

Approche médicale des patients âgés et conséquences éthiques de la pandémie COVID-19

Medical approach to aging patients and ethical consequences of pandemic COVID-19

BRON D.^{1,2} et VERCRUYSSSEN M.¹

¹Membres du Comité d’Ethique de l’Institut Jules Bordet (ULB)

²Membre du Comité consultatif belge de Bioéthique (CCBB)

RÉSUMÉ

La pandémie COVID-19 a mis en évidence des manquements dans l’organisation des soins, surtout envers des minorités silencieuses. Les plus grands débordements éthiques constatés ont été l’inégalité dans l’accès aux soins et le manque de considération de l’autonomie du patient âgé. Grâce à de multiples échanges avec des personnes de terrain, le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique a pu tirer des leçons fondamentales :

- Nécessité de protéger les plus vulnérables, socialement (âgés, migrants...) et/ou médicalement (psychiatriques, handicapés...), du risque de contamination mais aussi des mesures qui ne respectent pas leurs volontés. Les atteintes à la dignité ont été multiples : privation de liens familiaux ou professionnels, non-respect de l’autonomie, incapacité de vénérer ses morts...
- Nécessité d’une réorganisation professionnelle sur le plan médical : urgence de désigner pour les MR/MRS, une « équipe de crise » gérée par un coordinateur central. Les membres du personnel ont été admirables et la profession doit être revalorisée. Ils devraient être mieux formés aux soins palliatifs et être soutenus psychologiquement ;
- Anticipation sur le plan du matériel : masques, blouses, gants, oxygène, médicaments, matériel médical, tests de dépistage... tout a manqué, rendant impossible le respect des directives. Les autorités de santé doivent faire preuve d’anticipation ;
- Mise en place de procédures pour les pensionnaires (projets de vie) et les institutions (plan « catastrophe ») ;
- Gestion des réseaux sociaux et des médias : la science a été méprisée face à une survalorisation du refus et de la défiance. La voix des usagers a rapidement disparu entraînant une scissure entre décideurs politiques et acteurs de terrain.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 433-438

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic highlighted shortcomings in the organization of care that already existed but mainly affected silent minorities. The greatest ethical abuses were the unequal access to care and the lack of consideration for the autonomy of elderly patients. Thanks to multiple exchanges with people in the field, the Comité consultatif de Bioéthique de Belgique was able to draw fundamental lessons from these two years of pandemic:

- The need to protect the most vulnerable populations, socially (elderly, migrants, etc.) and/or medically (psychiatric, disabled, etc.) from the risk of contamination but also from measures that do not respect their wishes. Non-respects of dignity were multiple: deprivation from family or professional members, non-respect of autonomy, impossibility of taking care of the dead family members...
- The need for a professional reorganization on the medical level: it is urgent to designate a “Crisis Team” managed by a central coordinator. Staff have been admirable during this crisis, and it is a priority to upgrade the profession. They should be better trained in palliative care and should also be psychologically supported;
- Anticipation in terms of equipment. Masks, gowns, gloves, oxygen, medicines, medical equipment, «testing», everything was missing, making it impossible to comply with directives. Health authorities must show anticipation;
- Implementation of procedures, for residents (life and death plans) and institutions (“disaster” plan);
- Management of social networks and media that decided to be invited in the medical decision. Science has been despised in the face of an overvaluation of refusal and mistrust. At the same time, the voice of users quickly disappeared leading to a split between political decision-makers and actors in the field.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 433-438

Key words : COVID-19, SARS-CoV2, pandemic, medical ethics, autonomy, geriatrics

INTRODUCTION

Le monde médical a été confronté brutalement à l'éventualité d'avoir à recourir à des pratiques de priorisation en soins intensifs en raison de la perspective d'une saturation complète de ces services. Cette situation d'éthique médicale, de justice distributive, était déjà présente mais a été exacerbée par la pandémie COVID-19. Cette question de la priorisation a immédiatement donné lieu à des recommandations du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique (CCBB) qui a produit une note à ce sujet avec l'adhésion du Conseil supérieur de la Santé et de l'Ordre des Médecins¹. Des décisions difficiles ont été envisagées mais leur nécessité n'a jamais été réellement avérée à l'échelle de notre pays !

Néanmoins, le sort indigne que nous avons réservé à nos aînés doit rester une source de questionnement éthique quant à la place de la personne âgée dans notre société. Cette pandémie a été la loupe qui a révélé des problèmes existants depuis toujours. En particulier, la fragilité des personnes les plus âgées, fragilité par rapport au virus mais parallèlement, fragilité de leur droit à la parole dans la prise des mesures de protection qui ici, se sont transformées en privation de libertés, de leur droit à l'autodétermination, voire de tous leurs droits. La place de la personne âgée et le rapport à la mort sont devenus une réalité préoccupante et il est essentiel aujourd'hui de revoir la position de notre société vis-à-vis de la personne âgée dans un souci d'humanisme, de respect de la personne et de sa dignité. Plusieurs campagnes d'informations radiophoniques dénonçant les maltraitements envers les personnes âgées ont d'ailleurs été réalisées durant l'année écoulée témoignant de la prise de conscience d'un problème majeur de notre société.

Ces tensions éthiques liées au grand âge n'étaient jusqu'alors connues que des personnes âgées elles-mêmes ou de leurs proches qui devaient y faire face. Cependant, alors que la longévité exceptionnelle des personnes vivant au Japon ou en Espagne devrait être source de fierté, elle semble être aujourd'hui plutôt une source d'inquiétude.

Traditionnellement, les 4 principes élémentaires sur lesquels se base l'éthique médicale sont définis par Beauchamp & Childress : 1. non malfaisance ; 2. Bienfaisance ; 3. Autonomie ; 4. justice et nous y ajouterons ici un 5^e point qui est le droit de choisir sa fin de vie².

Dans le cadre de ces grands principes d'éthique médicale, je me permettrai de parcourir avec vous en quoi le grand âge suscite tant de questionnements : la limitation d'accès aux soins et aux nouvelles thérapeutiques, l'approche ambivalente de la vulnérabilité, l'acceptation de la maltraitance, la contestable définition de l'autonomie et la justice distributive.

NON-MALFAISANCE

Ce grand principe éthique a été mis à mal durant la crise COVID-19, essentiellement en raison de

l'inégalité **de traitement** dont les résident.e.s des maisons de repos / maisons de repos et de soins (MR/MRS) ont été victimes, non seulement par rapport à la population générale mais également par rapport aux personnes âgées vivant à domicile. Une des principales composantes de cette inégalité concernait l'accès aux services hospitaliers et les multiples raisons sont détaillées ci-dessous. Toutefois, si les médias se sont régulièrement faits l'écho du refus d'admission, moralement et légalement condamnables, d'autant que ces refus aux soins intensifs auraient été fondés essentiellement sur le critère de l'âge lors d'une enquête réalisée par le CCBB, la quasi-totalité des témoins interrogés n'avaient jamais eu à déplorer une telle situation¹.

Vulnérabilité

Si les patients âgés suscitent beaucoup plus de débats éthiques, c'est justement en raison de leur vulnérabilité liée bien sûr à l'âge mais surtout à leurs comorbidités ; c'est ce qu'on appelle la vulnérabilité « médicale ». Ces comorbidités entraînent un handicap qui peut être moteur, psychomoteur ou cognitif... Cette vulnérabilité a un impact sur la survie et constitue donc un critère objectif à prendre en considération lorsque des situations de priorisation s'imposent. Ces critères sont la perte d'autonomie pour raisons cognitives, un déficit nutritionnel ou organique majeur comme une insuffisance cardio-pulmonaire ou une insuffisance rénale sévères. Mais à cela s'ajoutent la vulnérabilité « sociale » (isolement des personnes âgées) et le « paternalisme » qui accompagne les sentiments des soignants et/ou des accompagnants. Ceux-ci se permettent de juger ce qui est bien pour l'autre sans se préoccuper de son point de vue !³

Comme le dit très bien Moulias, « la grande peur des services d'urgence, de réanimation était de voir ces services saturés de seniors malades et sans espoir de survie. Ces derniers ont donc été confinés en MR/MRS sans accès aux soins d'urgence, mais sans accès non plus aux soins palliatifs, à l'oxygène, à la morphine, qui manquaient cruellement dans la première vague. Pour les âgés restés à domicile, les soins de ville avaient disparu, privant d'accès aux soins courants tous ceux qui ne pouvaient pas quitter leur domicile et qui ont parfois été abandonnés, sans contact avec leurs médecins de famille eux-mêmes malades ou surchargés »³.

Ainsi, le respect des règles en matière de soins n'a pas toujours été suivi et en particulier cette vulnérabilité, liée le plus souvent aux comorbidités, a été utilisée contre les patients âgés qui ont souvent été victimes malgré elles de privation de liberté et de contacts avec leurs proches. Cette perte relationnelle, et l'isolement en cas de maladie, souvent fatale a été une épreuve très mal vécue par les résidents. Cet isolement en MR/MRS mais aussi à domicile a fait autant de mal que la COVID-19 et les statistiques ont mis tous les décès dans le même panier⁴.

Discrimination liée à l'âge

L'« âgisme » est la discrimination fondée sur l'âge⁵. Cet

âgisme peut prendre des aspects à la fois économiques (conditions de location immobilière ou de prêt, durcies après 65 ans) et sociétaux (à tel âge, on ne fait pas cela...). Durant la deuxième période COVID-19, on a entendu des propos « âgistes », soutenus dans les médias par différentes personnalités qui s'insurgeaient du sacrifice des jeunes au nom de la santé des vieux, rappelant que ce sont les parents qui ont pour devoir de se sacrifier pour leurs enfants⁶. Pourtant, le principe d'égalité défend à présent que tous les hommes sont égaux en droits. Le concept de dignité humaine, énoncé par Kant, est intrinsèque à chaque personne humaine. « Le principe kantien de la dignité humaine rappelle que la vie de chaque humain n'a pas de prix, est inaliénable de la naissance à la mort et ne peut être altérée par aucune autre condition d'âge, de sexe, d'apparence, de culture, d'ethnie, de performances, ni de besoins de soins ou de protections. » Quant au principe de responsabilité, il soutient une éthique de la différence, tournée vers l'autre, qui aide à la vie en collectivité, vers plus d'humanité⁷. Moulias nous rappelle qu'« être âgiste, c'est renier son propre avenir, les grands progrès de l'humanité comme l'augmentation de l'espérance et de la qualité de vie. Ceux qui par âgisme « protecteur », ont isolé les plus âgés du SARS-CoV2 en les enfermant ou parfois en les attachant, ont amplifié les facteurs d'accélération de vieillissement : inactivité, isolement, ennui, pauvreté, dépression voire culpabilisation d'être encore là et de coûter cher à la société »³ !

Tolérance de la maltraitance

Les différentes limitations imposées durant le confinement ont conduit à une violence sous-évaluée. Les médias ont beaucoup parlé des violences faites aux femmes et aux enfants durant le confinement. Mais il ne faut pas minimiser aussi la maltraitance envers les patients âgés qui ne sont plus pris en charge, la violence envers leurs proches qui sont privés de voir leurs parents mourants ou décédés, la violence envers les soignants face à l'inacceptable⁸. La maltraitance est un sujet complexe. « Les violences envers les plus âgés ont du mal à mobiliser l'attention de la société et des professionnels. Elle n'en est pas moins intolérable. Elles sont pourtant fréquentes : environ une personne âgée sur six est victime de violences physiques ou verbales dans son environnement et il est urgent que la lutte contre la maltraitance devienne une préoccupation publique, quels que soient l'âge et le sexe de celui qui la subit »¹⁵.

Dégâts collatéraux

Vu l'ampleur de la pandémie et la monopolisation des professionnels de la santé, les patients ont progressivement été catégorisés entre des patients « Covid » ou « Non-Covid ». Les centres de dépistage, les salles d'opération, les services de médecine non liés à la COVID-19, les urgences non-Covid, ... ont souffert d'une limitation d'activité. Les services d'accueil de jour pour troubles cognitifs ou psychiatriques ou de rééducation fonctionnelle ont entièrement arrêté leurs activités pendant plusieurs mois. L'impact de

ces mesures se répercute encore aujourd'hui dans de multiples domaines et pourrait faire l'objet d'une autre revue. Un exemple illustrant les retards au diagnostic et à la prise en charge est le cancer du sein où les nouveaux diagnostics sont tombés à 50 % des chiffres habituels pour le Registre du Cancer en Belgique⁹.

“BIENFAISANCE”

Priorité à la qualité de vie

Autant la priorité chez les patients jeunes est la curabilité des maladies et l'accès aux soins les plus innovants, autant chez les patients âgés, les priorités sont : la qualité de vie plus que la quantité de vie, le rapport positif des effets bénéfiques/toxicité, la capacité d'un patient à tolérer un traitement sans oublier le respect de ses volontés en termes d'acharnement thérapeutique. Dans l'imaginaire de nombreuses personnes, professionnelles ou non, les soins gériatriques se limitent souvent à la MRS et la prise en charge spécialisée à l'hôpital ou à domicile est oubliée. Cette limitation dans l'accès aux soins gériatriques a été majorée par la COVID-19 et a ainsi retenti sur la mortalité, la morbidité et aussi la qualité de vie des patients âgés. La question de la priorisation dans l'accès aux soins et aux traitements a nécessité la prise de décisions difficiles par nos autorités mais heureusement, leur nécessité n'a jamais été réellement avérée à l'échelle du pays ! De nombreux témoignages attestent que les personnes très âgées et surtout en perte d'autonomie physique, n'étaient pas désireuses d'hospitalisation ou d'acharnement thérapeutique.

Priorité à l'innovation

L'accès à l'innovation thérapeutique n'est pas souvent repris dans les questions éthiques. Les nouvelles thérapies qui justifient un prix élevé par leur innovation et la recherche nécessaire pour les créer, ne sont pas toujours accessibles aux personnes âgées et pourtant, leur accessibilité devrait faire l'objet d'une réflexion dans le cadre du principe de justice distributive.

« Par contre, durant la deuxième période de pandémie, on a assisté à un retour de droit. La population des MRS a eu accès en priorité au vaccin au nom de sa vulnérabilité. La priorisation avait donc interpellé le principe d'équité et on se devait de justifier le non-abandon : on ne vous traite pas, mais on fait tout pour prévenir le fait que vous puissiez être malades... »³.

Parallèlement, le développement des outils numériques (téléconsultation, téléconférence) a bénéficié aux personnes âgées capables encore de profiter de cette innovation technique dans la relation. Les téléconsultations se sont multipliées sur tout le territoire, permettant un accès à la consultation des médecins spécialistes, alors que presque tout était à l'arrêt ou interdit par risque de contamination. Les MRS ont aussi pu en bénéficier pour restaurer les relations coupées avec les proches. Cependant ce type de consultation a nécessité de former les praticiens, les tiers et d'informer les patients. En outre, le consentement du patient est indispensable

et limiter les rapports humains à des échanges sur écrans fait courir un risque de déshumanisation dans les consultations. Ce type d'outil reste inaccessible à certains (smartphone, ordinateur, internet ...) mais dans un futur proche, la télémédecine ne peut que se développer car elle répond à nos besoins sociétaux d'immédiateté !

AUTONOMIE ET AUTO-DÉTERMINATION

Un deuxième aspect éthique important dans cette pandémie a été le manque de considération pour l'autonomie des personnes âgées :

Autonomie

Le principe éthique d'« Autonomie », c'est-à-dire de capacité à décider pour soi-même, est souvent peu respecté chez les plus âgés¹⁰. La COVID-19 n'a fait que renforcer le « paternalisme » mais en l'étendant à tous les âges. L'autonomie des patients a souvent été bafouée, en particulier par le pouvoir médical/soignant qui imposait parfois des soins, ses règles, sans le consentement du patient. Une autre raison était aussi que les personnes de confiance étaient trop rarement désignées et les « projets de vie ou de mort » quasiment jamais rédigés¹¹ !

Il est vrai aussi que le temps était compté et qu'il est souvent bien facile de se passer d'un consentement long à obtenir après une information nécessitant des répétitions, mais le respect de l'autonomie du sujet doit rester primordial¹². Ces erreurs ont été renforcées par les obstacles de communication liés au port du masque, notamment le fait que les personnes sourdes ne peuvent plus lire sur nos lèvres.

Le respect de l'autonomie des sujets et leur consentement informé ont souvent été oubliés au profit de l'hyper-médicalisation. Conscients des erreurs commises durant les différentes vagues, des procédures d'appui à la décision ont été rédigées où la multidisciplinarité impose aujourd'hui qu'au moins un réanimateur soit présent, un gériatre et un professionnel en soins palliatifs, mais aussi des non-médicaux (infirmière, aide-soignante, psychologue...). Les décisions sont gardées dans le dossier du patient et peuvent être revues en cas de changements dans l'état du patient^{13,14}. Cette démarche nécessite aussi que les volontés du patient soient prises en considération.

Protection des données

La protection des données des patients est indépendante de leur âge. Au contraire, un verrouillage supplémentaire existe pour les enfants, mais étonnamment pas pour les adultes vulnérables. La pandémie a mis à mal le principe de confidentialité : l'échange de données par téléphone mobile personnel (parfois par photos) entre professionnels pour gagner du temps ou pour éviter un réseau téléphonique saturé et les outils numériques, utilisés par des tiers assistant aux téléconsultations pour aider le patient ou le soignant. « Le respect du secret médical et de la confidentialité dépend de l'engagement de chacun, mais reste un devoir pour tous »

Souhaits de fin de vie

La mort, et sa place dans la société, est un vrai problème éthique. Petit à petit, notre société a écarté la mort au profit de la quête du bonheur de l'individu et la COVID-19 nous a confronté de plein fouet avec la réalité de la mort. Alors que la mort nécessite aujourd'hui un rituel de passage, moins de la moitié des familles a été autorisée à rendre visite à un proche mourant ou même mort à l'hôpital et en MRS. « Le deuil leur a été confisqué : plus de visite au mourant, plus de veillée, plus de rituel. Arrêt des visites des proches en chambre et à la morgue, arrêt des célébrations, des préparations du corps, double emballage zippé fermé lors du départ du service. La situation a été très violente pour les familles et les professionnels »^{3,7}. Un principe élémentaire d'éthique est de respecter les attentes et les volontés du patient en fin de vie mais durant cette période aiguë, l'autonomie des sujets a souvent été bafouée dans l'urgence et l'hyper-médicalisation. La COVID-19 a bousculé tous les modèles établis d'accompagnement du mourant et nous avons observé une déshumanisation violente de la mort, dont les soignants ont été à la fois témoins et victimes Suis-je encore humain si je laisse cet homme mourir seul, sans sa famille sans toilette mortuaire ? En outre, si dans la vie réelle, tout patient inapte à décider de l'acharnement thérapeutique dans une situation médicale précaire, est représenté par un mandataire légal, durant cette période de crise, ce droit des cohabitants ou des enfants n'a pu être respecté vu la limitation des contacts mais aussi la surcharge de travail des prestataires de soins.

JUSTICE DISTRIBUTIVE

La première vague de la pandémie a bouleversé nos pratiques dans tous les domaines de l'organisation des soins. Le matériel (masques, surblouses, désinfectant, vaccins, médicaments palliatifs, oxygène...) a cruellement fait défaut. Suivi d'un manque de professionnels compétents dans les secteurs touchés (infirmières, infectiologues, gériatres, réanimateurs, radiologues...) il en résultait des mesures à prendre en termes de répartition des faibles ressources ! Les instructions changeaient plusieurs fois par jour et étaient devenues ingérables pour tous les professionnels hospitaliers !

Si beaucoup d'inquiétudes et de suspicion se sont exprimées à propos des refus d'admission en soins intensifs, il est à noter que ceux-ci ne sont pas nécessairement « non éthiques » en soi, bien au contraire. Dans certains cas, le refus d'admission aux soins intensifs peut se justifier pleinement au plan médical comme au plan éthique et notamment dans les cas où, en raison de l'état clinique du patient, lui prodiguer des soins intensifs s'assimilerait à de l'acharnement thérapeutique. Par exemple, pour ce qui concerne la COVID-19, certains patients, en raison de leur fragilité, de leurs comorbidités, n'ont quasiment aucune chance de retirer un bénéfice quelconque d'une intubation au regard de la souffrance qu'ils auraient à endurer durant plusieurs semaines. Ici, la

seule décision qui puisse être qualifiée « d'éthique » consiste bien à éviter une telle intervention et à leur assurer des soins de confort, comme l'administration de morphine.

La priorisation est toutefois concevable en éthique si la décision repose sur un collectif (multidisciplinarité) et non sur un seul individu, si les critères de choix sont unanimement acceptés et si le patient est impliqué, quels que soient la décision et l'âge du patient. C'est l'expérience acquise durant la première vague qui a permis le développement de cellules d'appui à la décision. La multidisciplinarité impose qu'au moins un réanimateur soit présent, un gériatre, un professionnel des soins palliatifs, mais aussi des soignants (cadre, infirmière, aide-soignante, psychologue...). Les décisions sont classées dans le dossier médical et peuvent être revues si l'état du patient se modifie^{13,14}.

Il est important de préciser qu'il n'y a pas d'abandon du patient sur le plan accompagnement médical.

Les philosophies « utilitaristes » (budget limité, rapport coût/bénéfice, EBM) s'opposent aux conceptions « idéalistes » (pas de discrimination, aide à ceux qui en ont besoin et qui ont payé toute leur vie) dans la prise en charge, mais les deux approches ne s'excluent pas totalement à condition que les décisions soient pluridisciplinaires. L'âgisme rejoint la philosophie utilitariste et le rejet des « inutiles » dans les sociétés primitives. Il faut donc rappeler ce principe universel de l'éthique : « la valeur de la vie d'une personne est inaliénable ». Il serait dommage que l'élan solidaire qui a été observé durant le premier confinement ne se transforme en vague de haine contre nos fragiles aînés !

CONCLUSION

La pandémie COVID-19 a mis en évidence des manquements dans l'organisation des soins qui existaient déjà mais souvent occultés car ils touchaient surtout des minorités vulnérables et silencieuses. Les plus grands débordements éthiques constatés ont été l'inégalité dans l'accès aux soins et le manque de considération de l'autonomie du patient âgé. Grâce à de multiples échanges avec des personnes de terrain, le CCBB a pu tirer des leçons fondamentales de ces deux années de pandémie¹ :

- **La nécessité de protéger les plus vulnérables**, pas seulement le risque d'être contaminé et potentiellement mourir de la Covid-19 mais aussi de les protéger des mesures - comme le non-respect des volontés du patient ou son confinement à domicile ou en MR/MRS - qui ont eu des effets particulièrement délétères sur les populations fragiles socialement (âgés, migrants, ...) et/ou médicalement (psychiatriques, handicapés, ...). Les atteintes à la dignité ont été multiples : la privation de liens familiaux ou professionnels, le non-respect de l'autonomie, la vulnérabilité utilisée comme une façon de prendre pouvoir sur l'autre, l'impossibilité de rendre hommage à ses morts, ...
- **La nécessité d'une réorganisation professionnelle sur le plan médical**, il est urgent de réorganiser les MR/MRS et de mettre en place une équipe de crise gérée par un coordinateur central. Les autres soignants et membres du personnel ont été admirables durant cette crise et il est prioritaire de revaloriser la profession. Souvent confrontés, sans matériel, à une maladie dont ils/elles ignoraient tout, ils/elles ont dû faire face à leur impuissance. Ce personnel devrait être mieux formé aux situations d'urgence, aux épidémies, aux soins palliatifs, à la prise de décision partagée. Il devrait être également soutenu psychologiquement au cours de tels épisodes ;
- **L'anticipation sur le plan du matériel**. Masques, blouses, gants, oxygène, médicaments, matériel médical, les tests PCR... tout a manqué à de nombreux endroits, rendant impossible le respect des directives. Des stocks doivent être constitués par les institutions et les autorités de santé qui doivent faire preuve d'anticipation et de vision de long terme ;
- **Mise en place de procédures** à la fois pour les pensionnaires (projets de vie et de mort anticipés ont fait clairement défaut) et pour les institutions MR/MRS (plan « catastrophe », conventions de collaboration opérationnelles avec les hôpitaux) ;
- **Gestion des réseaux sociaux et des médias** qui se sont invités dans la décision médicale. La science a été méprisée face à une survalorisation du refus et de la défiance. En parallèle, la voix des usagers a rapidement disparu. Il y a eu une scissure nette entre les décideurs et les acteurs de terrain...

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (Consulté le 15 mai 2022). Avis #78 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (juin 2021). <https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-78-egalite-de-traitement-et-autonomie-resident-en-mrs>
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford : University Press ; 2013.
3. Moulias S, Pépin M. Nouvelles questions éthiques liées au grand âge, notamment révélées par la pandémie de Covid-19. *Regards*. 2021;59(103):115.
4. Du Peuty C. Éthique clinique et Covid-19. *Regards croisés*, Eds Centre d'Éthique clinique ; 2020.
5. World Health Organisation. (Consulté le 15 mai 2022). Global Report on Ageism. 2021. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
6. France Inter. (Consulté le 15 mai 2022). 14 avril 2020. <https://www.radiofrance.fr/franceinter/le-coup-de-gueule-du-philosophe-andre-comte-sponville-sur-l-apres-confinement-3745190>
7. Aubry R. Quels enjeux de nature éthique l'épidémie de COVID 19 a-t-elle soulevé ? *Éthique Santé*. 2020;17(3):155-9.
8. Amnesty International (AI). Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique. (2020). www.amnesty.be
9. Peacock HM, Tambuyzer T, Verdoodt F, Calay F, Poirel HA, De Schutter H *et al*. Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis. *ESMO Open*. 2021;6(4):100197.
10. Annweiler C, Moulias S, Palermi F, Robine JM, Somme D. French Society of Geriatrics and Gerontology. Is a new COVID-19 social contract appropriate ? *Lancet Public Health*. 2021;6:e363.
11. Beach S, Schulz R, Donovan H, Rosland AM. Family caregiving during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*. 2021;61:650-60.
12. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (Consulté le 15 mai 2022). Loi Sur Les Droits Du Patient (21.04.2021). <https://www.health.belgium.be/fr/loi-du-22-aout-2002-relative-aux-droits-du-patient#anchor-26536>
13. Vincent JL, Creteur J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020 Apr;9(3):248-252.
14. Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie (SBGG). Aide à la décision en cas de suspicion COVID-19 résident MR/MRS. (2020). <https://geriatrie.be/fr/>
15. Casagrande A. Mieux désigner les contraintes inacceptables pour mieux les prévenir: la démarche nationale de consensus sur la maltraitance. *Vie sociale*. 2021;33(1):183-95.

Travail reçu le 29 mai 2022 ; accepté dans sa version définitive le 20 juin 2022.

CORRESPONDANCE :

D. BRON

Faculté de Médecine - Campus Erasme
Route de Lennik, 808 - CP 610 - 1070 Bruxelles
E-mail: dominique.bron@ulb.be