



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

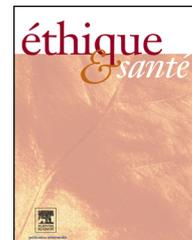


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



EXPÉRIENCES PARTAGÉES

Après l'urgence sanitaire, réaffirmer le droit à la vie personnelle en EHPAD avec pour horizon le respect de la dignité des anciens et de leur famille



EHPAD: Reintroducing relational life after the health emergency

C. Hazif-Thomas^{a,*}, M.-H. Tritschler Le Maître^b,
P. Thomas^c

^a EA 7480 Lab-Lex, service de psychiatrie du sujet âgé, CHRU de Brest, route de Ploudalmezeau, 29820 Bohars, France

^b Ehpads de Kerallan, 41, rue Jean-Jaurès, 29280 Plouzané, France

^c EA 3648, centre de recherches sémiotiques (CeReS), université de Limoges, 39, rue Camille-Guérin, 87000 Limoges, France

Disponible sur Internet le 19 février 2021

MOTS CLÉS

Pandémie ;
Risques
psychosociaux ;
Confinement ;
Dépression ;
Souffrance éthique

Résumé La situation sanitaire liée à la COVID-19 a été stressante pour le personnel travaillant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, doublement douloureuse pour les résidents devant le risque infectieux et la réalité de l'éloignement familial. Nous explorons, dans cet article, quelques conséquences psychosociales résultant tant de la crise sanitaire que de la crise psychologique. Le vécu des résidents et des soignants ainsi que la manière dont les équipes soignantes ont « géré » la tempête virale sont précieux à considérer afin que l'expérience acquise permette une plus grande efficacité en cas de reprise de la pandémie. Nous nous sommes proposés, en même temps, de conjointement ce point de vue à celui plus éthique de prendre au sérieux une tendance de fonds à l'âgisme dans la société occidentale et ce qu'elle traduit de l'éthique sociale du soin. Il importe d'acter maintenant un refus « *du retour à l'anormal* », cette préhistoire médicale et éthique, telle que subie par nombre de nos aînés et de leurs proches-aidants lors du confinement.

© 2020 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cyril.hazifthomas@chu-brest.fr (C. Hazif-Thomas).

KEYWORDS

Pandemic;
 Psychosocial risks;
 Containment
 measures;
 Depression;
 Ethical suffering

Summary The health emergency linked to COVID-19 has been stressful for staff working in nursing home, doubly painful for residents faced with the risk of infection and the reality of family separation. We explore in this article some psychological consequences resulting from the experience of residents and caregivers in the waning health crisis, hoping that the experience gained will allow greater efficiency in the event of a resumption of the pandemic. At the same time, we proposed to combine this point of view with the more ethical one, taking seriously a fundamental tendency towards ageism in Western societies and what they reflect from the social ethics of care. It is now important to declare a refusal to "return to the abnormal", this medical and ethical prehistory, such as suffered by many of our elders and their caregivers during confinement.

© 2020 Published by Elsevier Masson SAS.

Nous explorons, dans cet article, quelques conséquences psychosociales résultant tant de l'épreuve vécue, par les résidents et leurs familles, que de l'expérience vécue, par les équipes soignantes amenées à « gérer » la crise sanitaire, en espérant que l'expérience acquise permettra une plus grande efficacité en cas de reprise de la pandémie. Nous nous sommes proposés, en même temps, de conjointement ce point de vue à celui plus éthique de prendre au sérieux une tendance de fonds à l'âgisme dans « *notre société occidentale [qui] considère une "vieillesse peu montrable" et qu'il convient par conséquent de la maintenir cachée à la vue du grand public* », selon les propres conclusions du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) [1]. L'âgisme est juridiquement exclu dès lors « *qu'aucune personne ne peut être l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* » selon l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique (CSP). Le débat semble, dès lors, clos et rien n'aurait relevé d'un quelconque « triage » lors de l'épidémie, ne convoquant quelque critère d'âge, que ce soit en Italie, en Île de France, en Alsace, voire en Bretagne...

Alors que le postconfinement laisse augurer une période de surveillance épidémiologique renforcée, est-il enfin possible de présupposer (presque) sereinement « *l'après* », qui risque malheureusement de se décliner comme un « *retour à l'anormal* », ainsi que le craignent les soignants, si aucune leçon n'est justement tirée de l'épreuve collective. L'urgence sanitaire liée à la COVID-19 n'est-elle pas – au moins en partie dans l'esprit de certains – de l'ordre d'un passé révolu ? Passé, certes, mais un passé qui fait encore traumatisme et menace de se réitérer au présent. Le trauma est pourtant clair : une catastrophe dont la gestion a tenté de sauver les fondamentaux du soin des personnes âgées, principales victimes de la COVID-19 mais qui, au nom de nécessaires règles d'hygiène protectrices, a sacrifié la liberté d'aller et venir [2], donc une grande partie du tissu relationnel des aînés.

Cette période a été déstabilisante et angoissante pour le personnel travaillant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), doublement douloureuse pour les résidents devant le risque infectieux et la réalité de l'éloignement familial. La rareté des masques, les consignes contradictoires, les difficultés d'avoir accès aux services hospitaliers, auxquelles se sont ajoutés la tension des effectifs, ceux restés auprès des résidents, là où

d'autres ont fait jouer leur droit de retrait pour fragilité personnelle, les arrêts maladie, tous ces aléas ont fragilisé l'organisation des EHPAD. La menace d'un rebond épidémique n'est pas écartée pour autant aujourd'hui, questionnant d'autant sur la nature de la préparation soignante à promouvoir afin d'y faire face. Ainsi, le Conseil scientifique s'est, en ce sens, prononcé à nouveau fin juillet 2020 sur la nécessaire protection à maintenir pour les EHPAD, témoignant ainsi de son souci de protéger les plus fragiles dans cette épidémie. Il rappelle à ce titre que la mortalité durant les 2 mois de l'épidémie a été de 1,25 % dans ces établissements. Certains ont néanmoins été massivement infectés et affectés. Il rappelle une fois encore « *qu'un équilibre doit être trouvé entre mesures sanitaires et la nécessité de maintenir des relations humaines entre les résidents et leur famille, de façon plus appropriée que durant la première période de la crise sanitaire* » [3].

COVID-19 et risques psychosociaux en EHPAD

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a généré autant de peurs que de promesses. Parmi celles-ci, relevons la récente déclaration du président de la République selon laquelle un futur plan massif pour nos aînés, ceci dans le cadre de la loi « *grand âge* » avec à l'horizon l'édification d'un « *5^e risque* », en fait une nouvelle branche de protection sociale, pour la Sécurité Sociale... Cette mesure bienvenue et attendue de longue date, comme la prime aux soignants, ne répond, cependant, pas aux difficultés rencontrées par le personnel sur le terrain, « *débordé* » par le quotidien de l'accompagnement et du soin. Elle rejoint le besoin de consolider notre système de protection sociale car « *La crise sanitaire montre qu'on ne peut plus attendre : une loi sur le grand âge s'impose* », comme énoncé par M. Libaut [4]. Les EHPAD ont payé le prix fort en termes de confrontation du personnel soignant avec les risques psychosociaux. De nombreux soignants sont tombés malades, il n'était pas toujours possible d'assurer les remplacements, les aides extérieures ont été bien rares et l'assistance des établissements de santé a été très orientée vers le bionettage plus que vers le renfort en personnel pour le soin à proprement parler. Les responsabilités pesant sur les épaules

des professionnels étaient lourdes, assumées dans un climat d'isolement lié au confinement et à des règles aseptisant les relations. De plus, il a fallu compter avec la charge de travail induite par les personnes âgées malades de la COVID-19 et avec l'incertitude du pronostic et la perspective d'une mortalité importante, tous éléments inédits, dangereux et incontournables, donc stressants, source d'une souffrance majeure. Les soignants ont parfois vu leurs résidents tomber malades les uns après les autres, du fait de la contagiosité majeure et aussi parfois dans les suites de la rupture relationnelle contrainte des personnes âgées avec leurs proches par contagion affective de la douleur morale liée à la perte brutale des relations de proximité et d'intimité.

Confinement dans l'EHPAD pour se protéger d'une source extérieure d'infection par la COVID-19, confinement en chambre pour éviter la propagation d'une possible infection entre résidents ou entre intervenants professionnels ont des conséquences somatiques (anorexie, escarres...) et psychologiques. Le double confinement, lorsque ce dernier ne peut être mené dans l'esprit et la possibilité réelle du soin, a provoqué, en sus des effets de l'immobilisation forcée chez la personne âgée (syndrome d'immobilisation), des conséquences que la psychiatrie de la personne âgée connaît bien [2,5] : résurgence ou apparition de troubles anxiodépressifs, syndromes de glissement, décompensation psychique, crise suicidaire, troubles du comportement après contention... Le syndrome de glissement notamment a témoigné du « *détricotage* » des conditions entourant la santé du corps, des liens du biologique, du Mit-sein (« *L'Être avec* »), de l'émotionnel, du spirituel... de toute cette interdépendance « *psychocomportementale* » du sujet âgé.

Quels enjeux humains furent prévalents en EHPAD ?

Un des enjeux pour les professionnels et leurs résidents était-il dans un besoin de reconnaissance ? Dans son ensemble, la population de notre pays a rendu aux soignants un hommage vibrant et sincère. Leur demande lors de la crise, comme leur demande actuelle, porte sur les moyens insuffisants dont ils disposent pour remplir leur mission auprès des personnes âgées fragiles qu'ils accompagnent et soignent. Bien sûr, lorsqu'une personne baisse les bras parce que sa lutte pour la reconnaissance est devenue inutile, car la reconnaissance par les autres ne lui est plus signifiée, voire ne lui est plus acquise, les soignants étant débordés, la confiance pour soi s'émousse. La personne a le sentiment de ne plus être respectée, de ne plus avoir ni droits ni valeur. Elle devient alors une cible facile pour la maltraitance et/ou l'exclusion de la vie collective.

L'estime de soi a disparu, la personne âgée comme les soignants ont le sentiment justifié de ne plus s'appartenir, malgré tous les efforts épuisants qu'ils ont déployés pour rester à l'écoute et accueillir l'aide des tiers aidants [6]. Peut-on parler de reconnaissance lorsque l'on est seul, sans grand repère en matière d'infectiologie, sans ressources extérieures suffisantes, et privé de ses proches ou d'une aide médicale suffisante devant des situations gravissimes à gérer ? Dire « *je suis* » dans un désert relationnel finit par lasser celui qui cherche à partager sa parole, qui en

a le plus grand besoin pour exister avec ceux à qui il s'adresse. Il ne peut que se convaincre progressivement peu de cas de ce qu'il fait, promouvant ainsi le tarissement de sa source existentielle, sa qualité professionnelle. La personne apprend ainsi peu à peu l'inutilité d'exister (*haplessness*), l'apprentissage du désespoir (*hopelessness*), et l'apprentissage à renoncer et à demander de l'aide (*helplessness*). Ces 3 « *H* » sont une des sources du suicide chez toute personne rendue vulnérable [7] et l'anomie, l'absence de guide, de règle claire, de soutien extérieur en est une seconde [8]. Si le risque d'anomie a été écarté par la multiplication de règles sanitaires et gestionnaires, du moins tant qu'elles sont adaptées et proportionnées, on ne peut en dire autant du risque relationnel : pouvait-on rester éthique en niant l'importance du contact humain en EHPAD ? Précisons ici que cette marginalisation du temps pour l'humain, notamment celui investi pour écouter les résidents, était déjà un problème prévalent en EPHAD avant la pandémie liée à la COVID-19, surcharge de travail des soignants oblige, d'où des équipes largement démunies lorsque les personnes âgées abordent le processus mortel [9].

La souffrance psychologique des aidants et des résidents confrontés à une double préhistoire

La souffrance psychique des soignants en EHPAD rejoint aujourd'hui celle des aidants et des familles, pour croiser celle des résidents aux prises avec une situation déconcertante qui a longuement exposé aidés et aidants à la menace dépressive d'une catastrophe bien plus appréhendée à travers une grille de lecture somatique que psychique.

Les proches aidants, les accompagnants se sentent niés dans leur rôle d'accompagnement, leur attention personnalisée, sans portée pratique lors du confinement au demeurant, car au-delà de leur souci moral, se voyant en grande partie non acceptés comme partenaires dignes de quelque hospitalité que ce soit. Rappelons que pour Kant « *L'Hospitalité signifie le droit qu'a un étranger arrivant sur le sol d'un autre de ne pas être traité en ennemi par ce dernier [...], le droit qui revient à tout être humain de se proposer comme membre d'une société, en vertu du droit à la commune possession de la surface de la terre, laquelle étant une sphère, ne permet pas aux hommes de se disperser à l'infini, mais les contraint à supporter malgré tout leur propre coexistence, personne, à l'origine, n'ayant plus qu'un autre le droit de se trouver en un endroit quelconque de la terre.* » [10].

Or, ce droit qui revenait aux accompagnants d'être partenaires de cette microsociété qu'incarne un EHPAD a été en grande partie « *rogné* », comme il l'a aussi parfois été en établissement de santé, même parfois en soins palliatifs ! Côté résident, cela s'est traduit, lorsque le double confinement s'est imposé, par le refus de s'alimenter en chambre, nombre d'anciens ne faisant pas – ou ne voulant pas faire – de distinguer entre nourriture affective et subsistance matérielle. Parfois privés parallèlement de tout bien culturel, les résidents ont quelquefois été regardés comme des seules « *bouches à nourrir* » qu'il fallait garder à l'abri. Pourtant, ainsi que l'a rappelé Geneviève de

Gaulle—Anthonioz, « *Lutter contre l'humiliation, croire que l'homme a une valeur, c'est ce qui nous sépare de la pré-histoire* » [11].

C'est ce risque de retour à l'anormal, de répétition d'une véritable préhistoire médicale que nous aimerions maintenant exposer ; préhistoire de la médecine, tout autant que de l'éthique des relations de proximité, puisque le sort de la santé, individuelle ou collective, ne ressortait plus que du destin ou de la fatalité, qui pour avoir été largement « *normée* », n'en relève pas moins d'une expérience à bien des égards « *hors normes* ».

Préhistoire de la médecine

Ce moment tragique du soin des Anciens fut à maints égards constitutif d'une altération de ce qui peut encore faire histoire et de ce qui peut perdurer d'humanité, ainsi que réfléchi dans sa triple dimension, celles du soin à préserver, des règles à respecter conjointement et des relations encore à l'œuvre dans nos existences [12]. Cette déconstruction brutale, de ce qui pouvait encore faire sens dans l'épreuve tant médicale que sociale, a ainsi révélé, alors que la peur gagnait les esprits, ce qui transpire de la préhistoire encore agissante de notre commune relation à la finitude et à la vieillesse.

Cette idée de monde « *d'avant et d'après* » nous enseigne, qu'au plan anthropologique, la médecine n'est pas plus une science qu'une religion, elle est d'abord l'art d'apprécier le vivant dans sa complexité [13]. Une nuance serait intéressante à apporter : la médecine des personnes âgées tente de se raccrocher à la science médicale qui « *est par nature sujette à controverses, suppositions, incertitudes, en quoi justement elle est une science [...] expérimentale* » [14]. Dans cette tentative de raccrochement au système général de santé, les EHPAD ont été handicapés par l'absence de filière gérontologique de proximité et parfois par celle de médecins coordonnateurs de sorte que la préhistoire est à entendre au sens propre : préhistoire, là où nombre de personnes âgées auraient gagné à vivre une histoire médicale, notamment hospitalière, c'est bien en EHPAD qu'elles furent prépositionnées dans une attente sans lendemain hospitalier.

Dominique Libault notait très tôt que le plus horrible serait de faire un déni de réalité de cette hécatombe : plus de 10 000 personnes âgées sont mortes de la COVID-19 à ce jour dans les maisons de retraite, et cela ne semble ressortir que d'une fatalité sur laquelle nous ne pourrions avoir prise, comme si le combat du sens était déjà perdu : « *Il était malheureusement très prévisible que les EHPAD allaient payer un lourd tribut puisque les personnes âgées vulnérables ont un risque de mortalité bien plus élevé face au virus que le reste de la population. Il est évident que les EHPAD ont abordé l'épidémie dans des conditions de protection insuffisantes pour les soignants, du fait de la pénurie de masques en France. Même si cela s'est amélioré depuis. Le bilan est du reste sans doute aujourd'hui sous-évalué car il faudrait additionner les personnes décédées en EHPAD et celles qui sont mortes à l'hôpital après avoir été transférées par les établissements* » (D. Libault, *ibid*).

L'Académie nationale de médecine peut déplorer par la suite que « *Dans les établissements qui les hébergent, ces*

personnes pâtissent d'un isolement accru, et les personnels de santé souffrent de ne pouvoir honorer les valeurs qui les animent, faute de bénéficier des conditions de soin requises. Pour les familles, l'annonce du décès d'un proche est d'autant plus traumatisante qu'elle s'accompagne de mesures d'hygiène sanitaire qui transgressent leur droit fondamental au recueillement. » [15].

Restera-t-il à l'avenir une place pour les EHPAD existants... ? C'est qu'en effet la crise sanitaire a révélé certaines transgressions fondamentales qui n'étaient pas celles appelées par le CCNE dans sa réflexion sur les enjeux éthiques du vieillissement et l'EHPAD de demain (avis n° 128) : « *Mais il faudrait vraiment qu'au plan éthique on sache transgresser les normes, les interdits et les lois qui contraignent et interdisent, empêchent de mobiliser les envies et les capacités restantes des personnes* » [1] ! Cet avis appelant à « *la dé-ghettoisation des EHPAD* » afin de « *penser le développement du concept d'EHPAD hors l'EHPAD* » [1], il sera utile en effet de se poser la question.

Préhistoire éthique

Il faudra se rappeler qu'au cœur de l'épidémie, il aura fallu dans la patrie de Pasteur « *se battre d'abord pour qu'on ne contentionne pas au lit, au fauteuil ou par des neuroleptiques nos patients déments déambulant [...] Puis se battre encore pour protéger nos soignants avec des tenues à usage unique dignes de ce nom et pas des sacs poubelles troués pour faire face à la pénurie, qu'ils aient des masques FFP2 en nombre suffisant, qui manquent aussi en gériatrie alors que nous les voyons sur les visages des "quidams" faisant leurs courses sans aucun respect des mesures barrières.* » [16].

À l'inquiétude des personnes âgées, à celles des aidants familiaux ou institutionnels, il faut ajouter l'angoisse de la séparation. Cette épreuve fut terrible, par l'absence de rencontres, imposée à tous comme une sorte de deuil anticipé. Le vécu des familles fut celui d'une mort déjà là de leurs parents, seul horizon réel désormais promis, le reste étant interdit. Une autre épreuve les attendait. Le retour des familles s'est parfois accompagné d'une non-reconnaissance de leurs visages par des parents régressés, notamment pour ceux à la mémoire défaillante. Alors que les médias voyaient dans les soignants des « *héros* », quelques ratés interpersonnels ont révélé qu'ils pouvaient aussi être regardés comme des « *zéros* », notamment lorsque perçus comme serviteurs d'un « *modèle non démocratique* » : c'est ainsi qu'on a entendu lors de la reprise minimaliste des visites l'expression de parler gériatrique. Les constats de régression cognitive et de perte de la marche des Anciens ont encore aggravé la souffrance des familles et l'incompréhension envers les soignants, au vu de tant de maltraitance temporelle. Cette incompréhension s'est muée en colère teintée parfois d'agressivité vis-à-vis des soignants, lorsque leur parent malade n'a pas été admis aux urgences, faute de place en réanimation, ou parce que les équipes ont été regardées comme indifférentes à leur détresse, lorsque, peinant à faire de la distance mutuelle assurée autre chose qu'une absence mutuelle organisée des relations d'accompagnement, ils se sont sentis exclus du destin de leur parent.

Cette peur fut aggravée lorsque certaines directions ont provoqué, d'autre part, une communication blessante pour ces mêmes soignants en charge des consignes sanitaires, les positionnant comme de simples « *exécutants* », sans recul réflexif face à la rudesse des consignes, dans un vécu de mise à distance des proches regardés globalement comme source potentielle de désordre institutionnel. Ces observations recourent les premiers retours des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), notamment : « *l'exacerbation ou l'émergence de difficultés institutionnelles suite aux glissements de tâches, à la communication complexe et au manque de moyens humains et en équipements de protection* » [17] mais aussi « *des relations parfois complexes avec les proches des résidents : reconnaissance, mais aussi agressivité avec demandes d'explications de dossiers médicaux, voire dépôts de plaintes ; sécurisation des visites post déconfinement* » (ibid).

Le virtuel, le recours aux outils du numérique pour pallier cette absence de présence a ses limites, car le psychisme humain a besoin de vivre sa dimension charnelle, de « *proximité incarnée* » pour rester au clair de lui-même. Et ce recours au « *distanciel* » n'a pu réparer le détricotage des liens mis à mal par cet autre virus : celui du contrôle social, la surveillance de l'intimité entourant – même rarement – les personnes âgées, d'ailleurs confinés bien plus longtemps que l'ensemble de la population.

Une obscurité médicale et éthique gagna très vite les EHPAD, bien moins protégés que les services hospitaliers, avec comme injonction paradoxale que les équipes devraient y travailler et assurer des missions quasi-identiques de celles des services hospitaliers, sans en avoir ni les moyens ni le personnel adapté en nombre et en compétence. Il est apparu très rapidement la nécessité de recourir à des places/lits dans les établissements de moyen séjour/soins de suite, pour y transférer des résidents dont le test COVID est positif. Mais leur insuffisance et la focalisation sur la symptomatologie respiratoire ont largement provoqué la rétention des malades infectés dans les structures d'hébergement. Ce recentrement sur ses propres moyens fut d'ailleurs d'autant plus tragique que les EHPAD sont évidemment des structures pauci-médicalisées, sans accès à l'oxygénothérapie.

Ce dévoiement de la tâche primaire des EHPAD a voisiné avec de légitimes inquiétudes quant à la faisabilité des transferts éventuellement nécessaires vers les établissements de santé et le passage en réanimation des malades en leur sein. Des associations de victimes et des syndicats de personnels de santé ont alors saisi le Conseil d'État pour qu'il enjoigne au Premier ministre et au ministre des Solidarités et de la Santé de prendre diverses mesures de protection des résidents et soignants intervenant en EHPAD, non sans alerter sur les conditions de fin de vie, afin qu'elle demeure vécue dans la dignité. Se prononçant aux visés de l'article L. 1411-1 CSP (égal accès aux soins) et L. 1110-5 CSP (droits aux soins appropriés, proportionnalité), la plus haute instance administrative – le Conseil d'État du 15 avril 2020 déboutait leur requête [18], n'établissant, au vu de l'instruction alors disponible, aucune carence de l'action publique de l'État. Certes, le juge des référés ne jugea pas ici au fonds et, certes, il n'avait pas encore été mis à jour qu'effectivement beaucoup moins de personnes âgées ont été réellement

prises en charge en réanimation, voire admises à l'hôpital, le « 15 » n'étant pas toujours joignable, mais avait-il vocation à donner une appréciation juridique sur les sentiments des personnels, d'être livrés à eux-mêmes dans la prise en charge de leurs résidents, alors même que la COVID-19 y a été la plus meurtrière, tuant tant et plus ?

Perte de chance et souffrance éthique

Rappelons que ce n'est que fin juillet (*Le Monde* du 29 juillet 2020) que les Français ont pris connaissance de la possible impasse dans laquelle les soignants ont été acculés, de sorte que les plus vieux « *auraient* » été sacrifiés, en raison de l'engorgement des services de santé, ceci après communication par le président de la commission d'enquête parlementaire, Monsieur Ciotti, convaincu que la France a manqué à son devoir vis-à-vis de ses aînés, en « *réduisant les chances des personnes âgées* » [19]. Les chiffres de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), qui ont été transmis à la commission parlementaire sur la COVID concernant l'âge des patients admis en réanimation, font dire au député qu'au vu du constat effectué au plus haut de la crue épidémique (entre le 30 mars et le 5 avril), seuls 14 % des patients âgés de plus de 75 ans étaient présents dans ces unités (et même 6 % en Île-de-France), quand hors épidémie et, par exemple, dans les premières semaines de janvier, ils représentent 25 % des malades.

Cette double préhistoire – celle de l'âgisme et celle de la condamnation à la mort sociale de nombre d'Anciens, dit indéniablement quelque chose de cette tragédie systémique, mais aussi de la menace d'atteinte au droit à la vie personnelle qui a frappé chacun au cœur de la crise sanitaire.

La menace pour certains a été mise à exécution lorsque nombre de nos concitoyens ont été « *oubliés* » dans leur droit au respect de cette même vie relationnelle car rendus « *invisibles* ». De sorte qu'à l'évidence avec ou sans soins de réanimation, la fin est bien amère : « *Qu'il s'agisse de personnes isolées dans leur appartement en EHPAD ou qu'il s'agisse de personnes transférées d'un service de réanimation en zone rouge à un autre service de réanimation dans les zones moins impactées, les décès à distance ou les décès sans accompagnement sont une forme de brutalisation pour ceux qui survivent à ces décès* » [20].

Confirmant cette lecture éthique, les CUMP relèvent également dans le vécu des soignants en EHPAD « *la perte des résidents de façon souvent brutale et rapprochée, générant des sentiments de tristesse, d'impuissance et de frustration, ressentis en raison de la rudesse des consignes de soins post mortem et de l'absence des rites de deuil, notamment avec les proches pour pouvoir accompagner dignement le mourant* » [17] : en un mot, il s'agit d'un virus non seulement broyeur du lien social mais aussi voleur de deuil.

Peur de l'abandon des plus fragiles, peur pour le système de santé

La question du respect effectif du droit à la vie des plus âgés reste également entière après retour sur ce qui a présidé à leur « sécurisation ». Après la mesure « politique » de la vie personnelle par temps de confinement, y a-t-il eu un manque de moyens conduisant à « mesurer des vies » [21] ? La question de l'âge dans les stratégies de priorisation et d'arrivée en secteur hospitalier a évidemment focalisé l'attention. Si le virus est factuellement âgiste, décimant essentiellement les personnes âgées (93 % des plus de 60 ans), il serait néanmoins excessif de dénoncer un âgisme à l'œuvre au sein des personnels de réanimation. Le regard sociologique a également alerté sur le risque de rétention âgiste des malades âgés en EHPAD, tout en pointant paradoxalement l'attrait, lors du confinement, pour « la préservation d'une vie biologique coûte que coûte, au détriment d'une vie biographique et de liens sociaux qui, bien que déjà mis à mal en temps normal, restent déterminants quant à la santé physique, psychique et cognitive de nombreuses personnes âgées » [21].

C'est que « [...] dans de nombreux cas, les services de réanimation ont pu de facto faire l'économie d'une discussion sur la pertinence d'une réanimation puisque le choix avait déjà été fait en amont de l'hospitalisation. "Les personnels d'EHPAD ont ainsi été nombreux à évoquer la saturation des SAMU et leur refus dans certains cas de prendre en charge des patients trop âgés ; tandis qu'une note ministérielle avait explicitement invité les établissements à éviter "d'emboliser les services hospitaliers de patients âgés pour lesquels l'hospitalisation ne serait pas bénéfique". Face à ces préconisations et aux multiples obstacles pour obtenir une prise en charge, les personnels ont souvent exprimé leur désarroi. "Il nous ont renvoyé la responsabilité de les soigner. Mais ce n'est pas notre métier de gérer les épidémies. Nous, nous gérons la vie quotidienne des gens âgés" témoigne par exemple pour France TV, Eric Lacoudre, directeur de deux EHPAD associatifs à Sillingy et Cervens (Haute-Savoie)" » comme le relate Aurélie Roche [22].

La peur de voir le système de santé s'effondrer qui a axé la gouvernance de la crise n'a eu d'égale que la peur des EHPAD de devenir des clusters en série, à l'image de ce qui a été observé sur quelques navires de croisières ou de guerre. Mais la peur est-elle bonne conseillère quant à l'appréhension du processus défensif face à la menace virale ?

Cette « note ministérielle » ici critiquée ne semblant pas relever des autorités de santé mais plutôt d'un membre du bureau de l'association nationale de médecins coordonnateurs d'EHPAD, il est permis de diagnostiquer une certaine défiance non dite face à la centralisation sanitaire [23], ainsi que le sentiment d'être déboussolé moralement, soit une désorientation éthique à l'œuvre sur le terrain.

Côté repères éthiques, le CCNE avait pourtant rappelé que l'approche d'une problématique, aussi grave soit-elle, devait rester proportionnée. Les décisions qui seront prises, avait-il expliqué, dès son premier Avis rendu à la demande du ministre des Solidarités et de la Santé, doivent se penser à travers une visée protectrice sur le plan humain :

« Néanmoins, les décisions qui seront prises, quelle qu'en soit la nature, doivent répondre à l'exigence fondamentale du respect de la dignité humaine, c'est-à-dire que la valeur individuelle de chaque personne doit être reconnue comme absolue » [24].

Côté centralisation sanitaire maintenant, cette défiance fut ici bien malheureuse puisque par des consignes du 31 mars 2020, le ministère de la Santé recommandait aux équipes confrontées à ces questions de « Participer à des "cellules éthiques de soutien" et [de] mettre en place dans le cadre des hotlines téléphoniques un accompagnement "éthique" [afin de mener]. Une réflexion dans la prise en charge des patients graves... » [25].

Vers la seule survie des plus aptes ?

A posteriori, il apparut imprudent de réorienter dans l'urgence la tâche primaire d'institutions comme celle des EHPAD, opération critique, clairement non adaptée à prendre la mesure de la proportionnalité en santé au cœur d'une catastrophe sanitaire. Car de deux choses l'une, ou bien les EHPAD ne font pas partie de la maison commune hospitalière et elles n'ont pas à gérer les états infectieux graves relevant du secteur sanitaire, ou bien elles en font partie et elles n'ont pas à être discriminées dans l'accès aux soins hospitaliers, dont ceux de réanimation...

Sauver le plus grand nombre de vies avait a priori autant d'importance que sauver le plus grand nombre d'années de vie [26]. Les questions posées dans l'urgence pour le tri des malades à admettre à l'hôpital ou en réanimation pour faire face à la pénurie de moyens disponibles ne peuvent être posées en EHPAD. Ce tri est normalement protocolisé et les procédures aboutissant à la décision sont collégiales. Les critères de sélection, outre le pronostic vital escompté dans l'épisode aigu ne concernent pas l'âge des patients, mais, entre autres, le potentiel des années de vie en bonne santé [27]. La crainte dans l'opinion est l'arbitraire et l'intervention de facteurs critiquables tels que la valeur sociale de la personne [25]. Stress, épuisement du personnel et manque d'expérience comme de moyens, quelle place y aurait-il pour la sagesse de l'ordre pondéré en climat d'urgence, celle dont Aristote a pu dire : « Le propre du sage est d'ordonner » [28] ?

Si cette polémique de l'accès des sujets âgés, issus d'EHPAD, aux soins de réanimation peut aider notre époque à mieux discerner l'importance des liens intergénérationnels, c'est peut-être de penser, comme déjà avancé par Beauchamp et Childress, que « Les propositions concernant le rationnement fondé sur l'âge pourraient perpétuer l'injustice, en faisant des personnes âgées des stéréotypes, en les désignant comme des boucs émissaires en raison de l'augmentation des dépenses de santé, et en créant des conflits de génération inutiles » [29]. À l'inverse, il est à craindre que ladite polémique vienne laisser entendre un message subliminal des gouvernants repéré par quelques grands observateurs, tels Zizek, d'après qui « leur véritable message consiste à nous faire comprendre qu'il nous faudra renoncer à cette pierre angulaire de notre éthique sociale qu'est le soin apporté aux personnes âgées et aux plus faibles » [30].

Souhaitons qu'on sache ultérieurement, en reprenant l'analyse de chaque situation, s'il y a eu clairement des cas manifestes de défaut de prise en charge et qu'on puisse également vérifier s'il y a eu erreur manifeste d'appréciation quant à l'éventuelle carence de l'État, ne serait-ce que parce que peut être en cause, au-delà des questions de responsabilité, l'œuvre d'une régression démocratique en période de catastrophe sanitaire non anticipée, mal gérée dans ses débuts, inscrite dans un climat de crises hospitalières liées en particulier à la réduction des lits d'hospitalisation.

Cette petite musique régressive est d'ailleurs audible dans la réflexion d'Edgar Morin s'agissant des « *leçons du coronavirus* » : « *Il aurait été plus prudent de faire voter une loi spécifique de précaution pour l'épidémie plutôt que d'exhumer l'état d'urgence, voté en 1955 dans un but répressif et qui a permis les pires exactions pendant la guerre d'Algérie* » [31].

Une vie personnelle moins « *veillée* » que surveillée

Ce vécu psychique de « *vie surveillée* » a en partie recouvert la menace virale proprement dite, mais a également « *infecté* » nos interactions sociales. Ainsi en a-t-il été lorsque, pour des raisons de contrôle de l'ordre public, de nombreux concitoyens ont vu leur liberté d'aller et venir, retrouvée lors du déconfinement, faire l'objet de surveillance par des drones, le but affiché étant de s'assurer de la non-transgression des règles de sécurité sanitaire, dans le cadre d'une mission de police administrative. Là encore, la sécurité est mise en avant et le procédé de contrôle social investi contre le secret des données personnelles [32]. La volonté de sécuriser au plan sanitaire a été de même largement mobilisée lorsqu'il s'est agi d'« *encadrer* » l'intimité des très rares moments de partage entre personnes âgées confinées en EHPAD et leurs familles.

Cette préhistoire fait indéniablement partie de notre histoire sécuritaire actuelle, le biopouvoir annoncé par Foucault étant traduit en actes de défiance envers les citoyens accusés de manquer de maturité sanitaire, d'aucuns énonçant même l'existence d'une éthique de la répression sanitaire, ce qui illustre bien l'aversion au risque que la société dite « *postmoderne* » draine avec son appétit d'ordonnances gouvernementales porteuses de « *solutions miracles* », que le droit est sommé de valider en un temps record, dans une perspective de surveillance pour le bien supposé de la majorité. « *Devenons-nous des "esclaves" de droits d'exception devenus règles* » interroge Ladiesse et al. [5] ?

Mais cette recherche de « *Bien communément contrôlé* » via la croissance de règles sanitaires nouvelles et de dispositifs de surveillance en tous genres est-il commun à la quête du vivre-ensemble, utile au partage humain ainsi qu'au Bien commun, soit « *cette part de bien-être qui, en dépit des inégalités sociales, ne peut être refusée à personne au nom même de son appartenance à notre commune humanité* » [33] ? Cette recherche peut-elle en effet se passer tant du droit à l'hospitalité que du « *devoir pour certains d'aider*

les autres », premier des droits de l'homme selon Jean-Paul Sartre [34] ?

Qu'est-ce alors, qui a entériné la mort de ce devoir ?

Une vie personnelle coincée entre fantasmes de mort et espoirs de vie

La mort psychique des personnes âgées en EHPAD est autant à craindre que la mort physique ; elle s'ajoute à l'élaboration défaillante dans un climat de panique nourrie par un fantasme de mort envahissant l'écosystème de la personne âgée malade et isolée, accentué par la peur de l'inconnu. Tout visiteur inopiné apporterait avec lui, dès lors qu'il franchirait la porte d'entrée, la mort en elle-même. Comme si la mort n'existait pas auparavant à l'intérieur des EHPAD, comme si on ne voulait pas se rappeler qu'on y mourrait déjà avant la COVID-19, et même assez fréquemment.

On a beaucoup trop attendu pour réintroduire la vie, celle des rencontres avec les proches, et il aurait fallu les organiser bien plus tôt en bas des résidences, en respectant les mesures barrières, dans les parcs, comme le proposait M. Pascal Champvert, Président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées [35].

Les EHPAD qui l'ont organisé ont pu rétablir le contact avec les familles, ceux qui se sont exonérés de ce devoir de reliance, mettant en avant les problèmes organisationnels d'effectifs, en particulier en mettant en place des mesures tatillonnes de surveillance des rencontres familiales les privant d'intimité, s'apprentent à nier encore les problèmes, afin de ne pas avoir à élaborer le vécu d'impuissance générale et ce qu'il a révélé à l'échelle de la société tout entière.

Comme avancé par le sociologue Michel Billé, cette atteinte à la vie personnelle, en deçà de sa dimension juridique (Droit), relève de la maltraitance du projet de vie personnalisé, normalement formalisé à l'entrée dans l'EHPAD. La disqualification sociale semble ainsi déconstruite mais l'analyse sociologique révèle qu'il n'en est rien : « *Si je ne suis pas en mesure de l'approuver ou de le signer, on demandera à mes enfants de le faire. Cela part d'un bon sentiment, avec l'idée que chacun puisse bénéficier d'un travail qui lui soit adapté. Mais il faudrait pour cela doubler le nombre de soignants et de personnel accompagnant... Sans ces moyens, on ne fait, derrière ce "projet de vie personnalisé", que me rendre invisible* » [36].

Cela n'est pas qu'un fantasme destituitif, c'est bien un reniement sémiotique qui s'opère ainsi, à défaut d'exigence symbolique renouvelée et de politique sociale repensée, nourrie d'exigence éthique de solidarité envers nos aînés. Ces crises systémiques qui traversent nos sociétés démocratiques, nos hôpitaux, nos écoles, dont on espère voir la réouverture se généraliser, obligent à méditer toujours plus la vision généreuse d'Hubert Reeves : « *Je ne sais pas si la vie a un sens, mais nous pouvons lui en donner un* », et notamment celui que la réflexion éthique peut traduire du processus d'humanisation à l'œuvre dans nos liens sociaux.

Il s'agit notamment de donner à l'empathie toute sa place dans la relation de l'être humain à ses congénères : « *Observez la nature : les oiseaux nourrissent en priorité les oisillons en bonne santé parce qu'ils ont vraisemblablement des gènes plus sains. Dans une famille*

humaine, c'est l'inverse : les parents s'occupent aussi – si ce n'est plus – de l'enfant malade. C'est une logique contraire à celle des gènes. Spontanément, la plupart des êtres humains ont tendance à vouloir aider les personnes malades. Ainsi, si nous disparaissions, ce ne serait pas une simple anecdote » [37].

Conclusion

Pour M. Libault, on ne peut plus attendre l'effort que la Nation doit faire pour nos aînés : « Une loi "grand âge" s'impose du fait de la nécessité de revaloriser les rémunérations et les carrières des soignants, de la nécessité de lutter contre l'isolement social, d'inventer de nouvelles formes d'hébergement et d'établissements, de décloisonner les EHPAD, les structures d'aide à domicile et les hôpitaux. La crise sanitaire a surtout confirmé la pertinence de la reconnaissance d'un risque social à part entière – celui de la dépendance – au cœur de la solidarité nationale. Si la solidarité nationale ne s'exprime pas vis-à-vis du grand âge, je ne sais pas ce que solidarité nationale veut dire » [4]. La perte de la solidarité et du sens de la fraternité est une rupture du pacte social implicite menaçant la cohésion sociale. L'hommage rendu aux personnels soignants par la population et par les instances gouvernementales ne doit pas faire oublier toute la souffrance qu'ils ont endurée, leur épuisement et le dévouement qu'ils ont déployés, ni les carences en moyens et en personnels auxquels ils ont été confrontés. Une leçon doit être tirée de cette épreuve du feu, pour qu'une éventuelle seconde vague puisse être abordée avec efficacité et surtout un moindre coût humain. Les personnes âgées doivent participer à la réponse collective attendue quant aux conséquences de la crise sanitaire. Que deviendra en effet le vivre-ensemble pandémique devenu un « vivre à part », et désormais un « vivre dans l'angoisse » pour nombre de nos concitoyens ? Cette inquiétude éthique est largement partagée avec un souci quant au maintien des liens de fraternité au sein d'un tissu social en partie déchiré ; ainsi que l'écrivent nos collègues de l'ERER Paca-Corse : « Force est de constater que la fraternité est encore la grande oubliée de la réflexion alors que ce principe, décliné en valeur, n'en est pas moins un élément central de notre démocratie dont la devise repose sur le triptyque "Liberté, Égalité, Fraternité". La fraternité, souvent comprise comme solidarité depuis la fin de la seconde guerre mondiale, garantit que l'on puisse jouir de la liberté et se sentir concomitamment en harmonie avec les autres. Mais quelle confiance avons-nous les uns envers les autres après plusieurs mois d'épidémie ? » [38].

Remerciements

Nos remerciements vont aux participants de la cellule de soutien éthique de Brest, Vannes et Rennes pour le partage des expériences et la réflexion commune.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n° 128, 15 février 2018, enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? Paris; 2018 https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf.
- [2] Ladiesse M, Léonard, Birmelé B. Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement. *Ethique Sante* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.etiqe.2020.07.001>.
- [3] Conseil scientifique. Avis n° 8 du Conseil scientifique COVID-19, se préparer maintenant pour anticiper un retour du virus à l'automne; 2020 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_27_juillet_2020.pdf.
- [4] Libault D. La crise sanitaire montre qu'on ne peut plus attendre : une loi sur le grand âge s'impose. *Le Monde* 2020 [Propos recueillis par Béatrice Jérôme : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/04/13/dominique-libault-pour-construire-une-societe-du-grand-age-le-temps-de-la-procrastination-est-revolu_6036413_3224.html].
- [5] Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health* 2006;18:359–84, <http://dx.doi.org/10.1177/0898264305280993>.
- [6] Honneth A. « Sans la reconnaissance, l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie ». Propos recueillis par Alexandra Laignel-Lavastine, date, Nouveau millénaire, *Défis libertaires*: <http://1libertaire.free.fr/AHonneth02.html>.
- [7] Seligman ME, Weiss J, Weinraub M, et al. Coping behavior: learned helplessness, physiological change and learned inactivity. *Behav Res Ther* 1980;18(5):459–512.
- [8] Durkheim E. *Le suicide*. Paris: Félix Alcan éditeur; 1897. p. 462.
- [9] De Hennezel M. Les Ehpads face à la mort. *Mens Maisons Retraite* 2020;229:17–8.
- [10] Kant E. *Pour la pays perpétuelle*. Paris: Le Livre de poche; 2002. p. 62–4 [1795].
- [11] De Gaulle-Anthonioz G. *Le secret de l'espérance*. Paris: Fayard; 2001. p. 192.
- [12] Worms F. *Le moment du soin – À quoi tenons-nous ?* Paris: Puf; 2010. p. 268.
- [13] Michel JD. COVID : anatomie d'un désastre. Paris: humenSciences; 2020. p. 89–96.
- [14] Debray R. *Le dire et le faire, tracts de crise*, 44. Paris: Gallimard; 2020. p. 320–5.
- [15] Épidémie COVID-19 dans les EHPAD : permettre aux médecins et aux soignants d'exercer leur mission en accord avec leur devoir d'humanité. 2020. <http://www.academie-medecine.fr/epidemie-covid-19-dans-les-EHPAD-permettre-aux-medecins-et-aux-soignants-dexercer-leur-mission-en-accord-avec-leur-devoir-dhumanite/>.
- [16] Lefebvre des Noettes V. Ode à nos vieux en temps de COVID-19. *NPG* 2020;20:189–91 [sous presse].
- [17] Botero A, Berges M, Clervoy L, Laurent M. Pour la cellule de crise COVID EHPAD 94, Crise COVID-19: Soins médico-psychologiques et EHPAD, Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives, In press, journal pre-proof Available online 8 August 2020, <https://doi.org/10.1016/j.pxur.2020.08.001>.
- [18] Conseil d'État; 2020 [n° 439910 et n° 440002].
- [19] Ciott E. « Notre système de santé a bel et bien été débordé » par le coronavirus, propos recueillis par Chloé Hecketsweiler et Solenn de Royer. *Le Monde* 2020:6.
- [20] Aubry R. Quels enjeux de nature éthique l'épidémie de COVID-19 a-t-elle soulevé ? *Ethique Sante* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.etiqe.2020.06.003>.

- [21] Desbruyères C. Prioriser les soins en temps de Coronavirus : quand le manque de moyens conduit à « mesurer des vies ». Billet éthique, EREB 2020 <https://www.espace-ethique-bretagne.fr/wp-content/uploads/2020/07/Prioriser-les-soins-en-temps-de-coronavirus.pdf>.
- [22] Roche A. COVID-19 : des personnes âgées ont-elles été sacrifiées ? JIM 2020 https://www.jim.fr/pharmacien/e-docs/covid_19_des_personnes_agees_ont_elles_ete_sacrifiees__183966/document_actu_pro.phtml.
- [23] Renaudie O. Éloge de la centralisation sanitaire. AJDA 2020:1313.
- [24] CCNE. COVID-19 contribution du comité consultatif national d'éthique : enjeux éthiques face à une pandémie. Contribution du 13 mars 2020. Paris; 2020 https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf.
- [25] Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche établissements de santé, consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Paris; 2020 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche.EHPAD_etablissements.pdf.
- [26] Biclet P. Comment gérer un autre Titanic ? Med Droit 2020;74–5 [sous presse].
- [27] Azoulay É, Beloucif S, Guidet B. Admission decisions to intensive care units in the context of the major COVID-19 outbreak: local guidance from the COVID-19 Paris-region area. Crit Care 2020;24:293.
- [28] Physiques d'Aristote, commentaire de Thomas d'Aquin, tome 1, traduction de Guy-François Delaporte. Saint Thomas d'Aquin: L'Harmattan, commentaires philosophiques; 2008. p. 310 [<https://www.thomas-d-aquin.com/Pages/Livre/Physiques/Presentation.TdM.pdf>. p. 7].
- [29] Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale, Paris: les Belles Lettres, 2008 pour la traduction française, 641 p.
- [30] Zizek S. Dans la tempête virale, Actes sud, Coll. Questions de société; 2020. p. 74–5 [160 p.].
- [31] Morin E, Abouessalam S. Changeons de voie, les leçons du coronavirus. Paris: Denoël; 2020. p. 69–70.
- [32] AJDA 2020 p.1031, ô drone, suspends ton vol, Ordonnance rendue par le Conseil d'Etat; 2020 [n° 440442].
- [33] Gil R. COVID-19 ou transformer les représentations du vieillissement et de la dépendance ou en rester aux idées simples du monde d'avant ? Billet éthique, ERENA 2020 https://poitiers.espace-ethique-na.fr/actualites_931/covid-19-ou-transformer-les-representations-du-vieillissement-et-de-la-dependance-ou-en-rester-aux-idees-simples-du-monde-d-avant_2457.html.
- [34] Lettre de Jean-Paul Sartre du 26 juin 1979 au Président Valérie Giscard d'Estaing, <https://www.histoire-encitations.fr/indexation/sartre>.
- [35] Champvert P. Les EHPAD réclament des rencontres entre les résidents et les familles. Le Télégramme 2020.
- [36] Billé M. Quand le COVID-19 sera derrière nous, je crains qu'on oublie à nouveau les vieux. Le Monde 2020:24.
- [37] Reeves H. Le Monde des religions 2020;100:27–9.
- [38] Bonnici B, Buisson A, Despinoy L, et al. Enjeux éthiques des dispositifs de traçage dans le cadre de la crise sanitaire. CNE-RER – France: Conférence nationale des Espaces de Réflexions Ethiques régionaux; 2020. <http://www.ee-paca-corse.com/>.