

## **La convocation éthique en temps de crise épidémique : contexte, visages, orientations**

Par Jean-Jacques Wunenburger

Un grain de sable suffit parfois à faire s'effondrer un château de sable. Un nouveau virus grippal (être invisible à mi-chemin de la matière et de la vie) vient en quelques mois de semer la mort (sous la forme angoissante d'un syndrome de suffocation) à grande échelle et de confiner, fin mars 2020, plus d'un milliard d'habitants sur la planète en même temps. Sur son long chemin depuis Wuhan en Chine, le virus a suivi la légendaire route de la soie vers l'Occident et repris le chemin des caravelles colombiennes vers les Amériques (mais quid de l'Afrique ?). Certes, de réputés et savants esprits l'analysent, le (re)classent froidement dans une famille virale, calculent et modélisent sa balistique mortelle, comme des mouvements d'avions sur des flights trackers. La rationalité scientifique est au rendez-vous pour défier la panique : le virus, mal connu dans ses comportements, reste globalement bénin, même s'il tue de manière agressive une portion finalement minime de la population contaminée (près de 4000 morts en Chine, bien moins qu'une semaine de morts sur les routes : 25000 ! disent certains). On pourrait sans doute s'en tenir à cette approche irénique, froide, calculatrice pour rassurer, proportionner, minimiser. Pourquoi la vie publique et privée sur la planète ne se contente-t-elle pas ce tableau scientifique ? Comment le problème scientifique et médical prend-il aussi une dimension éthique ?

D'abord parce que dans la plupart des pays, le traitement épidémique modèle : diagnostiquer, isoler et traiter, n'est pas applicable, faute de ressources suffisantes de tests d'identification et de confirmation, de substances et instruments protecteurs et de thérapies adaptées. Cette pénurie est globalement imputable aux politiques de recherche biologiques (des programmes de recherche sur le coronavirus existaient en France et ont été démantelés), aux choix de santé publique (déstockage des masques) et à l'imprévoyance malgré les crises épidémiques précédentes. L'actualité en France a d'ailleurs, depuis des mois et des années, mis au cœur des débats : la fragmentation des projets de recherche, le management entrepreneurial des hôpitaux, les restrictions budgétaires, la confiance excessive dans les technologies, le manque de reconnaissance (entre autres financière) envers le personnel médical, les aménagements du temps et l'organisation du travail, etc... Il sera temps de revenir sur les facteurs structurels et décisionnels de l'inadaptation du système de santé publique qui entraînent aujourd'hui un manque de ressources et des pics de taux de mortalité exponentiel. L'idée de faute se répand pourtant et le doute s'installe dans les esprits : le confinement n'est pas la solution idéale, mais un substitut, faute de mieux, qui retarde l'épidémie mais qui ne résout aucun problème de fond.

Dès lors la santé publique retrouve les réflexes ancestraux de gestion des épidémies, remontant aux fléaux légendaires (De la peste d'Athènes à celles du Moyen-Age, jusqu'à la grippe espagnole au lendemain de la première guerre) mondiale : quarantaines de confinement, fermetures des frontières, un arsenal panoptique digne de « surveiller et punir » (propres à la gestion prophylactique de la peste et du choléra), dont Michel Foucault a fait les paradigmes de nos sociétés modernes... La fin de l'épidémie donnera sans doute lieu à des

évaluations de la justesse et de l'efficacité de ces mesures et à des débats ouvrant sur des procès en responsabilité, morale ou pénale, encore imprévisibles. L'heure n'est pas arrivée encore.

Il reste que du fait de la convergence de cette stratégie mondialisée par un phénomène de mimétisme surprenant, la plupart des nations se trouvent confrontées à des situations sanitaires -limites et immaîtrisables. Si une guerre est cause d'une panoplie variée de maladies et blessures, l'actuelle épidémie provoque une pathologie uniforme (pneumopathie grave, déclenchant les facteurs morbides des pathologies sous-jacentes), qui sollicite presque toujours la réanimation, engorgeant ainsi un seul type de service clinique, ses appareils et ses personnels. D'où cette pression inédite sur un seul type de prise en charge et de soin, et la conversion en hâte des espaces et des personnels vers cette unique urgence, qui ne peut qu'entraîner une gestion aux limites et un épuisement du personnel mobilisé. Tel est le drame humain : en situation d'inadaptation et de pénurie de l'offre médicale, peu anticipée, peu simulée, la demande brutale, massive, engendre un affolement des services, des échecs de prise en charge, des décès en nombre, surtout de patients à polymorbidité chronique. Certes attentats, catastrophes techniques ou naturelles, épidémies antérieures (SRAS, Ebola, etc) ont déjà entraîné, localement ou régionalement, à pareille situation-limite. Mais notre perplexité et notre angoisse viennent en plus cette fois de ce que le système de santé publique des Etats, par son imprévision, par ses impérities, nous soumet, dans l'improvisation, à des injonctions contradictoires : protéger et se protéger sans avoir toujours les moyens adéquats (gels, masques), s'enfermer chez soi tout en maintenant nos activités extérieures, économiques et même électorales !! Il reste à se confier à l'auto-diagnostic et à l'auto-guérison (généralement prohibés hier par les messages de santé publique), pour oublier ou cacher que les recherches de thérapie sont encore en cours (médicament, vaccin), qu'il faut sacrifier nos libertés pour que le système de santé puisse au moins annoncer une amélioration du décompte quotidien des morts dans les hôpitaux. Comment absorber intellectuellement, émotionnellement une telle situation ? Comment trouver la réponse comportementale juste ? Comment ne pas être perplexe, désorienté, sujet à un ressentiment envers la société et à une culpabilité – au moins diffuse- envers soi-même, celle de ne pas trouver la réponse adéquate à la situation ? Comment une telle crise, mêlant erreurs, fautes, drames, pourrait-elle inspirer un sentiment de bien penser, de bien agir, de bien vivre ?

D'un point de vue éthique, on ne peut esquiver une évidence, celle de la responsabilité des acteurs politiques de la santé publique qui ont mis en danger la population par leurs stratégies et communication. Il semble bien que d'autres sociétés –asiatiques- soient parvenues avec d'autres options à affronter mieux le défi sanitaire du virus. Le citoyen et le personnel de soin ne peut se défaire de l'impression, de l'idée, qu'il existe dans bien de nos pays (d'Europe latine surtout), de probables erreurs ou fautes de gestion, qui touchent aux valeurs biopolitiques d'un Etat moderne.

Comment ne pas oublier la situation récurrente de crise des hôpitaux, les grèves, manifestations et colères qui ont défrayé l'actualité en 2019 (l'hôpital CHU de Mulhouse, au coeur de la tourmente, était déjà en situation de dysfonctionnement profond l'an dernier) ? L'indignation rampante du monde de la santé face aux politiques de la recherche et de la gestion n'accompagne-t-elle pas, aujourd'hui encore, chaque soignant, portant une sorte de

souffrance diffuse qui éclate plus ou moins à la moindre déception, frustration ou agression durant son travail quotidien ? Le sentiment d'injustice reste fort, ressenti spontanément ou relayé et amplifié par des organisations professionnelles ou syndicales. Si le soin est d'emblée perçu comme une valeur bonifiante, altruiste, le rangeant du côté des valeurs du bien, le sentiment lassant de ne pouvoir toujours l'exercer à la hauteur des besoins ou à bon escient, finit par l'associer à une valeur morale négative (malfaisance, maltraitance). Engager une question éthique sans partir de ces prémisses serait sans aucun doute une maladresse, voire une arrogance.

L'intensification des soins, en situation de tension, peut laisser craindre ensuite un affaiblissement voire un recul des protocoles éthiques relationnels, sous la pression de la fatigue et du stress. Même si la détresse des malades, leur solitude, face à l'éloignement des proches, leur peur de mourir, peuvent provoquer des réactions perturbées, une baisse de vigilance dans l'attention, la bienveillance et l'humanité dues au patient, il importe de maintenir l'attente et l'exigence de traiter tout patient dans le même respect et la même dignité. Si les situations occasionnelles de nervosité, et de fatigue peuvent entraîner des gestes et paroles parfois plus rudes et plus impatientes, il reste que l'éthique du « care » doit être rappelée, transmise et partagée par tous, de manière non négociable.

La saturation des ressources de réanimation peut aussi entraîner des situations dramatiques de priorisation et de hiérarchisation de malades (le recours au terme technique de « tri » qui s'applique tous les jours à nos « déchets », doit être banni), qui peuvent susciter des vécus de souffrance, d'empathie et éveiller des réactions scandalisées devant l'inacceptable. Il convient sans doute alors d'adopter deux approches, apparemment antagonistes, mais complémentaires et qui soulignent le paradoxe de la situation et la perplexité qui en résulte :

- D'abord la période d'engorgement des ressources contraint à exercer plus qu'à un autre moment, les protocoles de suspension de l'acharnement thérapeutique, déjà amplement précisés dans l'arsenal législatif et déontologique (lois Léonetti). S'abstenir de poursuivre ou d'entamer pour un malade une réanimation peut résulter d'une application du principe de non acharnement motivé par des principes éthiques.

-Il reste que ces situations qui sont moins nombreuses, mieux préparées (cas des directives anticipées) et mieux encadrées (par des décisions collégiales, des contacts avec la famille ou la personne de confiance) en temps normal, peuvent conduire à des vécus actuellement plus difficiles à assumer pour le personnel soignant. Il importe alors d'invoquer un contexte pratique de médecine de catastrophe ou de médecine de guerre (Le président Macron a bien placé – à tort ou à raison, la crise sous cette catégorie belliciste, sans adversaire humain). Celle-ci a mis en place elle-même dans la médecine des armées des protocoles pour l'accueil et le traitement des blessés et des agonisants, et a intégré dans son éthique d'exception une part de traumatismes émotionnels et affectifs induits par les modalités du soin en situation extrême, que la profession militaire apprend aussi à surmonter. On est donc bien enclin alors de faire partager une vérité factuelle : le soin est passé dans un registre non d'échec ou de cruauté, mais de pratique la moins mauvaise, étant donné que l'idéal ou le normal n'est plus possible.

Les situations douloureuses rencontrées dans les services d'urgence et de blocs opératoires, pour ne pas entraîner d'effondrement psychologique et de détresse morale, peuvent donc donner lieu à un nouveau « récit éthique » qui se tient dans le prolongement d'une médecine d'obstination raisonnable antérieure à l'épidémie et d'une médecine de catastrophe, qui en situation d'urgence, de risques et de pénurie, sauve au mieux le plus grand nombre, mais sans pouvoir porter secours inconditionnellement à tous.

On le voit, la situation actuelle de médicalisation de l'épidémie du coronavirus, par les bouleversements qu'elle implique, sur fond d'une situation structurellement dégradée, déjà pressentis avant, amplifiés par la rapidité de l'intensification des pratiques soignantes qu'elle produit, par les chocs émotionnels, affectifs, cognitifs quelle suscite (trop médiatisés sans doute), appelle un accompagnement éthique. Il importe, de ce point de vue propre, en éthique de décrypter la circulation des termes de bien et de mal, appliqués à des systèmes, situations, comportements, décisions et actions, qui ne s'appliquent pas tous à la même chose et de la même manière. La situation vécue mêle toutes sortes d'expériences, de représentations, de jugements, de ressentis, qui nécessitent des analyses nuancées et subtiles. Il faut éviter de d'afficher le terme « éthique » comme une sorte de sésame, de mantra hors sol ou brandi comme un supplément d'âme. Le bien et le mal se rencontrent à différents niveaux de la pratique, micro ou macro, individuelle et collective, et il faut veiller à chaque moment, à chaque niveau, à mieux démêler les oppositions des valeurs et aussi les gradations de leur mise en œuvre. La conscience morale du bien et du juste, du mal et de l'injuste, est aujourd'hui sollicitée dans le monde des soignants de manière continue et tous azimuts. Evitons la dramatisation excessive qui entrave l'agir comme l'irénisme et la condescendance des « experts » et des « éthiciens », prétendument détenteurs d'une vérité. Écoutons, dialoguons, suggérons, accompagnons avec modestie et pudeur, dans la crainte et le tremblement, les témoignages, les paroles, les croyances, les réflexions en cours pour soulager, sachant que l'heure des leçons éthiques doit être renvoyée à l'après-crise.

Jean-Jacques Wunenburger  
Professeur émérite de Philosophie  
Bureau Espace éthique azuréen (CHU-Nice)