



Espace de Réflexion Éthique  
de Nouvelle-Aquitaine  
BORDEAUX

*Lettre d'information*

Spéciale - Mars 2021

# P oints de vue sur la crise sanitaire



©Pixabay Geralt



<https://bordeaux.espace-ethique-na.fr>  
<https://twitter.com/ErenaBordeaux>  
[arena.bordeaux@chu-bordeaux.fr](mailto:arena.bordeaux@chu-bordeaux.fr)  
Tél. : 05 57 65 69 74

# Editorial

**Dans cette tribune, l'ERENA site de Bordeaux a souhaité voir différents acteurs impliqués dans la crise liée à la pandémie de Covid-19 exprimer leur point de vue.**

Nous avons d'abord recueilli les témoignages des professionnels directement chargés de la prise en charge des patients souffrant de cette affection : réanimateurs, gériatologues, psychiatres.

Cependant, cette crise dépasse largement la seule dimension sanitaire et devient la source de tensions éthiques majeures. Est-il impératif de sauver toute vie humaine ou bien de maximiser la survie de patients qui tireront le plus de bénéfice des soins ? Jusqu'où peut-on interdire, dans les EHPAD ou les hôpitaux, des visites à des personnes âgées ou à risque ? Comment protéger les libertés individuelles face à l'intérêt public ? Doit-on rendre la vaccination obligatoire ? Dans quelles limites peut-on avoir recours à des thérapies nouvelles ?...

Nous rapportons ici des points de vue ou tentatives de réponses à ces questionnements d'ordre philosophique, juridique, sociologique ou scientifique.

A ces interrogations s'ajoute le fait que, pour certains médecins ou penseurs, ce mal devrait être dénommé syndémie : avec (συν) une partie du peuple (δημος) et non pandémie : tout (παν) le peuple. Par syndémie, ils indiquent que les personnes frappées de manière grave sont fragiles à la fois au plan médical (âge, comorbidités) mais aussi pour des raisons liées à de mauvaises conditions de vie ou des inégalités sociales... ce qui n'est pas le cas de tout le monde.

**Pr Bernard Bioulac**

*Directeur de l'ERENA Bordeaux, professeur émérite à l'Université de Bordeaux, membre de l'Académie Nationale de Médecine*

## SOMMAIRE

Point de vue de réanimateurs.....	p 3
Point de vue d'un psychosociologue.....	p 5
Point de vue de gériatres.....	p 7
Point de vue de psychiatres.....	p 9
Point de vue d'un ancien membre du CCNE.....	p 11
Point de vue d'un médecin, docteur en philosophie pratique.....	p 13
Point de vue d'un juriste .....	p 15
Point de vue d'un éthicien .....	p 16
L'ERENA Bordeaux.....	p 18

## Lettre d'info spéciale ERENA Bordeaux

Directeur de publication  
Bernard Bioulac

Auteurs  
Mathieu Acquier  
Jean-Jacques Amyot  
Véronique Avérous  
Chantal Bergey  
Bernard Bioulac  
Didier Gruson  
Thibaud Haaser  
Marie Lamarche  
Geneviève Pinganaud  
Muriel Rainfray  
Kevin Rossini

Maquette  
Muriel Raymond

Crédit photos  
©Pixabay Geralt

# Retour d'expériences éthiques lors des deux vagues COVID : en Médecine Intensive Réanimation

Dr Mathieu Acquier, Pr Didier Gruson, CHU Bordeaux

## Points de vue sur la crise sanitaire

**La lutte anti-COVID implique des stratégies d'adaptation sanitaires, sociales, sociétales exceptionnelles, bornées par des principes fondamentaux éthiques.**

Dans quels domaines du soin notre équipe de réanimation a-t-elle été confrontée à des questionnements éthiques durant cette période COVID ? Nos réflexions ont dû aborder des aspects très divers du soin : la protection physique et psychique des acteurs en réanimation, la collaboration interprofessionnelle, la gestion des besoins et ressources, les admissions des patients COVID et non COVID en réanimation, les soins post-réanimation, la recherche clinique, mais aussi les conditions de visites des familles, le tout dans une ambiance d'incertitude marquée.

Devant chaque sujet de réflexion, l'enjeu éthique se trouvait dans la question du « comment faire ? ». La réponse associait la connaissance (du moment) et le choix collectif, en restant vigilant de ne jamais y associer ni l'arbitraire, ni le sacrifice de nos principes fondamentaux. Tout choix s'est appuyé sur des éléments objectifs animés et discutés par tous les soignants. Pourquoi de telles questions se sont-elles posées ? Parce qu'elles existaient déjà avant la pandémie et que la pénurie de ressources les a renforcées en ébranlant le principe d'égalité. Le principe d'égalité est pondéré alors par un principe d'équité. « *L'équité est la vertu qui permet d'appliquer la généralité de la loi à la singularité de la situation concrète. Elle est la vertu qui vise à instaurer une égalité de droit en tenant compte des inégalités de faits* », écrit A. Comte-Sponville<sup>1</sup>.

Notre devoir reste de sauver, malgré tout, le plus de vies possibles, ce qui nécessite des équipes soignantes efficaces. Le « comment faire ? » commence par la « capacité à faire » et passe par la protection des soignants exposés au risque contagieux. La formation continue des mesures de protections individuelles et collectives était capitale. Prioriser les soignants en première ligne était une stratégie conforme à l'objectif

de sauver le plus de vies. Ce choix répondait au besoin éthique de justice distributive. La charge en soins a nécessité un renfort régulier en personnel, adapté à l'évolution de la crise.

Le manque brutal de ressources a révélé combien les politiques de rentabilité conduisaient à une pénurie extrêmement préjudiciable. Plusieurs questions se posaient : Quand les besoins sont trop nombreux pour les ressources disponibles : comment faire ? Comment choisir les patients qui en bénéficieront ? Bien sûr, augmenter les ressources et optimiser les moyens disponibles constituent évidemment la première solution. Il a fallu créer des lits de réanimation COVID supplémentaires. Aussi, la collaboration interprofessionnelle est alors rentrée en jeu. Nous avons reçu des

patients d'autres régions. L'un des piliers de notre démocratie est la stricte égalité de tous dans l'accès au soin.

En temps normal, notre procédure d'admission en réanimation est une décision libre (les réanimateurs sont autonomes), sélective (bénéfice des soins sans réanimation déraison-

nable), la plus objective possible (critères objectifs, quantitatifs), éclairée (respect du choix du patients) et transparente. Avec l'afflux massif de patients, en pénurie de ressources et de lits de réanimation, est-il impératif de sauver toutes les vies ou bien de maximiser la survie des patients qui tireront le plus de bénéfices de nos soins ? L'équité réclame une conduite ajustée aux besoins du patient, au cas par cas. Il est impératif de respecter la dignité et le choix de tous les patients. Malgré le contexte d'urgence, les volontés et les valeurs des patients, exprimées ou rapportées par la personne de confiance, sont respectées. Quel est l'avis du patient ? Existe-t-il des directives anticipées ? Et dans l'incertitude, nous « avons fait » plutôt que ne pas faire : admettre en réanimation et réévaluer rapidement et objectivement pour éviter le déraisonnable. De plus, la raréfaction de lits disponibles ne concerne pas que les patients infectés. Il faut tenir

Devant chaque sujet de réflexion, l'enjeu éthique se trouvait dans la question du « comment faire ? »

# Retour d'expériences éthiques lors des deux vagues COVID : en Médecine Intensive Réanimation

## Point de vue de réanimateurs

compte aussi bien sûr des patients non COVID requérant des soins critiques. Ce qui est exceptionnel dans la situation actuelle, c'est la nécessité de continuer à soigner tous les autres patients, notamment ceux ayant subi la déprogrammation médico-chirurgicale de la 1ère vague. La question de l'accès aux soins pour tous constitue un véritable défi éthique. Il est important d'aider les équipes à la décision, de les conforter en ôtant tout sentiment de culpabilité. Au CHU de Bordeaux, le recours à une Equipe Mobile d'Éthique Clinique (EMEC) est possible.

Comment adapter nos protocoles thérapeutiques en assurant un soin juste ? Le juste soin est un soin guidé par la science du moment ; l'administration d'un traitement, dont l'efficacité n'est pas encore démontrée ou insuffisamment validée, doit être réalisée après concertation collégiale, et en priorité dans un protocole de recherche thérapeutique. En situation d'urgence pandémique, la recherche thérapeutique est une obligation morale dans le respect des principes éthiques de la recherche. Est-il alors éthiquement acceptable de traiter par des produits de santé, uniquement par croyance et en dehors des règles de la science médicale ?

Enfin, nous avons mesuré le risque de transmission virale en réanimation pour les proches des patients. A l'encontre des recommandations et d'autres CHU, nous avons toujours accepté, sous conditions, une visite encadrée d'un proche. Par respect d'un principe de bienfaisance et de dignité, nous n'avons pas restreint leurs présences, surtout dans les moments de fin de vie. Nous avons aussi mis à disposition des tablettes pour les patients conscients afin qu'ils puissent communiquer avec leurs proches d'autres régions.

Finalement, les deux questions que nous nous sommes posées sont les suivantes : la pandémie modifie-t-elle nos valeurs ? Et impose-t-elle une éthique d'exception ? Aucun contexte, aucune situation d'urgence, ne doit changer nos valeurs éthiques. Une crise sanitaire peut conduire à des pratiques d'exception (en réponse

à un « comment faire ? » exceptionnel), mais en aucun cas déroger de nos principes fondamentaux.

Les questionnements éthiques subsistent encore. Cette crise n'est pas finie. Les réponses incertaines et discutables doivent associer sans exception les principes de non malfeasance, de justice distributive équitable, de respect de la dignité, d'autonomie : pour tout patient et pour tout soignant.

### Dr Mathieu Acquier

*Praticien hospitalier, service de médecine intensive - réanimation, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux*

### Pr Didier Gruson

*Chef de service de médecine intensive - réanimation, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux*

<sup>1</sup> André Comte-Sponville, *Dictionnaire philosophique*, Presses Universitaires de France, 2013, p. 325

# COVID-19 et vieillesse : une épidémie de stéréotypes

Jean-Jacques Amyot, psychosociologue

## Points de vue sur la crise sanitaire

**Une situation de crise aigüe, qu'elle soit épidémique, économique ou climatique a la particularité de révéler, en les mettant presque à nu, les valeurs, des manières collectives de penser qui, habituellement, effleurent à la surface du social.**

Court-circuité par le sentiment d'urgence et le traitement de masse, le regard collectif porté sur nos concitoyens a perdu de son épaisseur jusqu'à ne laisser émerger que quelques grands continents sur lesquels vivent des populations singulièrement homogènes... Depuis un an, le discours social se réduit à des enfants qualifiés d'asymptomatiques, des étudiants laissés pour compte, des travailleurs précarisés et fragilisés par le télétravail, et des personnes âgées dans l'œil du cyclone, incarnations des risques majeurs de santé et de mortalité.

Le « traitement » de la vieillesse dans cette situation sanitaire d'exception s'est centré sur les institutions médico-sociales où l'épidémie a pris des proportions dramatiques. Les mesures pour juguler la contagion institutionnelle ont essentiellement porté sur l'isolement, mettant ainsi les résidents dans une situation extrême, déjà isolés peu ou prou pour des raisons sensorielles et technologiques, isolés dans des chambres, dans des établissements dont on connaît l'isolement. Jusqu'où la survie mérite-t-elle de subir une telle détresse dont on connaît les méfaits sur tout un chacun ? La formule « mettre à l'isolement » offre la double violence de la négation de la liberté et de l'éclipse du lien. Elle constitue proprement un dilemme puisqu'on lui oppose un « laisser-faire » potentiellement mortifère dans cet espace d'accompagnement.

Cette problématique médico-sociale, largement débattue, ne doit pas occulter d'autres tensions éthiques concernant la société tout entière. A la mi-avril 2020, le président de la République annonce la fin du confinement sauf pour les plus vulnérables, les personnes âgées. Un débat public houleux s'ouvre auquel il tente de mettre un terme peu après en

précisant ne pas souhaiter « de discrimination des personnes âgées ou fragiles ». A l'automne, l'idée présentée comme une solution se dissémine à travers les médias et à la fin octobre le président de la République précise lors d'une allocution télévisée : « Une deuxième voie serait de confiner les seules personnes à risque. Cette voie n'est pas non plus au moment où je vous parle utilisable (...) Elle peut être pertinente mais elle n'est pas suffisante. »

Imposer une privation de liberté à des personnes sur critère d'âge, outre l'aspect anticonstitutionnel, ouvre sur un questionnement éthique politique et social... Faut-il les contraindre parce qu'elles ne seraient donc pas des citoyens responsables, capables de jugement, de discernement ? Avons-nous affaire à un troupeau à

guider ? S'il faut poser des interdictions à des publics à risque, verrons-nous dorénavant les chancelants, claudicants et malvoyants confinés à vie, les bureaux de tabac accessibles seulement après un test de spirométrie, les débits de boisson filtrant les fragiles du foie et des colliers anti-rapprochement pour éviter toute rencontre entre diabétiques et rayons sucrerie ?

Ici réapparaît  
le spectre  
d'une vieillesse  
essentiellement  
vulnérable

Ici réapparaît le spectre d'une vieillesse *essentiellement* vulnérable, susceptible d'amputer la liberté individuelle, d'entraver l'autonomie, de dénier les capacités de choix et de risque, sous couvert d'une protection devenue un principe souverain et autoritaire qui se justifie par lui-même. Robert Castel a raison quand il affirme : « Aujourd'hui être protégé, c'est aussi être menacé. » Le meurtre de la liberté, suivant la formule de Paul Ricoeur, est bien une problématique centrale de la relation vieillesse/société.

Cette vulnérabilité devenue la caractéristique principale de la vieillesse ouvre la voie dans nos représentations sociales à une différence de nature, comme si être vieux, selon Jean Maisondieu, nous condamnait à être tout-autre...

# COVID-19 et vieillesse : une épidémie de stéréotypes

## Point de vue d'un psychosociologue

Une approche éthique nous obligerait à mettre en évidence des vulnérabilités profondes et certainement durables qui se sont fait jour dans tous les groupes sociaux. Les violences familiales, toute la psychopathologie apparue chez les travailleurs et les étudiants, et l'infiltration galopante de la précarisation en sont les symptômes les plus visibles.

Enfin, une tension éthique apparaît sous la forme d'une opposition générationnelle où les personnes âgées jouent, malgré elles, un sombre rôle de bouc émissaire puissamment nourri par la violence de la situation. *Ouest-France* relate des propos « d'étudiants et jeunes actifs n'hésitant plus à parler tout haut du ressentiment qu'ils éprouvent à l'égard des seniors, accusés d'hypothéquer leur avenir (...) Confiner les vieux, c'est du bon sens pour moi... ».

En octobre dernier, sur la chaîne parlementaire, Martin Blachier, épidémiologiste, propose une admirable expertise sociale : « *Moi ce que j'ai vécu, c'est que la génération des gens entre 60 et 80 ans n'est pas prête à faire le moindre effort pour la génération des plus jeunes (...)* Quand je vois qu'il faut enfermer la jeunesse pour protéger les gens de 60 à 80 ans je me dis qu'il y a un vrai problème dans la société. » L'éthique de la sollicitude a ici totalement disparu, peut-être aussi le principe de solidarité que Cornelius Castoriadis dans *L'Institution imaginaire de la société* interroge : qu'est-ce qui fait que la société « tient ensemble » ?

### Jean-Jacques Amyot

*Psychosociologue, spécialiste sur les questions de vieillesse et de vieillissement. Ancien directeur de l'OAREIL (Office aquitain de recherche, d'étude, d'information et de liaison sur les problèmes des personnes âgées). Auteur de « Innommable et innombrable. De la vieillesse, considérée comme une épidémie », éditions Dunod, 2014*





# Questions éthiques posées par la crise sanitaire en gériatrie

Dr Geneviève Pinganaud, Pr Muriel Rainfray, CHU de Bordeaux

## Points de vue sur la crise sanitaire

**Ce que l'on peut retenir de la première vague qui a décimé nombre de personnes âgées, c'est l'immense élan de solidarité qui a conduit de nombreux soignants à rejoindre les services de gériatrie et à participer aux soins avec efficacité et empathie.**

Ceci a été pour moi d'autant plus surprenant que, dans l'unité que je dirigeais qui soigne des personnes très âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, il est d'habitude difficile de recruter du personnel. Le contexte d'urgence, le spectre d'une mortalité importante, le désir d'être utile ont permis de dépasser les réticences habituelles à venir dans cette unité, où le travail est très dur du fait des troubles cognitifs et du comportement des patients. Aides-soignantes, infirmières, psychologues, internes, tous ont su prendre leur place dans l'unité, tous ont appris à se comporter avec ces patients très particuliers, aucun n'a porté de jugement et tous ont participé à la réflexion éthique qui portait essentiellement sur la liberté d'aller et de venir, au risque de contaminer ou d'être contaminé.

En effet, lorsqu'un premier patient a exprimé la maladie alors qu'il était dans l'unité depuis trois jours, déambulant de chambre en chambre comme beaucoup d'autres, tous les autres patients hospitalisés se sont retrouvés cas-contact sans la possibilité d'être hospitalisés ailleurs ou de rentrer dans leurs EHPAD dont les portes étaient fermées. Nous nous sommes donc retrouvés dans un huis clos où le virus circulait de manière particulièrement active du fait de l'impossibilité d'empêcher les patients de déambuler et de respecter les mesures de protection.

Nous avons pris la décision collective de laisser les patients déambuler au risque de contaminer les autres. Aucun soignant n'a en effet accepté de les enfermer dans leurs chambres ni de les sédaté pour qu'ils ne déambulent plus. Il n'était pas possible non

plus de laisser du matériel de protection à l'entrée des chambres sous peine de le voir utilisé à des fins inattendues...

Il faut souligner également l'excellente collaboration avec nos collègues infectiologues qui ont examiné avec nous le cas de chaque patient pour lui donner la meilleure chance de survie. Chaque patient infecté a bénéficié de tous les traitements disponibles à l'époque, sans aucune restriction liée à l'âge ou à l'état cognitif. Malheureusement aucun d'entre eux n'avait les critères permettant l'admission en réanimation mais tous ont été soignés sur place du mieux possible, ont reçu de l'oxygène et ont bénéficié de sédatifs lorsque la douleur ou les difficultés respiratoires s'accroissaient.

**le questionnement principal porte sur la tension exacerbée entre le respect des droits et libertés individuels face à celui de l'intérêt collectif**

La contamination obligatoire de la plupart des patients a été très douloureuse pour nombre de soignants, car nous nous heurtons toujours à l'impossibilité de pouvoir envoyer dans une autre unité ceux qui n'étaient pas encore contaminés. Des solutions ont été proposées mais non réalisables du fait d'un manque de personnel à détacher. L'organisation d'une filière spécifique pour ces patients devrait absolument être organisée, ce qui permettrait d'aider

également ceux qui vivent en EHPAD, puisque les mêmes questions se sont évidemment posées dans les EHPAD où chaque direction a pris les décisions qui paraissaient les meilleures en fonction des faibles moyens alloués à ces établissements.

Dans certains EHPAD, des résidents déambulants ont été enfermés dans leurs chambres et nombre de questions sur ce sujet ont été transmises à l'ERENA. La restriction des visites familiales au prix d'un isolement prolongé des résidents âgés a été source de nombreux questionnements éthiques.

Difficiles à organiser en respectant au mieux le protocole sanitaire, les différentes organisations mises en

# Questions éthiques posées par la crise sanitaire en gériatrie

## Point de vue de gériatres

place par les établissements ont été, d'une manière générale, mal ressenties par les familles, principalement au moment des fêtes. L'obligation de ne faire qu'une toilette mortuaire limitée et d'effectuer rapidement la mise en bière ainsi que la restriction du nombre de personnes pouvant assister aux funérailles ont ajouté une note déshumanisante à ces décès déjà bien brutaux.

Ainsi, l'épidémie de COVID-19 nous a confrontés en gériatrie à des situations inédites interrogeant sur le plan éthique : le questionnement principal porte sur la tension exacerbée entre le respect des droits et libertés individuels face à celui de l'intérêt collectif. Comme souligné dans l'avis 106 du CCNE en 2009 sur les « *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale* », les mesures prises dans le cadre de l'urgence sanitaire exposent au danger d'une mise à distance de principes éthiques fondamentaux comme le respect de la dignité humaine. Deux questions proposées à la réflexion du lecteur dans cet avis restent éminemment d'actualité : « *Faut-il subordonner les libertés individuelles à d'autres valeurs plus ajustées à l'efficacité de la stratégie de lutte contre ce fléau sanitaire ? Jusqu'où une limitation aux allées et venues des personnes peut-elle être imposée ?* ».

Au nom du bien commun et/ou en contexte de réduction des ressources sanitaires, devient-il légitime de restreindre ou de supprimer les visites des proches au risque d'une détresse psychologique ? Le maintien du lien familial et social est capital dans le grand âge, que la personne réside en EHPAD ou qu'elle soit encore dans son domicile personnel. Pouvons-nous contenir par des moyens physiques (contentions) ou chimiques (utilisation de psychotropes) les personnes non respectueuses des mesures de confinement pour des raisons psychologiques (personnalité borderline) ou neurologiques (personnes atteintes de troubles neurocognitifs) ? Comment prioriser l'accès aux soins lorsque les possibilités d'accueil sont dépassées, au risque d'écarter du système de santé et notamment de la filière hospitalière certaines catégories de personnes comme les résidents d'EHPAD par exemple (considérés

comme trop âgés, trop malades, trop dépendants pour supporter une médicalisation lourde) ? Peut-on réglementer de façon stricte les funérailles des personnes âgées décédées au risque d'un deuil pathologique des proches ?

Beaucoup de questions et des choix à faire, qui pour répondre à l'exigence du principe de justice dans sa double acception d'égalité et d'équité, se doivent de reposer sur un examen au cas par cas des différentes situations, de prendre en compte l'intérêt du patient et de mettre en œuvre une réflexion collégiale. Au-delà du problème de la prise en soin des populations âgées fragiles ou vulnérables, la pente glissante est de faire de l'âgisme, l'âge devenant un critère absolu notamment pour l'admission en soins continus ou en réanimation.

### Dr Geneviève Pinganaud

*Praticien hospitalier, unité consultation mémoire et consultation gériatrique hôpital X. Arnozan et Lormont, unité médecine gériatrique 2, pôle gérontologie clinique, CHU de Bordeaux, membre du comité exécutif de l'ERENA Bordeaux*

### Pr Muriel Rainfray

*Professeur émérite - Université de Bordeaux, membre du comité exécutif de l'ERENA Bordeaux, consultante au pôle gérontologie clinique - CHU de Bordeaux*



# Questions Psychiatrie publique et confinement : de l'impératif éthique de maintenir le lien avec les usagers

*Dr Chantal Bergey, Dr Kévin Rossini, CH Charles Perrens*

## Points de vue sur la crise sanitaire

**Depuis plusieurs années, les politiques de santé successives ont favorisé la réorientation des activités de soins vers le « virage ambulatoire ».**

Cette évolution a largement concerné la psychiatrie dont les prises en charge ont été, durant plus d'un siècle, quasi exclusivement hospitalières : le mouvement de désinstitutionnalisation n'a pu débuter qu'au début des années 60 avec la découverte des premiers psychotropes puis la parution des textes fondateurs du « secteur ». Dès lors, les patients ont commencé à sortir de l'hôpital psychiatrique et à être pris en charge au sein de centres médico-psychologiques ou d'hôpitaux de jour. Près de 60 ans plus tard, ce mouvement se poursuit avec le redéploiement de moyens « intra-hospitaliers » vers ces structures « extra-hospitalières » et, d'autre part, la création de nouveaux dispositifs innovants, fondés sur le principe de « l'aller vers », telles les équipes mobiles et les plateformes téléphoniques. C'est dans ce contexte que, dès l'été 2019, le Centre Hospitalier Charles Perrens a souhaité développer « Questions Psy », un numéro unique, à vocation territoriale, tant à destination des usagers que des professionnels de santé, pour proposer information, conseil et orientation dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. L'intérêt était notamment d'élargir le panel des réponses pouvant être apportées dans un contexte de crise ou d'urgence.

Alors que nous entamions notre réflexion pour la mise en place de « Questions Psy », au début de l'année 2020, une information sur la possibilité d'une épidémie, en Asie, a commencé à circuler... tout comme le coronavirus qui en était responsable. Nous n'imaginions alors pas que ce contexte sanitaire nous amènerait à devoir réorganiser, en urgence, l'ensemble de nos interventions en plaçant les mesures prophylactiques au centre de nos préoccupations. Pourtant, en l'espace de quelques jours, les

adaptations que nous avions envisagées étaient d'ores et déjà rendues caduques par la circulation galopante du virus, désormais responsable d'une pandémie : après l'Italie et l'Espagne, la France, dépourvue de moyens de protection suffisants, venait de se confiner. Nous qui cherchions à gérer la crise « hors les murs de l'hôpital psychiatrique », à proposer des prises en charge « inclusives », nous voilà contraints, pour éviter la propagation de ce virus, de nous y replier !

Dans un premier temps les services d'urgence sont devenus calmes, trop calmes. D'un seul coup, comme par magie, la salle d'attente du service d'urgence psychiatrique de Charles PERRENS, le SECOP (Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique), s'est vidée...

Les Français n'attendaient plus aux urgences mais devant les portes de leurs supermarchés ! Tous les hôpitaux psychiatriques ont été contraints de repenser la vie en unité d'admission pour concilier un triple impératif : la poursuite de l'accueil de patients en hospitalisation complète, le respect des indispensables « gestes barrières » et la garantie des droits des malades. L'un des points de vigilance notables a porté sur les pratiques d'isolement pour que

l'isolement psychiatrique » (placement dans un espace clos, en dernier recours, lors d'une phase de crise) ne se substitue pas, par excès, au simple isolement prophylactique.

De manière concomitante, la fermeture au public de l'ensemble de nos structures extra-hospitalières, véritable pierre angulaire de la psychiatrie publique, a représenté un défi majeur pour assurer la continuité des soins. Maintenir le lien avec nos patients mais aussi, avec tous ceux qui souffraient ou allaient souffrir de cette crise sanitaire inédite depuis un siècle, est devenue l'une de nos priorités et, pour y parvenir, nous avons largement recouru à la télé-médecine. Si le mot d'ordre « Restez chez vous » était salutaire, d'un point de vue infectiologique, des études ont en effet

le questionnement principal porte sur Maintenir le lien avec nos patients (...) est devenue l'une de nos priorités

# Questions Psychiatrie publique et confinement : de l'impératif éthique de maintenir le lien avec les usagers

## Point de vue de psychiatres

rapidement démontré l'impact négatif du confinement sur le plan psychologique avec la possible apparition d'une perte de repères, d'un sentiment de colère mais aussi de symptômes du registre anxieux et post-traumatique. Ce contexte inédit risquait également d'être pourvoyeur d'une recrudescence de violences intra-familiales et de passages à l'acte suicidaires éventuellement sous-tendus par des addictions. C'est ainsi qu'est très rapidement née l'idée de déployer une plateforme téléphonique de soutien psychologique, à destination de la population générale de Gironde, baptisée « CovidPsy 33 ».

Sa vocation était de soutenir, d'accompagner et de conseiller les personnes fragilisées par la crise sanitaire mais aussi, les professionnels éprouvant des difficultés dans l'exercice de leur profession et ce, durant les deux périodes de confinement que nous avons connues ces derniers mois. Selon les situations, il s'agissait de briser l'isolement ou, au contraire, d'offrir un espace de parole pour verbaliser autour de difficultés et de tensions relationnelles. L'objectif était également de dépister les situations nécessitant une orientation vers les urgences psychiatriques et d'éviter les ruptures de soins pour les patients en cours de prise en charge. Nous avons reçu, au total, 1 042 appels entrants qui ont permis de prendre en charge 631 patients pour un total de 1 411 consultations téléphoniques. Sur le 2e confinement, la plateforme a été sollicitée 473 fois mais 222 fois sur les horaires et jours d'ouverture. Les appels étaient traités par des infirmiers, des psychologues, des internes en psychiatrie et des psychiatres.

En ce début d'année 2021, nous pouvons effectuer deux constats. Le premier concerne le SECOP avec une impression initiale confirmée par l'étude de son activité : la fréquentation y a, respectivement, diminué de 23% durant le premier confinement et de 5% durant le second. Au total, la baisse d'activité, en 2020, a été de 7%, par rapport à l'année 2019, et elle a essentiellement porté sur le nombre de consultations (- 11% sur l'année 2020) alors que le recours à l'hospitalisation a peu varié (- 2%). Il est difficile de déterminer si la

baisse du nombre de consultations peut être expliquée par le recours à des prises en charge alternatives (téléconsultations, entretiens téléphoniques, etc.). En revanche, la relative stabilité du nombre d'hospitalisations, à l'issue de l'évaluation d'urgence, pourrait indiquer qu'un certain nombre de situations sont trop complexes pour être gérées autrement qu'en milieu institutionnel.

Le deuxième constat porte sur CovidPsy33 dont la mise en place rapide a été possible grâce à la réflexion initialement engagée pour créer « Questions Psy ». Le nombre d'appels reçus durant les périodes de confinement successives a démontré l'utilité d'une plateforme téléphonique de ce type et la nécessité de la pérenniser sur le modèle de ce que nous avons initialement imaginé. Ce numéro unique reste d'ores et est déjà joignable au 0.800.71.08.90. Son maintien s'intègre dans le cadre d'un projet plus global, qui sera déployé dans le courant de l'année 2021, afin d'améliorer la gestion pré-hospitalière des urgences psychiatriques grâce à un travail partenarial renforcé entre l'ensemble des acteurs concernés (médecins généralistes et urgentistes, SAMU-Centre 15, forces de l'ordre, pompiers, maires, etc.).

### Dr Chantal Bergey

*Psychiatre, cheffe de Pôle de Psychiatrie d'Urgence Médoc-Arcachon (PUMA), CH Charles Perrens, Bordeaux*

### Dr Kévin Rossini

*Psychiatre, Pôle PUMA, CH Charles Perrens, Bordeaux*

# Stratégie vaccinale, entre Autorité, Liberté et Confiance

Pr Bernard Bioulac, ancien membre du CCNE

## Points de vue sur la crise sanitaire

**Dès 1796, Edward Jenner, en faisant le rapprochement entre la vaccine et la variole, invente la vaccination antivariolique. Il prône déjà le principe d'une vaccination de masse mais son écoute demeure relative tant chez certains médecins que chez ceux qui dénoncent la prétention de vouloir contrarier les desseins de la providence.**

Toute autre est l'approche de Napoléon. En 1804, il confie à Jean-Antoine Chaptal, médecin et chimiste, la campagne de vaccination antivariolique. Comme le rapporte l'historien Jean-Baptiste Fressoz, celle-ci est menée tambour battant. Les préfets reçoivent une injonction autoritaire « *Aucun objet ne réclame plus hautement notre attention... il s'agit du moyen d'accroître la population* ». On affiche aux portes des mairies les tableaux nominatifs des morts afin de soumettre à la vindicte populaire les parents qui ne font pas vacciner leurs enfants. Il est créé un « Comité central de la vaccine » qui contrôle, et en l'occurrence censure, tout article publié sur la vaccination. Cependant, la vaccination d'alors n'est pas sans danger. Elle s'opère grâce à des enfants des hospices inoculés par la vaccine. Le pus produit par ces derniers est utilisé pour vacciner « de bras à bras ». Ainsi l'enfant vaccinifère porteur d'une pathologie comme la syphilis peut contaminer toute la chaîne des vaccinés... Quoiqu'il en soit l'autorité impériale, jugeant le public médicalement mineur, choisit de gouverner la santé de la population.

Ce rappel historique du rôle de l'Etat dans le gouvernement de la santé demeure une réalité. L'ère pasteurienne et les progrès de la vaccination ont conduit les pouvoirs publics à rendre certains vaccins obligatoires (nourrisson, professions de santé et étudiants, professions exposées, militaires, pays étrangers).

Anticipant l'issue d'une période d'urgence, en l'occurrence l'actuelle crise sanitaire liée à la pandémie du

Covid-19, l'exécutif a laissé penser qu'il ne souhaitait pas se priver d'outils auxquels il s'était habitué. Fin décembre, le gouvernement présente au Parlement un projet de loi sur les urgences sanitaires. Le texte surprend car il donnerait au premier ministre la possibilité de «...subordonner les déplacements... l'exercice de certaines activités à la présentation des résultats d'un test de dépistage établissant que la personne n'est pas affectée ou contaminée, au suivi d'un traitement préventif, y compris à l'administration d'un vaccin ou d'un traitement curatif ». En définitive ce texte subordonne l'exercice de certaines libertés à un possible passeport vaccinal. L'opposition à ce texte est d'autant plus forte que le Président de la République avait affirmé que le vaccin ne serait pas obligatoire. Il est finalement retiré.

**Le CCNE n'a eu de cesse de rappeler, dans les enjeux éthiques d'une politique vaccinale, les principes d'autonomie et de consentement.**

Etait-ce pour autant une tentative autoritaire et liberticide ? Aujourd'hui, le débat sur le passeport vaccinal réapparaît, et risque de s'amplifier avec l'augmentation du nombre de sujets vaccinés.

Cependant, reste la confrontation entre liberté individuelle et nécessité sociale et économique. Le Comité Consultatif National d'Ethique n'a eu de cesse de rappeler, dans les enjeux éthiques d'une politique vaccinale, les principes d'autonomie et de consentement. Dans le présent cahier, Véronique Averous<sup>1</sup>, fait ressortir avec pertinence l'incontournable balancement philosophique entre la dignité inaliénable selon les principes kantien et une liberté qui ne nuise pas à autrui selon le libéralisme de Stuart-Mill.

Cette réflexion, de plus, doit prendre en compte la confiance des citoyens, pivot de la réussite de toute stratégie vaccinale. Récemment, la revue *The Lancet* montre que la confiance exprimée dans les vaccins est plus ou moins dépendante du niveau d'éducation, de l'âge, de la religion et de la profession. On parle de « *vallée de confiance* » pour décrire la première

# Stratégie vaccinale, entre Autorité, Liberté et Confiance

## Point de vue d'un ancien membre du CCNE

défiance des citoyens confrontés à une information scientifique. Alain Fischer<sup>2</sup> et ses collègues avancent qu'une communication cohérente doit inclure quatre éléments pour fonder cette confiance : (1) transparence complète dans l'information scientifique ; (2) crédibilité liée au soutien de la communauté scientifique et à l'absence de conflits d'intérêts ; (3) présence de relais de proximité ; (4) capacité à inscrire cette information dans un récit associant esprit de solidarité et citoyenneté. Ces ingrédients devraient contrecarrer les forces déstabilisantes des croyances infondées qui alimentent pour partie les positions antivaccinales.

A ce propos, Thierry Ripoll<sup>3</sup>, dans son livre « Pourquoi croit-on ? » dissèque les mécanismes cérébraux qui favorisent l'adhésion à des croyances infondées voire complotistes. Il distingue, chez l'homme, deux systèmes de traitement de l'information : intuitif et analytique. Le premier est rapide et s'impose facilement. Il sous-tend la plupart des biais de raisonnement. C'est donc celui-là qu'il faudra combattre avec le second qui lui fait appel aux ressources cognitives et à la rationalité.

Pour conclure, il est intéressant de citer la position très vaccinale du pape François. Pour lui, s'opposer au vaccin traduit un « *négationnisme suicidaire* ». Il poursuit « *Je crois que, d'un point de vue éthique, tout le monde doit se faire vacciner, c'est un choix éthique parce qu'on met à risque sa santé, sa vie, mais aussi la vie des autres* ». Pour ce fils d'Ignace de Loyola, serait-ce de l'éthique prudentielle ?

### Pr Bernard Bioulac

*Directeur de l'ERENA Bordeaux, professeur émérite à l'Université de Bordeaux, membre de l'Académie Nationale de Médecine, ancien membre du Comité Consultatif National d'Éthique*

<sup>1</sup> Véronique Averous : Regard sur la pandémie et la vaccination ; Présent cahier.

<sup>2</sup> Alain Fischer, Michel Goldman, Etienne Grass : Vaccin contre le Covid-19 ; Le Monde 15-16 novembre 2020.

<sup>3</sup> Thierry Ripoll : Pourquoi croit-on ? Editions Sciences humaines 2020.

# Regard sur la pandémie et la vaccination

Pr Véronique Avérous, CHU de Bordeaux

## Points de vue sur la crise sanitaire

**Le SARS Cov2, à la pathogénie encore très incertaine, ne représente qu'une particule sphérique de quelques nanomètres ; pourtant, il met le monde à genoux.**

Responsable de la plus grande crise sanitaire contemporaine, il entraîne dans son sillage, dissonance, gâchis multiples et assertions contradictoires émanant d'experts scientifiques et de politiques les plus éminents. L'ambivalence que cette particule microscopique génère dans la gestion de la crise, culmine avec les tergiversations autour de la vaccination.

Cette vaccination pour nombre de nos concitoyens serait apparue trop rapidement pour être rassurante. L'ARN vaccinal, pour certains, ne risque-t-il pas de s'intégrer dans le génome et d'être ainsi susceptible de développer des pathologies génétiquement transmissibles ?

De même, les allergies graves recensées, même rares, cristallisent de façon irrationnelle l'instinct de conservation individuel qui prime alors sur le bien commun. Parfois même se devine un désir invouable de voir autrui « risquer » la vaccination pour pouvoir, sans prendre de risque, bénéficier à terme de l'immunité collective.

D'autres au contraire, dont la peur se manifeste dans la conscience de la gravité de la CoViD 19 et de ses séquelles multi organes possibles, estiment que la vaccination ne se déploie pas de façon suffisamment rapide alors même qu'elle représente l'espoir principal de pouvoir donner collectivement un terme à cette épreuve chargée de détresse médicale, socio-affective et financière.

Cette problématique nous invite à revisiter l'utilitarisme dont la tradition philosophique est largement adossée au libéralisme classique anglo-saxon. John Stuart Mill, représentant de cette tradition, à la fois s'oppose dans *De la liberté* à l'ingérence de l'État dans les affaires privées, et avance dans le même temps

l'idée, *a priori* paradoxale, dans *L'utilitarisme*, qu'il faille prioriser le bien pour le plus grand nombre. *A priori* en effet car le libéralisme millien défend dans le même temps une liberté qui ne nuise pas à autrui.

C'est bien ce que propose la vaccination, le plus grand bien pour le plus grand nombre et même jusqu'au sacrifice si l'objectif utilitariste est bien visé.

Il ne s'agit pas, dans le cas de la Covid 19, de sacrifier sa vie à proprement parler mais plutôt d'accepter, dans cette optique utilitariste, un éventuel effet secondaire rare pour le bien de tous. La tension apparente s'exercerait entre ces deux positions de Mill, l'idée selon laquelle chacun est libre et s'autodétermine sans que l'État ne se mêle des affaires de son propre corps et d'autre part, l'idée selon laquelle chacun devrait accepter le sacrifice de sa personne pour le bien du plus grand nombre.

Or classiquement, c'est souvent la théorie déontologique de Kant qui rentre en tension réflexive avec la morale de Mill. Celle-là ne considère aucune conséquence, la meilleure future, comme critère de validité morale. Seules l'auto législation universalisable de la personne, considérée comme une fin et non pas seulement comme un moyen, et, la dignité inaliénable qui procède de cette auto législation sont des critères valides pour Kant. Celui-ci n'aurait peut-être pas défendu l'idée éthique selon laquelle, dans notre monde contemporain, la vaccination dût être une obligation morale malgré tous les espoirs portés par celle-ci.

Jean-Jacques Wünnenburger, dans le dossier « Regards croisés sur la pandémie » de l'Espace Ethique Azuréen de décembre dernier, semble prendre ce parti : « *pour protéger la survie, faut-il finalement ne chercher que l'efficacité, sans égard pour la dignité ? L'Etat doit-il faire disparaître tous les risques de la vie et la peur de la mort ?* ». La crise nous aurait-elle rappelé certaines vérités fondamentales oubliées, entre autres que la

C'est bien  
ce que propose la  
vaccination, le plus  
grand bien pour le  
plus grand nombre

# Regard sur la pandémie et la vaccination

## Point de vue d'un médecin, docteur en philosophie pratique

vulnérabilité et la finitude sont intrinsèques à la condition humaine ?

Mais elle nous rappelle aussi que nous sommes collectivement liés les uns aux autres, que la contamination de l'un implique celle d'autrui de la même manière que la protection de l'un protège également l'autre. Ne faisons-nous pas partie d'une certaine façon d'un même « corps » pour le meilleur ou pour le pire ? Ne devrions-nous donc pas être, même si nous défendons la position kantienne, un peu utilitariste en cette matière ?

Aussi, si nous partageons totalement l'idée de Wünenburger selon laquelle il nous faille « *prendre garde que cette épidémie ne devienne un laboratoire d'essai d'une nouvelle société anesthésiée et totalitaire* », ne nous faudrait-il pas cependant accepter « d'enrichir » les grands laboratoires pour permettre que nous puissions reprendre, au plus vite, une vie « plus charnelle », ceci sans présager d'une totale maîtrise sur la vie et sur la mort, sur les mutations ou la résurgences d'autres pathologies virales plus meurtrières ?

### Pr Véronique Avérous

*Praticien hospitalier, Professeure associée de médecine palliative et éthique, équipe mobile de soins palliatifs, CHU de Bordeaux, docteur en philosophie pratique chercheure associée SPH EA 4574 université de Bordeaux et université Bordeaux Montaigne., membre du comité exécutif de l'ERENA Bordeaux*





# Vie privée et vie familiale au temps de la crise sanitaire

Marie Lamarche, Université de Bordeaux

## Points de vue sur la crise sanitaire

**Par une ordonnance rendue le 3 mars 2021 (n° 449759), le Conseil d'État ouvre les portes des EHPAD.** Il admet après avoir été saisi en urgence d'écarter les « recommandations » du ministère des solidarités et de la santé qui interdisaient de manière générale et absolue, à tous les résidents de ces établissements qu'ils soient vaccinés ou non, d'en sortir.

Selon le Conseil d'État, « *apparaissent désormais compatibles avec la sécurité de l'ensemble des résidents et du personnel de l'établissement, selon la décision du responsable de celui-ci et dans les conditions qu'il définit, notamment des sorties de résidents ayant été vaccinés, ce en fonction de la taille de l'établissement, de la nature de la sortie envisagée, du taux de vaccination des résidents et des personnels ou encore de la proportion constatée des nouveaux variants au niveau départemental ou infra départemental et accompagnées de l'application de mesures de protection renforcée lors du retour dans l'établissement* ». C'est donc la vaccination qui permet d'alléger désormais les restrictions à la liberté d'aller et venir des résidents des EHPAD et plus avant au droit d'entretenir des relations avec des tiers. Cela étant, même si une interdiction générale et absolue serait donc illégale, il n'en demeure pas moins que la décision reste de la responsabilité des directeurs d'établissement en fonction des circonstances. La vaccination ne constitue pas désormais un « passeport » permettant automatiquement le droit de sortir du territoire de l'EHPAD.

Cette actualité permet d'opérer un bref regard rétrospectif sur l'année écoulée depuis le début de ce qu'il est convenu d'appeler « la crise sanitaire ». Dès le départ, les mesures prescrites pour faire face à l'épidémie dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ont conduit à restreindre de façon inédite la liberté d'aller et venir des citoyens. Depuis les premiers décrets de mars 2020, des activités, déplacements, rencontres, rassemblements ont été proscrits selon des modalités variables afin de limiter les contaminations et la propagation du virus, pour protéger la santé et la

vie de chacun et de tous. Des restrictions ont ainsi conduit à créer un « dehors interdit » et un « dedans obligatoire » avec un certain nombre de dérogations notamment « pour motifs familiaux impérieux » et spécifiquement pour venir en aide aux personnes vulnérables. Le maintien de liens familiaux, qui relève du droit à la vie privée et la vie familiale protégé par l'article 8 de la Convention européenne de sauvegardes des droits de l'homme et des libertés fondamentales, devait ainsi être préservé.

Pour autant, ce droit au maintien des liens familiaux a été particulièrement nié dès lors que la personne est accueillie dans un établissement médical ou médico-social : interdiction absolue des visites pour certains et à certaines périodes, visites restreintes pour d'autres au nom de la sécurité sanitaire, avec des règles qui peuvent varier selon les établissements. On ne compte plus désormais les témoignages de personnes qui ont perdu leurs proches hospitalisés ou accueillis en EHPAD sans pouvoir les revoir et les accompagner malgré les dérogations « fin de vie » qui ont pu être accordées et malgré l'accompagnement des familles par les soignants. Les motifs familiaux impérieux et l'assistance aux personnes vulnérables semblent ainsi n'avoir pas les mêmes conséquences selon que la personne est « dedans » ou « dehors ».

De la décision du Conseil d'État, il convient de retenir que les mesures générales et absolues ne peuvent prospérer si elles conduisent à restreindre la liberté d'aller et venir de façon disproportionnée. De la même façon, il est possible de considérer que les mesures relatives aux visites dans les établissements médicaux et médico-sociaux restreignant le droit à la vie privée et à la vie familiale doivent demeurer proportionnées et adaptées à chaque situation.

### Marie Lamarche

*Maître de conférences en droit privé HDR - Université de Bordeaux, directrice de la clinique du droit, directrice adjointe - CERFAPS*

(...) ce droit au maintien des liens familiaux a été particulièrement nié

## Point de vue d'un éthicien

**La crise globale liée à la pandémie de la Covid-19 fut et continue d'être à l'origine d'une mobilisation inédite et formidable de la recherche biomédicale :** inédite car jamais auparavant la communauté scientifique mondiale n'a aussi massivement investi une seule et même thématique ; formidable car cette mobilisation a abouti à l'obtention en une seule année de vaccins efficaces, et pour certains de fonctionnement innovant (vaccin à ARN messager).

A cette mobilisation s'est ajouté un intérêt renouvelé de la société pour la recherche biomédicale, pour les conditions d'intégrité dans lesquelles elle doit se déployer, pour sa fonction fondamentale d'amélioration des soins prodigués, et plus généralement de protection des personnes face à une maladie émergente.

C'est aussi une mobilisation éthique qui a eu lieu, et se poursuit encore. Un point majeur est l'adaptation des systèmes de validation scientifique et éthique à l'occasion de cette pandémie, liée notamment à l'accélération des circuits de soumission et d'analyse de dossiers de recherche par les Comités de Protection des Personnes. Cet aspect est un élément fondamental pour que les principes éthiques continuent d'être appliqués et que des circonstances exceptionnelles ne puissent se faire la justification de pratiques de recherche éthiquement invalides. Par ce biais, la régulation en éthique de la recherche a pu proposer une réponse à un impératif chronologique imposé par la pandémie.

Mais cette crise n'a pas seulement mis en lumière le caractère hautement éthique de la recherche : il nous semble qu'elle a aussi démontré comment les acteurs mobilisés au sein de cette activité étaient eux-mêmes en proie à un travail éthique individuel majeur.

En effet, résumer la démarche de recherche biomédicale à la seule constitution de nouveaux savoirs biomédicaux et à leur réalisation dans des conditions

règlementaires valides ne permet pas de rendre compte d'un élément essentiel : les chercheurs restent des sujets moraux évoluant dans un système sanitaire et scientifique complexe leur imposant de faire d'authentiques choix éthiques. De nombreux éléments vont ainsi interférer avec leurs décisions : l'émulation (plus ou moins saine) entre laboratoires, l'impératif de publication scientifique dans le milieu universitaire (le fameux « *publish or perish* », c'est-à-dire « publier ou mourir »), le souhait de devenir ou de rester leader sur une thématique de recherche... Tous ces aspects de l'univers de la recherche biomédicale conditionnent les stratégies de recherche et ce, sans que la réglementation en matière d'éthique ne puisse intervenir.

Ainsi, les chercheurs, car ils doivent se positionner dans ces autres conditions non régulées ne peuvent être réduits à de simples agents d'une entreprise de recherche trop souvent idéalisée : en faisant des choix complexes qui ne dépendent finalement que d'eux, ils sont appelés à se tenir en tant qu'agents moraux, à établir avec eux-mêmes une authentique relation éthique et à prendre position au sein de cet environnement.

**L'entreprise de recherche n'est donc pas neutre éthiquement pour les personnes qui en sont les acteurs.**

L'entreprise de recherche n'est donc pas neutre éthiquement pour les personnes qui en sont les acteurs. La réelle valeur sociale de la recherche, les véritables motifs l'ayant justifié (accroître les connaissances ou promouvoir sa carrière, son laboratoire), les échanges directs avec les personnes en vue de leur consentement, la distinction plus ou moins nette entre les démarches de recherche et de soin, les efforts de communication déployés lors de l'obtention des résultats...

Autant d'exemples au cours desquels les acteurs de la recherche biomédicale se trouvent impliqués en tant que personnes mues par des motifs, des priorités, des valeurs différents : la mobilisation éthique est avant toute chose la mobilisation d'un sujet.

Si cette réalité existait bien avant le contexte actuel, la crise liée à la Covid- 19 a souligné cette pluralité éthique dont les chercheurs doivent répondre au-delà du seul impératif de respecter les lois.

Il semble indispensable que la formation scientifique puisse inclure le plus précocement possible cette réflexion éthique à plusieurs dimensions : professionnelle, sociale, scientifique et donc aussi infiniment singulière.

### **Dr Thibaud Haaser**

*Oncoradiologue, service de Radiothérapie CHU de Bordeaux, Docteur en éthique médicale - EA 4574 SPH Université de Bordeaux - Université Bordeaux Montaigne*



# L'ERENA Bordeaux

## Qui sommes nous ?

Créés par la loi de bioéthique du 6 août 2004, les **Espaces de Réflexion Ethique Régionaux (ERER) sont structurés par l'Arrêté du 4 janvier 2012 qui définit leurs contours et leurs missions.** Ils ont vocation à susciter et coordonner les initiatives en matière d'éthique dans le domaine des sciences de la vie et de la santé.

Depuis 2014, l'Espace de Réflexion Ethique d'Aquitaine (EREA) contribue au développement de la culture éthique sur son territoire. Dans le cadre de la réforme territoriale de l'Etat et des nouvelles régions, certains ERE ont fusionné.

L'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine (ERENA) est né en février 2018 de la fusion des ERE d'Aquitaine (EREA), du Limousin et de Poitou Charentes. Afin de permettre un maillage territorial et une éthique de proximité, l'ERENA conserve son implantation sur chaque territoire correspondant aux anciennes régions.

L'ERENA Bordeaux développe ainsi ses missions de formation, de documentation, d'information, de promotion, de partage de connaissances et d'observatoire des questions éthiques.

Il participe à la formation initiale et continue des professionnels de santé, il accompagne les professionnels et les établissements dans le déploiement de la « culture éthique » et de la réflexion éthique.

Il a aussi pour rôle de promouvoir le débat public et de faciliter les rencontres et les échanges interdisciplinaires entre professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, représentants associatifs, universitaires intervenant dans le domaine des sciences de la vie et de la santé.

L'ERENA Bordeaux organise chaque année un colloque (Fin de vie, Précarité et accès aux soins, Laïcité et soins, Ethique et management, IA et relation de soin, secret professionnel partagé...), et des débats citoyens (Fin de vie et obstination déraisonnable, Don d'organes, Transhumanisme, prévention et libertés, annonce d'une maladie grave...).

Il anime un réseau de référents éthiques sur son territoire.

+ d'information sur :

<https://bordeaux.espace-ethique-na.fr>





©Pixabay Geralt



Espace de Réflexion Éthique  
de Nouvelle-Aquitaine  
**BORDEAUX**

Direction Générale du CHU de Bordeaux  
12 rue Dubernat  
Bâtiment Dubernat, 3e étage  
33404 TALENCE Cedex  
Tél. : 05 57 65 69 74  
[erena.bordeaux\[@\]chu-bordeaux.fr](mailto:erena.bordeaux[@]chu-bordeaux.fr)

<https://bordeaux.espace-ethique-na.fr>

<https://twitter.com/ErenaBordeaux>

