

Le confinement des malades psychiatriques en situation épidémique

Stéphane Zygart, Docteur en philosophie, enseignant à l'Université de Lille et à Science Po Lille

Table des matières

| | |
|---|---|
| D'une situation temporaire au problème d'ensemble..... | 2 |
| De l'exception au régulier..... | 2 |
| Du général au particulier..... | 2 |
| Le droit et le confinement en chambre par risque de contagion..... | 3 |
| Non justifiable par les lois encadrant les hospitalisations psychiatriques..... | 3 |
| Non justifiable par les lois générales de l'état d'urgence sanitaire..... | 4 |
| Devoir de soin et protection de la vie : des distinctions nécessaires..... | 5 |
| De la certitude de mortalité au risque de morbidité..... | 5 |
| De la nécessité urgente de soin aux effets négatifs du confinement..... | 6 |
| Des faibles variations de la chronicité à l'aggravation quelconque..... | 8 |
| Conclusions..... | 8 |

Le confinement des malades dans leurs chambres au sein des établissements de soin en psychiatrie a pu être une pratique mise en œuvre durant la période de l'épidémie de Covid, afin de contenir celle-ci. D'une manière générale, les visites dans les lieux de soins étaient suspendues, pas seulement en psychiatrie, aussi dans les hôpitaux généraux ou les EHPAD afin de limiter les contagions. Mais d'une façon particulière, l'isolement des malades dans leurs chambres parfois fermées à clef a pu être décrété en psychiatrie. Cela a certes été également fait dans les EHPAD. Le confinement en chambre dans les établissements psychiatriques a pu toutefois, en plus, non seulement s'appuyer sur l'état clinique des patients mais aussi sur les textes juridiques régissant l'hospitalisation sans consentement.

Cette pratique ne fut qu'épisodique, liée au temps très particulier de l'épidémie et aux dispositions d'exception qui furent mises en place pour y faire face. Elle fut également isolée, et n'a pas concerné les établissements d'une manière systématique.

Néanmoins, la mise à l'isolement à laquelle a parfois mené le confinement des patients a pu soulever pas mal d'interrogations. En raison de tout ce qui peut relier les situations temporaires à des régularités institutionnelles (point 1), il paraît utile d'y revenir relativement aux problèmes juridiques (point 2), épistémologiques, éthiques et thérapeutiques (point 3) que cette pratique pose.

De l'exception au régulier

Plusieurs raisons justifient de s'interroger sur le confinement des malades pour contrer les risques de contagion de la Covid, indépendamment de la possibilité de plusieurs vagues de ce virus.

La première est que les dispositions exceptionnelles peuvent facilement devenir des règles habituelles. Cela ne tient pas à une quelconque négligence, inattention, ou stratégie. Cela s'explique parce que ce qui justifie une exception dans une situation relie toujours cette exception à un ensemble de motifs logiques susceptibles d'être invoqués en dehors de la situation particulière où ils ont été évoqués pour la première fois.

Ce qui suscite certains raisonnements et certains arguments dans une situation exceptionnelle est certes singulier, mais les arguments et les raisonnements sont en eux même généraux et sont susceptibles d'être réutilisés dans d'autres circonstances. C'est cette part de généralité des arguments qu'il faut examiner au sujet de le confinement des malades en situation exceptionnelle d'épidémie de Covid19.

On peut ainsi penser que l'objectif de ce confinement a été d'assurer la sécurité des malades et du public alors que les dispositifs de sécurisation habituels ne permettaient pas de le faire, suite à la transformation temporaire des structures de soin et des structures sociales. Les questions sont alors de savoir si des risques analogues à ceux de la Covid19 ne justifieraient pas des mesures de sécurité elles aussi analogues à celles du confinement, ou encore si la faiblesse possible de certains dispositifs de sécurité ne justifieraient pas de recourir de manière plus systématique au confinement des malades.

Autrement dit, puisqu'on s'est efforcé de protéger des risques d'attraper ou de transmettre le Covid au sein d'établissements où la population est nombreuse et concentrée, cela justifie t-il de recourir, en général, au confinement des malades face à des risques de dommages qu'ils pourraient causer ou subir, étant donnée la population avec laquelle ces malades peuvent être en contact ? Faut-il alors distinguer entre différents types de risques, élaborer des seuils pour le nombre d'effectifs mis en jeu, distinguer les établissements selon que les zones dans lesquelles ils se trouvent sont plus ou moins peuplées, etc ?

Du général au particulier

Le second motif qui justifie de faire retour sur cette pratique de confinement des malades est celui de la particularité de la psychiatrie au sein des dispositifs de soin. Celle-ci, en effet, a couramment affaire à la gestion du danger, au quotidien. Cela lui donne des prérogatives en elles-mêmes exceptionnelles, relativement aux autres thérapies. C'est seulement en psychiatrie, comme on le sait, que des soins peuvent être donnés à des patients majeurs sans leur consentement.

La question est, de ce point de vue, de savoir si les particularités du soin psychiatrique suffisent à rendre compte de cette pratique de confinement des malades au sein des établissements psychiatriques, jusqu'à l'assignation des malades à leur chambre parfois fermée à clé. Est-il logique que le confinement y soit systématisé jusqu'à isoler les malades les uns des autres ainsi que des visiteurs, étant donné le rôle spécifique de la psychiatrie dans l'ensemble des dispositifs de soin ? Pour y voir clair, une différenciation des motifs de confinement en EHPAD et en psychiatrie est notamment à faire, pour bien mesurer la singularité de celle-ci et les motifs possibles de confinement.

D'autre part, il se pourrait que, même avérée, confirmée et affinée, la singularité des soins psychiatriques ne suffise pas, de toute façon, pour justifier les confinements et l'isolement qui peut les caractériser. En effet, les implications thérapeutiques de ce que la psychiatrie peut avoir de singulier ne sont pas forcément fixées d'avance par cette singularité. Elles peuvent aller dans un sens ou dans l'autre : loin d'étayer un confinement strict des malades, les troubles psychiatriques pourraient au contraire jouer en faveur d'un moindre recours à celui-ci en temps d'épidémie.

Considérer la singularité du soin psychiatrique doit ainsi amener à en saisir certains savoirs et ressorts spécifiques, qui peuvent amener à renforcer ou à relâcher les confinements, relativement aux pathologies particulières des malades. Il n'y a rien d'évident dans les liens possibles entre psychiatrie et isolement. C'est ce dont le confinement permet peut-être de prendre, paradoxalement, la mesure.

Le droit et le confinement en chambre par risque de contagion

Il convient dans un premier temps de revenir sur le droit. Celui-ci a une importance fondamentale pour la définition régulière des soins psychiatriques. Or, l'examen des textes indique que le recours au confinement en chambre des malades au sein des établissements pour palier aux risques de contagion ne peut se justifier ni par les textes qui régissent habituellement les soins psychiatriques, ni par les dispositions exceptionnelles qui ont pu, d'une manière générale, être prises face à la pandémie.

Non justifiable par les lois encadrant les hospitalisations psychiatriques

Du point de vue des textes législatifs courants qui encadrent l'exercice de la psychiatrie, un des rapports récents de la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté permet d'aller rapidement à l'essentiel¹.

L'isolement en chambre éventuellement volontaire des malades au sein des établissements ne pose pas de problème de droit puisqu'il émane de la volonté même des sujets hospitalisés. Exprimant leur volonté, et celle-ci étant suivie, les malades expriment leur droit et celui-ci est respecté.

C'est ce type d'isolement contraint, avec enfermement possible, qui pose problème. Il repose sur une absence de consentement des malades ; celle-ci ne peut accompagner un soin qu'en cas de « dommage immédiat ou imminent » pour soi même ou pour autrui. Or, d'une part, relève la contrôleuse, le risque d'attraper ou de transmettre la Covid19 n'est pas assimilable à un dommage immédiat ou imminent.

D'autre part, celle-ci rappelle que le risquer de transmettre le Covid peut-être le fait de n'importe qui, en hospitalisation libre ou contrainte, dans les hôpitaux ou en dehors, sain ou malade. Or, l'hospitalisation sans consentement ne peut-être étayée que par un motif d'ordre psychiatrique. Cela implique qu'elle ne peut-être décidée qu'au cas par cas, malade après malade à la suite d'un examen psychiatrique, et non pas d'un bloc pour tout un établissement pour des raisons administratives, fussent-elles de salubrité publique.

L'argumentation de la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté est résumée dans le paragraphe suivant de son rapport :

¹ *Recommandations en urgence du 25 mai 2020 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives à l'établissement public de santé mentale Roger Prévot de Moisselles (Val-d'Oise), disponible sur Légifrance.*



Comme pour toute décision d'isolement, c'est au psychiatre qu'il appartient d'apprécier si le comportement du patient est le fait de la maladie mentale, s'il est avéré qu'aucune autre formule ne peut avoir pour effet de prévenir un dommage et si le refus de respecter les gestes barrière constitue, non pas un simple risque, mais « un dommage immédiat ou imminent » justifiant une mesure aussi attentatoire à la dignité et aux droits du patient. En tout état de cause une telle contrainte ne peut être imposée ni à un patient en soins libres ni pour une durée excédant quelques heures.



En tant de pandémie, tout un chacun est porteur d'un risque de transmettre ou d'attraper une maladie. Nul ne peut donc être particularisé, au nom de ce risque universellement partagé, comme étant un danger. C'est pourquoi seuls les motifs habituels d'hospitalisation sans consentement autorisent celle-ci, sans qu'importe leur lien avec la Covid. Pour le dire autrement, ce qu'on peut imaginer de conscience ou l'inconscience de transmettre le SARS-Cov2 parmi les pensionnaires d'un établissement ne peut décider d'un internement contraint et d'une mise à l'isolement des différents patients ou du groupe de patients. En effet, cette conscience ou cette inconscience peuvent aussi se retrouver chez les personnes exemptes de troubles mentaux que nul ne peut, par définition, hospitaliser pour des raisons psychiatriques - à moins de considérer que l'indifférence à l'épidémie soit un signe de folie, ce qui ne semble pas avoir déjà été affirmé.

Non justifiable par les lois générales de l'état d'urgence sanitaire

On peut cependant trouver l'argumentation de la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté limitée ou tronquée, dans la mesure où celle-ci considère l'exercice de la psychiatrie en temps de pandémie comme si cet exercice était normal, isolé de la situation exceptionnelle et des mesures d'ensemble que la pandémie amenait à prendre. Quoi d'étonnant, quoi d'illégal dans un confinement qui soit le plus strict possible, puisque toute la population y était soumise, de fait et de droit ?

Cette assimilation du régime juridique commun et du régime juridique des établissements psychiatriques est sans doute, elle aussi, erronée. Elle consiste à présenter le confinement maximal des malades non pas comme une mesure propre à la psychiatrie, mais comme une mesure conforme à l'état d'exception général. En temps d'épidémie, la privation possible de liberté propre à la psychiatrie aurait perdu de sa singularité, dans la mesure où cette privation serait devenue la norme.

Si l'on peut avoir l'impression que tel a été le cas, cette impression ne résiste pas à un examen plus précis. Si le confinement a en effet été la règle, cette règle a été, pour les particuliers, la seule règle exigible en droit comme en fait, avec celle de la distanciation sociale. Aucune mesure de prudence telle que le port d'un masque ou le respect de gestes barrières (comme tousser dans son coude) n'était inscrit dans le droit. Ce type de mesures était seulement recommandé. On ne pouvait donc les exiger des malades au nom de l'état d'urgence sanitaire et les y contraindre d'une quelconque manière.

Aux côtés de l'obligation de confinement, la consigne de distanciation sociale pouvait certes faire l'objet d'une verbalisation (individuelle, collective, personnelle ou institutionnelle). Il convient néanmoins d'apprécier les limites et les ambiguïtés de ces deux obligations, en droit pour ce qui est de la distanciation et en fait pour ce qui est du confinement.

En droit d'abord, l'exigence de distanciation se basait - durant le confinement et les premières phases du déconfinement - sur le nombre de personnes présentes dans un même lieu et non pas sur la mesure exacte des distances

observables à tel ou tel instant entre les gens, tandis que les conséquences du non respect de cette seule distance (ou d'autres mesures barrières) n'étaient pas clairement codées en droit².

En fait ensuite (et conformément au cadre du droit), le confinement n'impliquait pas la dissolution de tout groupe de personnes vivant habituellement ensemble à proximité les uns des autres : ceci pour respecter la cohabitation de fait des membres d'une même famille, mais aussi la cohabitation d'autres types de groupes, comme les colocataires ou tous ceux que le confinement avaient fixés ensemble dans un même lieu au moment de son déclenchement.

Considérer ces éléments permet de comprendre que la proximité et la circulation des personnes au sein des hôpitaux ne pouvait pas être interdite uniquement au nom d'un droit général, qui se serait appliqué là comme ailleurs. Le côtoiement ancien et habituel des mêmes pensionnaires d'un établissement aurait pu tout à fait justifier leur libre circulation entre les murs des institutions. Il faut donc, au minimum, ajouter d'autres motifs que ceux donnés en général au confinement ou à la distanciation sociale pour justifier d'un confinement des malades allant jusqu'à les isoler en chambre.

Devoir de soin et protection de la vie : des distinctions nécessaires

Ces motifs paraissent assez évidents. Il s'agissait d'assurer la sécurité des vies et des personnes face au danger mortel du virus, dans les circonstances particulières qu'imposait leur regroupement dans des établissements de santé. Mais cette évidence doit être discutée, et plusieurs distinctions être faites afin de réévaluer et de réinscrire pleinement les mesures prises face à la pandémie dans une perspective sanitaire, et pas uniquement sécuritaire, quitte à réfléchir sur les mesures prises face à la vague de SARS-Cov2 du printemps 2020 en ne se limitant pas à les décrire. Adopter à froid une perspective sanitaire aussi rigoureuse que possible amène en effet à évaluer sur un même plan - médical et thérapeutique - les risques liés au virus SARS-Cov2 et ceux liés au confinement des malades. Cette évaluation permet de relativiser l'un par rapport à l'autre ces deux types de risque, et ainsi de ne plus en faire la source d'impératifs absolus et non modulables.

De la certitude de mortalité au risque de morbidité

Dans la droite ligne des déclarations de la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté, la différence entre un risque (ou une « menace »), tel que ce qui a déclenché l'état d'urgence sanitaire³, et un danger (ou un « péril »), tel que ce qui justifie les hospitalisations sans consentement pour des raisons de sécurité publique, doit préalablement être soulignée⁴.

² Voir sur ce point le premier décret où apparaît la notion de « geste barrière » [disponible sur Légifrance](#), notion reconduite dans les décrets de même objet du 31 mai et du 21 juin 2020 (disponibles [l'un](#) et [l'autre](#) en ligne), ce qui lie le non respect de ces gestes barrières à une contravention de première classe.

³ C'est la notion de « menace sanitaire » qui motive dans les textes de loi la mise en place de mesures exceptionnelles d'urgence, tandis que la notion de risque est toujours liée à l'idée de proportionnalité ou à des évaluations expertes dans tel ou tel domaine ouvrant à la modification des mesures prises. Voir la loi du Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 qui est toujours en vigueur au 15 juillet 2020, [disponible sur Légifrance](#).

⁴ Dans les articles du Code de la Santé Publique relatifs aux « Modalités de soins psychiatriques », la notion de « péril imminent » caractérise les admissions sans consentement en dehors de la demande de tiers, celle de « danger » les admissions à la demande d'un représentant de l'état. Ce qui distingue les notions de péril et de danger dans ces textes est que le « péril » n'est lié qu'à l'état de santé du patient quand le « danger » concerne aussi la sûreté des autres personnes. La notion de risque n'apparaît elle-même qu'en cas de risque « grave » pour la santé du patient et surtout en rapport avec des évaluations judiciaires en cas de procédures d'appel où une proportion des mesures est recherchée. [Voir les articles L3211 à L3214 du Code de la Santé Publique sur Légifrance.](#)

Bien que les effets d'un danger restent potentiels tant qu'on n'y est pas exposé, un danger est par définition clairement identifié, existant en un lieu et en un temps donnés et bien connus même si ceux-ci peuvent être éloignés. C'est ce qui permet de signaler, par des repères précis comme des panneaux, la présence localisée et limitée d'un danger (passages d'animaux, de trains, matières dangereuses, etc). Un risque en revanche est diffus : la possibilité de son déclenchement est statistique sans qu'on puisse la relier clairement à des circonstances ou à des zones particulières. On peut ainsi calculer qu'il y a plus ou moins de risques dans un endroit que dans un autre, mais cette variation du plus ou moins n'assure pas de l'état réel des différents endroits. Si par exemple les hôpitaux généraux étaient des lieux plus à risque que les logements particuliers pour attraper le virus, cela n'empêchait nullement que certains hôpitaux pouvaient être, en réalité, exempts de virus.

Cette distinction entre risque et danger permet d'en effectuer une seconde, cette fois entre différents risques. Si la pandémie n'exposait pas, en toute rigueur, à un danger mais à un risque, ce risque était lui-même complexe et composite. Il y en avait trois, et non pas un seul : celui d'attraper le virus, celui de développer une forme grave de la maladie, enfin celui de mourir de la Covid19.

La peur de la mort à laquelle nous a exposé la première vague de l'épidémie de la Covid19 ne doit donc pas faire oublier que d'un point de vue sanitaire et social - médico-social - ce sont les liens entre ces trois risques qu'il faut évaluer et qui décident des différents dispositifs déployés face aux maladies virales. Si, par exemple, ces risques s'enchaînent quasi systématiquement avec les méningites, ils peuvent être dissociés dans le cas des grippes saisonnières, ce qui entraîne les procédures d'alertes et de vaccinations différentes. De plus, la probabilité de leur enchaînement varie non seulement en fonction des maladies, mais aussi des populations touchées. C'est ce qui a pu amener à décider de la fermeture maximale des EHPAD, dans la mesure où le regroupement des personnes âgées était particulièrement favorable à la contamination et au décès de celles-ci. Il convient alors de s'interroger constamment sur le rapport entre ces trois risques au sein des établissements psychiatriques de différents types et secteurs, afin d'évaluer, au cas par cas, l'opportunité du confinement de leurs pensionnaires.

Que l'on puisse différencier de la sorte un danger de mort - qui suppose à coup sûr des mesures radicales - et un risque de maladie - permet d'effectuer des distinctions peut-être utiles pour les malades, la gestion des flux et des établissements. Mais, encore une fois, ces différenciations paraissent bien fragiles, voire factices puisque, d'une manière générale, c'était bien l'entièreté de la population française qui était soumise aux mesures de confinement, indépendamment des risques plus ou moins grands que pouvait impliquer, selon les personnes, le SARS-Cov2. Pourquoi aurait-il fallu appliquer d'une manière variable selon les malades les règles du confinement, alors qu'en dehors des hôpitaux tout le monde était considéré de la même façon ?

De la nécessité urgente de soin aux effets négatifs du confinement

C'est principalement le statut de malade des pensionnaires des établissements psychiatriques qui peut justifier de leur réserver un traitement particulier en temps de pandémie, incluant non seulement une liberté de circulation au sein des établissements mais aussi, peut-être, des possibilités de sortie et de visite. Il faut sur ce point également préciser les choses, pour bien mettre en lumière l'ensemble des éléments à considérer.

La seule utilité des soins en période de confinement n'impliquait pas que des prérogatives spécifiques soit automatiquement données aux malades et aux médecins. Il était en effet recommandé aux patients comme aux soignants de ne pas se déplacer et se rencontrer pour les soins non urgents, à la fois parce que la contagion supposait de limiter les contacts et que, pour limiter ces contacts, les services médicaux non liés à la Covid avaient été fortement réduits.

Mais en suivant cette perspective, deux choses doivent être soulignées. D'une part, l'urgence de certains soins continuait à justifier qu'on les donne. La transformation et l'aggravation de l'état des malades suites à leur confinement pouvait ainsi impliquer qu'on lève celui-ci en cas d'urgence. D'autre part, il s'agit dans le cas des problèmes posés par le confinement au sein des établissements en psychiatrie en temps d'épidémie de savoir s'il convient de lever une mesure de manière urgente face à une aggravation et non pas d'octroyer des soins. Or ce cas de figure était prévu par les règles régissant le confinement, puisqu'un droit de sortie illimité avait été accordé aux personnes invalides pour éviter la dégradation de leur état suite à une immobilité, une solitude ou une invariance de leur environnement trop prolongée⁵.

À partir de là, on peut penser que la réunion de quatre critères rend envisageable la levée du confinement dans les établissements, relativement à une mesure de mise en confinement général de la population du pays :

- » Des raisons pathologiques et thérapeutiques, qui particularisent la population des établissements psychiatriques
- » Un point de vue clinique au cas par cas, sur chaque malade en vue d'évaluer son état et son évolution
- » Une évaluation des effets de ce confinement sur cet état et cette évolution
- » Un diagnostic d'aggravation lié à l'isolement nécessitant des mesures urgentes

De telles bases devraient être affinées et discutées par les praticiens pour juger de la possibilité du confinement des malades, jusqu'à leur éventuel isolement en chambre, d'un point de vue rigoureusement thérapeutique et sanitaire, qui autorise des critères et des motivations irréductibles à ceux de la mise en confinement général de la population.

Il faut à ce sujet également distinguer l'insuffisance des arguments juridiques ou sanitaires en faveur de la mise en confinement en chambre systématique de tous les patients d'un établissement d'une part ; et d'autre part la question de savoir dans quel cas particulier le confinement devrait être levé ou assoupli même en période de confinement, pour tel ou tel malade.

Relativement aux pratiques quotidiennes, cette seconde question touche directement et concrètement aux possibilités de visites et de sorties. Elle ne va pas sans une réflexion critique sur les mesures générales de fermeture des établissements sanitaires au public qui ont été prises pendant l'épidémie pour la limiter. Il convient sans doute de reconsidérer ces mesures, en les mettant plus précisément en balance avec les autres soucis sanitaires liés à l'épidémie. La distinction entre risque et danger devrait être à nouveau mobilisée dans ce cadre : le danger de mort de la majorité des patients en psychiatrie n'étant pas avéré en cas de contagion (à la différence des pensionnaires d'EHPAD), convient-il face au SARS-Cov2 de leur interdire toute sortie et toute visite ? Les droits spécifiques alors ouverts ne pourraient pas ouvrir de brèche dans la logique générale du confinement, puisque ces patients sont malades, ce qui n'est pas le cas du reste de la population.

À s'en tenir là, un point clinique aveugle subsiste toutefois, alors qu'il est décisif. C'est celui de l'évaluation clinique de l'état des patients à mettre en rapport avec leur confinement et sa levée urgente. Ce genre d'évaluation peut-il être suffisamment étayé, et peut-il aller jusqu'à faire autoriser des mesures telles que des déplacements, des visites ou des sorties ?

⁵ Voir le communiqué gouvernemental du 2 avril 2020 ne fixant plus de limites de temps ou de distance aux sorties des personnes handicapées, avec ou sans accompagnants - [Lien](#)

Des faibles variations de la chronicité à l'aggravation quelconque

Il y a là deux difficultés : celle de faire un lien de cause à effet entre l'état d'un patient et son isolement, celle de constater une aggravation de cet état justifiant des dérogations aux formes strictes (et générales) du confinement.

Il ne semble pas que l'on puisse totalement lever la première difficulté, étant donné la multiplicité, l'enchevêtrement et la complexité des facteurs de transformation des états mentaux. Il paraît illusoire de prétendre lier le confinement à telle ou telle évolution des malades, de telle sorte qu'on pourrait attendre de la levée de ce confinement des effets bien définis. Quant à l'évaluation de la dégradation des malades, elle pose un problème de mise en balance des bénéfices attendus, des dommages observés et des risques encourus. Prendre en compte la chronicité ou l'évolution lente de certaines pathologies mentales pourrait, par exemple, faire apparaître comme négligeables les effets néfastes d'une mise à l'isolement temporaire, relativement aux autres risques induits en temps d'épidémie.

Ce dernier type de raisonnement présente des failles, d'abord en termes de systématisation. À supposer que les risques induits par une levée du confinement pèsent moins que les aggravations pathologiques causés par celui-ci parce qu'il est temporaire, pendant combien de temps ce calcul pourrait-il être tenu ? Autrement dit, si une aggravation pathologique due au confinement peut-être tenue pour négligeable pendant un temps donné, pourquoi ne pas tenir cette aggravation pour négligeable dans l'absolu, ce qui justifierait un confinement sans limite de temps ?

C'est tout autant le devoir de soin qui est alors en jeu que le maintien d'espoirs thérapeutiques face à des pathologies considérées comme chroniques, voire incurables, donc peu sensibles non seulement à la durée mais aussi à certaines variations que l'on pourrait juger superficielles.

En dehors du fait que toute aggravation, même superficielle, ne va pas sans souffrance qu'il ne paraît pas possible, du point de vue du soin, de laisser passer ou de caractériser comme négligeable relativement à un tableau pathologique d'ensemble, les mesures dérogatoires prises au sujet des personnes handicapées pendant le confinement permettent de ne pas fonder les actes thérapeutiques en temps d'épidémie sur ces mises en balance fragiles entre confinement, isolement éventuel, aggravation et risques. En effet, dans le cas des autorisations de sortie dérogatoires accordées aux personnes handicapées et à leurs proches, nul lien précis entre leur état et leur mise en confinement n'était à établir, pas plus que la gravité de leur aggravation. N'importe quel type ou degré de d'aggravation justifiait de leurs sorties possibles, sans qu'un lien étiologique précis n'ait à être établi avec le confinement.

Le cas des personnes handicapées indique de cette façon comment, sur la base d'enjeux sanitaires et thérapeutiques spécifiques, il est envisageable de lever des mesures de confinement pour des malades, indépendamment de la caractérisation précise des effets de ce confinement et de leur intensité.

Conclusions

Le confinement en chambre ou l'isolement systématique des patients au sein des établissements psychiatriques pour des raisons sanitaires ou administratives non liées à l'état psychiatrique des patients n'est donc pas justifié du point de vue du droit, qu'il s'agisse du droit régissant en temps habituel les hospitalisations sans consentement ou des dispositions juridiques temporaires adoptées lors de l'état d'urgence sanitaire. C'est d'un strict point de vue psychiatrique individualisé que les mises à l'isolement des malades peuvent être décidées, conformément aux pratiques standard.

L'impératif de protection de la vie des pensionnaires accueillis dans les établissements pourrait n'être pas non plus exclusif de leurs déplacements, voire même des sorties ou des visites en temps d'épidémie, si l'on considère d'une part l'évaluation sanitaire précise des risques liés au SARS-Cov2 et à la Covid, d'autre part les impératifs thérapeutiques qui sont ceux de la psychiatrie. Une réflexion collective est sans aucun doute à approfondir sur ce point. Les mesures dérogatoires prises en faveur des personnes handicapées durant l'épidémie sont une première indication de la façon dont les pratiques générales de confinement en temps d'épidémie peuvent être modulées en fonction des pathologies, de leurs évolutions, du devoir de soin et des exigences de sécurité publique.

