



tout prix et le souci de préserver leurs qualités affectives, sociales et authentiquement humaines sont tous deux légitimes, ils peuvent s'opposer. Dans le mythe d'Antigone, l'ordre de la Cité affronte les lois non écrites et éternelles, « *Antigone a raison et Créon n'a pas tort* » (Albert Camus, *conférence donnée à Athènes en 1955*). Mobiliser des moyens gigantesques pour épargner des vies est à mettre au crédit des sociétés, mais au prix de quels renoncements ? « *À force de sacrifier l'essentiel à l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel.* »¹

La pandémie de Covid-19 invite à questionner de façon critique la vulnérabilité de la vie et la finitude de l'homme, les libertés individuelles et les intérêts collectifs, la science, l'organisation des soins et les politiques de santé. Cette pandémie révèle l'entrée massive, mais pas nouvelle, de la biologie dans l'espace du politique et illustre une des facettes du « biopouvoir » thématiqué par Michel Foucault et dont le projet est « *l'administration des corps et la gestion calculatrice de la vie* »². L'impréparation du système de santé a exposé chacun à des craintes et des sacrifices considérables et a confronté les soignants au tragique des choix avec une ampleur exceptionnelle. En effet, la répétition des arbitrages et la nécessité d'avoir recours à des options inhabituelles pour ne pas être inédites (réanimation d'attente, transfert de patients graves) exercent une pression morale unique

sur les soignants. L'exercice de la médecine, souvent en situation d'incertitude et d'urgence, et la prise de décision au niveau institutionnel ou politique, requièrent une réflexion éthique n'entravant pas l'action mais respectant les valeurs essentielles de la vie humaine.

Il est de la responsabilité du gouvernant de tracer « *une voie moyenne [...] entre le conseil direct, qui s'avérera bien décevant, et la résignation à l'insoluble* »³. En période de crise sanitaire, la relation singulière soignant-patient n'est bouleversée ni dans ses principes, ni dans ses valeurs fondamentales mais elle s'établit avec le souci prégnant d'avoir à répartir équitablement des ressources en santé devenues rares et précieuses. Cependant cette contrainte n'est pas inédite. Elle est déjà opérante dans l'exercice médical, bien qu'à une échelle plus modeste, par exemple dans l'attribution des thérapeutiques innovantes et/ou particulièrement onéreuses à certains patients atteints d'affections graves (thérapies géniques, oxygénation extracorporelle...). Dans la crise sanitaire, économique et sociale, dans laquelle nous sommes, les décisions sont prises dans des circonstances à la fois inaccoutumées et complexes, néanmoins la dimension humaniste du soin reste un *primum movens*. Le rôle du soignant consiste à témoigner du fait que « *vivre la maladie en rappelle l'absurde, le mal et la violence, que vient parfois adoucir le soin* »⁴. ●

1. Morin E. *La méthode éthique*. Paris : Seuil, 2004.

2. Foucault M. *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976.

3. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.

4. Pierron J.-P. *Prendre soin de la nature et des humains*. Paris : Les Belles Lettres, 2019.

Réflexions sur le passé et l'avenir d'une pandémie

Jean-Jacques Wunenburger
Professeur émérite de philosophie, Espace éthique azuréen (CHU de Nice)

Depuis février 2020, les pays européens vivent, comme d'autres aires géographiques de la planète, au rythme inédit d'une lutte collective contre une épidémie de virus Covid-19 d'origine mal connue. Progressivement les autorités sanitaires et politiques ont pris des mesures d'exception, bouleversant les lois, les normes, les institutions, les modes de vie, les conditions de travail, les habitudes, les valeurs, avec comme objectif de combattre les symptômes angoissants (respiration) voire létaux, de contenir ou diminuer la congestion des systèmes hospitaliers, de réduire voire de supprimer l'infection virale, extrêmement volatile et mutante, etc. Deux ans après, malgré quelques variations des mesures (passe sanitaire, doses de rappel), qui ont parfois fait espérer une maîtrise de l'épidémie, comment rendre compte de cette période de vie inédite, suspendue, bouleversée, surinformée, anxiogène, etc. [30] ? En quoi cette crise mondiale a-t-elle modifié nos

représentations, cadres, références et fondements de l'éthique du soin, dès lors qu'elle a été médiatisée à travers le prisme des impératifs de la santé publique ? Quelles leçons en tirer pour l'avenir ?

Un impossible « grand récit » ?

Grandes crises financières et économiques, cataclysmes naturels, épidémies, guerres ont toujours été accompagnés d'un récit collectif (*storytelling* [52, 53]), plus ou moins cohérent, qui crée un fil rouge narratif, source d'une signification partagée. La plupart du temps, ce récit spontané, populaire, collectif se laisse imprégner d'une série d'images typiques (des hauts faits, des acteurs notoires, etc.), qui deviennent capables de devenir mythe, histoire globale, qui a un début, un milieu et une fin, et qui comporte différents styles : tragique, héroïque, comique. Sommes-nous capables de retracer l'histoire de cette crise sanitaire, malgré une fragmentation des

réécits, une cacophonie des agents, un télescopage de sources et de discours, une surmédiatisation qui a produit tant d'émotions et de stéréotypes ?

La dramaturgie médiatique

Jamais un mal sanitaire n'avait autant mobilisé une société, sur fond de bouleversements du travail, des déplacements, des activités culturelles et sportives, faisant de l'épidémie le seul sujet de focalisation des populations sur les réseaux d'information. Le célèbre chœur de la tragédie grecque s'est démultiplié sur des plateaux de télévision et sur des réseaux sociaux qui commentent informations, conseils et décisions publiques. Les écrans de télévision et les nouveaux acteurs, présentés comme témoins et experts, ont relayé chiffres, données sensationnelles, messages anxigènes, critiques et provocations ingénieuses. Des litanies de statistiques, des modélisations scientifiques ont saturé l'esprit par une véritable quantophrenie. Comment s'approprier, dans la peur, le doute et l'inflation de sources, ces messages disparates et construire un récit cohérent ? Les trames de récit deviennent antagonistes et incompatibles, induisant des positions durcies, des croyances chevillées au corps, exposant chacun à devenir porte-parole d'une version dogmatique de la réalité sanitaire et politique. Au lieu de rassembler et d'unifier, la représentation collective de l'épidémie a instauré des camps d'opinions irréconciliables.

La transgression du sacré

Les plans de lutte prophylactique ont donné lieu à des visions et réactions très contrastées. D'abord la mise en scène des secours, propre aux imaginaires de la guerre, associe le personnel de santé à des figures morales (altruisme, dévouement, sacrifice, risque, etc.) imprévues. Mais le scénario « blanc » de l'hôpital a été malmené, brisé rapidement par une scénarisation noire, provoquant des sentiments angoissés et révoltés. Trois facteurs ont contribué à cela.

- L'afflux des malades, en certaines périodes à forte intensification des cas, a contraint à opérer une hiérarchie entre patients, nommée « tri », en fonction de leur espérance de vie. Ces situations ont suscité des réactions scandalisées face aux médecins, signataires du serment d'Hippocrate, accusés d'une inhumanité comptable froide. L'hôpital s'éloignait de la symbolique rassurante du respect de la vie, et se voyait absorbé dans une vision apeurée (traitements déshumanisés, risques nosocomiaux, etc.). Cette conjonction violente d'attributs opposés a empêché le milieu thérapeutique de trouver une place stable dans l'imaginaire.
- Les institutions de séjour de personnes âgées (les Ehpad en France), souvent en dépendance voire en soins chroniques, ont connu parfois des situations critiques d'atteinte aux valeurs éthiques qui président à la reconnaissance et au respect des aînés et des personnes âgées.
- Enfin, les normes sanitaires draconiennes ont souvent, dans un premier temps, conduit à annuler le temps de

la mort, des soins *post-mortem*, des rituels sociaux d'accompagnement du mort et des funérailles elles-mêmes. Combien de deuils insupportables n'ont pu être faits au nom du bien ? La symbolique du deuil a été court-circuitée, réduisant ainsi la mort d'un proche à une situation de menace sociale, qu'il fallait rayer de son agenda sociétal. La mise en place d'un contrôle administratif et bureaucratique, sous couvert d'un impératif d'hygiénisme radical, a pu conduire à des pratiques déshumanisées, loin des valeurs de respect et de dignité. En un certain sens, la mobilisation contre l'épidémie a autorisé ou induit de véritables transgressions du sacré éthique et même religieux (la suspension de cultes).

Ressources et impasses d'un grand récit

La difficile élaboration d'une vision claire et cohérente vient aussi de ce que bien des séquences sont restées ambivalentes, conduisant autant à des approches rassurantes qu'à des perspectives inquiétantes.

L'épidémie provoque d'abord un sursaut de vertus, nées de l'irruption d'une catastrophe (contagion massive, confinement à domicile de la moitié de l'humanité, morts brutales, surtout chez les aînés, gardiens du transgénérationnel). L'épidémie remet au centre de nos préoccupations la valeur de la vie et de sa conservation, à laquelle nous sommes prêts à sacrifier beaucoup de nos attachements immédiats. Depuis longtemps, la valeur de la vie (questionnée déjà à sa naissance par l'assistance médicale à la procréation) n'a pas connu une telle irruption en fin de vie, face à la perte de maîtrise d'une mort foudroyante.

L'épidémie a redonné 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 la cellule familiale s'était auparavant vue effacée, de façon progressive, en Occident du moins, au profit des seules valeurs de la liberté individuelle et du moi narcissique. La suspension, rendue obligatoire, de la vie sociale a sans doute fait 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 englobe aussi une tentation de fuir les villes), 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.

L'épidémie donne l'occasion d'une redécouverte des 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). L'admiration morale à leur égard se mêle d'un imaginaire héroïque, 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. S'agit-il d'une compensation émotionnelle ou d'une reconfiguration morale en profondeur ?

Ces différents thèmes forment une sorte de trame morale, qui rapproche les transformations psychosociales



de la pandémie en un scénario de dialectique du mal et du bien, de bonification des caractères, frisant le grand mythe salvifique des monothéismes.

D'un autre côté, cependant, ont émergé des pratiques et scénarios plutôt angoissants, voire nocifs. Parmi d'autres, les croyances spirituelles ou religieuses, exprimées publiquement, rituellement ou non, génèrent dans certains milieux fidéistes à travers le monde, des interprétations de la pandémie basées sur des grands récits de récompense et de sanctions supra-individuels. Les épidémies ont souvent été vécues comme des châtiments divins et l'on voit cette herméneutique reflourir massivement, de manière plus ou moins avouée, dans certaines cultures notamment (DOM-TOM, Afrique, etc.). Cette lecture (dans les trois familles monothéistes) de l'épidémie comme fléau divin, sous l'œil d'une théodicée, a pu aller jusqu'à encourager un certain fatalisme, un défaitisme voire des conduites à risques.

Cette utilisation apocalyptique du religieux ne doit pas être confondue cependant avec une réflexion critique sur les signes d'une faute collective, inhérente aux orientations nuisibles de nos sociétés individualistes et 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. La mise en place de catégories morales au sujet de la dichotomie entre vaccinés (les bons citoyens) et les non-vaccinés (mauvais citoyens) n'a-t-elle pas amplifié ces oppositions quasi métaphysiques ?

En fin de compte, cette complexité d'une vision synthétique cohérente de la crise de Covid-19 nous confronte à de nombreuses perspectives paradoxales.

- Les unes, optant pour les défis de l'innovation, préludes de changements irréversibles de la société post-épidémique : recours aux technologies numériques, mises en œuvre de nouvelles solidarités communautaires, télétravail, réinvention de la vie de famille et de loisir en temps de couvre-feu, inflation de nouveaux réseaux sociaux, etc. Il s'est créé une effervescence d'inventions en temps de crise promues comme laboratoires d'une nouvelle société post-pandémique [54]. Le récit de la crise conduit à une tentation d'utopie attirante, surgie des arrêts de l'histoire sociale, de la panne économique, etc.

- Mais, de l'autre côté, s'est cristallisé un imaginaire dystopique inédit autour de mesures policières, du contrôle par traçages et *big data*, d'expérimentations audacieuses, de mesures pouvant conforter une médecine d'État... faisant courir le risque d'une politisation de la vie et de la survie, sur fond de « biopouvoir » et de « biopolitique » (Michel Foucault) [24].

Comment activer un grand récit d'une épreuve collective, comment la partager alors que les mythes s'emballent en tous sens, dans une cacophonie hyper-médiatisée ? La construction d'un grand récit est-elle possible dès lors que les acteurs ne partagent plus

les mêmes valeurs de liberté, de sécurité, de santé parfaite, de vie fragile, de vie et de mort ? La cacophonie de l'épidémie devient peut-être elle-même symptôme d'une crise plus profonde, psychique et symbolique, philosophique et idéologique, qui laisse les individus et les sociétés en déréliction face à ce qui leur arrive ?

Éthique du soin : un nouvel horizon post-Covid-19

Les décisions de santé publique ont révélé que l'éthique appliquée, pragmatique, devait, pour être à la hauteur de cette crise et de celles à venir, être référée à une conception plus globale de la morale des devoirs et droits humains, de la dignité et du respect de la personne, des valeurs de liberté et de sécurité, de la vie et de la mort. Le relatif « silence de l'éthique » n'indique-t-il pas qu'elle a été en partie dépassée, dépossédée de son viatique, face à l'ampleur des questions soulevées par l'épidémie ? La question est donc de savoir si la mise en place – difficile – d'une politique sanitaire collective n'a pas ébranlé les attendus consensuels de l'éthique du soin de proximité, centrée sur des cas individuels. Paradoxalement ne nous a-t-elle pas rappelé que l'éthique du soin ne pouvait, à elle seule, se substituer aux questions et choix de moralité ? L'interpellation morale et ses exigences fondamentales liées aux droits de l'homme vont peut-être connaître une réhabilitation inattendue et obliger à modifier la configuration des questionnements éthiques en santé.

Les glissements de sens de l'éthique

Il importe d'abord de reconnaître la variété des significations 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'avancer le terme « éthique » comme une sorte de sésame, de mantra hors-sol ou brandi comme un supplément d'âme. Que signifie en effet un jugement comme « bien faire » ou « bien agir » ? Plus que jamais, cette période a entraîné des usages « faibles » et flexibles du terme éthique, mêlant des dimensions distinctes. S'agissant de ce qu'il faut « bien faire », il convient de distinguer au moins quatre acceptions : technique, si l'acte est jugé conforme à son but utile ; psychologique, s'il est accompagné d'un plaisir ou suscite du déplaisir chez celui à qui il est destiné ; esthétique même, si l'acte est effectué avec grâce, souplesse, rapidité ; et, enfin, proprement éthique lorsqu'il est animé d'une bonne intention et si possible aboutit à une action tenue pour bonne et juste en soi. C'est pourquoi un acte peut être qualifié de moral, même s'il échoue, s'il n'est pas des plus beaux ni même n'est pas plaisant psychologiquement à faire [67].

Être moral, c'est vouloir et réaliser un acte bon, le même quel que soit l'individu (agréable ou non, riche ou pauvre), et dût-il entraîner un déplaisir pour l'agent. Si le déplaisir est inévitable, étant donné la complexité

de l'agir, on doit, au moins par la pensée, être capable d'évaluer le caractère éthique, indépendamment de tous les autres. À cet égard, une des tentations les plus actuelles est de faire confiance pour qualifier l'éthique, aux émotions et affects, qui, présumés de nature altruiste et compassionnelle, seraient garants du caractère éthique de ce qui est fait. Mais nos peurs, nos humeurs, nos passions ne peuvent-elles pas devenir des obstacles à la spontanéité morale, si elles ne sont pas contrôlées ni adaptées par la raison ? Face aux situations d'urgence, stressantes, bouleversantes, comme ce fut le cas lors de cette pandémie, l'essentiel n'est-il pas parfois non d'éveiller des émotions mais au contraire de les contenir, de les surmonter, de les subordonner ?

Pour une morale de la personne

L'éthique appliquée ne masque-t-elle pas, dans ces situations, des références et des choix d'interprétations morales plus complexes, notamment l'absence de référence à la notion de « personne » ? Bien plus, même sous-entendue, elle reste floue puisque certains théoriciens de l'éthique (américains surtout) en ont restreint le champ d'application, certains humains n'étant considérés que comme des semi-personnes (en début et fin de vie). Pourtant, on peut juger que seule une morale fondée sur l'idée de personne universelle peut garantir une éthique intégrale. Car l'idée de personne est seule à disqualifier tous les traits particuliers (positifs ou négatifs) du patient, qui permettraient de motiver notre action et qui vont obliger aux mêmes gestes humanisés pour tous. Au point que le respect peut même s'appliquer à un être mort, qui n'est plus un individu sensible mais dont le cadavre doit être traité comme une personne. Certes le « principisme » (quatre principes, de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice)¹, présenté souvent comme la réponse idéale aux questions éthiques, fournit sans doute une première série de repères acceptables en situation de choix, de dilemmes ou de décisions ambivalentes. Mais sa logique de bénéfices/risques, sur fond de jurisprudence et dans le cadre d'une casuistique, laisse dans l'ombre les fondements : dignité et respect, liberté et responsabilité, valeur de vie (et de sécurité) et de mort, etc. L'épidémie, en touchant à l'ensemble de la condition individuelle et collective humaine, a rendu à nouveau plus pressante la question de la personne au sein de la morale, dont toute éthique dérive.

Si les obligations éthiques se rapportent à une personne, elles portent d'abord sur son autonomie présumée, ce qui veut dire sa liberté, le soin ne devant pas permettre une emprise aliénante sur la volonté du patient, d'où l'obligation de son consentement. En santé publique, cette autonomie risque d'être suspendue au nom d'un impératif sanitaire collectif. La politique des soins a même amené à imposer des restrictions des

libertés, de chaque citoyen, des médecins et des patients (notamment pour la vaccination). Liberté du médecin, liberté du patient se trouvent déstabilisées au nom d'une conception biomédicale de choix de traitement dans le cadre d'une gestion collective d'une maladie. L'éthique du soin est largement inopérante dans ce cas, parce que la situation engage des valeurs morales de liberté, d'égalité et de sécurité. En ce cas, on se trouve confronté à des questions beaucoup plus génériques, qui portent sur les garanties qu'un État peut apporter à ses citoyens. L'ensemble de ces jugements et décisions dépasse donc la seule éthique du soin, parce qu'ils touchent aux socles de valeurs qui permettent de définir un bien commun. Durant l'épidémie, le huis clos ou le face-à-face entre soignant et soigné se trouve inséré dans le champ plus large de la santé publique et de la conception des pouvoirs de l'État.

L'éthique appliquée rencontre enfin, en cette phase de crise, l'ultime question des valeurs de la vie et de la mort. Jusqu'où faut-il faire de la vie une fin en soi ? On empiète alors sur une philosophie morale de la finitude, du sacrifice, face à laquelle toute moralité doit prendre position, de manière explicite ou implicite. On peut s'étonner en ce sens que l'éthique revendiquée semble surtout se focaliser sur la sauvegarde des corps, puisque les besoins spirituels ont été largement mis de côté, comme un supplément d'âme. Est-ce moral de ne bien soigner que les corps et pas l'âme ? Peut-on se satisfaire d'une éthique du soin qui ne prenne pas en compte la complexité de la personne à soigner ? Si la bienveillance et l'empathie peuvent être des adjuvants favorables, ils ne touchent pas à l'intégralité de la personne à prendre en charge. Privé souvent de relations des proches, soumis aux angoisses de la maladie et de ses inconnues, le patient plus que jamais est en droit d'attendre pour sa dignité une aide morale et spirituelle, distribuée avec tant de parcimonie, à la bonne volonté du soignant. Seule une définition philosophique de la personne humaine peut permettre d'en déduire des devoirs envers autrui, que l'éthique principielle, sans les nier, n'est pas à même dans son pragmatisme d'aborder.

Le temps nouveau d'une morale ?

L'éthique du soin révèle ainsi sa fonction première : doter nos choix médicaux de motivations qui éloignent les mauvaises options. Mais elle ne fait souvent guère mieux qu'un Code de la route, qui ne nous indique pas encore comment bien conduire ni où aller. La crise de l'épidémie pourra-t-elle permettre de renouer les liens entre éthique appliquée, concrète, et une moralité générale, si celle-ci désigne tout ce qui permet à une personne d'être respectée dans la totalité de ses attributs, dotée de la conscience de la vie et de la mort ? Sans doute la moralité ne peut se réduire à des expressions impératives, coercitives, souvent confondues avec elle, et qui oscillent entre loi juridique et loi religieuse ; de même qu'elle ne peut aboutir à un seul type d'éthique. Il est des moments où l'éthique reste dotée d'obligations

1. Beauchamp T., Childress J. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Les Belles Lettres, 2008.



inconditionnelles et d'autres plus conditionnelles, en prenant en compte des conséquences. Ce volant de manœuvre, qui nécessite déjà des choix en amont, reste cependant toujours adossé à une interprétation philosophique de la vie, de ce qu'est bien faire, bien être et bien vivre pour être plus qu'un vivant, mais moins

qu'un dieu (ou robot) immortel. Plus que jamais, après cette expérience épidémique, la finitude, la vulnérabilité, la mortalité exigent une morale inspirant un art de vivre et d'agir. La question de l'éthique en santé gagnerait à remettre en question ses certitudes et ses acquis, encore insuffisants pour affronter les crises sanitaires. ●

Qu'a-t-on appelé éthique pendant la pandémie de Covid-19 ?

Milena Maglio

Laboratoire Sphere
(UMR 7219, Sciences,
philosophie, histoire),
Centre d'éthique
clinique de l'AP-HP,
Paris

Vivien García

Université de Lorraine,
UR 4360 Apemac
(Adaptation, mesure
et évaluation
en santé), faculté
de médecine,
Vandœuvre-lès-Nancy

Frédérique Claudot

Université de Lorraine,
UR 4360 Apemac
(Adaptation, mesure
et évaluation
en santé), faculté
de médecine,
Vandœuvre-lès-Nancy,
membre
de la commission
CS-3SP du HCSP

La pandémie de Covid-19 a été accompagnée d'un foisonnement de discours se réclamant de l'éthique. Cette dernière a aussi été l'objet, par-delà la sphère du débat public et celle des travaux universitaires, d'appels, d'aspirations, voire de pratiques institutionnelles et professionnelles. Cet article voudrait se pencher sur quelques-unes de celles-ci, en se concentrant sur le cas de la France, sans adopter une approche normative. Qu'a-t-on, dans un tel contexte, appelé éthique ?

Nécessité d'un soutien éthique et limite de l'approche généraliste

En comparaison de la plupart des autres pays, le gouvernement français en a rapidement appelé à l'éthique dans la gestion de la crise. Dès la fin du mois de février 2020, le ministre des Solidarités et de la Santé sollicitait l'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) concernant les enjeux « liés à la prise en charge des patients atteints de Covid-19 et aux mesures de santé publique contraignantes qui pourraient être prises dans le cadre de la lutte contre l'épidémie ». Le CCNE publia sa réponse dans sa contribution du 13 mars 2020, soit quatre jours avant l'instauration du premier confinement. La double dimension de la requête (la pratique clinique et la santé publique) y recevait un traitement globalement uniforme, fondé sur la proposition de dix points d'attention et sur le rappel, en amont, de quelques grands principes éthico-juridiques – dont le respect de la dignité humaine (par opposition à l'utilité sociale), l'équité ou encore l'autonomie et la solidarité (en insistant sur le fait que ces dernières n'étaient pas exclusives).

Certains professionnels de terrain ont souligné les limites de cette approche généraliste – d'ailleurs caractéristique des documents qu'ont pu produire, dans la plupart des pays, les comités nationaux d'éthique –, en la jugeant peu opérationnelle [46]. De telles observations pouvaient aller de pair avec un besoin d'« outils éthiques » pour faire face, en particulier, au problème de l'accès à la réanimation en situation de ressources humaines et matérielles insuffisantes (parfois qualifié de « triage »). La nécessité d'un soutien éthique des professionnels

semblait ne faire de doute pour personne, mais aucune évidence ne s'imposait quant à la manière de le faire.

Une éthique par « critères » ?

Paradoxalement, l'éthique a souvent été invoquée en réaction, ne serait-ce qu'implicite, aux *Recommandations d'éthique clinique* proposées le 6 mars 2020 par la Société italienne de réanimation et d'anesthésie (SIAARTI). Dénonçant l'insuffisance de la logique du « premier arrivé, premier servi », ce document s'efforçait d'anticiper un scénario dans lequel les seules indications médicales pourraient ne plus suffire et évoquait, notamment, la possibilité « de poser des limites d'âge pour l'admission en unités de soins intensifs ». S'il n'est pas lieu ici de revenir sur le contenu général de ce texte et son contexte, il importe de remarquer combien l'hypothèse mentionnée a pris une place centrale dans les débats, scientifiques comme médiatiques. Le refus réitéré, dans d'autres recommandations (et plus particulièrement celles de sociétés savantes françaises), de trancher la question de l'accès à la réanimation et à d'autres soins critiques en s'appuyant sur le seul âge en témoigne.

La recherche d'autres critères médicaux (échelle de fragilité clinique, scores prédictifs de mortalité...) ou l'élaboration d'« algorithmes » d'aide à la décision ont souvent été opposées aux conclusions du déplacement de la réflexion sur le terrain de la « justice distributive » revendiquée par la SIAARTI. Le travail de l'éthique semblait, en ce sens, consister à définir, à l'abri de la fureur médiatique, des normes de décision et d'action plus pertinentes. On ne saurait toutefois déclarer que cette perspective a conduit à une réduction complète de la normativité éthique à un ensemble de critères. Probablement consciente de la différence qu'il peut y avoir entre l'assurance de la qualité des soins, y compris en situation d'exception, et une pratique éthique entendue dans un sens plus fort, la Société de réanimation de langue française rappelait ainsi dans ses *Critères d'admission et modalités de prise en charge en réanimation en contexte pandémique*, publiés le 9 avril 2020, l'importance de ne pas s'éloigner d'un