

Appel à articles

PERSONNES ÂGÉES ET COVID 19 (Titre provisoire)

Coordonné par le Comité de rédaction de la revue

Pascal ANTOINE, Frédéric BALARD, Pascale BREUIL, Catherine CALECA, Arnaud CAMPÉON, Christophe CAPUANO, Aline CHAMAHIAN, Aline CORVOL, Olivier DUPONT, Roméo FONTAINE, Agathe GESTIN, Fabrice GZIL, Dominique KERN, Pascal LAMBERT, Sylvie MOISDON-CHATAIGNER, Bertrand PAUGET, Sophie PENNEC, Bertrand QUENTIN, Alain ROZENKIER, Dominique SOMME, Benoît VERDON.

Appel à articles permanent (pas de date de clôture)

Publication en continu des articles acceptés (en format électronique)

Publication ultérieure d'un numéro spécial (en format papier)

La « crise » liée au Covid 19 qui touche actuellement l'ensemble des pays constitue un événement majeur tant sur le plan sanitaire que sur les plans sociaux, politiques, moraux, économiques, médiatiques et scientifiques.

Au cœur de cette crise, les « personnes âgées » sont l'objet de nombreuses attentions. Les chiffres concernant la létalité de l'épidémie soulignent tout d'abord que plus des $\frac{3}{4}$ des décès concernent des personnes âgées de plus de 75 ans avec un taux de létalité qui s'élève avec l'âge pour atteindre plus de 20 % des malades à plus de 80 ans. La moitié des décès concernerait des résidents d'établissements médico-sociaux.

Présentées par certaines approches en épidémiologie ou en santé publique comme des « victimes potentielles » qu'il faut protéger, les personnes âgées ont également pu être désignées comme des « sacrifiées prioritaires » en cas de nécessité de tri dans les services de réanimation. La crainte d'un manque de place dans les services de réanimation a conduit à l'idée que l'âge pourrait être le critère central pour sélectionner les patients les plus à même de bénéficier de traitements lourds.

Cette situation apparaît révélatrice de nombreux enjeux et problématiques centraux pour *Gérontologie et société*.

Axe 1. La crise du Covid 19 : quelles comparaisons possibles ? Perspectives historiques et internationales

Bien que médiatisée comme une crise sanitaire mondialisée et sans précédent, les événements relatifs au Covid 19 semblent néanmoins présenter des spécificités locales et nationales. Toutes les régions du monde n'ont pas eu à faire face à l'épidémie à la même période ni dans les mêmes circonstances et tous les pays n'y ont pas répondu de la même manière. En effet, certaines régions du monde ont été touchées plus tôt que d'autres et ont ainsi bénéficié de niveaux d'informations différents. Sans doute que le vieillissement démographique différencié entre les pays n'est pas sans effet sur la mortalité d'un virus qui apparaît plus létal pour les personnes âgées. Certains pays, plus

familiers que d'autres au risque épidémique, ont semblé plus réactifs, mieux préparés face à ce type de menace. Les mesures politiques (informations, distanciation physique, types et formes de confinements, soins et recherches...) ont pris des orientations différentes selon les pays. Quel que soit l'angle choisi, les travaux venant questionner la dimension internationale du rapport entre âge et Covid 19 sont attendus.

Par ailleurs, il s'agira également d'interroger la question dans une perspective historique. En quoi cette crise fait-elle écho à des épidémies passées récentes (SRAS, ébola...) ou plus anciennes (grippe de Hong Kong, grippe espagnole, peste noire...) voire à des vagues de décès liées à d'autres phénomènes telle la canicule de 2003 ? Les comparaisons pourront porter aussi bien sur les processus historiques de gestion des crises que sur les mémoires collectives ou tout autre aspect interrogeant les dimensions historiques.

Axe 2. L'âge comme critère discriminant

La crise du Covid 19 a brutalement rappelé que l'âge demeure un critère déterminant de gestion des populations. Par l'intermédiaire des taux de mortalité par âge, les personnes âgées se sont retrouvées au cœur de nombreuses préoccupations sanitaires et éthiques. Portées parfois par des associations implicites entre âge chronologique, âge biologique et comorbidités, les personnes âgées se sont vues réduites à leurs fragilités cliniques réelles ou supposées.

Dans ce contexte, le confinement ainsi que des hypothèses de déconfinement différenciées en fonction de l'âge, soulevèrent de nombreuses controverses autour de notions de liberté et de sécurité, déjà travaillées dans la revue notamment à propos des personnes atteintes de troubles cognitifs. Face à une politique de santé publique prônant des mesures de protection globale basées sur la létalité par âge du virus, des collectifs de seniors s'élèvent contre une potentielle discrimination sur l'âge.

Comment et sur quels critères se prennent les décisions médicales relatives aux personnes âgées (par ex : transfert ou pas en réanimation ou en USP, maintien à domicile ou en Ehpad) prises dans un contexte de pénurie ? Quelles politiques sanitaires ont participé à la situation de pénurie (ou production de la rareté) globale actuelle ?

La crise du Covid 19 soulève de nombreuses questions d'ordre éthique et juridique. Les libertés, le droit au risque tout comme le droit à la sécurité ont été mis en périls. Comment s'est mis en œuvre et a été discuté l'exercice de ces droits ? Les résidents en Ehpad et les personnes « à domicile » ont-elles bénéficiées des mêmes chances et opportunités de faire valoir leurs voix et leurs droits ?

Axe 3. Confinement et lien social

Les impératifs de ce qu'on nomme à tort « distanciation sociale » (quand seule une distanciation physique serait nécessaire) ont-ils renforcé ou produit un sentiment de solitude dont souffrent certaines personnes âgées. En dépit des NTIC qui permettent à certains (à domicile ou en établissement) de communiquer avec leurs proches, le respect des « mesures barrières » n'est pas sans impact sur la place et le rôle donné aux personnes âgées. Les seniors investis dans des associations visant à lutter contre la marginalisation de certains de leurs pairs d'âge ou aînés se sont trouvés confinés et renvoyés à leur statut de personnes à protéger.

En quoi la « peur de la contamination » qui touche certaines personnes âgées participe à une marginalisation qui peut se concrétiser non seulement par des situations d'isolement mais également par une perte de chances par renoncement aux circuits de soins habituels.

Au sein des Ehpad, lieux de vie transformés de fait en lieu de soins, un confinement souvent strict a été imposé aux résidents. L'interdiction des visites a été précoce et complète, niant toute possibilité de reconnaître que le proche d'une personne en établissement puisse être un « aidant familial » dont la présence peut être primordiale. Cette césure brutale, les mesures de distanciation et les gestes barrières ont modifié le travail des professionnels, en particulier concernant les soins corporels. Ces professionnels se sont retrouvés tout à la fois applaudis avec les autres soignants, et accusés d'être responsables de l'entrée du virus dans les établissements. Quelles conséquences aura cette crise sur ces établissements ? Quel a été son impact sur les pratiques professionnelles ? Quelles transformations des pratiques et des rôles professionnels ? Comment les professionnels du *care* se sont-ils accommodés des informations, injonctions et surtout de l'incertitude pour continuer à accompagner les personnes âgées en Ehpad et à domicile ? Comment se poursuivent ces « aménagements » alors que d'autres risques (canicule, etc.) viennent se surajoutés aux difficultés toujours présentes ? Quelle fut et quelle est toujours la place des proches dans cet accompagnement ? En quoi cette crise a transformé les liens entre les personnes âgées et leurs aidants, tant proches que professionnels ?

Axe 4. Fin de la vie, fin de vie et mort dans l'âge avancé

L'hyper médiatisation de la mortalité liée au Covid 19 a rappelé à tous (ceux qui semblaient l'avoir oublié) qu'il y a eu 612 000 morts en France en 2019 (soit plus de 1 600 morts par jour en moyenne) et que les 2/3 étaient des personnes âgées de plus de 75 ans et que l'espérance de vie en EHPAD est inférieure à 2,5 ans. Dans ce contexte, et alors même que tous les décès en Ehpad ne sont pas liés au Covid, le rapport à la fin de la vie se trouve modifié par les règles de confinement et de traitement des corps. Certaines familles se sont trouvées empêchées d'accompagner leur parent dans l'ultime phase de leur existence, d'autres n'ont pu être présentes lors de l'inhumation. Souvent, un seul membre de la famille a pu, sous réserve qu'il y ait l'équipement de protection disponible, se rendre au chevet du mourant. En quelles mesures les souhaits des personnes âgées et de leurs familles concernant ces mesures ont-ils été pris en compte ? En quoi le Covid transforme-t-il les fins de vie et la mort des personnes âgées ? Qu'en est-il des décès de personnes âgées liés (ou non au Covid 19) qui ont lieu hors des structures médicales et médicalisées ?

Axe 5. Les professionnels en première ligne

Avec la crise du Covid 19, les médias ont fortement relayé le travail des professionnels au sein des établissements de santé, dans les centres hospitaliers en particulier mais également, bien que dans une moindre mesure au début, au sein des Ehpad. Comme la chronologie des événements nous le rappelle, ces établissements ont, en effet, été fortement impacté par l'épidémie, plaçant les personnels qui y travaillent en première ligne. Que ce soit au travers de la mise en place du Plan Bleu dès le 6 mars 2020 ou des mesures de confinements à appliquer, ces personnels ont eu la responsabilité de mettre en application un certain nombre de nouvelles règles d'organisation de la vie collective pour prévenir la survenue d'un risque (qu'il s'agisse d'éviter la contamination d'un résident ou d'un employé de l'Ehpad) tout en devant en même temps maintenir leur engagement et assurer des soins de proximité, pour protéger les résidents. De ce fait même, ils ont été amenés

à s'équiper (port de masque, de surblouse, etc.) et à devoir eux-mêmes respecter les gestes « barrières », soit autant de mesures qui ont pu contribuer à rendre l'exécution de leur travail d'accompagnement plus difficile au sein de ces établissements.

Dans ce contexte, on pourra donc se demander dans quelle mesure le travail des personnels (Direction, infirmières, aides-soignantes, animateurs, etc.) a été impacté par la gestion de cette crise ? Comment les équipes de direction de ces établissements ont-elles fait face aux injonctions multiples pour appliquer les protocoles et réorganiser leurs services (manque d'effectifs, gestion des plannings, etc.) ? Comment les personnels ont-ils vécu cette crise et comment ont-ils accompagné ces résidents âgés ? Comment ont-ils travaillé pour les rassurer, contenir leurs angoisses ? Comment sont-ils parvenus à entretenir des relations de confiance, à manifester leur empathie, malgré des règles et des mesures vestimentaires contraignantes ? Comment ont-ils eux-mêmes vécu ces mesures et en quoi celles-ci ont pu bousculer leur routine et identité professionnelle ? De quelle manière aussi sont-ils parvenus à innover pour maintenir un semblant de vie « normale » au sein de ces établissements (utilisation des nouvelles technologies pour maintenir le lien social ; mesure de confinement collectif, etc.) ?

Rappel général

Les propositions attendues peuvent provenir de toute discipline et de toute approche théorique. Les contributions étrangères ou dans une logique comparatiste sont les bienvenues. Les débats, controverses, ainsi que des contributions visant à rendre compte d'expérimentations réalisées et/ou à venir sont également attendus et pourront alimenter les rubriques « Perspectives et retours d'expériences » de la revue et quelques « Libre propos ».

Les contributions peuvent être soumises en français ou en anglais.

Seuls les articles en français seront inclus dans la revue papier.

Les articles en anglais figureront dans le sommaire et leurs résumés seront intégrés dans la version papier ; ils seront en accès en version électronique sur Cairn <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>.

La revue est également accessible sur le site Cairn International (<https://www.cairn-int.info/journal-gerontologie-et-societe.html>).

Les auteurs anglophones seront invités à faire traduire en français leur article s'ils souhaitent leur publication dans la revue papier.

Cet appel à articles est un appel permanent sans date de clôture.

Les contributions – en particulier pour les rubriques « Libres Propos » et « Perspectives et Retours d'Expériences » - pourront être publiées en ligne au fil de l'eau.

Les articles pourront être mis en ligne dès leur acceptation par les experts. La publication papier aura lieu dans un second temps.

Les articles abordant les questions relatives à la fin de vie pourront être réorientés vers le numéro à paraître en octobre 2020 sur la fin de vie (https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/images/publications/gerontologie-societe/AAA_n164_GS_fin_de_la_vie.pdf).

Procédures de soumission et de publication

Les propositions d'article complet, en français ou en anglais (40 000 signes, espaces compris) comportent également un titre et un résumé.

Les consignes aux auteurs sont en pièce jointe ([ici](#)).

Les propositions sont à envoyer à : Cnavgerontologieetsociete@cnav.fr

Le comité de rédaction informe les auteurs de l'acceptation ou du refus de la proposition pour entrer dans le processus éditorial dans l'une des trois rubriques de la revue : « Articles originaux », « Perspectives et retours d'expériences », « Libres propos ». Les soumissions dans les rubriques « Articles originaux » et « Perspectives et retours d'expériences » sont ensuite **expertisées en double aveugle par des relecteurs externes** ; les articles proposés en « Libre propos » sont évalués par le comité de rédaction.

Les soumissions d'articles doivent impérativement s'inscrire dans l'une des trois rubriques de la revue et **mentionner ce choix** en première page.

Pour plus d'informations sur les rubriques, le processus éditorial et les grilles d'évaluation, merci de se référer au [site de la revue](#).

D'autres informations sur la revue, sa ligne éditoriale, sa programmation et les modalités de soumissions sont disponibles sur le [site de la revue](#).

Rédacteurs en chef : Frédéric BALARD et Aline CORVOL

Coordinateurs du numéro : Le comité de rédaction de Gérontologie et société

Pascal ANTOINE, Université de Lille ; Frédéric BALARD, Université de Lorraine ; Pascale BREUIL, Cnav ; Catherine CALECA, Université de Caen Normandie ; Arnaud CAMPÉON, EHESP ; Christophe CAPUANO, Université Lumière-Lyon 2 ; Aline CHAMAHIAN, Université de Lille ; Aline CORVOL, CHU de Rennes ; Olivier DUPONT, Fondation Condé, Centre gériatrique de Chantilly ; Roméo FONTAINE, Ined ; Agathe GESTIN, Fondation de France ; Fabrice GZIL, Espace éthique Île-de-France ; Dominique KERN, Université de Haute Alsace ; Pascal LAMBERT, infirmier libéral de pratique avancée et Université Paris 13 ; Sylvie MOISDON-CHATAIGNER, Université de Rennes 1 ; Bertrand PAUGET, Université de Karlstad ; Sophie PENNEC, Ined ; Bertrand QUENTIN, Université Gustave Eiffel ; Alain ROZENKIER ; Dominique SOMME, Université de Rennes 1 ; Benoît VERDON, Université Paris Descartes.

Coordination éditoriale : Hélène TROUVÉ et Valérie ZILLI

Soumissions spontanées – Pas de date de clôture de l'Appel à articles

Retour du comité de rédaction

Envoi en expertise

Révisions auteur/ Réception version finale des articles

Publication électronique en continu

Publication papier Numéro spécial (date à définir)

Pour toute information ou question : Cnavgerontologieetsociete@cnav.fr