

# Droit de visites dans des lieux de soins en période de crise COVID (Hôpitaux, EHPAD, ULSD)

---

Travail coordonné par l'ERE  
de Normandie

Décembre 2021



**Fiche repère CNERER**



Conférence Nationale des Espaces  
de Réflexion Éthique Régionaux

**Conférence Nationale des Espaces de Réflexion  
Ethique Régionaux**

**[www.cnerer.fr](http://www.cnerer.fr)**

**Tel. 06.75.65.89.34**

**[secretariat@cnerer.fr](mailto:secretariat@cnerer.fr)**



# SOMMAIRE

<b>Les Espaces de Réflexion Éthique régionaux .....</b>	<b>p. 4</b>
<b>La Conférence Nationale des ERER .....</b>	<b>p. 5</b>
<b>Présentation .....</b>	<b>p. 7</b>
<b>PRINCIPES GENERAUX COMMUNS A L'ENSEMBLE DES STRUCTURES DE SOINS ET/OU MEDICO- SOCIALES .....</b>	<b>p. 8</b>
MINIMISATION DU RISQUE DE CONTAMINATION.....	P. 8
MAINTIEN DU LIEN SOCIAL, FAMILIAL, AMICAL ET AFFECTIF .....	P. 9
PLACE DES INDIVIDUS ET DE LEURS PROCHES DANS LA DÉCISION.....	P. 10
ENCADREMENT DE LA LIMITATION DES VISITES .....	P. 11
<b>APPLICATION AUX PARTICULARITES DU MILIEU HOSPITALIER .....</b>	<b>p. 12</b>
<b>APPLICATION AUX PARTICULARITES DES EHPAD ET USLD .....</b>	<b>p. 13</b>
<b>APPLICATION AUX SITUATIONS DE FIN DE VIE ET AUX DECES.....</b>	<b>p. 13</b>
<b>Pour aller plus loin .....</b>	<b>p. 15</b>
<b>Les publications de la CNERER .....</b>	<b>p. 19</b>

# Les Espaces de Réflexion Éthique régionaux

La loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique a créé des structures éthiques régionales ou interrégionales, les ERER, et codifié à l'article L. 1412-6 du code de la santé publique (CSP) leurs missions :

*« ils constituent, en lien avec des centres hospitalo-universitaires, des lieux de formation, de documentation, de rencontre et d'échanges interdisciplinaires sur les questions d'éthique dans le domaine de la santé. Ils font également fonction d'observatoires régionaux ou interrégionaux des pratiques au regard de l'éthique. Ces espaces participent à l'organisation de débats publics afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens sur les questions de bioéthique ».*

*Ils « ont vocation à susciter et à coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé. Ils assurent des missions de formation, de documentation et d'information, de rencontres et d'échanges interdisciplinaires. Ils constituent un observatoire des pratiques éthiques inhérentes aux domaines des sciences de la vie et de la santé, de promotion du débat public et de partage des connaissances dans ces domaines. »*

## Les Espaces de Réflexion Éthique Régionaux

Espace de Réflexion Ethique Régional Auvergne-Rhône Alpes (EREARA)

Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté (EREBFC)

Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB)

Espace de réflexion éthique région Centre-Val-de-Loire (ERERC)

Espace de Réflexion Ethique Grand Est (EREGE)

Espace de réflexion éthique de Guadeloupe et des Iles du Nord (EREGIN)

Espace de Réflexion Ethique Régional des Hauts-de-France (ERE HDF)

Espace de réflexion éthique Région Ile-de-France (ERERIDF)

Espace Régional Ethique de La Réunion (ERELR)

Espace Régional Ethique de Martinique (EREM)

Espace de Réflexion Ethique de Normandie (EREN)

Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle-Aquitaine (ERENA)

Espace Régional Ethique Occitanie (EREO)

Espace de Réflexion Ethique PACA-Corse

Espace de Réflexion Ethique des Pays de la Loire (EREPL)

# La Conférence Nationale des ERES

**La Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Ethique Régionaux (CNERER) est l'association loi 1901 qui fédère depuis 2021 les quinze ERES afin de valoriser leurs travaux et de permettre des échanges de bonnes pratiques entre ERES. Elle facilite les liens entre les ERES et réalise des actions communes.**

La CNERER a ainsi pour mission de :

- ▶ Faciliter les liens entre les ERES et réaliser des actions communes ;
- ▶ Être l'interlocuteur des ERES auprès des pouvoirs publics et de l'Etat ;
- ▶ Exprimer les positions communes des ERES ;
- ▶ Relayer les observations des ERES ;
- ▶ Promouvoir les travaux des ERES ;
- ▶ Favoriser des actions interrégionales en éthique ;
- ▶ Assurer une continuité et un historique de ces activités.

La CNERER est également l'interlocuteur des ERES auprès des pouvoirs publics et notamment du ministère des Solidarités et de la Santé mais également des instances d'éthique de la vie et de la santé, en particulier le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).

Il existe ainsi un comité de liaison CCNE-CNERER qui constitue le catalyseur de ce partenariat afin de tirer parti de toutes les initiatives qui sont prises dans cette optique et qui permettent, entre autres, d'atteindre les objectifs suivants :

- ▶ Nourrir la réflexion éthique menée par le CCNE dans le cadre de groupes de travail thématiques ou permanents, à l'aide des données colligées dans les territoires ;
- ▶ Participer au suivi des avis du CCNE en sollicitant les opinions citoyennes et professionnelles au plus près des territoires.

Dans ce contexte la CNERER coordonne des projets de recherche et d'analyse des pratiques dans les territoires en région.

**Equipe de coordination** : Pr Grégoire Moutel, Maryse Fiorenza-Gasq, Hélène Gebel



# Présentation

L'éthique en santé peut se définir comme une réflexion active, collective, interactive sur les valeurs humaines et sur les tensions entre des volontés et d'autres logiques

Elle étudie ces tensions et les critères de choix et les différents scénarii possibles. Elle fonctionne donc par argumentations et débats.

A un niveau collectif, elle participe aux questionnements sur les choix de société et contribue à l'évolution des normes et règles qui nous régissent.

C'est donc un processus dynamique d'interrogations et de questionnements dont la visée est une aide à la décision.

## RPRINCIPES GENERAUX COMMUNS A L'ENSEMBLE DES STRUCTURES DE SOINS ET/OU MEDICO-SOCIALES

### MINIMISATION DU RISQUE DE CONTAMINATION

#### ► Repères éthiques (principe, dilemme ou risque)

Dans un contexte initial d'incertitude de cette crise sanitaire (risques et conditions de transmission du virus peu connus), les visites dans les structures ont été limitées ou même supprimées pour assurer la sécurité des patients/ résidents dès le début de la crise. En effet, en limitant le nombre de personnes (potentiellement contaminées et contaminantes) présentes dans les structures et les interactions, le risque de transmission du virus était abaissé. Ces restrictions d'ordre sanitaire ont reposé sur le principe de bienfaisance : protéger les plus vulnérables de l'atteinte virale et de ses formes les plus sévères<sup>1</sup>.

Dans les structures telles que les hôpitaux ou les EHPAD, du fait de la vie communautaire, le risque de contamination est très élevé dès lors qu'un résident ou un membre du personnel est atteint par le virus de la COVID. Les enjeux relatifs à la minimisation du risque de contamination sont donc individuels mais aussi collectifs. La limitation des visites correspond donc au respect des principes de solidarité et de responsabilité. Les interdictions de visites ont été considérées comme un impératif de santé publique pour assurer la protection sanitaire<sup>2</sup>.

Par ailleurs, dans un contexte de tensions fortes sur le secteur hospitalier, la limitation du risque de contamination contribue également à préserver le personnel et ainsi garantir la continuité des soins et les capacités d'accueil des structures : « *L'institution hospitalière a pour mission de prendre en charge les patients, de limiter la propagation virale au sein de l'établissement dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales et d'éviter l'épuisement des professionnels.* »<sup>3</sup>.

Néanmoins, cette approche visant à la protection sanitaire des personnes se confronte à la notion de privation des libertés en particulier en entravant la rencontre entre personnes. Cette entrave présente elle aussi un risque : celui de la détresse psychologique, de la dégradation relationnelle avec pour certains patients également la mise en jeu d'un risque vital.

Ainsi, la démarche éthique vise aujourd'hui à voir comment renouer le lien social tout en respectant des règles sanitaires acceptables.

#### ► Repères pratiques

La restriction des visites était d'autant plus nécessaire dans un contexte de pénurie du matériel de protection (masques, blouses, gel hydro alcoolique) : « *Cette interdiction était d'autant plus nécessaire que le matériel de protection était insuffisamment disponible (masque, gel hydroalcoolique, surblouse, etc.).* »<sup>4</sup>

A ce jour, les visiteurs, résidents et patients disposent du matériel nécessaire mis à disposition dans les structures, et la majorité des personnes après avoir été sensibilisées à la nécessité des gestes barrières et formées (exemple du lavage des mains) respectent les procédures. Elles limitent ainsi le risque de transmission du virus associé aux allées et venues dans la structure : « *Nous disposons désormais d'une meilleure connaissance du virus, les mesures barrières ont globalement été assimilées par la population, nous ne manquons plus d'équipements de protection et le dépistage peut être réalisé rapidement. La protection des soignants et des proches est essentielle, mais il est possible d'adapter les organisations», assurent-elles, donnant l'exemple de «plusieurs hôpitaux et équipes soignantes» qui «ont élaboré des protocoles permettant de maintenir le lien avec les personnes hospitalisées ou en EHPAD, tout en conservant le principe indispensable de sécurité sanitaire lié à la pandémie* »<sup>5</sup>.

1/ ERER Grand Est, [Avis sur les visites en EHPAD](#), 18 décembre 2020

2/ Idem

3/ ERE Guadeloupe et Iles du Nord, *Problématiques éthiques à propos des restrictions relationnelles du patient hospitalisé en situation pandémique*, Bulletin de réflexion n°3, janvier 2021

4/ ERER Normandie, [Droit de visites en milieu hospitalier en période de crise sanitaire Covid](#), Note, 19 novembre 2020

5/ APM News, *Covid-19 et fin de vie : pour plus de souplesse dans la gestion des visites*, 25 janvier 2021



La création de secteurs ou de services dédiés à la prise en charge de personnes positives à la Covid-19, pendant la durée de leur phase contaminante, permet d'adapter aux risques de contamination, les consignes liées aux visites extérieures : « *Les établissements se sont organisés en fonction de leurs contraintes logistiques et matérielles pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (création de secteur séparés Covid + et Covid -, confinement strict des résidents dans leurs chambres, ou encore organisation de sorties dans les espaces extérieurs).* »<sup>6</sup>

La mise en place d'une politique de dépistage réguliers dans les EHPAD et les hôpitaux pourrait limiter le risque de contamination entre les patients/les résidents, les professionnels de santé et les visiteurs dès qu'un cas a été identifié comme étant positif au virus de la COVID.

Enfin, une politique vaccinale généralisée devrait également à terme minimiser le risque.

## Maintien du lien social, familial, amical et affectif

### ► Repères éthiques (principe, dilemme, risque)

Les visites extérieures correspondent au respect du droit des individus à une vie familiale, amicale et affective et au lien social. Pour l'hôpital, ce droit est inscrit dans la charte de la personne hospitalisée<sup>7</sup>. Le droit à une vie familiale et au lien social découle des principes d'autonomie, de liberté et de respect de la dignité des personnes.

Ces visites sont d'autant plus justifiées, qu'elles sont nécessaires pour ne pas entraîner de nombreuses conséquences

6/ ERER Normandie, [Permission de visites et de déambulation, pour maintenir le lien social et éviter les pratiques d'enfermement et de contention en EHPAD dans le contexte de la crise Covid](#), 17 novembre 2020

7/ Ministère des solidarités et de la santé, [Charte de la personne hospitalisée](#), Avril 2006

néfastes pour les patients, les résidents, leurs proches ainsi que pour les professionnels travaillant dans ces établissements, telles que :

- Souffrances psychiques
- Syndrome de glissement
- Inductions de pathologies psychiatriques
- Souffrances physiques
- Souffrance du personnel
- Souffrance des familles

Les visites des proches peuvent avoir un effet positif sur le niveau d'anxiété de la personne hospitalisée ou du résident, son équilibre psychique et somatique (exemple des visites en SSR qui permettent d'accompagner un patient post AVC : « *L'interruption du concours de la famille dans la rééducation peut être responsable d'une réapparition de l'état de fatigue initial, du développement brutal d'une apathie ou d'un manque de motivation pour des activités qui procuraient un peu de plaisir. Le fait de se retrouver seul, sans sa famille, peut aussi entraîner un état de dépression profond au moment où les progrès se ralentissent, voir un syndrome de glissement. Enfin, il ne faut pas non plus sous-estimer l'impact de la rupture du lien et le risque de l'exposition des proches à la dépression, voire la démotivation des membres de l'équipe face à la régression observable, dont ils en connaissent l'origine : rupture du lien avec l'épouse dont les visites entretenaient la motivation de tous* »<sup>8</sup>). Les proches sont ainsi acteurs de la prise en charge.

### ► Repères pratiques

Pour tenter de limiter les effets secondaires de la privation des visites, certains services ou EHPAD, ont mis à disposition des alternatives numériques pour maintenir le lien social. Ces outils bien que peu familiers pour certains, et pas toujours adaptés, ont permis à quelques personnes de conserver un lien avec leur entourage malgré les privations des visites : « *Nombre d'EHPAD ont pu s'adapter à cette situation douloureuse en remplaçant les visites par un accompagnement des résidents par le téléphone mais aussi par les moyens modernes de communication associant parole et images. Cette adaptation de l'accompagnement a toute-*

8/ ERER Grand Est, Saisine du 30 mars 2020

fois ses limites. Des personnes âgées sont en fin de vie pour d'autres affections que le Covid-19. Dans quelques EHPAD le Covid-19 s'est introduit. Comment dès lors gérer l'accompagnement de fin de vie ? Il devient impossible pour les proches de communiquer, par le téléphone ou par des applications vidéo, avec leur père, leur mère, leur conjoint, leur compagnon lorsque la vigilance est fluctuante, la parole rare ou difficilement compréhensible, la fatigue extrême.<sup>9</sup> ». Il importe aujourd'hui de souligner l'urgence de doter l'ensemble des établissements de tels moyens de communication adaptés aux grand âge et/ou à toutes situations de maladie. Cette crise a révélé une carence en la matière.

Une alternative à la limitation des visites consiste à préserver des activités collectives et des interventions extérieures avec respect des gestes barrières (activités culturelles, interventions d'associations de patients ou de bénévoles, commission des usagers mais également aumôniers des hôpitaux, etc.). « La plupart de ces intervenants sont formés pour respecter le cadre hospitalier et les mesures sanitaires en vigueur. Ils sont considérés comme des maillons indispensables auprès des personnes hospitalisées, en situation de vulnérabilité. Il ne faudrait pas sous-estimer le besoin de contact pour les personnes seules, hospitalisées. Quand on est vulnérable, les relations humaines sont essentielles.<sup>10</sup> »

Ces alternatives aux visites des proches pour limiter le risque de contamination ne sont pour autant pas une solution satisfaisante sur le long terme. Elles ne peuvent remplacer les rencontres en présentiel des proches. Les visites des proches doivent donc être envisagées dès que cela est possible, programmées et accompagnées. Ainsi ces visites peuvent avoir lieu tout en maîtrisant le risque de contamination. L'éducation et l'accompagnement des proches ne doivent pas être un motif pour effectuer une surveillance de l'intégralité de la visite. Le résident ou la personne

hospitalisée et son visiteur doivent pouvoir échanger sans être contrôlés en permanence par un tiers.

Pour conserver le lien social, le port du masque transparent dit « inclusif » peut être promu plutôt qu'interdit et nécessaire dans certaines situations (maladie d'Alzheimer où les personnes ont des déficits sensoriels et des troubles de la perception, ce qui peut les empêcher les visages et les émotions de leurs visiteurs : « *Those with Alzheimer's Disease can have sensorial deficits and perception troubles, including visual difficulties and the inability to recognize faces and motions. Face masks and physical distancing can disrupt facial familiarity and make it more difficult to recognize emotional facial expressions. It can provoke distress, which the visitor can perceive and feel obligated to take off the face mask. This gesture should not be considered as an act of indiscipline, but an act of empathy. Transparent face masks could improve the suffering of AD patients, distraught in the presence of their loved ones whose masks hide their faces.* »<sup>11</sup>, déficiences auditives où les masques en tissus empêchent de lire sur les lèvres, etc.).

Enfin, cette question du maintien de la relation prendra également tout son sens dans les situations de fin de vie et/ou de deuil.

## Place des individus et de leurs proches dans la décision

### ► Repères éthiques (principe, dilemme, risque)

Pour améliorer l'acceptation de la réglementation des visites, il faut veiller à l'information et à l'intégration des patients, des résidents et de leurs proches dans le choix des règles d'organisation des visites. Les décisions unilatérales non partagées et non débattues sont aujourd'hui mal comprises et mal acceptées. La collégialité est un principe éthique important, base d'une démocratie sanitaire active.

9/ ERER Nouvelle Aquitaine, *Lettre à destination des directions et référents éthiques des EHPAD*, 1<sup>er</sup> avril 2020

10/ ERER PACA-Corse, [Auto-saisine à propos de la limitation voire de la suspension d'interventions « extérieures » : activités culturelles, interventions d'associations de patients ou de bénévoles, commission des usagers mais également aumôniers des hôpitaux](#), 7 octobre 2020.

11/ Roger Gil, Eva M. Arroyo-Anllo, "Alzheimer's Disease and Face Masks in Times of COVID-19", *Journal of Alzheimer's Disease*, vol.79, 2021, n°1, p. 9-14

Un des enjeux est donc dans un premier temps de fournir aux patients et à leurs proches une information complète, claire et transparente en précisant les critères objectifs qui ont abouti à la limitation voire à la suppression des visites.

Dans un second temps, dans une logique de codécision, les différents acteurs dont les patients/résidents et leurs proches doivent être intégrés aux décisions d'organisation des visites. Cela respecte le principe de l'éthique de la discussion selon lequel une restriction ne peut s'imposer sans argumentation confrontation ni décision collégiale et démocratique.

### ► Repères pratiques

Dans les EHPAD, l'avis des proches devrait toujours prendre en compte le conseil de la vie sociale. : « *S'agissant de la méthode à encourager, les textes réglementaires insistent sur l'organisation d'un temps spécifique consacré à la concertation au sein de vos équipes, rassemblant de multiples métiers, mais aussi avec les résidents et leurs proches. Dans ce processus, les conseils de la vie sociale (décret 2004 287 du 24 mars 2004, revu en 2005) constituent un outil essentiel sur lequel vous pouvez vous appuyer :*

« *Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, [...] ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge* » (Code de l'action sociale et des familles).

*Le conseil de la vie sociale constitue un bon moyen de dialoguer pour apaiser les éventuelles tensions se faisant jour et, s'il n'est pas partout aussi actif qu'il pourrait l'être, la crise liée à la COVID-19 vous donne l'opportunité de le dynamiser.*<sup>12</sup>»

A l'hôpital, le droit de visite peut varier d'un service hospitalier à un autre, d'une institution à une autre en regard de situations « à risques médicaux équivalents ». Là aussi, la

décision devrait intégrer les instances hospitalières et les représentants des usagers avec également recours possible aux groupes d'éthique et comités d'éthique.

Les cellules éthiques et espaces de réflexion éthique régionaux peuvent être des médiateurs si le dialogue est rompu entre les différents participants au choix.

## Encadrement de la limitation des visites

### ► Repères éthiques (principe, dilemme, risque)

Le 30 mars 2020, le CCNE dans sa réponse à la saisine du ministère des Solidarités et de la Santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD<sup>13</sup>, a insisté sur le caractère temporaire et proportionné des décisions et mesures de limitation des visites. Cette recommandation s'applique également au secteur hospitalier.

Lorsqu'elles s'imposent, les limitations de visites doivent être décidées collégialement (comme exposées ci-dessus) et basées sur des arguments objectifs.

Elles doivent également dans la mesure du possible laisser une certaine liberté aux professionnels de santé du terrain pour prendre en compte les situations singulières.

Soulignons ici qu'afin de favoriser une éthique de la discussion, il importe que les directeurs d'établissements ne puissent être retenus comme seuls responsables des modalités d'organisation des visites car si tel était le cas, certains peuvent être tentés d'appliquer le principe de précaution et d'interdire ou de restreindre drastiquement les visites.

### ► Repères pratiques

Certaines procédures en lien avec les visites qui ont été appliquées étaient parfois irrationnelles au niveau local,

12/ ERER Grand Est, [Avis sur les visites en EHPAD](#), 18 décembre 2020

13/ CCNE, [Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD](#), 30 mars 2020

sans lien ou de manière disproportionnée avec des recommandations ou obligations, non discutées et mises en place autoritairement.

En EHPAD, ces décisions ont bien souvent été prises unilatéralement par la direction.

Dans le secteur hospitalier, nous observons une plus grande diversité, « *selon les structures et les services, à ce jour, la décision est prise par la structure, le chef de service, sur prescription médicale ou est laissée à la libre appréciation des soignants. Les critères sur lesquels s'appuient ces décisions ne sont pas toujours objectivés et les pratiques variables d'un établissement à l'autre, d'un service à l'autre.* <sup>14</sup>»

Lorsque la décision n'était pas partagée de façon collégiale en intégrant les patients/résidents et leurs proches, cela a pu créer des tensions allant parfois jusqu'à des conflits, certains évoquant des dépôts de plaintes.

## APPLICATION AUX PARTICULARITES DU MILIEU HOSPITALIER

En fonction des services de prise en charge, nous pouvons imaginer différentes recommandations concernant l'organisation des visites. A ce jour, il faut organiser les visites et non plus les interdire.

Par exemple, pour les personnes atteintes par la COVID-19, les visites devraient être suspendues mais en prenant garde d'instaurer une limite de temps correspondant à la phase de contagiosité. Nous avons pu voir des délais d'interdiction de visites allant de manière abusive au-delà du délai de contagion. Dans les services sensibles tels que les services prenant en charge des personnes immunodéprimées, les services de greffes, les réanimations etc., il convient de distinguer les hospitalisations longues de hospitalisations courtes. L'interdiction totale des visites peut se justifier

pour quelques jours mais au-delà peut porter atteinte au bien être des personnes. Il convient alors de tout mettre en œuvre pour autoriser alors et organiser les visites dans le respect de règles d'hygiène qui doivent alors être renforcées. Comme par exemple des séparations en plexiglas venant en plus des gestes barrières. Pour les autres services, les règles d'hygiène et gestes barrières standard doivent être appliqués et devraient suffire à réautoriser des visites à un rythme satisfaisant.

Il semble alors légitime de se poser des questions quant au nombre de personnes autorisées pour les visites ainsi que sur la durée de ces dernières. Ces décisions doivent également être prises collégialement et doivent pouvoir s'adapter au cas particulier de chaque malade. Il semble qu'un seuil minimum d'interdiction ne doit pas être franchi. Ainsi un minimum d'1 visiteur pendant 1 heure 2 à 3 fois par semaine nous semble raisonnable.

Il faut veiller à éduquer et à accompagner les proches des personnes hospitalisées pour qu'elles respectent les gestes barrières et limitent le risque de contamination par le virus de la COVID-19 par tout moyen.

Enfin, cette organisation peut passer par un aménagement de l'accueil des visiteurs avec par exemple la réalisation d'un test antigénique rapide avant de permettre aux visiteurs de rentrer dans la structure mais aussi en promouvant la vaccination auprès des visiteurs. Il faudrait aussi rappeler que la mise en place d'une politique de vaccination a donc un impact positif sur le droit de visites. Dans le même ordre d'idée il faut promouvoir et favoriser la vaccination contre la Covid-19 pour les patients qui ont une hospitalisation programmée ainsi que pour leurs proches. Ainsi on voit comment le débat sur le Passe sanitaire devra intégrer les questions des visites hospitalières.

<sup>14</sup>/ ERER Normandie, [Droit de visites en milieu hospitalier en période de crise sanitaire Covid](#), Note, 19 novembre 2020

## APPLICATION AUX PARTICULARITES DES EHPAD ET USLD

Dans les EHPAD et les USLD, la question des visites des proches se pose différemment aujourd'hui car une large majorité des résidents est désormais vaccinée.

Les limitations de visites ne visent ainsi plus tant à protéger l'ensemble des résidents mais uniquement ceux qui ne sont pas vaccinés ainsi qu'à ne pas contaminer le personnel et assurer la continuité des soins.

De plus, de par leur âge (âgés en moyenne de plus de 65 ans), les visiteurs en EHPAD sont plus nombreux à être vaccinés que le personnel. Ainsi, nous nous retrouvons face à un paradoxe où des personnes vaccinées et donc moins à risque de contaminer ne sont pas autorisées à visiter leurs proches, alors que d'autres non vaccinées continuent d'effectuer les soins courants (aide au repas, à la douche etc.).

Les sorties des résidents en EHPAD devraient donc être à nouveau autorisées par les directeurs. Dans ce sens, le Conseil d'Etat a statué que « *certaines sorties, notamment celles des résidents ayant été vaccinés, peuvent être compatibles avec la sécurité de l'ensemble des résidents et du personnel dès lors que des mesures adéquates de protection sont définies* »<sup>15</sup>. Le ministère des Solidarités et de la Santé a également publié un nouveau protocole de recommandations sanitaires concernant le droit de visites en EHPAD le 12 mars 2021<sup>16</sup>.

Tout comme pour les structures hospitalières l'éducation et l'accompagnement des proches sont primordiaux pour limiter les contaminations. La mise à disposition de tests antigéniques rapides et la sensibilisation de la vaccination des proches doit également être promue.

15/ Conseil d'Etat, « [Le Conseil d'Etat suspend l'interdiction générale et absolue de sortie des résidents d'EHPAD](#) », 3 mars 2021.

16/ Ministère des Solidarités et de la Santé. [Allègement post vaccinal des mesures de protection dans les EHPAD et dans les USLD](#), 12 mars 2021.

A moyen et long terme il serait adéquat d'organiser l'architecture des locaux des EHPAD et des USLD pour pouvoir organiser les visites dans de bonnes conditions (sécurité, hygiène mais aussi intimité et confidentialité) en cas de permanence ou de résurgence de crise sanitaire.

## APPLICATION AUX SITUATIONS DE FIN DE VIE ET AUX DECES

La présence des proches qui souhaitent accompagner une personne en fin de vie doit être favorisée et les règles de restriction des visites assouplies au maximum, dès que le décès est pressenti. Pour cela, il est impératif de prévenir les proches dès qu'une fin de vie est pressentie.

Le changement de chambre du patient ou toute autre mesure favorisant l'intimité du patient/du résident et de ses proches doivent être envisagés en veillant cependant à maintenir la continuité de la prise en charge médicale et paramédicale.

Les proches doivent également savoir qu'ils auront la possibilité d'exercer des rites religieux et/ou culturels adaptés à la situation et dans le respect des règles de sécurité sanitaire.

Lorsque les proches n'ont pas la possibilité d'avoir un dernier échange avec la personne en fin de vie, cela est vécu comme une violence faite aux mourants, aux proches et aux soignants. Les restrictions des visites dans ce contexte peuvent engendrer des conséquences sur la santé mentale de tous, tels que des syndromes anxieux, de stress traumatiques voire d'épuisement professionnel (*burn out*), tant chez les soignants que les proches, et de deuils prolongés, compliqués voire pathologiques.

«*Ne passons pas sous silence ce que peut coûter la présente union sacrée, à savoir une rupture avec cet usage immémorial chez l'homo sapiens sapiens, celui des rites funéraires, constitutifs de sa sagesse*»<sup>17</sup>

17/ Eric Fiat, [Aujourd'hui ma tante est morte](#), La Croix, 25 mars 2020



# Pour aller plus loin

**Alice le Dréau**, « [Dans les hôpitaux, des familles en mal de visites](#) », *La Croix*, 19 février 2021

**Comité consultatif national d'éthique - Pour les sciences de la vie et de la santé**, [Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD](#), 30 mars 2020

**Fabrice Gzil**, « [Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels](#) » rédigé à la demande de Brigitte Bourguignon, ministre déléguée en charge de l'autonomie auprès du ministre des solidarités et de la santé. 1<sup>er</sup> février 2021

**Ministère des Solidarités et de la Santé**, [Allègement post vaccinal des mesures de protection dans les EHPAD et dans les USLD](#), 12 mars 2021

**Ministère des Solidarités et de la Santé**, [Recommandations pour les fêtes de fin d'année](#), 16 décembre 2021





# Les publications de la CNERER

---

## LES FICHES REPÈRES

---

- ▶ [2022](#) / Ethique & domicile
- ▶ [2021](#) / L'accès aux soins de réanimation en période de pandémie de COVID-19
- ▶ [2021](#) / Droit de visites dans des lieux de soins en période de crise COVID (Hôpitaux, EHPAD, ULSD)
- ▶ [2021](#) / Repères éthiques en EHPAD & COVID19

## LES DOSSIERS THÉMATIQUES

---

- ▶ [2022](#) / Ethique & domicile



**Conférence Nationale des Espaces de Réflexion  
Ethique Régionaux**

**[www.cnerer.fr](http://www.cnerer.fr)**

**Tel. 06.75.65.89.34**

**[secretariat@cnerer.fr](mailto:secretariat@cnerer.fr)**

