



REVUE DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES HUMAINES

ISSN 2726-6818

PANDEMIE 2020 : chroniques d'une catastrophe sanitaire

Par Jean-Jacques Wunenburger¹

Abstract

The corona-virus epidemic that crossed the planet in 2020, from China to Brazil, has caused profound upheavals in social and economic life in every country (almost general confinement of populations), against a backdrop of medical impotence, more or less culpable and variable depending on the country. Some moments in the French history of the epidemic, from mid-March to mid-May, as observed and commented on, can be accompanied by a dominant ethical concern.

L'épidémie de *Corona-virus* qui a traversé la planète en 2020, de la Chine au Brésil, a provoqué dans chaque pays de profonds bouleversements de la vie sociale et économique (confinement quasi général des populations), sur fond d'une impuissance médicale, plus ou moins coupable et variable selon les pays. On peut accompagner quelques moments de l'histoire française de l'épidémie, de mi-mars à mi-mai, tels qu'ils ont été observés et commentés à chaud, avec une préoccupation éthique dominante.

I- Panique devant la vague virale, premières interrogations

1- La communication publique du gouvernement comme des médias s'inscrit dès le début dans des choix sémantiques surprenants et discutables. La comparaison par le président de la République, de la réponse médicale et sociétale au virus avec une « guerre » provoque, sans doute, un choc émotionnel qui a comme effet de

¹ Professeur émérite de philosophie. Membre du bureau de l'Espace éthique Azuréen (CHU Nice). Cet article réunit différentes tribunes publiées au cours de l'épidémie en une nouvelle disposition synthétique.

suspendre les intérêts personnels égocentrés et d'accepter les plans d'organisation collective permettant d'y faire face. Pourtant, ne peut-on pas se demander si cet emploi n'est pas frauduleux, mystifiant, contre-productif et à terme peu crédible ? Confondre un produit toxique de la nature avec un ennemi, laisser espérer qu'on peut le vaincre, qu'on peut négocier, signer un cessez-le-feu, etc., fait s'effondrer la métaphore et fausse l'approche. L'emploi devient encore plus inapproprié lorsqu'on dévoile que l'armée manque de moyens... On peut sans doute justifier un mensonge par omission (la raison d'État) pour éviter de paniquer, mais institutionnaliser un mensonge sur la dénomination même de ce qu'on doit soigner, n'est-ce pas une erreur ou même une faute ?

2- La pénurie des méthodes prophylactiques et cliniques conduit à des mesures de confinement généralisé de la population qui entraîne à terme un coût financier immense, des désastres économiques, un stress de la population, même si elle voit apparaître aussi une pléiade d'inventions pragmatiques au quotidien, des parades sociales, des improvisations de vie alternative, des bonds en avant de techniques longtemps en question, etc. Si l'heure d'établir des responsabilités politiques et administratives n'est pas encore venue, on ne peut faire comme si l'approche de l'épidémie se faisait dans un cadre normal idéal (rationnel, adapté, performant), bien anticipé, bien pensé, bien mis en œuvre. Les épidémies sont depuis longtemps des risques sanitaires imprévisibles aux conséquences souvent dramatiques, mal maîtrisées.

L'expérience des précédentes pandémies et la réflexion après coup n'auraient-elles pas dû conduire à anticiper des réponses et des plans face aux maladies contagieuses, étant donné leur dangerosité et leur caractère foudroyant (voir la grippe espagnole de 1918) ? Le tsunami asiatique n'a-t-il pas permis de créer, en son temps, un réseau d'alerte international sur les rivages ? Pourquoi les études prospectives visionnaires (de Bill Gates après Ebola !) ou alarmistes ont-elles toujours été écartées ? Or tout le dispositif de confinement des États occidentaux, improvisé à la hâte, n'est-il pas qu'une réponse de second rang, un pis-aller (dont les conditions de levée restent en plus encore floues), qui suscite une défiance compréhensible, puisqu'on sait qu'il aurait fallu opter pour d'autres stratégies (davantage mises en œuvre par des pays asiatiques) pour être efficaces ?

3- La recherche clinique. Si le plan européen Discovery a comme projet de commencer des études scientifiques selon des procédures

des sciences expérimentales sur plusieurs médicaments, la polémique française autour de la chloroquine, suspectée d'être inefficace voire dangereuse, reste inquiétante. On voit s'affronter deux logiques : une logique d'appareil corporatiste de recherche et de santé publiques (parfois sous-tendue d'intérêts marchands), privilégiant longtemps la suspension de traitements « prometteurs » empiriquement, mais accusés de reposer sur des données incomplètes, voire biaisées, et une logique pragmatique, invoquant l'urgence du soin, au nom de l'obligation morale de porter secours. Ne pourrait-on pas davantage utiliser avec flexibilité les ressources de la législation pour trouver un compromis, ce qui semble être enfin la voie empruntée (mais qui sera plus tard de nouveau rectifiée) depuis le 27 mars ? Il reste que d'un côté on ne peut encore s'assurer de l'efficacité du traitement antipaludéen étendu (dont les résultats positifs peuvent cacher des guérisons spontanées ou des effets placebo), ce qui n'interdit pas son utilisation en connaissance de cause ; mais de l'autre, on ne peut que s'étonner que l'autorisation limitée accordée en France au médicament se limite aux cas les plus graves (où la médication risque de venir trop tard, alors qu'elle serait indiquée lors des premiers symptômes). Une rationalité éclairée, libérée des préjugés, inspirée par une éthique de responsabilité plus que par une éthique de conviction, ne permettrait-elle pas de trouver des réponses à la fois utiles –en urgence– et morales ?

4- La médecine a depuis un certain temps clarifié son rapport à la question des limites raisonnables de la poursuite des soins. Si l'obligation première est de porter secours, les moyens techniques de plus en plus sophistiqués et coûteux doivent-ils être pour autant utilisés inconditionnellement, « coûte que coûte » ? Des lois (Léonetti) et réglementations ont permis d'admettre des protocoles de sédation conduisant à la mort, promouvant des soins palliatifs et évitant l'acharnement thérapeutique. La situation actuelle d'afflux hors normes de patients, disproportionnée aux moyens disponibles, doit être protégée contre une approche trop pragmatique, trop réaliste, voire froide de la décision thérapeutique (on ne peut accepter moralement le terme dégradant de « tri » de patients), mais inversement, elle doit conduire à ne pas culpabiliser les soignants, ni qu'ils se culpabilisent, de devoir agir en situation exceptionnelle (de catastrophe ou de guerre), où s'applique de fait un rationnement des soins selon des critères de viabilité. La ligne de crête entre altruisme compassionnel et froideur comptable est parfois mince, mais il convient de la maintenir coûte que coûte, pour que chacun, en son âme et conscience, puisse prendre le risque de décisions dramatiques, toujours collégiales.

5- La stratégie de prise en charge. L'épidémie, prise en charge par un « plan blanc » des hôpitaux publics, entraîne parfois une surcharge fonctionnelle, aux limites de l'acceptable. Cette situation, due sans doute à la pénurie des installations, des appareillages et des personnels, a engendré un dévouement presque inhumain, aux limites du possible, sur fond de rémunérations dérisoires et de budgets malthusiens. Mais pourquoi le système public n'a-t-il pas conduit, dès le début, à réquisitionner les hôpitaux et cliniques privés, souvent prêts à l'accueil des malades ? Pourquoi n'a-t-on pas vu davantage réagir (à quelques initiatives près du style LVMH), comme dans d'autres circonstances (« gilets jaunes », grèves, incendie de Notre-Dame) des mécènes privés, des fondations généreuses, des associations *ad hoc*, pour offrir de prendre en charge l'effort médical de la nation, par des opérations de dons et de soutien matériel et financier ? Ce manque de synergie et de mobilisation, hors des services dédiés, ne questionne-t-il pas ? Où sont passés les appels humanitaires et les élans de solidarité qui faisaient l'actualité lors des beaux jours ?

6- La gestion sanitaire de la population contaminée et confinée vient de requérir l'aide de l'intelligence artificielle pour le traitement de données, le suivi de populations (géo-localisation), à des degrés différents selon les pays (Orange en France), et surtout le télétravail, avec les consultations médicales à distance. Jusqu'à hier cette extension du numérique dans la santé faisait question et a suscité de nombreux colloques de réflexion critique. D'un seul coup l'épidémie a permis de sauter à pieds-joints dans l'e-santé et de favoriser l'entrée en jeu des GAFAM (Google appelée à la rescousse par le président Trump). La demande urgente de sécurité vient de faire oublier la crainte de la régression de la liberté publique et privée. La santé publique vient-elle de créer un effet de bascule irréversible ? Ou ne faudrait-il pas remettre en jeu, à terme, la question éthique de la direction prise dans la tourmente et l'angoisse ?

7- Comme en période de guerre, les décès, en grand nombre en période d'exception (confinement), perturbent profondément la fin de vie, les funérailles et le deuil. Les nouvelles situations d'agonie, dans le contexte de l'isolement des malades dans les EHPAD, ouvrent un pan d'inquiétudes et de souffrances inédites dans nos pays. Le traitement des dépouilles en urgence (morgues improvisées, souvent sans doute avec le minimum de soin cosmétique), l'éloignement forcé des familles du mort, l'exfiltration (en Italie par l'armée) vers des sites de crémation éloignés, la suppression ou le format réduit des funérailles, sont en train

d'entraîner (dans beaucoup de régions européennes sinistrées) des traumatismes psychiques majeurs dans le cercle proche et éloigné de patients décédés. Comment supporter ces fins de vie douloureusement expéditives, désocialisées, délocalisées, déritualisées ? La médecine, si elle est centrée sur le sauvetage de vies en danger, peut-elle oublier qu'elle doit aussi accompagner les personnes humaines jusque dans la mort (médecine légale). Le respect et la dignité sont des valeurs non négociables pendant et après la vie. Comment maîtriser cette situation, qui est exposée à des conséquences psychologiques et morales insondables ?

La crise sanitaire, affrontée avec un dévouement et une compétence admirables par les parties prenantes, soulève déjà beaucoup d'interrogations, de questionnements, d'inquiétudes et de souffrances. Plus que jamais l'éthique doit rester vigilante et présente à chaque moment, comme un caillou dans la chaussure. (29 mars 2020)

*

II- La grande sidération de la population

Au fil des semaines centrées sur les dispositifs sanitaires, deviennent de plus en plus frappantes l'impréparation, l'improvisation, les hésitations, les tensions, les contradictions des pouvoirs publics, rendant ainsi la population de plus en plus perplexe devant le traitement de la crise. Si la mobilisation admirable des soignants (qui se sont surpassés) est tout entière au service des patients, ceux-ci, qu'ils soient virtuels, présumés malade, déclarés malade, en danger de survie, ne se trouvent-ils pas en profonde déroute ? Que rencontre chacun autour de soi, lorsqu'il veut prendre soin de soi, se soigner, comme référentiels, discours, conseils, croyances ? Comment, en dehors des soins d'urgence pour des états graves à risques, peut-il appréhender sa normalité ou sa pathologie, seul ou avec des professionnels, dans un environnement dominé globalement par des réactions de panique et des informations et injonctions contradictoires ?

1- Une première restitution du vécu quotidien peut se décliner en une série de questions prosaïques :

- Qui croire ? Que d'incertitudes, d'erreurs, d'omissions, de mensonges (volontaires ou non) sur l'origine, la progression, la symptomatique (ORL, neurologie, dermatologie), l'étiologie (poumon ou sang ?), la thérapie du virus.

- Comment choisir ou choisir avec un médecin, le remède éventuel à essayer, alors qu'il est vanté ou condamné à tour de rôle par des "experts" sur la place publique ?
- Comment s'auto-diagnostiquer et éventuellement s'auto-médicaliser (paracétamol et repos, disait-on, au début), en étant dissuadé d'appeler un service d'urgence tant qu'on ne souffre pas sur plan respiratoire ?
- Comment s'organiser pour rester confiné, en sortant le moins possible, alors qu'il faudrait en même temps aller voter, travailler et que 60% de la population soit contaminée et présumée –peut-être– immunisée ?
- Comment découvrir, maîtriser et faire bon usage des outils numériques, largement promus, entre autres de la téléconsultation, qui nous met parfois en contact avec un professionnel inconnu ?
- Comment se retrouver dans l'explosion de sites "YouTube" prônant une chose et son contraire ?
- Comment se doter d'une hygiène mentale, d'un tonus psychique pour ne pas être stressé, angoissé, désespéré ?
- Comment sortir de chez soi, couvert ou non couvert d'un masque (et de quelle nature ?) ? Comment se laver les mains mais pas trop souvent car le gel a des effets dermatologiques sur l'immunité ?
- Comment retrouver les aînés (et toutes populations isolées et précaires), dont on est coupé –souvent sans informations– depuis des semaines ?
- Comment vivre éventuellement, dans le pire des cas, le deuil d'un proche puisqu'il faut craindre tout rassemblement (même limité à quelques personnes) ?

2- Depuis longtemps, le patient, que l'on ne cesse de valoriser comme autonome, responsable, acteur de sa santé, ne s'est trouvé aussi démuné, désorienté, angoissé, pour voir clair, pour trouver de bonnes réponses et partager avec confiance un protocole de soin avec un professionnel. La psychologie et l'éthique du "care" et du partenariat patient-soignant, ont rencontré brutalement (en dehors de quelques réseaux associatifs préparés) l'onde de choc d'une situation épidémique qui les a reléguées au rang de paramètre secondaire des systèmes de soin. Le coronavirus a laissé sans voix les patients, et mis sur le devant de la scène un virus et non une maladie chronique, des soins urgents et non des parcours de soin, des laboratoires pour innover dans la recherche (sous la pression aussi de lobbies) et non les résultats empiriques expérimentés par (sur) des malades, les choix de santé publique et non de santé individuelle, etc. Il faut prendre acte de ce renversement

copernicien de la focale médicale, tout en prévoyant, en espérant un retour du balancier, à moyen terme.

Pour l'instant, les innombrables informations et débats en tout sens et souvent contradictoires sur la maladie et le soin, ont soumis le patient à de nouvelles situations déroutantes qui le rendent perplexe devant :

- les retards, ignorances ou mensonges sur la crise des pouvoirs publics et des autorités médicales,
- les compétitions, aux enjeux financiers colossaux, entre laboratoires de recherche pour le traitement,
- le cafouillage (au risque du discrédit) des « scientifiques » (réunis en une entité mythique représentant LA science) en désaccord sur les hypothèses de thérapies, voire prêts à mener sur la place publique (médiatique) des règlements de compte déplacés,
- l'angoisse paralysante des patients face aux risques d'infection (mal définis) mais aussi de prise en charge en milieu hospitalier (crainte de « tri » en urgence), conduisant même à l'abstention de nouvelles consultations pour toutes autres pathologies,
- l'isolement voire la relégation des patients âgés, qui, parfois maintenus en des lieux insalubres ou privés de ressources prophylactiques, sont exposés à la solitude et la détresse.

Toutes ces données factuelles et vécues risquent de peser longtemps sur la confiance dans les autorités politiques et sanitaires, aux interactions désordonnées. (23 /04/2020)

*

III-La controverse du traitement :

éthique du soin ou éthique de la recherche ?

L'absence de remède efficace et homologué a suscité des controverses intra médicales entre les défenseurs d'une future thérapie randomisée, lente à venir et encore incertaine et des soignants de terrain prétendant trouver dans des remèdes anciens et éprouvé comme peu dangereux une nouvelle application empiriquement observée. Au-delà des problèmes épistémologiques,

il apparait que cette controverse déroutante pour le public recouvre en fait un conflit d'éthique.

La stratégie sanitaire de lutte contre l'épidémie a opté pour le confinement de la population, solution souvent généralisée à ce jour, en situation de pénurie de moyens prophylactiques et thérapeutiques. En cas d'aggravation des symptômes ne sont disponibles que les interventions/limites en réanimation, longues et vite saturées. L'option est alors d'anticiper et d'accélérer la sortie du confinement (avec ses nuisances psycho-sociales et ses risques économiques) en activant les programmes de protection (masques, gels), d'identification sélective (tests) des infectés et la recherche clinique de remèdes adaptés et efficaces (avant un vaccin futur).

Les médias et les débats intra-corporatistes se sont emballés autour de la controverse sur la chloroquine, dont l'utilisation est menée et prônée à l'hôpital de la Timone de Marseille, et suivie par un réseau d'émules dans certains hôpitaux et de nombreux médecins libéraux. L'efficacité de l'extension de la médication du paludisme au coronavirus alimente des positions frontales, opposant les tenants de l'autorisation préalable légale de mise sur le marché, obtenue après des procédures (en cours) de preuves normalisées mais qui exigent un temps de latence de plusieurs semaines et ceux qui, au vu des bénéfices/risques déjà connus (les effets secondaires de la nivaquine depuis plus de 70 ans sont maîtrisables en suivi hospitalier), proposent de diminuer la charge virale des infectés par son utilisation associée à un antibiotique.

Sans entrer dans les débats techniques et scientifiques, la question ne relève-t-elle pas d'abord de l'éthique ? Ne se trouve-t-on pas confronté, non à une disjonction entre vérité et erreur scientifique, ni entre légalité et illégalité, mais entre deux options morales du soin :

- la première, liée aux systèmes de santé sécurisés par des instances étatiques de contrôle (autorité de l'ANSM), subordonne l'utilisation d'un médicament à une autorisation préalable, qui ne peut être donnée qu'au vu de « preuves » issues d'une procédure très sophistiquée. En faire une condition *sine qua non*, sous prétexte de transgression et d'illégalité, peut paraître à certains égards bien excessif, si l'on admet, entre autres, que le fonctionnement de ces instances n'est pas à l'abri d'anomalies et de conflits d'intérêts douteux en faveur de laboratoires, et que bien des scandales pharmaceutiques proviennent de

médicaments dont on a sous-estimé les effets secondaires (affaire du Médiator) ;

- la seconde, tout en acceptant de se prêter à la mise en conformité légale des recherches en cours, juge 1- que le médicament, déjà connu, ne fait l'objet que d'une prescription étendue nouvelle ; 2- que les essais thérapeutiques in vivo, même à échelle limitée (encore que d'autres pays ont accordé au médicament leur confiance) permettent d'évaluer une prévalence des bénéfices sur les risques, face à des situations létales, auxquelles aucune thérapie n'est proposée.

On est donc bien dans un conflit éthique entre

- le principe éthique de précaution (qui s'est vu objecté parfois une paralysie dans l'innovation), qui en état actuel, vise à l'abstention et opte pour la validation d'une recherche thérapeutique préalable avant de trancher scientifiquement et cliniquement. Mais cette exigence légitime de rigueur juridique et scientifique laisse les soignants impuissants à juguler l'expansion des pathologies concernées et leur risque létales ;
- un principe « hippocratique » d'obligation à porter secours, à soigner, en situation d'urgence, de guerre même, sans attendre une validation bureaucratique de la procédure. Si le risque d'intervention thérapeutique alternative est clairement formulé (consentement du patient ou de ses représentants légaux), assumé et contrôlé et permet d'essayer avec des chances raisonnables de secourir, comment préférer le droit à la morale, la science à l'empirique ? Selon l'analogie familière va-t-on obliger un ambulancier, transportant en urgence un malade, à respecter scrupuleusement les limitations de vitesse imposées en temps « normal » aux voitures ? Sauf à prouver que cette intention altruiste et bienveillante cache une conduite d'homicide involontaire, comment ne pas admettre la décision de prodiguer un soin et une thérapie qui peut sans attendre, soulager un malade en danger, à défaut de guérir ?

La question est donc bien de choisir entre une éthique de conviction, réglée sur l'observation de protocoles de vérité, présumée objective, et une éthique de responsabilité qui juge bien

et juste de tenter, avec des risques minimes en ce cas, de sauver des vies. (25/03/2020)

*

IV- L'éthique du soin en urgence

Au delà de la question du choix de traitement, la crise épidémique a suscité nombre de questions d'éthique en santé, largement partagées depuis longtemps, mais qui ont fait naître des difficultés nouvelles du fait du changement d'échelle (santé collective) et de leur émergence en situation d'extrême urgence.

L'épidémie du coronavirus mobilise les services de santé de manière massive et rapide, sur fond d'une situation anxiogène pour les populations (confinement, séparation et isolement des personnes, pénurie de moyens, fermeture des frontières, etc.). Dans quel contexte se posent dans ce climat les questions éthiques du soin qui avaient gagné en reconnaissance et en compétence en temps de fonctionnement « normal » ? Comment accompagner les soignants, ici et maintenant, sur le plan d'une éthique des soins ? Dans quel contexte, sous quelles formes, avec quelles orientations convient-il d'engager un partage des expériences et interrogations éthiques en urgence ?

1-L'expérience du désarroi

Si une guerre donne à voir une panoplie variée de maladies et de 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 dans la 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 nouveau 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 dans le monde, 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 (tests, 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, voire controversées (médicament, vaccin), qu'il faut sacrifier nos libertés pour que le système de santé puisse annoncer une amélioration du décompte quotidien des morts (diagnostiqués ou non). 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 ?

2-L'onde de choc de la colère

D'un point de vue éthique, on ne peut esquiver une évidence croissante, celle de la responsabilité des acteurs politiques de la santé publique qui ont mis en danger la population par leurs stratégies et communication, depuis bien avant la crise. 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 peuvent 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 « Muller » 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 hospitalière 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.

3-Le défi du « care » en urgence

L'intensification des soins, en situation de tension, peut laisser craindre un affaiblissement voire un recul des protocoles éthiques relationnels, sous la pression de la fatigue et du stress des soignants. 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, envers et contre tout, l'attente et l'exigence de traiter tout patient avec 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. Si elle peut conduire à improviser et à inventer des formes de compromis pratique, elle doit rester attachée aux principes moraux fondamentaux et intangibles : respect et dignité de chacun.

4-Le récit de l'abstention raisonnable

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 empathique 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 sur lesquels la communauté médicale a trouvé un large consensus.

-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 aussi 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 est mise en place, dans le cadre des armées, sous forme de protocoles pour l'accueil et le traitement des blessés et des agonisants, en intégrant, 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 de faire partager une vérité factuelle : le soin, même en situation de paix, 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 les 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 à la fois 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.

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 bien un accompagnement éthique pressant. Il importe, de ce point de vue propre, en éthique de décrypter la circulation, la variété, la complexité des termes de bien et de mal dans les systèmes, situations, comportements, décisions et actions médicales, qui ne s'appliquent pas forcément 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 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 « 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 au mieux, sachant que l'heure des leçons éthiques doit être renvoyée à l'après-crise. (23/03/2020)

Il reste que même les grandes conceptions morales et éthique de l'action médicale ne peuvent sans doute pas être abordées et traitées de manière distanciée et spéculative. La situation épidémique incline sans doute à atteindre une visée d'éthique du soin, qui sans compromissions, fasse place à des exigences et attentes plurielles et prudentes.

Saturation hospitalière, stress au travail, accroissement des urgences vitales, etc., exposent les soignants à des difficultés exceptionnelles, que l'on ne rencontre qu'en situation relativement rare de catastrophes naturelles ou d'attentats terroristes. Ces pratiques-limites ont déjà permis de formuler dans l'institution des procédures, des principes, des critères de décision collégiale, à la fois pragmatiques et soucieux du respect de valeurs éthiques. Il reste que, par conscience intime, chaque agent concerné par ces situations peut se trouver devant des choix paradoxaux, des décisions ou consentements problématiques, des témoignages sources de perplexité. Comment l'aider à affronter et analyser ces expériences ? Si la psychologie touche aux affects (angoisse, peur, sentiment altruiste, etc.), l'éthique doit pouvoir accompagner l'agent en situation en termes de bien et de mal (quels que soient les accompagnements pathiques).

La conscience morale se définit par la considération et l'application de principes moraux universels et inconditionnels : respect de la personne humaine (quelles que soient ses particularités) et de sa dignité (non instrumentalisation comme chose). Il en résulte des motivations éthiques, qui peuvent être variables selon les systèmes d'interprétation entre agents et même alternatifs chez le même individu selon les contextes et les situations.

On distingue généralement l'éthique de conviction, qui cherche à appliquer des devoirs garants de la bonne action, devoirs déduits indépendamment des intérêts et des conséquences concrètes (morale déontologique d'inspiration religieuse monothéiste et kantienne), et l'éthique de responsabilité qui enjoint à l'agent de

faire -et d'assumer librement et de manière responsable- le bon choix en situation concrète en fonction des conséquences présumées (rapport moyen-fin). Les quatre principes américains (de Beauchamp et Childness) peuvent ici servir de guide, sans résoudre tous les problèmes.

En situation complexe, dilemmatique, urgente, la voie d'une éthique « rassurante » des devoirs inconditionnels semble inadaptée, sous peine d'entraîner un malaise psychologique et moral profond et des sentiments de culpabilité récurrents, faute de parvenir à coïncider avec les obligations inconditionnelles. Il faut admettre, que tout en restant assujettie aux valeurs morales fondamentales, l'éthique doit alors s'adapter à la situation dans laquelle les choix entre bonne et mauvaise action se révèlent difficiles, voire impossibles, du point de vue pratique. On peut alors

– non seulement privilégier une éthique conséquentialiste, basée sur une balance qui mesure le rapport entre une action négative et un bien à venir, supérieur ou plus général (acceptation du sacrifice d'un seul pour le salut d'un grand nombre) ;

-mais aussi considérer cette pratique éthique comme exceptionnelle, liée à une détresse, en ayant conscience que le calcul pragmatique d'un mal pour un bien reste toujours sujet à débat, tant du point de vue de sa rationalité (anticipation avec probabilité) que de sa légitimité éthique.

On peut donc considérer qu'entre la moralité pure, sans résistance du réel, et une action immorale qui transgresse par ignorance, par inconscience, ou par arrogance une loi morale, les pratiques du soin d'urgence relèvent d'une éthique, non pas approximative, mais de « second rang », qui tente raisonnablement de trouver une conciliation entre une intention bonne et une réponse pratique la moins mauvaise possible, en l'accompagnant d'une appréciation réfléchie et d'un discernement prudent. Mais ce souci éthique, s'il peut conduire à des actes lourds de conséquences, s'il peut conduire à improviser et à inventer une réponse douloureuse, doit rester attaché aux principes moraux fondamentaux intangibles : respect et dignité.

*

V- Les vertus cachées de la crise

L'épidémie mondiale du coronavirus a braqué le projecteur social sur les maladies et les soins, en particulier à l'hôpital, remettant au

premier plan l'importance et les ambiguïtés des questions d'éthique du soin, en temps d'urgence. Mais les changements radicaux imposés par la méthode du confinement social, par les dysfonctionnements gestionnaires, par les tensions vives entre logiques thérapeutiques, etc., ont plus globalement intensifié des expressions, représentations, jugements, sensibilisés aux évaluations selon le bien et le mal de ce qui arrive. Depuis longtemps nos sociétés n'avaient connu une telle demande de moralité et d'éthique (termes qu'on gagnerait à utiliser de manière complémentaires), révélant au passage les liens profonds entre bien et mal, vrai et faux, beau et laid.

En ces moments déstabilisant, la moralité s'applique de plus en plus aussi au vrai et au faux (les *fake news* et le mensonge relèvent aussi d'un manquement moral), et même à ce qui est beau et sublime (recul de la pollution de la nature, beauté des gestes altruistes, etc). L'évaluation morale envahit nos consciences, confrontées aux dangers, aux peurs, aux incertitudes, etc. En même temps la conscience de la valeur de la vie, à mesure qu'elle s'étend et s'intensifie, révèle aussi combien elle est inséparable d'émotions, d'affects, d'imaginaires, de croyances, lui enlevant sa dimension purement cognitive, réflexive, discursive, qu'on a peut-être excessivement mise en avant en éthique.

Cette complexité de la vie morale touche aussi bien les vertus que les vices, autant la redécouverte des potentialités de l'humanité la plus noble que les pentes glissantes vers des arrangements pratiques, des compromis de fortune dont ne devrions pas tirer gloire. Sous quelles formes le paysage de la moralité change-t-il au cours de cette expérience sociétale inédite ? Comment le meilleur et le pire se manifestent-ils dans nos nouvelles formes de vies suspendues au potentiel morbide d'un virus ? On peut, tout au long de la période de crise sanitaire, voir réactivées des valeurs que l'on a pu négliger, oublier voire invalider.

1-L'épidémie provoque d'abord un sursaut de vertus nées de l'irruption d'une catastrophe (contagion massive, enfermement à domicile de la moitié de l'humanité, mortalité brutale et spectaculaire, surtout pour les aînés, gardiens du transgénérationnel). L'épidémie remet au centre de nos préoccupations la valeur de la vie, de la conservation de la vie, de la « vie nue » (au sens de G. Agamben), à laquelle nous sommes prêts à sacrifier beaucoup de nos attachements immédiats. Si un courant dominant a eu tendance à combattre le mode de pensée de

sacralisation de la vie, laissée aux traditions religieuses, il doit bien prendre acte en ce moment de l'attachement instinctuel des humains à la vie et même à la survie, menacée par l'agressivité du virus, qui n'est même pas un vivant... Si la question du caractère déraisonnable de l'acharnement thérapeutique a occupé les esprits et a amené à donner la priorité aux choix rendant possible une « bonne vie », il semble bien que la vie redevienne un bien absolu, par crainte de la mort subite et surtout de la « mauvaise » mort. La question de la « mort digne » va sans doute être à reprendre une fois passé le drame qui nous sidère. Depuis longtemps la valeur de la vie (questionnée déjà à sa naissance), n'a pas connu une telle irruption en fin de vie, face à la perte de maîtrise de la mort foudroyante.

2-L'épidémie redonne ensuite de la place et du sens à l'*oikos* ancien, au domestique, avec ses valeurs du « chez soi », de la famille, de la maison, du foyer. Alors que les manuels de morale évoquaient, dans la première moitié du XXème siècle, la famille comme première sphère de moralité, de mise en œuvre de devoirs, la cellule familiale s'est vue effacée progressivement, en Occident du moins, au profit des seules valeurs de la liberté individuelle, du moi narcissique (au sens de Lasch), confrontée à la seule sphère publique de la citoyenneté. La suspension obligatoire de la vie sociale est sans doute en train de faire redécouvrir la dimension protectrice de la famille (quelle que soit sa structure, traditionnelle, recomposée, etc.) et de son habitat, en en faisant un socle de sécurité, d'attachement, de valeur. Ce changement de perspective, qui ne sera peut-être pas accidentel ni éphémère, n'a sans doute pas fini de nous interroger sur ses sources, ses formes, ses conséquences.

3-L'acceptation massive des mesures de restriction des libertés repose sur un souci du bien commun, de la solidarité, de l'altruisme, en se démarquant des conduites égoïstes, inciviques, cyniques. La légitimité du confinement, plus ou moins intériorisée selon telle ou telle population nationale, devient une valeur qui souffre peu de discussion. Nos sociétés imprégnées depuis des lustres par l'affirmation de soi, l'individualisme, la compétition, réapprennent soudainement les bienfaits de l'entraide, de la solidarité, de l'intérêt général, du bien commun. Même si ces valeurs acceptées et revendiquées peuvent sans doute être mêlées de peur, de pragmatisme, de calculs, il est admis massivement qu'elles sont bénéfiques et justes. Est-ce un accommodement raisonnable fragile ou une opportunité imprévue pour repenser nos hiérarchies de valeurs ?

4-L'épidémie donne l'occasion d'une redécouverte de valeurs de sacrifice, voire d'héroïsme, illustrée par les personnels de santé, qui constituent une sorte de concentré de la cité qui combat le mal (en blouses blanches), rappelant la vertu des « gardiens » de la *République* de Platon, dépeints comme le prototype du courage, de la science et de la tempérance. Pour les anciens Grecs, entre ceux qui travaillent et ceux qui gouvernent, les gardiens (en grec *phylax*, soldat, d'où vient prophylaxie) -mués aujourd'hui en guerriers en blanc sans armes- garantissent la sécurité de la *polis* pour qu'y règnent le bien et le juste. L'admiration morale à leur égard se mêle d'un imaginaire héroïque (auxquels on accorde un « triomphe » sur les balcons), jusqu'alors activé surtout dans l'imaginaire mythique des films et des séries, mais qui actuellement trouve à s'incarner dans une communauté sociale de soignants. Que signifie cette redécouverte d'un héroïsme moral ? S'agit-il d'une compensation émotionnelle ou d'une reconfiguration morale en profondeur ? (6 avril 2020)

*

VI- Séquelles de l'épreuve

Mais au-delà de ces expressions éthiques évidentes et remarquables, qui témoignent d'une confiance en l'humanité retrouvée, on ne peut se détourner des signes d'un versant plus noir de l'éthique, puisqu'on voit se développer, et être tolérées, des formes de réactions, de déviances, de vices, qu'on avait pensé éradiquées dans les sociétés policées, adonnées au respect des droits de l'homme.

- Il est à craindre d'abord que cette quête de protection de la vie se développe sur fond de peurs, de défiances, qui encouragent aux réponses les plus hâtives, égo-centrées, faibles. Si la peur peut être parfois bonne conseillère de l'éthique (comme le soutient Hans Jonas, qui a avancé le mérite de la peur de l'avenir pour sensibiliser aux choix éthiques, comme l'illustre la pensée écologiste), en anticipant les conséquences désastreuses d'un choix actuel irresponsable, ne peut-elle pas aussi, à l'inverse, encourager le repli sur soi, l'égoïsme, le sauve-qui-peut ? Pour certains

une épidémie de peur ne serait-elle pas plus effective et nocive à terme que l'épidémie virale ?

- La voie de la contamination invisible du virus peut laisser, entre autres, libre cours à l'imagination quant aux causes du mal. Il devient tentant de stigmatiser telle ou telle population comme porteuse du mal et contagieuse, réveillant la logique du bouc émissaire, si fréquente dans les épidémies passées. Virus chinois, maladie de blancs en Afrique, de riches au Brésil, l'inventaire n'est pas clos, sont des clichés qui font porter dès lors la faute, moins à la nature ou à des décideurs ignorants ou aveuglés, qu'à des groupes sociaux suspects, attisant xénophobie et racisme. Comment éviter, à nouveau, cette montée de stéréotypes générateurs de violences ?

- La prophylaxie, qui instaure des distanciations sociales, véhicule un changement de proxémie (science des bonnes distances, des normes d'interactions, selon Ed. Hall). Si l'éthique est sans doute transcendante dans ses énoncés aux comportements, ces nouvelles régulations des rapports entre corps (aussi variés que les rituels de la retenue chinoise ou les embrassades chaleureuses des brésiliens), ne peuvent-elles faire craindre qu'une accoutumance à la suspicion d'autrui ne conduise à provoquer à la longue une méfiance, un raidissement des rapports intersubjectifs, pouvant aller jusqu'à une insensibilisation de l'altruisme ?

- Le confinement a conduit à une privatisation des pratiques spirituelles et religieuses, voire à leur raréfaction, mettant fin entre autres aux rassemblements de communautés (lourdement impliquées parfois dans la propagation initiale du virus). Cette occultation apparaît comme douloureuse dans les situations de fin de vie, d'obsèques et de deuil, et risquent de laisser des traumatismes profonds dans la mémoire des survivants. En cautionnant ainsi cette mise entre parenthèses des besoins spirituels, ne sommes-nous pas en train de porter atteinte aux valeurs de la personne, de sa dignité, comme si la survie des seuls corps importait à la cité ? En imposant ainsi un laïcisme de facto, qui veut voir disparaître les croyances et les cultes religieux de l'espace public, ne bouleverse-t-on pas l'équilibre intime de la moralité ?

- Les croyances spirituelles ou religieuses, exprimées publiquement, rituellement ou non, génèrent en certains milieux des interprétations de la pandémie sous forme de grands récits de récompense et de sanctions supra-individuels. Les épidémies ont souvent été vécues comme des châtements divins et l'on voit cette herméneutique reflourir massivement, de manière plus ou moins avouée. Il reste que cette lecture (dans les trois familles monothéistes) de l'épidémie comme fléau divin, sous l'œil d'une théodicée, peut aller parfois jusqu'à encourager un certain fatalisme, un défaitisme voire des conduites à risques. Cette utilisation apocalyptique du religieux ne saurait se confondre cependant avec une réflexion critique sur les signes d'une faute collective, inhérente aux orientations nuisibles de nos sociétés matérialistes. L'épidémie n'est pas seulement un simple phénomène virologique, mais peut-être pour certains un symptôme d'une civilisation arrivée au terme d'une frénésie, le prix à payer d'une démesure collective imputée à la volonté de puissance de l'homme sur une terre vulnérable. Si la situation inédite mérite un surcroît d'intelligence critique, nécessaire pour l'après crise, elle ne doit pas enfermer l'évaluation du présent dans un « grand récit » préfabriqué qui mélange les conditions d'un sauvetage avec un salut eschatologique.

- Si l'éthique retient avant tout les valeurs du bien et du mal, elle est inséparable d'un volet de justice distributive (juste et injuste). Protéger, soigner, guérir passent pour des impératifs moraux, reposant eux-mêmes sur une obligation de moyens (négliger les moyens, comme on peut en faire le procès aux politiques de santé, n'est-ce pas déjà défaillir moralement ?), mais à condition qu'ils soient aussi répartis de manière équitable, soient distribués de manière juste. L'intervention thérapeutique n'est-elle pas parfois mieux promue en certains lieux (pays), pour certaines personnes (riches), absorbant des ressources financières collectives de manière unilatérale ? Au moment où ces ressources sont rares, par impéritie des Etats, la tentation est grande de répondre aux besoins immédiats, pressants, visibles, négligeant par là ceux qui sont éloignés, aux marges, silencieux, invisibles ? Mais comment concilier les deux dimensions de l'éthique, celle portant sur le devoir de secourir le proche, le prochain, et celle d'assurer à tous une

aide égale ? Comment faire place, sans connaître de cas de conscience, à une éthique « utilitariste » qui veut « optimiser » le soin et que le bien collectif l'emporte sur le bien individuel ?

La crise sanitaire mobilise des réponses pragmatiques, utiles, efficaces, mais remet aussi en selle, met en plein jour les grandes questions morales et éthiques, sous toutes leurs formes. Ce rapide tour d'horizon des expressions de la conscience morale, en temps de vies fragilisées par la peur de la maladie et le confinement, suggère que nous sommes autant acteurs et témoins de sursauts de moralité inattendue, d'approfondissement de valeurs, prises souvent à la légère en temps d'insouciance, que des humains vulnérables exposés aux risques de faiblesses, de vices et d'immoralité. La crise ne fait qu'agrandir et exacerber les difficultés et la complexité d'une intention de « bien faire » et de ses choix éthiques au concret et au quotidien. Plus que jamais l'éthique nous rappelle qu'elle n'est pas pourvoyeuse de bonne conscience, que nous pouvons être mis en situation de faire l'ange, mais aussi de retomber au stade de la bête (Pascal). Les temps à venir diront comment nous saurons assumer cette dimension éthique au cœur et au-delà de la vie d'exception marquée par la peur et le désir de sécurité.

*

VII- Lendemain de cauchemar

Il est probable que l'idéal éthico-politique de la médecine consistant à remettre le patient au cœur du soin, mis à mal par la situation complexe et inédite de l'épidémie, devra évoluer en fonction des bouleversements en cours :

- Les patients vont être sans aucun doute pris en charge à l'avenir par les industries et laboratoires pharmaceutiques (surtout américains) qui s'engagent de plus en plus dans une "solution de santé", au-delà du médicament, pour accompagner le patient à se maintenir en santé dans un environnement menaçant, mais sur fond d'une économie financiarisée de la santé (la formule "patio centrée" est un slogan marketing américain).
- Le patient présumé autonome, libre et éclairé, va être de plus en plus conduit à s'informer, lui-même ou avec un partenaire de santé, de manière critique et savante, sur l'épistémologie des médicaments et vaccins et leur

prescription, à risques ou non. Les conflits sur les traitements (longtemps sous-jacents et inaudibles) vont être de plus en plus relayés par les réseaux sociaux et vont susciter doutes et croyances, ne facilitant pas les choix thérapeutiques. Il en résultera un renforcement des tensions entre biomédecine scientifique et médecines alternatives (déjà largement entamées à propos du virus) et, à terme, un retour de controverses passionnées, par exemple sur l'innocuité des vaccins.

- La médecine s'est vue projetée d'un seul coup dans l'ère de l'Intelligence Artificielle et de la télémédecine. Tout l'écosystème relationnel du soin vient de changer (relations entre chercheurs, entre médecins, entre labos et médecins, entre médecins et patients), comme dans d'autres domaines de la société (enseignement, travail, etc). Comment rendre possible, encourager, accompagner, actualiser l'autonomie responsable du patient face aux dispositifs numériques auxquels il n'est pas forcément préparé (fracture numérique) et dont on maîtrise mal tous les effets collatéraux ?
- Les effets catastrophiques prévisibles de l'épidémie sur l'économie risquent de justifier une mise sous surveillance (tracking) croissante des populations, au moins à des fins préventives ou assurantielles, renforçant ainsi une médecine coercitive et normative (certains parlant déjà de "totalitarisme sanitaire"), qui va diminuer encore une fois la marge de décision du patient (vaccination obligatoire, mesures sanitaires contraintes).

Toutes ces nouvelles données, qui font apparaître des menaces concernant la liberté et la responsabilité du patient, invitent à réfléchir au nouveau paysage de la médecine à venir, qui ne pourra plus se concentrer, pour devenir plus humaine, sur les seules conditions éthiques du "prendre soin". Si on veut continuer à en porter les fins et les valeurs, il faudra réviser et élargir l'ensemble des attentes et revendications face à un système de santé complexe, bouleversé par la panique et l'improvisation épidémiques, mais qui doit (re)penser une éthique et une politique de la vie et retrouver les conditions d'une médecine plus humaine, soutenable et responsable. (21/04/2021)

En revenant sur l'enchaînement des acteurs et des faits, on ne peut s'empêcher de penser que la version dramatique de l'épidémie relève moins d'un destin, d'une fatalité, d'une tragédie donc, que

d'une série de choix humains, souvent inadaptés ou contre productifs, au point d'en devenir parfois absurdes. En effet,

- comment est-il possible que les acteurs sanitaires –et politiques- aient paru si démunis, si surpris, devant ce qui est arrivé ? Alors que les scénarios de changement climatique donnent lieu à tant de spéculations et modélisations à l'échelle de décennies futures, presque personne (quelques contre-exemples retentissants sont restés dans les tiroirs des ministères), n'a pu prévoir les risques immédiats sur la santé des contemporains (et non des générations futures) ? La montée du niveau de la mer est mieux anticipée et combattue que des menaces immédiates mais tangibles ? A l'inverse de l'adage célèbre, on a sans doute à force de regarder la lune, oublié de regarder le doigt (gangrené...).
- fallait-il placer l'histoire de l'épidémie dans un décor de guerre (en France), faisant entrer dans l'intrigue les arsenaux, les combats, le théâtre de lutte, le profil robot de l'ennemi ? Ou ne pouvait-on pas placer l'intrigue dans un climat plus irénique, plus intériorisé, plus confiant, comme l'a fait le chancelier allemand qui préférait invoquer la responsabilité citoyenne sous le signe d'un « devoir d'humanité » ? Certes la théâtralisation guerrière (d'un président amateur de théâtre, et admirateur de grands hommes), légitimait une « mobilisation » sanitaire, mais au prix d'un climat profondément anxiogène, comme toute guerre, surtout lorsqu'elle n'est pas réservée à des professionnels comme aujourd'hui ?
- comment l'imaginaire de l'infection-contagion, qui sert de matrice à toutes les peurs ancestrales et qui alimente les conduites les plus obscures, a-t-il pu gagner si vite les esprits et réussir à faire confiner la population comme jamais (qu'on aurait pu attendre après une sévère contamination radio-active et qui n'a même pas été utilisée après Tchernobyl et Fukuyama) ? Alors que nos sociétés riches se gargarisent du triomphe de la rationalité, elles se retrouvent brutalement sous le coup de la panique, laissant remonter à la surface les défiances et méfiances à l'égard de l'autre, les tentations de délations, les stéréotypes de bouc émissaires, les interprétations nébuleuses de l'épidémie comme signes et châtement divin ?

- l'ampleur disproportionnée de l'épidémie, faute de réponses adaptées, ne trahit-elle pas à notre époque un règne nouveau de l'émotion (aucune épidémie n'avait entraîné une telle mobilisation collective) et une peur inédite devant la mort ? Mort qu'on a d'ailleurs, au même moment, rendu invisible, déritualisée, désocialisée, froide pour les proches, au nom de la précaution sanitaire ? Nos contemporains ont beau voir chaque soir sur leur écran des cadavres, crimes, salles d'opération (très en vogue), jamais ils n'ont en fait eu tant de peine à les voir en face.
- Comment les acteurs de la science biomédicale ont-t-ils pu la faire tomber de son piédestal en laissant des experts plus ou moins charismatiques et compétents, engager des controverses dévastatrices pour l'opinion ? Alors que la fracture entre biomédecine et médecines alternatives est déjà grande (avec des positions intolérantes, des condamnations parfois dignes de la chasse aux sorcières), l'arène hautement médiatisée des étiologies et des choix thérapeutiques, ne s'est-elle pas trouvée rapidement privée de sérénité, de confraternité professionnelle et de prudence scientifique ?
- Corolairement n'a-t-on pas, une fois la « guerre » déclarée au virus, laissé trop de responsabilité politique aux généraux, c'est-à-dire aux soldats en blanc, en leur confiant la tâche non seulement de soigner mais d'organiser la société en vue du soin ? Va-t-on généraliser et légitimer dorénavant cette entrée en scène ? Serait-ce réaliste de penser que pour éviter la situation critique des hôpitaux, on va pouvoir interdire la guerre (belle utopie sans doute), interdire l'automobile, qui coûte en plus si cher à la sécurité sociale, etc. ? Tirer de la médecine d'urgence, inévitablement exposée à des surcharges et échecs, une politique générale de la santé n'est-ce pas subordonner la société à la médecine et non la médecine à la société, cédant ainsi à une « bio-politique » tant dénoncée depuis des décennies ? N'a-t-on pas perdu de vue que si le confinement diminuait l'afflux de malades et des risques accrus de décès, il était sans doute aussi source de retards dans les soins d'autres pathologies non liées au virus, de perturbations psychiques chez les confinés, de détresse psychosociale liée à l'effondrement du monde du travail ? A-t-on assez pris en compte l'accroissement de l'inégalité d'accès aux soins ? A-t-on assez mis en balance des

bénéfices/risques, instrument pourtant privilégié de toute situation de risques ?

- comment l'impuissance à assurer le suivi des malades et les soins urgents, surtout de ceux qui sont confinés dans les hospices EPHAD, dont la comptabilité mortifère a été utilisée de manière spectaculaire, a-t-elle fini par servir de miroir cruel au délaissement de la classe d'âge la plus nombreuse (suite à l'allongement de la vie) et gardienne des liens intergénérationnels ? Comment une société qui valorise tant la jeunesse (dans les affaires et la politique) au détriment des personnes âgées peut-elle vraiment faire place, après cela, à une gérontologie humaine, de plus en plus urgente pour le respect et la dignité de la personne ?
- enfin comment la montée en puissance de la santé publique, sur fond de révolution numérique généralisée, de téléconsultation, du recours aux « big data », d'outils numériques de traçage, etc., va-t-elle sauvegarder et redévelopper les acquis de l'éthique du prendre soin individuel (care), née de l'expérience humanisée du face-à-face entre soigné et soignant, sur fond d'une expérience de la vie menacée, fragilisée ? Comment garantir la liberté individuelle, assurer la protection de la vie privée devant tant de dispositifs statistiques et algorithmiques si nous transférons (et pas seulement déléguons) à l'Etat un pouvoir discrétionnaire de gérer les populations, au nom d'un bien commun sacrificiel et toujours suspect d'intérêts particuliers ?

Bibliographie personnelle

Soigner, les limites des technosciences en santé, EME, Louvain-la-neuve, 2019.

Imaginaire et rationalité des médecines alternatives, Paris, Les belles lettres, 2eme ed., 2008.

Questions éthiques, Paris, PUF, 1993.