant leur entrée.

5. Avez-vous fait appel au Comité d'éthique de votre région ?

Non, seulement au comité d'éthique du groupe mais pas au sein de l'établissement. Il serait nécessaire d'en avoir un au sein de la clinique mais on se heurte à la psychiatrie. En effet, nous avons souvent des avis différents entre psychiatres : chaque patient à sa caractéristique. Une éthique pour chaque patient.

Annexe 3 : Entretien avec Monsieur Romain VIGNOLI, directeur de clinique psychiatrique Rech à Montpellier (34) - Groupe RAMSAY SANTÉ

1. Type établissement

Plus grande clinique psychiatrique de France avec 216 lits : hôpital de jour, hospitalisation complète et une unité de réhabilitation psychosociale (USR).

Établissement situé en plein centre de Montpellier.

2. Gestion de la crise au niveau de l'établissement

Particularité de la clinique Rech : clinique ouverte. Le patient était libre d'aller et venir comme il l'entendait.

Avec le confinement en mars 2020 : mise en place de barrière avec un gardien à l'entrée. Mise en place d'un contrôle d'entrée et de sortie qui aujourd'hui est devenu un fonctionnement classique. Autorisation de sortie intégrée dans le contrat de soin dans lequel les autorisations de sorties sont validées par le psychiatre.

Finalement la crise a modifié la manière de fonctionner à plus long terme.

Les visites n'ont pas été interdites mais contrôlées : elles étaient réalisées à l'extérieur de l'établissement et plus à l'intérieur. Les visiteurs ne rentrent plus dans l'établissement, une salle est dédiée aux visites.

Une partie des soignants ont trouvé ces règles contraignantes mais assez minoritaires. Cependant les psychiatres et l'autre partie des soignants ont trouvé cela positif car avait conscience du fonctionnement historique de la clinique ne facilitait pas la prise en charge du patient. Aujourd'hui le fonctionnement est validé par la CME.

Lors du confinement l'unité de réhabilitation psychosociale a été vidée par le médecin car ce sont des patients qui sont plus facile à faire sortir car sont déjà considéré comme à l'extérieur. Du côté des hospitalisations, arrêt des admissions et progressivement des patients sont sortis : on est passé de 170 lits dans ce service à 100 lits.

Certains patients ont considéré qu'ils perdaient de la liberté et d'autres qu'ils gagnaient en sécurité : "si j'ai besoin d'être hospitalisé, c'est que j'ai besoin d'un environnement sécurisant et structurant". La liberté ne facilite pas forcément le soin en psychiatrie. Ces mesures nécessitent un accompagnement et une explication.

Ces règles ne peuvent pas être acceptées par le patient mais alors il refuse l'hospitalisation.

Contrôle réalisé sur les patients par les gestes barrières : jusqu'où pouvons nous les contraindre à respecter les règles ? Le choix a été fait de les laisser d'aller et venir dans l'établissement pour éviter le confinement en chambre.

Les groupes thérapeutiques ont continué en respectant les gestes barrières.

Au niveau de la mise en œuvre des recommandations cela était un peu compliqué notamment dans la compétence technique sur les notions d'hygiène puisque dans un établissement de santé de psychiatrie ce n'est pas le cœur de métier. Cependant, nous avons une aide soignante référente hygiéniste formée qui a été détachée sur ces questions. Ensuite c'est essentiellement la direction des soins et l'assistante qualité qui ont fait évoluer toutes les procédures et les protocoles pour formaliser les choses. Tout cela en lien avec le médecin de la CME.

3. Gestion de la crise au niveau global

Le groupe RAMSAY a une cellule de crise avec un médecin dédié sur la santé mentale qui a fait des échanges par visioconférence assez régulièrement avec les établissements. Afin d'accompagner dans les mesures, donner des conseils et aussi poser des règles.

Règles notamment dans la communication avec les médias et la presse pour éviter les scandales qui sont délétères pour l'image du groupe.

4. Pistes d'amélioration

L'hôpital de jour s'est arrêté pendant la période covid-19. Ce sont donc des patients qui n'ont plus eu accès à ce soin là. La reprise a été difficile car l'hôpital de jour est accès sur le travail de groupe.

Il semble intéressant de travailler sur la téléconsultation à distance pour éviter de laisser des patients de côté qui auraient besoin de soins. Cependant des difficultés sont rencontrées par les professionnels qui pensent que le contact physique ne peut être remplacé. Or, au vue de la

situation actuelle, la téléconsultation doit être privilégiée pour éviter de ne rien faire : offrir la possibilité au patient. Il faut pouvoir s'adapter à l'évolution des pratiques.

Utiliser ce nouvel outil pour le patient implique différents aspects notamment la nécessité d'avoir un matériel adapté tel qu'un ordinateur. A cela s'ajoute la problématique de l'enregistrement de l'entretien : le professionnel de santé pourra-t-il regarder les images à nouveau afin de n'avoir rien oublié de l'échange et d'analyser le non verbal ? Il y a donc un questionnement sur le droit des patients concernant l'enregistrement des échanges. Mais aussi comment un patient, avec son niveau de compréhension, va prendre l'information à travers un écran ?

Les patients de l'hôpital de jour ont perdu grandement durant le covid car il y a eu un arrêt complet de la prise en charge. Nous avons eu des perdus de vue, c'est-à-dire des patients qui ne sont pas revenus quand ça a repris.

Lorsque la règle est la même pour chaque personne, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur de l'établissement, elle est plus facile à respecter. Pour l'établissement, il était plus facile de faire accepter les restrictions lorsque c'était le confinement qu'aujourd'hui quand les individus sont "plus libres".

5. *Avez-vous fait appel au Comité d'éthique de votre région ?*

Non. Nous avons une commission éthique mais un des effets du covid a été la quasi disparition de toute forme d'instance dans les établissements de santé qui commence à renaître.

Annexe 4 : Entretien avec Madame Muriel TORRES, directrice d'exploitation de la clinique psychiatrique du Pont du Gard à Remoulins - Groupe ORPEA-CLINEA

1. Type d'établissement

Il s'agit d'une clinique de psychiatrie générale de 70 lits et de 24 soignants.

2. Gestion de la crise au niveau global

La clinique du Pont du Gard a la chance d'être dans le groupe Clinéa qui est implanté en Chine donc le groupe a vu venir la crise. Des dispositions ont été anticipées : dès fin février 2020, la clinique avait déployé des protocoles. Même les EHPAD ont passé la crise plus ou moins bien selon les établissements. Les gestes barrières ont été mis en place très très tôt.

Avant que le confinement soit prononcé, la clinique était déjà en ordre de bataille. Ils ont fait du stock de matériel. La clinique avait peu de boîtes de masques car rien ne justifie en temps normal en psychiatrie de mettre un masque mais ils disposaient d'un petit stock anticipé de matériel.

Les établissements étaient préparés, structurés avec des protocoles particulièrement clairs.

Le responsable des soins venait d'être embauché 15 jours avant l'apparition du covid.

3. Gestion de la crise au niveau de l'établissement et mise en oeuvre en son sein

Les établissements disposaient des protocoles du siège et possédaient les matrices de décision.

La manière dont je travaille est inclusive : des réunions sont menées toutes les semaines avec les équipes donc les prises de décision se font de manière collégiale avec eux et la direction écoute les remarques qu'ils peuvent faire. On propose un certain nombre de choses, on déploie des mesures et on ajuste certaines choses. La clinique a donc essayé d'adapter les protocoles du siège.

Lister les patients fragiles et les regrouper à un endroit (sectorisation) faisaient partie des recommandations de l'ARS. C'était très compliqué à mettre en place.

La clinique a regroupé à un moment les patients parce qu'une peur avait submergé les gens. Par exemple, la gouvernante faisait des crises de panique : elle présentait une sorte de stress post-traumatique et ne pouvait plus sortir de chez elle.

Il y avait une zone d'entrée, une zone de séjour et une zone de patients vulnérables. La clinique a plutôt regroupé les patients dans un endroit où elle pouvait bloquer et sectoriser, un endroit où il n'y avait pas beaucoup de circulation à la base. On a isolé les fragiles potentiels ici. En se disant : si jamais il y a un cas, on isole là nos patients fragiles.

Ces patients fragiles étaient des patients présents ou des entrées qui présentaient des comorbidités ou un âge important.

Cependant, la direction a constaté qu'elle ne pouvait pas continuer ainsi. La clinique possède beaucoup de chambres doubles, les secteurs étaient par conséquent rapidement saturés. Toutefois, la direction a préféré garder une chambre vide dans le cas où il aurait fallu isoler un patient.

L'institution ne pouvait pas donner de masques aux patients vu qu'elle en avait à peine pour le personnel.

Les sorties et les visites avaient été supprimées.

La direction partait du principe qu'à partir du moment où un patient rentre, il est isolé x jours. A partir de là, il est sain et s'il ne croise que des gens qui ne sortent pas, il n'y a pas de risques. Le postulat était que le plus gros risque venait du personnel.

Toutefois, les patients se sentaient plutôt en sécurité ici, ils n'étaient pas soumis au stress de l'extérieur. Ils se sentaient comme dans une petite bulle.

En termes organisationnels, on a optimisé le nombre de personnes présentes par jour. A l'époque, on avait une organisation en 7 heures donc 2 soignants le matin et 2 soignants l'après-midi pour 3 services donc 12 soignants qui circulaient la journée, sans compter les 3 soignants de nuit. On est donc passé en 12h. Au lieu d'avoir 12 personnes différentes qui circulent dans les locaux, la clinique n'en avait que 6.

En reprenant le postulat de départ, l'idée était donc de diminuer le nombre de salariés entrant dans l'établissement.

Cela faisait 1 an que la direction travaillait sur des plannings en 12h. Elle les a donc déployés à ce moment-là.

De plus, la clinique avait mis en place des jauges par mètre carré, sur injonction des autorités. Elle avait pour consigne de fermer les salles de pause du personnel. La direction avait convenu avec les équipes sur le nombre de personnes dans les pièces. On comptait aussi sur leur bon sens. Pour leur salle de pause, la direction a dû maintes fois répéter au personnel que seules 3 personnes étaient autorisées à être dans la pièce en même temps.

Tout cela était discuté en équipe de cadres avec le médecin coordinateur qui était très présent. La direction avait besoin d'apporter une caution scientifique, c'est-à-dire expliquer pourquoi

on prend telle mesure. Parce que le patient n'est pas le plus dangereux. Ce dernier est présent dans l'établissement depuis 3 semaines. Il est donc considéré comme « sain ». Faire en sorte que le personnel l'entende était surtout le plus compliqué à réaliser. Actuellement, les patients sont toujours en demi-jauges au repas en salle à manger.

4. Avez-vous fait appel au Comité d'éthique de votre région ?

La clinique du Pont du Gard a surtout mené sa réflexion en interne. Et pendant toute la durée du confinement, le médecin coordinateur du siège nous appelait de façon hebdomadaire pour vérifier où en étaient les choses et comment cela se passait. Il reprenait les protocoles et on exposait les mesures qu'on avait mis en place par rapport à ces protocoles. Les questions d'actualité étaient abordées, tout comme les difficultés ou les points d'arbitrage sur lesquels l'établissement nécessitait son avis. La référente RH du siège appelaient également pour faire des points réguliers. On ne s'est jamais senti abandonné, c'était plutôt appréciable.

5. Recherche de l'équilibre entre la part de liberté qu'on accordait aux patients et la protection de sa sécurité sanitaire

On mettait un terme à leur liberté d'aller et venir mais c'était le cas pour tout le monde, c'était le cas pour moi, pour vous... [pour tous les français] Vous n'aviez pas le droit de sortir à moins de tant de kilomètres, vous n'aviez pas le droit de voir votre famille donc il n'y avait pas vraiment de débats pour les patients.

On leur faisait leurs courses. J'avais développé la boutique avec plein de produits d'hygiène. On faisait un groupe de patients et avec un soignant on allait acheter les cigarettes. Donc, je leur disais : « pour les produits de première nécessité, vous les inscrivez à l'accueil et 1 fois ou 2 fois par semaine, j'irai en chercher. » Puis arrivé à la clinique, on devait trier toutes les courses avec les notes des patients et on les désinfectait parce que « sait-on jamais ».

Concernant les arbitrages : est-ce qu'on peut en laisser sortir seul fumer ? Est-ce qu'on les autorise à utiliser une bouilloire en chambre parce qu'on ne laisse pas se regrouper autour de la machine à café. Donc on était sans cesse dans un arbitrage permanent !

Il s'agissait d'arbitrage au cas par cas mais c'était uniquement médical. C'est toujours un arbitrage entre le bénéfice/risques Covid VS Risque suicidaire ou Covid VS Décompensation. On est purement sûr de l'arbitrage médical : le risque entre contaminer les autres et le risque

de décompensation psychique. Et d'ailleurs, nous n'avons pas observé d'aggravation de l'état de santé mentale de nos patients. Pas pour ceux qui étaient présents.

Quand un patient est hospitalisé, il accepte de se soumettre aux règles de l'établissement. Mais c'est le cas pour n'importe quelle hospitalisation. On abandonne certaines choses à partir du moment où on est hospitalisé. Mais je considère que ça doit toujours être un bénéfice/risques et lié à une situation médicale. Parce qu'on peut être amené à retirer des cigarettes à un patient, en général avec son accord. Mais il y a des patients à qui on peut dire d'arrêter de fumer en chambre et derrière ils continueront sans cesse de le faire même en le répétant plusieurs fois, simplement à cause de leur pathologie.

Sur la question des arbitrages, on en a eu pour la famille. Par exemple, pour des mères de familles admises à la clinique, c'était difficile de leur dire « non, tant que vous êtes à la clinique, vous ne voyez pas vos enfants ». On avait vu aussi le cas des gens qui amenaient les affaires des patients. On avait donc prévu un sas. Ils restaient chacun d'un côté du sas afin qu'ils puissent échanger quelques minutes. On avait donc quelques visites, décidées au cas par cas.

En ce qui concerne les sacs de linge apportés par les familles, il fallait les décontaminer. On nous disait que le virus ne survit pas plus de 12h donc on devait garder dans un sas pendant 12h les affaires des patients. Et après, ils pouvaient venir les chercher. Sauf que des patients venaient nous voir en disant « je n'ai plus de vêtements propres, comment je fais ? » Donc on finissait par leur dire « ok alors prenez-en un et le reste on le laisse là ». Ça devenait n'importe quoi ! (rires) Au final, le droit des patients est retrouvé de manière très triviale. La mise en œuvre et l'arbitrage ne se fait pas sur des grands concepts, il est quotidien !

Alors, il y a des établissements qui sont très stricts : les gens passaient dans un sas à l'accueil et ne rentraient pas dans l'établissement. Les gens hospitalisés ne voyaient alors strictement personne ! Nous, on a choisi quelque chose de plus souple en adaptant avec les gens. Il me semble qu'on ne pouvait pas être plus strict que ça. A l'époque, les enfants ne pouvaient pas donner le covid (rires) donc certaines fois il y avait des visites familiales.

Régulièrement, on faisait des réunions avec les cadres pour relire les protocoles et voir ce qu'il fallait adapter. On a eu très peu de cas de personnes positives. Excepté le cluster de 5 personnes qu'on a eu très récemment, on a uniquement eu 1 cas positif pendant toute la première période de la crise. Quant à la question de l'équité, on adaptait toujours les choses en fonction des patients individuellement.

Les situations où les patients se plaignent en nous disant “pourquoi lui et pas moi ?” sont permanentes. Mais on renvoie toujours à la notion de projet de soin individualisé. Il faut qu’il soit partagé avec le médecin, l’équipe et le patient. Et le patient comprend très bien cette notion de projet de soin propre à chacun. Même s’ils aimeraient bien faire comme l’autre, ils comprennent. Donc on ramène toujours au bénéfice/risques et au projet de soin.

6. Continuité des soins pendant la crise

Très peu de patients sont partis. Peu sont sortis et on n'a jamais arrêté les admissions. On s’est toujours battu avec les équipes pour ça et ça a été une vraie bataille. On est un établissement de soins et les gens ont besoin de soin donc on continuera à faire le travail pour lequel on est ici. Donc on accueillera toujours les patients de psychiatrie. Alors, certains salariés ne comprenaient pas ! Il a fallu se bagarrer mais on a rappelé ce pourquoi on est là, les mesures qu’on prend pour éviter le risque, que le risque zéro n’existe pas et qu’on fait le maximum pour éviter les contaminations.

Il y a des établissements qui ont complètement arrêté les groupes/prises en charge collectives. Nous, on n'a jamais arrêté les prises en charges collectives, on les a restreint, on a pris les mesures de distanciation, on a aéré les pièces. On a augmenté le nombre de groupes pour admettre moins de patients par séance mais ainsi pouvoir continuer les ateliers. [L’ergothérapeute] avait dressé un carré d’1 mètre de côté autour des tables et faisait désinfecter avant et après l’atelier. Chacun avait son matériel et ne pouvait pas aller chercher du matériel ailleurs. C’était des contraintes mais c’était réfléchi. En salle de sport, [le coach sportif] ne prenait pas plus de 3 personnes en même temps. La balnéothérapie a toujours continué. Le patient n’a pas vu la différence car on avait augmenté le nombre d’ateliers. On avait augmenté la prise en charge sur ces personnels là.

La psychiatrie c’est de la thérapie institutionnelle. Ce qui fait « soin » c’est l’atelier, c’est l’entretien, c’est le groupe. Si on enlève ça, on laisse les gens chez eux et un infirmier viendrait leur donner des médicaments et ça suffit. Mais ce qui fait soin et ce qui fait sens en psychiatrie, c’est la prise en charge thérapeutique et l’atelier. Si on enlève ça, on ne fait pas son métier.

Ce qui fait soin en psychiatrie c’est l’institution en elle-même. Elle est à la fois soignante et à la fois délétère si le patient reste trop longtemps et qu’il se chronicise (parce qu’il se sentirait trop bien dans la clinique). C’est toute la difficulté du dosage de l’hospitalisation. Donc si

vous ne proposez plus d'ateliers à vos patients, pourquoi sont-ils là ? Surtout que, de plus, on restreint les espaces collectifs, on restreint la circulation, on leur fait prendre leur repas en chambre... au final, ils restent en chambre ! C'est peut-être pour ça que dans certains établissements, les patients se sont dégradés parce qu'on les a enfermés dans quelque chose de très contraignant. Nous, on a continué à faire vivre toute la prise en charge. Des fois, il a fallu batailler avec certains soignants par rapport à ça. Mais globalement, ils ont tous adhéré parce que derrière il y avait le discours médical « si les patients sont confinés 10 jours ils ont un statut sain etc... ». Donc, nous, on a continué de faire notre travail et on ne s'est pas cachés derrière la sécurité.

A chaque fois qu'on mettait une contrainte, l'enjeu était de mettre en place quelque chose pour compenser cette contrainte : on allait faire leurs courses, on assouplissait les visites à un moment ou à un autre.

Annexe 5 : Entretien avec Madame Aurélie SANGUINETTI, directrice de la Clinique psychiatrique des Trois Lucs - Groupe ORPEA-CLINEA

1. Type d'établissement

Structure a visé psychiatrique regroupant 115 lits : patients adultes et des personnes âgées (13 lits).

Il s'agit de l'hospitalisation libre.

Établissement en plein changement : fin 2020 annonce du transfert de l'établissement dans 2 à 3 ans.

2. Gestion de la crise au niveau de l'établissement

Premier confinement, fermeture des portes, les patients ne pouvaient pas sortir. Les patients n'ont pas été confinés dans leur chambre. Ils ont été confinés dans la clinique mais vie normale au sein de la clinique. Plus de permission thérapeutique.

Réorganisation totale de l'établissement : "on a ramené la vie à l'intérieur de l'établissement en s'adaptant".

Exemple : mise en place d'un supermarché dans la clinique pour les patients afin qu'ils puissent continuer à faire leurs courses. Activités maintenues en plus petits groupes avec gestes barrières et port du masque.

Le choix n'a pas été de confiner en chambre comme en Ehpad pour éviter des décompensations élevées. Dans un premier temps, arrêt des entrées mais ensuite réouverture avec 7 jours en isolement (chambre individuelle) pour assurer la continuité des soins.

Pour les repas, dans un premier temps, distribution des plateaux dans les chambres avec matériel jetable. Ensuite, respect d'une jauge avec une partie en salle et l'autre en chambre.

Durant le premier confinement, arrêt des activités mais les groupe de parole ont été maintenus avec respect des règles (maximum 3 personnes) pour éviter la frustration pour les patients. En ce qui concerne l'activité physique adaptée, elle n'était plus réalisée en groupe

mais de façon individuelle pour chaque patient. A ce jour, les activités ont repris mais désinvestissement au niveau des activités : sur l'année 2020, à côté du Covid-19, gros changement institutionnel et questionnement sur leur avenir (communication pas officiel du rachat de la clinique donc questionnement).

Tous les jours, un point a été fait avec les salariés : information du siège + recommandations de l'état + protocoles. Adaptation perpétuelle face à certaines situations.

Arbitrage général : la décision doit être comprise et doit avoir du sens. Décision générale pour tous les patients. L'idée est d'avoir une seule ligne de conduite. Arbitrage réalisé toujours en équipe.

En ce qui concerne la communication vers les patients : au tout début, plénière avec les patients et après transmis par flyers. Président CME support pour les communications.

Difficultés de communication avec les psychiatres durant la crise qui a pu parfois scinder la direction et les médecins.

L'établissement s'est beaucoup appuyé sur l'état : une loi prise par le gouvernement et ensuite adaptée dans l'établissement. L'idée c'est qu'on l'applique sinon on est hors la loi.

3. Avez-vous fait appel au Comité d'éthique de votre région ?

Non c'est allé tellement vite qu'on n'a pas pu. Plus un dialogue entre directions d'établissement de la même région pour voir si la ligne directive était la même.

Annexe 6 : Entretien avec Madame Magali COSTE, directrice de la clinique psychiatrique Grand Pré à Durtol (63) - Groupe ORPEA-CLINEA

1. Présentation de l'établissement

Nous sommes une clinique de 220 lits : 110 adultes + 110 gérontopsychiatrie
Nous avons un service de gérontopsychiatrie, un service de médecine et un service d'USLD.

2. Avez-vous fait face à des prises de décisions difficiles ?

Globalement nos situations un peu délicates ont concerné les permissions. Ça a tourné essentiellement autour des permissions.

L'arrêt des permissions a eu pour principale conséquence le fait que les patients n'aient plus d'argent. Ils ne pouvaient pas retirer d'argent et donc pas d'achat de cigarettes. On a donc organisé les achats de cigarettes à l'extérieur, le samedi on allait faire les courses (petit achats au marché) pour les patients.

Les permissions n'étaient autorisées que pour raison médicale (rendez-vous médicaux par exemple).

Une autre conséquence a été l'absence de linge : le linge était transmis par colis aux familles au portail, puis récupérer le linge des familles au portail aussi et stock de 12h pour être distribué le soir aux patients

Pour les personnes âgées, on organisé des machines sur place : les changes sont plus fréquents pour cette catégorie de patients, leur autonomie est moindre. Donc on a mis cela en place pour compenser une perte d'autonomie chez les personnes âgés.

Malgré la crise, on a réussi à contourner tous les problèmes !

Notre psychologue a fait le lien entre les personnes âgées et leurs familles

Le wifi passe très mal dans le service des personnes âgées. Ainsi, le psy appelait les familles pour donner des nouvelles aux familles . Cela n'empêchait pas les rendez-vous téléphoniques entre les familles et patients de gérontopsychiatrie. Mais ça permettait de compenser une perte d'autonomie où les patients plus jeunes le faisaient déjà avec leur smartphone.

En toute objectivité, on a fait les choses pour apporter le plus de confort possible : on a fait les choses dans un souci de bienfaisance plus que d'équité.

Concernant l'équité : la socialisation des patients de l'hôpital de jour a été impactée : des patients qui habitaient en campagne et forêt ne venaient plus à la clinique. Leur cas était différent des patients de ville qui ne venaient plus. Un patient de campagne est encore plus isolé qu'un patient de ville.

L'HDJ a été maintenu en partie. Il y avait 3 régimes :

- des patients pris en charge par téléphone
- des patients qui ont continué à venir mais il a fallu faire des choix selon la gravité des pathologies des patients (gravité évaluée par le médecin)

- des patients qui n'ont plus voulu venir à la clinique et se sont donc retrouvés isolés

3. Aviez-vous arrêté les visites ?

Oui on avait arrêté les visites. On ne les a repris qu'à la fin du premier confinement mais il s'agissait de visites encadrées. On était un peu plus vigilant pour les visites avec les personnes âgées : distanciation dans un endroit à part avec tables entre les personnes, prise de température, présence soignante au début mais on a arrêté.

Chez les adultes : les patients ne se présentait plus à l'accueil pour les visites, les visites avec leurs familles dans le parc nous ont plus ou moins « échappé », on ne pouvait plus contrôler la distanciation ni la prise de température vu qu'elles se déroulaient dans le parc

Au début, on avait une cellule de crise tous les jours avec les médecins, cadres administratifs et de santé. Puis, au fur et à mesure que les choses se stabilisaient, on fait moins de réunions. Actuellement, on a toujours 1 réunion de direction par semaine, qui est en quelque sorte notre réunion de crise.

4. Limitation des ateliers ?

Il n'y jamais eu d'arrêts, même pendant le premier confinement. Mais ils étaient organisés en fonction du nombre de patients des salles. On a réduit le nombre de patients dans la pièce pour maintenir les activités.

Les patients restaient confinés pendant 2 semaines en chambre donc ils n'avaient pas le droit aux activités durant ce temps là. De plus, tous les patients de la clinique prenaient leur repas en chambre sur des plateaux. Car c'était trop compliqué d'organiser les repas en salle : pas assez de place, impossible de réorganiser les services pour les repas. Il y avait beaucoup d'isolement ici oui.

On effectuait aussi 2 tests RT-PCR à J0 et J7 de leur admission puis on attendait encore 7 jours par précaution. Ça voulait donc dire 15 jours de confinement.

5. Les mesures de restriction/limitation étaient-elles purement médicales ou la direction administrative avait-elle aussi son mot à dire ?

Chacun a un pouvoir de décision et a son mot à dire mais on arrivait à tomber d'accord tous ensemble.

6. Avez-vous sollicité un comité d'éthique ?

Non. On a uniquement fonctionné avec les recommandations du siège, de l'ARS, de la HAS et du gouvernement. En faisant partie d'un groupe, on a des procédures clés en main, le travail est pré-mâché. Il n'y a plus qu'à appliquer et communiquer dessus.

Annexe 7 : Entretien avec Madame Louise DEFFRENNES, directrice d'exploitation de la clinique Castelveil à Castelmaurou (31) - Groupe ORPEA - CLINEA

1. Avez-vous fait face à des prises de décision difficiles ?

Comme dans toutes les cliniques, on a imposé un confinement en chambre pour environ une dizaine de jours avec plateau repas en chambre. Donc on a tous eu une réduction de la liberté d'aller et venir.

De plus, au tout début de la crise, nous avons dû organiser les sorties dans le jardin de la clinique afin que les patients puissent fumer. Ça a mobilisé des ressources humaines et a entravé l'organisation de la prise en charge.

En mars, au tout début de la crise, était imposé de sectoriser avec un secteur d'entrée, un secteur patients fragiles et un secteur patients avec moins de risques de formes graves. Cette organisation était complètement aberrante en termes de prise en charge. On mélangeait les patients atteints d'addiction avec ceux atteints d'anorexie et ceux atteints de dépression. C'était complètement anarchique.

Sinon à part ça, je ne vois pas vraiment de décisions difficiles sur le plan éthique.

2. Visites des familles

Au mois de novembre 2020, on avait repris les visites.

La clinique organisait les visites des familles sur RDV uniquement

Le nombre de visites étant limité dans le temps, certains patients n'avaient parfois plus de créneaux disponibles pour voir leur famille ! Ca a constitué une restriction supplémentaire de leurs droits à avoir une vie normale au sein des établissements de santé.

3. La raison thérapeutique pour les permissions

On interdisait les permissions au début puis on a assoupli la mesure. Cependant, cet assouplissement demeurait léger : le but était de limiter au maximum les permissions, donc on imposait une raison médicale valable pour pouvoir sortir. Les permissions pour aller à Carrefour étaient interdites par exemple. On invoquait la raison thérapeutique.

4. Jauges de personnes a eu des conséquences

La CARSAT est venue nous contrôler pour les jauges. Ils nous ont donc obligé à apposer des croix sur les chaises pour faire respecter la distance d'1 mètre entre les personnes.

Ils nous ont aussi obligé à signaler sur chaque porte le nombre de personnes maximales autorisées à entrer dans une pièce.

L'inspection par la CARSAT a beaucoup complexifié les choses.

Ces injonctions s'inscrivaient dans le concept de limitation du nombre de personnes par mètre carré. Ça permettait de limiter les ateliers de groupe.

On peut dire que le nombre de personnes limitées par mètre carré freinaient l'accès aux soins des patients.

5. Exemple de conséquences des jauges sur l'accès au restaurant

Par exemple, la clinique a 75 patients et ainsi le restaurant possède 75 chaises,

La jauge devait être de 50, on a donc retiré 25 chaises pour s'assurer que le nombre de personnes présentes à l'heure du repas corresponde à la jauge (chiffres à titre d'exemple, non réels dans les faits).

Pendant que 50 patients mangeaient, 25 autres faisaient la queue, les patients mangeaient plus vite, ne pouvaient pas profiter d'un repas convivial/agréable. Ce sont des conditions d'hospitalisation dégradées.

6. Avez-vous sollicité un comité d'éthique ?

Non. On avait les recommandations du siège pour nous aider. Elles reprenaient ce que disait le gouvernement, le siège n'inventait rien. Toutefois, ça permettait de soulager les directions sur site : le siège nous fournissaient des procédures clés en main sur les mesures à adapter au quotidien.

7. Décisions collégiales

Les décisions étaient réfléchies avec les cadres de santé, le médecin coordinateur, la directrice, l'attachée de direction et la pharmacienne.

Annexe 8 : Entretien avec le Professeur Jacques BRINGER, Professeur Emérite de l'Université de Montpellier, Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine de Montpellier, Président du Comité d'Éthique de l'Académie Nationale de Médecine.

1. Quelles ont été vos actions durant la crise sanitaire ? Quels sont les types d'établissements ayant sollicité l'ERE Occitanie durant la crise, pour quels types de problématiques éthiques ?

Durant la crise sanitaire, nous avons créé une cellule de crise d'écoute des établissements. Le service fonctionne toujours : le SAEDE (Service d'Accompagnement d'Écoute et de Dialogue Éthique). Nous avons une astreinte permanente sur ce service. Nous essayons de répondre à des problématiques de conflits dans les établissements et d'interpréter des règles ou les recommandations. Enfin, nous essayons de débloquent des situations individuelles de blocage, de tension.

L'expérience de l'espace éthique a été centré, durant la crise sanitaire, sur le monde du handicap et le milieu des EHPAD. Par contre, l'espace n'a pas été saisi dans son service d'accompagnement et d'écoute au cours de la crise par des établissements psychiatriques.

Par exemple, au sein des EHPAD, quand il y a eu l'ouverture des visites à ceux qui avaient déjà contracté le covid et qui étaient immunisés, à ceux vaccinés et à ceux ayant un test de 72h négatif, nous avons été sollicités. En effet, les directions oubliaient très souvent les personnes ayant déjà contracté le virus. De ce fait, il y a eu une lecture hyper sécuritaire. Et il fallait qu'avec les familles et les directions, on intervienne comme médiateur. Il y avait des directions qui recevaient dans les lieux fermés et d'autres dans les parcs avec le masque et donc les risques de contamination étaient beaucoup moins élevés. Donc on essayait de convaincre les directions, les coordination infirmiers, les médecins que la prise de risque n'existait pas.

2. Comment définissez-vous l'éthique et les dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les établissements ?

L'éthique, ce n'est pas la morale, il faut bien distinguer les deux. A l'époque où étaient érigés les grands principes de morale qu'ils eussent été religieux, philosophiques, il n'y avait pas

l'évolution sociétale actuelle, technologie, scientifique et médicale. En d'autres termes, quelle qu'ait été la très grande qualité des penseurs, ils n'ont pas pensé jusqu'au bout d'une évolution que nous connaissons aujourd'hui. Si on parle de la psychiatrie, des médicaments apparaissent au niveau de la psychiatrie. Si on parle des techniques de procréation, aucun philosophe ni aucune religion ne l'avait imaginé. Si on parle de l'accompagnement de la fin de vie, tel qu'on peut le faire aujourd'hui, avec les traitements de la douleur, de la souffrance, personne ne l'avait vraiment envisagé. Ne parlons pas des technologies numériques et de l'intelligence artificielle. La morale ne peut donc pas servir de guide, la plupart du temps, dans des domaines où il y a eu des avancées qui, au temps de la morale, n'existaient pas, avec de ce fait des problématiques nouvelles.

Le plus grand principe éthique pour les anglo-saxons, c'est l'autonomie. L'autonomie de décision, d'ailleurs, si on va en Angleterre ou en Suède, l'autonomie est le principe au-dessus de tout. On ne doit pas décider pour un patient. Sauf dans les cas de perte du discernement. Pour l'anorexie mentale par exemple, on va avoir des attitudes de contraintes pour ne pas perdre le patient. Ainsi, c'est la limite de l'autonomie. Mais ce principe est érigé au-dessus de tout. En Europe d'essence ou d'origine catholique, dont la France fait partie, le principe éthique qui a prévalu c'est la bienfaisance. D'où l'assistance bien plus grande, à tout point de vue, des patients. D'où la moindre responsabilisation des patients. Cela a un vrai impact culturel. Les anglo-saxons considèrent que les individus sont autonomes et responsables. Ainsi, dans le cas où ces derniers trichent sur le remboursement des taxis et de la sécurité sociale par exemple, ils sont lourdement sanctionnés. En revanche, la France a davantage un comportement d'aide et d'assistance auprès de sa population. Ainsi, la France donne primauté à la bienfaisance mais, de ce fait, elle responsabilise moins, d'où les abus dans notre pays qui sont connus.

Puis, il y a la non malfaisance. Ne pas nuire, *primum non nocere*, reste un des points clés et universel de l'éthique. Les 4 grands principes sont intéressants à considérer c'est-à-dire : est-ce que dans cette situation, je respecte l'autonomie ou pas? Dans le cas où je prends la décision de ne pas la respecter, c'est pour une raison qui dépasse l'autonomie et cette raison doit être forte. La liberté va être bafouée mais je le décide collectivement car il y a une raison de force majeure. Cette raison peut être la crise sanitaire qui sous-tend l'idée de la sécurité collective par exemple.

Dans la malfeasance, il y a la malfeasance visible, attendue, les erreurs, les événements indésirables. Mais il y a des malfeasances qui sont sous-estimées, involontaires, à l'insu des professionnels des établissements. Par exemple la souffrance physique ou psychologique sous-estimée. Cet aspect peut être un élément à considérer de près dans une démarche éthique. J'insiste sur la non malfeasance. Et surtout sur le risque de malfeasance certes involontaire mais réel. Ceci dit, en voulant se protéger d'une malfeasance, on va prendre des décisions qui peuvent altérer l'autonomie. Il faut donc réaliser la balance bénéfice risque.

L'éthique est adaptée uniquement à des situations complexes. Les problèmes simples, évident, comme quelqu'un a un immense délire, il va falloir casser le délire et c'est une décision médicamenteuse, forte, il va falloir le protéger et protéger la société. Là, l'autonomie n'est pas possible. C'est une décision de compétence technique et juridique en psychiatrie. On doit toujours revenir à des grands principes avec toujours cette pluralité des angles de vue. L'éthique est un exercice de doute qui sied à des situations complexes. C'est un développement pour une éthique de l'esprit critique et de la lucidité. Ce n'est pas que l'application aveugle des normes.

Le dilemme éthique c'est le conflit des valeurs. Je me retrouve dans une situation où mon choix je vais le privilégier avec des conséquences bonnes et mauvaises, soit car j'ai privilégié des priorités. On appelle ça l'éthique prioritariste qui en France est très privilégiée. C'est la priorité à la gravité, aux comorbidités, aux co pathologies, c'est la priorité à certains risques. Quand le gouvernement français vaccine d'abord les personnes âgées, puis les plus fragiles, il est prioritariste. Mais les anglo-saxons sont eux utilitaristes. Et donc on peut nous aussi, dans certains cas, appliquer l'utilité. Et à ce moment-là, on sélectionne la vaccination selon les chances de succès de la vaccination par exemple. Par exemple, chez les personnes âgées, on voit bien que la vaccination stimule difficilement l'immunité et donc il faut plusieurs vaccins même un troisième etc. Alors que chez les jeunes c'est remarquable d'efficacité. On pourrait alors penser que les chances de succès d'une vaccination en masse réside dans la vaccination des jeunes. C'est utilitaire. Les anglo-saxons discutent de ça. La France ne le fait pas, elle donne priorité aux personnes âgées et aux malades. Dans un établissement, on pourrait faire pareil.

Puis il y a les égalitaristes, ceux qui disent qu'il faut d'abord arriver dans l'éthique à développer partout les mêmes moyens, partout les mêmes objectifs, partout, l'équité sociale,

financière etc. Donc il y a des conflits de valeurs dans des décisions et ça, dans les établissements psychiatriques, vous allez les retrouver avec des propres conflits.

3. Quelle est selon vous la spécificité des établissements psychiatriques au plan des problématiques éthiques ?

La particularité de la capacité de discernement au sein des établissements psychiatriques est une notion qu'on peut aussi retrouver au sein des EHPAD avec notamment la maladie d'Alzheimer. Les décisions relatives à l'autonomie doivent prendre en compte cette spécificité. Par exemple, une jeune fille qui a une anorexie mentale à 18 ans et qui donc a cette maladie de la maîtrise, qui n'est pas la plus grande perte de discernement par rapport aux états délirants ou aux états psychotiques, mais qui la conduit à ne plus manger car elle décide que c'est bon pour elle, que ça l'apaise et que manger pour elle est mauvais, ça l'angoisse à un point tel quel ne peut pas vivre. On peut se poser la question jusqu'où on va dans l'acceptation de son autonomie ? C'est un exemple de discernement en médecine. Mais on a ça aussi pour les délires, les psychoses, les pertes de discernement liés aux dégénérescences cognitives. L'individu pèse beaucoup sur la réflexion même de ce que l'on va faire, proposer. Je pars du principe que dans un hôpital psychiatrique, tout le monde n'a pas le même niveau de discernement et qu'on doit chercher jusqu'où la personne a cette capacité ou non. De plus, on peut avoir une capacité de discernement sur certains aspects et pas sur d'autres aussi.

Prenons un exemple : dans le cas d'un malade psychiatrique qui a une bonne capacité de discernement et qui est prêt à appliquer une distanciation de qualité, la décision, pour ce patient de la sortie dans la journée, pourrait être différente que pour un autre patient. En effet, on pèserait un risque extrêmement faible. Mais si un établissement prend cette décision, il va être accusé d'iniquité. C'est là où la décision, par définition, n'est pas parfaite. L'important c'est d'argumenter la décision. Dans ce cas, l'argument pourrait être le suivant : à ce jour, je prends telle décision, parce que j'ai tant de personnes dans mon établissement dont le discernement permettrait d'avoir la souplesse mais ces patients côtoient tous les jours des patients et des familles qui ne l'accepteraient pas sur le plan de l'équité. Donc, à ce jour je maintiens la décision de restreindre les libertés par exemple. Et bien évidemment il y a des aléas dans toutes décisions. Ici, on touche du doigt l'imperfection de tout ce qui est humain.

4. Quels sont pour vous les pistes d'améliorations pour les établissements psychiatriques se trouvant en difficulté face aux dilemmes éthiques relatifs à la crise sanitaire ?

Dans les établissements psychiatriques, il va y avoir de très grands dilemmes éthiques. C'est-à-dire que nous allons très vite nous confronter à la liberté individuelle versus sécurité collective. Cela a été vrai durant toute la crise et c'est encore vrai avec la vaccination lorsqu'on discute du pass sanitaire. C'est un dilemme entre liberté individuelle versus bienfaisance ou non malfaisance collective.

Premièrement, la réflexion éthique précédant une décision est toujours à plusieurs. Il n'y a pas de réflexion éthique si on est deux médecins du même avis. Les comités d'éthique essaient de réunir le plus possible de disciplines et d'angles de vue. Mais dans les établissements, on ne peut pas faire venir des philosophes comme on veut, on ne peut pas faire venir des sociologues comme on veut, on ne peut pas avoir les représentants des grandes religions comme on veut etc. Donc c'est vrai que quelques établissements peuvent le faire comme les grands CHU. Mais en pratique c'est plus les représentants du personnel dans les différentes composantes : soignants, médecins, et en passant aussi par des représentants des patients et des familles. Déjà, on a des angles de vue et des vécus différents. Pour chaque décision, c'est un préalable absolu. Ce n'est que quand on aura confronté plusieurs angles de vue, sur un problème complexe, une décision difficile, imparfaite, qu'on pourra dire qu'on a eu une réflexion éthique.

Dans les EHPAD ou dans le monde du handicap, l'espace éthique Occitanie a été saisi sur des difficultés de visite par exemple. Et chaque fois on questionnait au sujet du nombre de personnes à prendre la décision. Et lorsqu'ils répondait « on était 2 », nous répondions «vous auriez été un peu plus, la démarche aurait été plus valable». Quand ils disaient, « on était 4 ou 5 », nous trouvions que pour un petit établissement, c'était déjà bien. Pour finir, ils avaient pris une décision, mais durant les échanges, ils avaient pu écouter la famille par exemple. Donc s'ils avaient écouté la famille, et malgré ce, pris leur décision, il y avait quand même une démarche éthique, avec une réponse qui peut ne pas satisfaire. Car on va voir s'affronter les dilemmes éthiques.

L'absence d'attention et d'écoute de la personne et des familles peut être préjudiciable pour les établissements. L'insuffisance ou l'absence d'écoute cause une souffrance. Il est nécessaire d'adopter un contact adapté. Vous pouvez faire passer une décision qui ne convient pas à la personne ou à la famille si vous avez un contact adapté. C'est-à-dire avec un tact nécessaire. Le mot tact n'est pas assez utilisé dans les établissements. L'absence de tact est une des raisons de la survenue de beaucoup de problèmes. Pour appliquer ces décisions de restrictions de libertés, il faut une conscience éthique et une confiance aussi. Dans l'établissement psychiatrique, je pense que la confiance des familles est fondamentale. Et donc, il faut prendre le temps de l'expliquer et de gagner la confiance.

Dans la malfaisance, si on fait mal une annonce, une absence de tact, une insuffisance d'écoute, d'attention, ou des mauvais choix de mots, on va entraîner non seulement une perte de la confiance mais une véritable défiance. Et donc la réflexion éthique, notamment le principe de non malfaisance c'est d'éviter la défiance. Or, la défiance, dans le pays, elle y est. Il faut voir avec la vaccination. Mais dans ce cas, il y a une autre alimentation via les réseaux sociaux qui entraîne une défiance au début, un rejet par une inconscience presque mais après une défiance. Et dans les établissements, il faut faire attention à ne pas créer des défiances.

Pour finir, je dirai que l'éthique c'est penser à ce que l'on fait. C'est *Hannah Arendt* qui est à l'origine peut être de l'éthique moderne. En disant penser ce que l'on fait évite de commettre le mal. Elle le dit bien sûr car elle s'est rendu compte que pendant la guerre, les cadres, les employés de préfecture et autres commettent le mal en signant des bordereaux de transport d'enfants juifs sans penser à ce qu'ils faisaient. Simplement en ne pensant pas. Ce n'est qu'après qu'ils ont pris la dimension de ce qui s'était passé mais ils ne réfléchissaient pas. Donc ne pas penser, on finit par commettre le mal. Évidemment, en santé ce n'est pas du même niveau de réflexion, c'est tout autre chose, mais le principe est le même. Et une des raisons pour laquelle l'éthique aujourd'hui n'a pas assez de place c'est que c'est un moyen de penser et que dans notre société on applique des textes, des normes, des recommandations, on applique des injonctions. On court beaucoup après une activité, à tout faire, mais on ne réfléchit pas, on ne pense pas. Et l'éthique c'est penser. On est trop commandé par des normes qui deviennent inhumaines. Et si on n'y prend pas garde, des normes appliquées sans discernement sont des normes qui peuvent devenir complètement absurdes pour un problème donné. La loi, malgré les 85 000 lois et les 230 000 textes réglementaires votés par le parlement, ne peuvent pas répondre à tous les cas individuels. Ce n'est pas possible. Et en

plus des situations mouvantes, changeantes, ce n'est pas possible. Et à force d'apprendre à respecter que des normes, on ne pense plus. Le retour à penser ce que l'on fait dans les établissements et en se questionnant pour voir sous différents angles de vue des situations complexes. Penser. L'éthique c'est ça, et penser bien sûr en termes de respect de la dignité humaine. Qu'est-ce que c'est la dignité humaine ? Difficile de définir la dignité humaine. C'est une part d'autonomie à respecter, jusqu'où on peut la respecter, bien sûr il y a des limites, il n'y a ne pas nuire, c'est une limite absolue de l'éthique, ne pas nuire à autrui.