



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

« socle de valeurs éthiques ». Elle faisait par là référence à un certain savoir-faire dans les décisions de fin de vie consistant, plus spécifiquement, en la recherche de la volonté du patient, en la proportionnalité, en la collégialité du processus décisionnel ou encore en l'accompagnement et en la communication avec les proches. La légitimité des réanimateurs à faire partie de la « cellule éthique de soutien » qu'avait suggérée le CCNE semblait alors aller de soi.

Des cellules éthiques de soutien

À la fin de sa contribution citée plus haut, le CCNE formulait, en effet, quatre recommandations et proposait, parmi elles, « la mise en place d'une "cellule éthique de soutien" (CSE) permettant d'accompagner les professionnels de santé » à propos de « la prise en charge de patients graves, dans les choix de réorganisation des services de santé devant faire face à la gestion de ressources rares (lits de réanimation, ventilation mécanique) ». Si l'on peut difficilement savoir quels furent les effets réels de cette annonce, force est de constater que de multiples « cellules de soutien éthique » ont proliféré, tant à l'initiative de professionnels de santé que d'instances éthiques déjà établies (comme les espaces de réflexion éthique régionaux ou les groupes d'éthique clinique des CHU).

À la différence de ce qui a pu se passer à l'étranger (notamment aux États-Unis), la proposition de créer des comités de triage externes visant à « sauver le plus de vie possible » et permettant aux médecins de se concentrer sur le soin de leurs patients, n'a pas été considérée. Des équipes remplissant une fonction analogue, composées de professionnels de santé (pas nécessairement formés à l'éthique) et travaillant parfois sur dossier, se sont néanmoins constituées dans plusieurs hôpitaux [45]. Elles ont, en outre, pu servir pour garantir le caractère collégial de certaines décisions de fin de vie. Dans ce cadre et, là encore, contrairement à ce qui a pu avoir lieu dans d'autres pays, la question de la contribution ou de l'intégration de tiers formés aux questions d'éthique, ou supposés experts de ces dernières (éthiciens et bioéthiciens au sens large, consultants d'éthiques cliniques, etc.), ne s'est pas posée.

De leur côté, certains espaces éthiques ont souligné l'importance de l'accès aux professionnels à « une structure permettant l'explicitation des questions éthiques », tout en refusant de « donner [r] l'impression de substituer ou d'externaliser la prise de décision » [21]. Une étude portant sur le rôle des espaces de réflexion éthique régionaux pendant la crise sanitaire (Pantere, Pandémie, territoires et éthique) est encore en cours. Elle précisera les formes et modalités qu'ont pu adopter leurs « cellules éthiques de soutien ». Il n'en demeure pas moins qu'au fil de la crise, cette expression a pu désigner des entités au fonctionnement et à la composition diverse et réalisant des activités distinctes (« triage », aide à la décision individuelle, retour sur expérience...).

Une éthique collégiale

Dans un article comparant les pratiques éthiques liées aux questions de « triage » dans le contexte de la pandémie de Covid-19 en Europe et aux États-Unis, la bioéthicienne Kristina Orfali a affirmé que « l'approche européenne [...] a été presque exclusivement médicale [et qu'] elle a promu l'expertise technique comme unique qualification pour décider dans les situations de triage » [49]. Si cette situation n'a pas signé le retour à une éthique médicale comme éthique « du médecin », elle n'en a pas moins été marquée, en particulier dans le cas de la France, par la prépondérance d'une éthique collégiale de soignants.

Il est certes possible de trouver une explication à cet état de fait, dans le constat – réitéré par les travaux de sciences humaines et sociales se penchant sur cet aspect de la crise – de la suspension d'une démocratie sanitaire qui n'avait jamais envisagé de mécanisme d'exception. Mais, par-delà la question de savoir si la lente percée de la culture démocratique en santé sortira indemne de cet épisode, ce dernier a rendu manifeste qu'au-delà des fausses-évidences véhiculées par les usages faciles du terme, l'éthique ne va pas de soi, qu'elle connaît des pratiques et des modalités distinctes – éminemment dépendantes du contexte social et politique dans lesquelles elles s'inscrivent – et que celles-ci ne sont pas exemptes de toute évaluation normative.

Il faut enfin remarquer que la place occupée pendant plusieurs mois par les questions éthiques liées au « triage » a occasionné un tri des questions éthiques, reléguant au second plan celles qui n'impliquaient pas de « choix tragiques ». De façon plus remarquable encore, compte tenu de la situation, l'éthique en santé publique, pourtant née de questions identiques à celles qui se sont posées dès les premiers jours de cette pandémie (contrôle de la transmission des virus, mesures de distanciation et de contrôle, dépistages, tests et recherche des contacts, vaccination, contenus et modalités de communication des informations à la population) n'a reçu qu'un écho relatif. Pourtant, l'appel aux compétences propres du domaine aurait peut-être pu permettre de dépasser une lecture souvent étroite de l'opposition entre intérêts individuels et intérêts collectifs. Elle aurait également pu empêcher les heurts à l'éthique du soin occasionnés, par exemple, par les mesures de suspension du droit de visite ou de restrictions d'accès aux corps des défunts. Elle aurait aussi pu contribuer à la réflexion concernant une suspension des mécanismes démocratiques habituels par le décret d'état d'urgence sanitaire qui rendait difficile le fonctionnement *normal* de la démocratie sanitaire.

Chaque nouvelle épidémie, et *a fortiori* chaque nouvelle pandémie, offre l'occasion d'interroger l'éthique. Outre l'urgence de la situation, l'urgence des besoins sanitaires, techniques ou scientifiques, tout l'enjeu est qu'elle ne se résolve en un « un *habillage éthique* » des « *choix nécessaires que les pouvoirs publics seront amenés à faire* » [14]. ●