

Permission de visites et de déambulation, pour maintenir le lien social et éviter les pratiques d'enfermement et de contention en EHPAD dans le contexte de la crise Covid

Analyse du Groupe d'appui territorial éthique/Covid/Normandie

Suite à saisines par des familles et des soignants.

Note initiale du 27 mars 2020

Actualisée le 24 avril 2020



EREN Espace de Réflexion Ethique de Normandie

Plan :

- 1) Contexte
- 2) Les demandes et alertes de familles et de professionnels
- 3) Recommandations en faveur de la déambulation et des interactions au sein de l'établissement
- 4) Recommandations en faveur des interactions avec l'extérieur
- 5) Eléments de perspective et de prospectives

**NB préalable à toutes nos notes :**

***Le groupe d'appui territorial éthique covid Normandie tient à souligner que :***

***- d'une part l'exercice de la réflexion éthique en pareille situation doit intégrer les réalités pratiques et les responsabilités de santé publique.***

***- qu'une éthique n'intégrant pas les réalités quotidiennes, n'aurait que peu de portée auprès des citoyens et des acteurs de santé, si des principes énoncés ou des réflexions formulées n'avaient pas de sens en regard des pratiques sur le terrain.***

***Il convient également de souligner le risque d'une éthique procédurale qui ne serait là que pour permettre validation de règles, mais qui ne permettrait pas, y compris une fois une règle établie, de porter regard critique ou contradiction, non pas pour refuser toute règle ou contrainte, mais pour permettre d'éventuelles évolutions à travers une construction nécessairement progressive fondée sur l'intelligence collective et la confrontation.***

***Pour l'ensemble de ces raisons, nos notes se veulent, celles d'un temps T, évolutives, porteuses de nos doutes.***

***Elles se veulent également source de propositions et d'idées.***

## 1. Contexte

La décision de confinement engendre des conséquences « à tiroir » pour les résidents des EHPAD. Confiner un individu, qui à ce jour allait plutôt bien, risque de le faire décompenser

*Permission de visites et de déambulation, pour maintenir le lien social et éviter les pratiques d'enfermement et de contention en EHPAD dans le contexte de la crise Covid*

*Version du 24/04/20*

sur le versant psychique et physique, avec à l'extrême de l'agitation et une majoration des troubles du comportement.

Les pratiques concernant l'application du confinement dans les EHPAD varient selon les établissements ce qui donne lieu à de fortes inégalités. Une grande partie des établissements a appliqué jusqu'à présent une interdiction totale de visites des proches. Les établissements se sont organisés en fonction de leurs contraintes logistiques et matérielles pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (création de secteur séparés Covid + et Covid -, confinement strict des résidents dans leurs chambres, ou encore organisation de sorties dans les espaces extérieurs).

Une forte pression est ressentie par les professionnels de ces établissements dont les effectifs sont fortement sollicités, et en nombre contraint voire réduit. Ces professionnels s'interrogent sur la prise en charge des résidents mise en place au sein de leur structure et ont bien souvent l'impression de ne pas respecter certains principes éthiques fondamentaux (liberté d'aller et venir, droit de visite, accès au téléphone, activités de loisirs, vie affective et conjugale).

Ceci croise également les signalements de quelques médecins alertant que la situation de certains patients se dégradait du fait du confinement.

Enfin, les proches et la famille ont fait remonter de nombreuses doléances concernant leurs souffrances et celles des résidents du fait de l'impossibilité de rencontres et parfois de visites d'adieu.

## **2. Les demandes et alertes de familles et de professionnels**

### **a. Familles**

Appel de familles, ne souhaitant pas incriminer les établissements, mais s'interrogeant sur l'obligation faites à leurs parents de confinement en chambre en EHPAD, chambres de moins de 20 m<sup>2</sup>, avec interdiction d'en sortir et sans promenades organisées. Ceci étant renforcé par l'interdiction des visites. Les questions qui en découlent formulées par ces proches sont les suivantes :

- Quid du droit fondamental à déambuler, à avoir une activité physique.
- Pourquoi le droit à tout citoyen de sortir pour avoir une activité physique (cf fiche produite par le gouvernement pour tous) ne s'applique-t-il pas ?
- Les établissements ne devraient-ils pas organiser des sorties dans le jardin, par petits groupes, en respectant les distances et mesures barrières d'hygiène ?

- Pour l'avenir, quel programme national envisager (imposer) pour que toutes les chambres d'EHPAD en France dispose de matériel informatique, simple d'usage et de connexion internet obligatoire pour rester en lien avec les proches. Il y a là une facture sociale numérique à prendre en compte. Au prix de ces établissements il devrait y avoir plus d'obligation en la matière.

#### b. Professionnels

Ainsi ces soignants sollicitent l'espace éthique (après discussion avec de nombreux confrères et interrogations) quand à la gestion des résidents d'EHPAD présentant des symptômes psycho comportementaux dont un des signes (mais aussi un des soulagements) est une nécessité de déambulation intense ; certains de ces patients sont hébergés dans des unités dite « protégées » et désormais totalement fermées dans le cas de la découverte d'un covid chez un de ces résidents. Un résident présentant des troubles psycho-comportementaux ne pourrait absolument pas respecter les mesures barrières et le respect de l'isolement en chambre et pourrait contaminer l'ensemble d'une unité de vie. Par conséquent alors que ces pratiques sont à l'encontre de l'éthique des professionnels en gériatrie et que ces derniers luttent chaque jour pour éviter la contention chez ces résidents, certains d'entre eux s'interrogent sur l'option de la contention physique et chimique pour éviter la propagation du virus. En effet, exceptionnellement les professionnels se demandent s'ils ne doivent pas recourir à la contention d'un individu plutôt que risquer la propagation d'un virus potentiellement mortel pour chacun des autres ? Cette question est trop importante pour ne pas être portée à la connaissance du public et déboucher sur un débat collectif.

Exemples de témoignages :

« J'ai eu ce matin avec M, directrice de l'EHPAD xxx, qui regroupe plusieurs établissements. C'est une femme qui a toujours été très en pointe sur la prise en charge des PA, et qui gère notamment un remarquable établissement largement ouvert sur l'extérieur. Elle est très choquée par l'isolement absolu dans lequel on a maintenu les personnes âgées en établissement et le risque de poursuite de cette politique au de là du 11 mai. Elle juge, elle n'est pas la seule, que cet isolement prolongé aura des conséquences aussi mortifères à terme que le COVID et que l'absence totale de visites, de sorties et de présence des kinés est absolument dramatique. J'ai découvert à cette occasion que les kinés ne venaient plus dans les EHPAD, ce que j'ignorais et que je ne comprends pas. Elle constate que, même avec des médecins compréhensifs, rien n'est possible car tout le monde est tétanisé par la peur, non seulement du virus mais plus largement des reproches qui pourraient être faits aux responsables si toutes les précautions n'étaient pas strictement appliquées. Est-il possible de faire remonter ce constat que je ne suis certainement pas la seule à décrire et qui me paraît totalement effrayant. Je pense sincèrement qu'on a perdu l'appréciation de la balance bénéfico-risque pour ces personnes très âgées et que le pouvoir médical qui règne

*Permission de visites et de déambulation, pour maintenir le lien social et éviter les pratiques d'enfermement et de contention en EHPAD dans le contexte de la crise Covid*

*Version du 24/04/20*

désormais sur nos vies, applique jusqu'à l'absurde des règles qui mériteraient d'être discutées non seulement par les professionnels mais aussi par les citoyens. »

« Infirmière diplômée d'état, je me suis proposée en renfort pour la période Covid dans un EHPAD, suite à une annonce de l'établissement. J'ai été horrifiée de constater lors de mon arrivée au sein de cet établissement, plusieurs situations qui m'ont alerté : Des mesures de protection déplorables pour le personnel, des résidents atteints du Covid mélangés sur les mêmes étages que des résidents non atteints (pour le moment), les famille de résidents laissées sans nouvelles et non averties de l'état et des cas de Covid de leurs parents, un personnel et des résidents abandonnés par la direction, et des ordres indignes provenant de la direction, tels que : enfermer à clés les résidents dans leur chambre (preuves photographiques par le personnel soignant) et représentants syndicaux avertis le même jour, nous déclarant qu'aucune loi nous obligeait à agir de la sorte. Ces directives étant en opposition totale avec mes valeurs éthiques, morales, déontologiques et professionnelles, je me suis vu dans l'obligation d'abandonner mes fonctions d'infirmière à la fin de mon quart de travail, malgré les réels besoins de soutien et de renfort du personnel soignant épuisé (IDE, AS, ASH...). De plus, des résidents ont été testés ce même jour, après prise de constantes et distribution de médicaments faites par moi même pour ces résidents, alors que je ne portais qu'un simple masque chirurgical, pas de gants (aucun stock à ma taille), pas de sur-blouse ou autre... J'ai donc moi-même été malheureusement exposée de façon dangereuse. Bien que nous soyons en période particulière de crise sanitaire, impliquant de réelles difficultés matérielles et humaines, je ne peux fermer les yeux sur une telle situation. J'espère que mon signalement sera pris en considération, afin de soutenir le personnel soignant ainsi que les résidents vulnérables et dont certains ne sont plus en capacités d'agir. »

### **3. Recommandations en faveur de la déambulation et des interactions au sein de l'établissement**

Concernant les patients ne présentant pas de troubles comportementaux graves, le groupe d'appui territorial souligne que confinement, pour tout citoyen, ne veut pas dire enfermement dans une seule pièce pendant des jours et des semaines. Ceci est à mettre en regard du « modèle » de notre société qui a été de construire dans les établissements d'accueil des espaces de vie privés, parfois à très (trop) faible nombre de m2 (point qui aurait dû et qui devra faire l'objet d'un débat de société et sans aucun doute de nouvelles règles, à moins que ne perde une vision purement économique de ces questions...dont on voit aujourd'hui la très très grande limite).

Il convient donc de souligner qu'organiser des sorties de chambre, en respectant les règles dites barrière, aller dans les jardins et dans les parties communes (bibliothèque, salle de loisirs, etc.) des établissements individuellement en maintenant les distances, pouvoir avoir une activité physique et psychique devraient être un aspect pratique de la déclinaison du respect des droits fondamentaux, du bien-être et de la dignité des personnes. Se pose alors la question de la possibilité d'organiser des sorties individuelles en prenant des mesures de sécurité adéquates pour les résidents et les soignants.

Pour lutter contre l'isolement et stimuler les résidents, certaines structures se sont organisées et ont mis en place des activités pour maintenir le lien social avec et entre les résidents avec par exemples un loto/bingo, une chorale, des ateliers de gym douce.

Par ailleurs, le groupe d'appui territorial se prononce en faveur du maintien des soins habituels des résidents. Par exemple, la reprise des consultations avec les kinésithérapeutes, orthophonistes, etc. sont à promouvoir en particulier car elles permettent de prévenir la survenue ou l'aggravation de troubles physiques liés au confinement et maintiennent un lien social.

*Point d'alerte sur la contention :*

La question ne doit se poser exclusivement qu'avec des personnes ayant des troubles du comportement important et sévères, sachant que cette pratique porte atteinte aux libertés et à la dignité des personnes.

En regard du respect de la liberté d'aller et venir, il convient de prendre en compte les troubles comportementaux en gériatrie. De ce fait, sur le plan de l'éthique, on peut être amené à limiter la déambulation, voire l'interdire, mais dans des conditions très strictes d'indication et de surveillance. Malgré le respect de ces conditions, ils n'en demeurent pas moins que cette pratique peut être considérée par certains comme illégale. Immobiliser par contention un résident, inaccessible à une explication, très agité ou parfois violent, compte tenu de ses troubles cognitifs, peut être discuté dans le souci de le protéger et/ou de protéger les autres résidents (qui sont aussi vulnérable et qui ont eux aussi un droit à être protégé également).

Par contre il faut poser des jalons importants :

Un médecin ne doit pas se soustraire à son devoir qui consiste à ne jamais mettre en danger ses patients agités que l'on est « contraint de contraindre ». Assurer une surveillance et limiter les risques sont donc des impératifs ; avec pour corollaire ne pas abandonner et renforcer la présence physique d'un soignant à ses côtés, car

- si contention physique mal dosée, mal adaptée et mal surveillée : risque de lésions cutanées, osseuses etc.

*Permission de visites et de déambulation, pour maintenir le lien social et éviter les pratiques d'enfermement et de contention en EHPAD dans le contexte de la crise Covid*

*Version du 24/04/20*

- si usage de neuroleptiques : risque majoré d'accident cardiovasculaire par exemple.

D'un point de vue juridique, il semble que la contention peut être utilisée si la sécurité collective peut être en jeu. Cette décision est justifiée légitimement par l'obligation d'assurer la protection des autres. Evidemment, toute la question est de savoir combien de temps durera cette contention et dans quelles conditions elle sera mise en œuvre. En effet il ne faudrait pas et il est impératif de ne pas tomber dans de la maltraitance.

### **Bilan de la réglementation**

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a inséré au sein du Code de la santé publique l'article L. 3222-5-1 qui précise que « *L'isolement et la contention sont des **pratiques de dernier recours*** ». Ces mesures sont strictement encadrées : on ne peut y procéder « *que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient **ou autrui**, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée* ». « **Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin** ». En outre, chaque établissement a l'obligation de tenir un registre qui « *mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires* ». Enfin, l'établissement doit établir un rapport annuel « *rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1* ».

Il n'y a pas d'intervention d'un juge. Le Juge des libertés et de la détention (JLD), qui intervient obligatoirement dans le cadre des mesures de soins psychiatriques sans consentement n'intervient pas en matière d'isolement et de contention en gériatrie. Le contrôle du JLD porte exclusivement sur la régularité formelle et le bien-fondé d'une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement et non sur les modalités de soin, tels l'isolement et la contention. D'ailleurs, l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique prévoit seulement que le registre « *doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires* ». Il a été affirmé que l'absence de tout juge était anticonstitutionnelle, et nous attendons une réponse du Conseil constitutionnel sur ce point.

Selon l'Article R4311-5 du code de la santé publique : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [...] Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* »

*Enfin, le juge administratif peut être saisi dans le cadre de mesures que l'on appelle des "mesures de police administrative" (tout acte adopté par une autorité administrative, établissement de santé de statut public ou privé qui est en charge d'une mission de service public notamment) dont l'objet est d'assurer l'ordre public, donc dans l'intérêt général, et qu'une liberté est en jeu (type liberté d'aller et*

*Permission de visites et de déambulation, pour maintenir le lien social et éviter les pratiques d'enfermement et de contention en EHPAD dans le contexte de la crise Covid*

Version du 24/04/20

*venir), le juge opère systématiquement ce que l'on appelle un contrôle maximum (en vertu de la jurisprudence Benjamin de 1933) qui consiste à vérifier si les actes de police administrative générale qui porte atteinte à une liberté publique sont strictement proportionnés à la gravité du trouble à l'ordre public que leurs auteurs cherchent à prévenir. C'est donc un contrôle très rigoureux qui consiste notamment à étudier si une autre mesure moins contraignante pour la liberté en jeu était possible.*

Éléments juridiques de guidance complémentaires pour notre réflexion et la protection des patients :

L'obligation d'assurer la protection des autres résidents et du personnel peut constituer un motif légitime à la décision de contention. Mais la contention doit se faire dans le respect du principe de dignité de la personne et de sa sécurité.

Les atteintes à la liberté d'aller et venir peuvent être justifiées puisque nous sommes en état d'urgence sanitaire. Mais, comme l'a souligné un membre de notre groupe d'appui territorial en éthique, il y a une crainte professionnelle de faire prendre des risques à son patient en usant de traitements potentiellement dangereux pour son patient. Il est vrai qu'habituellement, le principe est que « *Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* » (art. L. 110-5 du code de la santé publique). Le texte vise le bénéfice escompté pour le patient lui-même. Il s'agit dans le cas concerné, d'un bénéfice escompté pour **l'intérêt général des autres patients et du personnel**, qu'on ne saurait reprocher au professionnel, au contraire, de prendre en compte, et de lui **donner priorité**. Ethiquement, c'est difficile à accepter.

Il convient de rappeler ici que la contention reste une décision médicale dont les modalités sont rappelées dans le référentiel de l'ANAES (Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé limiter les risques de la contention physique de la personne âgée- Octobre 2000). La contention se fait sur prescription médicale motivée, écrite et horodatée et doit faire l'objet d'une réévaluation régulière et collégiale. Au regard des circonstances exceptionnelles actuelles, cette recommandation doit être suivie dans la mesure du possible.

La famille ou le représentant légal doivent être tenus informés des décisions prises.

*En pratique, il convient de passer très régulièrement dans la chambre du patient, de veiller sur lui, et de respecter toutes les règles de mise en œuvre, de surveillance et de temporalité et de collégialité, habituellement imposées lorsqu'un patient est sous contention.*

*Le rôle de chacun dans les équipes doit être clairement défini dans ces contextes pour ne pas négliger les règles à mettre en œuvre auprès de ces patients.*

*Nous devons donc être très vigilants envers ces patients, pour éviter tout abandon, non respect des règles élémentaires.*

*Cette vigilance protège aussi les soignants, car de telles décisions sont lourdes à porter.*

#### 4. Recommandations en faveur des interactions avec l'extérieur

L'enjeu ici est le maintien du lien social entre le résident et son entourage tout en limitant le risque de contamination.

Dans ce sens, le CCNE a préconisé le 30 mars 2020, la mise en place de visites de bénévoles. Cette suggestion peut être contestée car elle implique une prise de risque de contamination en autorisant un membre extérieur à l'institution de rentrer, sans pour autant permettre au(x) proche(s) les plus proches d'être auprès du résident. Selon nous, le bénévole peut avoir du sens mais uniquement quand il n'y a pas de proche, mais pas pour se substituer à ces derniers.

A partir du 20 avril 2020, à la suite du discours du ministre de la santé, les visites des proches ont à nouveau été autorisées sous certaines conditions strictes (en fonction de la politique de l'établissement, limitation du nombre de visiteurs, contrôle de l'absence de symptôme pour les visiteurs, pas de contact physique, gestes barrières contre la propagation du virus Covid-19). Il s'agira de respecter au maximum le projet de vie des résidents, l'entourage étant souvent perçu comme une raison de vivre, tout en minimisant les risques. La balance bénéfices-risques doit donc prendre en compte des éléments quantitatifs (nombre de personnes infectées, nombre de décès dans l'établissement et dans le territoire) mais aussi des éléments qualitatifs (nature et retentissement de l'isolement).

Après des résidents atteints ou suspectés d'être atteints par le Covid-19, selon les possibilités logistiques de la structure, il serait souhaitable que le secteur où les résidents sont contaminés ou suspectés d'être contaminés par le Covid -19 disposent d'une vue sur l'extérieur permettant de voir les proches pour maintenir un lien sans prise de risque de contamination pour l'entourage.

A défaut de visites, il s'agit de mobiliser tous les outils de communication, téléphone, ordinateurs, caméra, journal personnalisé électronique ou papier réalisé à partir de contenus fournis par la famille, etc. qui permettent de tisser, créer ou maintenir un lien de relation. Il a toutefois été souligné par le groupe de réflexion éthique que les résidents de ces structures ne sont pas forcément familiers avec ce type d'outils, et que tous les lieux de vie privés n'en disposent pas. A l'issue de la crise, le groupe d'appui territorial en éthique pense que les EHPAD devraient revisiter leurs pratiques pour que tous ces outils soient disponibles pour l'ensemble des résidents, indépendamment de la crise, car ils participent au maintien du lien social (ceci pourrait s'inscrire dans les obligations et cahiers des charges des EHPAD).

Dans le cadre particulier des résidents en fin de vie, nous vous invitons à consulter la fiche dédiée (Cf. Avis du groupe d'appui territorial éthique : Place des proches et fin de vie).

## 5. Éléments de perspective et de prospectives

Ces éléments renvoient aussi pour l'avenir à des enjeux autour des obligations de moyens, d'équipements que notre société souhaitera développer et imposer pour ces structures de vie et l'élaboration des projets de vie des résidents. Une crise a cela d'essentielle, comme cela est bien décrit dans toute littérature, c'est qu'elle révèle les failles qu'une société n'a pas su ou voulu appréhender en amont.

Face à ces questions, en regard non pas seulement de la limitation d'un droit fondamental d'aller et venir hors des établissements pour personnes âgées, mais aussi d'un enfermement dans des espaces clos, très limités en terme de m<sup>2</sup> (pouvant symboliquement s'apparenter pour des résidents et des proches, comme ils en témoignent, à un emprisonnement) et à fortiori si une contention devient nécessaire, ces premiers éclairages que nous vous avons exposé, permettent de réfléchir.

Il convient de souligner que, les éléments juridiques et éthiques de l'enfermement et de la contention n'ont été réellement pensés historiquement en médecine principalement que pour des patients psychiatriques, et non pour des individus atteints de pathologies neuro-dégénératives et/ou atteints du grand âge, de plus avec des degrés et des symptômes très variables. Depuis des années les gériatres essayent de porter ce sujet et ce débat au plan national.

Cette crise, comme sur bien d'autres points, nous montre que des questions majeures n'avaient pas abouti à des réponses démocratiquement élaborées et que le droit des patients vulnérables est encore trop lacunaire, surtout pour le grand âge et le handicap psychique ; totalement différent de la psychiatrie. Les médecins et les juristes qui souhaitent, demandent et essayent de construire de nouvelles règles devront continuer à agir en ce sens. Il conviendra de soutenir leur action.

Il convient aussi de souligner que ces situations sont aussi parfois majorées par des déficits d'organisation structurelle, architecturale et en personnels de certains établissements. L'exemple des m<sup>2</sup> dédiés à la vie privée d'un résident devrait être un sujet majeur de société, tout comme devra être une priorité la mise en œuvre d'outils de communication innovant aidant au maintien de la relation avec l'entourage et à une surveillance porteuse de bienveillance et de non malveillance.

Bref. De toute façon cette « crise » va amener à bousculer nos codes et nos principes.

**En attendant, il faut accompagner les équipes, refuser toute banalisation, rester en éveil et être animé d'un esprit positivement critique.**

Pour aller plus loin :

Académie nationale de médecine, «Sortie de l'épidémie de Covid-19. Pour une méthodologie de déconfinement respectueuse de l'Humain », Communiqué de l'Académie nationale de médecine, 2020/4.

Assemblée nationale, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », 18/3/14.

CCNE, « Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD », 20/3/30

FFAMCO-EHPAD, « Stratégies d'endiguement et de prise en charge du COVID-19 en EHPAD » 2020/3/28 URL : [https://1drv.ms/u/s!AhdV7nsY\\_P0ng78mHbXu47K10ypSWQ?e=N6xb57](https://1drv.ms/u/s!AhdV7nsY_P0ng78mHbXu47K10ypSWQ?e=N6xb57)

Jaouen Vincent, « Confinement des Ehpads jusqu'en décembre : "des propos anxiogènes, irresponsables et dangereux" (AD-PA) », AEF info, 20/4/17, URL : <https://www.aefinfo.fr/depeche/626216>

*Note réalisée par Maud Charvin et Grégoire Moutel  
en collaboration avec le groupe d'appui territorial éthique covid Normandie*