# LA LETTRE d'information

ESPACE ÉTHIQUE AZURÉEN
Ethique & Santé

## REGARDS CROISÉS SUR LA PANDÉMIE

**COVID-19** / **Panser le présent**
**Penser l'avenir**

Déc. 2020

Hors-Série n°13

# Le mot du président

Chers lecteurs, chers collègues, chers amis,

depuis mars dernier, la pandémie COVID-19 a fait voler en éclats tous les repères qui structuraient nos vies, privée, publique et professionnelle. Du statut de « simple épidémie », elle acquit en trois semaines celui de catastrophe sanitaire exposant au grand jour l'état de paupérisation de notre système de Santé et l'impéritie de ceux qui en avaient la charge. La mise en mode pause de la vie sociale et de la vie économique fut la seule réponse envisagée pour contenir une épidémie qui devint crise et limiter ainsi la saturation de nos hôpitaux.

Intimés, du jour au lendemain, de se méfier de l'Autre, notre quotidien se transforma en un tragique bal masqué où chacun devait garder ses distances sous peine de mort. Dans le même temps, notre vocabulaire s'enrichit de mots maintenant familiers : « distanciation, confinement, attestation dérogatoire, gestes barrières, GHA (pour gel hydro-alcoolique) ». Subtilement orchestrée, la pression anxiogène des compteurs des hospitalisations/décès, tournant à folle allure sur toutes les chaînes TV, facilita l'acceptation docile des contraintes sociales et autres restrictions de liberté. Le confinement dur du printemps, véritable « assignation à résidence sous surveillance policière », fut une expérience douloureuse et un indéniable facteur d'aggravation des inégalités. Privés de leur outil de travail, des millions de Français, ouvriers, artisans, cadres, autoentrepreneurs ont vu s'approcher le spectre du chômage et de la pauvreté. Le pays a pris le parti de sacrifier l'Économie sur l'autel de la Santé. Décision courageuse qui affirmait la prééminence d'une éthique de conviction, prônant la vie « quoi qu'il en coûte », sur une éthique de responsabilité, plus empreinte de réalisme socio-économique.

L'Espace Éthique Azuréen a estimé que cette sortie de seconde vague était le moment propice pour produire un effort réflexif collaboratif sur cet évènement hors norme. Ce dossier « spécial COVID », que vous avez aujourd'hui entre les mains, rend compte de ces regards croisés pluridisciplinaires.

**Pr Gilles Bernardin**

## SOMMAIRE

LE MOT DU PRÉSIDENT.....2
LE REGARD DU POLITIQUE .....3
LE REGARD DU PHILOSOPHE.....5
LE REGARD DU RÉANIMATEUR.....8
LE REGARD DU PSYCHIATRE.....13
LE REGARD DU GÉRIATRE.....15
LE REGARD DE L'AUMÔNIER.....17
LE REGARD DU SOCIOLOGUE.....19
LE REGARD DE L'ÉCONOMISTE.....23
LE REGARD DU JURISTE.....27

**LA LETTRE D'INFORMATION DE L'EEA**
***HORS-SÉRIE N°13 - DÉCEMBRE 2020***
**********

**Directeur de publication**
Gilles Bernardin

**Maquette**
Arthur Floret

**Administration**
Sophie Marie

**Photo de couverture**
© Clément Falize via Unsplash

**Impression**
CHU de Nice

**ISSN**
2259-1370

# Regard éthique sur la crise sanitaire

*par Jean Leonetti*

Les décisions que nous impose la pandémie de la COVID-19 dans les domaines sanitaire et socio-économique ne peuvent s'affranchir d'une réflexion éthique. Cette réflexion ne doit pas être une caution morale plaquée sur des décisions politiques pour en atténuer la rigueur ou les faire mieux accepter par la population. Elle ne doit pas non plus être un ordre moral imposé pour limiter nos libertés. Sans être un frein à l'action, elle doit imprégner et guider la démarche décisionnelle et la stratégie à adopter face à ce type de fléau car elle est particulièrement adaptée à la crise sanitaire qui, dans l'incertitude, nous contraint à faire des choix raisonnables et équilibrés.

Le sujet étant d'ordre sanitaire, il est normal que chacun s'engage à respecter les règles morales qui régissent les pratiques médicales. Les grands principes sont les mêmes, celui du respect de la dignité de la personne, de la bienfaisance et la non malfaisance, et celui de l'équité qui prend dans le contexte une importance majeure. Les caractéristiques d'une pandémie nous obligent, en effet, à une approche collective du problème qui ne se limite pas aux seules préconisations de l'exercice individuel de la médecine.

**« Le doute éthique est l'outil nécessaire pour prendre les décisions justes »**

La démarche éthique s'impose également parce que cette pratique favorise un cheminement pragmatique de doute. Dans un contexte sanitaire comportant un grand nombre d'incertitudes, il est plus que légitime d'avoir recours à une méthode qui tienne compte de ce facteur. Le doute éthique est l'outil nécessaire pour peser le bénéfice-risque à titre individuel comme collectif et prendre les décisions justes, conformes à l'état actuel de nos connaissances scientifiques et à la préservation de nos libertés fondamentales.

Cette incertitude avouée sied pourtant mal à notre époque et met en difficulté le politique, le médecin et l'ensemble de nos concitoyens.

Le discours politique qui affirme et décide, souvent de manière péremptoire, se trouve rapidement pris en défaut, confronté à la réalité des chiffres et à l'évolution des courbes de la pandémie entraînant des décisions contradictoires et des volte-face successives. Aux masques inutiles ont succédé les masques obligatoires, aux tests pour tous, les tests prioritaires et la territorialisation des choix basés sur le couple Maire-Préfet a très vite cédé la place à un centralisme jacobin des décisions.

Les médecins, qui ne peuvent pourtant ignorer le caractère éphémère des vérités médicales, se sont quelquefois affrontés sur les plateaux de télévision dans des débats passionnés, jusque-là limités aux espaces clos des sociétés savantes.

Le citoyen, devant tant d'avis divergents et de décisions contradictoires, ne sait plus à quel décideur se vouer et a du mal à adopter une discipline collective imposée sur le seul argument d'autorité. Dans ce contexte, la parole médicale, et surtout politique, a perdu, aux yeux de tous, une grande partie de sa crédibilité.

Plusieurs caractéristiques de nos sociétés modernes ont aggravé cette impression de gestion chaotique et désordonnée de la crise. Les chaînes d'information en continu privilégient, comme c'est inévitable, l'émotion par rapport à la raison, l'immédiat par rapport à la durée et la réaction par rapport à la réflexion. Devant la tristesse, la peur, et la colère, comment résister et argumenter quand l'image prend le pas sur l'idée ?

Dans les réseaux sociaux, si prompts à relayer les informations non vérifiées, on a vu s'opposer les « pour » et les « contre » dans tous les aspects de la pandémie, certains allant jusqu'à nier son existence dans une vaste théorie du complot. Comment dans cette avalanche de « fake-news » trouver le chemin de l'équilibre et de la vérité ?

Dans ce contexte, le couple politique-médecin ne pouvait que dysfonctionner. Le décideur, qui n'ignore pas le risque pénal encouru, a, dans un premier temps, calqué ses propositions sur des préconisations médicales pour les sécuriser et se protéger des contestations. Une fois de plus l'avis de l'expert s'est substitué à la décision démocratique.

Cependant, dans une pandémie, le problème médical, par nature, déborde sur la société toute entière puisque la maladie prospère à cause des contacts entre les individus et se trouve favorisée par l'ensemble des rapports humains, qu'ils soient économiques, sociaux, culturels ou affectifs. Le politique a donc dû rapidement prendre des décisions qui tiennent compte d'autres paramètres que les seules données médicales. Les aspects psychologiques ou socio-économiques liés à la pandémie peuvent, en effet, avoir sur la population des conséquences aussi graves que la maladie elle-même. S'éloignant du strict respect des injonctions sanitaires des experts, le décideur s'est contredit en s'écartant des règles sanitaires qu'il s'était lui-même initialement fixées.

De plus, dans une démocratie, on ne peut suspendre, même de manière temporaire, les droits fondamentaux des individus sans débat. Or, la démarche éthique n'est justement rien d'autre qu'un débat sur des conflits de valeurs à réconcilier. Entre la liberté et la vie, entre le choix individuel et le risque collectif, entre le respect de l'autonomie de la personne et la protection des plus vulnérables, c'est la démarche éthique seule qui peut trouver un chemin d'équilibre. Jusqu'où et pendant combien de temps sommes-nous capables de renoncer à nos libertés fondamentales pour préserver des vies ? Jusqu'où sommes-nous capables de faire accepter à une partie de nos concitoyens le chômage et la pauvreté pour endiguer la pandémie ?

**« C'est la démarche éthique seule qui peut trouver un chemin d'équilibre »**

Par ailleurs, le débat éthique entre le politique et le médecin ne se limite pas à ces arbitrages entre la santé et l'économie, car la COVID-19 a été aussi un puissant révélateur de la fragilité d'un système de santé dont nous tirions pourtant jusqu'alors une grande fierté. Cette médecine performante, triomphante et solidaire dont nous répétions à l'envi qu'elle était l'une des meilleures du monde s'est trouvée désorganisée et peu efficiente.

En liant les mesures de restrictions des libertés à la capacité de recevoir les malades dans les hôpitaux, le politique a lui-même mis en lumière la faiblesse d'un système de santé soumis à des restrictions budgétaires successives et incapable de faire face à un pic épidémique important. Ce raisonnement a également montré ses limites car, même si nous étions en capacité de recevoir beaucoup plus de patients en réanimation, nous devrions continuer à tenter d'éviter la propagation de la maladie.

La fragilité de notre politique de santé ne tient pas uniquement à un manque de moyens. Notre pays, performant en matière de recherche et de prise en charge de pathologies aiguës, et dont toutes les politiques de santé successives ont été centrées sur l'hôpital, a trop longtemps négligé les aspects de prévention et le développement d'une véritable politique de santé publique indispensable pour gérer une crise sanitaire de cette ampleur.

Enfin, notre pays, comme beaucoup d'autres pays développés, a découvert qu'une épidémie pouvait se développer sur notre territoire, alors qu'il croyait ce fléau réservé au passé, aux pays d'Asie ou d'Afrique ou aux films de science-fiction. Dans la mémoire collective, les grandes pandémies appartenaient définitivement aux ères préindustrielles et étaient incompatibles avec notre niveau technologique et scientifique. Cette situation a probablement contribué à l'impréparation de notre société toute entière face au problème.

Qu'aurons-nous appris de cette crise ? N'aura-t-elle servi qu'à nous rappeler les vérités fondamentales oubliées : que la mort est inéluctable et la vulnérabilité liée à notre condition humaine ? Que la politique de santé de la France ne peut pas se limiter à une gestion purement comptable ? Que l'hôpital ne peut régler à lui seul tous les problèmes de santé ?

Peut-être, de manière plus globale, nous aura-t-elle appris que la recherche de l'intérêt général, dans les situations complexes, passe plus par les doutes collectifs que par les certitudes individuelles. Elle nous aura aussi enseigné que la seule façon d'échapper à la tyrannie des réseaux sociaux et des chasseurs de scandales est d'instaurer, dans la durée, une démocratie sanitaire faite de pédagogie et de transparence en rapportant les faits et en distinguant avec franchise et modestie ce qui est sûr de ce qui ne l'est pas.

La pandémie nous apprend aussi que la démocratie ne peut pas longtemps être mise entre parenthèses et que la critique, si elle exclut la recherche obsessionnelle du coupable, est nécessaire.

La pandémie nous invite à repenser nos débats au travers d'une éthique au service de l'efficacité. L'éthique de convictions, celle des grands principes, pourrait alors rejoindre l'éthique de responsabilité, celle de l'action, dans une démocratie moderne et apaisée.

**Jean Leonetti**

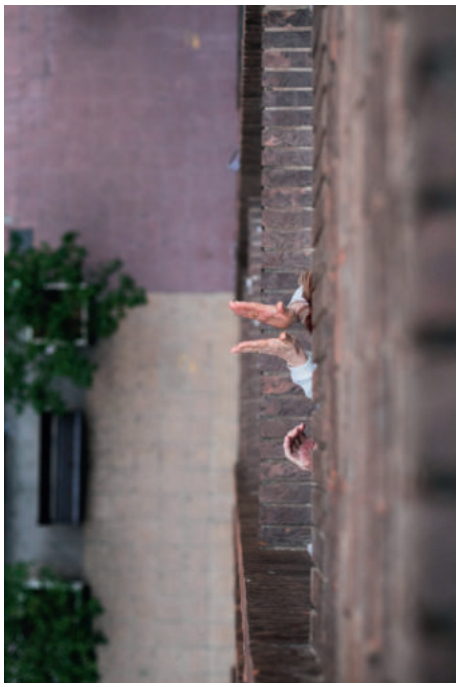
***Maire d'Antibes***

# Faire face à l'épidémie : entre déficiences et excès

*par Jean-Jacques Wunenburger*

Il y a trois manières de tomber malades, par accident, par dégradation des os, tissus, organes, ou par contact avec d'autres vivants (épidémies). Dans ce dernier cas, il faut, en plus de traiter, suspendre les contacts, éloigner, isoler, puis soigner (voire guérir). L'intervention médicale va de pair avec une intervention sociale qui perturbe les relations, modifie les interactions humaines spontanées. Comment la phase du printemps 2020 du Covid-19 a-t-elle mené de front ces deux stratégies, de manière proportionnée ou en provoquant des déficiences ou des excès, conduisant au doute, au désarroi ou à la colère sur les deux versants ?

Dès le début, la souche du virus, variété d'une grande famille qui a déjà une nombreuse descendance, a surpris, inquiété et laissé désarmé. Comme dans beaucoup de situations d'urgence on a improvisé, bricolé, transposé des pratiques pour faire face (intubation traumatisante avant le choix de l'oxygénation), d'autant plus que la densité démographique a accéléré les contagions et créé une affluence, souvent quasi ingérable, de patients vers certains hôpitaux. Si l'investissement du personnel de santé a été exemplaire de dévouement, au-delà des obligations et normes, la phase logistique hospitalière de l'épidémie a provoqué une crise profonde.



© Manuel Peris Tirado via Unsplash

D'abord ont fait irruption des controverses thérapeutiques, qui ont induit des lignes de partage tranchées sur les protocoles entre services, entre hôpitaux, entre régions, entre pays. Quelle médication, ancienne ou nouvelle, autoriser, utiliser, dans quel contexte, sur fond d'un manque de traitement ciblé ? Aucune ne s'imposant ou ne passant les barrages des essais randomisés, les parties prenantes adhéraient soit à des solutions empiriques immédiates (corroborées par des pratiques anciennes) et soit aux futures décisions issues de preuves « scientifiques » à venir (pour ne pas parler du vaccin miracle attendu un jour). Comme un foyer épistémologique et politique de ces choix était situé à Marseille, qui défendait des pratiques opposées à la majorité des cliniciens et chercheurs de Paris, il était inévitable que PACA ait été souvent remarquée (par ses données et par ses expérimentations, au pied du lit) dans la querelle, qui n'a pas cessé encore (voir la récente défense de la chloroquine par le président de la métropole niçoise). Il est incontestable que cette publication concurrentielle et hautement médiatique des protocoles de soins, tous tenus pour plus ou moins efficaces, a laissé des traces dans le milieu médical et installé un doute pénible dans la population.

Sur fond de cette querelle, se sont développées de nombreuses autres controverses déstabilisantes sur le plan éthique : les hôpitaux doivent-ils recourir à des priorisations de malades ? Pourquoi le Plan Blanc des hôpitaux publics n'est-il pas enrichi par l'aide d'autres structures de soin : cliniques privées, médecine vétérinaire (pour les tests) ? A-t-on le droit d'interdire des prescriptions à une médecine libérale de ville ? Peut-on autoriser des substances sédatives facilitant la fin de vie ? Peut-on déprogrammer d'autres soins au profit du Covid et quelles en sont les conséquences ? etc. Cette intensification de débats largement dramatisés n'a-t-elle pas fait croître l'inquiétude générale et créé un climat délétère aboutissant à une défiance à l'égard des hôpitaux ou des médecins ?

À cette cacophonie thérapeutique s'est enfin ajoutée une cacophonie de la communication. L'état de santé de la population s'est réduit à des statistiques quotidiennes, avancées comme des données irrécusables, alors que l'on mélangeait des modélisations et des observations, qu'on avançait des chiffres sans sources, qui confondaient parfois les décès par le Covid seul ou avec le Covid, du fait d'autres morbidités aggravées par le virus, etc. On a trop vite oublié que l'histoire des données, leurs référentiels, leur in-

terprétation, peuvent donner lieu à des tableaux et pronostics très variés, empêchant dès lors de les traiter comme des informations objectives, autosuffisantes pour comprendre et prendre des décisions.

L'approche médicale, limitée aux cas graves de symptômes (minimes statistiquement), a été encadrée par une politique sanitaire de contrôle de la vie sociale pour éviter la propagation du virus. L'histoire des épidémies témoigne de l'ampleur des contagions dans le passé (peste et choléra, Ebola, etc.), et des réponses plus ou moins coercitives imposées par les autorités publiques (voir les analyses prémonitoires de Michel Foucault sur fond de la montée d'une biopolitique). Mais la gestion prophylactique a connu à une échelle mondiale des paramètres nouveaux, aggravant ou facilitant la contagion ou la protection : généralisation des échanges et circulation planétaire rapide des humains, perméabilité des frontières, promiscuité croissante due à la densité urbaine, sur fond de conditions dégradées de vie, effets en cascade de l'interruption de la vie publique réduite sur l'école, le commerce, les transports, la vie culturelle, beaucoup plus incontournables qu'autrefois. D'où la question cruciale, plus complexe que jamais : quelle population isoler ou laisser libre ?

La plupart des pays ont mis en place, en dépit d'ignorances sur les modalités de contamination (et même sur les symptômes), des protocoles légers, qui ont d'ailleurs mis du temps à être validés (gestes barrières) du fait d'incertitudes : efficacité ou non des masques, responsabilité de la contamination manuelle en plus de l'aérienne, typologie des agents contaminants (enfants) et des vulnérabilités de certains contaminés, etc. On n'a pas manqué de souligner les décisions erratiques successives, les validations de situations encore sujettes à controverses, etc. Il est piquant de voir que le conseil séculaire d'aérer les espaces de vie n'est devenu une mesure de santé publique qu'en octobre, lors de la reprise de l'épidémie, ou de voir la quarantaine changer de durée en un jour, en passant de quinze à sept jours, sans unanimité internationale. Là encore on a assisté à un manque de moyens, de consensus, de vérification.

Une étape toujours en cours consiste à compléter l'information en amont avec le dépistage par tests et le suivi des contaminations par des outils numériques, etc. Ces techniques inégalement efficaces et implantées enrichissent l'information sur l'épidémie, ses vecteurs, sa circulation mais restent conditionnées par la décision de bloquer les interactions sociales. Bien informé, on pourrait isoler les seuls contaminés graves, peu informé, il ne reste qu'à suspendre la vie sociale et enfermer chacun chez soi (mais à quel niveau de structuration : individu, famille, groupes, âges ?). Fallait-il accroître encore l'isolement des personnes âgées en EHPAD jusqu'à leur faire atteindre une détresse mortifère ? Le fantôme des confinements imperméables n'a-t-il pas été transposé aux hommes à partir de la gestion des cheptels animaux par une médecine vétérinaire ? Mais pour protéger la survie, faut-il finalement ne chercher que l'efficacité sans égard pour la dignité ?

Couvre-feu et confinement deviennent donc pour les décideurs politiques la solution magique pour espérer maîtriser l'avancée de l'épidémie. Il reste à la compléter par la mesure coercitive de sanctions (amendes), qui ouvre sur une société de surveillance policière. Mais, sauf à mettre en suspens toute la société, il faut bien alors des dérogations pour les activités « essentielles ». Comment les définir ? Le livre est-il moins essentiel que la boutique à vins ? Commence alors une casuistique sans fin pour savoir comment partager le fermé et l'ouvert, l'immobilisé et le mobile, avec leurs intersections complexes. Si l'effet de peur panique a sans doute permis d'obtenir un confinement impressionnant au printemps (au vu des rues vides et du recul des patients se rendant aux urgences), il est inévitable que l'obéissance diminue avec le temps comme c'est le cas cet automne. Car finalement, malgré le réflexe ancestral de désocialisation imposée, rien n'est venu prouver son efficacité irréfutable.

**« Prenons garde que cette épidémie ne devienne un laboratoire d'essai d'une nouvelle société, anesthésiée et totalitaire »**

Même si le confinement était effectivement la clé —intuitive— d'une résistance aux contaminations, les effets psychiques, psychosociaux, socioéconomiques, ne vont-ils pas se révéler sans doute lourds avec le temps ? N'aurait-il pas été envisageable que les milliards consacrés à soutenir les populations qui ne travaillent plus puissent servir à un grand plan d'équipements de santé (construction, personnel) qui auraient été en plus des investissements d'avenir véritables ? Augmenter la capacité d'accueil des hôpitaux ne serait-il pas plus raisonnable que de diminuer de force le nombre de patients à hospitaliser ? N'a-t-on pas institutionnalisé le mythe de Procuste, qui adapte le dormeur à la taille du lit au lieu du contraire ? La capacité hospitalière, résultat d'une

politique de santé, doit-elle conditionner les libertés de chacun ? Ira-t-on demain jusqu'à interdire de rouler en voiture, avec ses risques, pour ne pas encombrer l'urgence hospitalière ? Si la médecine peut s'adjoindre des éducations préventives à la santé et alimenter le discours de santé publique, peut-elle s'arroger le droit d'imposer un mode de vie ? Cette rationalité gestionnaire devient-elle l'alpha et l'omega d'une société libre (liberté proclamée par ailleurs sur tous les fronts politiques) ?

Au final, cette épidémie (qui sera suivie par d'autres), qui connaît des variations en dents de scie depuis une dizaine de mois en France, a certes entraîné une surmortalité (très discutée) par rapport aux grippes virales saisonnières, sans hécatombe générale, mais l'ensemble des réponses médicales et sociétales ont-elles été à la hauteur, ni trop ni trop peu ? N'y a-t-il pas une sous-utilisation de l'offre thérapeutique et une surdétermination de la réponse prophylactique à l'épidémie ? Où est la juste mesure ? L'avenir le dira. Mais commençons déjà à mieux proportionner les injonctions médicales et sociopolitiques, en leur évitant d'atteindre des formes stressantes ou oppressives. Surtout reprenons conscience des valeurs de vie et de mort pour l'homme ? Si l'on a longtemps envoyé les hommes à l'abattoir des guerres, ne finit-on pas de nos jours par surprotéger, par tous les moyens, les humains pour leur épargner (quelque temps) la mort ? Peut-on vraiment s'abriter derrière « le droit à la santé » pour garantir non seulement la prise en charge des maladies, mais l'immunité contre toute menace pathogène, bref la santé parfaite ? Cette utopie ne se paye-t-elle pas d'une gestion collective des vies, privées de toute liberté ? L'État doit-il aider à faire disparaître tous les risques de la vie et la peur de la mort ? Prenons garde que cette épidémie ne devienne un laboratoire d'essai d'une nouvelle société, anesthésiée et totalitaire, qui veut assumer le « Great Reset » de civilisation, cher aux puissants du jour (à Davos ou ailleurs).

**Jean-Jacques Wunenburger**

***Professeur émérite de philosophie***

© Changbok Ko via Unsplash

# Réflexions autour de l'activité de réanimation en période de pandémie COVID-19

*par Gilles Bernardin*

L'arrivée de la pandémie en mars 2020 a profondément modifié le paysage de l'activité en réanimation. Les organisations locales ont décidé que certaines unités seraient placées en première ligne et dédiées à la prise en charge des patients atteints de COVID-19. Ce fut le cas du service de Médecine-Intensive-Réanimation de l'hôpital de l'Archet (CHU de Nice) qui, en quelques semaines, a vu la totalité de ses lits réorientés vers la prise en charge des détresses vitales liées au SARS-CoV-2.

L'expérience vécue par les équipes peut se résumer en quatre termes : **aventure**, **incertitude**, **solidarité**, **fierté**.

Ce fut d'abord une **aventure**, peut-être même une épopée puisque celle-ci réclame des héros, et que c'est le statut que la population a décerné aux soignants sans que ceux-ci ne le réclament ; car à raison ils estimaient ne faire que leur travail. Aventure parce que rien n'était écrit, au contraire tout était à décrire de cette nouvelle maladie. L'idée de se confronter à l'inconnu était à la fois stimulante et anxiogène. Habituellement, l'activité en réanimation réserve peu de surprises. Bien sûr, individuellement, on ne sait pas quelle sera l'issue du patient, s'il présentera des complications ou non, s'il pourra se sortir de ce mauvais pas. Mais le schéma général des évolutions possibles est connu. Fréquemment, nous naviguons même dans le confort des protocoles, voire de l'EBM (*Evidence Based Medicine*), la médecine fondée sur les preuves.

**« Une vérité scientifique n'est qu'une erreur en sursis »**

Au contraire tout a été ici **incertitudes** :

- *Incertitude sur les manifestations de cette nouvelle maladie* : l'apprentissage de semaine en semaine d'une nouvelle sémiologie, la reconnaissance retardée de quelques signes pathognomoniques (anosmie), l'identification des manifestations encéphalitiques (céphalées prévalentes), la caractérisation encore plus tardive de la sévérité des troubles de la coagulation (état d'hypercoagulabilité). Il a fallu quelques semaines pour décoder le génie évolutif de cette affection, d'allure souvent banale au début mais susceptible de basculer en deuxième semaine vers une détresse respiratoire aiguë rapportée à un orage inflammatoire de tropisme pulmonaire.

- *Incertitude sur la contagiosité* : tant sur le mode de transmission que le niveau de risque encouru par les professionnels de santé. La très rapide pénurie des moyens de protection a fait peser une ambiance lourde faisant questionner le sens de la mission, entre devoir et héroïsme, mais l'acceptation d'une prise de risque pour porter secours ne fonde-t-elle pas la vocation, altruiste par définition ? Sur fond de recommandations contradictoires plus dictées par la gestion tactique de la pénurie que par l'intime conviction de leur efficacité, la saga des masques passés en quelques semaines du statut « d'inutiles » à « recommandés » puis ensuite « obligatoires », nous laissera un goût amer. La même tension d'approvisionnement a pesé sur les gants et les sur-blouses qu'il fallait quémander quotidiennement auprès des services logistiques. Pour les personnels privés de ces équipements de protection car non affectés en réanimation, l'impression dérangeante d'aller au feu avec un gilet pare-balle à mailles trop larges !

- *Incertitude sur les modalités de prise en charge de la détresse ventilatoire* : pour réduire le risque d'aérosolisation de particules virales inhérent aux méthodes non invasives de ventilation (oxygénothérapie à haut débit au masque) et éviter la contamination des soignants, une stratégie d'intubation précoce fut d'abord préconisée. Elle se révéla rapidement peu satisfaisante (difficulté de sédation obligeant à des posologies inhabituellement élevées, fréquence des surinfections pulmonaires, durée longue d'intubation et difficultés de sevrage ventilatoire). Une fois le contexte physiopathologique cerné et les facteurs de dissémination virale mieux appréhendés, les méthodes non invasives de ventilation artificielle furent de nouveau privilégiées car apportant un réel bénéfice clinique sans mise en danger du personnel.

- *Incertitude sur l'efficacité des traitements spécifiques* : saluons tout d'abord un effort de recherche clinique hors norme pour tenter de

découvrir la recette anti-inflammatoire la plus efficace. Mais l'incertitude, toujours elle, donnait lieu à des débats contradictoires hyper (trop) médiatisés (hydroxychloroquine). Les scientifiques se sont exposés ; leurs combats d'experts devenant combats de chiffonniers. Les plateaux de télé en ont fait leurs choux gras. Pour la première fois, le public a pu entrer dans les coulisses de la Science. Persuadé que celle-ci n'était que certitudes, il s'est aperçu qu'elle n'était en réalité qu'une succession de doutes et de tâtonnements. Redécouvrant ainsi le message de l'épistémologue Karl Popper, selon lequel une vérité scientifique n'est qu'une erreur en sursis.

La **solidarité**, notre troisième terme, s'est exprimée à tous les niveaux. Au sein de l'équipe, vis-à-vis des patients, envers leur famille. L'absence de famille dans un service habitué à les recevoir 24h/24 faisait peser une ambiance irréelle. Instinctivement les soignants ont compensé par encore plus d'attention, plus d'écoute, convoquant les nouvelles technologies de communication (tablette et Wifi) pour joindre les proches à l'extérieur et fournir les nouvelles tant attendues par écrans interposés. Loin de compenser l'absence physique, ces pis-aller numériques ont permis de conserver le lien.

© Gilles Bernardin

Refusant de déshumaniser la fin de vie en privant le patient de l'ultime rencontre avec les siens, la règle de l'isolement strict fut transgressée, sans état d'âme. Parfaitement encadrées et avec un absolu respect des mesures d'hygiène, les familles furent autorisées à accompagner leurs proches dans les derniers moments, à oser les derniers signes d'affection, et à se recueillir quelques instants auprès de leur dépouille. C'est dans ces moments forts que les soignants ont rappelé en pleine conscience les valeurs humanistes du soin, fondement de leur vocation. La grogne des hôpitaux qui faisait rage les semaines précédentes s'était effacée pour laisser place à un « héroïsme du quotidien », comme aiment titrer les journaux. La mission avait repris tout son sens. Et c'était une équipe soudée, solidaire et emplie d'une **fierté** toute neuve qui recevait chaque jour une avalanche de marques de sympathie de l'extérieur de l'hôpital. Du tintamarre des balcons à 20h aux cartons de viennoiseries livrés quotidiennement, autant de témoignages d'une utilité sociale plébiscitée.

Au printemps, la région PACA n'a pas connu la vague de submersion qui a touché les régions Grand Est et Île-de-France. À aucun moment notre système hospitalier, et particulièrement la disponibilité en lits de réanimation, n'a été en situation d'extrême saturation. À aucun moment le crève-cœur de devoir choisir qui, de deux patients, pourrait profiter de soins de réanimation. Néanmoins cette priorisation d'accès à des ressources rares, qualifiée de « triage », s'est imposée ailleurs (Italie, Alsace…). Il a fallu passer d'une éthique de conviction, qui fait le maximum pour chaque patient, à une éthique utilitariste, d'inspiration militaire, cherchant à optimiser le recours à des ressources limitées pour le bien du plus grand nombre, faisant passer ici l'individu après le collectif. C'est dire qu'il existe manifestement une éthique de crise, pragmatique, pour laquelle la pénurie de moyens oblige à pousser le curseur vers un utilitarisme assumé. Chez nous, ce sujet reste encore relativement tabou, contrairement à d'autres pays (Suisse, Royaume-Uni, États-Unis) où le sujet du triage en situation de pandémie ou de médecine de catastrophe est ouvertement débattu (le public est même invité à participer), et faisant l'objet de recommandations validées par leurs autorités de santé.

Aujourd'hui nous sommes dans la **seconde vague** que l'on pronostique plus haute, plus durable, plus meurtrière. Malheureusement la lassitude gagne les soignants qui ne voient toujours pas les améliorations du système promises par le Ségur de la Santé, mené à brides abattues, et qui laisse comme une impression de rendez-vous raté. Certes, les ministres nous font des promesses. Mais eux ne font que passer, provisoirement aux affaires. En revanche, les permanents des cabinets ministériels, chargés de conduire sur le long terme la politique de rationalisation des soins, sont-ils sur la même longueur d'onde ? Ont-ils la même feuille de route ? Ou bien déroulent-ils la leur, *ne varietur*, celle qu'une mandature précédente avait rédigée lorsque la situation tant démographique que sociale et économique était tout autre ? Le fait que des programmes de fermetures de lits aient été encore en discussion ces derniers mois n'en est-il pas le signe ?

L'aventure exaltante du printemps redevient routine. Les solidarités s'émoussent. La fierté a disparu et d'autres incertitudes s'invitent. Nous pressentons que la COVID-19 va s'inscrire dans le paysage des pathologies infectieuses avec lesquelles il faudra coexister, comme en son temps l'intrusion du VIH dans notre vie intime nous a condamnés à adopter d'autres gestes barrières que nous n'avons pu abandonner du fait de son installation endémique dans la société. Il n'y aura pas « d'après COVID », en tout cas pas tout de suite ; nous allons persister dans un entre-deux. Quotidiennement, les chiffres des contaminations et admissions en réanimation continuent de dicter ce qui nous est permis ou interdit ; cette pression anxiogène subtilement orchestrée facilite l'acceptation docile des contraintes sociales et autres restrictions de liberté. Chaque profession, chaque acteur économique sent peser sur lui l'épée de Damoclès qui risque de le priver brutalement de son gagne-pain. Le rationnel parfois obscur de décisions arbitraires défiant souvent le bon sens alimente un sentiment d'injustice. Quelle frustration d'avoir consacré sa vie à un métier *non essentiel* ! Critères fragiles, éminemment subjectifs, listés par la haute administration, mais qui font basculer dans la précarité des dizaines de milliers de petits commerces. Après la colère, l'abattement, puis risquent de venir les idées noires.

Comment ne pas rêver qu'une minime fraction de la pluie de milliards déversée pour perfuser une économie moribonde n'aurait pas été salutaire pour dynamiser l'Hôpital et lui permettre de relever les défis présents et à venir ? Nous savons que nous nous confinons dans le seul but d'éviter la saturation d'un système de soins déjà au bord de la rupture. Grâce à la mobilisation et à l'ingéniosité des soignants, nous avons pu étaler jusqu'à présent la vague épidémique, mais en jetant dans cet assaut l'ensemble de nos forces. Aujourd'hui, nous n'avons plus de réserve, les héros sont fatigués et bon nombre sont en passe de quitter la profession. Les chiffres de désaffection du corps infirmier pour l'hôpital public n'ont jamais été aussi élevés. De grâce, retenons la dure leçon et remettons l'Hôpital debout pour qu'il puisse encaisser les coups de butoir à venir.

Car la COVID-19 n'est qu'un premier coup de semonce envoyé par la Nature pour nous signifier la suffisance et l'irresponsabilité de notre mode de vie. L'émergence de nouvelles maladies, particulièrement infectieuses, est inévitable. Alors que nous rêvons d'infiniment grand et de conquête des étoiles, c'est l'infiniment petit, cet invisible dans lequel nous baignons, qui constitue la réelle menace. Il suffit de sortir de notre zone de confort et de faire preuve d'un peu de curiosité pour se persuader qu'une foule d'autres micro-organismes viendront nous « taquiner ». Nous apprenons même des climatologues que la fonte du pergélisol (*permafrost*) lié au réchauffement climatique va en « ressusciter » quelques-uns dont la virulence et la contagiosité, même vieilles de quelques dizaines voire centaines de milliers d'années, pourraient nous déborder. Pour faire bonne figure et noircir encore plus le tableau, n'oublions pas le facteur aggravant qui nourrit chaque épidémie, à savoir une « densité humaine en expansion continue », rappelant en cela l'avertissement que nous donnait déjà en son temps le comte de Mirabeau : « *les hommes c'est comme les pommes, quand on les entasse ils pourrissent* ».

Comment **envisager le court et moyen terme** ? Aujourd'hui toute la question est de savoir quelle stratégie adopter. Récemment, l'OMS a rappelé avec force que laisser le virus circuler librement pour miser sur l'acquisition d'une immunité collective n'était pas une option envisageable. Certes, l'attitude maximaliste de confinement général qui a prévalu lors de la première vague s'est montrée efficace, mais nous en mesurons quotidiennement les désastreuses conséquences socio-économiques. Pour la gestion de cette seconde vague et probablement celle d'autres secousses à venir, l'impératif érigé en cause nationale de sauver des vies à tout prix, « quel que soit le coût » comme cela nous a été répété à plusieurs reprises, pourrait ne plus être tenable. Le pouvoir chemine sur l'étroite ligne de crête séparant la paralysie de la vie économique d'un côté, et l'asphyxie du système de santé de l'autre. En témoigne le régime de re-confinement mollasson auquel nous sommes aujourd'hui soumis.

**« La peur est un puissant levier de soumission et de repli sur soi »**

La vraie question est de savoir quand nous nous résoudrons à basculer d'une éthique de conviction, commandant par devoir de faire le maximum pour chacun, vers une éthique de responsabilité dont la posture conséquentialiste évaluera le coût de toutes ces vies sauvées en termes d'accroissement du chômage, de la pauvreté et des inégalités. Aggraver les vulnérabilités d'une multitude pour tenter de préserver la vie d'un groupe social déjà fragilisé risque de mettre en tension le principe de solidarité transgénérationnelle. Mais au-delà, c'est le pacte républicain lui-même qui est remis en question lorsque s'exerce

un pouvoir discrétionnaire qui prive arbitrairement des millions de citoyens de leur outil de travail. Ce sont tous ces enjeux qui sont au cœur des préoccupations du gouvernement à chaque conseil de défense dédié à la COVID-19. Re-confinement partiel, par quartier, par ville, par département, tout est à l'étude, y compris les mesures de couvre-feu, de triste mémoire. Faire appel à la responsabilité de chacun, à son devoir civique, voilà certainement une des clés mais qui, à l'évidence, fonctionne bien mieux dans une dictature que dans une démocratie. S'autolimiter dans ses propres interactions sociales et respecter les gestes barrières sont des solutions peu coûteuses à la portée de tous. Qu'elles fassent sourire ou qu'elles agacent, nous devons bon gré mal gré les intégrer à nos routines de sociabilité.

Devons-nous espérer que le vaccin nous rende à terme notre liberté ? Dans quel délai ? Avec quelle efficacité ? À ce jour nulle réponse mais des promesses. L'âpreté de la compétition industrielle pour l'arrivée sur le marché du premier vaccin donne la mesure des enjeux mercantiles. Dans cette précipitation, unique dans l'histoire de l'immunisation thérapeutique, les verrous éthiques sautent les uns après les autres. La pré-réservation, voire la pré-emption, de centaines de millions de doses vaccinales au bénéfice des pays riches est déjà actée. En Angleterre, des volontaires sains se font inoculer une souche de coronavirus un mois après avoir reçu un candidat-vaccin supposé les protéger, et ce, malgré l'absence de traitement de recours en cas d'évènement indésirable. Alors, pendant encore quelques mois, continuons à jouer à cache-cache avec le virus en souhaitant qu'une immunité collective, naturelle, ou peut-être bientôt vaccinale, s'installe durablement. Sans garantie, ni du gouvernement ni d'aucun expert, car beaucoup d'interrogations persistent sur le caractère protecteur de cette immunisation naturelle ou induite.

**« Dans la précipitation, les verrous éthiques sautent les uns après les autres »**

Finalement, aujourd'hui, nous n'avons plus le choix. « Assignés à résidence sous surveillance policière », selon l'expression du Président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, Jean-Marie Burguburu, nous attendons donc (sans hâte) un vaccin libérateur dont nous ignorons tout de l'efficacité réelle et surtout de l'innocuité. L'ingénierie vaccinale, qui a pourtant fait la preuve de son efficacité pour le contrôle des épidémies, n'est plus sollicitée ici en mode *festina lente* mais en ultra-accéléré façon cadence de combat. Et tout s'emballe, tout se télescope : les frontières entre Science, *Business* et Politique deviennent poreuses. Ainsi, lundi 9 novembre à 6h45 heure de New-York, Pfizer annonce des résultats d'efficacité très encourageants pour son candidat-vaccin. En quelques nanosecondes, les algorithmes de *trading* automatique réagissent à des mots clés (vaccin, efficacité, COVID…) et lancent massivement des ordres d'achat. Le titre s'envole, entraînant dans son sillage le Dow Jones. Le même jour le PDG vend 132.000 titres pour un total de 5,6 millions de dollars (opération programmée de longue date selon la firme). Quelle coïncidence heureuse !

En attendant les soignants font ce qu'ils savent faire. Faire face avec les moyens du bord tout simplement. Les réanimations sont pleines et le capacitaire de réserve fond à vue d'œil. Cette fois-ci, nul secours à attendre d'autres régions, toute la carte de France est rouge. Déjà, dans beaucoup d'unités de réanimation, s'installe une inquiétude éthique : celle d'être contraint à des arbitrages qui relèveraient plus de la médecine militaire ; offrir une chance à ceux qui sont supposés en bénéficier, accompagner le plus dignement possible les autres. Les langues se délient et osent maintenant prononcer le mot « triage ».

**Décidemment le SRAS-CoV-2 n'a pas fait dans le détail** et aura été le révélateur de la fragilité de notre modèle civilisationnel. En l'espace de quelques mois il a exposé au grand jour l'état de paupérisation de notre système de santé, a mis à genou la vie économique du pays, démontré que nous avions perdu notre indépendance stratégique et remodelé nos comportements sociaux. Il nous a rappelé également que la peur est un puissant levier de soumission et de repli sur soi. Enfin, il apporte la preuve que notre société a développé un rapport *pathologique* à la mort, oubliant que notre finitude s'inscrit par essence dans le cycle de la vie. Comme si la préservation de la vie biologique (purement organique) était devenue une fin en soi, une sorte de bien suprême dont la quête prévaudrait sur toutes autres considérations. Restons critiques, voire méfiants, vis-à-vis du dogme du « Faire vivre à tout prix » qui risque de créer *de facto* les conditions d'instauration d'un biopouvoir, aux potentielles dérives liberticides, tel que Michel Foucault l'avait pensé.

**Gilles Bernardin**

***Professeur de Médecine-Intensive-Réanimation***

***Université Côte d'Azur - CHU de Nice***

## Alberto Giuliani — Prix de la Photographie de Paris / Catégorie Portraits

Giulio Mensi - Anesthésiste

Francesca Palumbo - Infirmière Soins Intensifs

Annalisa Silvestri - Anesthésiste

Vincenzo Siciliano - Infirmier Soins Intensifs

© Alberto Giuliani - https://px3.fr/winners/special/2020/66/

# Le Traumatisme Covid-19 : de la récurrence des crises vers la résilience

*par Pierre Bonhomme*

L'épidémie Covid que nous traversons peut être considérée comme un Évènement Traumatique majeur induisant un bouleversement de la vie individuelle et sociale, à l'échelle mondiale (pandémie).

Il faut cependant noter d'emblée sa grande diversité selon les continents, les pays, les régions, les groupes humains et les individus. Ce bouleversement, on le conçoit, a des conséquences très différentes selon les forces et les faiblesses de la cohésion sociale, de l'ordre économique et politique pour chaque pays, mais aussi le degré de santé physique et psychique de chaque individu.

Comme le rapportent les nombreux travaux récents sur l'état de stress post-traumatique et son évolution, le devenir des traumatismes majeurs, pour les individus comme pour les sociétés, met en balance des pertes et des bénéfices. Le traumatisme Covid nous expose ainsi à ces deux composantes souvent intriquées et en tension :

- *Pertes et régressions* : au niveau psychologique, on peut assister à des réactions de panique, parfois de violence, des décompensations dépressives, voire des conduites suicidaires, ou encore un refuge dans la dépendance par fragilisation du sens de l'autonomie. Au niveau social, la menace sur le plan économique peut s'accompagner de la remise en question de libertés acquises et de droits fondamentaux (travail). Sur un plan plus spécifiquement éthique, on peut craindre un risque d'effondrement des valeurs de solidarité et un accroissement des discriminations et inégalités.

- *Développements positifs post-traumatiques* : des bénéfices peuvent à l'inverse résulter de la crise, notamment une affirmation de soi, un renforcement de l'identité personnelle et collective dans un combat solidaire contre le fléau sanitaire.

Essayons de mieux analyser l'intrication de ces deux composantes au décours de ces deux crises sanitaires successives auxquelles nous avons été jusqu'à présent confrontés. Il est probable que la récurrence même des vagues Covid induise des processus d'adaptation successifs qui contrebalancent la menace d'épuisement de l'individu et du groupe. L'intégration de ces différentes étapes pourrait permettre à terme d'espérer une réelle résilience sans laquelle la survenue d'un vaccin ne saurait être la seule réponse « magique » à l'agression Covid.

La crise Covid est en fait une succession de « vagues » où l'on assiste, comme dans certaines maladies chroniques, à une répétition de phases aiguës entrecoupées de rémissions plus ou moins nettes. Le profil des deux vagues successives du printemps et de l'automne 2020 semble bien différent, tant sur le plan sanitaire que psycho-social. La première était marquée par la peur et l'angoisse face à un choc inattendu, la seconde, redoutée, est davantage caractérisée par la dépression avec tendance au découragement ou à la colère.

**Crise Covid : le premier séisme sanitaire (février - avril 2020 en France)**

À l'exception peut-être de la Chine, la brutalité de la première vague a totalement surpris le monde, provoquant tout particulièrement la fragilisation, voire l'effondrement, de l'un des piliers de notre société occidentale : le savoir scientifique et médical qui tendait jusqu'à éloigner de nous (avec plus ou moins de succès objectif) l'angoisse du vieillissement et de la mort, pourtant inéluctable.

Le savoir scientifique a été mis à mal par une maladie inconnue et potentiellement grave. En attestent la multiplication des désaccords entre scientifiques à ce sujet et l'obsolescence vertigineuse des connaissances sur cette pathologie. La fragilisation du savoir médical est un facteur d'angoisse majeur pour le citoyen, peu enclin à une sage humilité face aux forces naturelles.

La pénurie, de plus en plus difficile à nier par les pouvoirs publics, des moyens de prévention (masques), diagnostic (tests), soins (réanimation...), a fait croître dans la population la menace grave d'une iniquité dans leur distribution, notamment pour des patients fragiles faisant déjà l'objet de discrimination (Alzheimer par exemple). Le confinement généralisé pour principale réponse, en dépit de très graves inconvénients psycho-sociaux et économiques, a sans doute eu le mérite d'éviter une panique sociale majeure, en impo-

sant à tous les citoyens une attitude régressive propre à tout malade, facilitant ainsi l'observance de conseils médicaux, pourtant souvent inconstants et parfois apparemment illogiques.

Pourtant, contrebalançant le doute, le découragement, et même la peur du monde soignant, on a pu constater à différents niveaux de l'exercice médical un changement adaptatif brutal, avec réorganisation des valeurs et des rôles au sein du personnel soignant, alors que l'ordre sanitaire se voyait reconnu comme prioritaire (ou au moins équivalent) face à l'ordre économique.

Des soignants, à l'hôpital comme à la ville, se sont vus libérés de certaines contraintes méthodologiques, administratives, voire hiérarchiques, et ont pu parfois retrouver le sens d'une sollicitude plus directe et moins supervisée. Qualifiés volontiers de « héros », ils se sont comportés en réalité comme des professionnels responsables, portés par la reconnaissance des malades comme des citoyens.

**Réplique du séisme avec la deuxième vague (septembre 2020 - ?.... en France)**

Processus classique pour les virologues, cette deuxième vague a sans doute été facilitée en France par le relâchement estival. Un déconfinement probablement trop brutal a donné à la population le sens de la libération et de la fête, mais les psychiatres savent combien de tels « virages maniaques » annoncent inévitablement une rechute dépressive.

La deuxième vague, à la différence de la première, a été anticipée, sinon préparée. Elle paraît caractérisée par une réaction sociale post-traumatique sensiblement différente par sa dimension dépressive. Chez les soignants fatigués, insuffisamment dotés de nouveaux moyens et imparfaitement récompensés pour leur combat, l'enthousiasme menace de se tarir. Pourtant, le savoir médical sur la maladie s'est considérablement amélioré et la mortalité liée au Covid sensiblement réduite. Les médecins généralistes, trop longtemps négligés, jouent maintenant un rôle précieux pour collaborer avec leurs confrères hospitaliers. La gestion sanitaire dans les EHPAD s'est considérablement améliorée pour conjuguer efficacité et humanité.

Pourtant, le deuxième confinement qui s'est imposé aux décideurs politiques a pris une forme « mitigée », cherchant à concilier le sanitaire et l'économique dans des arbitrages savants et inconstants qui ne rassurent qu'imparfaitement les citoyens amenés à se poser de nombreux questionnements éthiques.

**Le temps du questionnement éthique, l'espoir de la résilience**

Autant que par les craintes et les espoirs concernant la maîtrise, sinon l'éradication du processus épidémique, nous nous trouvons actuellement interpelés par de nombreuses questions.

Au premier plan, on peut s'interroger sur la légitimité d'un sacrifice, trop important, de l'équilibre économique et social au profit de la santé physique de chacun. La question fondamentale de la **liberté** de l'individu face aux intérêts collectifs est évoquée quotidiennement lors du port obligatoire d'un masque, lorsque nous remplissons la fiche de sortie dérogatoire ou plus gravement lorsque certains se voient entravés dans leur exercice professionnel sous le prétexte, plus ou moins discutable, que leur activité n'est pas de « première nécessité ».

L'approche épidémiologique de la crise, soulignant la notion de « sujets à risque » avec une menace ciblée sur les âgés et une relative insouciance des plus jeunes face à l'épidémie, n'expose-t-elle pas à un clivage de notre société et à un danger de fracture générationnelle entre les « jeunes » et les « vieux » ?

Enfin se pose la question tout aussi cruciale de la **justice**. La Covid, mais aussi les réponses sociales qu'elle engendre, peuvent créer un réel danger d'amplification des inégalités. Se pose également la question de l'accès équitable aux moyens de soin et de prévention pour les populations isolées et défavorisées.

La sérénité nécessaire à ces débats est loin d'être acquise dans une société française déboussolée par la crise sanitaire, mais aussi la menace terroriste et des difficultés sociales majeures. S'ajoute à cela la grande défiance d'une population qui passe, sans recul critique suffisant, des canaux officiels d'information aux messages des réseaux sociaux. Ainsi, tout en misant avec confiance en la progression des connaissances sur cette maladie et l'aboutissement des recherches pour un vaccin, il semble important de mettre en œuvre une profonde « psychothérapie sociale », gérée dans différents espaces publics et notamment éthiques, afin de permettre à toutes ces problématiques d'être reformulées et d'aboutir à une plus grande tolérance et cohérence sociale sur lesquelles nos décideurs politiques pourront fonder, on l'espère, des décisions responsables et éclairées.

**Dr Pierre Bonhomme**

***Psychiatre (CHU de Nice)***

# Retour d'expérience et questionnements suite à la « première vague » de la COVID-19 en gériatrie

*par Rabia Boulahssass*

La COVID-19 entraîne une surmortalité chez les patients âgés vulnérables, en particulier les personnes présentant des comorbidités et a fortiori les résidents des EHPAD.

Les témoignages de nos collègues du Nord de la France avaient entraîné très vite une prise de conscience de nos équipes. En effet, une diffusion rapide de la maladie et une surmortalité inquiétante nous avaient été rapportées, notamment dans les EHPAD. Dans ce contexte de « nouvelle maladie » infectieuse et d'incertitude quant à ses évolutions, un confinement des EHPAD et des hôpitaux a été décidé. Nous allons aborder quelques réflexions en gériatrie dans le cadre du retour d'expérience de cette « première vague » de pandémie.

© Cristian Newman via Unsplash

**Décisions en situation de crise en Gériatrie**

Le propre de la décision en situation de crise est de trancher rapidement et de choisir le moins mauvais compromis possible. Ceci est très loin du processus de décision éthique qui peut s'avérer plus long, nécessitant une connaissance précise des conséquences de nos actes afin d'éclairer les problématiques observées. Les décisions de crises peuvent parfois se heurter à nos valeurs éthiques, car jugées arbitraires. De plus, ces décisions peuvent être jugées inadaptées à l'échelle d'un individu mais se justifier au niveau collectif.

Lors de la « première vague » de cette crise sanitaire, les parcours de soins ont été fortement perturbés avec l'arrêt de nombreuses activités jugées non prioritaires.

Ainsi, les décisions ont été accompagnées de nombreux questionnements : comment juger équitablement quels patients devaient être hospitalisés en gériatrie (hors COVID) et quels patients devaient être suivis en ville, en sachant que l'activité des médecins généralistes était elle aussi réduite, ne permettant possiblement pas une prise en charge ambulatoire adéquate ? Comment éviter les pertes de chances (ne pas nuire) dans un contexte où le patient lui-même craignait souvent de venir à l'hôpital ? Quelles pathologies devaient être priorisées (balance bénéfice/risque) ? Quel est le risque encouru par un patient indemne de COVID en venant à l'hôpital ?

La question principale était donc de graduer nos prises en charge en tentant de mesurer individuellement le bénéfice-risque pour chaque individu. Et ceci dans un contexte au départ préventif, puisque au début de la pandémie, nous n'avions pas encore de cas ; puis de moduler ces décisions avec la survenue de cas et la création de notre unité COVID.

Le contexte épidémique influence donc aussi fortement cette gradation de décision.

De plus, en institution, les décisions de crise pour la réorganisation des soins s'inscrivent dans une doctrine globale hospitalière mais aussi territoriale, les décisions prises en gériatrie impactent toute une filière de soins. Ainsi une diminution de nombre de lits en gériatrie (passage en chambre seule dans un contexte de pandémie) peut générer une stagnation des patients âgés aux urgences et induire parfois des pertes de chance ou des orientations inappropriées pour les patients. La collégialité de la cellule de crise hospitalière a tenté de répondre à ces difficultés.

En conséquence, il a été décidé de maintenir les consultations jugées urgentes en présentiel (oncologie gériatrique par exemple), de proposer des téléconsultations ou consultations téléphoniques pour les suivis non urgents et le report de certaines consultations. Les hospitalisations ont été gérées au cas par cas.

Cette maladie que nous ne connaissions pas apportait tous les jours son lot de questionnements au ni-

veau de la décision médicale au lit du malade. La question des protocoles de soins à adopter (question très médiatisée) a suivi la temporalité des recommandations au fil des jours. Lors de la mise en place de l'unité COVID, ceci a nécessité une réunion de concertation collégiale quotidienne pour décider au mieux de la prise en charge avec les données disponibles et le recours aux collègues infectiologues si besoin. L'unité COVID du CHU de Nice était une unité « non réanimatoire ». Les décisions éthiques se sont donc portées plus sur les questions de fin de vie que sur la prise en charge de réanimation des syndromes de détresse respiratoire aigu liée au SARS-Cov-2.

De plus, la fluctuation des symptômes de la maladie avec des patients qui peuvent brutalement présenter des détresses respiratoires, la priorisation des autres pathologies sur des patients COVID peu symptomatiques, les difficultés de prises en charge techniques rapportées par les EHPAD, ont questionné les médecins dans la quête du « juste soin ».

La mise en place de la HOTLINE COVID pour les EHPAD par l'Équipe Mobile de Gériatrie (Dr Bereder, Dr Mailland) a permis de produire des protocoles adaptés pour la prise en charge de la maladie et la prise en charge en fin de vie. Ceci a aussi replacé ce dialogue avec les EHPAD dans une dimension collégiale pour les situations délicates afin d'évaluer la balance bénéfice-risque d'une hospitalisation par l'analyse du niveau de fragilité du patient, de la gravité de ces symptômes et l'adéquation de prise en charge possible en EHPAD.

**« Les décisions de crise peuvent être jugées parfois inadaptées à l'échelle d'un individu mais se justifier au niveau collectif »**

**Visites, Confinement et fin de vie**

Très vite la question de l'interdiction des visites pour nos patients âgés s'est posée comme une réponse évidente au risque d'exposition à la COVID 19. Très vite aussi cette décision justifiée par le principe de bienfaisance pour protéger les patients de la maladie s'est heurtée au principe d'autonomie de la personne puisqu'elle limitait sa liberté.

Cette mesure prise lors d'une décision urgente n'était acceptable que sur un temps limité et nous voyons que sur la seconde vague les pratiques ont bien évolué en EHPAD, à l'hôpital et même dans les unités COVID.

En effet, cette maladie qui s'installe dans le temps ne permet pas de maintenir cette interdiction des visites et spécifiquement en EHPAD chez des résidents dont l'espérance de vie est réduite du fait de leur fragilité avec le risque de « finir sa vie en confinement » sans l'accompagnement des leurs. Cependant, cette évolution doit s'accompagner d'un respect strict des mesures barrières.

Globalement, les visites pour les patients en fin de vie ont été proposées par l'ensemble des acteurs mais dans l'urgence les situations de détresses psychologiques ont été probablement sous-estimées. Beaucoup de témoignages douloureux sont rapportés par les familles dans les réseaux sociaux, mais il faut aussi saluer de nombreuses décisions courageuses de médecins permettant des dérogations guidées par le principe d'humanité, notamment dans les unités COVID. Ceci illustre parfaitement la dimension du « prendre soin » qui ne se limite pas à suivre les recommandations au pied de la lettre et à administrer « le soin » approprié mais aussi une prise en charge des besoins psychologiques, sociaux et spirituels.

Il faut encore souligner le travail formidable des équipes avec l'appel spontané de chaque famille par les médecins de nos unités confinées et le lien maintenu entre les patients et leurs familles par des tablettes numériques par l'équipe des psychologues. Tout ceci illustre aussi l'adaptabilité des équipes et l'élan de solidarité des équipes, dans cette période difficile, dans un principe de bienfaisance.

D'autres dilemmes éthiques se posent aussi en EHPAD, dont la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères et déambulants, pouvant être ainsi malgré eux des vecteurs de la maladie, mais aussi le confinement en chambre pour les plus fragiles.

Les risques psycho-sociaux liés au confinement ont probablement été sous évalués lors de la première vague, ainsi que les conséquences comme la régression des fonctions cognitives ou psychomotrices.

Pour conclure, les enjeux futurs de la juste décision éthique en période de pandémie restent la gradation de la prise en charge en fonction de la balance bénéfice-risque mais aussi d'éviter les erreurs managériales et les ruptures médico-sociales.

**Dr Rabia Boulahssass**

***Gériatre (CHU de Nice)***

# Retour d'expérience de la période COVID-19 : une nécessaire réflexion éthique

*par Jean-Pascal Choury*

Depuis mars, nous vivons au rythme des décisions gouvernementales liées à la pandémie : masques, confinement, couvre-feu… focalisant tout le système de santé sur la COVID-19. L'objectif est clair : protéger la population contre le virus et permettre aux établissements de santé de ne pas se trouver en saturation. Tous les médias focalisent sur cette réalité engendrant un climat de peur, d'angoisse : « La peur qui est mauvaise conseillère. (…) Une peur paralysante, cette peur dont je pense qu'elle est une des sources des haines, des stigmatisations, des délations et des persécutions »[1], nous dit Bernard-Henri Lévy.

L'hygiénisme fixe priorité à la santé physique : « il faut sauver les corps », au détriment de ce qu'est l'être humain, un être qui a des besoins humains, relationnels et spirituels, qui a besoin de décider lui-même ce qui est bon pour lui.

**De quel patient et résident parlons-nous ?**

Focalisons-nous sur une population particulièrement à risque pour le virus : les personnes âgées que nous trouvons dans nos institutions. Elles sont déjà confinées : elles ont quitté leur lieu de vie, leurs souvenirs, leurs relations pour se faire soigner à l'Hôpital, ou pour ne pas peser sur leur famille lorsqu'elles rentrent en EHPAD. Elles abandonnent nombre de libertés : l'autonomie, la liberté de mouvement, de disposer de leurs biens. Or plus l'âge avance, plus la vie tient par le sens que ces libertés donnent à leur vie présente : voir un de leurs enfants, déjeuner avec d'autres résidents, participer à des animations… Ces dernières libertés qui leur restent sont essentiellement d'ordre relationnel : garder un lien avec ce qui a été leur vie passée, la famille, les amis, leurs engagements, avec pour certaines la religion.

© Serge Le Strat via Unsplash

« Au motif de sauver des vies, on oublie le respect de la dignité humaine, pour les personnes les plus vulnérables notamment. Certains résidents n'étaient plus assistés par leur proche pour la prise d'un repas, d'autres totalement délaissés… est-ce abandon ou maltraitance ? », nous dit le Pr Régis Aubry[2] : « plus que la médecine, c'est la présence humaine qui prime en ce moment essentiel de la vie ».

Le confinement les a emprisonnés avec beaucoup de souffrances pour eux —« ma vie n'a plus de sens » — et pour leur famille. Tous les soignants sont témoins de très nombreux syndromes de glissement (ne plus se battre, se laisser aller, ne plus manger…). Nous sommes bien là au cœur de ce que la médecine appelle souffrance existentielle ou spirituelle.

**La grande oubliée : la souffrance existentielle ou spirituelle**

Malgré des milliers de publications internationales décrivant les besoins spirituels comme des besoins essentiels au même titre que les besoins physiologiques, sociaux et psychologiques, ils ont été confinés, voire négligés pendant cette période de confinement. « Les soutiens d'ordre religieux, spirituel ou philosophique doivent trouver la même place que la contribution, dans un domaine sollicitant d'autres compétences, des psychiatres et des psychologues »[3].

1. http://www.bernard-henri-levy.com/lhygienisme-transcendance-grand-entretien-avec-bhl-56068.html

2. Membre du CCNE et chef de pôle Gériatrie au CHU de Besançon : https://lejournal.cnrs.fr/articles/le-risque-est-doublier-la-dignite-humaine-des-personnes-agees-et-vulnerables

3. Espace Éthique Ile-de-France : « Attitudes, pratiques en fin de vie et après le décès », Note du 20 avril 2020, page 24.

À ce titre, je rappelle la circulaire du Ministère de l'intérieur : « Le soin ne peut être ni un temps, ni un espace d'interruption des croyances et des pratiques du patient. (…) L'hôpital public s'ouvre à toutes les dimensions de l'individu dont la spiritualité est une composante souvent essentielle »[4].

**L'absolue nécessité d'accompagner la fin de vie et la mort**

D'autre part, la réduction des rites funéraires et de l'accompagnement des mourants a entraîné de graves souffrances psychologiques et spirituelles. « Depuis la nuit des temps, les seuls rites qui ont été considérés comme universellement sacrés partout dans le monde sont les rites d'accompagnement des mourants, d'hommage rendu aux corps, les rites funéraires. C'est la première fois dans l'histoire que, par une décision sanitaire, on ne les respecte pas. Lorsque l'on touche à quelque chose de sacré, on le paye cher ensuite. Ceux qui ont perdu une mère ou un père âgé sans avoir pu l'accompagner, voir son corps, aller à l'enterrement, vont mettre des années à s'en remettre. Ils risquent de ressentir une culpabilité avec tout ce que cela implique de conduite d'échec, de dépression rampante »[5], nous dit Marie de Hennezel.

**« Le patient et le résident sont des personnes humaines, ils ne sont pas que des corps à protéger »**

Tenir la main du patient dans ses dernières heures, demander la présence d'un prêtre ou d'un aumônier, tout cela participe au processus de deuil des familles. « Le décès rendu invisible par les circonstances, cette mort confisquée, entraînent des perturbations matérielles, morales, sociales, psychologiques et spirituelles. Elles ne doivent pas être négligées, même dans un contexte d'urgence et de morts massives », nous dit le Pr R. Aubry[6].

**Et les soignants ?**

Je souhaite terminer en disant que j'ai été le témoin de l'excellent travail du personnel soignant qui s'est adapté aux contraintes imposées pour faire au mieux leur travail avec beaucoup d'humanité face à de telles souffrances des patients et résidents. Le renfort des psychologues a été d'un apport considérable pour parler avec ces derniers, et leur permettre de réaliser, avec l'aide de tablettes, des rencontres en distanciel avec leurs familles, avant de préparer ensuite les rencontres sur rendez-vous, lorsque cela a été de nouveau possible.

Cette forte mobilisation, liée au soutien de la population le soir à 20h00, n'a pas empêché la grande souffrance psychologique et émotionnelle de très nombreux soignants : surcharge de travail, crainte d'être contaminés et de contaminer leurs familles, épreuve et frustration face à la souffrance existentielle des patients et résidents liée à cette déshumanisation, etc.

En conclusion, le recul de ces six derniers mois nous amène à l'absolue urgence d'intégrer l'éthique dans la réflexion et la prise de décision. Le patient et le résident sont des personnes humaines, ils ne sont pas que des corps à protéger. Le respect de leur dignité nécessite de s'intéresser à ce qui est important pour eux, au sens qu'il donne à cette dernière étape de leur vie.

Nous devons aussi réfléchir à la manière dont nous abordons la fin de vie et l'approche de la mort. « L'épidémie de COVID-19 porte à son paroxysme le déni de mort »[7] nous dit Marie de Hennezel. Cette pandémie met à jour notre vulnérabilité individuelle et collective. La seule réponse technique ne suffit pas. Comment prendre soin de nos aînés dans leurs besoins humains, relationnels, spirituels et religieux ? Nous devons toutes et tous nous servir de cette expérience douloureuse pour tirer les leçons du passé et construire notre avenir avec résilience, mais cela ne peut se faire sans réflexion éthique.

**Jean-Pascal Choury**

***Aumônier (CHU de Nice)***

4. Circulaire du 5 juillet 2011 du Ministère de l'Intérieur.

5. Marie de Hennezel, spécialiste des soins palliatifs : « Au seuil de la mort, nous prenons conscience de ce qui compte », publié dans *La Croix* le 13 mai 2020.

6. Op. cit.

7. Tribune de Marie de Hennezel dans *Le Monde* du 4 mai 2020: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/04/marie-de-hennezel-l-epidemie-de-covid-19-porte-a-son-paroxysme-le-deni-de-mort_6038548_3232.html

# Ce que la crise sanitaire dit de nous

*par Gérald Gaglio*

Venant d'un sociologue, la mise en exergue d'un « nous » monolithique pour penser les conséquences de la crise sanitaire encore en cours paraîtra de prime abord incongrue. En effet, la société française se caractérise par de multiples fractures et disparités, entre autres liées au territoire d'habitation, à l'âge, au sexe ou à la possession inégale de richesses. Pourtant, cette crise sanitaire, jalonnée pour l'heure par deux vagues épidémiques successives, est démocratique en ce qu'elle rassemble au sein d'une même communauté de destin l'ensemble de la population : elle « nous » concerne, nous préoccupe, nous affecte (certes à des degrés divers) tous. Nous sommes enjoints de vivre au côté d'un virus hypothétiquement présent autant qu'invisible. Nous sommes aussi les partenaires obligés de l'action publique pour tenter de ralentir la circulation et par conséquent la progression ou la résurgence du virus, et ce quelles que soient nos conditions d'existence particulières. Cette communauté de destin se traduit par une expérience commune, appréhendée également subjectivement, personnellement et intimement, dans un empan temporel qui s'étend.

© Amin Moshrefi via Unsplash

Le point de départ a été l'annonce du confinement en mars dernier par le Président de la République. Cela marque un tournant historique, où des considérations sanitaires (la crainte fondée d'un manque de lits de réanimation et la volonté de protéger les plus âgés et les plus « fragiles », plus durement frappés par le virus) ont subitement fait vaciller l'ordre social. La liberté de circulation de millions de gens a été entravée drastiquement[1] afin de se prémunir au mieux contre un risque collectif, et ce en dépit d'incidences économiques ou psychologiques fâcheuses qui n'ont pas tardé à arriver. Pendant une durée encore indéterminée, l'acmé de la « sanitarisation du social » (« traduction sanitaire d'un problème de société », selon la définition de Didier Fassin)[2] est atteinte et assumée, puisque tous les pans de la vie sociale sont régis ou du moins bousculés par la lutte contre le coronavirus. Une entité non humaine donne le la, rappelant par certains côtés les suites de la découverte des microbes par Pasteur. À quelques exceptions près comme le Brésil, les États-Unis version Trump ou la Suède qui en vient désormais à plus de rigidité, l'ensemble des dirigeants du monde a ainsi assujetti sa population à des mesures contraignantes (port du masque, respect des « gestes barrières », interdiction des regroupements, etc.).

Le temps semble s'être arrêté après cette décision politique de confinement. Plus exactement, une séquence historique s'est ouverte. Du fait d'un manque de recul, la labelliser n'est pas aisé (le champ lexical de la guerre, prisé en France, est par exemple écarté de l'autre côté du Rhin), bien que l'incertitude radicale semble la distinguer et imprégner le vécu de milliards d'humains. Nonobstant que d'autres épisodes de ce type ne sont pas à exclure à l'avenir, la fin de la crise actuelle n'est par exemple pas connue, malgré l'arrivée de vaccins sonnant comme un *deus ex machina*, ceux-ci engendrant du reste de nouvelles incertitudes (Quelle organisation de la vaccination ? Quelle adhésion de la population ?). Cette crise est une opportunité, pour le sociologue Bruno Latour, de changer de mode de production et de prendre soin comme il se doit de l'environnement. Mais le « monde d'après »

1. Ce qui pose question sur le long terme, voir notamment « La banalisation des restrictions de liberté n'est pas admissible », interview donnée au journal *Le Monde* le 26 octobre 2020 par J.-M. Burguburu (Président de la Commission Nationale des Droits de l'Homme).

2. Fassin, D. (2000). «Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), 95–116. En ligne sur les Classiques des sciences sociales (UQÀC).

n'est pas pour demain : c'est même plutôt le « monde d'avant » que l'on voit se réinstaller peu à peu. En outre, depuis cette annonce du premier confinement, une accélération du temps, concept forgé par le sociologue allemand Hartmut Rosa, semble être plus que jamais à l'œuvre. Les polémiques et controverses se succèdent à en donner le tournis, sans parfois être tranchées ou au mépris du temps que cela nécessite. Pour le sociologue, des pratiques se prêtent à l'observation (par exemple la fabrication artisanale par des couturières improvisées de masques[3] en tissu quand une pénurie sévissait) puis deviennent caduques quelques semaines plus tard.

En plus de la vulnérabilité des structures de tout ordre qui est sous-tendue, cette volatilité ne va pas sans poser problème aux sociologues. En effet, une grande partie privilégie la mise en évidence de ce qui est stable et de ce qui se reproduit dans nos sociétés, au-delà de l'écume et de promesses récurrentes de changements. Le confinement sera alors, en simplifiant, l'objet de recherche privilégié, dans la mesure où il renforce des inégalités déjà existantes et exacerbe des troubles (les dépressions des étudiants). La boussole d'une stratification sociale avec des catégories dominantes et des catégories dominées, ainsi qu'une vision relativement statique du monde social, fonctionneront alors très bien. Par contraste, nous considérons que la crise sanitaire invite à étudier la société à chaud, en train de se faire et de se défaire, dans une perspective plus dynamique et sans se fermer à des surprises, et quitte à ce que certains aspects paraissent assez vite périmés (tout en ne tombant pas dans l'oubli). Trois séries d'enseignements et de questionnements sociologiques liés à la crise sanitaire vont ainsi être développés dans la suite de ce texte.

**« La crise sanitaire invite à étudier la société à chaud, en train de se faire et de se défaire, dans une perspective dynamique »**

Premièrement, les comportements consécutifs à cette crise qui dure sont clivés et frappés du sceau de l'ambivalence. Dit trivialement, la crise sanitaire est porteuse du meilleur comme du pire, au-delà des espoirs velléitaires de réinvention (individuelle et collective) du début du premier confinement. Les deux versants semblent même se répondre et former un tout[4]. Le meilleur, c'est la solidarité face à la pénurie de masques lors de la première vague épidémique, avec ces multiples initiatives pour fabriquer des masques en tissu et en donner à ceux pour qui le besoin était criant. C'est aussi la gratitude (manifestée de façon anecdotique par les applaudissements journaliers sur les balcons) à l'égard des soignants de tous niveaux, qui n'ont pas attendu cette période pour s'investir sans compter mais qui ont été (et continuent d'être) particulièrement sollicités. Cet élan de respect a connu des traductions institutionnelles, insuffisantes pour les premiers concernés, lors du récent « Ségur de la santé ». C'est également la revalorisation symbolique et hélas vite dissipée des « premiers de corvée »[5], ces éboueurs, vigiles, caissières, livreurs, manutentionnaires, chargés d'un « sale boulot » indispensable et dont l'utilité a sauté aux yeux quand paradoxalement pouvoir continuer à travailler prenait l'apparence d'un cadeau empoisonné : cela les exposait plus fortement au virus dans une période très anxiogène. Le pire, ce sont les comportements de panique dans les supermarchés avec la ruée sur des produits de première nécessité, la délation du voisin qui sort trop de chez lui, l'agressivité envers des infirmières libérales jugées virucides, notamment. C'est aussi un télétravail dérégulé où les frontières entre le privé et le professionnel peinent à être délimitées. C'est enfin le conspirationnisme qui prospère sur le dos d'une défiance inégalée envers les responsables politiques. L'avènement des Gilets Jaunes avait déjà permis de le constater et l'audience du documentaire *Hold Up : retour sur un chaos* l'illustre à nouveau. Une de ses protagonistes (Monique Pinçon-Charlot) voit par exemple dans le plus lourd tribut

3. Ce qui concerne les masques sanitaires, dans ce texte, est librement inspiré d'un recueil de plus de 2000 témoignages sur le sujet (en trois vagues), via la diffusion d'appels dans la presse locale à travers la France. Ce travail s'inscrit dans le cadre du projet Maskovid, financé par l'Agence Nationale de la Recherche, qui a pour partenaires l'Université Toulouse Jean Jaurès (LISST et CERTOP), l'Université Côte-D'Azur (GREDEG) et Mines Paris Tech (Centre de Sociologie de l'Innovation). Le coordinateur de ce projet est Franck Cochoy.

4. Cette analyse est conforme à la perspective d'un des fondateurs de la sociologie, Georg Simmel, pour qui le social est la conciliation fragile, en équilibre instable, de tendances opposées. Par exemple, selon cet auteur, le sentiment amoureux suppose de l'intimité et de la proximité, mais aussi des moments de distance, pour pouvoir perdurer.

5. https://theconversation.com/des-invisibles-tombent-le-masque-138439

(en termes de mortalité[6]) payé par les plus pauvres (ce qui est une constante dans toutes les épidémies) durant la crise actuelle une preuve d'un complot des plus riches pour les exterminer, allant jusqu'à parler d'« Holocauste ». Cette outrance se banalise. La critique est bien sûr souhaitable mais ici la suspicion et la paranoïa font loi. Des faits sont interprétés de manière délirante ou sont rejetés au profit d'opinions, la science est parfois balayée par de la vitupération sur les réseaux sociaux où la viralité (encore elle !) d'une vidéo est censée attester de sa véracité, au détriment du débat contradictoire.

Deuxièmement, la mal nommée « distanciation sociale » au début de la crise sanitaire (l'expression plus précise de « distanciation physique » est désormais préférée) s'est généralisée. En ce sens qu'il ne s'agit pas juste de rester à distance d'autrui (la recommandation oscille entre un et deux mètres selon les pays) en situation de co-présence imposée, quand cela est possible, mais bien de mettre à distance ses semblables, qui sont potentiellement porteurs du virus et contaminants, la réciproque valant également. Les scènes surréalistes d'évitement en se décalant du passant (même masqué) croisé dans la rue, avec peu à peu des sourires et un signe de remerciement, sont derrière nous. Toutefois, et même si la période allant du déconfinement jusqu'en octobre constitue en partie une parenthèse enchantée, une règle sanitaire s'est élargie pour donner naissance à une règle sociale. Elle s'applique à géométrie variable mais invite néanmoins à la réflexion. Tout d'abord, les normes de civilité marquant une familiarité agréable, en introduction puis en clôture des interactions, s'en trouvent globalement changées. La question est de savoir si (et où) les « checks » ainsi que la salutation uniquement verbale (moins chaleureuse) viendront remplacer durablement les serrages de mains, les bises et accolades amicales, qui ont pour fonction de rappeler la nature du lien qui unit. Ensuite, et plus profondément, le resserrement de la sociabilité à un noyau dur surtout familial, avec une amputation de fait des relations amicales ou de celles associées à des activités de loisir, provoquent provisoirement une sorte d'asséchement des relations sociales. Là aussi, les conséquences à long terme de ces huis clos prolongés et d'un entre-soi demanderont à être investiguées plus avant ; et ce notamment chez les plus jeunes privés d'expériences en face à face entre pairs et des apprentissages de l'altérité qui s'ensuivent, ce qui pourrait avoir des incidences sur le rapport au monde et l'ouverture à autrui.

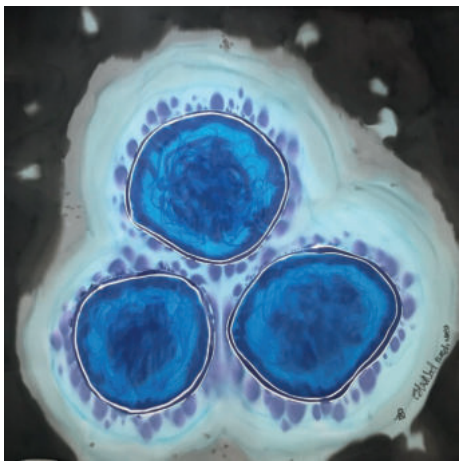
Troisièmement et pour finir, les masques sanitaires se sont installés dans nos vies et sont un analyseur de la crise actuelle. Ils donnent lieu à des représentations et à des comportements passionnants. Même si la décision du port obligatoire dans l'espace public n'y est pas étrangère, la rapidité de la diffusion de cet objet —auparavant inconnu du plus grand nombre et réservé a priori à des contrées culturellement distinctes — est inédite dans l'histoire des techniques. Les masques ont d'abord inquiété car ils matérialisaient la présence de la maladie ou sa potentialité. Ils ont rassuré ensuite, les porter, au-delà de la peur du gendarme, révélant un civisme sanitaire ayant pour but de protéger les autres tout en se protégeant soi-même. Plus généralement, les masques sanitaires ont les traits d'un « fait social total », pour reprendre l'expression célèbre de Marcel Mauss. Ils ont notamment acquis une dimension politique aux États Unis, au Brésil ou en France, avec les réactions virulentes face aux évolutions des discours gouvernementaux à propos de l'efficacité sanitaire des masques pour la « population générale », ainsi que plus tard avec le mouvement hétéroclite des anti-masques. Ils renvoient également à une dimension réglementaire, technique et d'usage, avec la particularité d'être amovibles tout en ne pouvant être déplacés sous peine de perdre leur pouvoir protecteur. Ils astreignent en outre à une intendance de l'usage pouvant susciter de l'agacement ou de la culpabilité quand des masques usagés s'entassent et sont parfois remis. Sans prétendre à l'exhaustivité, ils comprennent enfin une dimension marchande, ostentatoire (en revêtir des personnalisés, en tissu, en les assortissant au reste de son accoutrement, est un « porte-identité », pour parler comme Jean-Claude Kaufmann) et bien sûr interactionnelle : ils obstruent la parole autant qu'ils font parler, perturbent l'ouïe et obligent de ce fait à se réajuster en permanence.

**Gérald Gaglio**

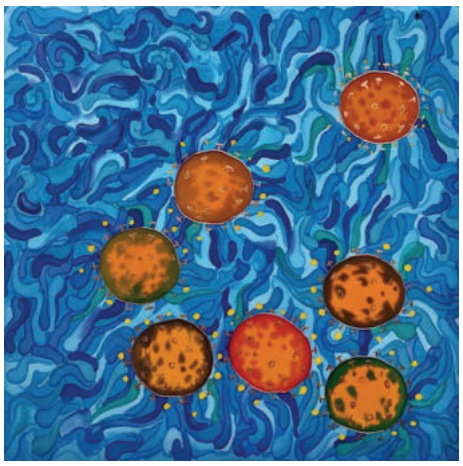
***Professeur de sociologie***
***Université Côte-d'Azur***
***GREDEG (UMR CNRS 7321)***

6. Voir par exemple, Meda, D. (2020), « Les plus forts taux de surmortalité concernent les "travailleurs essentiels" », LeMonde.fr, 23 mai, https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/23/dominique-meda-les-plus-forts-taux-de-surmortalite-concernent-les-travailleurs-essentiels_6040511_3232.html

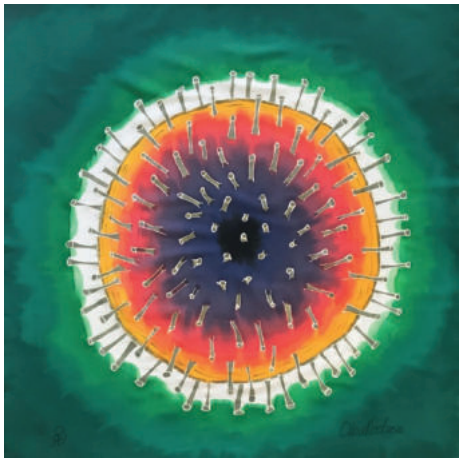
## Odra Noel — « Coronavirus »



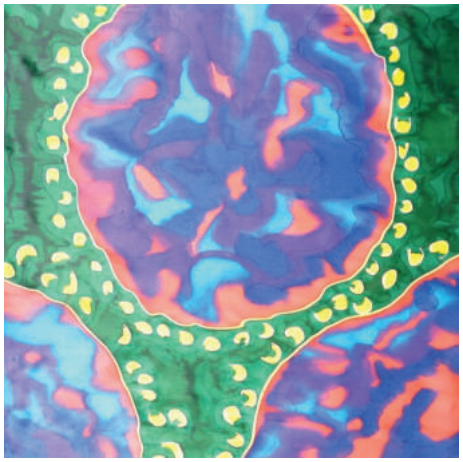
Coronavirus II



Coronavirus VI



Coronavirus I



Coronavirus IV

Coronavirus V

Coronavirus III

© Odra Noel - https://odranoel.eu/

# Éthique, économie et santé : leçons provisoires de la pandémie

*par Jean-Luc Gaffard*

Selon Amartya Sen (*Éthique et économie*), Prix Nobel d'Économie, l'économie en tant que discipline a deux origines, l'une s'intéresse à l'« éthique », l'autre à la « mécanique », l'une s'intéresse à la recherche du « bien de l'homme » ou à la question de savoir « comment l'on doit vivre », l'autre à des questions de logistique. L'économie moderne se serait considérablement appauvrie en raison de sa distanciation par rapport à l'éthique. L'épisode actuel de pandémie en est une inquiétante illustration en même temps que de la complexité du problème.

La brutalité de la crise sanitaire provoquée par l'épidémie COVID 19 de mars-avril 2020 a conduit le gouvernement à prendre une décision administrative inédite d'arrêt de toute activité économique pendant plusieurs semaines. Il lui a fallu, alors, en urgence, prendre des mesures de sauvegarde. Généralisation du chômage partiel, prêts aux entreprises garantis par l'État, report de charges sociales et fiscales n'ont eu d'autre but que d'éviter l'effondrement, avec comme seule exigence la survie d'une économie ainsi mise à mal. Il s'en est suivi une explosion de la dépense et de la dette publiques contrevenant à toutes les règles jusque-là retenues.

**« La révolte naît du spectacle de la déraison. Mais son élan aveugle revendique l'ordre au milieu du chaos et l'unité au cœur même de ce qui fuit et disparaît »**

**Albert Camus**
***L'Homme révolté***

La seconde vague de l'épidémie survenue à l'automne a donné lieu à des réactions semblables quoique l'arrêt de l'activité a été moins large et moins brutal. Une fois encore, la préservation, autant qu'il était possible, de la capacité d'accueil des malades à l'hôpital public l'a emporté sur toute autre considération, témoignant, certes, d'un souci légitime de santé publique, mais aussi de la peur que provoquerait sur l'état de l'opinion publique le spectacle d'hôpitaux débordés, acculés au tri des malades. La tension contradictoire entre les objectifs de santé publique et de prospérité économique est restée aussi forte.

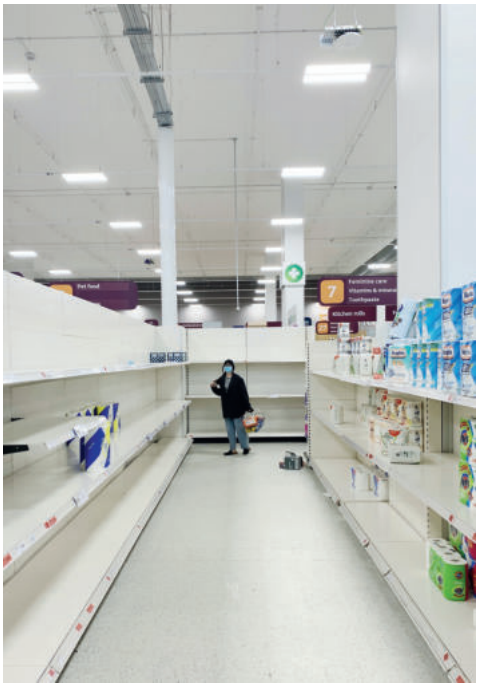
Qu'on le veuille ou non, aujourd'hui comme hier, une certaine analyse économique est apparue impuissante face à ce dilemme. Plus ou moins explicitement, les responsables se sont réfugiés derrière l'espoir, l'attente, l'illusion d'une fluctuation économique en forme de V à un terme que l'on a seulement hésité à fixer. Ce dont témoignent les prévisions tentées par les instituts de statistiques et les organisations internationales, FMI ou OCDE. Cette foi dans le caractère quasi-mécanique des forces de rappel ramenant l'économie sur un sentier d'équilibre vient de loin, en fait de la négation de l'instabilité intrinsèque des économies de marché conduisant à oublier les moyens de leur résilience.

Le plus curieux de cette histoire est qu'une économie, jusqu'alors gouvernée par des règles d'ordre monétaire et budgétaire, a été soumise à une autre forme de gouvernance par les nombres, ceux censés donner, jour après jour, la météo sanitaire, qu'il s'agisse des nombres de personnes hospitalisées, en réanimation ou décédées, ou des prévisions de mortalité, hasardeuses, parfois farfelues, produites à l'aide de modèles épidémiologiques aux hypothèses pour le moins fragiles. Avec pour premier effet, abondamment diffusé par les médias, de susciter une angoisse généralisée aux répercussions incontrôlées sur la santé comme sur l'économie. Une seule règle a semblé échapper à ce bouleversement, celle imposant comme critère de management des entreprises la valeur des actions contrôlée par une finance impatiente mais toujours supposée efficiente. Ce qui n'a pas empêché que l'annonce précipitée de la découverte d'un vaccin fasse grimper les cours en bourse au grand bénéfice des mieux informés qui ont empoché des gains substantiels.

La crise sanitaire n'est, pourtant, pas un cygne noir. Bien sûr, elle est le fruit d'une épidémie majeure dont il était difficile de prévoir quand et comment elle surviendrait. Mais elle résulte aussi d'une impréparation de ce qui devait, un jour, arriver, impréparation du système de surveillance et d'alerte, mais aussi impréparation du système de santé empêtré dans des règles administratives censées optimiser les moyens disponibles dans un monde que l'on croyait immune de la survenance de circonstances exceptionnelles.

Mais là n'est peut-être pas l'essentiel. Les effets les plus sensibles de la manière dont la crise sanitaire a été gérée sont, en bien des points, une aggravation des tendances observées avant qu'elle ne survienne. Les inégalités, qui s'étaient déjà sensiblement accrues, ont pris un nouveau tour. S'il est redevenu l'assureur des risques systémiques, l'État est resté prisonnier des marchés financiers. La nécessité déjà présente de mutations structurelles est devenue plus prégnante. Certes, la deuxième vague de l'épidémie n'a pas donné lieu à la même embardée, mais les mesures de restriction de l'activité ont affecté un tissu économique et social déjà fragilisé et ont alourdi le climat d'incertitude.

Cette observation nous fait entrapercevoir dans la crise sanitaire un révélateur et un accélérateur d'une instabilité récurrente qui ne fait pas partie de la grammaire de la théorie économique dominante. La nouveauté est qu'il faut concilier stabilisation immédiate de l'activité et maîtrise de mutations structurelles plus actuelles que jamais. Cette double exigence requiert de tourner le dos à l'idée que les entreprises sont des collections d'actifs négociables, placées sous la houlette de fonds d'investissement activistes, et à la tentation d'une « ubérisation » du travail (qui pourrait concerner aussi les cadres avec la généralisation du télétravail) faisant fi de la concertation sociale et du droit du travail. Cette double exigence dans l'ordre de l'économie a une dimension éthique dès lors qu'elle promeut une thérapie visant à éviter les destructions inutiles à commencer par celles de ce que d'aucuns appellent le capital humain, autrement dit des compétences et des êtres humains.



© Carlos de Toro via Unsplash

Sans doute faut-il revenir un instant en arrière et s'interroger sur l'hypothèse de fluctuation en V au demeurant improbable. Chacun y est allé, initialement, de ses convictions d'avant crise. En keynésiens de circonstance, certains ont imaginé que l'épargne forcée de ménages empêchés d'aller au travail (évaluée à quelque 80 à 100 milliards d'euros) pouvait se transformer en surconsommation une fois passée la période du confinement, assurant une reprise quasi immédiate de l'activité. Aux classiques impénitents, l'acceptation contrainte d'un surcroît important de dépenses et de dettes publiques est apparue comme devant être cantonnée à un usage d'urgence en gardant le souci de revenir vite à la sagesse comptable. Les plus radicaux défenseurs de l'environnement ont vu dans la crise sanitaire une validation de leur discours, et une opportunité de le concrétiser en renforçant brutalement et rapidement règles et taxes comme si un nouvel équilibre, écologique celui-là, était à portée de main. Autant d'attentes qui se sont, déjà, avérées vaines, conduisant les économistes, jamais en panne d'innovations sémantiques, à évoquer des récessions en W ou en K.

Les discours convenus se sont heurtés à quelques évidences. Avoir foi dans la conversion d'une épargne forcée des ménages en dépenses courantes et une relance de la demande finale fait fi de nombre d'obstacles. La consommation, dans bien des cas, doit pouvoir se normaliser, mais sans effet significatif de rattrapage des chiffres d'affaires perdus pendant la période de confinement. Les rebonds de production sont limités en raison des délais nécessaires de rétablissement d'un taux normal d'activité, sans compter qu'ils ne pourraient pas absorber un surcroît de demande si d'aventure il y avait une désépargne massive. Sans compter que cette relative inélasticité de l'offre n'est pas géographiquement partagée et pourrait se doubler d'un déficit commercial accru vis-à-vis des pays émergents. Les nombreuses destructions d'emplois, dues aux faillites et aux plans sociaux, et la décote des rémunérations du fait du chômage partiel ne peuvent qu'entraîner une chute du revenu global qui affectera durablement la demande. Le surcroît d'épargne et la chute de revenus sont très inégalement répartis, de sorte que ceux qui consomment le plus en proportion de leur revenu sont aussi ceux qui ont le moins épargné et, parfois, ont dû s'endetter. L'incertitude des ménages quant à leurs revenus et à leurs emplois futurs ne peut que les conforter dans un comportement d'épargne de précaution, porteur du risque cumulatif de déflation.

Dans ce contexte, imaginer que la nouvelle émission de dettes publiques n'est là que pour financer des dépenses exceptionnelles, non récurrentes, est forcément illusoire. Les besoins de soutien de la demande vont perdurer du simple fait de la chute durable du revenu des ménages. Les mesures de chômage partiel sont d'ores et déjà prolongées quoique dans des conditions plus restrictives Les bouleversements attendus vont requérir des investissements importants. En bref, dettes et besoins de financement du secteur privé seront durablement élevés. L'endettement public le sera également sauf à prendre le risque inconsidéré d'enchaînements potentiellement catastrophiques. À l'endettement d'urgence dédié au financement des dépenses sociales de réparation des dégâts provoqués par l'arrêt administratif de l'activité va devoir s'ajouter un endettement à long terme requis pour financer des dépenses productives.

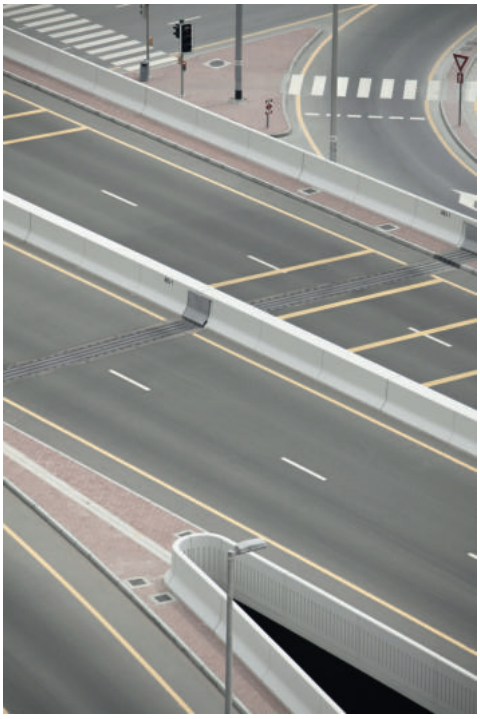
Revendiquer d'agir plus fort et plus vite en matière de transition écologique en renforçant taxes et réglementations ou en conditionnant les aides, conduit à ignorer les destructions brutales supplémentaires de capital productif et d'emplois qui en seraient la conséquence, en faisant comme si les créations nouvelles pouvaient s'y substituer presque instantanément et sans coût rédhibitoire. Ce serait le plus sûr moyen, non seulement d'accélérer la spirale de la récession (voire de la dépression), mais aussi de discréditer l'objectif écologique auprès de la population.

Qu'en est-il, alors, vraiment de la situation ? Les populations les plus touchées, qui sont celles dont les revenus étaient déjà les plus faibles et les emplois précaires, vont s'enfoncer dans la pauvreté, ce qui ne peut que provoquer un affaiblissement durable de la demande globale de biens et services. L'État est, certes, revenu au centre du jeu jusqu'à prendre en charge les salaires, n'ayant plus pour souci immédiat de limiter dépense et dette publiques. Il n'en reste pas moins entre les mains des marchés financiers. Ceux-ci ont plébiscité l'abondement de liquidités par les banques centrales dont ils attendent qu'il maintienne le niveau des prix des actifs financiers et préserve les patrimoines financiers. Leur prévention à l'encontre de la dette publique s'est muée en mise en garde contre toute augmentation des impôts sur les patrimoines. L'accroissement substantiel et durable de la dette publique risque alors de déboucher sur un coup d'arrêt porté aux dépenses d'éducation, de recherche, voire de santé, en dépit de la pression du moment. Enfin, les secteurs d'activité sont affectés de manière très différenciée, entraînant une accélération de mutations structurelles déjà en cours et en suscitant de nouvelles. Nombre de plans sociaux sont engagés qui peuvent parfois apparaître comme un effet d'aubaine saisi par les entreprises, mais qui sont souvent révélateurs de difficultés structurelles plus anciennes, y compris dans certains secteurs de pointe. Les fermetures de site et les faillites d'entreprise ne peuvent que fortement augmenter, désarticulant un peu plus chaque jour le tissu productif dans un contexte où pointent des changements de préférences des clients ou de comportements au travail, aux conséquences encore difficiles à évaluer. Nombre de grands groupes, face à la chute généralisée des revenus, voient tous leurs marchés durablement affectés et sont contraints à des ajustements qui se répercutent sur la sous-traitance et les fournisseurs. C'est le cas dans le transport aérien et ferroviaire, le matériel de transport (l'automobile), les activités d'hébergement et de voyage, voire dans l'électronique, l'énergie, les activités du luxe et la grande distribution. En toute hypothèse, ceux de ces groupes continuant à avoir la tête hors de l'eau gèlent les salaires, les embauches et les investissements faute d'avoir une vision claire de leur avenir à moyen terme.

**« Les effets les plus sensibles de la manière dont la crise sanitaire a été gérée sont, en bien des points, une aggravation des tendances observées avant qu'elle ne survienne »**

De fait, la crise sanitaire a désynchronisé brutalement les horloges des différents secteurs et des différentes entreprises, celle de la finance, celle du travail et celle du gouvernement, au risque d'un chaos au coût humain incalculable. C'est une marche en ordre dispersé à laquelle il faut s'attendre, porteuse d'autant de destructions que de créations. D'autant que les conditions de concurrence ont été altérées pouvant conduire à des stratégies prédatrices porteuses de restructurations industrielles et de recompositions des parts de marché, souvent déjà engagées dans un passé récent, dans les secteurs les plus affectés par la crise. D'autant, aussi, que la logique financière reste à l'œuvre qui poussera les entreprises à ces restructurations dans la perspective de gains à court terme plutôt que d'envisager une croissance interne fondée sur des investissements innovants.

Remédier à une telle situation, on devrait le comprendre aisément, passe par une remise en cause des théories économiques convenues dont l'une des dimensions est, sans doute, leur rapport aux connaissances scientifiques. Peut-on imaginer que la théorie et la politique économiques puissent être subordonnées à des connaissances scientifiques loin d'être pleinement établies ? C'est pourtant ce qui s'est produit sous l'empire de l'urgence alors que la contagiosité, la létalité, l'efficacité de traitements spécifiques ou la durée de l'immunité restaient mal connus. Peut-on imaginer, à l'inverse, que la théorie et la politique économiques fassent fi des réalités scientifiques surgissant plus ou moins rapidement avec une acuité plus ou moins forte ? L'irruption d'une épidémie majeure prouve à elle seule le contraire, comme d'ailleurs les atteintes à l'environnement naturel. Comment, alors, trouver le chemin étroit entre ces deux extrêmes ? En ayant l'humilité de penser que la théorie économique, dans son état actuel ou futur, ne détient pas les clefs d'un monde idéal.



© Augustine Wong via Unsplash

La démarche pratique, irriguée par les éléments de connaissance que la théorie nous fournit, que les responsables de l'économie devraient suivre, est simple à énoncer : rapidement détecter les déséquilibres, les circonscrire afin d'éviter qu'ils ne se propagent et y remédier. Elle implique de minimiser et de réparer les défaillances du moment et, simultanément, de préparer l'avenir à moyen et long terme afin d'aider à resynchroniser les multiples horloges. Cette démarche, aux antipodes d'un mimétisme administratif, fruit de l'incertitude, et d'une thérapie de choc qui a marqué les réactions face à l'inattendu, est, au premier chef, une démarche éthique pour la simple raison qu'elle privilégie la recherche des conditions toujours possibles de résilience de cette économie de marché intrinsèquement instable. Elle vise à sauvegarder le bien-être des générations actuelles et futures en minimisant le risque économique comme le risque sanitaire au lieu de chercher un improbable optimum. Elle se plie aux effets de l'incertitude qui marque les connaissances scientifiques en s'appuyant sur des formes institutionnelles et organisationnelles qui privilégient un apprentissage, non seulement de nouvelles donnes scientifiques, mais aussi des technologies et marchés futurs.

Le temps nécessaire à cet apprentissage est la raison qui justifie à la fois de prendre garde aux destructions inutiles et de concevoir les règles et moyens permettant aux différents acteurs de reconnaître leur interdépendance et de se coordonner en partageant la même vision du futur. Le souci de l'engagement à long terme fondé sur le jeu des intelligences collectives aux différents niveaux de responsabilité doit alors primer sur celui du contrôle hiérarchique. Une gouvernance fondée sur la durabilité des relations contractuelles doit prendre la place d'une gouvernance par les nombres dans le but de rendre cohérentes entre elles et fiables les anticipations des changements à venir. La décision publique n'aurait plus, alors, le caractère erratique que lui confère le fait d'être prise sous l'aiguillon de la peur. En retour, les peurs ne seraient plus utilisées pour renforcer les pouvoirs d'experts aux connaissances approximatives avant que ce ne soit ceux d'autocrates porteurs de solutions simples et habiles au maniement des peurs identitaires.

Les similitudes manifestes entre les réponses à la crise sanitaire et celles apportées à la crise écologique en renforcent la pertinence. Dans un cas comme dans l'autre, la décision économique ne saurait être subordonnée à des connaissances scientifiques parcellaires. Dans un cas comme dans l'autre, la décision économique doit impulser des ajustements progressifs, gage d'apprentissage et de résilience. À cette condition, l'éthique pourra enrichir le raisonnement en économie, les questions économiques auront leur importance dans la réflexion sur l'éthique en aidant à la compréhension de l'interrogation socratique rappelée par Amartya Sen, « comment doit-on vivre ».

**Jean-Luc Gaffard**

***Professeur émérite d'économie***

***Université Côte d'Azur***

***Institut Universitaire de France***

# Le Droit face à la crise sanitaire
# Des incertitudes scientifiques aux tiraillements législatifs

*par Jean-Raphaël Demarchi*

Face au caractère inédit de la crise sanitaire qui a frappé le monde entier, le législateur français a dû s'adapter en toute urgence. Au même titre que l'ensemble des acteurs, celui-ci a un temps sous-évalué l'ampleur des difficultés générées par cette pandémie. Dès lors, dans une logique de défiance et d'opposition, certains citoyens ont immédiatement dénoncé le manque d'anticipation du pouvoir politique face à la survenance d'un virus ; risque sanitaire pourtant connu et documenté.

Fragilisé, le gouvernement a quotidiennement dû composer ou transiger avec la loi et ses gardes-fous, quitte parfois à les infléchir, voire à les dénaturer. Nos hommes politiques se sont naturellement tournés vers les avis scientifiques. La science a alors servi de « boussole » au législateur, ce dernier ayant toujours vu dans les experts une manière confortable de sécuriser ses choix les plus difficiles. Mais si médecins et experts ont quotidiennement éclairé notre gouvernement, ils l'ont parfois aussi ébloui, notamment quand leurs positions se sont faites dissonantes.

**« S'il existe bien un Droit de la crise, l'arsenal juridique récemment mis en place offre également un éclairage précieux sur la crise du Droit »**

Au gré de sa propagation, le virus a fragilisé nos institutions en même temps qu'il en a terni l'image. En effet, la France a toujours été fière de son système de santé et de son système juridique. Sources d'inspiration pour certains États, érigés en véritables modèles pour d'autres, notre Droit et notre Médecine ont été mis à mal par la crise. Ils ont souvent été pris de court ou mis en échec. Ils sont globalement apparus trop impuissants face à la mort, aux lenteurs ou aux incertitudes. Il faut toutefois reconnaître que les médecins, chercheurs, experts, politiques et juristes ont fait face ensemble à la crise et ont globalement su rester unis. Cette solidarité remarquable doit être reconnue. Nos institutions, perpétuellement contraintes à un difficile numéro d'équilibriste —à la fois limitées par un cadre rigide garant de l'Etat de droit et obligées d'innover en permanence— ont réussi à faire front et à éviter le pire. En effet, force est de constater que le gouvernement et les parlementaires sont parvenus à contourner des obstacles, à outrepasser certaines oppositions ou réticences, réduisant drastiquement les délais d'adoption de certains textes. S'il est certainement permis de s'en réjouir ou de s'en féliciter, il semble tout aussi utile de s'en inquiéter.

Si l'œuvre législative et le positionnement de nos politiques ne sont certainement pas exempts de toutes critiques, il faut vraisemblablement relativiser ces dernières au regard du contexte sans précédent dans lequel elles s'inscrivent. La période appelle à une forme de mesure et d'humilité ; le drame sanitaire qui se joue actuellement doit s'accompagner d'un souffle éthique repensé.

En effet, comment notre Droit, dont il est devenu classique de critiquer la technicité excessive, le manque de lisibilité ou d'accessibilité, pouvait-il décemment résister à cette crise sans faux pas ? Comment nos institutions judiciaires et nos autorités publiques, dont on ne connaît que trop bien les lenteurs et le manque de moyens, pouvaient-elles sérieusement faire face à l'urgence absolue sans prêter le flanc à la critique ? Était-il évident, ou même seulement possible, d'orchestrer l'application de textes chaque jour renouvelés ? Peut-on valablement reprocher à nos lois de n'avoir qu'imparfaitement répondu aux problématiques sans précédent posées par la crise de la Covid-19 ?

De toute évidence, la crise sanitaire a déstabilisé en profondeur le fonctionnement de nos normes. La pandémie a surtout cristallisé les lacunes préexistantes de notre système juridique, mettant en exergue de manière particulièrement prégnante certaines tendances critiquables de notre Droit.

Car s'il existe bien un Droit de la crise, l'arsenal juridique récemment mis en place offre également un éclairage précieux sur la crise du Droit.

La rencontre entre le Droit et la Covid-19 peut être analysée sous un double prisme. D'une part et d'un point de vue formel, la période allant du mois de janvier 2020 à aujourd'hui se caractérise par une inflation législative criante et porteuse de dangers. D'autre part et quant au fond, la teneur des textes

promulgués illustre les tiraillements permanents et les arbitrages auxquels a été confronté le législateur.

**L'inflation législative et l'inévitable altération de la qualité rédactionnelle des lois**

Selon la célèbre formule de Montesquieu, « *il ne faut toucher (aux lois) que d'une main tremblante* ». Notre législateur a prêté une attention toute relative à ce conseil pourtant empreint de sagesse. En effet, depuis le début de l'année et plus particulièrement encore à compter du mois de mars 2020, jamais autant de lois, d'ordonnances[1], d'arrêtés, de décrets, de circulaires et d'avis ne s'étaient accumulés autour d'un même sujet. Des textes ont été écrits, amendés, adoptés et abrogés par centaines[2]. Au bénéfice d'une simple recherche sur Légifrance portant sur l'ensemble des lois, textes consolidés et circulaires comportant le mot clef « COVID », ce n'est pas moins de 856 résultats qui sont générés…

Il n'est évidemment pas envisageable de se livrer ici à une étude exhaustive de l'ensemble de ces textes qui, si tant est qu'elle soit possible, n'aurait au demeurant qu'un intérêt relatif. Seules quelques dispositions centrales seront brièvement abordées.

Pour faire face à la pandémie de Covid-19, notre gouvernement a opté pour la création, au sein du Code de la santé publique, d'un nouveau régime spécifique d'état d'urgence sanitaire[3]. Ce choix méthodologique, qui s'est concrétisé par l'adoption de la loi du 23 mars 2020[4], a donné lieu à de nombreuses critiques[5], notamment au regard des pouvoirs exorbitants confiés à l'exécutif. Le régime, créé initialement à titre provisoire, a ensuite été prolongé jusqu'au 10 juillet 2020 par la loi du 11 mai 2020[6]. C'est sur ce fondement textuel qu'a été décidé le confinement général du pays au printemps 2020.

Face à la « seconde vague » de l'épidémie et par un décret du 14 octobre 2020[7], ce dispositif exceptionnel a de nouveau été mis en œuvre à partir du 17 octobre, pour une période d'un mois. Il a permis d'instaurer un couvre-feu dans de nombreux départements, avant qu'un nouveau confinement national ne soit décidé le 30 octobre dernier. Pour que l'état d'urgence sanitaire puisse s'appliquer au-delà du 16 novembre 2020, le Parlement devait donner son accord. C'est précisément l'objet de la loi du 14 novembre 2020[8] qui vient de prolonger l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 16 février 2021 sur l'ensemble du territoire national. Le régime transitoire de sortie de l'état d'urgence sanitaire est également prorogé jusqu'au 1er avril 2021. Ce dernier régime a vocation à prendre le relais lorsque l'état d'urgence sanitaire cessera.

À l'évidence et au-delà de ces quelques rappels chronologiques, tous les domaines du Droit ont été brutalement confrontés à l'application des textes nouveaux. Toutes les matières juridiques ont été impactées par des modifications substantielles. On peut citer, sans que ces exemples ne comportent un quelconque caractère exhaustif, le droit pénal[9], le droit du travail, le droit fiscal, le droit bancaire, le droit de la

1. La loi du 23 mars 2020 a autorisé le gouvernement à légiférer par ordonnances, y compris de manière rétroactive. Si cette technique législative existait déjà, la quantité et le contenu des ordonnances prises pendant la crise est critiquable, notamment en ce que le recours massif à cette méthode est de nature à fragiliser le principe de séparation des pouvoirs.

2. À titre de simple illustration, sur la seule période du 3 mars au 23 mars 2020, 27 textes réglementaires « Covid 19 » ont été publiés au Journal officiel : 8 décrets, 12 arrêtés du ministre de la santé et 7 arrêtés émanant d'autres ministres.

3. O. Beaud, C. Guérin-Bargues, « L'état d'urgence sanitaire : était-il judicieux de créer un nouveau régime d'exception ? », D. 2020. 891.

4. Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020.

5. En effet, il aurait pu être envisagé de ne pas modifier le cadre législatif en continuant de s'appuyer notamment sur les dispositions existantes des articles L. 3131-1 du Code de la santé ainsi que sur le pouvoir de police générale appartenant respectivement au Premier ministre au niveau national et aux maires et aux préfets au niveau communal et départemental, en vertu des dispositions du Code général des collectivités territoriales. Une autre option aurait également pu consister à compléter les dispositions existantes (article L. 3131-1 du Code de la santé publique) pour les adapter aux situations extrêmes rencontrées.

6. Loi n° 2020-546 du 11 mai 2020.

7. Décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020.

8. Loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020.

9. Voir à titre d'illustration, J.-B. Perrier, « Le droit pénal du danger », D. 2020. 937 ; M. Disant et O. Maricourt, « La violation du confinement à l'épreuve du contentieux », JCP 2020. 581.

famille, le droit commercial, le droit administratif et le droit hospitalier[10].

Si les efforts du législateur ont été louables, l'impréparation de notre système juridique s'est parfois montrée criante. À la nécessaire célérité qu'imposait la situation sanitaire semble parfois s'être substituée une forme de précipitation législative. Dès lors, les ajustements ont été trop nombreux, fragilisant *de facto* la crédibilité de l'édifice dans son ensemble. Tel un peintre pointilliste mal inspiré, le législateur n'a eu de cesse d'empiler, par petites touches successives, des règles dérogatoires, comme pour tenter de juguler en temps réel chacun des effets de la crise sanitaire. Ces réajustements constants ont été porteurs d'insécurité juridique et objet de légitimes critiques[11]. À certains égards, la loi semble avoir été utilisée comme un « outil de communication politique »[12], sans qu'on se soit toujours assuré de l'efficacité ou de l'efficience des mesures adoptées.

Ces « errements » législatifs, s'ils trouvent à se justifier par un évident contexte d'incertitudes, demeurent toutefois regrettables.

© Anthony Durand via Wikimédia

D'une part, ils se sont avérés particulièrement anxiogènes pour tous les justiciables, les privant notamment de toute forme de visibilité. Le pouvoir politique semble avoir pris la mesure de cette insuffisance, comme en atteste notamment le dernier discours du Président de la République en date du 24/11/20, entièrement bâti sur la volonté de « donner un cap aux Français », au travers notamment d'un « calendrier » précis du déconfinement.

D'autre part, les exigences d'intelligibilité, de prévisibilité, d'accessibilité et de clarté de la loi, pourtant requises tant par le Conseil constitutionnel que par la Cour européenne des droits de l'Homme, ne semblent nullement avoir été respectés.

Au-delà de la masse des textes accumulés et de leur qualité perfectible, c'est évidemment leurs conséquences qui interrogent.

**Les tiraillements législatifs et l'affaiblissement préoccupant des libertés individuelles**

Perpétuellement tiraillé entre la nécessité absolue d'assurer une sécurité sanitaire maximum et la volonté de limiter les atteintes portées aux libertés individuelles, le travail du législateur s'est avéré particulièrement délicat. Alors qu'il tentait de justifier rigoureusement chacune des restrictions faites aux libertés individuelles par les recommandations scientifiques alors disponibles, notre gouvernement se devait, concomitamment, d'assurer une certaine transparence, qui commandait de faire état des hésitations expertales... Les pistes s'en sont parfois trouvées brouillées et la communication perfectible.

De toute évidence et même s'ils s'en sont parfois défendus, le gouvernement et le législateur se sont livrés à de permanents arbitrages (la santé des plus vulnérables versus la santé économique du pays, la vie des uns versus la liberté des autres).

De ce jeu de balanciers, les libertés et droits fondamentaux ont sans conteste été les grands perdants. Ils sortent extrêmement fragilisés par la crise sanitaire[13]. La liberté d'aller et venir, la liberté d'entreprendre, la liberté d'expression, la liberté de réunion, la liberté de manifester, la liberté religieuse, le droit au respect de la vie privée et familiale, le droit à la di-

10. A. Lami et V. Vioujas, « Les établissements de santé face au Covid 19 : le droit hospitalier d'exception », RDSS 2020 p. 963.

11. A. Denizot, « Covid-19 : entre droit de la peur et peur du droit », RTD Civ. 2020, p.703 ; F. Vatin, « État de droit, état social et état de guerre : les limites temporelles de l'urgence », RDT 2020. 228.

12. Là encore, la critique n'est pas nouvelle ; elle a été formulée dès les années 1980 par Robert Badinter, de manière plus spécifique à la matière pénale.

13. Voir à titre d'illustrations : A. Jacquin et E. Daoud, « L'État d'urgence sanitaire ou l'État de droit mutilé, » AJ pénal 2020. 191 ; V. Champeil-Desplats, « Aspects théoriques : ce que l'état d'urgence fait à l'État de droit, in S. Hennette-Vauchez (dir.), « Ce qui reste(ra) toujours de l'urgence, Institut universitaire Varenne », 2018, p. 19.

gnité humaine ou à la protection de la santé[14] ont été gravement atteints. Bien plus, les périodes de confinement ont exacerbé les inégalités existantes en même temps qu'elles portaient atteinte à l'accès au Juge[15]. De même, le recours aux outils numériques de traçage et autres applications de lutte contre la propagation de la Covid-19 auraient nécessité une réflexion plus aboutie sur la question du fichage des individus et la protection des données personnelles, notamment de santé[16].

Plus largement encore et de manière très préoccupante, la crise a surtout révélé la relativité de droits fondamentaux que l'on croyait pourtant si efficacement garantis[17]. À cet égard, un auteur écrit, avec beaucoup de justesse : « *nos droits fondamentaux sont-ils encore fondamentaux lorsqu'on s'en écarte aussi facilement sous prétexte de crise sanitaire ? Notre Constitution est-elle encore une constitution si un virus peut justifier qu'il y soit dérogé, comme l'a admis le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 mars 2020 (n° 2020-799) ?* »[18].

**« Le risque majeur réside dans le fait que certaines mesures dérogatoires, présentées comme exceptionnelles et provisoires, s'installent durablement dans nos législations »**

À ce stade de la réflexion, la préoccupation centrale doit peut-être être celle de « l'après-crise ». Le risque majeur réside certainement dans le fait que certaines mesures dérogatoires, présentées comme exceptionnelles et provisoires, s'installent durablement dans nos législations. Les observateurs attentifs à un scrupuleux respect de nos libertés individuelles devront se montrer particulièrement vigilants sur ces aspects.

En guise d'ouverture, on peut certainement regretter que la notion d'Éthique, dont l'essence même s'articule autour de la nécessité d'un cheminement intellectuel fait de doutes, de tâtonnements et de conciliations, n'ait pas été mieux mise en exergue durant cette crise. La recherche permanente de justes équilibres, qui est le cœur même de l'approche éthique, semble pourtant transparaître des choix opérés par nos dirigeants politiques. Si la réflexion éthique a servi de fil d'Ariane au législateur, il est probablement dommage que cette ligne directrice n'ait pas été plus explicitement désignée. Une occasion manquée… En réalité, le terme « éthique » reste aujourd'hui encore quasi-absent de nos textes[19], comme si notre législateur et nos politiques demeuraient réticents à utiliser une notion aux contours jugés trop incertains.

**Jean-Raphaël Demarchi**

***Maître de Conférences en droit***

***Université Côte d'Azur***

***Avocat au Barreau de Nice***

14. M. Rebourg et S. Renard, « Le droit aux relations personnelles des résidents d'EHPAD dans le contexte du covid-19 », JCP 2020. 749.

15. E. Brochier et M. Brochier, « Attention à la suppression des audiences », D. 2020. 1119 ; T. Boyer et J. Griset, « Réflexions sur une justice sans accès au juge », JCP 2020, n° 23, p. 686 ; La Conférence des avocats du barreau de Paris, « La défense masquée », Gaz. Pal., n° 21, 9 juin 2020, p. 3.

16. C. Zorn, « État d'urgence pour les données de santé (II) : sidep et contact covid », Dalloz actualité, 26 mai 2020. Voir également, sur ces aspects, les positionnements et délibérations de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés : délibération n° 2020-046 du 24 avril 2020, délibération n° 2020-044 du 20 avril 2020 et délibération n° 2020-087 du 10 septembre 2020.

17. P. Spinosi, A. Lec'hvien et S. Bouderbala, « État d'urgence : du terrorisme au virus, quand les libertés reculent », AFP, 25 mars 2020 ; P. Cassia, « L'état d'urgence sanitaire : remède, placebo ou venin juridique ? », Mediapart, 24 mars 2020 ; V. Sizaire, « Un colosse aux pieds d'argile », RTDH actu. Droit-Libertés, mis en ligne le 29 mars 2020.

18. A. Denizot, op.cit.

19. Il peut être rappelé que le terme « éthique » n'est qu'exceptionnellement utilisé dans nos textes. Au regard de l'importance de la notion, on peut s'étonner de n'y trouver que quelques références timides et dispersées dans certains Codes, notamment concernant les lois relatives à la « bioéthique », dans le Code pénal (concernant les infractions en matière « d'éthique biomédicale »), dans le Code de la santé publique ou le Code de l'action sociale et des familles. Pour le reste, les références à l'Éthique ne se retrouvent qu'indirectement dans le travail législatif, au travers de notions comme l'équité (procès équitable / commerce équitable), l'égalité des armes, la déontologie, les principes de proportionnalité ou de loyauté.

## Michel Anthony — « Unity »

L'Espace Éthique Azuréen remercie l'artiste Michel Anthony, dans le vieux Nice, de nous autoriser à reproduire ce magnifique travail. La puissante allégorie de la nécessaire union des peuples de tous les continents, pour venir à bout de tous les obstacles et retrouver le chemin de la paix, entre plus que jamais en résonnance avec l'actualité.

**Atelier Anthony**

20 rue Droite • 06300 Nice • +33 (0) 6 17 46 87 41 • michelanthony.a@gmail.com

www.michelanthony.com • https://www.instagram.com/michelanthonysculptor/

ESPACE ÉTHIQUE AZURÉEN
Ethique & Santé

# Qui sommes-nous?

L'**Espace Éthique Azuréen** est une émanation du CHU de Nice.

Sa vocation est de **promouvoir la place de l'éthique en santé**, en particulier dans les soins.

À ce titre, il coanime l'Espace de Réflexion Éthique Interrégional PACA-Corse et travaille en partenariat avec l'Université Nice Côte d'Azur.

C'est un **lieu d'échanges, de formation, et d'informations** ouvert à toutes et à tous.

Ses missions sont :

- de stimuler le **débat public**,
- d'accompagner le **développement professionnel** des soignants,
- de démocratiser l'accès aux **ressources documentaires** spécialisées.

Retrouvez-nous sur **www.espace-ethique-azureen.fr**, sur **Facebook**, sur **Viméo** et sur **Twitter** pour en savoir plus !

Centre Hospitalier Universitaire de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Espace Ethique PACA - Corse