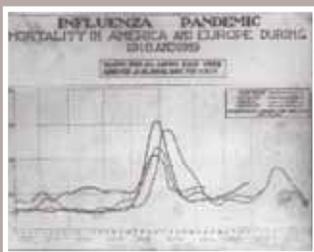


n°2-3 ▶ NOVEMBRE 2007

PANDÉMIQUES®

PANDÉMIES, ÉTHIQUE, SOCIÉTÉ



- Se préparer ensemble à une pandémie grippale
- Face aux risques
- Enjeux éthiques, défis démocratiques
- L'état d'exception
- Droits et devoirs des professionnels en temps de crise
- Accès aux soins et aux traitements : comment décider ?
- Stratégies internationales

▶ INITIATIVES

- > Continuité du service public dans un contexte de crise
- > L'accès aux soins des plus démunis
- > Responsabilités à l'égard des pays émergents



PANDÉMIES, ÉTHIQUE, SOCIÉTÉ

PLATE-FORME VEILLE & RÉFLEXION ► « PANDÉMIE GRIPPALE, ÉTHIQUE, SOCIÉTÉ »

Début 2006, le Département de recherche en éthique de l'Université Paris-Sud 11 avec l'Espace éthique Assistance publique-Hôpitaux de Paris a souhaité créer les conditions d'une approche pluridisciplinaire des enjeux éthiques et sociaux de la pandémie grippale. Un réseau de compétences s'est ainsi constitué. Il se développe désormais, notamment dans une perspective internationale et en relation avec les structures ou instances intervenant dans un même domaine d'action. Ses missions : assurer un travail de veille, identifier les questions émergentes qui concernent la pandémie grippale, analyser les propositions émanant d'instances publiques, contribuer par un travail de recherche et de publication à l'information, la sensibilisation, au débat public et aux choix.

Contact : marc.guerrier@sls.aphp.fr

MEMBRES DU CONSEIL SCIENTIFIQUE Novembre 2007

COORDINATION

Emmanuel Hirsch

Directeur de l'Espace éthique/AP-HP et du Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Marc Guerrier

Adjoint du Directeur de l'Espace éthique/AP-HP, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Jean Claude Ameisen

Professeur d'immunologie, Université Paris 7, Président du Comité d'éthique de l'INSERM, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Mylène Baum

Professeur de philosophie, Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain

Patrick Baudry

Professeur de sociologie, Université de Bordeaux 3

Charles Becker

Chercheur au CNRS, Centre d'études africaines, enseignant de bioéthique, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, membre du Comité d'éthique de la recherche en santé du Sénégal

Jean-Michel Besnier

Professeur de philosophie, Université Paris 4 Sorbonne

Pascal Bonnet

Médecin généraliste, chargé de mission éthique auprès du Comité directeur de MG France, doctorant en éthique, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Odile Bourguignon

Professeur de psychopathologie, Université Paris 5

Edwige Bourstyn

Chirurgienne oncologue, CHU Saint-Louis, AP-HP

Pierre Carli

Directeur médical du SAMU de Paris

Bernard Charpentier

Professeur de néphrologie, Doyen de la Faculté de médecine Paris-Sud 11, président de la conférence nationale des doyens de facultés de médecine

Pierre Czernichow

Professeur de santé publique, Département d'épidémiologie et de santé publique, CHU-Hôpitaux de Rouen, Université de Rouen

William Dab

Professeur titulaire de la chaire Hygiène et Sécurité, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

Armelle Debru

Professeur d'histoire de la médecine, Université Paris 5, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Françoise Demoulin

Présidente de l'Alliance nationale des associations en milieu de santé, directrice du bénévolat, Fondation Claude Pompidou

Assétou Ismaïla Derme

Sociologue, Centre national de recherche et de formation sur le paludisme, Ouagadougou, Burkina Faso

Bernard Devalois

Médecin responsable de l'Unité de soins palliatifs, Centre hospitalier de Puteaux, Président de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)

Denis Devictor

Professeur de médecine, chef de service de réanimation pédiatrique, CHU Bicêtre, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

François Dolveck

Praticien hospitalier, SAMU 92, médecin pilote pour les schémas départements IDF

Philippe De Lorme

Directeur des affaires internationales, CHU-Hôpitaux de Rouen

Pascal Dreyer

Conseil handicap, vieillesse, dépendance

Agnès Fabre

Chargée de la veille sanitaire, Ministère de l'Agriculture et de la pêche, enseignante associée, École nationale vétérinaire d'Alfort

Adeyinka Falusi

Professeur de santé publique, Université d'Ibadan, Nigéria

Edouard Ferrand

Praticien hospitalier, service d'anesthésie réanimation SAMU SMUR 94, CHU Henri Mondor, AP-HP (Créteil)

Jean-Pierre Fleury

Délégué national politique de santé, prévention, recherche, Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)

Jean-Philippe Horréard

Chef du service urgence sociale et intégration, Direction des affaires sanitaires et sociales de Paris (DASS)

Nicola Grignoli

Psychologue, doctorant en éthique, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Renaud Gruat

Praticien hospitalier anesthésiste réanimateur, coordonnateur général du réseau nord-francilien de prélèvements d'organes et de tissus, Président de l'Espace éthique du Centre hospitalier René Dubos, Pontoise

Sofia Gruskin

Professeur de santé et droits de l'homme, directrice du programme santé internationale et droits de l'homme, Harvard School of Public Health, États-Unis

Jean-Michel Guibert

Délégué à l'éthique et à la déontologie, Électricité de France (EDF)

Laurent Haas

Praticien hospitalier, service des urgences, CHU Saint-Louis, AP-HP, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

François Hirsch

Administrative officer, Commission européenne, Direction générale recherche, Unité science et société

Ulysse Korolitski

Agrégé de philosophie, Institut d'études politiques de Paris

Patrick Lagadec

Directeur de recherche, École polytechnique

Michel le Net

Président du Cercle d'éthique des affaires

Cédric Lussiez

Directeur de cabinet, Fédération hospitalière de France (FHF)

Alain Leplège

Professeur de philosophie, Université Paris 7, CNRS, REHSEIS

Pierre-Antoine Mailfait

Chef du département Formation Études et Ingénierie, Institut national des hautes études de sécurité (INHES)

François Michaud-Nérard

Directeur général des services funéraires, Ville de Paris, Vice-président de l'Union des professionnels du rôle funéraire

Jean-Luc Nahel

Professeur d'anthropologie, Président de l'Université de Rouen

Corinne Noth

Adjointe du médecin cantonal adjoint du Canton de Vaud, Coordinatrice du groupe d'expert Pandémie Grippale, Suisse

Benjamin Pitcho

Maître de conférences, Laboratoire européen droit santé, Université Paris 8, avocat à la Cour

Virginie Ponelle

Espace éthique/AP-HP, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Sylvain Pourchet

Médecin responsable de l'unité de soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, AP-HP, doctorant en éthique, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Bernard Régnier

Chef du service de réanimation CHU Bichat-Claude-Bernard, AP-HP

Andreas Reis

Département éthique, droits de l'homme, droit de la santé, Organisation mondiale de la santé (OMS)

Willy Rozenbaum

Professeur de pathologie infectieuse, Université Pierre et Marie Curie, CHU Saint-Louis, Président du Conseil national du sida

Didier Sicard

Professeur de médecine interne, CHU Cochin, AP-HP, Président du Comité consultatif national d'éthique

Benjamin Simmenauer

Philosophe, Consultant

Elisabeth G. Sledziewski

Maître de conférences de science politique, Institut d'études politiques, Université Robert-Schuman, Strasbourg

Norbert Steinkamp

Éthicien, Département éthique, philosophie et histoire de la médecine, Université de Nimègue

Danier Tarantola

Professeur de santé et droits de l'homme, Faculté de médecine, University of New South Wales, Sydney, Australie

Jean-François Ternay

Maître de conférence en sciences de l'information et de la communication, Université Paris-Sud 11

Didier Tourancheau

Directeur général adjoint de Radio France

Martine Valdès-Boulouque

Magistrat, membre de la Commission nationale consultative des droits de l'homme

► SOMMAIRE

► ÉDITOS P3	• L'état d'exception se justifie-t-il en droit ? P51 Benjamin Pitcho	• Antiviraux, vaccins : réflexions éthiques sur l'usage des traitements prophylactiques et curatifs P92 Jean-Philippe Derenne
• Nécessaire questionnement éthique P3 Didier Houssin	► DROITS ET DEVOIRS DES PROFESSIONNELS EN TEMPS DE CRISE P55	• SAMU : sollicitations anticipées, réponses envisagées P97 Pierre Carli
• Le devoir hospitalier P6 Jean-Marc Boulanger	• Les notions de devoir et de droit en période de pandémie grippale P56 Élisabeth G. Sledziewski	• Éthique et accès aux soins en réanimation P101 Bernard Régnier
• Une exigence d'interrogation et de clarification P8 Marc Guerrier, Emmanuel Hirsch	• Le professionnel face à ses droits et ses devoirs en période de crise : point de vue du psychologue P60 Odile Bourguignon	• Envisager la déprogrammation de soins « non urgents » ? P105 André Lienhart
• Encadré P11 Réflexions et recherches éthiques en cours : quelques repères Marc Guerrier	• Comment les entreprises privées envisagent-elles les droits et les devoirs des professionnels ? P63 Philippe Guibert	• Réflexions sur le traitement des urgences « non grippales » P107 Daniel Vittecoq
► SANTÉ PUBLIQUE : SE PRÉPARER ENSEMBLE P13	• Quelques réflexions sur les établissements sanitaires et médico-sociaux face aux menaces sanitaires P66 Claude Évin	• L'accès aux soins pour les plus démunis : enjeux pendant une pandémie grippale P110 Jean-Philippe Horréard
• L'origine du plan de lutte français contre la pandémie grippale P14 William Dab	• Continuité du service public dans un contexte de crise majeure P69 Philippe de Lorme	► FINS DE VIE - MORT P113
• Les fondements éthiques de la loi sur la préparation de notre système de santé aux menaces sanitaires de grande ampleur P18 Francis Giraud	• Enjeux éthiques de la gestion des ressources humaines : la position du directeur d'hôpital P71 Anne-Marie Armanteras-de Saxcé	• La pratique des soins palliatifs à l'hôpital en période pandémique : est-ce possible ? P114 Sylvain Pourchet
• Place du pharmacien de proximité : un acteur de régulation ? P21 Jean Parrot	• Le risque viral pendant une pandémie : quelle signification pour les professionnels ? P73 François Bricaire	• Quels dispositifs et pratiques funéraires pendant une crise pandémique ? P117 François Michaud-Nérard
► FACE AUX RISQUES P25	• Droits et devoirs des professionnels paramédicaux : position des infirmiers et des infirmières P76 Valérie Achart-Delicourt Patricia Berthelot	► INTERNATIONAL : LES STRATÉGIES P121
• Pandémie grippale : niveaux et incidences de la perception du risque P26 Émilio Mordini	• Droits et devoirs des médecins de ville P79 Marie-Laure Alby	• Les enjeux éthiques de la préparation à une pandémie grippale et de l'élaboration d'une stratégie de réponse à l'OMS P122 Andreas Reis
• Quel mode de raisonnement est le mieux adapté aux crises majeures ? P30 Patrick Lagadec	• Enjeux éthiques des droits et des devoirs des étudiants en médecine P82 Gabriel Ko	• Les institutions européennes confrontées au risque pandémique P125 Maurizio Salvi
► ENJEUX ÉTHIQUES, DÉFIS DÉMOCRATIQUES P35	• La réquisition : aspects juridiques P84 Marc Dupont	• Responsabilités à l'égard des pays émergents : choix d'orientation des recherches au regard d'urgence de santé publique P128 François Simondon
• Penser les crises sanitaires comme des crises morales et politiques P36 Élisabeth G. Sledziewski	► ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS : COMMENT DÉCIDER ? P87	• Préparatifs à la pandémie : l'exemple du canton de Vaud en Suisse P132 Corinne Noth
• Pandémie grippale, éthique et démocratie P40 Jean-Claude Magendie	• Légitimer nos décisions concernant l'accès aux soins et aux traitements P88 Benjamin Simmenauer	► SITES DE RÉFÉRENCE P135
• Les veilleurs de l'avant P45 Gérard Pardini		• Sélection de Nicola Grignoli P136
► L'ÉTAT D'EXCEPTION P47		► APPEL À ARTICLES P140
• Concevoir l'état d'exception en démocratie P48 Ulysse Korolitski		

PANDÉMIQUES®

CHU Saint-Louis
F 75475 Paris cedex 10
journal.pandemics@sls.aphp.fr

Directeur de la publication – rédacteur en chef
Emmanuel Hirsch

Rédacteur en chef adjoint
Marc Guerrier

Secrétaire de rédaction
Caroline Tachon

Membres du Comité de Lecture
Odile Bourguignon
Armelle Debru
Renaud Gruat
Sofia Gruskin
Marc Guerrier
Emmanuel Hirsch
Ulysse Korolitski
Élisabeth G. Sledziewski
Benjamin Pitcho

Conception, réalisation:
Atelier Maupoux / Virginie Ponelle
Impression : ydprint
ISBN : 2-916471-00-6

© Les articles et graphismes de Pandémiques et Pandemics sont la propriété exclusive du Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11 et de l'Espace éthique/AP-HP

« Nous voilà comme impliqués dans une solidarité active et résolue d'où émerge ce sentiment d'une responsabilité partagée, les uns vis à vis des autres. »

Jonathan M. Mann

PRENDRE POSITION

“ Anticiper de manière théorique ou examiner les expériences tirées d'autres circonstances significatives, constitue une bonne manière de se confronter aux éventualités d'une pandémie grippale. Pour autant, les spéculations d'experts et les mesures planifiées ne peuvent, à elles seules, créer les conditions de mobilisation et de renforcement de la cohésion sociale autour de valeurs partagées. Si la définition d'un cadre d'action s'impose, il ne peut se concevoir et s'élaborer que dans la dynamique d'une concertation qui associe l'ensemble des compétences et donne droit aux nécessaires controverses.

La légitimité d'options et de décisions sensibles, délicates dans un contexte incertain et contraignant, tient à la qualité, à la pertinence du débat. Une pédagogie de la responsabilité partagée apparaît indispensable.

Il s'agit de créer les conditions d'une délibération pluraliste, favorisant le discernement et ainsi l'expression d'une conscience, d'une vigilance, d'engagements motivés et efficaces au sein de la société.

L'idée même d'une pandémie met à l'épreuve nos libertés et donc la vie démocratique. C'est conscients d'un tel enjeu que nous devons concevoir nos réponses, prendre position.

Pandémiques, la Plate-forme veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société », les différents colloques organisés en témoignent : notre propos s'inscrit dans cette perspective et porte cette exigence.

Au-delà d'une possible pandémie, nos raisons de faire société et d'affronter ensemble les défis d'aujourd'hui justifient que nous retrouvions confiance en notre capacité de penser et d'inventer ensemble l'avenir. ”

M. G. – E. H.

À Jonathan M. Mann, directeur du Programme mondial contre le sida (OMS, 1986-1990), directeur du Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme, doyen de l'École de santé publique de l'Université Allegheny jusqu'à sa mort avec son épouse Mary Lou Clements-Mann le 3 septembre 1998 dans la catastrophe du vol Swissair.

▶ NÉCESSAIRE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE

Didier Houssin

Directeur général de la Santé,
Délégué interministériel à la lutte
contre la grippe aviaire

UNE ACTION RESPONSABLE

À l'heure actuelle, le risque de pandémie grippale doit être considéré comme l'un des périls infectieux les plus redoutables pour nos sociétés. En 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a demandé à tous les pays de se préparer et de s'organiser pour faire face et répondre à ce risque de crise sanitaire majeure. La quasi-totalité des pays ont engagé des actions et des procédures pour répondre à cette alerte.

Dans ce contexte, la France, sous l'impulsion des pouvoirs publics, a immédiatement et activement déclenché une réflexion et des travaux afin que le pays apporte une réponse au risque de survenue d'une pandémie grippale. Sous l'autorité du Premier ministre, tous les départements ministériels, services de l'État, collectivités territoriales et acteurs de la société ont été mobilisés.

La stratégie gouvernementale est exposée et explicitée dans le plan national de prévention et de lutte « Pandémie Grippale ». L'élaboration technique de ce plan a été confiée au Secrétariat général de la défense nationale, chaque ministère apportant sa contribution. Classé « confidentiel » à son origine, le plan a été rendu public en 2005, traduction d'une volonté de transparence du gouvernement.

Le plan national, actualisé chaque année, au regard de l'avancement des travaux de recherche et de la science, des retours d'expérience d'exercices, de toute évolution pertinente (épidémiologique, politique, économique, juridique...), en est à sa troisième version.

Une évolution sensible de la stratégie de réponse au risque de pandémie a eu lieu entre 2003 et 2007. Il est apparu nécessaire de compléter l'approche initiale essentiellement sanitaire, par l'intégration des impacts dans les domaines économique et social. Les travaux ont donc été sous-tendus par une recherche d'équilibre constante, mais parfois difficile à trouver, entre ces deux pôles. L'actualisation du plan national du mois de janvier 2007 a également permis d'inscrire de façon claire dans la stratégie gouvernementale la prise en compte des questions éthiques induites avec force par la nature même de ce type de crise.

La préparation de la France ne saurait être résumée par le seul document du plan national ; à celui-ci sont adossées des fiches techniques qui explicitent les mesures préconisées, des guides d'organisations et de préconisations pour divers secteurs sont édités, des plans de continuité des activités sont élaborés, des actions de formation et d'information sont mises en œuvre à l'intention des professionnels de santé, des actions de communication sont conduites et bien d'autres outils viennent s'ajouter à cette liste.

“ L’actualisation du plan national du mois de janvier 2007 a également permis d’inscrire de façon claire dans la stratégie gouvernementale la prise en compte des questions éthiques induites avec force par la nature même de ce type de crise. ”

Toutefois une approche technique ne suffira pas aux acteurs publics et privés quand ils seront confrontés à des tensions très fortes, aussi bien collectives qu’individuelles. Ces tensions naissent en raison de décalages possibles entre leurs objectifs, leurs valeurs, leur perception des risques et les moyens disponibles. Elles interrogeront leurs engagements et leur manière d’opérer certains choix ou d’agir en pratique.

Ce sont bien là des interrogations qui nous font entrer dans le domaine de l’éthique. Elle doit apporter une aide aux professionnels et, par une réflexion préalable sur une pratique responsable, leur permettre de se préparer à une pandémie.

Dans le domaine sanitaire, l’offre et l’organisation des soins au bénéfice des citoyens ne se résumeront certainement pas à une approche technique. Les professionnels verront peut-être encore fortement leurs conceptions éthiques sollicitées et bousculées en situation de pandémie. La difficulté ne réside pas tant dans la formulation des questions éthiques qui s’offrent à eux que dans l’élaboration des visions adaptées à une crise où le nombre de victimes sera peut être « massif », mais surtout où un risque vital sera couru par les professionnels eux-mêmes du fait de la menace de contamination. L’engagement des professionnels de santé, leur responsabilité, leur protection nécessitent de fait un questionnement éthique.

De plus, la recherche dans le domaine vaccinal, notamment concernant l’accès aux souches virales, n’échappe pas, outre sa technicité, à une réflexion éthique qui se place dans un contexte mondial.

PRÉALABLE D’UNE APPROCHE ÉTHIQUE

Le domaine économique, dans sa dimension mondialisée, met en évidence de grands déséquilibres planétaires entre pays du Nord et du Sud, dont les économies sont néanmoins très intégrées voire intriquées. La survenue d’une pandémie grippale ne pourra qu’accentuer ces phénomènes. Les risques sanitaires existant dans une zone du monde pourront avoir des conséquences sur tout ou partie du reste de la planète. Plus encore, les choix réalisés par un pays pourront avoir des conséquences importantes sur les pays frontaliers voire des pays plus éloignés, tant en ce qui concerne la diffusion ou l’endiguement du virus, qu’aux niveaux économiques ou politiques.

La gestion d’une crise économique mondiale, conséquence d’une crise sanitaire majeure, peut-elle se vivre sans une approche éthique au préalable ? Certes non, aussi la notion de « priorité » d’un secteur sur un autre doit être tempérée, par une définition plus réaliste de « l’essentiel » et faire l’objet d’un rapprochement des réflexions éthiques propres à chaque domaine santé-économie.

La coopération internationale doit obéir à une éthique, qui ne se forge que par l’avancée des relations entre pays avec les organisations internationales ; une éthique basée sur le constat qu’aucun pays n’est seul dans les risques comme dans les réponses à ces risques.

Par ailleurs, une pandémie grippale provoquera des bouleversements majeurs dans la vie quotidienne de chaque individu. Que ce soit l’organisation de la vie personnelle, individuelle, collective ou professionnelle, tous ces espaces seront touchés soit par

des mesures restrictives de liberté (limitation des rassemblements, fermetures des écoles, aménagements du fonctionnement des transports collectifs, suspension de liaisons aériennes internationales, etc.) soit par des mesures contraignantes (port de masques, réquisition, nouvelle définition des règles du travail, etc.). Ces contraintes importantes et non habituelles devront être explicitées et dans une large mesure justifiées scientifiquement ou politiquement. Mais, en tout état de cause, elles devront s'accompagner d'une démarche et d'une référence à l'éthique.

L'information et la communication auront une place essentielle dans la gestion d'une telle crise. La responsabilité gouvernementale dans ce domaine est entière ; la transparence des messages, leur crédibilité et leur cohérence seront déterminantes dans la réassurance des populations face au danger sanitaire, mais aussi pour contribuer à un comportement solidaire et civique des personnes sur la base d'une démarche éthique.

Finalement, nombre des aspects abordés lors de la préparation à une pandémie soulèvent des enjeux éthiques fondamentaux. La prise de conscience a eu lieu et a déjà produit des actions spécifiques. L'OMS joue un rôle important dans la réflexion au niveau mondial et européen ; des colloques ont déjà été organisés et vont se poursuivre dans les mois à venir dans certains pays, notamment en France. Cette orientation doit être encouragée et amplifiée. L'appropriation par tous des acteurs de la réponse au risque de pandémie, ils sont nombreux, est un facteur de réussite. La compréhension, des enjeux techniques et éthiques du fonctionnement de nos sociétés en situation de pandémie doit être, dès maintenant, présente dans le débat avec l'apport d'une réflexion éthique.

C'est précisément ce qui motive la démarche de *Pandémiques* : participer à la qualité de la préparation par l'approfondissement de ses aspects éthiques, en assurant la rencontre des points de vue entre acteurs « techniques » et « observateurs », à l'instar d'autres travaux en cours, nationaux ou internationaux, qui ne peuvent être que consensuels sur l'implication de tous dans les enjeux éthiques. ■

“ **La gestion d'une crise économique mondiale, conséquence d'une crise sanitaire majeure, peut-elle se vivre sans une approche éthique au préalable ?** ”

▶ LE DEVOIR HOSPITALIER

Jean-Marc Boulanger

Secrétaire général,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris
(AP-HP)

SE PRÉPARER À LA CRISE

La crise cesse d'être un événement importun, anormal, que l'on traite par exception. Elle est désormais structurelle, inéluctable ; seules restent aléatoires la date où elle surviendra et les formes qu'elle prendra.

La crise étant structurelle, la préparation à la crise doit devenir structurante pour nos organisations. C'est pourquoi, à partir de sa longue expérience en la matière, l'AP-HP s'est progressivement dotée d'un dispositif de préparation et de gestion de crise. Ce dispositif de gestion de crise est structuré à partir de quelques thèmes critiques principaux :

- l'afflux massif de victimes lié à la survenance d'un événement brutal, accidentel ou terroriste. Nous nous préparons tout particulièrement à la perspective d'un attentat multi-sites ;
- la variante NRBC d'un tel événement ;
- l'inondation ;
- la pandémie grippale.

Ce dernier type de crise présente des caractéristiques propres et, en particulier, l'étalement et la progressivité des effets d'une telle crise. Il nous faudrait notamment gérer une lourde surcharge d'activité s'étalant vraisemblablement sur deux périodes de 10 à 12 semaines. La charge maximale étant atteinte au bout de 5 semaines. On voit bien alors que l'endurance du système sanitaire sera un point clef de la maîtrise de la crise.

Sur ce sujet notre dispositif hospitalier AP-HP est aujourd'hui en voie de mise au point dans chacun de nos hôpitaux à partir du plan d'établissement global défini à la fin de l'année dernière.

LA RÉFLEXION ÉTHIQUE EST UN ÉLÉMENT INDISPENSABLE À LA PRÉPARATION DE LA CRISE

Lorsqu'une institution comme la nôtre se met en situation de gestion de crise, cela se traduit par un changement radical des modes de prise de décision et des priorités. Il s'agit essentiellement de faire en sorte que le choc provoqué par l'événement critique ne vienne balayer l'hôpital et paralyser son fonctionnement le rendant ainsi incapable d'assurer sa mission aussi bien au service des victimes immédiates que des patients habituels.

Il s'agit aussi de mettre l'hôpital en état d'adapter instantanément son mode de fonctionnement et d'arbitrage pour continuer d'assurer l'essentiel, le non-reportable,

l'indispensable, tout en écartant rapidement l'accessoire, ce qui n'est pas immédiatement indispensable.

L'ordre des priorités se renverse. Il faut savoir sélectionner à court terme pour assurer la vie des patients et le fonctionnement de l'hôpital à moyen terme en lui évitant le traumatisme psychologique et physiologique qui briserait son ressort.

Sélectionner, arbitrer rapidement implique de changer la grille habituelle d'analyse sans sacrifier l'essentiel.

Il faut donc ainsi réfléchir à la grille de lecture que l'on va appliquer sereinement au jour critique. C'est un travail de réflexion éthique indispensable.

EN SITUATION DE CRISE SANITAIRE, LE DEVOIR HOSPITALIER PREND TOUTE SA DIMENSION NATIONALE, CITOYENNE ET HUMAINE

Par-dessus tout, il faut placer le devoir de soigner. Il n'y a pas de conscience professionnelle, de conscience tout court, si dans le moment où il en a le plus besoin, le malade ne trouve pas un hôpital qui l'accueille, un professionnel qui le soigne (ce que je dis de l'hôpital est tout aussi vrai des soins de ville).

En même temps on ne peut faire courir au personnel soignant des risques inconsidérés. Il faut donc observer ces risques, en analyser la réalité et définir les moyens les plus propres à les éviter ou à en écarter les conséquences les plus sérieuses.

Le travail à accomplir n'est donc pas d'affronter devoirs et droits pour déterminer lequel l'emporte, mais bien d'affirmer le devoir et de travailler à rendre ce devoir humainement acceptable (compatible avec les droits des personnels) en permettant à chacun de maîtriser les risques. La réflexion éthique n'est pas un match entre droits et devoirs. C'est un raisonnement structuré permettant à chacun d'assurer son devoir avec conscience, sérénité, sans héroïsme particulier mais en mobilisant toutes les ressources de la connaissance scientifique, de la compétence professionnelle et de l'effort humain. ■

“ *Lorsqu'une institution comme la nôtre se met en situation de gestion de crise, cela se traduit par un changement radical des modes de prise de décision et des priorités.* ”

▶ UNE EXIGENCE D'INTERROGATION ET DE CLARIFICATION

Marc Guerrier, Emmanuel Hirsch

Espace éthique/AP-HP,
Département de recherche en éthique,
Université Paris-Sud 11,
Conseil scientifique de la plate-forme
veille & réflexion « Pandémie grippale,
éthique, société »

D'INDISPENSABLES PRÉALABLES

Plusieurs articles de *Pandémiques* n° 2-3 permettent de mieux comprendre et d'approfondir les questions éthiques relatives à l'accès aux soins et aux traitements. Du point de vue de la préparation des pays et des institutions (notamment les hôpitaux), l'observation du paysage européen à travers ses plans de préparation frappe sur un point particulier : certains prennent en compte la réalité de ces questions et analysent en vue de propositions concrètes les enjeux éthiques liés à l'établissement des priorités. D'autres, à l'inverse, n'y consacrent aucun développement ou se bornent à quelques discrètes et vagues mentions. La préparation à une pandémie est progressive et relève d'une dynamique favorisant adaptations et ajustements. Nous parvenons aujourd'hui à un stade où les aspects opérationnels (sur lesquels les responsables politiques et de santé publique travaillent encore, notamment à propos de l'interopérabilité des plans en Europe) ont singulièrement évolué, et où l'approche éthique des décisions en contexte de crise sanitaire majeure fera nécessairement l'objet du travail démocratique qui s'impose à chacun d'entre nous.

Un débat rationnel sur l'accès aux soins et aux traitements en cas de pandémie ne peut se conduire sans l'indispensable préalable d'une mise au point consacrée aux connaissances relatives aux virus candidats. Les modes de mise en œuvre des moyens de « protection » (par les masques, le lavage des mains et d'autres précautions), de prévention et de traitements (par les vaccins et les médicaments), sembleraient présenter une solution exactement adaptée aux circonstances. Cela, pour autant qu'on anticipe les procédures de production, d'achat, de répartition et de distribution. À ce jour il n'en est cependant rien : l'efficacité des molécules actuellement stockées et la stratégie, ou plutôt la politique définie pour leur utilisation, demeurent au stade de questions ouvertes susceptibles de susciter la controverse. Aucune autorité ne se trouve en mesure d'affirmer *a priori* et de manière avérée dans quelle mesure la (les) souche(s) issue(s) du H5N1 éventuellement à l'origine d'une pandémie seraient sensibles à l'oseltamivir (stocké massivement par les pays économiquement développés) ou au zanamivir (également stocké, mais dans une moindre mesure). Les vaccins pré-pandémiques à l'étude sont efficaces sur certaines souches de H5N1 mais il ne peut être certain qu'ils protégeront efficacement d'un virus humain émergent. Leur mise à disposition, ainsi que celle, dans un second temps, du vaccin pandémique, ne pourra se faire que progressivement, de sorte qu'il conviendra de déterminer qui en bénéficiera de manière prioritaire. Les modalités d'utilisation et l'efficacité des masques à visée de protection personnelle font encore l'objet d'études, et les recommandations édictées dans les plans nationaux varient au sein de l'Europe. Les recherches virologique et clinique, leurs financements et les directions qu'on entend leur donner prennent ici une importance particulière. Le lien entre science, recherche et développement, économie et politique se pense d'une manière

inédite dans une phase « préparatoire » ou d'émergence attendue d'un agent viral potentiellement pandémique.

DILEMMES DES CHOIX

S'agissant de l'offre de soin en cas de pandémie, en termes quantitatifs le bilan global des ressources disponibles à l'échelle mondiale apparaît totalement insuffisant. Selon les projections épidémiologiques, les habitants des pays du Sud connaîtront les taux de mortalité les plus élevés : 95 % des décès pourraient concerner les pays qui ne sont pas membres de l'OCDE¹. À l'échelon national, plusieurs questions relatives à l'accès aux soins et aux traitements demeurent sans réponses ou du moins ne figurent pas (encore) dans les plans nationaux ou institutionnels. Sur quels fondements effectuerons-nous des choix dans l'établissement de priorités si les dispositifs de santé mis en place pendant une pandémie s'avèrent insuffisants ? Les traitements de Tamiflu® (oseltamivir) sont stockés en quantité suffisante pour fournir des doses curatives à l'ensemble de la population malade. Toutefois l'accès suffisamment précoce à la première prise pourra-t-il être effectivement assuré ? On sait en effet que l'efficacité du traitement est directement conditionnée à la précocité de sa prise qui doit se situer dans les premières heures après la survenue des symptômes. Les modes de distribution préconisés sont-ils adaptés à l'urgence ? Qu'en sera-t-il de possibles recommandations de traitements prophylactiques générant une plus forte consommation de produit, et donc une nécessaire sélection de personnes qui en bénéficieraient ? En cas de résistance du virus à l'oseltamivir (Tamiflu®), mais de sensibilité au zanamivir (Relenza®), il ne serait pas possible, en l'état actuel des stocks disponibles, de traiter l'ensemble des personnes symptomatiques. Des critères de priorités devront donc être établis.

S'agissant des soins hospitaliers, tout particulièrement les soins intensifs, comment envisagerons-nous de créer des priorités si à un moment donné de la pandémie il devient matériellement impossible de soigner chacun d'une façon proportionnée à ce que requiert sa situation clinique ? Comment anticiper l'accompagnement médical et soignant d'un nombre très élevé de personnes en fin de vie, à la fois à l'hôpital et pour le plus grand nombre au domicile ? En ce qui concerne la distribution des soins pour les pathologies « non grippales », la question de la « déprogrammation » peut n'être technique qu'en partie. En effet, si la notion des degrés d'urgences dans les pathologies n'était pas modifiée en elle-même par des circonstances épidémiques, notre rapport au risque et à la notion même d'urgence pourrait se trouver profondément altéré dans des circonstances de saturation des moyens de santé, de forte mortalité, avec un fonctionnement du système volontairement dégradé afin de prendre en charge une quantité importante de personnes grippées.

“ Le lien entre science, recherche et développement, économie et politique se pense d'une manière inédite dans une phase « préparatoire » ou d'émergence attendue d'un agent viral potentiellement pandémique. ”

“ S’agissant des soins hospitaliers, tout particulièrement les soins intensifs, comment envisagerons-nous de créer des priorités si à un moment donné de la pandémie il devient matériellement impossible de soigner chacun d’une façon proportionnée à ce que requiert sa situation clinique ? ”

Personne ne souhaite que nous ayons à faire face un jour à ce type de dilemmes dans les choix. Nos efforts portent en effet, de manière permanente, sur l’égalité et l’équité dans l’accès aux soins pour tous. Il est néanmoins légitime et nécessaire de se demander à quel type d’éventualité on se doit d’être préparé, et de quelle manière associer le corps social afin de l’investir des responsabilités qui le concernent. Face à certaines menaces vitales, comme par exemple les actes de terrorisme, des scénarii envisageant les dispositifs de nature à protéger, à sauvegarder nos intérêts, voire à assurer la survie de l’État relèvent du secret-défense : leur divulgation compromettrait en effet leur efficacité. Il ne peut en aller de même s’agissant d’une possible pandémie de grippe. Les travaux conduits à ce propos dans le champ de l’éthique convergent. Ils affirment l’importance des principes de transparence, de loyauté et donc l’exigence d’une sensibilisation adaptée du public par la médiation d’une information anticipée, crédible, recevable et proche des personnes.

Au stade préparatoire de la « catastrophe annoncée » que pourrait constituer une pandémie de grippe hautement pathogène, la possible saturation des mécanismes des soins et de la médecine avec ses conséquences tragiques devrait faire l’objet d’un débat national. Les modalités de cet effort de concertation dans le cadre d’un dialogue responsable restent encore à inventer. La diffusion de réflexions au sein de notre Plate-forme Veille & réflexion « pandémie grippale, éthique et société » et avec la publication de *Pandémiques*, constitue de ce point de vue une contribution à laquelle nous sommes attachés. Nous avons également estimé indispensable de solliciter d’autres instances afin de bénéficier d’éclairages indispensables. En août dernier une saisine a ainsi été adressée au Comité consultatif national d’éthique, l’interpellant notamment sur la question de l’établissement des priorités dans l’accès aux soins. Il est du reste surprenant qu’à ce jour en France aucune structure à vocation éthique ne considère la menace pandémique comme un sujet digne d’attention... Ce constat ne peut que davantage nous inciter à demeurer constant dans l’exigence d’interrogation et de clarification que nous développons au sein du réseau de compétences impliqué dans cette démarche civique. ■

RÉFÉRENCE

- [1] Murray CJL. Et al., « Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis », *Lancet* 2006;368:2211-18.

RÉFLEXIONS ET RECHERCHES ÉTHIQUES EN COURS : QUELQUES REPÈRES

Marc Guerrier

Espace éthique/AP-HP, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11,
Conseil scientifique de la plate-forme veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

Principales thématiques identifiées

Nous avons évoqué dans le précédent numéro de *Pandémiques* les travaux de nos collègues du Joint Centre for Bioethics de Toronto et du Département d'éthique de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ils sont repris sur notre site : <http://www.espace-ethique.org/fr/grippe.php>
Pour mémoire, les principaux thèmes et repères de la réflexion éthique relative à une pandémie de grippe sont repris dans le tableau ci-contre.

JCB, Toronto, 2003 Questions éthiques essentielles identifiées après l'expérience du SRAS

Singer P. Benatar S. Bernstein M. et al., « Ethics and SARS : lessons from Toronto », *BMJ* 2003 ;327 : 1342-44.

- Éthique de la quarantaine
- Confidentialité des informations et nécessité d'information du public
- Devoir de soigner
- Effets collatéraux des mesures
- L'émergence du SARS dans un contexte mondialisé

JCB, Toronto, 2005 Questions éthiques essentielles identifiées pour la préparation à une pandémie grippale

« Stand Guard for Thee. Ethical consideration in preparedness for pandemic influenza », University of Toronto Joint Center for Bioethics Pandemic Influenza Working Group. Report, Nov. 2005.

- Devoir des professionnels de santé de travailler pendant une pandémie
- Restriction des libertés individuelles dans l'intérêt du public par des mesures telles que la quarantaine
- Mise en place de priorités, y compris dans l'allocation de ressources rares tels que les antiviraux ou les vaccins
- Conséquences pour la gouvernance en contexte mondialisé, notamment pour les voyages

OMS, Genève, 2006-07 Groupes de travail « éthique et pandémie »

Site de l'OMS : www.who.int/ethics

- Mise en place de priorités et équité dans l'accès aux mesures prophylactiques et thérapeutiques
- Isolation, quarantaine, distanciation sociale et contrôle des frontières
- Rôles et obligations des professionnels de santé pendant une pandémie de grippe
- Développement d'une réponse multilatérale à une pandémie de grippe

La Déclaration de Bellagio

En juillet 2006, vingt-quatre personnalités représentatives de la santé publique et de l'éthique se réunissent à Bellagio, en Italie, sur l'initiative de l'Institut Berman (John Hopkins University), afin de discuter des enjeux d'une pandémie dans l'horizon de la justice sociale. Ils signent un texte commun « Sur la justice sociale et la grippe », diffusée sous le titre de Déclaration de Bellagio.

Ce texte traduit la conviction fondamentale suivante : « La préparation et la réponse aux épidémies aviaires et humaines de grippe ne doivent pas uniquement se fonder sur des principes scientifiques et de santé publique, mais également respecter et porter une attention particulière aux besoins et aux droits des personnes défavorisées, et intégrer les moyens par lesquels leurs intérêts et préférences seront pris en compte et articulés les uns avec les autres »¹. Les auteurs formulent six principes ayant pour vocation à guider les gouvernements dans la préparation à une pandémie :

- Veiller à l'accès équitable à une information adaptée.
- Impliquer les acteurs de la société civile dans le dépassement des obstacles de communications qui existent avec les populations défavorisées.
- Faciliter le signalement des cas aviaires possibles en donnant les garanties nécessaires à ceux pour qui la suppression des élevages aurait des conséquences graves.
- Évaluer et surveiller les conséquences des politiques mises en œuvre sur les populations défavorisées.
- Analyser et chercher à comprendre, des points de vue scientifiques et socio-économiques, les conséquences d'une pandémie sur les populations défavorisées.
- Développer un effort international s'agissant de l'équité dans l'accès aux vaccins, aux soins et aux traitements, tout particulièrement pour les populations à risque de discrimination.

La Communauté européenne

Les instances européennes, la Commission, et plus récemment l'European Centre for prevention and disease control (ECDC), se sont largement investis dans le suivi de l'élaboration des politiques de préparation à une pandémie de grippe pour les pays membres et dans certaines actions de coordination.

Depuis 2001, cinq colloques ont été organisés en partenariat entre la Commission européenne et la région EURO de l'Organisation mondiale de la Santé. Un certain nombre de questions éthiques, tout particulièrement s'agissant de l'équité dans l'accès aux soins dans les pays membres, y ont été évoquées, sans toutefois que la réflexion éthique n'y soit identifiée en tant que telle. Ce n'est que très récemment que l'importance des enjeux éthiques a été évoquée de manière explicite dans un rapport de l'ECDC concernant l'état de préparation des pays membres en janvier 2007. Ce rapport se félicite ses initiatives prises dans certains états s'agissant de l'initiation de discussions sur les aspects éthiques de la préparation. Il formule l'incitation, tant au niveau européen qu'aux niveaux nationaux, d'un approfondissement de la réflexion et la mise en route de débats publics pour les aspects suivants :

- l'établissement des priorités dans les traitements : antiviraux et vaccins ;
- la prise en compte des populations vulnérables.

Publications scientifiques

L'exercice d'une recherche sur la base de données MedLine en utilisant les mot-clefs «influenza ethics» produit un résultat intéressant à titre indicatif, s'agissant du nombre et de la teneur des publications. En 2004, 10 articles sont référencés : 2 renvoient à l'enjeu d'une pandémie, les 8 autres étant principalement consacrés aux réflexions faisant suites aux difficultés auxquelles les États-Unis ont du faire face dans la vaccination contre la grippe saisonnière après le rappel d'un grand nombre de lots de vaccins. 33 puis 41 articles répondent à ces mot-clefs respectivement en 2005 et 2006, orientés dans leurs immense majorité sur les enjeux éthiques d'une possible pandémie de grippe. Au 1^{er} octobre 2007, 18 publications seulement figurent dans cette liste pour l'année en cours. Le sujet n'est pas épuisé pour autant du point de vue médical. Mais la teneur des articles, qui enrichissent la réflexion ou permettent de partager des positions relatives à l'équité dans l'accès aux traitements, tend à devenir plus dense et à mieux cerner un sujet autant social que médical. ■

RÉFÉRENCE

[1] Bellagio Statements and Principles on Social Justice and Influenza, Bellagio Meeting, Juillet 2006 : <http://www.hopkinsmedicine.org/biotethics/bellagio/statement.html>

SANTÉ PUBLIQUE : SE PRÉPARER ENSEMBLE

SOMMAIRE

► **L'ORIGINE DU PLAN DE LUTTE FRANÇAIS CONTRE LA PANDÉMIE GRIPPALE**
William Dab

► **LES FONDEMENTS ÉTHIQUES DE LA LOI SUR LA PRÉPARATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AUX MENACES SANITAIRES DE GRANDE AMPLIEUR**
Francis Giraud

► **PLACE DU PHARMACIEN DE PROXIMITÉ : UN ACTEUR DE RÉGULATION ?**
Jean Parrot



► L'ORIGINE DU PLAN DE LUTTE FRANÇAIS CONTRE LA PANDÉMIE GRIPPALE

William Dab

Professeur titulaire de la chaire Hygiène et Sécurité, Conservatoire national des Arts et Métiers (CNAM), membre du Conseil scientifique de la Plate-forme veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

LA DIFFICULTÉ DE DÉFINIR DES PRIORITÉS D'ACTION À LONG TERME

Quand, en août 2003, j'ai pris la tête de la Direction générale de la Santé (DGS), il nous appartenait, entre autres tâches, de rédiger la première version du Plan de lutte contre la pandémie virale. Chacun sait qu'à cette période, la France sortait d'une catastrophe sanitaire de grande ampleur, puisqu'un excès de mortalité de 15 000 personnes avait été enregistré à la suite d'un épisode caniculaire. Un tel phénomène pouvait apparaître comme impensable dans notre pays. Nul n'avait prédit son ampleur. Il n'existait aucune procédure formalisée de gestion des conséquences d'une vague de chaleur ou d'autres phénomènes totalement hors normes. Dans ce contexte, il y avait une hypersensibilité à tout ce qui se rapportait à la santé.

Lorsque j'ai pris mes fonctions, je connaissais les forces et les faiblesses de la DGS. Je savais que les impératifs du quotidien seraient prégnants. Je me souviens d'avoir passé presque trois semaines à m'enquérir de la capture d'un chien enragé importé du Maroc, lequel avait mordu quelques 110 personnes... Heureusement, personne n'est mort de

la rage au pays de Pasteur, mais ce fut au prix d'une mobilisation non seulement locale mais, aussi, nationale. Malgré la pesanteur de tels « objectifs de court terme », il convenait avant tout de prendre toute la mesure des conséquences de l'épisode caniculaire tout en préparant les débats parlementaires sur la Loi relative à la politique de santé publique. La préparation aux urgences de santé publique est l'un des axes essentiels sur lequel il convient de travailler de façon durable. La collectivité doit se préparer à certains événements du mieux qu'elle le peut. Pour avoir beaucoup travaillé sur l'épidémiologie de la grippe, je savais qu'une pandémie due à un virus mutant représentait l'une des plus graves menaces de santé publique planant sur la population.

La nécessité de lancer une préparation organisée et de grande ampleur était loin d'être largement ressentie au sein de l'appareil d'État. Le ministre de la Santé de l'époque, l'Institut de veille sanitaire et le conseiller du Premier ministre ont joué ici un rôle clé, s'agissant de savoir s'il revenait bien à l'État d'intervenir dans ce domaine. Après tout, les services d'urgence – en particulier le SAMU – n'étaient-ils pas compétents pour gérer les urgences ? Mais, une éventuelle pandémie grippale ne manquerait pas

La préparation aux urgences de santé publique est l'un des axes essentiels sur lequel il convient de travailler de façon durable. La collectivité doit se préparer à certains événements du mieux qu'elle le peut.

d'affecter le système de soins dans son ensemble et ce, de manière vraisemblablement dramatique. Pour convaincre l'État de s'engager dans la prévention du risque pandémique, la publication des deux rapports parlementaires rédigés à la suite de la canicule ont permis une large prise de conscience. Ils soulignaient que la Direction générale de la Santé ne disposait pas des moyens nécessaires pour faire face à un désastre de l'ampleur d'une canicule ou d'une pandémie grippale. Les élus de la Nation l'ont explicitement reconnu et ont recommandé d'engager l'État, et plus particulièrement la DGS, dans la préparation d'urgences potentielles majeures de santé publique.

La préparation de la version initiale du plan de lutte contre une pandémie grippale a donc été conduite de pair avec les services du Secrétariat général pour la Défense nationale et ceux de la Sécurité civile. Mais à cette époque, l'essentiel de ce plan fut classé « confidentiel défense ». Certes, nous n'en sommes plus là, mais il convient de garder à l'esprit ce trait initial sur lequel je reviendrai.

UNE LOGIQUE DE MOYENS

En pareille matière, j'ai considéré que les considérations opérationnelles devaient primer. Il n'est pas possible, en effet, de confronter d'emblée les grandes options éthiques et de privilégier le « pourquoi » au détriment du « comment » : une réflexion éthique doit se nourrir de la connaissance de la réalité.

Il n'est pas possible, en effet, de confronter d'emblée les grandes options éthiques et de privilégier le « pourquoi » au détriment du « comment » : une réflexion éthique doit se nourrir de la connaissance de la réalité.

Pour cela, des ressources doivent être mobilisables. Or, pour initier la préparation de la collectivité contre un certain nombre de périls majeurs comme la menace de pandémie grippale – mais aussi contre les menaces bioterroristes de toutes sortes – je pouvais compter les agents dont je disposais sur les doigts d'une main (pour ne prendre que le cas de la grippe, je ne disposais au départ que d'une personne dédiée) !

J'ai donc été contraint de prendre des mesures de gestion assez lourdes et inédites, en déchargeant un sous-directeur de ses fonctions pour l'affecter à la préparation du Plan de lutte contre la pandémie grippale. Comme il est impossible de recruter simplement dans la Fonction publique, j'ai pu obtenir le soutien de deux personnes très compétentes détachées de l'Inspection générale des Affaires sociales (ce qui fait donc, tout au plus, trois personnes et demie affectées à cette tâche...). Nous avons, néanmoins, réussi à inscrire ce sujet sur l'agenda interministériel et à obtenir un engagement fort du chef du gouvernement.

On peut concevoir deux manières de procéder. J'ai choisi de conduire l'action suivant une logique de moyens, plutôt que de principes. Il s'agit là, sans nul doute, d'un choix très lourd de conséquences. Heureusement, le virus H5N1 ne s'est pas disséminé rapidement sous forme pandémique. Il nous a laissé le temps de dégager des lignes budgétaires pour constituer des stocks de médicaments antiviraux et lancer l'effort de recherche et développement afin de progresser le plus vite possible sur le plan vaccinal. Un

certain nombre de stocks stratégiques ont ainsi été constitués – il s'agissait tout de même d'envi-

sager la contamination de 20 à 30 % de la population par le virus !

De plus, notre action a consisté à préparer le système de soins qui serait forcément saturé en situation pandémique.

Fallait-il un plan ? Je suis convaincu qu'il n'existe pas d'autre manière d'organiser le travail, au sein de l'État, que celle qui consiste à établir un plan d'actions. Certes, son existence peut induire l'illu-

On peut concevoir deux manières de procéder. J'ai choisi de conduire l'action suivant une logique de moyens, plutôt que de principes. Il s'agit là, sans nul doute, d'un choix très lourd de conséquences.

sion fallacieuse que le phénomène est maîtrisé et contribuer à un sentiment de fausse assurance. Il n'en demeure pas moins qu'à l'époque, nous venions de vivre une situation d'urgence de santé publique qui avait plongé notre système sanitaire dans un chaos complet. Lorsque nous avons commencé à établir un plan, nous souhaitions « routiniser » tout ce qui pouvait l'être. Si le pire survenait, les responsables pourraient consacrer leur temps et leur énergie à gérer tout ce qui, précisément, n'avait pas été envisagé dans le plan. Souvenons-nous qu'à l'occasion de l'épisode caniculaire, le Directeur général de la Santé lui-même avait dû consacrer une journée à la rédaction d'un protocole de réhydratation parce que rien n'était préparé d'avance... La réédition d'un tel cas de figure était bien entendu à proscrire.

Pour autant, je pense qu'il faut abandonner l'idée d'établir un plan obsessionnel, qui ambitionne de tout anticiper et de tout prévoir dans le détail. Une telle

approche serait sans doute bien pire que celle qui consisterait à ne pas écrire de plan préparatoire. Toutefois, j'estime que nous sommes parvenus à réaliser quelque chose d'équilibré, qui prend la forme d'un guide stratégique plutôt que d'un manuel de prescriptions à appliquer de manière automatique.

Pour faire face à l'inconnu avec pertinence, l'esprit des responsables doit être libéré des tâches de routine dont l'organisation peut sans inconvénient (au contraire !) être prévue d'avance.

DISCUTER DES CHOIX ET EN RENDRE COMPTE

Si un certain nombre de choix ont dû être opérés rapidement, pour les principaux responsables impliqués, il était évident que la préparation à la survenue d'une pandémie grippale appelait une discussion éthique. Même si, idéalement, elle aurait dû l'être dès le départ, toute la question était de savoir à quel moment cette discussion devait être lancée. La pandémie grippale nous renvoie à des images de guerre. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire *La Grande grippe. L'histoire épique de la peste la plus mortelle dans l'histoire*, de John Barry, décrivant l'épisode de 1918-1920. Cependant, s'agissant d'un événement affectant avant tout les populations civiles, de surcroît dans un cadre démocratique, les responsables de la Santé doivent discuter de leurs choix et en rendre compte. Une erreur grave consisterait à ne communiquer qu'avec les professionnels sans échanger avec une population considérée comme « passive ». Elle se révèle, au contraire, un acteur de premier plan lorsqu'il faut surmonter une crise majeure.

En un sens donc, il aurait été plus facile

et plus « noble » de commencer par un débat éthique. J'assume, cependant, la responsabilité de ne pas l'avoir initié, non seulement en raison des moyens limités qui étaient ceux de la Direction générale de la Santé, mais aussi et surtout parce qu'une telle stratégie comportait le risque que rien ne soit réalisé de tangible durant le temps du débat. En tout état de cause, il existe un dilemme permanent entre les approches « *top down* » et « *bottom up* ».

Dans le contexte de pression judiciaire qui caractérise désormais l'exercice des responsabilités de santé publique, j'ai estimé qu'il fallait sans attendre prendre des mesures de précaution ce qui a eu pour effet, j'en conviens, de focaliser l'attention sur les aspects les plus techniques du problème (comme la constitution de stocks stratégiques de médicaments), ce qui n'épuise évidemment pas la question. De fait, je ne peux que saluer les instances éthiques – notamment l'Espace éthique de l'AP-HP – qui nous rappellent que ce genre de problématique n'est jamais purement technique, mais qu'elle interroge au plus profond le système de valeurs de nos sociétés.

Il existe bien, au sein de la DGS, un bureau « Éthique et droit » mais, jusqu'à présent, la réflexion éthique a davantage porté sur la déontologie du soin et de ce qu'il est convenu d'appeler la bioéthique que sur les interventions de santé publique (à l'exception notable du sida, grâce à l'engagement déterminant du

monde associatif du fait de la menace de discrimination à l'égard des personnes porteuses du VIH).

Nul ne songe, pour autant, à sacrifier la nécessaire participation de tous à un dispositif technocratique, quel qu'il soit. Cependant, j'insiste : jusqu'à la nomination d'un délégué interministériel à la grippe aviaire, nous avons dû composer avec le fait que le Plan de lutte contre une pandémie grippale était en grande partie classé « confidentiel défense ».

C'est une réalité incontournable à laquelle nous avons du faire face.

Notre appropriation collective des questions de société liées au risque de pandémie grippale doit donc être développée – et je ne fais pas simplement référence à des problèmes moraux, ni aux

nécessaires priorités à définir en situation de pénurie. Si l'on veut agir de façon durable, c'est-à-dire d'une manière telle que la société puisse se remettre du traumatisme que représenterait une pandémie sévère, il faut être particulièrement vigilant pour ce qui concerne les principes, les repères, la sauvegarde de la confiance sans laquelle la guerre contre le virus risquerait de dégénérer en guerre civile, voire en guerre tout court. Maintenant qu'un certain nombre de décisions de principe et d'actions concrètes ont été initiées, le temps du débat est venu. Pour cela, au moins, remercions le virus aviaire de la chance qu'il nous donne de nous en saisir....

Dans le contexte de pression judiciaire qui caractérise désormais l'exercice des responsabilités de santé publique, j'ai estimé qu'il fallait sans attendre prendre des mesures de précaution ce qui a eu pour effet, j'en conviens, de focaliser l'attention sur les aspects les plus techniques du problème (comme la constitution de stocks stratégiques de médicaments), ce qui n'épuise évidemment pas la question.

DES QUESTIONS ÉTHIQUES EXIGEANTES

En reprenant contact avec le monde de l'entreprise, j'ai été surpris par la qualité de l'effort consenti par certaines d'entre elles pour se préparer à une pandémie virale. J'ai alors réalisé que la première version du plan gouvernemental comportait une lacune importante, tant nous étions préoccupés par la protection des professionnels de santé. En effet, si une situation extrêmement troublée devait se produire en raison d'une pandémie grippale, elles joueraient un rôle de structuration et de stabilisation de la société de premier plan. Car, il ne s'agirait pas seulement de continuer d'assurer les services essentiels. De ce fait, il est bien possible que les entreprises soient le seul lieu où un lien social de réassurance pourrait être maintenu.

Heureusement, le virus ne s'est pas propagé aussi vite que nous le craignions. Nous disposons d'un répit pour nous préparer à rendre certaines circonstances vivables par la communauté. Le pire consisterait à laisser les personnes livrées à elles-mêmes pour sauver leurs vies et celles de leurs enfants. Je ne discerne pas d'autre force sociale que celle des entreprises pour éviter un scénario comparable à celui vécu par la Nouvelle-Orléans. C'est en tout cas à cette tâche qu'il faut s'atteler.

Ne perdons pas de vue que le virus de la grippe est parmi les plus contagieux et que sa durée d'incubation est courte. Le SRAS présentait une opportunité heureuse : nul n'était contagieux avant d'exprimer les symptômes de la maladie, si bien que les mesures barrières prescrites par l'hygiène classiques ont fonctionné. S'agissant de la grippe, une personne peut

être contagieuse 48 heures avant l'apparition des symptômes, ce qui ne permet pas d'empêcher la propagation de la maladie. On peut la ralentir mais pas l'empêcher. Or, même si nous disposions d'un vaccin, les capacités de production mondiales ne dépassent pas aujourd'hui 300 millions d'unités par an.

Privilégier l'obtention de médicaments antiviraux – ce qui, vu les sommes à engager, a demandé une énergie considérable dans un cadre qui ne pouvait être qu'interministériel – ne pouvait certes pas tenir lieu de stratégie. Cependant – même s'il est curieux de le dire dans ces termes – c'est parce qu'une dépense majeure a été consentie, que nous avons pu être entendus. Selon moi, une fois les stocks constitués, alors les vraies questions allaient pouvoir être débattues : qui procéderait à la distribution des traitements ? De quelle manière ces derniers seraient-ils rendus accessibles ? (La réflexion sur les inégalités liées aux situations de précarités sociales est à cet égard incontournable). Si, au contraire, nous avions voulu régler tous les problèmes *a priori*, les financeurs auraient eu beau jeu de dire : « Réglez vos problèmes et revenez nous voir ensuite... ».

Quoiqu'il en soit, la possession de stocks d'antiviraux, qui sont parmi les plus importants du monde, ne nous dispense en aucun cas de nous poser les bonnes questions et de ne rien tenir pour acquis, sans quoi l'effort dont je parle s'avèrerait nul et non avvenu. Je dirais même : c'est parce que cet effort a été consenti, que nous avons la responsabilité collective de ne pas le dilapider.

Existe-t-il des invariants de crise ? Nous en avons effectivement défini pour les différents plans établis à DGS sous la forme d'un tronc commun. Les particularités de chaque événement ne

doivent pas être méconnues, mais dès lors qu'une intervention concerne de nombreux acteurs, il existe des principes génériques d'action. On les a vus à l'œuvre lors de la vague de chaleur de juillet 2006. Elle a causé de l'ordre de 150 morts là où elle aurait pu en causer 7 000 à 8 000. Un tel résultat n'a pu être obtenu qu'à la suite d'un long travail de coordination entre les médecins, les hôpitaux, les pompiers, la sécurité civile, les collectivités, les associations de quartier, les ONG, etc. C'est ici que l'on voit l'utilité des plans : ils établissent, parfois tant bien que mal, un partage des responsabilités *ex ante*. Car, lorsqu'un accident majeur survient dans le système, il est trop tard pour y remédier. Et cela est valable quelle que soit la nature de la menace.

À mon sens, ce qui se joue dans une période de crise ne tient pas seulement aux enjeux relatifs à cette période elle-même, mais bien plutôt à l'après crise : comment cicatrise-t-on de certaines plaies comme celles qu'une vague pandémique ne manquerait pas d'occasionner ? Dans quel état une société sort-elle d'une catastrophe majeure comme celle traversée par la Nouvelle-Orléans ? La réflexion éthique doit appréhender un tel questionnement car les stigmates d'un tel événement peuvent perdurer pendant longtemps. Si des populations défavorisées devaient verser à une catastrophe un fardeau bien plus lourd que les autres, la société dans son ensemble sortirait de la crise totalement fragmentée. Il en est de même des pays du Sud.

Le temps est venu de poser de telles questions éthiques exigeantes et concrètes. Nous devons nous demander qui peut être associé à un tel questionnement, de même que nous avons à désigner le leader ou l'instance qui pourrait en être le dépositaire. ■

► LES FONDEMENTS ÉTHIQUES DE LA LOI SUR LA PRÉPARATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AUX MENACES SANITAIRES DE GRANDE AMPLEUR

Francis Giraud

Sénateur des Bouches-du-Rhône, rapporteur de la proposition de Loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

Le 5 mars 2007, la Loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur a été votée, à l'unanimité aussi bien au Sénat qu'à l'Assemblée nationale. L'esprit partisan a été totalement mis entre parenthèses.

LE SPECTRE DE LA CRISE ET SA CONTREPARTIE OPÉRATIONNELLE : L'ÉLABORATION D'UN PLAN DE RÉPONSE

Les autorités sanitaires de notre pays ayant pris en compte l'éventualité de crises sanitaires de grande ampleur, avaient élaboré des « plans » pour y faire face. Certaines catastrophes ont marqué nos esprits : les attentats aux États-Unis en septembre 2001 ou encore le drame qu'a vécu la ville de Toulouse et le pays tout entier avec l'explosion de l'usine AZF. Face à ce type de menaces, un plan et un fonds Biotox ont été créés. Ils ont vocation à apporter, lorsque les circonstances l'exigent, les moyens financiers et opérationnels de riposte à certaines attaques. En 2003, la France a encore dû affronter la canicule, qui a donné lieu à la mise en place d'un « plan blanc », puis d'un « plan blanc élargi ». En 2005, nous avons été confrontés à un phénomène infectieux local (Chikungunya). Parallèlement, la réflexion sur le danger que représente une souche

virale mutante de grippe aviaire n'a cessé d'être approfondie. Des plans suivis de recommandations ont été diffusés notamment dans les établissements de santé. La France est considérée par l'OMS comme un pays qui a particulièrement bien pris la mesure des menaces.

Cependant, ces dispositifs n'étaient pas exempts de faiblesses. La mobilisation de professionnels de santé volontaires n'était pas suffisamment encadrée juridiquement et soulevait des problèmes de gestion. De plus, on a pris conscience de carences dans la logistique des produits de santé et des équipements indispensables dans un contexte de grande épidémie. Un rôle de

La France est considérée par l'OMS comme un pays qui a particulièrement bien pris la mesure des menaces.

coordination avait été assigné à la DGS, qui n'entrait pas dans sa vocation première. Les difficultés opérationnelles de distribution des moyens de lutte contre la propagation de virus ne devaient pas être sous-estimées.

L'INSPIRATION DE LA LOI PORTANT CRÉATION D'UN CORPS DE RÉSERVE SANITAIRE

Les parlementaires ont décidé la constitution d'un corps de réserve sanitaire.

Compte tenu de l'ampleur d'une menace pandémique potentielle, les dispositions législatives peuvent apparaître quelque peu dérisoires. Toutefois, il est du devoir des responsables politiques d'envisager toutes les actions à entreprendre en amont d'une catastrophe et de se préoccuper de la protection de ceux qui seront sollicités au bénéfice de la collectivité tout entière. C'est pour tous ces motifs qu'une nouvelle loi a vu le jour, instituant un corps de réserve sanitaire. Le principe retenu est celui de la participation volontaire. Nul ne sera contraint. L'intervention des personnels de santé est formalisée dans un contrat d'engagement. Le périmètre concerné est celui de l'ensemble du « monde de la santé », bien au-delà des seuls médecins. Les professionnels contractants pourront être en exercice ou à la retraite. Les étudiants de formations médicales et

Il est du devoir des responsables politiques d'envisager toutes les actions à entreprendre en amont d'une catastrophe et de se préoccuper de la protection de ceux qui seront sollicités au bénéfice de la collectivité tout entière. C'est pour tous ces motifs qu'une nouvelle loi a vu le jour, instituant un corps de réserve sanitaire.

paramédicales pourront être intégrés dans une certaine mesure, s'ils répondent à des conditions d'activité et d'expérience déterminées par un arrêté. En définitive, en cas de manque de professionnels de santé en activité, la collectivité aura recours à ceux qui ont terminé leur mission (les retraités) et à ceux qui n'ont pas encore commencé à l'exercer (les étudiants).

De surcroît, deux catégories de corps de réserve ont été établies qui seront recrutées en fonction de la gravité de la crise : la réserve d'intervention et la réserve de renfort. La première sera mobilisée en priorité, que ce soit sur le territoire national ou dans le cas d'interventions

à l'étranger. Des règles de formation et de perfectionnement des aptitudes bien spécifiques président à sa constitution qui sont plus exigeantes que pour le second type de réserve.

La responsabilité de la mobilisation du corps de réserve sanitaire incombe aux ministres chargés de la santé et de l'intérieur.

LA RECONNAISSANCE LÉGALE DE LA MISSION DES RÉSERVISTES

D'une part, la création d'un corps de réserve sanitaire répond à une préoccupation d'actualité. De l'autre, on sait bien

que le monde de la santé manifeste spontanément un fort dévouement dans des situations de désarroi et de détresse pour les populations. Aussi, la France a-t-elle voulu accorder aux réservistes, dont les capaci-

tés seront extrêmement précieuses en temps de crise, un statut juridique et financier protecteur.

Financièrement, un mécanisme spécifique a été conçu. En l'occurrence, il s'appuie sur un établissement public qui

prendra en charge les dépenses inhérentes à l'engagement du corps de réserve et à la mobilisation des personnes. Si un personnel de santé salarié, du secteur

public ou du secteur privé, est mobilisé, son employeur bénéficiera d'une

compensation financière intégrale des versements effectués le concernant. S'agissant des professionnels de santé indépendants (les libéraux), une semblable prise en charge leur sera directement accordée par l'établissement gestionnaire.

Il est prévu une continuité totale de la protection sociale des volontaires impliqués dans la réserve sanitaire. Le législateur a donc souhaité que ceux qui sont désireux de s'engager ne soient pénalisés ni sur le plan financier, ni dans le déroulement de leur carrière.

Juridiquement, un statut a été défini, qui assure la protection de l'État en cas de mise en cause de la responsabilité du réserviste et son indemnisation pour les dommages éventuellement subis. De plus, le réserviste pourra s'absenter sans accord formel de son employeur cinq jours ouvrés à l'issue d'un préavis. Aucun licenciement, aucune sanction, déclassément professionnel ou mesure discriminatoire, ne pourront être prononcés à son encontre du fait de sa participation à la réserve. Le volontarisme des pouvoirs publics est donc bien tangible.

La création d'un établissement public administratif dédié à la lutte contre les risques sanitaires de grande ampleur constitue un élément majeur de la nouvelle loi. S'il a la charge de la gestion des corps de réserve, cet établissement

Il est prévu une continuité totale de la protection sociale des volontaires impliqués dans la réserve sanitaire. Le législateur a donc souhaité que ceux qui sont désireux de s'engager ne soient pénalisés ni sur le plan financier, ni dans le déroulement de leur carrière.

détient également des habilitations importantes en matière pharmaceuti-

que de production et d'intendance des équipements et des produits médicamenteux nécessaires. L'État doit, en effet, envisager l'hypothèse où les laboratoires deviendraient incapables de remplir une telle fonction, vitale en l'occurrence. Par l'intermédiaire du nouvel établissement public, l'État aura donc la haute main sur la production et le stockage des produits qui pourraient avoir une importance stratégique.

Certes, il est impossible d'imaginer les formes que pourrait revêtir une pandémie grippale. Nul ne peut estimer l'ampleur du bouleversement de notre société qui en résulterait. Face au risque de dislocation générale, peu importe la question : « qui va payer ? » Nous ne sommes plus dans une logique de financement d'un dispositif d'action publique comme un autre quand la survie du corps social entre en ligne de compte.

Même si l'avenir est imprévisible et qu'aucun texte législatif ne peut faire barrage aux virus, la loi en question témoigne de la volonté des politiques et des pouvoirs publics de doter notre pays de moyens de défense en cas de crise sanitaire de grande ampleur telle qu'une pandémie grippale afin d'en limiter les effets dévastateurs. ■

COLLOQUES ÉTHIQUE & PANDÉMIE GRIPPALE

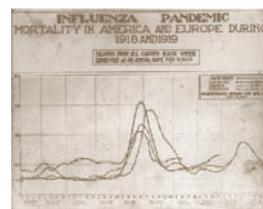


Image Reeve 3143.
National Museum
of Health and Medicine,
Armed Forces
Institute of Pathology,
Washington, DC

C'est à dessein que nous avons choisi ce tableau indiquant la mortalité due à la pandémie grippale en 1918 et 1919 pour illustrer notre propos. Il apparaît à bien des égards représentatif aujourd'hui des modes d'estimation et de gestion de l'impact d'une éventuelle nouvelle pandémie, à travers les débats, les écrits, les plans et résolutions de toute nature qui envahissent la scène publique. Au-delà des courbes, des quantifications, des stockages, des préconisations, des dispositifs, des simulations et autres mesures indispensables de santé publique, quelle place concède-t-on à l'autre dimension d'une crise sociale majeure, voire extrême ? Comment conçoit-t-on l'affirmation de valeurs, l'exercice de nos responsabilités, la délibération indispensable à des choix contraints : une mobilisation qui permette de préserver les principes de respect, de dignité, d'équité, notamment à l'égard des plus vulnérables ?

L'Espace éthique/AP-HP et le Département de recherche en éthique Paris-Sud 11 proposent des colloques thématiques consacrés aux enjeux éthiques et sociaux d'une éventuelle pandémie.

Thèmes (dates à consulter sur le site : <http://espace-ethique.org>) :

- Enjeux éthiques de l'information et de la communication
- Implication des bénévoles et associations en temps de crise
- Populations vulnérables en situation de pandémie
- Éthique et pandémie : perspectives européennes

Informations :

<http://www.espace-ethique.org/fr/grippe.php>

► PLACE DU PHARMACIEN DE PROXIMITÉ : UN ACTEUR DE RÉGULATION ?

Jean Parrot
Président du Conseil national
de l'Ordre des pharmaciens

Notre réflexion sur la pandémie gripale, qui risque potentiellement de nous affecter, a été nourrie par le plan que la France souhaite mettre en œuvre dans de telles circonstances. En outre, grâce à nos engagements internationaux, nous avons eu la chance d'échanger avec des responsables de notre profession de très nombreux pays. En examinant les fonctions des pharmaciens dans de nombreuses régions du monde (dans des pays d'Asie et au Canada tout particulièrement), nous sommes parvenus à collecter un certain nombre d'enseignements.

L'EXPÉRIENCE DES PHARMACIENS CONFRONTÉS À L'ÉPIDÉMIE DE SRAS

Au Canada, nul n'avait prévu une importation rapide et spectaculaire du virus du SRAS. Face à des situations inattendues, il est toujours judicieux de profiter de l'expérience des professionnels déjà avertis des caractéristiques de l'épidémie. Les pays asiatiques possédaient évidemment une certaine avance sur les Canadiens. Les pharmacies situées à proximité des hôpitaux ayant accueilli des patients souffrant du SRAS ont signalé une véritable réaction de panique au sein de la population.

Globalement, s'agissant du SRAS, le rôle des pharmaciens s'est avéré majeur sur le plan de l'hygiène et des recommandations comportementales. Mentionnons

leurs fonctions essentielles :

- la dispensation des médicaments ;
- la diffusion et l'explication d'une information sanitaire aux patients et au public ;
- la mise en œuvre de soins directs aux patients (à l'issue de la crise, un bilan a recommandé d'amender la législation pour permettre aux pharmaciens d'administrer des vaccins aux patients) ;
- le relais de données sur l'épidémie.

Au quotidien, le pharmacien peut expliquer aux patients quelles sont les méthodes fiables de désinfection de la peau et des objets. Il est, par exemple, apparu que le principal facteur de contamination correspondait aux mains. Dès lors, il s'agissait d'expliquer que placer par réflexe sa main devant sa bouche, ou exécuter d'autres gestes d'apparence anodine, pouvait contribuer à la diffusion du virus. Les pharmaciens ont ainsi montré l'intérêt du port de masques ou de gants.

À Taïwan, des distributeurs de masques ont été placés dans les pharmacies. Des récipients spécifiques y ont encore été installés afin de collecter les masques potentiellement contaminés. De telles mesures ne valent évidemment que si la discipline de la population est suffisante. Celle-ci doit donc être informée et préparée.

Le pharmacien étant un acteur de proximité, il a pu contribuer au Canada à la classification des profils de risques présentés par les patients. Ce point est

d'importance. Les pharmacies peuvent, en effet, être amenées à détecter des signes d'infection potentielle. Toutefois, l'orientation des patients a été compliquée par des confusions dans les définitions des « cas probables » et des « cas suspects » (le CDC d'Atlanta, l'OMS et les autorités canadiennes n'ayant pas utilisé les mêmes définitions).

La mobilisation des pharmacies en cas de pandémie pose aussi la question suivante : comment communiquer ? Quels messages faut-il impérativement relayer ? Certains messages relatifs à l'hygiène ne sauraient être véhiculés dans des hôpitaux débordés. Les hôpitaux devront être affectés à la lutte contre l'agent de la pandémie. En pharmacie, un certain nombre d'informations pourront être diffusées précisément dans le but de soulager les hôpitaux.

Sur un plan plus diagnostique, la mesure de la température corporelle peut être effectuée dans les officines. Si elle est jugée anormalement élevée, alors le pharmacien peut conseiller à une personne de s'isoler car une infection virale démarre peut-être. À Taiwan, effectivement, une campagne générale de prise de la température a été lancée pendant dix jours dans la population. De plus, les pharmaciens procédaient à un interrogatoire des patients qui souhaitaient acheter des antipyrétiques en OTC, afin de les orienter si nécessaire vers une prise en charge plus adaptée. En effet, ces médicaments ont été provisoirement retirés de la zone d'accès au public pour permettre l'intervention du

pharmacien la plus opportune possible. Ce pays est tout de même allé jusqu'à mettre en place des portiques de détection de la température corporelle.

LA PLACE DE LA PHARMACIE DANS LE PLAN GOUVERNEMENTAL

On attend des pharmaciens, bien entendu, qu'ils s'engagent en cas de pandémie. Ils représentent un réseau de professionnels de proximité sans équivalent sur le territoire national. Sans aucun doute, ils pourront contribuer à détecter l'apparition d'une pandémie et

à suivre son évolution. Leur rôle dans la lutte contre l'agent infectieux sera fondamental, qu'il s'agisse de thérapies curatives ou du respect des règles essentielles d'hygiène et de précaution.

Pour qu'un antiviral présente une efficacité réelle, il doit être administré dès les premiers symptômes de la pathologie. Lorsque 48 heures se sont écoulées à partir de la déclaration de cette dernière, ils ne servent presque plus à rien. La stratégie choisie en France consiste à maintenir le plus de malades possibles à domicile. Par conséquent, les traitements devront y être acheminés, même pour les cas de personnes particulièrement isolées. Ce dernier point n'est pas sans soulever des difficultés considérables du point de vue des pharmaciens. La coopération entre médecins et pharmaciens n'en apparaît, dans cette perspective, que plus essentielle. Il a été envisagé que les médecins puissent déli-

vrer des antiviraux à l'occasion de leurs déplacements chez les malades. Un tel dispositif aurait le mérite de réduire le nombre de contacts possibles.

Dans l'hypothèse où le niveau de contamination serait particulièrement élevé, un circuit de distribution des médicaments sous la responsabilité de l'État s'avèrera nécessaire, parallèlement aux circuits professionnels existants. Dans certaines zones géographiques densément peuplées, la mise en place d'un réseau spécifique de distribution des antiviraux au domicile des patients s'avèrera impérative. En effet, des flux de populations trop intenses sont à éviter à tout prix.

L'opérationnalité des schémas de dispensation d'exception sera sans nul doute problématique. Il existe tout de même un circuit de distribution des médicaments efficace, qui ne présente aujourd'hui aucun risque. Qu'advient-il si ce circuit devait se trouver désorganisé ? Les pharmacies sont bien sûr tributaires de leurs livraisons. Sans stock de médicaments à délivrer, elles sont impuissantes. Le circuit ordinaire du médicament présente donc certains avantages indéniables :

- il est légal, rodé, sécurisé, connu des professionnels et des malades ;
- le malade le connaît bien, il pourrait y recourir pour s'approvisionner simultanément en médicaments et en masques ;
- il est efficace du point de vue de la gestion, du suivi des stocks et de la traçabilité des lots.

Ce circuit ordinaire sera le pivot du système sanitaire de lutte contre l'épidémie dans les phases 4A, 4B et 5 du plan gouvernemental.

Avec la phase 6 de ce plan apparaissent

À Taiwan, des distributeurs de masques ont été placés dans les pharmacies. Des récipients spécifiques y ont encore été installés afin de collecter les masques potentiellement contaminés. De telles mesures ne valent évidemment que si la discipline de la population est suffisante. Celle-ci doit donc être informée et préparée.

des centres régulateurs. Dans cette dernière configuration, il est estimé que les libéraux ne peuvent plus assurer l'approvisionnement en traitements et qu'il convient donc de recourir à des structures plus lourdes. Les pharmaciens auront notamment la charge d'orienter les patients vers le centre «15» ou vers une consultation médicale en cas de suspicion. En effet, la pharmacie sera très certainement le premier lieu de recours dans bien des cas. Il faut anticiper le fait que beaucoup de personnes ne parviendront pas à joindre le médecin. Les choses se passent déjà ainsi lors d'épidémies de grippe ordinaire.

Dans l'hypothèse où le niveau de contamination serait particulièrement élevé, un circuit de distribution des médicaments sous la responsabilité de l'État s'avèrera nécessaire, parallèlement aux circuits professionnels existants.

Compte tenu des incertitudes qui demeurent et des paramètres incertains susceptibles de varier avec l'intensité de la pandémie, on ne peut qu'appeler de ses vœux une bonne articulation avec les médecins. Nous souhaitons que soient formés d'authentiques binômes médecin /pharmacien en cas de crise grave. Enfin, le rôle informatif du pharmacien sera essentiel. De petits documents à l'intention de la population ont d'ores et déjà été conçus. Il reste à déterminer s'ils doivent être diffusés à tous.

LES ENJEUX CLÉS DE L'EXÉCUTION DU PLAN

Il revient aux autorités de définir quel plan de protection civile sera mis en œuvre en cas de pandémie grippale. Dans le domaine spécifiquement sani-

taire, retenons que le plan prévoit un mode de tri des patients en différentes catégories :

- ceux pouvant être maintenus à domicile sous surveillance médicale ;
- ceux plus sévèrement atteints isolés ou dépendants, devant être pris en charge dans une structure médicalisée non traditionnelle ;
- ceux relevant d'une hospitalisation spécialisée en cas d'une atteinte sévère.

Dans ses phases 4A, 4B et 5, ce plan prévoit encore une incitation à la vaccination anti-pneumococcique chez les personnes vulnérables. Le but est d'obtenir une certaine forme de protection contre de possibles surinfections bactériennes. De telles considérations conduisent à évoquer le problème de la disponibilité des vaccins. À ce sujet, nous ne pouvons que

souhaiter que la pandémie nous laisse encore au moins une année de répit. Au pic de l'épidémie, l'INVS estime que :

- le nombre d'admissions hebdomadaires liées à la grippe pourrait se situer entre 30 000 et 150 000 ;
- le nombre de journées hebdomadaires d'hospitalisation liées à la grippe varierait entre 160 000 et 2 millions.

Les préfectures départementales seront certainement les premiers dépositaires de l'application du plan national. Il déborde, de beaucoup, le périmètre de la santé, ce que son caractère interministériel traduit. À l'évidence une bonne organisation dépendra également des ARH.

La population doit être consciente que la communauté est confrontée à certains risques globaux. Certains risques ne peuvent être assumés dans une optique étroitement individuelle.

Sur le terrain, les généralistes et les pharmaciens seront en première ligne. Comme tous, ils seront exposés aux risques dont une pandémie serait porteuse. Pour qu'ils soient efficaces en pareille circonstance, un certain nombre de facilités devront leur être accordées. Par exemple, l'Assurance Maladie ne pourrait en aucune façon suspendre les remboursements sans causer de grave préjudice au fonctionnement des pharmacies. La coupure de ce circuit financier ne serait pas non plus sans perturber les approvisionnements, par un phénomène en cascade. En dernière instance, ce qui comptera sera le service que nous pourrions effectivement rendre aux populations, alors même que les règles usuelles seront sans doute caduques.

DÉPASSER UNE APPROCHE INDIVIDUELLE ÉTRANGÉE DES RISQUES ENCOURUS PAR TOUS

La pharmacie est un espace de premier recours. Si les libéraux sont confrontés à des situations imprévues et ingérables, des réactions individuelles imprévisibles se multiplieront. Je souhaite que tous les professionnels de santé aient un comportement digne. Au demeurant, ils sont également responsables de l'avenir de leurs proches ou de leurs enfants. Ils pourront être amenés à prendre des décisions lourdes, et seront partagés entre

responsabilité individuelle et responsabilité collective. En cas de pandémie grippale, nous avons tous intérêt à

ce que les équipes soient à leur poste, dans les officines.

J'appelle donc de mes vœux une authentique réflexion éthique pour que se mette en place le moment venu un service civil efficace et performant. La population doit être consciente que la communauté est confrontée à certains risques globaux. Certains risques ne peuvent être assumés dans une optique étroitement individuelle. Nous ne pouvons prétendre être libres si nous ne sommes pas solidaires.

La France peut contribuer à donner l'exemple sur la scène internationale. J'estime que notre pays a été précurseur dans un certain nombre de domaines. La Fédération internationale pharmaceutique échange avec l'OMS pour que les problèmes qui sont les nôtres soient évoqués en toute transparence. Le discours de certains pays ne peut être évoqué, simplement en raison d'un double langage prégnant. ■



MASTER ÉTHIQUE, SCIENCE, SANTÉ & SOCIÉTÉ

Le Master Éthique, science, santé & société est proposé au sein du Département de recherche en éthique de l'Université Paris-Sud 11 en partenariat avec l'Espace éthique/AP-HP.

Il s'avère désormais indispensable de favoriser une nouvelle culture de la réflexion éthique. Elle procède pour beaucoup de la mise en commun et de la diffusion des savoirs favorisant l'acquisition de compétences, mais aussi le développement de recherches consacrées aux aspects éthiques des pratiques scientifiques comme d'autres activités professionnelles, notamment dans le secteur de la santé.

Cette formation universitaire par nature pluridisciplinaire constitue désormais une référence avec un recrutement national. Elle peut être envisagée comme un parcours que «construit» l'étudiant de manière personnalisée, selon ses curiosités et interrogations, son goût de connaissances et d'approfondissements. Le Master présente un dispositif structuré, susceptible de répondre aux souhaits d'étudiants, de chercheurs et autres professionnels en activité qui désirent bénéficier d'une formation à l'éthique utile à leurs pratiques, ou développer un thème de recherche qui peut être poursuivi dans le cadre d'un doctorat.

Trois filières spécifiques sont proposées aux étudiants à partir de la première année :

SP1 : Éthique des pratiques de la santé, des soins et de l'institution hospitalière

SP2 : Éthique des pratiques de la recherche scientifique

SP3 : Recherche en éthique

Directeur de l'enseignement :

Emmanuel Hirsch

Contact :

Coordinatrice des formations
virginie.ponelle@sls.aphp.fr

Programme :

http://www.espace-ethique.org/fr/prg_master.php

FACE AUX RISQUES

SOMMAIRE

► **PANDÉMIE GRIPPALE :
NIVEAUX ET INCIDENCES
DE LA PERCEPTION DU RISQUE**
Émilio Mordini

► **QUEL MODE DE RAISONNEMENT
EST LE MIEUX ADAPTÉ AUX CRISES
MAJEURES ?**
Patrick Lagadec



► PANDÉMIE GRIPPALE : NIVEAUX ET INCIDENCES DE LA PERCEPTION DU RISQUE

Émilio Mordini

Professeur de bioéthique,
Université de Rome La Sapienza,
Directeur du Centre science,
société et citoyenneté

LE PROJET BIG (BIOETHICAL IMPLICATIONS OF GLOBALISATION)¹

En juin 2006, *Eurobaromètre* a publié une enquête menée sur une population d'environ 25 000 citoyens européens, dans le but d'évaluer le niveau de perception du risque que représente, potentiellement, la grippe aviaire. À l'évidence, la population sondée était plutôt bien informée et sûrement pas effrayée.

Une autre étude, conduite par le même institut, en février 2006, avait permis d'objectiver quelles étaient les préoccupations essentielles d'un échantillon,

Tous, sauf paradoxalement le « grand public », sont conscients des conséquences possibles d'une épidémie de grippe, qui rappellerait celle de la grippe espagnole en 1918. De l'ordre de 50 millions de victimes lui sont attribuées, soit davantage que la Première Guerre mondiale.

aussi représentatif que possible, d'Européens. À la date du sondage, ils craignaient la pollution, les accidents de la route, mais certainement pas la grippe aviaire et, en tous cas, aucune maladie infectieuse.

Il existe donc un écart entre les perceptions de l'opinion et celles des faiseurs d'opinion (*opinion makers*). De l'avis des chercheurs, des hommes politiques même, les dangers principaux auxquels nos sociétés sont exposées sont le terrorisme et une pandémie grippale. Telles étaient en tous cas les préoccupations affichées par le G7 en 2004. De

fait, l'ensemble des principales agences internationales ayant consacré des études aux questions de sécurité ont placé au premier rang, à côté de l'instabilité politique et du terrorisme, les épidémies naturelles et provoquées.

La Commission européenne a récemment procédé à un questionnaire (Delphi), adressé à quelque 600 experts de toutes nationalités confondues. Ce travail a été cordonné par le Centre pour la science, la société et la citoyenneté, basé à Rome. De l'avis de tous les experts interrogés, les maladies infectieuses

constituent la première urgence sanitaire mondiale. L'ampleur de cette menace dépasserait même celle du terrorisme. Tous, sauf paradoxalement le « grand public », sont conscients des conséquences possibles d'une épidémie de grippe, qui rappellerait celle de la grippe espagnole en 1918.

De l'ordre de 50 millions de victimes lui sont attribuées, soit davantage que la Première Guerre mondiale.

LA PANDÉMIE GRIPPALE : UNE MENACE OBJECTIVE

Pour reprendre l'expression utilisée par la Direction générale de l'OMS en janvier 2006, « la question n'est pas *si* mais *quand* ». Un certain nombre de raisons microbiologiques sous-tendent cette affirmation qui est renforcée par un

certain nombre de données expérimentales. En 2005, un groupe de recherche de l'*Armed Forces Institute of Pathology*, au Maryland, coordonné par Jeffery Taubenberger, a réussi à reproduire un virus de la grippe espagnole à partir de fragments de l'ARN isolés dans le sang du corps d'un homme resté congelé durant presque un siècle dans un glacier de l'Alaska. La comparaison entre ce virus et le virus H5N1 de la grippe aviaire objectivé aujourd'hui, nous conduit à penser que la souche H5N1 peut effectivement se transformer en un virus du type de celui de la grippe espagnole.

L'origine des virus pathogènes peut cependant être artificielle. Ainsi, en 2003, le virus du SRAS s'est échappé d'un laboratoire de Singapour. En 2004, il a accidentellement été libéré une nouvelle fois, à partir d'un laboratoire de Pékin.

De plus, la publication sur Internet du génome de la grippe espagnole permet à n'importe quel laboratoire au monde de gérer à nouveau ce germe, y compris à des fins malveillantes. En termes de catastrophes, les prophéties courent donc un grand risque : celui de s'auto-réaliser...

POURQUOI LE SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS) N'A PAS EU LIEU

Le cas du SRAS est emblématique d'un certain nombre de travers de nos sociétés qui souffrent d'un déficit de mémoire à court terme. De plus, non seulement les médias manquent d'honnêteté, mais les prévisions grossièrement fausses d'économistes, de sociologues, de politiciens sur le SRAS n'ont jamais été confrontées à la réalité *a posteriori*. Les événements ne sont pas mis en perspective, pour que les auteurs de prédictions catastrophiques

aient, finalement, à s'expliquer.

Et puis, une actualité en chassant une autre, il restera peut-être de l'épisode du SRAS la couverture de *The Economist* où l'on voit Mao Tsé Dong porter un masque de protection.

Plus sérieusement, l'OMS avait estimé un coût direct de l'épidémie de 30 milliards de dollars, tandis que la Banque mondiale avait évalué, pour la seule Asie, une perte financière de 20 milliards de dollars. Les principales compagnies aériennes asiatiques auraient fait faillite à cause d'un manque de passagers, et la conséquence d'un trafic aérien réduit aurait signifié... la baisse de la demande de pétrole égale à trois cent mille barils par jour, avec le risque d'une récession économique mondiale.

Par ailleurs, il y a eu jusqu'à présent (selon l'OMS) 8 096 cas présumés de SRAS (dont 7 429 en Chine). Au total, 774 morts (dont 648 en Chine) ont été comptabilisés. En excluant la Chine, 667 personnes ont été affectées par le SRAS, qui a provoqué 128 décès.

S'il n'est pas aisé d'affirmer, *a posteriori*, que ces estimations n'étaient pas fondées, toujours est-il que le SRAS a eu des conséquences tangibles qui ont servi de levier à la constitution d'un système de gouvernance mondiale, un réseau mondial d'information, tout à fait nécessaire dans le champ de la santé publique. Pour cela, un moteur spécifique de recherche a été conçu afin d'identifier des événements inhabituels dans des médias locaux, lesquels pourraient être liés à l'émergence d'une nouvelle épidémie. (Il faut souligner que ce dispositif de l'OMS, pour mieux

surveiller ce qui se passe dans le monde entier, prend le pas sur les canaux d'information gouvernementaux).

ÉPIDÉMIES ET ACTION PUBLIQUE

De la même manière que Jean Baudrillard a pu affirmer que « la guerre du Golfe n'a pas eu lieu », nous sommes en mesure d'affirmer que le SRAS décrit par les voix catastrophistes n'a pas eu lieu. Cependant, l'agitation autour

de ce virus n'a pas été sans produire des effets majeurs.

Un collègue éthiopien m'a raconté, par exemple, à la fois amusé et désabusé, que le centre de lutte contre le paludisme qu'il dirige avait attendu, en vain, des aides pendant des années. Puis un jour « de chance », on a découvert deux canards morts - peut-être à cause de la grippe aviaire... - dans son district. En peu de temps, les moyens nécessaires à la remise en état de l'hôpital tout entier sont arrivés.

En Italie, nous avons, nous aussi, l'habitude que des situations d'urgence appellent des réalisations que l'administration courante ne sait pas mener à bien. Je ne suis pas scandalisé de constater qu'il en va de même dans la sphère de gouvernance mondiale : les épidémies ont toujours été des instruments politiques et la portée de tels outils apparaît aujourd'hui considérable. Pour autant, des règles élémentaires de pudeur politique et publique doivent être respectées.

L'OMS avait estimé un coût direct de l'épidémie de 30 milliards de dollars, tandis que la Banque mondiale avait évalué, pour la seule Asie, une perte financière de 20 milliards de dollars.

L'URGENCE BIOTERRORISTE ET SES USAGES

L'épisode des attentats à l'anthrax qui ont eu lieu aux États-Unis immédiatement après le 11 septembre 2001 est édifant. L'urgence bioterroriste possède un effet structurant en dictant un certain nombre de mesures et de conduites. Si les sciences physiques et chimiques sont habituées depuis longtemps à considérer que certaines de leurs observations peuvent avoir des applications militaires, la biologie, en revanche, est restée traditionnellement à l'écart de tels schémas. On peut même dire que l'une des principales raisons de la révolution biotechnologique réside justement dans sa dimension mondiale et ouverte. L'entrée en scène du bioterrorisme, du moins en tant qu'événement possible, a totalement changé la donne.

La question des *dual use technologies*, a donc rattrapé la biologie. Cette dernière s'appuie désormais sur des technologies qui peuvent avoir des emplois aussi bien civils que militaires. Aussi, la recherche sur les virus, sur les bactéries et sur les vaccins est-elle devenue sensible, soumise à des mécanismes d'autocensure et à des contrôles de la part d'organismes d'État. C'est dire à quel point la menace bioterroriste a affecté le champ de la santé publique.

MÉDECINE MILITAIRE ET MÉDECINE DE SANTÉ PUBLIQUE

Historiquement, la démarche de santé publique trouve ses origines dans l'essor de la médecine militaire, les armées ayant toujours constitué un terrain fertile pour les épidémies. De plus, seule la médecine militaire possédait une logis-

tique appropriée à la conduite de certaines analyses. Aussi, n'était-il pas rare que les soldats soient appelés à agir en vue d'enrayer le développement de certaines infections (comme, par exemple, le choléra au XIX^e siècle).

La biographie de Rudolf Virchow éclaire sans doute on ne peut mieux l'histoire de la différenciation entre la santé publique et la santé militaire. Rudolf Virchow était convaincu que « la médecine est une science sociale, et la politique rien de plus que la médecine pratiquée en grand ».

La mondialisation appelle de nouveaux processus de gouvernance communs sur le plan de la santé publique.

Jusqu'à l'aube des années 1960, quand les mouvements anti-autoritaires avaient contesté jusqu'aux dernières fonctions de police attribuées à la santé publique - c'est-à-dire les traitements de santé obligatoires - la médecine de santé publique et la médecine militaire ont emprunté des chemins séparés. Ce processus d'émancipation est, à présent, remis en cause par la superposition de l'urgence bioterroriste au risque d'émergence d'une pandémie de grippe. Le mode de subventionnement de certaines actions collectives est là pour en témoigner : la médecine militaire et la santé publique ont recommencé à marcher côte à côte.

SOUVERAINETÉ ET POUVOIR

La mondialisation a rendu les frontières particulièrement inopérantes du point de vue de la lutte contre la propagation des maladies infectieuses. Les voyageurs portant des masques de protection aux aéroports attestent du fait que les nations sont désormais très proches les

unes des autres. Ils symbolisent le SRAS, comme les Lansquenets du Pillage de Rome symbolisèrent la peste et comme la Venise de Von Aschenbach représenta la ville face au choléra.

La mondialisation appelle de nouveaux processus de gouvernance communs sur le plan de la santé publique. Même si dans le roman de Tom Clancy, *Sur ordre* (*Executive Order*, 1996), les États-Unis sont attaqués par un groupe terroriste qui utilise une souche du virus Ebola, la perspective du pire n'est plus seulement une fiction. Pour enrayer l'épidémie, le

Président déclare l'état d'urgence et ordonne que soient fermés tous les espaces publics, que soient suspendus

tous les déplacements aériens, ferroviaires et routiers. Lorsque ses collaborateurs lui demandent si ces mesures sont constitutionnelles, il répond : « *The constitution is not a suicide pact* ».

Depuis le 11 septembre, nous avons été familiarisés avec de telles considérations. Qui, toutefois, en admettant que la suspension des droits individuels soit justifiée par l'ampleur de la menace collective, a le pouvoir de décréter l'état d'urgence ? Qui a le pouvoir de gérer l'urgence ? En 1922, Carl Schmitt affirmait qu'« *est souverain celui qui décide de la situation exceptionnelle* ». C'est celui qui détient la prérogative de suspendre l'état de droit quand la communauté est confrontée à une menace vitale qui détient donc la souveraineté.

Si, selon Giorgio Agamben, l'état d'exception est le moyen normal par lequel les régimes « démocratiques » gouvernent, il existe aussi, cependant, une microphysique du pouvoir qui, comme l'avait perçu Michel Foucault, est bien plus décisive que la considération des grands enjeux politiques.

FLÉAUX RÉELS, FLÉAUX VIRTUELS

Dans les représentations collectives, les épidémies sont des événements sans cause. Déjà, dans le *Corpus Hippocraticum*, on distinguait entre les maladies dues à une faute et les maladies non provoquées par une faute, comme les maladies infectieuses. De manière intéressante, on utilisait un seul mot en grec pour dire cause et faute : *aitia*. De fait, les épidémies ont été perçues comme des événements d'essence divine. Curieusement, les « reliques séculaires » de la sacralisation traditionnelle des épidémies ont été conservées par une partie de la médecine socialiste du siècle dernier. Il existe, en effet, toute une littérature datant de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècles, sur les épidémies en tant que maladies égalitaires et outils d'hygiène sociale. Or, elle témoigne de méprises collectives qui ont la vie dure.

Songeons ainsi à rapprocher la grippe aviaire et le paludisme : alors que la pandémie grippale, la nouvelle grippe espagnole, demeure de l'ordre du virtuel, le paludisme tue aujourd'hui en masse. Confronté à cette confusion du réel et du virtuel, je voudrais, pour conclure, laisser la parole à Guillaume Apollinaire tué par la grippe espagnole :

“ L'avenir
Soulevons la paille
Regardons la neige
Écrivons des lettres
Attendons des ordres

Fumons la pipe
En songeant à l'amour
Les gabions sont là
Regardons la rose

La fontaine n'a pas tari
Pas plus que l'or de la paille ne s'est terni
Regardons l'abeille
Et ne songeons pas à l'avenir

Regardons nos mains
Qui sont la neige
La rose et l'abeille
Ainsi que l'avenir. ■ ”

Songeons ainsi à rapprocher la grippe aviaire et le paludisme : alors que la pandémie grippale, la nouvelle grippe espagnole, demeure de l'ordre du virtuel, le paludisme tue aujourd'hui en masse.

RÉFÉRENCE

[1] <http://www.bigproject.org>

► QUEL MODE DE RAISONNEMENT EST LE MIEUX ADAPTÉ AUX CRISES MAJEURES ?

Patrick Lagadec

Directeur de recherche,
École Polytechnique
(www.patricklagadec.net),
membre du Conseil scientifique
de la Plate-forme veille & réflexion
« Pandémie grippale, éthique, société »

Notre approche des crises majeures est fondamentalement marquée par une vision du risque que l'on pourrait qualifier de « classique ». Fondamentalement, nous tenons notre environnement comme stable, non sujet à ruptures brutales. Nous considérons nos systèmes comme relativement bien isolés de l'extérieur, bien cloisonnés à l'intérieur, et toujours assurés d'une loi de stabilité globale – « toute chose étant égale par ailleurs ». La probabilité de survenue d'événements fâcheux, la gravité de ces événements sont spontanément tenus pour « raisonnables », inscrits dans l'expérience du passé – qui permet de

de plus en plus battue en brèche : des phénomènes accidentels de plus en plus puissants (Tchernobyl) ; des effets domino de très large échelle (black-out électrique d'envergure nationale ou internationale – comme le 14 août 2003 en Amérique du Nord) ; une vitesse et une globalisation des phénomènes (le SRAS en 2003) ; une incertitude qui laisse souvent la place à l'ignorance (comme on le vit pour le prion) ; un tableau sur-complexe (comme Katrina, à la Nouvelle-Orléans, qui n'est plus un cyclone, mais un phénomène technico-social hyper-complexe qui ne se laisse plus appréhender par nos approches par spécialités).

Quand les univers de référence sont bouleversés comme ils le sont aujourd'hui, le plus déstabilisant est le problème de « l'impensable » – plus exactement, ce qui ne peut pas être pensé si l'on s'en tient à l'univers de référence du passé.

Quand les univers de référence sont bouleversés comme ils le sont aujourd'hui, le plus

construire des modèles de référence. Dans un tel univers, la gouvernance s'exerce à partir d'une loi d'extrapolation : à partir de l'expérience du passé, nous définissons des plans, des *modus operandi*, des outils, qui constitueront notre logique de réponse à l'aléa.

déstabilisant est le problème de « l'impensable » – plus exactement, ce qui ne peut pas être pensé si l'on s'en tient à l'univers de référence du passé.

L'IRRUPTION DU CHAOTIQUE ET LA QUESTION DE L'INCONCEVABLE

Pour de multiples raisons, par ailleurs convergentes, cette vision de beaux « jardins à la française » est, cependant,

Ainsi le *détournement* d'un système complexe au profit d'une attaque terroriste. Ce fut notamment le cas avec les attaques à l'anthrax sur le système postal en octobre 2001. Précisons : ce n'est pas tant qu'un système est attaqué, mais que sa puissance est détournée au profit de l'entreprise des attaquants. Le problème n'était pas tant que telle ou telle lettre contaminée pouvait porter atteinte à son destinataire, mais que les systèmes de tri conduisaient à faire de

chaque lettre contaminée une source de contamination globale, en raison de la compression de ces lettres dans les machines automatiques.

Ainsi encore, la découverte de vulnérabilités impensables, comme on le vit à la Nouvelle-Orléans : perte totale de tous les moyens de communication (bien au-delà des seuls téléphones portables); populations ne rentrant pas dans les conceptions habituellement observées en Floride (on ne peut pas ou ne veut pas évacuer) et bientôt abandonnées; phénomènes de violences urbaines inédits; effondrement des institutions publiques, etc.

En ces circonstances, les plans habituels ne fonctionnent plus. Et le dicton habituel : « Il vaut mieux un mauvais plan, plutôt que pas de plan du tout... » peut se révéler particulièrement dangereux. On le vit le 11 septembre à New York. Il y avait un point fondamental dans les plans d'urgence : surtout, ne jamais évacuer les Tours. D'où les premières instructions données : « Le bâtiment est sûr, retournez à votre bureau » (et l'on fit même remonter dans les étages ceux qui avaient pris la liberté de descendre pour sortir).

L'inconcevable contraint à une approche elle-même « inconcevable » : en situation de grande rupture, il s'agit de mettre au cœur le questionnement rapide, non la simple réponse rapide. Ce qui vient percuter la référence habituelle : « En situation de crise, on n'a pas le temps de réfléchir. »

ÊTRE EN PHASE AVEC LES DÉFIS DE SON TEMPS

Lorsque l'on est brutalement convoqué sur ces nouveaux terrains, le réflexe normal est de se recroqueviller, de façon encore plus déterminée, à l'intérieur des visions du passé.

On l'a vu, par exemple, au moment de la rupture de la Première Guerre mondiale : le plan XVII, qui servait de référence, à par-

tir de conceptions d'un autre âge, a été maintenu comme armature générale de la réplique française jusqu'à ce que les armées allemandes soient aux portes de Paris. Jusqu'au seuil de la déroute, il fut impossible de faire réfléchir à l'éventualité, et même la réalité, d'une violation du territoire de la Belgique – une impossibilité absolue dans les références habituelles : le général Lanrezac, qui ne cessait de mettre en question les hypothèses du Grand Quartier général fut limogé. De même, impossible de faire réfléchir sur le caractère totalement inadapté du pantalon rouge : « Supprimer le Pantalon rouge, Jamais ! Le Pantalon rouge, c'est la France ! », comme le déclama un ancien ministre de la Guerre à la Chambre lorsque son successeur tenta de passer à des couleurs moins voyantes. Ou encore, quand on commença à poser des questions sur l'aviation : « L'aviation, c'est pour le tourisme ! ».

L'enjeu fondamental est d'être en phase avec les défis de son temps. Bien que plongé dans l'ère industrielle, on est entré en guerre, en 1914, avec une culture des temps agraires. Comme le dit le stratège chinois Sun Tsu : « Qui ne connaît

pas ses risques, qui ne se connaît pas soi-même, sera défait à chaque bataille. » Et l'ajustement aux défis effectifs est une exigence à satisfaire en continu. Comme me le confiait un responsable britannique : « En 1914, nous avons été presque totalement préparés. En 1940, nous étions totalement préparés... à la Guerre de 1914. »

Aujourd'hui, à l'ère des grands « cyclones » planétaires conjuguant de multiples dimensions du risque, toutes marquées par des sauts quantitatifs et qualitatifs, le défi est double : ne pas succomber au syndrome de la tétanisation ; inventer des sorties par le haut – qui restent largement à inventer.

LE SYNDROME DE LA TÉTANISATION

Dès lors que les nouvelles du front ne rentrent plus dans les conceptions de référence, les systèmes et les hommes tendent à « décrocher », comme on le dit d'un avion qui perd sa portance. C'est le président américain qui, averti de la très grave situation que se prépare à vivre la Nouvelle-Orléans alors que le cyclone approche, assure que « les digues tiendront ». C'est le classique : « C'est moi qui vous le dit, ça ne peut pas être grave. » Ce fut l'affaire Tchernobyl : « Le nuage n'a pas atteint la France. » Ce furent les réponses à la marée noire du *Torrey Canyon* (1967) : « Le pétrole ne traversera pas la Manche » ; comme à l'*Erika* (1999) : « Le pétrole n'atteindra pas les côtes » ; comme à la canicule de 2003 : « Ce sont des morts naturelles » ; ou encore au *Prestige* en Espagne : « La plus petite catastrophe possible », comme le déclara alors le chef du gouvernement espagnol.

Très vite, c'est le désarroi des décideurs, brutalement arrachés à leur monde pour être jetés dans un univers « qui ne

En ces circonstances, les plans habituels ne fonctionnent plus. Et le dicton habituel : « Il vaut mieux un mauvais plan, plutôt que pas de plan du tout... » peut se révéler particulièrement dangereux.

répond plus » ; la défiance des populations, qui observent, consternées, que les assurances qu'on leur déverse à longueur de déclarations, aussi solennelles les unes que les autres, ne reposent sur rien et en disent plus sur le désarroi des responsables que sur la situation ; et bientôt le découplage entre responsables et administrés. Le « tout est sous contrôle », affirmés pour « rassurer », est interprété de façon simple : « Sauve qui peut ! »

DES RUPTURES CRÉATRICES

Contre la ligne que l'on vient d'évoquer n'est pas une simple question de « communication ». Il s'agit, bien plus fondamentalement, d'acquiescer une autre culture du risque et des crises à l'heure des grandes mutations qui marquent nos univers actuels. Un certain nombre d'exigences sont à prendre en considération.

Une exigence intellectuelle

Il s'agit, désormais, de prendre en charge des univers marqués par la discontinuité, le chaotique, sans pour autant qualifier immédiatement les démarches nécessaires de « non scientifiques », à partir de normes du type : « Ce qui est non récurrent relève de l'art ; seul les phénomènes réitérés relèvent de la science. » Si l'on ne peut tolérer un tel bouleversement, une telle rupture avec le monde gaussien qui nous est cher, on risque bientôt de voir le champ opératoire de la science se rétrécir comme peau de chagrin.

Une exigence de leadership

On a coutume de se protéger à chaque événement « hors cadre » en soulignant de façon véhémente, après le fiasco : « Ah mais oui, mais c'était exceptionnel ! ». Aussi longtemps que, désormais, les élites ne tiendront pas la prise en charge de l'exceptionnel pour leur tâche essentielle et identitaire, elles connaîtront une perte de confiance de plus en plus marquée. Il s'ensuit que la formation même des élites devrait prendre en compte cette exigence, ce qui implique de toute évidence des ruptures dans les habitudes en cours. Le problème majeur ne va plus

Le problème majeur ne va plus être de recruter et de promouvoir les individus les plus performants dans l'application des savoir-faire certifiés conformes, mais de rechercher ceux qui sont aussi capables d'inventer, avec d'autres, des voies nouvelles pour des questions nouvelles.

être de recruter et de promouvoir les individus les plus performants dans l'application des savoir-faire certifiés conformes, mais de rechercher ceux qui sont aussi capables d'inventer, avec d'autres, des voies nouvelles pour

des questions nouvelles. Aujourd'hui, un audit un peu précis montrerait des gouffres plus que préoccupants entre cette exigence et la réalité. C'est la raison pour laquelle, bien souvent, il reste impossible d'engager des réflexions anticipatrices à haut niveau sur des sujets échappant au quotidien, aux réponses préétablies.

Une exigence « d'empowerment »

La référence profonde, quand on considère d'autres acteurs que les autorités et les responsables, est celle de la défiance : la peur de la « panique des populations ». Des progrès ont ainsi été faits ces dernières décennies et, sous la bannière de

la transparence, on est passé d'un secret général à des efforts de communication. Ceci pour éviter des fiascos médiatiques dont chacun a pu mesurer la dangerosité. Mais, cela ne suffit plus. Il ne s'agit plus seulement de communiquer pour satisfaire les médias, mais de comprendre que les logiques de « *command and control* » - donnant aux seuls responsables les leviers de la réponse - ne sont plus pertinentes à l'heure des grands chocs. Les organisations qui ont résisté, à la Nouvelle-Orléans, étaient celles dans lesquelles le leader impliquait ses équipes, sur une base de confiance et d'informations partagées.

L'exemple français d'EDF suit une tout autre logique de gouvernance, qui appelle précisément des leaders préparés, non tétanisés : son président, au moment des tempêtes de 1999, disait ainsi à tel de ses directeurs régionaux : « Vous dites qu'il vous faut 48 h pour remettre votre réseau en état. De quoi auriez-vous besoin pour que vous puissiez le faire en 24 h ? »

Une exigence de préparation

Nos exercices, le plus souvent, consistent à « tester la ligne Maginot ». On vérifie que les acteurs sont capables d'appliquer les spécifications du plan et de communiquer. Il faut désormais, en complément, travailler sur l'aptitude à ouvrir des questionnements pertinents, à construire des réponses innovantes avec d'autres. Il s'agit là d'une toute autre conception - essentielle - des exercices. À l'heure actuelle, ce type de démarche est encore rare. Et, quand on tente une avancée dans cette direction, la réplique est cinglante : « Surtout pas, vous allez casser l'exercice ! » En plus de l'aptitude de base à appliquer les schémas prévus pour les situations entrant bien dans

les épures prévues, l'exigence demande aujourd'hui de se préparer à travailler dans des univers de très grande surprise - non pour mettre en fiche tous les impensables, mais pour se préparer à se mouvoir de façon créative dans l'inédit.

d'acteurs, bouleversés par ces situations ;

- le travail acharné sur les quelques initiatives hors cadres qu'il s'agit de discerner et de construire pour une sortie par le haut.

En plus de l'aptitude de base à appliquer les schémas prévus pour les situations entrant bien dans les épures prévues, l'exigence demande aujourd'hui de se préparer à travailler dans des univers de très grande surprise - non pour mettre en fiche tous les impensables, mais pour se préparer à se mouvoir de façon créative dans l'inédit.

DES RÉFLEXES À DÉCONSTRUIRE

Certains invariants peuvent-ils cependant être isolés, en comparant les différents épisodes de crises majeures ? Est-il possible, malgré tout, d'enseigner certaines choses sur la base de tels invariants ?

Les situations « hors cadre » nous semblent à première vue bien barbares. Mais tout ne relève pas du « n'importe quoi ». Le but des formations, comme je peux les pratiquer à l'École des Mines de Paris, ou en mastère à l'École des Ponts, par exemple, est bien de commencer à faire découvrir les questions à se poser ainsi que les amorces de repères stratégiques et opérationnels pour ces univers en rupture. Si l'on croise les enseignements des grands chocs de ces dernières décennies, on parvient en effet à cerner des repères qui peuvent aider à fonder et encadrer les démarches, les logiques de réponses. Les lignes essentielles sont notamment :

- le questionnement : de quoi s'agit-il ? ;
- le repérage ultra-rapide et continu des pièges et erreurs majeurs à éviter ;
- la clarification des nouvelles cartes

Telles sont les fonctions à prendre en charge par ce que je nomme des « Forces de Réflexions rapides » qu'il faut préparer et mettre en place à chaque événement non classique. L'essentiel tient à la volonté de se confronter à ces univers. Qui n'a pas accepté, intellectuellement et psychologiquement, de franchir ce pas ne pourra pas trouver les équilibres nécessaires. Il continuera à fuir ces situations, à les nier, à empêcher toute préparation effective de son organisation – et à se cacher derrière des protestations « d'optimisme » qui ne résisteront pas à l'événement.

La question des médias, enfin, est extrêmement complexe. Parce que nos habitudes de secret sont encore présentes, au moins dans les esprits des récepteurs – ce qui ne prépare pas une très grande confiance des professionnels des médias qui, bien sûr, ont le devoir de toujours garder leur distance critique d'appréciation. Parce que les médias sont eux-mêmes en situation de grande mutation. Parce que le terrain médiatique, de l'information, est comme une radiographie de l'ensemble des difficultés éprouvées, par tous, sur ce champ. Il n'y a pas de solution simple, spécifique à ces difficultés. Il faut les prendre en charge à partir d'une approche, profondément renouvelée, de la gouvernance des risques et des crises à l'heure des environnements instables.

On notera toutefois des avancées intéressantes, qu'il importe de poursuivre et d'élargir. Lors du dernier grand exercice Pandémie grippale, le film du Secrétariat général de la Défense nationale, qui servait de support de référence, était effectivement bien ouvert sur les territoires nouveaux à prendre en considération. De même, lors de l'exercice d'octobre 2006 réalisé par EDF sur la pandémie grippale, le Directeur du Contrôle des risques, qui avait en charge la conduite stratégique de l'exercice, souhaita tester la mise en place d'une Force de Réflexion rapide sur les bases indiquées ci-dessus, et cela en complément du test plus tactique qu'il fallait engager. Aux États-Unis, quelques entreprises s'engagent dans ces voies novatrices. À nous de savoir les faire aboutir et prospérer. ■

→ ESPACE ÉTHIQUE/VUIBERT

UNE COLLECTION AU SERVICE DES VALEURS DU SOIN



LE PROCÈS DES MÉDECINS DE NUREMBERG

L'irruption de l'éthique médicale moderne

Bruno Halioua

Le 9 décembre 1946, à Nuremberg, s'ouvre le procès de médecins allemands, précédé de celui des dignitaires nazis. Le monde entier est encore sous le choc de l'ampleur et de la gravité des crimes perpétrés par les nazis, et prend conscience de l'horreur de la Shoah. L'accusation met en évidence la dimension particulièrement atroce des expérimentations médicales réalisées sur des êtres humains dans les camps de concentration. Ce qui se joue dans ce procès dépasse largement les actions criminelles de quelques médecins dévoyés. Il s'agit du fondement même du nazisme et de sa prétention à ériger un autre code de comportement que celui que les hommes ont finalement privilégié, au moins à titre d'horizon souhaitable, dans nos sociétés de liberté et de démocratie. Les questions d'ordre éthique soulevées par les experts médicaux de l'accusation et les réponses qu'ils ont apportées aux arguments des accusés et de leurs avocats constituent une réflexion qui est à l'origine du Code de Nuremberg. Elle sera poursuivie et approfondie un an plus tard dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, puis par la suite dans la Déclaration d'Helsinki qui énonce les «Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains». Le Code de Nuremberg, dont la portée historique est fondamentale sur le plan juridique et médical, définit la légitimité des expériences médicales et le statut des personnes participant à une expérimentation. Il annonce ainsi la naissance de la bioéthique moderne.

« Dans la restitution que Bruno Halioua produit des justifications présentées par les autorités médicales ou militaires aux dignitaires nazis afin d'obtenir le quota de "sujets" nécessaires à leurs expérimentations, il est accablant de constater quelques similitudes avec la neutralité scientifique de certains protocoles ou prises de position qui pourtant, aujourd'hui, ne surprennent plus. »

Emmanuel Hirsch

À découvrir sur :

<http://www.espace-ethique.org/fr/livres.php>

ENJEUX ÉTHIQUES, DÉFIS DÉMOCRATIQUES

SOMMAIRE

► **PENSER LES CRISES SANITAIRES
COMME DES CRISES MORALES
ET POLITIQUES**
Élisabeth G. Sledziewski

► **PANDÉMIE GRIPPALE,
ÉTHIQUE ET DÉMOCRATIE**
Jean-Claude Magendie

► **LES VEILLEURS DE L'AVANT**
Gérard Pardini



► PENSER LES CRISES SANITAIRES COMME DES CRISES MORALES ET POLITIQUES

Élisabeth G. Sledziewski

Philosophe, maître de conférences de sciences politiques, habilitée à diriger des recherches, Institut d'Études politiques, Université Robert-Schuman, Strasbourg. membre du Conseil scientifique de la Plate-forme veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

LA PANDÉMIE, C'EST LA GUERRE

Pour le philosophe ou le politiste, la pandémie grippale constitue un objet inhabituel. En revanche, la notion de crise lui est très familière. Toutes les crises ne sont pas d'ordre sanitaire. L'histoire est remplie d'événements qui ont causé la perte de cités entières. Les philosophes ont coutume de souligner que la vocation d'une crise est de mettre en lumière les faiblesses d'une cité. Elle lève le voile sur ses insuffisances.

Certains spécialistes pointent à la fois les conséquences de l'impréparation et la mise en échec des plans de prévention les mieux conçus. Il suffit parfois d'un grain de sable ou tout simplement d'une confiance excessive dans l'expérience acquise pour générer une catastrophe de grande ampleur.

Le philosophe est interpellé lorsque le fiasco tourne à l'ubuesque. Nous

avons tous appris dans les manuels d'histoire les conséquences du port des pantalons de couleur garance au début de la Grande Guerre. Il arrive aussi que nos défenses soient inopérantes, sur un plan militaire, technologique ou immunitaire. Comme la Ligne Maginot, elles ne sont d'aucun recours. En l'occurrence, nos défenses éthiques – éthico-politiques dirons-nous – ne sont pas moins essentielles que les autres. Il peut en effet arriver que les hommes soient

totallement démunis face aux maux qui les frappent, qu'ils soient dépassés par le cours des événements. Toutefois, la réponse prend forme dans l'attitude morale adoptée. Certains discours d'évaluation de l'impuissance sont déjà forts d'une certaine puissance, d'emblée opposable à la fatalité.

Oui, « La pandémie, c'est la guerre » car ce qui est en jeu, ici, n'est pas seulement d'ordre sanitaire, démographique ou économique, mais d'essence politique : c'est bien la vie ou la mort de la cité.

Cette pandémie, dès lors, m'interpelle. Pas comme sage ou comme bas bleu de service, à qui reviendrait le soin d'agréments de quelques maximes bien senties et autres références classiques la contribution des experts. Mais comme philosophe-politiste qui pressent là

Oui, « La pandémie, c'est la guerre » car ce qui est en jeu, ici, n'est pas seulement d'ordre sanitaire, démographique ou économique, mais d'essence politique : c'est bien la vie ou la mort de la cité.

l'éventualité d'une épreuve radicale pour la société démocratique, ses principes, sa viabilité historique donc, et son sens.

LES MURAILLES DE LA DÉMOCRATIE SONT INVISIBLES

La notion de cité inclut celle de danger. En effet, faire cité, depuis la nuit des temps, revient à s'entourer de murailles

pour se protéger d'un environnement hostile. C'est encore délimiter une frontière entre l'intérieur et l'extérieur d'un espace consacré par le pacte social, quelle qu'en soit la forme. Ce faisant, la

La démocratie remplace volontiers les barrières physiques par d'autres types de défense, intériorisés mais non moins lisibles par tous. Il s'agit de défenses morales, érigées contre un ennemi qui ne porte pas forcément un uniforme étranger, mais qui peut tout aussi bien s'appeler défiance, anarchie, aliénéation.

cité s'entoure d'un dispositif aussi symbolique qu'architectural – murailles de mots et murailles de pierres – dans le but d'envoyer des signaux forts, pour reprendre une expression chère à nos journalistes, tant *ad intra* qu'*ad extra*. Il s'agit non seulement de signifier aux habitants où ils se trouvent et à quelle communauté solidaire ils appartiennent, mais encore d'interdire aux horsains le bénéfice de cette appartenance. En ce sens, édifier des murailles, c'est qualifier des citoyens.

La cité démocratique tend toutefois à rendre ses murailles invisibles. Paradoxalement, car elle a une conscience aiguë de son historicité et, donc, de sa fragilité historique. La communauté démocratique répugne à s'entourer de murs. Elle s'entend mieux à construire des ponts qu'à construire des murs – pour reprendre une célèbre formule d'Isaac Newton.

La cité libre peut ainsi entreprendre d'abattre des murailles, au nom d'un principe social supérieur... Ce peut n'être, il est vrai, que le remplacement d'un ouvrage militaire par une barrière fiscale, ou par un mur de séparation des classes — je songe à Paris renonçant à ses « fortifs » dans l'atmosphère crépuscu-

laire de l'entre-deux-guerres, où le petit peuple inquiet de la capitale chante avec Fréhel « *que sont devenues les fortifications ?* », car pour lui, la cité qui le repousse n'est plus le lieu du pacte social.

La démocratie remplace volontiers les barrières physiques par d'autres types de défense, intériorisés mais non moins lisibles par tous. Il s'agit de défenses morales, érigées contre un

ennemi qui ne porte pas forcément un uniforme étranger, mais qui peut tout aussi bien s'appeler défiance, anarchie, aliénéation. Les citoyens font partie d'un corps politique souverain dont la conscience collective doit rester suffisamment forte pour lui donner des raisons de s'engager dans des entreprises communes. L'essentiel n'est plus alors de se blottir dans une forteresse, mais d'adhérer à un même projet et d'en mesurer ensemble la validité. La démocratie s'appuie sur des murailles et des fondations vivantes, vouées à se régénérer en permanence sous peine de dissolution du pacte social.

LA CONSCIENCE DE SA VULNÉRABILITÉ COMME PREMIÈRE STRATÉGIE DE DÉFENSE

La démocratie constitue le régime politique vulnérable par excellence. Vulnérable, et qui plus est, narcissique, hypocondriaque, toujours encline à s'inquiéter de son sort. À peine instaurée, elle débat sans fin de ses maux, de son équilibre menacé, de sa refondation nécessaire, en vue de laquelle les citoyens s'affairent sur l'Agora ou sur le Forum.

En ce sens, le régime démocratique en appelle continûment à la conscience de ses co-contractants. Le rappel des dangers qu'encourt la cité est inscrit dans la trame même de son développement, où il est fait constamment référence à la bonne volonté des citoyens, à la *philia* chère à Aristote. Il s'agit-là d'un sentiment actif d'appartenance au corps social, que je crois inadéquat de traduire par « amitié ». S'il est permis d'user, ici, d'un langage contemporain, je suggérerais plutôt d'entendre la *philia* au sens de « solidarité ». Elle consiste en la volonté d'agir pour le bien commun et en une bienveillance de principe à l'égard des membres de la cité.

Puisque la démocratie a pour vocation d'être en alerte perpétuelle et à d'assumer sa vulnérabilité, c'est qu'elle a partie liée avec l'éthique. En effet, tous doivent s'interroger et obéir à une injonction permanente de questionnement sur le cours des choses. Cette « métaphysique de tous les jours » commande aux citoyens d'actualiser les valeurs collectives. Si les crises, en survenant, peuvent laisser la cité démunie, elles trouvent souvent un début de réponse dans le fait que ses citoyens délibèrent en permanence pour faire vivre leurs valeurs.

Un acte terroriste, un virus peuvent ainsi frapper une communauté démocratique. Au-delà de toutes les circonstances et urgences particulières, cette dernière aspire à faire vivre une idée qu'elle se fait de l'humanité. Or, réfléchir sur les idées et les valeurs immuables constitutives d'une certaine humanité est la tâche de l'éthique. Celle-ci confronte en permanence l'action au service de la cité et les principes dont elle se réclame.

L'ÉTHIQUE : AGIR AU NOM D'UNE CONCEPTION GÉNÉRIQUE DE L'HOMME

Mon propos s'inscrit dans une très vieille exigence philosophique : affirmer que la cause de l'homme dépasse la cause des hommes vivant et agissant dans l'« ici et maintenant ». Selon ce postulat, il existe toujours quelque chose de supérieur aux intérêts individuels et aux bénéfices particuliers liés aux circonstances. Lorsque Platon théorisait l'immortalité de l'âme, il renvoyait à cette idée de l'homme au-delà de l'humain, en parlant d'elle comme d'un « beau risque à courir ». En effet, il y a un risque pour les décideurs à lever la tête du guidon de la logique de l'efficacité et du calcul coût-avantage pour intégrer un paramètre hétérogène, transcendant au champ déjà si complexe de la gestion pragmatique des choses, en l'occurrence cette idée supérieure de l'humain. Ceux qui sont en charge de la cité ont pourtant besoin de cette transcendance, ils doivent s'y référer sous peine de se réifier, c'est-à-dire de perdre le fil du sens, qui seul permet de coudre ensemble les multiples paramètres décisionnels. Le rôle de l'éthique consiste à démontrer l'intérêt de courir ce risque.

L'approche éthique des menaces dirigées contre la cité les identifie, même dans l'urgence, comme des menaces contre l'homme en général. Courir le risque éthique, c'est enjoindre aux décideurs de se placer sur ce plan alors qu'il y a manifestation des problèmes plus pressés à régler. Cette injonction serait indécente s'il n'y allait que d'un supplément d'âme. Elle n'est supportable que parce qu'elle renvoie à quelque chose de plus grave, de plus fort : la mise en échec de la barbarie, la préservation du caractère humain de la cité.

Face aux périls sanitaires, la démocratie ne peut se dispenser d'adopter un parti éthique qui consiste à mettre l'homme au centre de toutes décisions et à défendre son humanité. Le point de vue éthique place en exergue la dignité de ceux dont on prétend prendre soin. L'éthique installe l'absolu « anthropocentré » au cœur des affaires de la cité.

L'IMPÉRATIF DU RESPECT DE L'HOMME

Dans certaines sociétés, des postulats métaphysiques ou religieux ont force de loi. La démocratie, quant à elle, s'inscrit dans la perspective d'une religion de l'humain, quelles qu'en soient les formes liturgiques et culturelles spécifiques. À cet égard, et dussé-je choquer, j'aimerais rapprocher la démocratie des systèmes non démocratiques qui, sur des bases religieuses, insistent eux aussi sur

l'indisponibilité de l'humain. L'humain n'est pas disponible, au sens où il ne s'adapte pas à l'usage que l'on veut en faire, comme une propriété soumise à la règle de l'*usus* et *abusus*. Je fais référence ici à l'impératif catégorique énoncé par Kant dans la deuxième section des *Fondements la Métaphysique des Mœurs* (1785) :

- « Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans tout autre, toujours en même temps comme fin, et jamais simplement comme moyen » ;
- « Agis selon la maxime qui peut en même temps se transformer en loi universelle » ;
- « Agis selon des maximes qui puissent

en même temps se prendre elles-mêmes pour objet comme lois universelles de la nature. »

Dans notre société hyper-individualiste et hédoniste, l'autonomie du sujet peut être comprise au contraire comme un « moi d'abord », comme un « si je veux, quand je veux », revendication séduisante et réputée progressiste. Cependant, si l'on y prend garde, l'autofondation du sujet vire à la barbarie lorsque celui-ci prétend organiser le monde à sa guise. Cette perversion correspond alors exactement à ce que les nazis ont appelé le « triomphe de la volonté », et qui autorise le sujet auto-fondé - dans ce cas, sujet racial collectif et non sujet individuel - à décider de l'humanité ou de la non-humanité d'autrui. On se situe ici à l'exact opposé d'une démarche éthique,

dans une logique de la force, où les critères fondant l'action ne sont reconnus valides que lorsqu'on dispose des moyens

de les imposer.

Le discours éthique referme cet abîme ; il protège le sujet de son propre vertige en lui enjoignant de reconnaître qu'il y a de l'indisponible absolu, un socle d'humanité à partir duquel seulement (et pas en deçà duquel) il sera possible de produire du sens.

Il importe de relever qu'en situation extrême, il existe un fort risque de recours à ce schéma d'auto-production et d'auto-validation des normes, tant de la part du groupe que de la part des individus. Lorsque la cité est menacée, il est donc salutaire de percevoir la crise non pas du seul point de vue des hommes à sauver *hic* et *nunc*, mais de l'humanité en général. Le point de vue éthique n'est

autre que celui de l'humanité sur elle-même, en quête de son propre salut. Il s'agit de prendre soin des citoyens en tant qu'hommes, et pas seulement en tant que ressortissants de la cité. En ce sens, l'éthique se déploie dans l'au-delà du politique. Parce qu'il y a urgence, elle

qui a frappé Athènes en 430 et l'a mise en crise globale. Cet épisode a préfiguré, un quart de siècle à l'avance, la ruine de la cité et de ses institutions démocratiques au profit de Sparte, la victoire du système oligarchique, l'affaiblissement général des valeurs. ■

Cependant, si l'on y prend garde, l'auto-fondation du sujet vire à la barbarie lorsque celui-ci prétend organiser le monde à sa guise. Cette perversion correspond alors exactement à ce que les nazis ont appelé le « triomphe de la volonté », et qui autorise le sujet auto-fondé - dans ce cas, sujet racial collectif et non sujet individuel - à décider de l'humanité ou de la non-humanité d'autrui.

convie les membres de la cité au partage d'une humanité commune, moyen sûr de déclinier sa propre humanité.

Je conclurai en faisant référence à l'œuvre de Hans Jonas, *Le Principe Responsabilité*, si importante pour nous qui cherchons à articuler l'efficacité sanitaire et l'éthique. Il est urgent, selon Jonas, d'adapter l'impératif catégorique au nouveau type de l'agir humain. Sa maxime pourrait notamment se formuler ainsi : « Agis de façon à ce que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre. » Dans cette perspective, nul n'a le droit de compromettre l'être des générations futures au nom de l'être des générations actuelles. En vertu du principe de responsabilité, « nous avons bien le droit de risquer notre propre vie, mais pas celle de l'humanité ».

Une catastrophe sanitaire est à la fois une épreuve morale et un accident politique. C'est du reste sous ce double aspect que Thucydide, au livre II de *La Guerre du Péloponnèse*, décrit la peste

► PANDÉMIE GRIPPALE, ÉTHIQUE ET DÉMOCRATIE

Jean-Claude Magendie
Premier président de la cour
d'appel de Paris

La possible survenance d'une pandémie grippale à plus ou moins longue échéance ne constitue pas, hélas, une hypothèse d'école. Nul n'a perdu de vue qu'un tel fléau survient plusieurs fois par siècle, même si l'on a déjà oublié les quelques trente mille décès liés aux complications de la dernière épidémie qui remonte, en France, à 1968...

La perspective redoutée d'une nouvelle catastrophe sanitaire est tellement prévisible qu'après avoir élaboré un plan de lutte contre la pandémie, l'on commence à y préparer nos concitoyens, en dépit du caractère inquiétant de cette perspective.

Selon Xavier Emmanuelli, qui connaît bien les lieux de vulnérabilité de notre société, « *l'épidémie, c'est la guerre* » ! Cet humaniste engagé nous décrit le processus qu'il imagine pour les longues semaines qui séparent la déferlante de la phase de reflux, où l'on ferait le bilan du désastre humain mais aussi sociétal de l'épidémie. Il voit se côtoyer les héroïsmes spontanés, les attitudes de fuite par peur de la contagion, le tout sur fond de surenchère médiatique et de rumeurs. Les pharmacies, les urgences des hôpitaux se trouveront soumis à une pression considérable, la population tentant de se procurer à tout prix les traitements curatifs.

Jean-Marie Le Guen, député de Paris, après avoir mené sa mission parlementaire d'information sur la grippe aviaire, ne dit pas autre chose lorsqu'il observe dans *Libération* du 14 juin 2006 : « *Si la pandémie arrive, cela se traduira par une dislocation de la vie sociale.* »

UNE LIBERTÉ INDIVIDUELLE EN CONFLIT AVEC LA PROTECTION DE TOUS

Il paraît indispensable, à ce stade du processus, de rechercher des éléments de réponse à des questions cruciales - j'allais dire « vitales » - qui se posent en pareil contexte :

- En cas de pandémie, qui aura droit aux premiers vaccins, aux lits de réanimation ?
- Pratiquement, faudra-t-il donner la priorité au maximum de vies sauvées, d'années de vie, ou encore, d'années de vie de qualité ?
- Faudra-t-il privilégier les bien portants, les plus jeunes ?

La réponse à ces questions, comme à tant d'autres, apparaît redoutable au regard des enjeux. En certains cas, en effet, décider d'une hospitalisation en réanimation reviendra à rien moins qu'à choisir entre la vie et la mort d'une personne...

C'est ici que le juge, gardien constitutionnel des libertés, se trouve interpellé. Bien des formes de discriminations apparaissent en effet effroyables dans le traitement d'une pandémie, à chacune des phases du plan de lutte, qu'il s'agisse de l'organisation, de l'alerte, de la surveillance, de la prise en charge des patients, des mesures de prévention, de l'information et de la communication. Et, à supposer qu'il soit possible d'échapper au pire - ce que nous espérons tous - grâce à une préparation efficace au fléau, la pandémie n'entraînera-t-elle

pas inéluctablement, au nom de la protection collective, une restriction des libertés individuelles ?

Portalis, l'un des rédacteurs du Code civil, n'avait-il pas déjà tout compris lorsqu'il écrivait : « *La liberté n'est et ne peut être que l'effet d'une sage composition entre les volontés particulières, les pouvoirs individuels et la sûreté commune* »^[1] ?

L'inévitable atteinte aux libertés peut alors se décliner sous des formes différentes :

- mise en quarantaine ;
- limitation des déplacements ;
- contrôle aux frontières ;
- suppression de réunions publiques, de concerts et de festivités diverses, de représentations ;
- obligation de soins des professionnels, etc.

Toutes situations contraires aux libertés fondamentales auxquelles nous croyons et que nous autres, magistrats, avons reçu pour mission de protéger et de servir.

Toutes les restrictions apportées à la liberté d'aller et de venir ne peuvent être édictées qu'en considération d'autres impératifs de même importance, autrement dit, lorsqu'il s'agit de privilégier la protection d'autres libertés et le maintien de l'ordre public. C'est cette dernière priorité qui, seule, pourrait justifier qu'en cas de pandémie, des limites soient apportées à la liberté d'aller et de venir, principe d'ordre constitutionnel, faut-il le rappeler ?

L'une des particularités de l'ordre public réside dans la variabilité de ses exigences. Lorsque les pouvoirs législatif et exécutif y ont intégré les contraintes juridiques et politiques souhaitées, le dispositif se trouve placé sous le contrôle du juge, comme je l'expliquerai plus bas. En cas de pandémie, différents choix de société peuvent être envisagés après

concertation entre les acteurs compétents - vous en débattrez sans doute. Mais, quelles que soient les décisions prises, c'est l'éthique qui doit commander les orientations politiques et médicales. C'est la raison pour laquelle, face aux risques sanitaires encourus, il apparaît prudent et responsable de réfléchir « à froid » aux questions d'ordre éthique qui se poseront nécessairement en cas d'actualisation du risque. Seule une démarche de cet ordre apparaît susceptible d'éviter à ceux qui sont en charge de ces savants dosages, entre les différents intérêts en présence, de ne pas se fourvoyer. Mieux notre pays y sera préparé, moindre sera le fléau car plus pertinentes seront les réponses apportées à l'appréhension du phénomène.

UN LIEN DE CONFIANCE INDISPENSABLE À L'EXERCICE VOLONTAIRE D'OBLIGATIONS RÉCIPROQUES

Tout en reconnaissant l'intérêt d'un plan gouvernemental de lutte contre la pandémie que de nombreux États voisins nous envient, Emmanuel Hirsch s'interrogeait, le 15 septembre 2006^[2], dans les termes suivants : « *A-t-on, dans l'urgence et par souci d'efficacité, renoncé à considérer utile de consulter et de mobiliser au-delà du cénacle des spécialistes ? Les mesures préconisées tiennent-elles compte de la complexité des réalités sociales, sont-elles en capacité de produire des réponses adaptées, cohérentes, justes, acceptables ? Selon quels principes, dans quelles conditions et en bénéficiant de quels soutiens les professionnels exerceront-ils leurs missions ?*

Comment apprécier le niveau de préparation d'une société face à un risque global mais imprécis, qu'apparemment seules des mesures techniques d'anticipation et de prévention semblent susceptibles d'atténuer ? [...] Des notions comme éthique, dignité, droits de l'homme, déontologie, ne sont pas même mentionnés de manière explicite dans le plan gouvernemental ! ».

Les termes de notre débat se trouvent ainsi magistralement posés.

À cet égard, je partage totalement le souci d'Emmanuel Hirsch d'associer les citoyens à la réflexion entreprise sur la pandémie grippale, aux enjeux de société qu'elle représente, aux conséquences et répercussions qu'entraînera l'exécution du plan gouvernemental sur le quotidien des femmes et des hommes qui vivent dans ce pays.

Avant que la panique collective ne s'empare de la population, lui ôtant toute capacité réflexive et compromettant irrémédiablement l'exécution des mesures envisagées, il apparaît en effet essentiel que les choix opérés par les pouvoirs publics soient expliqués - et, si possible, compris - dans le souci de recueillir l'adhésion sur leur pertinence.

Avant que la panique collective ne s'empare de la population, lui ôtant toute capacité réflexive et compromettant irrémédiablement l'exécution des mesures envisagées, il apparaît en effet essentiel que les choix opérés par les pouvoirs publics soient expliqués - et, si possible, compris - dans le souci de recueillir l'adhésion sur leur pertinence.

L'histoire douloureuse des épidémies nous en fournit l'implacable enseignement. Le Docteur Ellenberg nous rappelle, à titre d'exemple, ce qui s'est passé à Marseille en 1720 : lors d'une épidémie

de peste, la population refusa les mesures anti-contagion qui lui étaient proposées, tout simplement parce qu'elle ne croyait pas au caractère contagieux du fléau.

Ce travail de pédagogie est indispensable ; chacun, ici, en a une conscience suraiguë. C'est dans cet esprit qu'Emmanuel Hirsch préconise, de manière convaincante, l'intérêt essentiel d'une « concertation de proximité sollicitant d'autres intelligences et sensibilités » que la seule consultation des experts. Il en appelle à « des états généraux qui permettent d'affirmer publiquement les valeurs démocratiques qui doivent inspirer nos décisions en situation de pandémie. C'est ainsi, notamment, que s'établira au sein de la société, ce « lien de confiance » indispensable à l'exercice volontaire d'obligations réciproques ».

Il n'appartient pas au président du tribunal de Paris de se prononcer sur la pertinence des choix susceptibles d'être opérés au plus haut niveau de l'État. Pas davantage, comme a pu l'exprimer Elisabeth Sledziewski, il n'est question d'ajouter « *un supplément d'âme au traitement pragmatique du risque* », où prévalent déjà pertinence technique, rigueur gestionnaire et efficacité administrative. Il s'agit bien plutôt, pour le juriste, d'envisager la question sous l'angle des enjeux éthiques de ce problème de société qui touche de si près aux libertés individuelles et à la démocratie sanitaire, ce qui signifie placer l'homme au cœur du dispositif.

LE PRINCIPE DE PROPORTIONNALITÉ

Le juge, gardien des libertés, ne doit-il pas s'interroger en permanence sur les enjeux éthiques des conflits qu'il lui est

demandé de trancher ? Ne doit-il pas veiller à ce que l'état d'urgence fasse de manière aussi limitée que possible place à l'état d'exception ? Le maintien de la légalité n'est-il pas l'unique rempart d'une démocratie digne de ce nom contre tous les excès ? Cet objectif constitue, en lui-même, un défi démocratique.

Le juge est dans son rôle, il remplit pleinement son office lorsqu'il se pose cette question : comment préserver le juste et difficile équilibre entre la protection de la santé de la population et le respect de la personne ? En cas de pandémie, il lui revient - dans l'après-coup - d'évaluer la pertinence des choix opérés. Toutefois, dans la perspective préventive qui est fort heureusement la nôtre aujourd'hui, il peut déjà participer à la réflexion commune. Ainsi, les questions suivantes doivent l'interpeller :

- Serait-il choquant de considérer comme prioritaires les populations de soignants, qui doivent pouvoir rester en bonne santé pour accomplir leur mission, faute de quoi la maladie se propagera plus rapidement ?
- Serait-il équitable que les populations à risque - souvent les personnes les plus vulnérables - soient méprisées au profit de ceux qui ont les moyens de se protéger et, éventuellement, de se soigner ?
- L'autorité judiciaire sera-t-elle écartée au profit des décisions du pouvoir exécutif pour rendre plus efficace le dispositif de lutte contre la pandémie au détriment du respect des libertés publiques ?
- Comment prévenir sans exclure ?

Et, comme nous sommes tous comptables des deniers publics, le juge n'est pas davantage que les autres professionnels dispensé d'envisager le rapport entre

l'intérêt d'une mesure et son coût, puisque la logique budgétaire doit aussi être prise en compte, même si la vie d'une personne n'a pas de prix.

Le maître mot, au regard de notre questionnement, est bien, pour le juge, celui de « proportionnalité ». Pour tout juriste, le principe de proportionnalité, qui fait partie de notre culture commune, commande de respecter l'équilibre des intérêts en présence. Cette exigence figure en bonne place au rang des outils éthiques mis à la disposition du juge. Elle trouve sa place comme instrument de mesure pour lui permettre de peser les intérêts en présence et, ainsi, de rendre une décision juste, fiable et équitable.

La philosophie du contrôle de proportionnalité réside dans le contrôle de la cohérence interne d'un acte entre les moyens employés, la mesure prise et la finalité poursuivie. Le principe de proportionnalité doit guider tous nos choix éthiques, dès lors qu'il est question de sélectionner, de « prioriser » et - disons-le franchement - d'exclure.

Nos critères de choix doivent faire l'objet, sinon d'un consensus général, du moins d'un débat ouvert et éclairé. Nous en sommes tous convaincus : les grandes crises entraînent une perte de confiance qui met directement en cause la légitimité des autorités en charge des décisions les plus graves. Leurs décisions deviennent alors parfaitement inapplicables^[3].

LE PARADIGME DE LA PATRIE EN DANGER AU RISQUE D'UN ÉTAT D'EXCEPTION PERMANENT

La question de la pandémie me paraît avoir un rapport étroit avec celle, tout aussi terrifiante, du terrorisme, fléau

ressenti dans les démocraties occidentales comme une attaque directe contre les valeurs fondamentales des droits de l'homme et contre l'État de droit.

Elisabeth Sledziewski corrobore elle-même cette conviction, elle qui a si bien su tirer les leçons de la lecture de *La Guerre du Péloponnèse* de Thucydide, relatant la peste d'Athènes, comme de *La Cité de Dieu* de saint Augustin tirant les leçons du sac de Rome par les Goths. Voici ce qu'elle écrit : « *Dans la problématique de la pandémie, la logique commune de l'éthique et de la démocratie conseille de penser la menace grippale*

La question de la pandémie me paraît avoir un rapport étroit avec celle, tout aussi terrifiante, du terrorisme, fléau ressenti dans les démocraties occidentales comme une attaque directe contre les valeurs fondamentales des droits de l'homme et contre l'État de droit.

selon le paradigme historique de la patrie en danger. Intégrer le parti pris éthique à une politique de prévention, c'est mobiliser les citoyens pour la défense d'une cité dont le salut garantit la reconnaissance de leur humanité et de leurs droits. Réciproquement, ce parti éthique est le seul qui permette de penser que la mise en danger de la cité est l'affaire personnelle de tous les citoyens. Sans cette relation intime, inscrite au cœur du pacte social, entre la responsabilité de chacun et le salut commun, la logique du désastre ne peut être contrée, même par le talent et les efforts des décideurs. »

La lutte antiterroriste ne s'inspire-t-elle pas des mêmes exigences ? Ne vise-t-elle pas les mêmes impératifs ? Et pourtant, la lutte antiterroriste prend des formes différentes selon les climats. « *Vérité en deçà des Pyrénées ; erreur au-delà.* » Prenons l'exemple du traitement fait par les États-Unis d'Amérique des attentats

du 11 septembre 2001. Ces événements tragiques ont permis de montrer qu'au nom de la lutte contre le terrorisme, une administration nationale peut limiter les libertés civiles et réduire considérablement les garanties contre les atteintes aux droits fondamentaux.

Le Président des États-Unis a alors pris des mesures qui aboutissent à l'état d'exception permanent qui devient la règle, la suppression de la différence entre la guerre et la paix, entre l'intérieur et l'extérieur, entre la norme et l'exception^[4]. Déjà, on s'en souvient, Lincoln avait suspendu l'*habeas corpus* pendant la guerre de Sécession, et le Président Roosevelt fait interner tous les Américains d'origine japonaise après l'attaque de Pearl Harbour.

Il est vrai que la radicalisation islamiste a acquis une dimension planétaire, rendant la lutte contre le terrorisme plus difficile que jamais. Pourtant, en agissant de la sorte, n'arrive-t-on pas inéluctablement au mépris le plus absolu des règles du droit international et des droits fondamentaux les plus élémentaires, à la suspension permanente du droit ? L'état d'exception se présente alors comme la forme légale de ce qui ne peut avoir... de forme légale^[5]. Comme un espace anémique dans lequel l'enjeu est une force de loi sans loi. Ce qu'un magistrat britannique^[6] a appelé « le trou noir de Guantanamo » en constitue l'illustration caricaturale.

LIMITER LES ATTEINTES À LA LIBERTÉ AU STRICT NÉCESSAIRE

À l'opposé des dérives autoritaires des États qui considèrent qu'en temps de guerre, il est légitime que la justice n'interfère pas dans les décisions de l'exécutif, la France, quant à elle, a fait le pari d'écarter le recours à la notion d'état d'exception. Elle a choisi de respecter les droits de l'homme, sans évacuer ni le droit, ni le juge, seuls garants des valeurs de la démocratie. Ce choix a permis à la justice française d'obtenir de vrais succès et de juguler à temps des entreprises porteuses de périls majeurs. Ce même choix a placé notre pays en parfait accord avec les préconisations émises par le Conseil de l'Europe en matière de lutte contre le terrorisme et de respect des droits de l'homme^[7]. N'est-ce pas, en effet, dans les situations de crises telles que celles qui résultent d'actes terroristes que nous devons justement rester vigilants pour ne pas les bafouer ? Cette exigence a été clairement rappelée par Kofi Annan, le 22 septembre 2003, en conclusion de la conférence « *Combattre le terrorisme pour l'humanité* » : « *Nous ne devons jamais, dans notre combat contre les terroristes, nous abaisser à les imiter. [...] Des actes illégaux et injustifiables commis par des États ne sont pas seulement illégaux et injustifiables. Ils sont aussi susceptibles d'être exploités par les terroristes, qu'ils aideront à recruter des adeptes et à nourrir le climat de violence qui fait leur jeu. C'est pour ces raisons et pour bien d'autres encore que j'estime que les droits de l'homme ne peuvent être sacrifiés au profit de la lutte contre le terrorisme. [...] Le profond respect pour la dignité de chaque individu est une de nos armes les plus puissantes pour combattre le terrorisme. Transiger sur les droits*

de l'homme reviendrait à donner aux terroristes une victoire qu'ils ne peuvent obtenir eux-mêmes. La promotion et la défense des droits de l'homme, ainsi que le respect le plus strict du droit international humanitaire, doivent donc être les piliers de la lutte antiterroriste ».

C'est déjà ce message qu'avait délivré, dès l'été 2002, le secrétaire général du Conseil de l'Europe^[8], qui avait élaboré des lignes directrices visant précisément à aider les États à trouver un difficile équilibre entre la règle et l'exception, entre le consentement et la contrainte, la transparence et le secret, la légitimité et l'efficacité, entre le droit et le mépris des normes.

Pour autant, ce serait faire preuve d'angélisme que d'appliquer en tous points la procédure pénale de droit commun à des agissements terroristes. Le caractère dérogatoire de certaines règles du Droit français en matière de lutte contre le terrorisme doit à cet égard être défendu. Il apparaît d'autant plus justifié qu'aucun des textes qui trouvent à s'appliquer en cette matière ne contredit les instruments internationaux de protection des droits de l'homme : en France, une personne accusée d'activités terroristes a droit - comme toute autre - à ce que sa cause soit entendue équitablement, dans un délai raisonnable, par une juridiction indépendante, impartiale et établie par la loi. La primauté de la justice, le triomphe de l'État de droit sont, à mes yeux, l'instrument pertinent par lequel la démocratie affirme sa supériorité morale sur ceux qui veulent l'abattre.

Il convient donc de veiller, on l'aura compris, à limiter les atteintes à la liberté à ce qui est strictement utile. À travers les choix opérés en matière d'antiterrorisme, on perçoit aussi l'intérêt qu'il y a pour une société à être aussi consen-

suelle que possible pour gérer les crises les plus graves. Il paraît important que les citoyens se sentent associés aux grandes options « politiques » qui les concernent directement.

Comme le suggère également Patrick Lagadec, « nous ressentons bien qu'il est important d'ouvrir des espaces de réflexion secondaires au cas où nos plans, comme le plan XVII de Joffre en août 1914, se révélerait un peu moins performant que prévu...^[9] ».

Benjamin Pitcho déplore, quant à lui, qu'il ait fallu attendre la finalisation de la préparation du Plan pour y introduire une dimension éthique. Il plaide en faveur d'une communication sur les justifications éthiques du Plan gouvernemental. Il considère, à juste titre, que ce plan doit impérativement intégrer une communication relative aux valeurs éthiques essentielles à son acceptation, à son effectivité et à sa qualité^[10].

Ces États généraux, qu'Emmanuel Hirsch appelait de ses vœux, ne sommes-nous pas en train de les préparer très directement, dès lors que nous avons le courage de poser les questions les plus cruciales, afin qu'un large débat puisse ensuite s'instaurer qui permettra d'enrichir la réflexion déjà engagée ? Nourrissant le débat public sur la pandémie grippale, il contribuera à l'humaniser et à nous familiariser à des problèmes de société qu'il est préférable pour chacun de regarder en face, afin de nous éviter de sombrer dans la peur, attitude la plus néfaste au traitement de toute pandémie.

Je nous souhaite de découvrir comment, pour reprendre l'image évocatrice utilisée par Patrick Lagadec^[11], « crever cette bulle protectrice qui assure la double fausse protection des décideurs et des citoyens ». Sachons quitter « nos jardins

à la française, avec leurs risques bien domestiqués, pour les terrains impensables de l'ignorance et du chaotique »^[12]. C'est là que nous trouverons la force et l'intelligence de cœur et d'esprit nécessaires à l'action. ■

RÉFÉRENCES

- [1] « Opinion de Portalis sur la résolution relative au décret du 3 brumaire » dans Marceau Long et Jean-Claude Monier, *Portalis, L'esprit de justice*, Paris, Michalon, 1997, p. 96.
- [2] Cf. *Libération* du 15 septembre 2006, page « Rebonds ».
- [3] Cf. sur ce point Jean-Michel Guibert, « Cadre de cohérence éthique du plan pandémie grippale d'ELF », *Pandémiques*, n° 1, octobre 2006, p. 52 et s.
- [4] Ce que Walter Benjamin, cité par Pierre Hassner, avait prévu, Cf. *Le Monde*, 23 juin 2003.
- [5] Le philosophe italien Giorgio Agamben l'a magistralement expliqué dans *L'État d'exception, Homo Sacer II*, Paris, Le Seuil, 2003, L'Ordre philosophique.
- [6] Lord Johan Steyn, cité par Augusta Conchiglia, « Les Droits humains bafoués dans le trou noir de Guantanamo », *Le Monde diplomatique*, avril 2004, p. 1, 20 et 23.
- [7] Cf. « Lignes directrices sur les droits de l'homme et la lutte contre le terrorisme », adoptées par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 11 juillet 2002, lors de la 804^e réunion des délégués des ministres, Direction générale des droits de l'homme, janvier 2003.
- [8] « L'État doit se servir de tout son arsenal juridique pour réprimer et prévenir les activités terroristes, mais il ne peut pas prendre n'importe quelle mesure qui saperait ces mêmes valeurs fondamentales qu'il entend protéger. Si un État agissait de la sorte, il tomberait dans le piège que le terrorisme tend à la démocratie et à l'État de droit », *Ibidem*, introduction de Walther Schwimmer.
- [9] P. Lagadec, « Pandémie grippale et réflexion éthique. Quelles exigences pour un pilotage à la hauteur des enjeux ? », *Pandémiques*, n° 1, octobre 2006, p. 14.
- [10] B. Pitcho, *Ibidem*, p. 18.
- [11] P. Lagadec, art. cit., p. 15.
- [12] *Idem*.

► LES VEILLEURS DE L'AVANT

Gérard Pardini

Chef du Département Intelligence économique et Gestion de crises, Institut national des hautes études de sécurité (INHES), membre du Conseil scientifique de la Plate-forme veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

PRÉSERVER NOTRE ESPACE DÉMOCRATIQUE

Certains, dans ces pages, font remarquer que l'attention des gouvernants dans le monde entier, et tout particulièrement dans l'espace démocratique occidental, s'est davantage portée sur les principes d'efficacité et de réalité, indispensables à la gestion d'une crise majeure, que sur les problèmes d'éthique que sous-tendent des valeurs de loyauté, d'intégrité, de transparence, d'équité, en un mot, de tout ce qui fait lien pour qu'une citoyenneté vive.

Emmanuel Hirsch souligne que le Plan gouvernemental français « *constitue un engagement fort et riche.* » Il constitue même, aux yeux de nombreux pays démocratiques, une référence. Il faudra cependant - ce que je ne souhaite pas - le juger un jour sur son application.

Il nous reste à préparer cet avenir, peut-être impensable, face auquel nos travaux sont indispensables. Quelles exigences pouvons-nous réclamer à nos gouvernants, et quelles exigences un État démocratique peut-il réclamer à ses citoyens en évitant de s'engager dans une dérive liberticide ?

Toutes les réflexions, toutes les interrogations, sont les nôtres. Les réponses qui seront apportées viennent nourrir un débat que l'Institut national des hautes études de sécurité a également ouvert. En effet, l'INHES a pour vocation de provoquer des réflexions transversales sur des sujets de sécurité émergents ou en

forte évolution, d'essayer d'apporter aux décideurs des éclairages complémentaires à ceux des services opérationnels en mettant à profit notre capacité de veille, d'anticipation, de rassemblement de cultures professionnelles diverses, et un recul vis-à-vis de l'action immédiate.

Notre autonomie juridique et intellectuelle, couplée à notre proximité des décideurs gouvernementaux, nous permet de jouer de ce rôle de veilleur de l'avant.

Tirant les conséquences de l'épisode du SRAS, et alors que l'épizootie aviaire n'avait pas encore envahi les médias, nous avons souhaité apporter un éclairage sur les conditions concrètes de la mise en œuvre de la planification et des systèmes de gestion de crise déployés à l'occasion d'une pandémie. Nous avons retenu trois objectifs :

- mieux cerner les problèmes de coordination et de coopération que ne manqueraient pas de poser à l'ensemble des acteurs publics et privés, la gestion d'une situation critique s'inscrivant dans la durée ;
- appréhender les difficultés de prise en charge des citoyens compte tenu de la double exigence, incontournable, de préserver la population et de maintenir la fonction vitale du pays ;
- préciser les conditions de l'intégration dans la gestion de la crise des médias.

Ces trois objectifs nous sont apparus pertinents à la condition de les coupler en permanence avec une question transversale lancinante : celle de conjuguer

sur le long terme des risques sanitaires et une discipline acceptée afin de préserver notre espace démocratique. Nos travaux, qui rejoignent la plupart des travaux ici présentés, nous ont donné des pistes. Il est ainsi apparu que dans la constitution de la menace spontanée

Savoir gérer une crise majeure, c'est aussi poser la question de la légitimité de l'autorité. La légitimité ne s'est jamais superposée à la légalité. Aujourd'hui, plus que jamais, cet enjeu de la légitimité fonde la capacité de l'État à surmonter la crise.

ment attribuée à une cause extérieure, la part des vulnérabilités internes de la société joue un rôle déterminant : dans nos sociétés complexes, ce sont les vulnérabilités qui font le risque et déterminent son ampleur.

PRÉPARER LA GESTION DE L'INCERTITUDE

Il faut donc préparer l'ensemble de nos pouvoirs publics – l'État, les collectivités territoriales – mais, également, les partenaires économiques et sociaux à la gestion de l'incertitude, notamment celle liée aux situations sociales. Au premier rang de ces incertitudes, on trouve les réactions aux dispositifs opérationnels dans des situations difficiles, longues, sans bornes temporelles précises.

L'irruption de l'éthique dans la crise est, par conséquent, une étape décisive. La preuve qu'un processus civilisateur de la crise majeure est durablement enclenché et que le cynisme moderne, qui imprègne malheureusement notre civilisation confrontée à un malaise diffus et universel, n'est pas une fatalité. La fausse conscience éclairée qui habille parfois facilement certaines décisions ne

peut être un bon chemin. De telles pratiques de communication peuvent être habiles, mais portent en elles le germe de la ruine et de la déshumanisation.

Savoir gérer une crise majeure, c'est aussi poser la question de la légitimité de l'autorité. La légitimité ne s'est jamais superposée à la légalité. Aujourd'hui, plus que jamais, cet enjeu de la légitimité fonde la capacité de l'État à surmonter la crise. Toute perte de légitimité, tout accroissement de

l'écart de légitimation, entraîne une déstabilisation proportionnelle du pacte républicain, ce « vouloir vivre ensemble » tellement évident qu'il en est devenu fragile.

Les travaux présentés ici permettent à chacun de progresser dans la compréhension de ce que recouvrirait la sauvegarde de l'État dans l'hypothèse d'une pandémie. Le danger, d'ailleurs, ne vient pas tant des risques encourus par l'État, que du manque de ferveur à le défendre. Il est de la responsabilité des gouvernants d'entretenir cette ferveur en favorisant tout ce qui peut contribuer à nous maintenir en éveil plutôt qu'à nous engourdir. Car, il ne s'agit pas de sauvegarder l'État en tant que fin en soi - nous serions confrontés à des choix horribles - mais de sauvegarder ce pour quoi il existe : la démocratie et, à travers elle, l'ensemble des libertés. ■

L'ÉTAT D'EXCEPTION

SOMMAIRE

► **CONCEVOIR L'ÉTAT D'EXCEPTION
EN DÉMOCRATIE**
Ulysse Korolitski

► **L'ÉTAT D'EXCEPTION SE JUSTIFIE-T-IL
EN DROIT ?**
Benjamin Pitcho



► CONCEVOIR L'ÉTAT D'EXCEPTION EN DÉMOCRATIE

Ulysse Korolitski

Agrégé de philosophie, enseignant à l'Institut d'études politiques de Paris, membre du Conseil scientifique de la Plate-forme Veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

À lire la littérature éthique et politique concernant l'éventualité d'une pandémie grippale, il apparaît que le discours libéral - conçu comme discours prônant les valeurs de la démocratie et de la discussion et exigeant que toute décision politique soit justifiée devant le peuple - peine à s'imposer de façon incontestable.

Or, cette fragilité ne nous semble pas liée seulement à la force du discours opposé, celui du réalisme brutal pour lequel, en toutes circonstances, le juste devrait être subordonné au nécessaire, à l'utile ou à la décision d'une autorité souveraine.

Plus subtilement, il nous semble que le danger menaçant la cohérence et la portée du discours libéral vient du discours libéral lui-même, de l'une de ses dérives par laquelle il se transforme insensiblement en sentimentalisme ou en angélisme.

Pour faire face à cette difficulté, cette contribution s'organisera autour de deux axes qui se mêleront. Une intention tout d'abord : assurer l'efficacité du discours libéral. Une clarification conceptuelle ensuite : montrer que cette efficacité présuppose qu'on ne confond pas le libéralisme et le refus de l'état d'exception (défini comme un état du système juridique dans lequel certains droits fondamentaux sont levés et la séparation des pouvoirs remise en cause au profit de l'exécutif). Celle-ci est d'autant plus nécessaire que le sentimentalisme dont

il vient d'être question se confond justement avec l'idée selon laquelle tout bon libéral devrait avoir l'état d'exception en horreur. Or, cette confusion est celle qui interdit aux libéraux souvent les mieux intentionnés de donner leur mesure au sujet d'une éventuelle pandémie grippale.

ÉTAT D'EXCEPTION ET POSTURES THÉORIQUES

Pour bien cerner la difficulté, j'emprunterai sa typologie à Pasquale Pasquino^[1]. On peut distinguer deux grandes postures théoriques relatives à l'état d'exception :

- le monisme, qui nie toute différence entre le gouvernement d'exception et le gouvernement régulier ;
- le dualisme, qui pose qu'il s'agit de deux états juridiques distincts.

Mais le monisme - qui nie en quelque sorte l'état d'exception - se divise lui-même en deux avatars opposés : le premier affirme que toute situation, quelles que soient les circonstances, peut se traiter avec des moyens de gouvernement régulier. Le second affirme que toute situation est exceptionnelle ; que l'utile, le nécessaire, ce qui est décidé par l'autorité est toujours la mesure du juste ; qu'à chaque décision se joue donc le salut de l'État et de la société, comme si jamais l'état de nature n'avait été dépassé dans l'état civil.

Ce second monisme est celui des théories autoritaires, voire absolutistes, il est l'ennemi déclaré du libéralisme - Hobbes se sentirait ici chez lui.

Le premier monisme est celui que j'ai appelé précédemment l'angélisme ou le sentimentalisme. Il est lui aussi une négation de l'exception car, selon lui, il n'est jamais justifié, quelles que soient les circonstances, de recourir à des moyens extraordinaires, ce qui revient à dire qu'aucune situation n'est exceptionnelle. C'est ici qu'apparaît le malentendu libéral : par opposition au second monisme (le monisme autoritaire), il adopte la posture angélique. Mais, dans le même mouvement, il s'interdit de penser la spécificité d'une situation exceptionnelle comme la situation pandémique.

Une fois ces distinctions établies, deux constats s'imposent. Premièrement, il existe une mauvaise raison d'adopter le monisme angélique : croire que c'est un bouclier face au monisme autoritaire, c'est-à-dire l'adopter par défaut, alors qu'il existe aussi la possibilité dualiste. Deuxièmement, il existe une bonne raison de refuser ce même monisme : il est inconséquent. Il est évident, par exemple, que la quarantaine est une atteinte aux droits fondamentaux et une force supplémentaire donnée à l'exécutif. C'est donc, sans conteste, une mesure d'exception. Mais, il est évident aussi qu'il n'est pas question de s'en priver en cas de pandémie. Or, dans le monisme angélique, la quarantaine est injustifiable. Tel est le paradoxe de nombre de postures libérales.

DISCUTER LES MESURES EXCEPTIONNELLES ELLES-MÊMES

On a vu qu'une première réponse montrait que le libéralisme concevait l'angélisme comme la seule opposition à l'autoritarisme. Mais pourquoi ne pas adopter la posture dualiste ? Pourquoi

certains discours libéraux n'envisagent-ils pas cette possibilité ? Tel est le dernier point crucial à élucider si l'on veut rendre compte de manière convaincante de cette situation théorique.

La réponse est simple : le libéralisme angélique refuse la position dualiste parce qu'il l'identifie à l'autoritarisme, au monisme absolutiste. Or, si cette posture est un piège que le libéralisme se tend à lui-même, elle révèle surtout un contresens.

Dans son zèle, le libéralisme confond en effet la nécessité de la discussion *avant* l'état d'exception et *pendant* l'état d'exception. Refuser de

discuter pendant l'état d'exception, c'est être dualiste : c'est dire qu'il existe des circonstances dans lesquelles certains droits sont suspendus, et dans lesquelles la primauté est donnée à l'exécutif sur le législatif.

L'erreur de la dérive libérale - mais pas d'un libéralisme cohérent - vient de la confusion de ce refus nécessaire de discuter pendant l'état d'exception avec l'autoritarisme (le second monisme). Pourquoi est-ce une erreur ? Parce que c'est refuser de voir que ces mesures peuvent être à la fois *nécessaires* et *légitimes*, c'est-à-dire justifiables par un processus de discussion. En effet, avant que l'état d'exception ne soit déclaré, on peut - et il faut - discuter à la fois des modalités d'enclenchement de cet état et des mesures exceptionnelles elles-mêmes. La discussion est donc possible - et nécessaire - en amont, avant l'état d'exception. Et c'est justement à ce moment-là que l'enjeu démocratique et libéral est le plus puissant.

Bien sûr, les mesures prises pendant l'état d'exception ont un caractère autoritaire : nécessité fait loi et l'intérêt collectif peut alors primer sur l'intérêt particulier (pensons au cas dramatique d'un individu non contaminé qui serait contaminé *pendant* la quarantaine). Mais, il serait abusif de confondre ce cas avec le véritable autoritarisme qui est le refus de la discussion sur l'état d'exception *avant* l'état d'exception. Ici, c'est tout le contraire : l'état d'exception peut

Avant que l'état d'exception ne soit déclaré, on peut - et il faut - discuter à la fois des modalités d'enclenchement de cet état et des mesures exceptionnelles elles-mêmes. La discussion est donc possible - et nécessaire - en amont, avant l'état d'exception.

être justifié et légitimé par une discussion démocratique et préalable, à la manière de celle que nous pouvons tenir lors d'une réunion.

Pour le dire autrement : être libéral, démocrate, ce n'est pas refuser l'état d'exception, c'est s'efforcer de le penser et d'imaginer les moyens de l'encadrer démocratiquement et libéralement.

On peut cependant relever deux difficultés que nous ne ferons qu'évoquer : comment, tout d'abord, régler cette « parenthèse » juridique ? Les moyens sont nombreux. Outre la discussion démocratique *ex ante*, on peut, par exemple, envisager une juridiction qui jugera *ex post* de la proportionnalité des mesures prises pendant l'état d'exception.

Jusqu'où, ensuite, peut aller la discussion préalable ? Jusqu'à la détermination de la situation exceptionnelle ? Qui décide de la situation exceptionnelle ? Ce problème est crucial, mais son traitement serait trop long ici. Remarquons simplement qu'une solution traditionnelle, pour éviter les abus possibles, est de refuser que ce soit la même instance

qui décide de l'état d'exception et qui exerce les pouvoirs exceptionnels.

Il convient, pour finir, d'insister sur la notion d'efficacité du discours libéral. Selon nous - ce qui est le pire des dangers pour lui - un libéralisme qui s'embourberait dans les confusions que nous avons essayé de clarifier deviendrait impuissant. En effet, un tel libéralisme ne serait pas crédible, pour la simple et bonne raison qu'on ne peut pas à la fois discuter, voire contester les mesures exceptionnelles, et nier l'exceptionnalité de la situation : réfuter une position théorique (l'autoritarisme) en niant l'objet sur lequel elle s'applique (la situation exceptionnelle) est le meilleur moyen de

nement, mais à ne pas le contrôler, il est sûr qu'il laissera le champ libre, de façon beaucoup plus inquiétante, à ceux qui, même dans les situations les plus normales, préféreront toujours une injustice à un désordre, ce qui serait, du point de vue le plus libéral, l'attitude la plus contre-productive. ■

Pour le dire autrement : être libéral, démocrate, ce n'est pas refuser l'état d'exception, c'est s'efforcer de le penser et d'imaginer les moyens de l'encadrer démocratiquement et libéralement.

montrer que l'on n'a rien à dire sur cet objet, et donc de ne pas être entendu.

On ne peut pas refuser, *a priori*, toutes les mesures exceptionnelles (monisme angélique) et en même temps se faire entendre dans la discussion de ces mesures. Si l'on refuse par principe la quarantaine, on ne peut plus faire entendre sa voix dans les discussions sur la quarantaine - ce qui est bien dangereux quand il est évident que l'on y aura recours puisque cela revient finalement à être sûr que l'on n'aura aucune influence sur les modalités de sa mise en œuvre.

Il ne faut pas confondre « essayer de limiter légitimement l'usage de la quarantaine » et « refuser toute quarantaine ».

Refuser l'état d'exception serait, pour le libéralisme, se condamner à ne plus être un interlocuteur influent.

Ce glissement est compréhensible, nous avons essayé d'en expliquer le fonction-

RÉFÉRENCE

- [1] Pasquino, P. - « Urgence et État de droit. Le gouvernement d'exception dans la théorie constitutionnelle », *Revue trimestrielle de sciences sociales*, n° 51, premier trimestre 2003, « Sécurité et démocratie », p. 9-27.

► L'ÉTAT D'EXCEPTION SE JUSTIFIE-T-IL EN DROIT ?

Benjamin Pitcho

Maître de conférences,
laboratoire européen droit santé,
Université Paris 8, membre du Conseil
scientifique de la Plate-forme veille
& réflexion « Pandémie grippale,
éthique, société »

La justification de l'état d'exception n'est pas sans poser un problème logique difficile à surmonter. Le juriste ne peut justifier, à proprement parler, l'état d'exception sans détour par la théorie du droit. Tout d'abord, dans une démocratie libérale, le législateur et, partant, l'administration, sont animés d'une certaine idée du bien public et de la sauvegarde des droits individuels en toutes circonstances. L'État, notamment, ne doit pas menacer l'individu en débordant des missions qui sont les siennes. C'est là une idée directrice du libéralisme.

L'IMPOSSIBLE JUSTIFICATION

L'État ne doit pas inutilement investir la sphère privée. En un sens, l'état d'exception pourrait servir de cheval de Troie à une entreprise visant l'anéantissement des droits individuels. Toutefois, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les droits fondamentaux de la personne humaine ont été réaffirmés et il leur a

L'État ne doit pas inutilement investir la sphère privée. En un sens, l'état d'exception pourrait servir de cheval de Troie à une entreprise visant l'anéantissement des droits individuels.

été adjoint de nouvelles libertés attestant d'une volonté de renforcer la solidarité entre les personnes. Il a été demandé à l'État d'intervenir pour garantir des droits économiques et sociaux, ceux auxquelles la Constitution de 1946 fait référence.

Depuis la fin du XX^e siècle, une demande de protection de nouvelles libertés publi-

ques est perceptible. Les autorités publiques ont à agir à l'encontre de certains intérêts privés, de nature à nuire aux individus. Je fais référence, par exemple, aux domaines de la bioéthique et de la protection des données informatiques à caractère individuel. Certains acteurs privés, pour renforcer leurs positions sur un marché ou animés d'une sincère volonté de poursuite de certaines recherches biomédicales, peuvent être tentés d'utiliser leurs bases de données et/ou leurs pouvoirs au mépris, parfois, du respect de l'individu. La protection des personnes dans le cadre des recherches biomédicales fait ainsi l'objet de différentes mesures destinées à s'assurer de l'encadrement des pratiques.

Comment, dès lors, justifier l'état d'exception quand l'État poursuit dorénavant comme but la sauvegarde des libertés fondamentales ? On ne saurait lui demander de suspendre, en quelque sorte, son existence. Sa raison d'être est précisément de sauvegarder les libertés que les citoyens gagnent dans la constitution de son ordre juridique. À l'époque romaine, il n'existait pas d'État mais une « chose publique » dont l'existence pouvait être menacée. Or, un État est ou n'est pas.

Enfin, un juriste, qui est un technicien du droit, ne peut pas justifier une exception à l'ordre qu'il analyse et commente. Il ne peut que tenir, humblement, un discours juridique. C'est au philosophe ou au sociologue qu'il appartient de discourir

de la justification de l'état d'exception. Un juriste qui entreprendrait pareille aventure devrait en même temps pouvoir justifier l'existence du discours juridique.

L'exception réside, en quelque sorte, dans le principe.

Elle n'en est pas séparable, à l'image de l'inconscient de la psychanalyse indissociable

L'exception réside, en quelque sorte, dans le principe. Elle n'en est pas séparable, à l'image de l'inconscient de la psychanalyse indissociable de la psyché humaine.

de la psyché humaine. Je ne puis donc qu'exposer un certain nombre de dispositifs décrits comme encadrant des situations exceptionnelles.

LA SITUATION EXCEPTIONNELLE DANS L'ÉDIFICE JURIDIQUE FRANÇAIS

La première théorie des circonstances exceptionnelles est d'origine jurisprudentielle. L'arrêt *Dames Dol et Laurent*, du 28 février 1919, renvoie en l'espèce à la limitation de la liberté d'aller et venir pour des circonstances de guerre. Toulon possède une base navale majeure et le préfet avait interdit par arrêté aux « filles de joie » d'en fréquenter l'environnement immédiat. Le juge administratif a estimé que, dès lors que l'ordre public et la santé publique se trouvaient menacés, le préfet est fondé, exceptionnellement, à intervenir dans le but de prévenir tout trouble. Il existait effectivement une menace, dont la gravité était telle que l'autorité publique avait le devoir de s'en préoccuper. Parmi les éléments de l'ordre public, figure en effet la salubrité publique qu'il appartient aux autorités publiques de sauvegarder.

La Constitution de la V^e République confère, de même, des pouvoirs excep-

tionnels au Président de la République « lorsque les institutions de la République, l'indépendance de la Nation, l'intégrité de son territoire ou l'exécution de ses engagements internationaux sont menacées d'une manière grave et immédiate et que le fonctionnement régulier des pouvoirs publics constitutionnels est interrompu ».

Une pandémie grippale peut, en théorie, causer une telle interruption, mais il convient de relever que le Président de la République ne peut disposer de tels pouvoirs exceptionnels qu'après respect de certaines formalités destinées à éviter les abus.

Lorsqu'il est question de la situation exceptionnelle en Droit, il convient aussi de songer à la Loi du 3 avril 1955. Celle-ci a, en quelque sorte, connu une seconde jeunesse lorsqu'elle a été invoquée pour servir de base à l'instauration de couvre-feux dans les banlieues. L'urgence peut être invoquée en cas de péril imminent, de calamité publique de toute nature.

Le Code de la santé publique a p p r é h e n d e également la situation exceptionnelle, lorsqu'une menace

d'épidémie prescrit de restreindre les libertés publiques afin que toute mesure pour l'enrayer soit efficace. Complétant ce dispositif, il est possible à l'autorité publique d'attenter aux droits intellectuels - et notamment aux brevets des laboratoires - lorsque la santé publique l'impose.

La menace pandémique constitue un risque pour la salubrité publique et, à ce titre, appelle un certain nombre de décisions de la part des autorités administratives.

DES ÉTATS D'EXCEPTION OU UN ÉTAT INHÉRENT À LA LÉGALITÉ

J'insisterai donc sur un point essentiel : à chaque fois qu'il est question de situations exceptionnelles dans notre ordre juridique, ce sont les faits générateurs de ces situations qui sont visés - en premier lieu par les textes et non les mesures qu'ils appellent. Sauf dans le cas de l'article 16 de la Constitution, il est ainsi question de menaces à l'ordre public nécessitant une action dans le but de sauvegarder un bien collectif.

La théorie classique de l'ordre public s'appuie en effet sur le triptyque de salubrité, sécurité et tranquillité. Or, la menace pandémique constitue un risque pour la salubrité publique et, à ce titre, appelle un certain nombre de décisions de la part des autorités administratives. Les décisions à adopter sont multiples et dictées par les circonstances. Il n'existe donc pas d'état d'exception, mais des états d'exceptions particuliers.

D'une certaine manière, toutes les autorités administratives bénéficient de la possibilité de qualifier un état d'exception : président de la République, préfets, ministre de la Santé, ministre de l'Indus-

trie lorsque ce dernier décide de suspendre l'applicabilité d'un brevet, etc.

Finalement, quel est le but de la qualification de telles situations particulières par des normes juridiques ? Avant tout, il importe d'éviter un retour à l'état de nature et de libération des instincts,

comme ce fut le cas à la suite de l'ouragan Katrina aux États-Unis.

Du point de vue du juriste, en effet, le droit est une caractéristique de la civilisation, il en permet la structuration. Il n'est donc nullement enclin à évoquer la suspension de ce dernier en dehors d'un cadre légalement déterminé. La ville est, par ailleurs, régie par des règles de citoyenneté (*civitas*, racine ayant donné civil). Ainsi, la civilisation est régie et structurée par le droit civil qui matérialise l'identification de la citoyenneté à la civilisation.

Dès lors, quel est le but de l'état d'exception, tel que le droit l'appréhende, hormis la sauve-

garde de cette civilisation? Quelle que soit la menace effective (terrorisme, pandémie, etc.), il faut sauve-

garder la légalité. Il serait vain de chercher un autre fondement aux diverses dispositions normatives envisageant l'exception. Le problème fondamental réside justement dans la conservation de la civilisation, même dans des cas où chacun est enclin à ne plus être régi que par ses propres instincts.

Le juriste est sensible, non au débat sur la notion d'état d'exception, mais à quelque chose qui se trouve au fondement de la doctrine juridique.

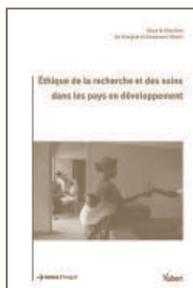
Notre questionnement renvoie, en dernière instance, à l'opposition entre la légalité et la légitimité d'un dispositif. Chacun a en mémoire les figures du général de Gaulle et du maréchal Pétain. Quand le second invoquait la légalité, le premier s'estimait légitime - raison pour laquelle, après la Libération, il a été possible d'affirmer que Vichy était nul et non avenu. La légalité ne s'est en réalité jamais interrompue. Au demeurant,

la légitimité n'est pas l'objet du juriste, mais du philosophe. ■

Avant tout, il importe d'éviter un retour à l'état de nature et de libération des instincts, comme ce fut le cas à la suite de l'ouragan Katrina aux États-Unis.

→ ESPACE ÉTHIQUE/VUIBERT

UNE COLLECTION AU SERVICE DES VALEURS DU SOIN



ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET DES SOINS DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Sous la direction de François et Emmanuel Hirsch

« Le domaine de la santé est de ceux où les questions éthiques se vivent en permanence, de manière aiguë, et parfois douloureuse ou angoissante ». Cette réflexion que l'on prête à Albert Schweitzer illustre parfaitement les tensions créées par la recherche en santé menée sur la personne. Comment perçoit-on ce questionnement éthique à la fois dans un contexte bien doté en moyens, en compétences et, dans un environnement à tant d'égards démunis, pourtant résolu dans sa volonté de rendre accessibles les possibilités que permettent d'envisager les avancées de la recherche biomédicale ? Dans ce domaine urgent et sensible, nos responsabilités et solidarités sont directement engagées. C'est pourquoi des cliniciens, des chercheurs, des philosophes ou des anthropologues d'Afrique francophone et de France ont souhaité mettre en commun leurs réflexions dans le cadre d'un travail consacré aux enjeux éthiques des bonnes pratiques du soin et de la recherche clinique. Cet ouvrage a pour objet d'ouvrir plus largement cette réflexion nécessaire, s'efforçant de donner la parole aux uns et aux autres sans chercher à imposer un modèle. Il convient de mieux faire comprendre les significations des traditions et des cultures, d'autant plus lorsqu'elles doivent être en capacité de servir les valeurs de la vie à travers le droit universel à bénéficier d'une santé de qualité. Les notions de respect, de dignité, de bienveillance et d'équité ainsi convoquées nous renvoient aux fondements mêmes de l'éthique médicale, de telle sorte qu'elles nous concernent directement en Afrique comme en France. Aborder ainsi les questions éthiques c'est aussi penser et soutenir une exigence de démocratie, donc de justice, dans le partage des savoirs et des acquis, notamment dans le champ biomédical.

François Hirsch

À découvrir sur :

<http://www.espace-ethique.org/fr/livres.php>

DROITS ET DEVOIRS DES PROFESSIONNELS EN TEMPS DE CRISE

SOMMAIRE

- ▶ **LES NOTIONS DE DEVOIR ET DE DROIT EN PÉRIODE DE PANDÉMIE GRIPPALE**
Élisabeth G. Sledziewski
- ▶ **LE PROFESSIONNEL FACE À SES DROITS ET SES DEVOIRS EN PÉRIODE DE CRISE : POINT DE VUE DU PSYCHOLOGUE**
Odile Bourguignon
- ▶ **COMMENT LES ENTREPRISES PRIVÉES ENVISAGENT-ELLES LES DROITS ET LES DEVOIRS DES PROFESSIONNELS ?**
Philippe Guibert
- ▶ **QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX FACE AUX MENACES SANITAIRES**
Claude Évin
- ▶ **CONTINUITÉ DU SERVICE PUBLIC DANS UN CONTEXTE DE CRISE MAJEURE ET ÉTHIQUE**
Philippe de Lorme
- ▶ **ENJEUX ÉTHIQUES DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : LA POSITION DU DIRECTEUR D'HÔPITAL**
Anne-Marie Armanteras-de Saxcé
- ▶ **LE RISQUE VIRAL PENDANT UNE PANDÉMIE : QUELLE SIGNIFICATION POUR LES PROFESSIONNELS ?**
François Bricaire
- ▶ **DROITS ET DEVOIRS DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX : POSITION DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES**
Valérie Achart-Delicourt
Patricia Berthelot
- ▶ **DROITS ET DEVOIRS DES MÉDECINS DE VILLE**
Marie-Laure Alby
- ▶ **ENJEUX ÉTHIQUES DES DROITS ET DES DEVOIRS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE**
Gabriel Ko
- ▶ **LA RÉQUISITION : ASPECTS JURIDIQUES**
Marc Dupont



► LES NOTIONS DE DEVOIR ET DE DROIT EN PÉRIODE DE PANDÉMIE GRIPPALE

Élisabeth G. Sledziewski

Philosophe, maître de conférences de sciences politiques, habilitée à diriger des recherches, Institut d'Études politiques, Université Robert-Schuman, Strasbourg. membre du Conseil scientifique de la Plate-forme Veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

En ayant soin de préciser que je n'appartiens pas au monde médical, j'insiste sur le fait que je m'exprime ici en philosophe et non pas en politiste. En effet, je ne compte pas aborder la question des dispositions positives à arrêter, dans l'hypothèse où une pandémie grippale frapperait la collectivité. Je ne souhaite pas davantage considérer les enjeux politiques d'un tel cas de figure.

RIEN N'EST PIRE QUE LE DÉVOIEMENT DE LA NATURE HUMAINE DANS SON PRINCIPE

Le philosophe est un peu l'expert en généralités, le spécialiste de ce qui ne relève d'aucun domaine de spécialisation, pour paraphraser Auguste Comte. Ce rôle est parfois un peu ingrat dans des assemblées de spécialistes. Il doit être, néanmoins, assumé. Interrogeons donc sur les notions de droit et de devoir. Comment sont-elles affectées par un état de catas-

On pourrait craindre, en effet, qu'une pandémie généralisée ne rende nos belles proclamations, mais aussi notre droit positif semblables à des chiffons de papier.

trope, en cas de pandémie grippale puisque c'est de cela qu'il s'agit ? Parler de droits, de devoirs, fait-il sens dans un tel contexte ? Leur consistance pratique n'est-elle pas altérée par la catastrophe ? On pourrait craindre, en effet, qu'une pandémie généralisée ne rende nos belles proclamations, mais aussi notre droit

positif semblables à des chiffons de papier. Qu'à l'heure du sauve-qui-peut généralisé, le droit ne soit plus - comme Platon le fait dire à Calliclès dans son dialogue *Gorgias* - qu'« incantations et niaiseries ».

C'est vrai, nos codes, nos normes, nos règles collectives peuvent sombrer. D'une manière intéressante, Dostoïevski répond à certaines de nos interrogations dans un passage des *Souvenirs de la maison des morts*. Il y est question d'un forçat particulièrement ignoble : « Un morceau de chair pourvu de dents et d'un estomac, [...] un des spécimens les plus complets de l'animalité qu'aucun principe, aucune règle ne parviennent à contenir [...] un monstre, un Quasimodo moral. » Et voici comment se conclut cette description terrifiante : « Non ! l'incendie, la peste, la famine, n'importe quel fléau est préférable à la présence d'un tel homme dans la société. »

Ce cri du cœur humaniste est à méditer et à ne jamais oublier par ceux qui veillent sur la cité en temps de

catastrophe. Car, il replace les choses à leur vraie valeur en distinguant l'anéantissement matériel, si grand soit-il, de l'anéantissement moral, seul vraiment ruineux. La peste... ou la pandémie grippale n'est pas un fléau aussi grave que la présence d'un homme dont l'inhumanité triomphante menace l'humanité de

tout le groupe. La catastrophe naturelle est réparable à condition que l'humanité fasse valoir ses droits à cette réparation. La catastrophe morale qui consiste justement en un déni d'humanité, ne permet aucune réparation. Rien n'est pire que la négation de ce qu'est l'homme. Les mots de Dostoïevski sont donc à entendre comme un acte de foi dans l'absolu de l'être, dans la capacité infinie de l'homme à se faire don à lui-même, pour parler comme Claude Bruaire, d'un être qui le dépasse et dont il se sent redevable. C'est la suspension de cette humanité ouverte sur elle-même qui constitue le seul authentique danger.

LE RAPPEL DES DROITS : UN ACTE FONDATEUR DE LA COMMUNAUTÉ POLITIQUE

Reconnaître l'existence de son semblable dans la cité, c'est voir en lui un titulaire de droits. C'est donc, par symétrie, reconnaître que l'on a des devoirs à son égard. Cette double reconnaissance est le ressort de la civilité, mais aussi le point d'appui de toutes les résistances, de celle à opposer à la catastrophe, notamment. De quelle manière est-elle appréhendée dans notre corpus juridique ? Je ferai référence à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, ainsi qu'au Préambule de la Constitution française de 1946. L'intérêt de ces textes est pour nous primordial.

En 1789, l'Assemblée constituante adopte le texte fondateur de notre civilisation démocratique, aujourd'hui partie intégrante, rappelons-le, du bloc de constitutionnalité de la Ve République. Son Préambule est énoncé comme suit : « *Les Représentants du Peuple français, constitués en Assemblée nationale, considérant*

que l'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'Homme sont les seules causes des malheurs publics et de la corruption des Gouvernements, ont résolu d'exposer, dans une Déclaration solennelle, les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme, afin que cette Déclaration, constamment présente à tous les membres du corps social, leur rappelle sans cesse leurs droits et leurs devoirs ; afin que leurs actes du pouvoir législatif, et ceux du pouvoir exécutif, pouvant être à chaque instant comparés avec le but de toute institution politique, en soient plus respectés ; afin que les réclamations des citoyens, fondées désormais sur des principes simples et incontestables, tournent toujours au maintien de la Constitution et au bonheur de tous. »

Ainsi, il existe donc des situations dans l'histoire humaine (nombreuses, aux yeux des constituants de 1789) où l'on ignore et méprise les droits de l'homme. Les conséquences peuvent en être gravissimes. C'est pour cela, précisément, qu'il faut faire acte de déclaration, pour contrebalancer la pesanteur effective de l'inhumain. Faute de quoi, les droits et les devoirs de l'homme peuvent être mis entre parenthèses ou tomber dans l'oubli. Certaines situations historiques commandent donc d'y faire expressément référence. Si ces droits ne peuvent être à tout instant brandis ou invoqués, alors ils risquent d'être effectivement bafoués. Le contenu des déclarations des droits fondamentaux ne saurait être ignoré par les membres du corps social. Si les principes exprimés peuvent parfois paraître redondants, il faut y voir une réponse à l'insistance symétrique de la barbarie. En effet, dans l'histoire

humaine, le respect des droits et des devoirs fondamentaux de la personne n'a pas toujours semblé évident. Lorsque les principes ne sont pas rappelés, ils sont comme désactivés. Le volontarisme

Ainsi, il existe donc des situations dans l'histoire humaine (nombreuses, aux yeux des constituants de 1789) où l'on ignore et méprise les droits de l'homme. Les conséquences peuvent en être gravissimes.

des rédacteurs de nos textes fondamentaux s'explique donc aisément. Les droits, les devoirs ne se maintiennent pas *per ipse* dans l'effectivité. En 1789, les constituants se trouvaient aux prises avec des circonstances chaotiques. La Grande Peur sévissait. Nombre de châteaux étaient en flammes. Quelques semaines avant l'adoption de la Déclaration, un député mettait en garde l'Assemblée contre le risque de ne plus avoir à « donner de lois qu'à la France dévastée ». Loin de constituer un trompe-l'œil, un « manteau de paroles » comme disait Aragon, un alibi de l'impuissance à agir, le verbe déclaratif des Droits de l'homme s'inscrit au cœur de l'urgence historique. En ce sens, la Déclaration de 1789 fait figure d'acte de salut public. L'invocation des droits des citoyens, dans une période de troubles, est un antidote politique au chaos possible et au chaos réel, passé et présent.

Le Préambule de la Constitution de 1946 est un autre texte canonique de la civilisation juridique et politique française. Ses premières lignes font référence à une période historique dramatique : « *Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de*

croissance, possède des droits inaliénables et sacrés. Il réaffirme solennellement les droits et libertés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des droits de 1789 et les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République.»

De fait, l'Europe sortait d'une catastrophe qui a affecté non seulement les États, mais l'humanité elle-même en ce qu'elle a de plus fondamental et dans son identité même. Là encore, quelque chose d'essentiel devait être réinitialisé. La vérité des droits et des devoirs se devait d'être proclamée et rétablie. Seul un acte juridique, constitutionnel était à même de le faire. Aucun état de fait historique n'est de nature à justifier la suspension des droits et des devoirs constitutifs de l'humanité. En 1946, il n'a été possible de rétablir l'ordre des choses qu'*a posteriori*, c'est-à-dire après la défaite de régimes politiques qui ont tenté de le compromettre.

FIGURE DE LA PESTE

Faut-il faire preuve de pessimisme, en constatant que le rétablissement des droits naturels de l'homme n'a été rendu possible que par la défaite militaire de régimes leur ayant porté atteinte, et que ni le droit, ni la morale, ni la politique n'y ont réussi ? Faut-il désespérer de la démocratie en songeant qu'en France, une assemblée démocratiquement élue a voté les pleins pouvoirs au maréchal Pétain ? Ce réalisme n'empêche pas de faire confiance malgré tout au volontarisme et à la pugnacité du droit, à la vigilance de la morale. L'affirmation

Faut-il faire preuve de pessimisme, en constatant que le rétablissement des droits naturels de l'homme n'a été rendu possible que par la défaite militaire de régimes leur ayant porté atteinte, et que ni le droit, ni la morale, ni la politique n'y ont réussi ?

des droits et des devoirs de l'homme constitue à ce titre un acte indispensable d'humanisation de la société, par ailleurs soumise à la force des choses, c'est-à-dire aux lois d'airain de l'histoire et de l'univers physique.

La littérature est riche d'exemples de sociétés fragilisées, immobilisées, si ce n'est complètement pétrifiées par une catastrophe. Les descriptions d'épisodes de pestes par Thucydide, Xénophon, Lucrèce, les récits de Tacite faisant état de communautés plongées dans le chaos sont édifiantes.

La peste est sans doute l'exemple type du fléau réduisant des sociétés entières au néant. Ainsi, la peste est une sorte de *locus desperatus* du politique et du rationnel. On connaît le mot de La Fontaine dans la fable des *Animaux malades de la peste* : « *Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés* » ; car le fléau affectait la cité, autrement dit, le genre humain dans son ensemble. Aucune barrière ne pouvait être opposée au mal, autrement dit, il y allait de la possibilité même de la société humaine, et de l'homme comme « *zoon politikon* » selon Aristote, comme

être pour la société. Non seulement les êtres humains étaient menacés dans leur capacité de survie, mais ils l'étaient encore dans leur capacité à

concevoir rationnellement la pérennité et l'avenir de leur communauté. La peste, « *puisque'il faut l'appeler par son nom* », comme le souligne La Fontaine est, en dernière instance, indicible. Elle est l'innommable. On peut parler de droits et de devoirs. On peut les invoquer, les proclamer. Au contraire, il n'est pas possible

de parler du chaos. Ce dernier constitue la limite à partir de laquelle il n'est plus possible de convoquer la puissance du logos. Ainsi, plus qu'une calamité physique, la peste symbolise dans la littérature la menace d'une mise en échec du langage et de la raison.

LA RÉFÉRENCE AUX DROITS, AUX DEVOIRS, EN TOUTES CIRCONSTANCES, EST RÉPARATRICE ET SALUTAIRE

En un sens, c'est précisément face à un événement extrême, comme peut l'être une pandémie grippale, que la collectivité a le plus besoin de la parole des juristes, des philosophes, et même des écrivains. Le dévoiement ultime, c'est de ne plus rien nommer, de ne plus rien désigner et de laisser le chaos dissoudre toute parole. À ce point de mon exposé, j'évoquerai *Les Fiancés* de Manzoni, texte bien méconnu en France, et pourtant magnifique, de la littérature romantique italienne. L'épidémie, la quarantaine y sont décrits. L'un des personnages est désigné comme « l'Innommable ». Il désigne précisément tout le négatif d'une société bouleversée par le fléau, rendue méconnaissable par la dissolution de ses codes moraux. Toutefois, à un moment de la trame de l'histoire, il reçoit la grâce et tente de se racheter du mal qu'il a commis. Le négatif absolu que personnifiait l'Innommable finit par se convertir au respect des valeurs authentiquement humaines, contribuant ainsi à un *happy end*.

Nécessairement, quand les normes s'effondrent sous l'action de la peste, un innommé, un innommable, survient et brouille l'ensemble des repères dépendant du logos, de la parole rationnelle, de l'acte déclaratif. *De profundis*, du fond

de cet inconnu peut s'opérer un retournement salutaire.

Quand il est question de la préservation des droits et devoirs dans un contexte de pandémie, c'est le problème de la résistance de la cité qui est soulevé en dernière instance. La cité ne recommence pas à exister en rebâtissant sur des ruines, mais bien avant. L'acte fondateur est bien l'invocation, par les victimes, de leurs droits. Quelque chose, un socle naturel, ne pouvait en aucun cas être remis en cause par la catastrophe, quelle que soit son ampleur.

Posséder des droits, c'est aussi avoir des devoirs. La relation entre concitoyens n'est concevable que sur la base d'une réciprocité des droits et des devoirs. Ils attestent de l'existence d'une cité. Les individus ne sont pas atomisés, tant que leur individualité est garantie dans ses droits par la cité qui les lie. Mais, même si celle-ci est en ruines, elle subsiste à l'état de projet dans la conscience de ces individus. Nous sommes ainsi en dette à l'égard de la communauté politique, puisque les individus et cette communauté tirent réciproquement leur existence l'un de l'autre. Décliner ses droits, c'est le faire au nom de la cité dans son ensemble. Une déclinaison de devoirs en découle réciproquement.

NE PAS PERDRE DE VUE CE QUI RESTE, MALGRÉ TOUT, PREMIER

La force contraignante des circonstances peut être considérable, sur la collectivité comme sur les personnes. Or, s'il n'est point de personnes, il n'est point de droits. Les deux termes naissent, se

développent et meurent ensemble. Il appartient aux techniciens du droit positif de procéder à certaines restrictions des libertés publiques compte tenu d'un état de catastrophe. Fondamentalement, ces aménagements ne sauraient

En un sens, c'est précisément face à événement extrême, comme peut l'être une pandémie grippale, que la collectivité a le plus besoin de la parole des juristes, des philosophes, et même des écrivains.

remettre en cause l'existence de droits inaliénables. Ils sont connus. Ils sont reconnaissables et il faudrait inscrire le principe de leur respect en préambule de tout dispositif de gestion de crise.

Très cyniquement, les nazis avaient inscrit au-dessus du portique du camp de concentration de Buchenwald : « *Jedem das Seine, à chacun son dû* », mémorable formule issue du code de Justinien. Cette provocation est à rapprocher du fameux « *Arbeit macht frei* » figurant au portique du camp d'Auschwitz. Les nazis ont effectivement estimé pouvoir, à leur convenance, toucher au socle imprescriptible des droits de l'homme, et même le tourner en dérision. L'issue de leur entreprise a montré qu'ils ont sous-estimé la capacité des hommes civilisés à réaffirmer les droits et les devoirs indissociables de leur condition. ■

► LE PROFESSIONNEL FACE À SES DROITS ET SES DEVOIRS EN PÉRIODE DE CRISE : POINT DE VUE DU PSYCHOLOGUE

Odile Bourguignon

Professeur de psychopathologie, Université Paris Descartes, membre du Conseil scientifique de la Plate-forme veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

Lorsqu'il est question d'une crise aussi grave que celle que nous évoquons, tous les niveaux sont interdépendants. Celui de la psychologie individuelle est un élément d'importance parmi d'autres. Pourquoi parlons-nous de crise ? L'irruption de la pandémie risque en effet d'introduire des discontinuités dramatiques dans le cours de nos processus familiaux. Le mot de « discontinuité » est sans doute faible, compte tenu du danger que représenterait une vaste désorganisation sociale.

LE « MOI » MÉDIATEUR

Une crise désigne « une période de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle et qu'elle ne peut ni fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problèmes ».

La pandémie représente un risque vital auquel s'ajoute une menace potentielle de désorganisation sociale. Penser en termes de rupture d'équilibre permet de choisir parmi les modèles théoriques disponibles celui qui définit le psychisme comme un système de forces en équilibre, cherchant à le restaurer s'il est menacé par des pressions internes trop fortes comme une montée d'angoisse, ou par un événement extérieur qui mobilise des émotions et des représentations chez le sujet. C'est donc à partir du modèle freudien du fonctionnement psychique que je vais tenter de préciser

ce que pourraient être les réactions des professionnels et, plus généralement, des individus en situation pandémique.

Dans la perspective théorique freudienne, l'hypothèse est qu'une énergie psychique d'origine corporelle, pulsionnelle, alimente un appareil psychique qui opère en régulateur, l'énergie se déchargeant sous forme de représentations, de fantasmes mais cherchant aussi à trouver des satisfactions dans la réalité. Le schéma d'ensemble est celui d'une dynamique de circulation de l'énergie cherchant constamment à conserver ou restaurer l'équilibre psychique.

Dans cette perspective, le psychisme est partiellement conscient, partiellement inconscient et se divise en trois instances : le ça, pôle pulsionnel, réservoir d'énergie propre à l'individu, ses désirs, ce à quoi il tient, comme se protéger ou se conserver en vie, lui et ses proches. La deuxième instance est le pôle surmoïque, constitué par tout ce que l'éducation a apporté à l'enfant et qu'il a intériorisé : les idéaux, prescriptions, devoirs et interdits. Le troisième pôle est celui du moi, qui se développe au contact de la réalité, une instance médiatrice entre les deux instances précédentes, pulsionnelle et surmoïque. Le moi vise à composer avec la réalité « telle qu'elle est », tente d'apaiser les conflits intra-psychiques et protège l'individu en déclenchant des mécanismes de défense en cas d'angoisse. Il vise à maintenir un équilibre si possible satisfaisant. Si trop d'efforts doivent être consentis,

il peut s'ensuivre des réactions névrotiques ou psychotiques.

L'INTERPRÉTATION PSYCHOLOGIQUE D'UNE CRISE, À LA SOURCE DE L'ARBITRAGE DES COMPORTEMENTS

Imaginons le cas de figure de déclenchement d'une pandémie. Un tel état de fait est de nature à bouleverser en profondeur les équilibres internes de chacun d'entre nous. Outre la menace vitale, l'affectation de proches ou le risque de désa-

des droits et des devoirs envers autrui, en toutes circonstances.

Mais le nouvel équilibre psychique peut *a contrario* favoriser le pôle pulsionnel et l'investissement narcissique. Un professionnel peut choisir de « sauver sa peau », de « sauver les siens » sous l'effet de la peur ou de l'angoisse de la mort. Le choix de la survie manifeste le triomphe du besoin d'autoconservation. Si un grand nombre de personnes font ce même choix, il peut en résulter des comportements de panique. Le « sauve-qui-peut » dissout les valeurs humaines et sociales auxquelles les sociétés font

ordinairement référence. Les portes d'entrée des hôpitaux pourraient être forcées en situation pandémique. Si un trop grand nombre d'individus sont dans

l'impossibilité d'affronter le conflit psychique induit par la crise, alors le pire est à redouter.

LA CRISE COMME RÉVÉLATEUR PSYCHOLOGIQUE

Le sentiment de sa propre vulnérabilité peut expliquer la force soudaine et brutale de la pulsion d'autoconservation. Certes, le seuil du tolérable varie selon les individus. L'événement pandémique ne menacera pas chez tous les mêmes valeurs et ne mettra pas en lumière les mêmes enjeux psychologiques. Parfois, le conflit psychique peut être si aigu, si insoluble, qu'il se déchargera dans l'agir. L'activité peut protéger de l'angoisse. L'accomplissement de son devoir peut donner un sens à l'action.

Les réactions initiales ne sont pas nécessairement définitives. Chacun est susceptible d'évoluer. On peut d'abord

choisir de fuir avant de retourner lutter. Ou encore lutter en connaissant le risque et, finalement, abandonner et fuir. Ou vouloir se mettre en accord avec ses exigences surmoïques et devenir un exemple. Bon nombre de héros se sont révélés tels sous la seule pression des événements. Nul n'aurait pu au départ déceler chez eux de telles potentialités. Une réaction initiale à la pandémie grip-pale ne saurait préjuger en aucun cas de la réaction ultérieure.

Pouvons-nous prévoir la manière dont quelqu'un peut réagir en cas de stress intense, puis durable, en présupposant que la modification de l'environnement ne remette pas en cause les règles de la vie en société ? La littérature sur la peste montre une dissolution des points de repère habituels, lesquels sont ou non remplacés par d'autres. À envisager la pandémie, il faut avouer que la prévision est difficile, voire impossible. Trop de facteurs entrent en jeu qui ne sont pas tous d'ordre psychique : la proximité et l'exposition à l'événement, ses représentations dans la population, le moment où il survient, y compris dans sa propre vie, son degré de responsabilité dans les événements...

De façon générale, plus la fonction professionnelle de quelqu'un est reconnue, plus son niveau de responsabilité est élevé, plus il est enclin à respecter ses devoirs. Concomitamment, son degré d'autonomie est élevé. À l'inverse, il existe des personnes qui ne peuvent trouver par elles-mêmes leur loi et déterminer le principe directeur de leurs actes ou ne peuvent même pas penser par elles-mêmes. Les événements surviennent sur des terrains psychiques plus ou moins fragiles. Chacun de nous traverse des périodes dans son existence où il est plus vulnérable qu'à d'autres. Si nous devons être affectés par une

Les portes d'entrée des hôpitaux pourraient être forcées en situation pandémique. Si un trop grand nombre d'individus sont dans l'impossibilité d'affronter le conflit psychique induit par la crise, alors le pire est à redouter.

grégation du corps social sont à évoquer. Des conflits intra-psychiques ne manqueraient pas de survenir, par exemple, entre le besoin de se protéger soi-même, l'amour de soi et le sentiment du devoir, de l'obéissance à l'autorité, le respect des valeurs de solidarité et d'équité.

Des circonstances extrêmes peuvent provoquer une refonte de l'équilibre psychique sur de nouvelles bases. Bien entendu, un individu peut privilégier les impératifs du surmoi : la conscience professionnelle, l'image qu'ont les autres de soi et peuvent être déterminants. Des représentations positives de son rôle dans la société opèrent comme de puissants vecteurs de civisme. Il ne faut pas être un lâche. Il faut être un professionnel sérieux. Dans cette logique, on doit lutter avec les autres. « Il faut y aller », en quelque sorte. Les injonctions surmoïques, en temps de crise, cimentent la cohésion sociale. C'est en ce sens qu'il faut entendre la réaffirmation constante

pandémie grippale de grande ampleur, sans doute les personnes dévouées le resteront-elles, respectant les idéaux qui sont accord avec leur conscience, une telle crise pouvant même aiguïser les tendances altruistes. Ceci pourrait avoir une importance centrale du point de vue de la survie de la société telle que nous la connaissons. En effet, ces personnes joueront un rôle déterminant en tirant leur entourage vers le haut, leur exemple rappelant ces devoirs dont nous avons déjà abondamment débattus au cours de cette journée. Mais d'autres peuvent réfléchir à deux fois avant de risquer leur vie dans l'exercice de leur métier. La motivation professionnelle ne saurait être considérée, à elle seule, comme déterminante. Quels que soient les rôles et les professions, certains auront la capacité d'affronter l'adversité et d'autres se replieront sur eux-mêmes, cherchant à « éviter le danger ». Quantité de personnes se contenteront d'imiter les autres.

DYNAMIQUES ET TRAJECTOIRES INDIVIDUELLES FACE À L'EXTRÊME

En définitive, différentes options sont ouvertes en temps de crise. La peur d'être stigmatisé comme un lâche, le besoin d'obéir (d'être réquisitionné) comme l'authentique volonté d'affronter la crise se révéleront utiles. Lutter dans un contexte angoissant est de nature à souder la camaraderie dans un groupe. L'émergence de logiques collectives positives ou négatives n'est pas déterminée *a priori*. Un individu est également sensible à son environnement. Le climat général aura son importance servant de caisse de résonance aux inquiétudes individuelles. De plus, notre société contemporaine est fragile, plus orientée vers l'assurance que vers le risque.

Un événement majeur comme pourrait l'être une pandémie est de nature à favoriser l'émergence de personnalités jusqu'alors passées inaperçues qui puissent s'y mesurer. Il s'agira d'accepter ces volontaires aux compétences hétéroclites (pas nécessairement des professionnels de santé), désireux d'être utiles. Le risque de mort bouleverse la donne dans les rapports humains. Les choix individuels qui ont mené vers la Résistance lors de la Seconde Guerre mondiale peuvent être cités en exemple. On voit à quel point tout n'était pas inscrit dans la période précédant la guerre.

Une crise correspond à un environnement mouvant. Elle change l'ordre des choses et bouleverse les hiérarchies. Le rôle des personnalités exemplaires ne doit pas être sous-estimé. L'action collective, un rapport renouvelé à autrui, constituent de véritables forces de vie, face aux événements graves ou même tragiques. La survie de la collectivité n'est pas à opposer à la survie individuelle dans la mesure où une forme de plaisir existe dans la lutte. Certainement, les cas particuliers seraient innombrables. Des esprits mal intentionnés pourront profiter de la panique et de la désorganisation des structures sociales. À l'inverse, des héros suicidaires se manifesteront. Il importe avant tout de laisser une issue de secours à l'ensemble des individus. Il ne sert à rien d'exiger de ces derniers plus qu'ils ne sauraient donner. Dans cette logique, une trop grande iniquité entre des professionnels de santé surexposés et les autres est dangereuse. De plus, si la pandémie est durable, la lutte peut

apparaître inefficace. La situation paraît moins extraordinaire, peut éroder la prudence, conduire à la lassitude. La stabilité psychique de bon nombre de personnes sera durement mise à l'épreuve. Le combat individuel et collectif, lorsqu'il ne débouche sur aucun résultat tangible est usant. Le sentiment d'impuissance

peut générer des comportements de fuite en avant, *de facto* quasi-suicidaires. Il

C'est du courage de tous, non de quelques experts et corps de métier, que la société a besoin, en période de catastrophe. Grâce à ce courage partagé, elle garde une image positive d'elle-même.

appartiendra alors aux organisations de canaliser les débordements psychiques. Dans pareille circonstance, l'autorité a un rôle régulateur. Chacun doit savoir où est sa place, ce qu'il a à faire, sans quoi, c'est la logique de l'angoisse qui prévaut. Le « droit à l'information » n'est pas à négliger, pour autant que l'information demeure ordonnée, sobre et fiable. Enfin, tous les facteurs de lien social sont déterminants en situation de crise. Les affinités entre les personnes, les relations de voisinage, les réseaux se muent alors en éléments vitaux. La relation à l'être humain fondée sur la camaraderie, le sens du service et de la reconnaissance mutuelle constituent l'ultime garde-fou. Il s'agit là de liens transcendant les périmètres dessinés par l'exercice des compétences professionnelles. C'est du courage de tous, non de quelques experts et corps de métier, que la société a besoin, en période de catastrophe. Grâce à ce courage partagé, elle garde une image positive d'elle-même. Cependant, au plan psychologique, nous ne sommes pas égaux en face des crises. Nous réagissons différemment selon le moment où elles surviennent et le sens que nous leur donnons. ■

► COMMENT LES ENTREPRISES PRIVÉES ENVISAGENT-ELLES LES DROITS ET LES DEVOIRS DES PROFESSIONNELS ?

Philippe Guibert
Consultant, International SOS

Nous accompagnons depuis trois années les entreprises internationales confrontées au problème de la préparation à la pandémie grippale. Quelles perceptions de la préparation à la pandémie avons-nous relevées ? Comment les entreprises appréhendent-elles le risque pandémique ? Quelles sont leurs intentions et dans quelle mesure sont-elles contraintes d'anticiper une crise sanitaire majeure ?

Plusieurs motivations, affichées ou sous-jacentes, entrent en ligne de compte. Nous pouvons mentionner le sens de la responsabilité économique et sociale, le souci de respecter le contenu de la jurisprudence, la volonté de véhiculer une bonne image, de garder la confiance des employés ou, encore, de témoigner de l'existence d'une gouvernance d'entreprise prévenante et efficace. Observons qu'entre autres, le risque pandémique peut aussi être appréhendé à travers le prisme du risque juridique ; il importe, par exemple, de veiller à ce que la présence sur le lieu de travail n'induisse pas une exposition supérieure à celle qui pourrait être envisagée en dehors. D'autres facteurs, à l'instar de la responsabilité sociale de l'entreprise, semblent également influencer l'entreprise dans sa démarche de préparation à une crise sanitaire.

QUELLE RESPONSABILITÉ D'ENTREPRISE DANS LA CRISE SANITAIRE ?

Depuis maintenant un certain nombre d'années, la thématique de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) a en effet gagné en importance. C'est dans cette perspective que l'on peut replacer quantité d'actions mises en place par les entreprises pour se préparer à la survenue d'une crise sanitaire majeure de type pandémie grippale. Le champ de la RSE étant vaste, certaines entreprises se

Les entreprises cotées en bourse doivent désormais rapporter les conséquences sociales ou environnementales de leurs activités.

trouvent donc parfois conduites à dépasser le périmètre traditionnel de leurs prérogatives afin d'aborder avec nouveauté ce rôle d'acteur sanitaire et social. La législation les y oblige parfois, telle que prévoit, en France, la Loi « relative aux nouvelles régulations économiques » (NRE). En effet, les entreprises cotées en bourse doivent désormais rapporter les conséquences sociales ou environnementales de leurs activités. Dans cet ordre d'idées, la préparation à la pandémie grippale s'inscrit naturellement dans une démarche entrant dans le cadre de cette loi, du fait des implications transversales du phénomène sur l'emploi et la société. Ainsi, par exemple, se soucier des familles des collaborateurs, en les incluant dans les mesures de

protection individuelles, est un concept qui n'est classiquement pas considéré. De même, par ses impacts sur l'environnement et sur le lieu de travail, les éléments de préparation d'une entreprise à une crise sanitaire majeure comme la pandémie entrent dans un champ relatif au développement durable. Par son impératif de *reporting*, la pression de la RSE est aujourd'hui tangible et équivalente à une *soft law* (ensemble de règles de droit non-obligatoires). C'est donc, aujourd'hui, sur une base volontaire que l'entreprise s'engage dans cette démarche de préparation.

La plupart des grandes entreprises ont ainsi conçu des plans de continuité d'activité intégrant la pandémie grippale. Ceci apparaît d'autant plus nécessaire qu'elles ont des devoirs vis-à-vis de la Société. Mentionnons :

- la continuité du service et des missions essentielles à la Nation, tels les services essentiels aux collectivités ;
- l'intégration cohérente et opérationnelle de leurs plans aux plans de préparation nationaux ;
- l'implication de l'entreprise dans sa relation à de multiples intervenants (clients, sous traitants).

Le Plan français de préparation à la pandémie grippale, considéré comme une référence au plan international, a probablement été un terreau favorable à la prise de conscience des entreprises, de leur rôle et de leurs responsabilités liés à cette crise. Ce n'est malheureusement pas encore le cas dans bien des pays qui n'ont pas réalisé à ce jour de travail préparatoire significatif.

Comment peut-on appréhender les droits et les devoirs des professionnels ? Les articulations sont multiples : citons

les relations employeurs / employés, l'imbrication des considérations légales, contractuelles, éthiques ou la communication réciproque. Aux obligations traditionnelles de l'employeur de veiller à la sécurité des collaborateurs, d'informer et de prévenir, s'ajoutent les droits à la protection des salariés : droit des accidents du travail et droit de retrait des salariés. L'obligation par les salariés de rapporter toute situation à risque se fait l'écho de ces engagements. Il y a fort à parier qu'une pandémie grippale serait de nature à affecter en profondeur les contours de la relation entre un employeur et ses employés.

Cette relation / interaction est en effet dynamique et évolue dans le temps au rythme de l'évolution sociale des différentes contraintes, telle une pandémie grippale.

Sur le plan de l'appréhension du risque par le salarié, deux éléments majeurs sont à souligner. Tout d'abord, le droit de l'accident du travail sera-t-il applicable du fait de la pandémie ? Très probablement, tel ne sera pas le cas. En outre, en amont, un salarié pourra être tenté de recourir à son droit de retrait. D'une manière générale, tout salarié pourrait décider de faire valoir qu'il estime que sa fonction le surexpose à la contamination virale. Le Code du Travail comprend une obligation de sécurisation de l'environnement du salarié, qui se traduit par une série de règles à respecter. Le port du masque au travail sera-t-il considéré comme obligatoire en contexte pandémique ? Pour certains, une telle perspective est envisageable.

L'ENTREPRISE ET SES COLLABORATEURS, FACE À LA PANDÉMIE

Dans le cadre de la préparation à la pandémie grippale, la manifestation des devoirs des entreprises à l'égard de leurs employés peut être envisagée de manière très globale. Il s'agira tout d'abord de communiquer, d'éduquer et de sensibiliser. Les canaux d'information

pourront s'appuyer sur tous les médias internes à l'entreprise possibles, de type intranets, brochures, kits, ou séances de formation/sensibilisation,

etc. Sans nul doute, si le risque pandémique devait se matérialiser, les salariés feront valoir leur droit à l'information. Ils exigeront que soit tenu un discours de transparence. L'important est donc de bâtir dans l'entreprise une représentation humble et dépassionnée de ce qui pourrait arriver, sur la base d'hypothèses construites.

Dans la plupart des entreprises, la protection individuelle s'appuiera en particulier sur :

- la constitution de stocks de masques, de kits voyageurs ;
- la gestion des espaces et des contacts (la proxémie) ;
- le travail à domicile.

Par ailleurs, quantité d'entreprises comptent des voyageurs et des expatriés. La mobilité de tels collaborateurs est souvent vitale à leurs activités. Quelles attitudes devraient-elles tenir en matière de rapatriement des expatriés ? Qui pourra

Le Plan français de préparation à la pandémie grippale, considéré comme une référence au plan international, a probablement été un terreau favorable à la prise de conscience des entreprises, de leur rôle et de leurs responsabilités liés à cette crise.

partir et qui devra rester ? Dans certains pays, le droit applicable n'envisage pas la possibilité de signaler des personnes à risque pour les mettre en quarantaine ou les tenir éloignées de leur poste de travail. Là encore, les niveaux de préparation des pays au risque pandémique apparaissent très hétérogènes.

En tout état de cause, on peut faire l'hypothèse raisonnable que le réseau Internet continuera à être opérationnel. Certaines tâches peuvent être réalisées à domicile grâce à un poste informatique et à une connexion haut débit. La poursuite de certaines fonctions vitales à une entreprise pourra donc être externalisée par le travail à domicile. Évidemment, de tels aménagements ne pourront pas systématiquement assurer, à eux seuls, la continuité de toutes les activités, ni s'appliquer à toutes les fonctions.

Dans un même ordre d'idées, de nombreuses entreprises se sont efforcées d'identifier, à l'étranger, des établissements de santé qui pourraient être en mesure de rester opérationnels lors de la crise, et de proposer un niveau d'accès aux soins à peu près équivalent au nôtre. Quelques entreprises ont même constitué des stocks d'antiviraux, afin d'être autonomes quant à la gestion de ces médicaments, en curatif ou en prophylactique, ou afin de pallier une absence d'accès aux soins dans des pays où sont localisées des filiales.

LES VOIES DE LA MAÎTRISE DES RISQUES

Comment réduire l'exposition des collaborateurs ? Comment éviter une promiscuité qui pourrait induire des sur-risques ? L'organisation du port de masques anti-projection ou filtrant constitue une voie qui a été choisie par de très nombreuses entreprises. Pour le moment, il n'y a

toutefois pas de consensus absolu sur le sujet en matière de type de masques ou de fréquence de changement. D'autres questions ne manqueront pas de se poser lors de leur utilisation. Qui distribuera les stocks et quand ? Des salariés décidant d'user de leur droit de retrait ne mettront-ils pas ainsi en danger des collaborateurs de l'entreprise ? Sera-t-il possible d'assurer aux expatriés un niveau de protection équivalent à celui de leur pays d'origine ? Y aura-t-il équivalence des mesures protectrices entre un siège et ses filiales ?

Une problématique semble également récurrente parmi les entreprises : celle de la sélection des personnes. Certaines entreprises sont, en effet, tentées de sélectionner les individus essentiels à son fonctionnement, en vue de leur offrir un niveau de protection supérieur à celui des autres. Il semble, cependant, qu'il faille probablement mieux réfléchir en termes de fonctions clefs que d'individus clefs. Il est, en effet, illusoire de vouloir prédire *a priori* qui sera déterminant à la continuité des activités et qui ne le sera pas, à moins qu'une analyse précise de la criticité des fonctions ne soit menée.

En un sens, tout le monde peut être indispensable en période pandémique, durant laquelle tout un chacun pourra être affecté directement ou indirectement par le phénomène viral. Deux attitudes cardinales opposées sont distinguables parmi les entreprises : dans la première, un groupe d'individus serait sanctuarisé. Dans la seconde, tous les collaborateurs sont considérés comme indispensables. La culture d'entreprise joue à l'évidence dans le choix de stratégies d'adaptation à une crise sanitaire d'envergure. Tous les dispositifs sont théoriquement possibles, s'appuyant tantôt sur des primes incitatives, sur des politiques ressources humaines souples

et indulgentes, ou sur des sanctions en cas d'abandon de poste. La notion de groupe clé à soustraire au risque viral semble aujourd'hui dépassée, tant elle apparaît irréaliste à mettre en œuvre.

Sauf cas particuliers, la tendance est à considérer l'ensemble des collaborateurs comme également exposés. Les mêmes règles nécessiteraient donc d'être applicables à tous, ce qui conduit, somme toute, l'entreprise à s'engager sur une démarche pédagogique de la responsabilité individuelle. Le maître mot est donc celui de l'interdépendance. Si l'hypothèse pandémique devenait réalité, chacun devrait prendre conscience de la nature de ses propres gestes, et des actes qui conduisent à davantage de protection, ou à l'inverse à une surexposition.

Enfin, comment valoriser le bénéfice mutuel de la préparation ? On peut en effet parler d'une véritable réciprocité qu'ont employeurs et employés à retirer d'une bonne anticipation du risque pandémique. Cela s'applique à toute crise, qu'elle soit sanitaire ou non. À l'évidence, la considération de la menace pandémique dans l'entreprise amène à concevoir une conduite des opérations sous le signe de droits et de devoirs partagés. Cependant, du fait de la complémentarité des actions qu'elle implique au sein de l'entreprise, la pandémie introduit en supplément une notion inverse : les droits de l'employeur et les devoirs des salariés. Plus ample sera donc la transparence en matière de gestion de cette crise, plus complète sera l'adhésion individuelle aux contraintes que représentent ses procédures. De la sorte, plus forte sera l'entreprise dans l'anticipation de ce risque, plus grande sera la dynamique créée en interne pour faire de l'entreprise un acteur de santé publique à part entière, pour le bénéfice de ses collaborateurs et de la communauté. ■

► QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX FACE AUX MENACES SANITAIRES

Claude Évin
Ancien ministre,
Président de la Fédération
hospitalière de France

DISCOURS DE VÉRITÉ ET DE MOBILISATION

Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont placés au cœur des interrogations éthiques soulevées par les pandémies et autres menaces sanitaires qui risquent de survenir au cours des prochaines années.

Il ne s'agit pas, ici, de présenter la richesse et la complexité des problématiques auxquelles pourraient être confrontés les hospitaliers, ni les questionnements adressés à la société dans son ensemble, mais d'évoquer rapidement en quoi la réflexion sur les probables pandémies éclaire nos (dys)fonctionnements et, plus profondément, ce qu'elle révèle de la place que doivent avoir ces établissements dans notre société.

Chacun sait à quelles dérives peut mener la rencontre du fameux « principe de précaution » et de l' « ère du soupçon » que nos sociétés aiment cultiver... et nos médias entretenir.

Les pandémies interrogent, en premier lieu, la confiance du public dans la capacité des autorités à répondre avec efficacité aux problèmes posés. Cette notion est au cœur des lignes directrices de l'OMS sur la communication lors des maladies dont la progression est foudroyante. Elle suppose un effort considérable d'information et de transparence,

qui doit stimuler une prise de décision responsable et mûrement réfléchie. Il y a une place pour un discours de vérité et de mobilisation. Il s'agit là d'une problématique compliquée, dans la mesure où la communication doit être sincère, facilement compréhensible et fiable, alors que les données disponibles ne sont pas toujours d'interprétation aisée.

Pour reprendre la figure devenue classique du *dilemme du prisonnier*, la seule manière d'organiser la cohérence des rationalités individuelles et collectives est de développer par une pratique constante la confiance du public envers les détenteurs de l'autorité. Il ne s'agit pas toujours d'une posture facile. Chacun sait à quelles dérives peut mener la rencontre du fameux « principe de précaution » et de l' « ère du soupçon » que nos sociétés aiment cultiver... et nos médias

entretenir. Mais, il serait illusoire d'espérer demain acquérir dans des situations extrêmes la crédibilité qui n'aurait

pas été obtenue au long cours par les gouvernants.

Ces situations touchent d'ailleurs davantage notre système de santé pris dans son ensemble que les seuls établissements de santé. Il est, en effet, très clair que c'est de notre capacité à prévenir et à traiter en amont les maladies, par la

mobilisation des professionnels de ville – des *soins primaires* pour utiliser une terminologie éclairante – et de l'organisation pré-hospitalière par les SAMU, que dépendra essentiellement la qualité de notre réponse. Si 15 ou 25 % de la population est touchée, il est donc primordial que l'hôpital puisse assumer une fonction de recours véritable. Il ne pourra, d'ailleurs, le faire seul. Mais, si la situation sanitaire dépend beaucoup d'autres secteurs essentiels comme la sécurité, l'approvisionnement en énergie et transports, ou l'éducation, il demeure que l'hôpital public joue un rôle pivot et moteur dans les situations de crises.

À chaque fois qu'un citoyen se voit exclu du système de soins, le risque d'une diffusion de la maladie s'accroît.

La question de *l'accès aux soins* est donc primordiale. Là aussi, il s'agit d'une problématique qui ne peut manquer d'éveiller des échos chez les hospitaliers. La coopération avec l'ensemble des acteurs concernés est fondamentale. Il ne faut pas oublier le rôle des associations de consommateurs, des collectivités locales, des entreprises et industries. Il faudra savoir mobiliser le renfort de professionnels de santé volontaires et leur protection. Le corps de réserve sanitaire devra s'engager sous le signe du devoir et du dévouement, ce qui implique en contrepartie des droits et la reconnaissance.

L'ÉCHELLE DES VALEURS D'UNE SOCIÉTÉ

La plate-forme stratégique de la Fédération hospitalière de France, adoptée en décembre dernier, en fait l'un des socles de l'action de rénovation nécessaire car, les évolutions sociales à l'œuvre depuis

plusieurs années multiplient les risques de brèches dans la couverture des besoins. À l'heure où les obligations liées à la permanence des soins sont de plus en plus difficiles à organiser avec les professionnels libéraux - et alors que se discute l'ouverture d'un secteur dit optionnel qui risque d'aggraver les inégalités déjà existantes - il n'est pas inutile de rappeler que la question de l'accès convenable aux soins est centrale. Loin d'être un vestige du passé, c'est bien au contraire un élément essentiel de l'avenir qui nous reste à inventer et à construire.

Le *vivre ensemble*, en matière de santé publique, doit se construire non seulement comme une exigence morale, mais aussi, comme la prise en compte d'une réalité qui est celle de toutes les épidémies depuis l'Antiquité. À chaque fois qu'un citoyen se voit exclu du système de soins, le risque d'une diffusion de la maladie s'accroît. Nous sommes à l'opposé de toutes les doctrines de l'autorégulation, comme la *fable des abeilles* de Mandeville, qui prétendait, il y a plus de deux siècles, que le bien commun naissait de la rencontre des égoïsmes particuliers : « vices privés, vertu publique. »

Si nous ressentons aussi fortement cette exigence d'une réflexion éthique, c'est bien parce que ces pandémies révèlent, dans une large part, notre rapport à l'autre. Comme le remarquait avec justesse Jean-Claude Ameisen lors du colloque qui s'est tenu au Ministère de la Santé en septembre 2006, elles sont une « maladie de la relation » qui prend un visage nécessairement contemporain, celui des interdépendances et de l'accélération des mouvements des biens

et des personnes. Elles révèlent, d'une certaine manière, l'échelle des valeurs d'une société, par sa capacité à prendre en charge tous ses membres et à porter un projet collectif qui ne résume pas à la somme désordonnée des actions individuelles.

Une pandémie, au-delà même d'une crise médicale, est avant tout une crise sociale majeure, dans laquelle, si la société doit survivre, si les solidarités entre ceux qui sont indemnes et ceux qui sont atteints, jusqu'au sein du groupe familial, doivent perdurer, il importe de responsabiliser en amont les individus, en leur expliquant clairement les choix, les précautions à mettre en œuvre, les conduites à tenir. Parce que c'est du flou que naît l'angoisse, et que l'information, sereine, est aussi un facteur de résistance.

Ces pandémies obligent également les hôpitaux, à se penser comme acteurs de santé publique, et non comme seuls producteurs de soins. « Institutions-Janus », nos établissements doivent tout à la fois améliorer sans cesse leur efficacité, en se comparant à des établissements privés lucratifs qui ne sont pourtant pas tenus aux mêmes contraintes, et maintenir l'exigence d'une action sanitaire qui ne soit pas réduite à l'instant et au soin. En ce sens, se préparer au pire a cela de vertueux qu'il oblige à penser celui-ci bien entendu, mais également à identifier les moyens d'une réponse. Des moyens qui doivent être financés explicitement, afin de respecter l'architecture financière de la tarification à l'activité.

La préparation à la pandémie, ce n'est donc pas seulement le financement de stocks de masques ou de Tamiflu®, mais bien l'appel à une réflexion sur les capacités de réponse aux événements exceptionnels qui sont prévues par les

plans blancs élargis. Celles-ci imposent de lourdes contraintes qui doivent être compensées financièrement. C'est également une approche pragmatique, qui s'efforce de confronter les prévisions aux réalités du terrain. Si ces maladies étaient des révélateurs des faiblesses et des fragilités de nos sociétés développées, elles mettraient aussi en lumière les limites du dévouement.

Ainsi, au Canada, seules 20 % des infirmières libérales ont-elles répondu favorablement à une demande de participation au dispositif en cas d'épidémie de grippe. Un effort doit donc être entrepris pour accompagner les professionnels. C'est le sens de la proposition de loi défendue par le sénateur Francis Giraud, qui vise la création d'un « corps de réserve sanitaire », et tire ainsi la leçon des progrès enregistrés, mais aussi des difficultés liées à la réquisition des personnels.

MESURES D'ÉQUITÉ ET D'EFFICIENCE

Les pandémies nous rappellent que les hôpitaux ont toujours eu partie liée avec les maladies infectieuses, qui ont accompagné leur histoire au cours des siècles passés. L'asile donné à la souffrance, mais aussi le souci de relégation des malades qu'il fallait isoler de la Cité ont été les sources puissantes de cette création de multiples lieux de soins, dont nos hôpitaux sont les héritiers. Cette mémoire ininterrompue nous facilite sans doute une approche plus immé-

diante de la nécessité d'un regard porté sur l'exclusion. Les malades peuvent être victimes de véritables stigmatisations, voire de rejets, car ils seront considérés par la collectivité comme des victimes d'un microbe, mais aussi, et peut-être surtout, comme des vecteurs potentiels de sa transmission.

Il ne s'agit pas de draper, ici, dans une vertu toujours difficile, mais de prétendre à la fidélité à nos valeurs. L'équilibre entre le collectif et l'individuel ne peut être atteint que si l'on n'occulte aucune des dimensions de la problématique. Isoler sans exclure, assurer la continuité des fonctions sociales et au-delà, garantir le lien social, notamment vis-à-vis des plus vulnérables.

Il apparaît donc que les pandémies, loin d'être des événements *impensables*, doivent au contraire être réfléchies et considérées comme des *révélateurs* qui éclairent l'évolution de nos sociétés et, au sein de celles-ci, de ces éléments pivots du lien social que sont les établissements sanitaires et médico-sociaux. Se préparer à l'exceptionnel, c'est non seulement identifier les besoins de l'urgence, mais aussi, prendre au quotidien les mesures qui contribuent à davantage d'équité et d'efficience. Ceci passe par une formation structurée à la gestion des urgences sanitaires, qui doit faire partie intégrante des programmes de formations des professionnels, mais aussi, par un effort d'éducation civique à l'intention de nos concitoyens. Ceci implique également de disposer de solutions adaptées pour les plus fragiles d'entre-nous. Une maison de retraite

dotée de moyens corrects en personnel apporte, on l'a vu lors de l'épisode de canicule de l'été 2003, une vraie capacité de réponse humaine et intelligente à l'imprévisible avec lequel il nous faut composer.

Si l'éthique n'apporte pas de solutions à ces questions complexes, elle peut contribuer d'une manière décisive à poser les bonnes questions, en évitant la tentation toujours présente de s'accommoder d'une fatalité qui se construit toujours de nos renoncements. Il ne s'agit pas d'une démarche facile mais, comme le rappelait avec malice saint Augustin, il vaut mieux suivre le bon chemin en boitant, que le mauvais d'un pas ferme. ■

La préparation à la pandémie, ce n'est donc pas seulement le financement de stocks de masques ou de Tamiflu®, mais bien l'appel à une réflexion sur les capacités de réponse aux événements exceptionnels qui sont prévues par les plans blancs élargis.

► CONTINUITÉ DU SERVICE PUBLIC DANS UN CONTEXTE DE CRISE MAJEURE

Philippe de Lorme

Directeur des affaires internationales,
responsable du plan pandémie,
CHU-Hôpitaux de Rouen

L'actualité présente atteste du fait que la pression n'est pas retombée. Nous sommes en présence d'un risque biologique singulier. Nous avons, malheureusement, l'habitude de la survenue de catastrophes. L'explosion de l'usine AZF à Toulouse a été dramatique. Il s'agissait, somme toute, d'un phénomène local, du moins circonscrit. Les conséquences potentielles d'une pandémie grippale ne sont pas aisées à appréhender. La cause des désordres sera invisible et sournoise. Nécessairement, un sentiment de menace se généralisera, causant une série complexe de réactions de défense. À l'évidence, au sein de la population, bien des comportements risquent d'échapper à tout contrôle. Une société comme la nôtre, tétanisée, peut se comporter d'une façon complètement imprévisible. De plus, il n'est pas possible de se référer à un précédent. Aussi peut-on penser que l'on est confronté à une forme d'incertain, d'inconcevable ou encore d'inéluctable... Dans un environnement particulièrement dégradé, il n'est guère envisageable de préciser quels leviers d'action resteront sous contrôle. Dans l'état actuel des choses, il nous faut mettre l'accent sur la prévention et la gestion des risques. La continuité du service public sera essentielle, le cas échéant, puisqu'elle constitue une réponse à une interruption d'une bonne part de la vie collective. Bien des rouages de notre société peuvent être bloqués par le phénomène pandémique.

LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER : UN SERVICE D'IMPORTANCE VITALE

Une situation extrême peut remettre en cause les principes d'égalité, d'équité et de neutralité auxquels nous sommes attachés. Ceci ne serait évidemment pas sans conséquences majeures sur le plan de l'éthique. À l'hôpital comme dans tous les secteurs d'activité, les logiques traditionnelles de gouvernance seront remises en question. Il ne sera plus permis d'opérer sur la base de nos schémas usuels et de nos hiérarchies verticales. La continuité du service public est indissociable du maintien du lien et de la cohésion dans notre société. C'est de préservation du bien commun qu'il s'agit. J'observe d'ailleurs qu'une véritable politique européenne de cohésion sociale a été formalisée pour la période 2007-2013. En France, si la protection de l'intérêt général relève de la prérogative régaliennne de l'État, le rôle des collectivités locales ne saurait être passé sous silence. Confronté à la crise, l'État aura la responsabilité de :

- mettre entre parenthèses certains droits (comme celui d'aller et venir), au nom de la gestion de la crise, ce qui est évidemment lourd d'enjeux éthiques ;
- relever, malgré tout, le défi démocratique.

En effet, la réflexion éthique est fortement sollicitée par la perspective d'une menace radicale sur notre manière

de vivre et de concevoir nos droits en société. Le secteur hospitalier a vocation à préserver la vie humaine. Telle est sa mission fondamentale de service public, susceptible de devenir vitale en cas de pandémie. Que doit-on entendre au juste par « service public » ? Le texte de la directive CE 27/1/1994 est éclairant : « *On entend par services publics ceux qui visent à garantir la jouissance des droits des personnes, constitutionnellement concernées, à la santé, à l'assistance et à la prévoyance sociale, à l'instruction et à la liberté de communication, à la liberté et à la sécurité des personnes, à la liberté de circulation... eau, gaz, électricité...* »

Notre réflexion peut se nourrir de ce texte de référence. En réalité, c'est de l'ensemble des professionnels de santé qu'il faut parler, y compris les praticiens libéraux. Toutes les parties prenantes de notre dispositif sanitaire auront à relever le défi de la continuité des soins dans un environnement dégradé, dans des conditions de sécurité problématiques et pendant une durée indéterminable *ex ante*.

IMPÉRATIFS PROFESSIONNELS, ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE

Bien évidemment, nous sommes conduits à envisager d'innombrables scénarii. Nous nous efforçons de mettre l'accent sur la sensibilisation des personnes et la formation des collaborateurs. Les hospitaliers risquent de voir leur capacité de réactivité et d'adaptation profondément dépréciée. Sur le plan de la gestion des personnes, les notions de volontariat, d'absentéisme, de droits, de devoirs se télescopent. C'est sur le plan des ressources humaines qu'il faudra faire preuve des plus grandes capacités d'adaptation. Sur le plan matériel, ne sachant pas à quoi nous pourrions être

confrontés, nous nous sommes efforcés de stocker masques, antiviraux et même, denrées alimentaires...

Le sujet de l'intégration des professions libérales dans les dispositifs de prévention et de gestion de la crise est, à tous égards, majeur. L'hôpital ne sera pas efficace en l'absence d'une prise en charge pré-hospitalière performante. La fonction du médecin généraliste est

sans aucun doute centrale. N'oublions pas pour autant les médecins spécialistes. À mon sens, c'est d'une authentique obligation commune qu'il convient de parler. L'ensemble des professions de santé se trouvera, d'une manière ou d'une autre, en première ligne. Certes, en médecine ambulatoire, il ne sera pas possible de découper des zones en fonction de la densité virale supposée.

Sur un plan éthique, nous sommes d'ores et déjà conduits à évoquer un certain nombre de choix décisionnels cruciaux. Ceci vaut tant sur un plan quantitatif, s'il fallait envisager un tri à l'entrée de l'hôpital, que sur un plan qualitatif, face à des situations individuelles désespérées. En envisageant cet horizon, on ne peut qu'appeler de ses vœux l'existence, face à l'extrême, de recommandations intelligibles et de cellules d'aide à la décision capables d'éclairer les individus et les équipes. Sans nul doute, tout dispositif de tri à l'entrée choque notre culture, en particulier celle de l'égalité devant le service public. Certains critères de tri peuvent nous sembler évidents. Toutefois, si le pire devait se produire, la multiplication de décisions aboutissant à des pertes de chances apparaîtra inévitable. D'ores et déjà, imaginons ce que pourrait être le quotidien de services de réanimation, de pneumologie ou d'anesthésie.

Les obligations professionnelles sont encore précisées dans un cadre déontologique. L'article L 6325-1 du Code de la Santé Publique sur la participation des médecins, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins doit être rappelé dans la réflexion que nous menons aujourd'hui. En effet, dans des circonstances exceptionnelles, un directeur d'hôpital peut solliciter l'intervention d'un médecin généraliste de ville. La pro-

Enfin, les questions que nous avons à soulever sont d'une complexité extraordinaire. Les modalités de la régulation entre acteurs responsables demeurent la priorité centrale.

blématique de la réquisition ne saurait être rappelée de manière trop restrictive. En dernière instance, tous les acteurs de santé se trouveront très fortement sollicités en cas de pandémie grippale.

Enfin, les questions que nous avons à soulever sont d'une complexité extraordinaire. Les modalités de la régulation entre acteurs responsables demeurent la priorité centrale. Elles sont à tester encore et toujours afin de répondre de façon concertée à une crise que l'on ne peut qu'imaginer à l'heure actuelle. À l'échelle de notre CHU, nous ne cessons de nous interroger, de concert avec les acteurs qui auront, potentiellement, à intervenir au bénéfice de la société tout entière. Avec les administrations compétentes, avec les tutelles, nous nous efforçons d'anticiper une crise exceptionnelle annoncée. Ainsi que l'a affirmé Claude Évin, une telle crise « *révèle l'échelle des valeurs d'une société par sa capacité à prendre en charge tous ses membres et à porter un projet collectif ne se résumant pas à la somme désordonnée d'actions individuelles* ». ■

► ENJEUX ÉTHIQUES DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : LA POSITION DU DIRECTEUR D'HÔPITAL

Anne-Marie Armanteras-de Saxcé
Directrice, Groupe hospitalier
Pitié-Salpêtrière, AP-HP

ÉTHIQUE ET GESTION DE CRISE

Le premier point sur lequel je souhaite insister est la double notion d'humilité et de pragmatisme qui doit éclairer la préparation « culturelle » et organisationnelle de nos établissements et collectivités à une possible pandémie.

Comme le dit Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'École polytechnique, spécialiste de la gestion de crise : « *Nos logiques de gouvernance et de pilotage n'ont pas été pensées pour des mondes marqués par de sévères turbulences pour une navigation en limite du chaotique.*¹ »

La construction de nouveaux schémas d'organisation des services de soins, de logistiques, etc., en période de pandémie, doit être conduite également à l'aune de la perception des questionne-

La rupture du cadre de référence avec un hôpital assiégé, fermé, sélectif dans ses prises en charges, dangereux par le risque de contamination, pourra se traduire par des manifestations inhabituelles de déni, sidération, panique, rejet de l'autre, mais aussi de réactions positives et solidaires, voire de sacrifice individuel à la collectivité.

ments qui ont trait à la morale professionnelle des équipes à qui l'on présente ces schémas pour les retravailler avec eux. Ceci d'autant que les enjeux de la pandémie vont nous confronter à des situations de crise générale quasiment

inconnues de toutes les générations qui exercent aujourd'hui :

- La gravité et le nombre de cas posent les questions d'égalité ou d'équité de prise en charge notamment dans les réanimations.
- La saturation des établissements par les patients atteints nous conduira à reporter les prises en charge des patients qui n'encourent pas de risque vital immédiat.
- L'absentéisme du personnel soignant, du fait de la contamination ou de l'impossibilité de se rendre au travail, fera peser sur les présents une lourdeur accentuée de charges de travail.

L'anticipation sur ces réflexions et guides d'action est primordiale car les enjeux concernant l'aptitude des établissements de santé à affronter la pandémie seront aussi liés à la perception de la crise et à la gestion de cette même perception.

La rupture du cadre de référence avec un hôpital assiégé, fermé, sélectif dans ses prises en charges, dangereux par le risque de contamina-

tion, pourra se traduire par des manifestations inhabituelles de déni, sidération, panique, rejet de l'autre, mais aussi de réactions positives et solidaires, voire de sacrifice individuel à la collectivité.

La modification de ces comportements sera d'autant plus aiguë qu'il pourra y avoir, au sein de la société et de la ville en général, une rupture de la cohésion sociale et une crise inégalitaire dans la vie des citoyens.

LE MANAGEMENT ÉTHIQUE

Celui-ci repose, dès aujourd'hui, sur l'obligation pour les directions hospitalières :

- d'anticiper ;
- d'organiser ;
- de protéger ;
- de soigner.

Ces socles de l'éthique du management de la crise pandémique vont amener les responsables des collectivités hospitalières à résoudre les paradoxes issus de la combinaison de ces facteurs (qui pourront être concurrents ou non congruents selon les situations) en bâtissant les valeurs et règles de conduite d'une « éthique de catastrophe » (Dr. X. Emmanueli).

ÉTHIQUE DE LA CATASTROPHE

L'anticipation :

- Imaginer des scénarii ;
- Planifier les actions à mener ;
- Évaluer le potentiel de libération de lits et sa cinétique ;
- Évaluer les ressources humaines nécessaires, leur mode de rappel et savoir s'adapter aux ressources humaines disponibles ;
- Anticiper les réactions potentielles ;
- Concevoir un pilotage concerté de la crise au quotidien.

L'organisation et la protection :

- Réorganisation des circuits des patients et logistiques ;

- Association des instances représentatives du personnel ;
- Élaboration de procédures destinées à freiner la contagion ;
- Mise en œuvre de mesures préparatoires : équipements de la protection individuelle, consignes de sécurité et de protection, formation et entraînement.

La mobilisation des personnels le moment venu sera proportionnelle au degré de confiance que les personnels accorderont aux valeurs et à l'efficacité des mesures adoptées.

ÉTHIQUE DE LA RESTRICTION DE LIBERTÉ ET DE LA PROPORTIONNALITÉ

En application de l'article L.3110 - 1 du Code de Santé Publique, le Ministère de la Santé disposera des pouvoirs nécessaires à l'établissement des contraintes au regard des risques courus (réquisitions) mais le cadre éthique fait référence aux valeurs hospitalières et sociales en général.

L'éthique de catastrophe en situation de pandémie grippale repose dès aujourd'hui sur le doute et la confiance.

Il convient de douter pour ne pas se cloisonner dans des certitudes remises en cause par la crise. Il convient également de susciter une capacité d'initiative hors du cadre habituel ainsi que la confiance par des décisions fondées sur le renvoi aux valeurs, la rationalité, la proportionnalité et la transparence.

En conclusion, soulignons l'importance capitale de l'éthique de la cohésion.

Le potentiel d'inégalités sera révélé par la pandémie dans, et hors, de l'hôpital. Les mesures justes, équitables vis-à-vis des patients et des personnels préserveront d'autant la charnière indispensable de la cohésion qu'elles feront le lien avec la référence et la traduction des valeurs hospitalières qui nous animent, au fond celles du respect de l'homme. ■

L'éthique de catastrophe en situation de pandémie grippale repose dès aujourd'hui sur le doute et la confiance.

RÉFÉRENCE

- [1] Patrick Lagadec, « Pandémie grippale et réflexion éthique. Quelles exigences pour un pilotage à la hauteur des enjeux ? », *Pandémiques*, n° 1, octobre 2006.

► LE RISQUE VIRAL PENDANT UNE PANDÉMIE : QUELLE SIGNIFICATION POUR LES PROFESSIONNELS ?

François Bricaire

Chef de service des maladies infectieuses
et tropicales, Groupe hospitalier
Pitié-Salpêtrière, AP-HP

Je suis non seulement infectiologue de profession, mais encore en charge d'un service référent. Le risque pandémique est pointé comme tel, car nos capacités scientifiques nous permettent d'en annoncer la concrétisation. Dès lors, la société peut anticiper et imaginer des réponses raisonnées.

Les agents infectieux sont très fondamentalement source de peurs. La contagiosité, la transmissibilité constituent des sujets éminemment passionnels. Les médias se sont emparés de la perspective du déclenchement d'une phase de pandémie grippale. Nécessairement, des peurs sont nées au sein de la population. La grippe aviaire, le SRAS, le bioterrorisme illustrent le « risque » tel qu'il est typiquement conçu et représenté aujourd'hui. Par définition, le risque épidémique n'est pas limité géographiquement. Il faut donc considérer nos moyens de lutte en conséquence.

AVANT TOUT, SE PROTÉGER, MAIS DE QUELLE MANIÈRE ?

Afin de lutter contre le phénomène infectieux, l'homme a tout d'abord eu recours à l'incantation. Ce n'est que très récemment que des moyens préventifs et thérapeutiques efficaces sont à sa disposition. Bien évidemment, la surveillance et l'anticipation conditionnent l'efficacité de toute stratégie de lutte contre

la propagation d'un agent infectieux. Ne perdons pas de vue que l'homme a toujours cohabité avec d'innombrables microorganismes. Il est essentiellement immergé dans l'infectiologie, sans qu'il s'en soit longtemps rendu compte. En 1933, Charles Nicolle ne disait-il pas : « *Les maladies infectieuses : il en naîtra de nouvelles, il en disparaîtra lentement*

Le risque dont il est question aujourd'hui nous commande de nous en prémunir. Évidemment, lorsqu'il est question de protection, on est incliné à protéger sa personne.

quelques-unes ; celles qui subsisteront ne se montreront plus sous les formes que nous leur connaissons aujourd'hui. »

Le risque dont il est question aujourd'hui nous commande de nous en prémunir. Évidemment, lorsqu'il est question de protection, on est incliné à protéger sa personne. La protection est immédiatement pensée de façon égoïste : avant toute chose, il importe de se mettre à l'abri, de même que sa famille. Les réactions immédiates, face au risque infectieux, peuvent n'être motivées que par la peur ou le désir de fuite. La logique inverse s'alimente de civisme. Cette notion s'inscrit en toile de fond de nos diverses contributions ici.

Le problème fondamental n'en réside pas moins dans une maladie contagieuse, ou encore dans un phénomène épidémique. Le mode de contagion est particulièrement inquiétant puisqu'il

met en jeu la voie respiratoire. De ce fait, les plus grandes difficultés ne manquent pas de surgir.

LES VOIES DE L'EXERCICE DE MISSIONS PROFESSIONNELLES ESSENTIELLES DANS UN CONTEXTE EXTRÊME

Les professionnels de santé sont soumis à des obligations particulières, liées non seulement à leur compétence mais à leur vocation. Cette dernière génère effectivement des devoirs. En fait, les obligations ne sont pas séparables des compétences. Dans cette perspective,

La discipline de l'hygiène ne s'improvisera pas. Dans l'état actuel des choses, il nous faut miser sur des formations structurées. Ces dernières doivent aussi nous permettre d'envisager avec davantage de sérénité la perspective du phénomène infectieux.

le droit de retrait n'est qu'une forme de reniement et de négation d'impératifs professionnels.

En tout état de cause, il revient à l'employeur (entendu au sens large du terme) de protéger ses salariés et de ne pas les exposer à des risques évitables. C'est dans cette optique qu'il faut concevoir la constitution de « plans », dans nos structures hospitalières par exemple. L'accueil des malades, leur protection, de même que celle des professionnels de santé, sont pensés pour limiter, autant que possible, l'extension du phénomène infectieux. La formation des personnels est évidemment primordiale. La discipline de l'hygiène ne s'improvisera pas. Dans l'état actuel des choses, il nous faut miser sur des formations structurées. Ces dernières doivent aussi nous permettre d'envisager avec davantage de sérénité la perspective du phénomène

infectieux. Une information immédiate et sincère, à partir de la constatation de ce dernier, contribuerait encore à le circonscrire. Concrètement, les CHSCT devront être informés de l'évolution du cours des choses. Aucune forme d'engagement efficace n'est à escompter, si le discours tenu n'est ni transparent ni soucieux de refléter la vérité.

REDESSINER L'ENSEMBLE DES MODES DE PRISE EN CHARGE

Lorsque l'on évoque la grippe aviaire, il est présentement question de surveillance. Cette dernière s'appuie sur la réactivité

de réseaux. Il appartient à ces derniers de donner, en temps utile, les signaux déclencheurs des actions envisagées et planifiées de longue date. Ce prin-

cipe est valable, du reste, tant pour la grippe aviaire que pour la grippe... saisonnière.

Comment l'organisation de nos structures hospitalières pourra-t-elle être adaptée à un contexte pandémique ? Les statisticiens ont déjà raisonné sur la base de précédents. En principe, l'épidémie sera marquée par deux pics de poussée virale. L'AP-HP a élaboré des scénarii de prévision de gestion des lits, en fonction des capacités qui pourront être dégagées. La réaffectation de lits sera naturellement calculée en fonction de la gravité et de l'intensité du phénomène. La barrière de protection la plus simple correspond à une discipline d'hygiène de base, à savoir le lavage des mains. Des principes fondamentaux ne sauraient être oubliés, sans quoi aucune procédure complexe ne serait être effective, en temps voulu.

Le port du masque est efficace, à condition de bien en posséder les limites. Ainsi, le masque ne saurait être considéré comme protecteur 24h/24. Plus fondamentalement, ne nous leurrions pas, il n'existe aucune protection absolue. L'usage des masques à l'échelle de la collectivité devra faire l'objet d'un débat approfondi. Dans la culture asiatique, le port de tels modes de protection est usuel. Il n'en va pas de même dans la nôtre. Ce sont toutes nos habitudes qui sont en cause. Le cas échant, ce sont elles qu'il faudrait savoir modifier.

Quant aux hôpitaux (tout particulièrement les établissements référents), ils auront à mettre en place des circuits spécifiques et des centres d'isolement. Au sein du groupe de la Pitié-Salpêtrière, nous avons élaboré des schémas spécifiques, destinés à isoler des secteurs du site, dévolus au traitement des maladies infectieuses. Des circuits bien définis ont vocation à séparer les dispositifs d'exception instaurés du fait de la pandémie du reste de l'établissement, lequel s'efforcera de prendre en charge les « affaires ordinaires ».

CONCEVOIR DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE À LA POSSIBLE CRISE PANDÉMIQUE

Comme chacun le sait, des agents anti-infectieux ont été acquis (inhibiteurs des neuraminidases). La question de leur approvisionnement en cas de besoin et, surtout, celle de leur efficacité ne sont, toutefois, pas parfaitement clarifiées. L'efficacité peut en effet se traduire par une diminution de la charge virale. Lorsque certains agents médicamenteux sont inhalés, ils se distribuent de manière homogène dans le tissu pulmonaire. Encore faut-il savoir les utiliser convenablement. Lorsque les antiviraux

disponibles actuellement sur le marché sont employés assez promptement, ils réduisent très sensiblement l'ampleur des symptômes grippaux. Ensuite, 48 heures après l'apparition des premiers signes, ils perdent tout effet, donc tout intérêt. Les administrer revient à les gaspiller purement et simplement.

Sur le plan vaccinal, soulignons que la recherche est à l'origine de progrès substantiels. La vacci-

nation entre évidemment pleinement dans le cadre du devoir de protection de la population. Les professionnels de ce domaine d'activité sont parvenus à élaborer un vaccin pré-pandémique. L'intérêt de ce dernier est entièrement dépendant de la stratégie de protection retenue. Ainsi, il serait capital de vacciner les principaux agents potentiellement contaminateurs, à savoir les enfants.

Dans quelle mesure aurons-nous à réorganiser nos structures, dans la perspective du déclenchement d'une pandémie grippale ? Le défi majeur consistera à maintenir nos activités en dépit d'un absentéisme dont il est impossible de déterminer a priori l'ampleur. Bien que l'hôpital sera touché de plein fouet, il devra malgré tout assumer ses missions et adapter ses structures. Sur le plan de réaménagement du site de la Pitié-Salpêtrière, on notera en particulier :

- des pavillons dédiés au traitement des malades atteints par la souche virale pandémique ;
- des structures de continuité des activités ordinaires ré-agencées ;
- des zones dites « en apoptose », fermées du fait de l'absence de très nombreux collaborateurs.

Nous avons, en outre, le devoir de nous préoccuper de la condition qui sera celle des expatriés. Dans un contexte très difficile, ils seront nécessairement très nombreux à souhaiter revenir en France.

Les rapatriements par vols commerciaux apparaissent irréalistes. Des dispositifs de rapatriement dédiés devront être adaptés et sécurisés du point de vue du risque épidémique. Sans nul doute, il

conviendra d'opérer une distinction entre transferts locaux et régionaux. Enfin, des règlements et normes internationaux sont applicables. Songeons, par exemple, à la quarantaine. C'est à la notion de préparation globale que notre propos aboutit. À ce sujet, nous ne pouvons que tirer profit de l'analyse de l'épisode récent du SRAS. Notre but est de continuer à faire vivre la société en dépit de circonstances potentiellement redoutables. Dans chaque organisation, des plans de continuité d'activité seront déclinés. En temps de crise, à l'évidence, les bons gestionnaires sont utiles pour piloter le système. Posséder un « plan » d'adaptation représente une nécessité évidente. Disposer des personnes pour l'exécuter, en dépit des épreuves, constituera l'élément proprement vital en cas de crise majeure. ■

La barrière de protection la plus simple correspond à une discipline d'hygiène de base, à savoir le lavage des mains. Des principes fondamentaux ne sauraient être oubliés, sans quoi aucune procédure complexe ne serait être effective, en temps voulu.

► DROITS ET DEVOIRS DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX : POSITION DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES

Valérie Achart-Delicourt,
Cadre supérieur infirmier

Patricia Berthelot,
Cadre infirmier

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Pôle infection immuno et inflammation, service des maladies infectieuses. Formatrices et référentes nationales pour la pandémie grippale

Notre approche de la préparation au risque pandémique témoigne de la démarche de notre hôpital impulsée par notre Directrice Anne-Marie Armenteras-de-Saxcé et de notre service, dirigé par le Professeur Bricaire. Depuis une année, un effort de formation a été entrepris à l'intention, entre autres, des personnes infirmiers.

Mentionner l'existence d'un fort risque infectieux peut, tout d'abord, engendrer la crainte. Songeons à celle dont le VIH a été à l'origine, au moment de son apparition. Lorsque les personnels ne disposent d'aucun élément d'information, lorsqu'ils ne sont pas formés, il leur faut néanmoins répondre à la demande de soins. Dans le cas du VIH, en l'absence de procédure et de norme, il ne restait que la vocation, le professionnalisme, la solidarité et un devoir de soin, de citoyen-neté pour faire face. Pour la pandémie, ce sera identique car, nous savons pourquoi nous avons choisi ce métier.

LES VOIES DE LA PRÉPARATION D'UN SERVICE ET D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Auparavant, la culture du risque, de la prévision, n'était guère inculquée dans les instituts de formation de soins infirmiers, ni même à l'hôpital. Notre service étant devenu « centre référent », aussi a-t-il été impliqué dans l'évolution de la formation. Sur le plan précisément de

cette culture du risque, nous avons tiré enseignement de notre vécu : le plan Biotox, le SRAS, sans parler des conséquences de la canicule à l'hôpital.

Lorsque nous avons été sollicités dans le cadre d'une préparation du service à une pandémie grippale, nous avons fait abstraction des doutes quant à l'éventuelle survenue effective d'un tel scénario. Comme chacun le sait, sa réalisation est de l'ordre du possible. Envisager un tel état de fait extrême nous a conduit à remettre en perspective l'organisation de notre service, de même que le rôle que chacun pourrait jouer. Les occasions de questionner le mode de fonctionnement du service étant plutôt rares.

Il appartient à l'encadrement de jeter les bases d'une organisation capable de relever le défi pandémique. L'organisation de l'hôpital s'appuie sur le plan blanc et sur la réactivité d'une cellule de crise opérationnelle. Des fiches opérationnelles et des procédures exceptionnelles ont été conçues. Un plan de l'établissement a été dessiné, faisant apparaître différentes zones en fonction de la densité virale. L'accueil des personnes en temps de crise, les mesures d'isolement des patients et de protection des familles peuvent être prétexte à un véritable débat éthique. Enfin, la transparence de l'information constitue un thème majeur. On n'imagine pas que les personnels et les volontaires du corps de réserve sanitaire soient tenus dans l'incertitude.

Au sein de notre service, tous les doutes n'ont pas été dissipés mais nous avons le sentiment d'avoir agi au mieux pour faciliter la tâche des professionnels en cas de déclenchement effectif d'une crise sanitaire. Surtout, l'État a initié une campagne nationale de formation obligatoire destinée à tous les acteurs de santé, personnels administratifs, techniques et prestataires de service. Ces der-

Lorsque nous avons été sollicités dans le cadre d'une préparation du service à une pandémie grippale, nous avons fait abstraction des doutes quant à l'éventuelle survenue effective d'un tel scénario. Comme chacun le sait, sa réalisation est de l'ordre du possible.

niers ne sauraient être oubliés dans la mesure où ils constitueront un maillon, parmi d'autres, du dispositif de réponse à la crise. Ce n'est pas lorsque celle-ci éclatera qu'il sera temps de penser à la formation. Lorsque les circonstances réclament une réponse immédiate, il n'est plus temps de se préparer. Tous ne savent pas comment se servir d'un masque de protection. Ce n'est qu'en répétant les opérations de formation et en contrôlant sans cesse l'assimilation des procédures que l'on est à même d'obtenir des progrès tangibles.

RECONNAÎTRE LES DIFFICULTÉS POUR MIEUX LES SURMONTER

Dans quelle mesure pouvons-nous anticiper une profonde désorganisation sociétale ? L'enjeu de l'absentéisme est central. Pour notre part, nous imaginons une situation comparable à celle du mois d'août, ou pire encore. Nous nous efforçons de modéliser les effets de la multiplication de malades parmi le personnel ou encore dans leur entourage. Nous avons déjà personnellement

vécu des épisodes de crise et nous avons mesuré à quel point l'élan de solidarité peut être fort. Ainsi, il ne faut pas hésiter à envisager un cas de figure dans lequel nous aurions de la peine à gérer un afflux de bénévoles désireux d'aider. Nul ne compte son temps en pareille circonstance.

Au sein de notre service, nous devons déjà composer avec la nécessité d'isoler des malades porteurs d'agents pathogènes particulièrement redoutables. En un sens, nous pouvons dire à nos collaborateurs qu'ils opèrent déjà dans un service devant appréhender la crise au quotidien. Par exemple, nous pouvons être amenés à prendre en charge des malades atteints par le virus Ebola.

Concrètement, que répondre à une infirmière qui estimera ne pas avoir à venir travailler si ses enfants sont malades ? Tout ce que l'on pourra opposer, c'est le fait que la collectivité a besoin de son engagement pour traverser une grave épreuve, mais l'on doit aussi comprendre son point de vue. Certaines prises de décision devront être jugées au cas par cas, sans vouloir imposer de norme absolue. Dans un couple, certaines professions et compétences sont plus essentielles que d'autres dans un contexte pandémique. En tout état de cause, nous serons tributaires de la fonctionnalité des transports. Les trois quarts de nos collaborateurs habitent en banlieue. Il appartiendra à l'hôpital, le moment venu, d'accueillir les personnes les plus lourdement atteintes. Toutefois, l'hôpital ne saurait faire face seul. Le cas échéant, si les transports sont entravés, les personnels de santé disponibles

ne devront pas hésiter à rendre service dans un établissement proche, leur lieu de travail ordinaire étant rendu temporairement inaccessible, ou bien, à l'hôpital de prévoir des zones d'hébergement. La peur ne saurait être niée. Nous avons procédé à des sondages lors de nos différentes formations, afin de demander aux intéressés s'ils iraient travailler en cas de pandémie grippale. Nous avons relevé que le niveau d'engagement est directement conditionné par l'information donnée au sujet de l'agent infectieux et surtout à propos des moyens disponibles pour s'en protéger (masques, etc.). Évidemment, on ne saurait demander à des femmes élevant seules des enfants de s'engager plus que d'autres. Nous aurons tous nos craintes. Nous ne cessons de répéter, lors des formations, qu'elles sont légitimes. Les ressentis n'ont pas à être niés. Au contraire, ils doivent faire l'objet d'échanges. Si les défections sont à prévenir, elles deviennent compréhensibles et inévitables au cas où les collaborateurs ne bénéficieraient d'aucune écoute sur leur lieu de travail.

La formation est sans doute un élément clé. Songeons à l'importance des contenus délivrés aux étudiants formés par l'AP-HP, dans les instituts de formation en soins infirmiers, dans les écoles de laboratoire, etc. Il n'est pas de la compétence des seuls hôpitaux de former. Le sénateur Francis Giraud a envisagé aujourd'hui de solliciter l'Éducation nationale et les corps de réserves. Nous y voyons une piste potentiellement féconde.

Enfin, ne perdons pas de vue que durant une crise très difficile à vivre, l'hôpital deviendra un lieu de vie. On envisage plusieurs vagues de propagation du virus. Les personnels en première ligne seront rudement mis à l'épreuve. Il s'agira alors de prendre soin d'eux, de

tenir des débriefings réguliers afin qu'ils ne se sentent pas démunis après des prises de décision douloureuses. Il s'agira encore de savoir leur parler emphatiquement de leur action et de leur engagement, de leur dire qu'ils ont agi du mieux qu'il était possible. Le soutien psychologique ne saurait faire défaut en pareille épreuve. Bien des aspects de notre plan d'établissement comportent des inconnues. Ainsi, nous doutons de parvenir à tout anticiper, si nécessaire. Le groupe opérationnel travaillant sur cette thématique est en perpétuelle réflexion mais a déjà réalisé un plan pour être efficient.

LE BON SENS SERA, AUSSI, SALUTAIRE

Nous avons choisi une carrière dans le secteur de la santé pour un certain nombre de raisons. Certaines d'entre elles font intervenir un devoir de soin, d'assistance et de solidarité. Nul ne doute que les professions de santé soient très fortement sollicitées en cas de pandémie. Les peurs sont perceptibles. Cependant, elles régressent lorsque l'on est capable de dédramatiser et d'expliquer. La communication s'avère capitale. Lorsque l'on expose quels gestes peuvent réduire l'exposition aux risques liés au virus, alors la tension baisse d'une manière qui est très perceptible.

Pour être capables de soigner au mieux, dans un contexte pandémique, nous avons été amenés à repenser nos organisations et à revoir nos procédures. Cette démarche n'a pas été sans enseignements. Nous réexaminons fréquemment avec nos collaborateurs les règles de port du masque, car la discipline d'usage du masque serait cruciale si nous avions à faire face à une pandémie. Un mauvais usage est tout simplement synonyme d'absence de protection.

En période de crise, la réaffectation des personnels de santé en fonction de leurs compétences constituera l'un des éléments de la réactivité d'un établissement. De fait, il ne sera pas bien entendu pas concevable de réaffecter une femme enceinte dans une zone à haute densité virale. Certains cas particuliers ne peuvent se gérer qu'en suivant le bon sens le plus élémentaire.

L'expérience d'un service est déterminante. Dans le service du Professeur Bricaire, nous avons déjà été confrontés à des suspicions de SRAS. Cette menace avait déjà souligné que, dans certains cas, le port du masque est vital. Lorsqu'un afflux considérable de personnes doit être canalisé, il faut d'abord composer avec une demande considérable... d'informations. Dans un premier temps, il y a fort à parier que même les professionnels de santé ne pourront répondre à l'ensemble des questions qui leur seront adressées. Dans le meilleur des scénarii, chacun sera à sa place et saura quoi faire. La crise pourrait cependant affecter en profondeur nos organisations. Ainsi, nous avons coutume de travailler en binômes. Si un état pandémique devait se concrétiser, nous ne savons pas si ce mode de fonctionnement en binôme pourrait être maintenu. Au quotidien, nous ne pourrions sans doute compter que sur notre sens de l'entraide, ainsi que sur la discipline basée sur l'assimilation des formations spécifiques suivies.

QUELLE SORTIE DE CRISE ?

Au nom d'un principe de réciprocité, on doit mettre en balance les devoirs et l'engagement des individus avec leur reconnaissance. Comment sera rétribué un effort considérable, mettant aux prises les personnes avec des risques très élevés tant pour eux-mêmes que pour

leurs proches ? Cette question doit être impérativement posée. Pour le moment elle est sans réponse.

Pas ailleurs, si un professionnel venait à ne pas remplir ce qui est considéré comme de son devoir, quels recours et conséquence s'ensuivraient ? On ne saurait juger une attitude individuelle sans l'articuler d'une façon contextuelle en tenant compte des situations effectives dans un contexte de crise grave. Par exemple, que répondre à une femme seule devant s'occuper d'enfants qui aura délaissé son poste ? Dans l'état actuel des choses, nous nous efforçons de sensibiliser nos collaborateurs. Nous leurs demandons de réfléchir à la façon dont ils seraient amenés à réorganiser leur vie si le scénario pandémique devait se réaliser. D'ores et déjà, anticipons et posons-nous les vraies questions.

La déclinaison planifiée d'une organisation me semble primordiale. Un plan national a été conçu. Des procédures ont été conçues dans nos établissements. Elles sont désormais bien connues. La logistique, l'administration de notre groupe hospitalier seront complètement bouleversées en situation pandémique. L'éducation des personnes amenées à pénétrer à l'hôpital devra être systématique. Concrètement, le port du masque sera systématique dans certaines zones et les personnes devant s'y rendre devront être formées.

La discipline d'hygiène, du lavage des mains, du port du masque ou le respect des mesures d'isolement constitueront autant d'éléments permettant, au quotidien, de traverser la crise en préservant la sécurité des personnels, soignants et non soignants. Nous ne pouvons que souhaiter ardemment que la logique de vigilance l'emporte sur la logique de panique. ■

► DROITS ET DEVOIRS DES MÉDECINS DE VILLE

Marie-Laure Alby
Médecin généraliste, Paris

Les professionnels de la médecine en milieu ambulatoire seront aussi en première ligne, dans la perspective d'une pandémie grippale. En effet, les hôpitaux n'accueilleront que 3 ou 4 % des malades, du moins faut-il l'espérer. La relation entre médecine de ville et médecine hospitalière doit donc faire l'objet de la plus grande attention. Les médecins généralistes doivent assurer les soins de premier recours à la population, y compris en cas de crise.

SÉCURISER L'INTERVENTION DES MÉDECINS DE VILLE DANS UNE CIRCONSTANCE EXCEPTIONNELLE

Le plan national n'est sans doute pas assez précis en matière d'organisation des fonctions qui seront nécessairement assurées par les médecins de ville. En effet, ces derniers auront à :

- réguler quantité d'appels et de flux et donc procéder à un tri ;
- maintenir un accès aux soins pour une population devenue très inquiète et demandeuse ;
- contribuer à la réorganisation du système de soins dans des circonstances exceptionnelles.

Régulièrement, les institutions (notamment les DRASS) envisagent l'hypothèse de survenue d'une crise sanitaire. Bien des questions ont été largement débattues et il ne convient pas d'y revenir plus amplement. Des plans ont été élaborés, les esprits ayant été marqués par la dernière catastrophe majeure en date,

à savoir l'épisode caniculaire. Il appartiendra tout d'abord aux médecins libéraux de concourir à l'anticipation de la gravité potentielle de la crise. La déclinaison

Les risques encourus par les médecins dans un contexte pandémique sont tels que la protection sociale ne saurait avoir de lacune.

raison régionale et départementale du plan national a amené les représentants des professionnels à échanger leurs vues au sujet du rôle que chacun sera appelé à jouer. Les droits des personnes ont dû être définis en un sens très formel. Le statut de collaborateur occasionnel du service public constitue à ce titre une avancée. Un professionnel libéral s'investissant dans le dispositif de lutte contre la pandémie saura désormais à quoi s'en tenir. Il bénéficiera d'une protection tangible, due à son statut.

La protection sociale des professionnels de santé ne saurait être totalement négligée. Nécessairement, en temps de crise sanitaire, de telles considérations n'apparaissent pas centrales. Or, le revenu de substitution doit être applicable, même en pareille circonstance. Les risques encourus par les médecins dans un contexte pandémique sont tels que la protection sociale ne saurait avoir de lacune. À l'heure actuelle, la moitié des médecins généralistes libéraux concernés ne bénéficient pas de prestations sociales (exemples : indemnités journalières complémentaires). Il reste donc à travailler sur le thème de la protection

sociale des médecins engagés, même si la couverture des risques civils et professionnels doit trouver sa solution dans le statut particulier de collaborateur occasionnel du service public.

Comment les médecins seront-ils rémunérés ? Le législateur a répondu à cette question à travers la constitution du corps de réserve sanitaire. À partir du moment où les ministères compétents décrètent l'état de crise sanitaire, les volontaires sont indemnisés sur la base du revenu de l'année antérieure. Les libéraux fonctionneront à l'aide de leur propre outil de travail. Il importe que la clarification soit totale. En effet, songeons à la catastrophe de Toulouse, à la suite de laquelle bon nombre de généralistes et d'infirmières libérales ont eu des difficultés à remonter la pente, sur le plan économique, après avoir porté spontanément secours à la population sans être indemnisés. *A priori*, la répétition d'une telle aberration semble exclue grâce au contenu de la nouvelle loi. Les volontaires ont besoin que les pouvoirs publics anticipent les difficultés – matérielles mais aussi extra-matérielles – auxquelles ils pourraient être confrontés du fait de leur engagement.

TENDRE VERS DAVANTAGE DE PROXIMITÉ ET D'OPÉRATIONNALITÉ

En matière d'information et de formation, bien des inconnues demeurent. La DRASS d'Île-de-France est impliquée dans un vaste plan de formation relatif à la menace pandémique. La formation des premiers formateurs sera essentielle pour que soit effectivement dif-

fusé un contenu homogène, établi sous le contrôle d'un groupe d'experts. Tout d'abord, des éléments fondamentaux d'hygiène ne sauraient être assez rappelés. Un lavage des mains rigoureux, geste banal s'il en est, sauverait de nom-

breuses vies en cas de pandémie grippale. Ce sont d'abord des choses très simples qu'il faut rappeler aux quelques 80 000 professionnels de santé d'Île-de-France. Pour le moment, de l'ordre de

12 000 d'entre eux ont bénéficié d'une information. Cette proportion est tout de même significative.

L'articulation entre les professionnels de la médecine ambulatoire et les établissements de santé sera essentielle. L'un des instruments majeurs de la gestion de crise sera le plan blanc élargi. Heureusement, il n'y est plus question de « médecine pré-hospitalière » mais bien de la « médecine ambulatoire ».

Une organisation bien conçue permet à chacun d'y travailler en connaissant sa place et son rôle. Face à une menace qui pourrait se révéler fortement désorganisatrice, nous avons à développer des systèmes de proximité. Il ne rimerait à rien de chercher à recréer de nouvelles hiérarchies. Ce n'est pas de cela que nous aurons besoin. Des dispositifs de coordination pourraient s'appuyer sur le talent et l'expertise de personnes reconnues. Il appartiendrait à de telles cellules de se comporter en relais d'information. Un travail autour de l'ilotage et de dispositifs de quartiers pourrait s'avérer très précieux pour atteindre une réactivité satisfaisante. Dans cette optique, des accords sont sur la voie d'être conclus avec les « Centres 15 », en vue de pouvoir

mettre en place un maillage décentralisé du territoire. Concrètement, les individus auront besoin de savoir sur quelles ressources proches (accessibles à pieds) ils pourront compter.

La communication et l'information auront une importance primordiale. La manière dont les institutions responsables de la gestion de crise s'adresseront au grand public et aux médias sera déterminante. Naturellement, l'ensemble de la population aura tendance à chercher des informations auprès des sources les plus diverses, lesquelles seront plus ou moins fiables. La dissémination d'inquiétudes et d'incompréhensions sanctionnera toute incohérence dans les messages émis par les canaux de communication « officiels ». Si la pandémie à affronter doit être d'origine grippale, alors un laps de temps substantiel pourra être mis à profit pour préparer la société et organiser la mobilisation. Les 2 ou 3 premières semaines durant lesquelles le phénomène prendra de l'ampleur seront sans doute décisives, dans la détermination de la réponse collective au fléau.

De plus, l'importance du temps de répit entre les deux pics de propagation du virus annoncés par les scientifiques ne saurait être sous-estimée. Compte tenu de la dynamique de l'épidémie, des choix judicieux pourraient éviter aux intervenants de s'épuiser à la tâche d'une manière non régulée et irréfléchie. Cette dernière considération soulève le problème des conditions d'intervention et de travail.

En définitive, bien des facteurs d'efficacité de la réponse collective à la pandémie seront conditionnés par le fonctionnement de l'interface médecine de ville/médecine hospitalière. Il est, à travers nos contributions diverses, longuement question de volontariat et

Face à la menace d'une crise sanitaire sans précédent, ou presque, l'heure est à la mise en cohérence des intentions et des dispositifs.

de réquisition. À l'évidence, ceux qui ne voudront pas être volontaires et seront réquisitionnés feront une lourde faute. Étant réquisitionnés, ils ne seront pas indemnisés sur la même base que les volontaires. Face à la menace d'une crise sanitaire sans précédent, ou presque, l'heure est à la mise en cohérence des intentions et des dispositifs. Les différents corps de volontaires peuvent être préparés au mieux, avant que le virus recombinant n'émerge. Les rôles de chacun sont à clarifier, qu'ils soient professionnels de santé ou non. À mon sens, là réside la tâche fondamentale pour l'année 2008.

Au fond, les professionnels de santé ne sont plus les seuls concernés lorsqu'un problème sanitaire grave menace la collectivité dans son ensemble. La France vient sans doute de traverser une forme de révolution avec la mise en place d'un corps sanitaire de réserve. En principe, hors du périmètre d'associations caritatives très courageuses, le volontariat individuel est méconnu et peu valorisé. Désormais, quand les volontaires sont désireux de s'engager, on envisage officiellement de leur donner les moyens de l'être. ■

La France vient sans doute de traverser une forme de révolution avec la mise en place d'un corps sanitaire de réserve.

ESPACE ÉTHIQUE/AP-HP

Plate-Forme veille et réflexion
« Pandémie grippale, éthique et société »
<http://www.espace-ethique.org/fr/grippe.php>

*La Plate-forme veille et réflexion
« Pandémie grippale, éthique et société »
est le lieu d'expression publique
d'un réseau de compétences dont l'objectif
est de développer la réflexion sur
les enjeux sociaux et éthiques liés à une
possible survenue de pandémie grippale.*

► ENJEUX ÉTHIQUES DES DROITS ET DES DEVOIRS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Gabriel Ko

Président du syndicat des internes
des Hôpitaux de Paris

La question des droits et des devoirs des étudiants en deuxième et troisième cycles de médecine n'est pas des plus simples. Il s'agit de forces vives, enthousiastes, souvent insouciantes, et parfois inconscientes diraient certains. Nous ne pouvons que nous féliciter du fait que le principe du volontariat a été retenu au moment de l'écriture de la Loi relative à la constitution d'un corps de réserve sanitaire. Sur ce point d'ailleurs - et cela mérite d'être souligné - l'accord entre les représentants des étudiants, des Internes et le gouvernement a été exemplaire.

Si le principe du volontariat est capital, les voies d'application des dispositions législatives demeurent cependant à explorer. En effet - et malheureusement - tant que nous n'aurons pas traversé de crise sanitaire de grande ampleur, bien des questions resteront sans réponse.

LE PRINCIPE DU VOLONTARIAT RETENU : UNE MISE EN PRATIQUE ENCORE CONDITIONNÉE À DE NOMBREUSES INCONNUES

La législation s'est attachée à raison à fixer au mieux de solides bases juridiques concernant la protection du corps de réserve médical. La majorité des étudiants de médecine ne peut d'ailleurs que s'en féliciter car, cet aspect faisait indéniablement partie des points les plus importants de ce cette loi. Ainsi, étudiants en médecine, internes des

Hôpitaux, médecins libéraux, etc., signeront des contrats avec les universités et les hôpitaux en cas de crise majeure due à la propagation d'un agent infectieux ou à un autre type de menace. La notion de contrat est, en outre, particulièrement intéressante du fait que l'on peut imaginer sa durée déterminée. Concernant les étudiants et les Internes, cette durée pourrait bien entendu couvrir l'ensemble de la durée de formation, tout comme elle pourrait se restreindre à une ou deux années. Mais, encore une fois, étudiants et internes en médecine se félicitent de la relation de confiance qui a été nouée entre les pouvoirs publics et la jeune génération sur ce sujet.

Les étudiants et les internes en médecine sont non seulement conscients du rôle qu'ils pourraient jouer comme force d'appoint sur le plan des ressources humaines, mais ils tiennent aussi à témoigner de cette prise de conscience collective.

Lorsque j'ai été auditionné dans le cadre de l'élaboration de la Loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, en tant que représentant des internes, j'ai été conduit à poser certaines questions que j'estimais capitales. En matière de formation, les étudiants en médecine sont, par définition, loin de tout savoir. En premier lieu, il fallait donc évoquer la formation à la crise. En effet, comment préparer au mieux les jeunes générations à l'événement à peine imaginable que serait une pandémie grippale ?

Comment techniquement un étudiant pourrait-il s'intégrer pleinement dans une équipe opérationnelle ? Et en fonction de son avancée dans le cursus de médecine, quelles compétences pourrait-on attendre de lui ? À l'évidence, le même niveau de responsabilité dans l'engagement ne pourra être requis d'un interne ou d'un chef de clinique, par exemple.

En effet, comment préparer au mieux les jeunes générations à l'événement à peine imaginable que serait une pandémie grippale ?

Comment techniquement un étudiant pourrait-il s'intégrer pleinement dans une équipe opérationnelle ? Et en fonction de son avancée dans le cursus de médecine, quelles compétences pourrait-on attendre de lui ?

La formation n'aura peut-être pas tant à sensibiliser les étudiants sur le plan collectif qu'à titre individuel. En un sens peut-être dramatique, la crise elle-même est formatrice, sans aucun doute. Car, tout médecin apprend beaucoup d'épreuves délicates à gérer et à surmonter, ce d'autant qu'il est plus jeune. L'organisation du volontariat doit tenir compte de cette perspective et l'exposer comme telle.

RECONNAÎTRE À L'ÉTHIQUE UNE PLACE CENTRALE DANS LA FORMATION DES JEUNES MÉDECINS

Une épidémie est appréhendée dans les études de médecine comme la propagation d'un péril infectieux. Pour le moment, en 3^e cycle, aucun cours d'éthique significatif n'est dispensé. Je témoigne là de mon expérience personnelle. Or, une pandémie grippale ne manquerait pas de soulever quantité d'enjeux éthiques.

Dans l'exercice de la profession médicale, la dimension humaine est centrale. Or, elle est encore trop souvent reléguée au second plan, d'un strict point de vue académique, c'est-à-dire universitaire. La réflexion actuelle sur la menace pandémique représente une occasion de pointer un manque persistant dans l'enseignement de l'éthique. Bien évidemment, les médecins ne sont pas les seuls à s'y intéresser.

Le syndicat des internes des Hôpitaux de Paris, que j'ai l'honneur de présider cette année, est désireux de participer à une réflexion sur le sujet. De plus, j'ai remarqué dans

l'exercice de mon mandat que nos confrères européens ne bénéficient pas davantage d'enseignements approfondis relatifs à l'éthique. Or, la perte de l'éthique peut témoigner d'une perte du sens de l'humain dans la pratique de la médecine. À l'heure actuelle, où la question économique est particulièrement prédominante, où seule compte la rentabilité des actes médicaux, il n'en demeure pas moins que, comme beaucoup de mes confrères, il ne m'est pas facile de considérer qu'avant toute chose la santé est génératrice de coûts.

À mon sens, l'éthique doit être abordée pour elle-même et non d'une manière qui la subordonne à d'autres disciplines ou à d'autres considérations. Si le corps médical n'est pas capable de mettre en perspective son rôle, alors il sera dépassé par la déclinaison de la seule logique économique. Il s'agit là d'une tendance de fond. L'évocation du spectre de la pandémie grippale soulève des questions éthiques particulièrement aiguës. La discussion portant sur la sur-

venue d'un tel état d'exception ne nous dispense en aucune façon de réfléchir sur l'intégration d'un authentique enseignement d'éthique dans les deuxième et troisième cycles. Le médecin n'est pas là seulement pour poser des diagnostics : il lui faut envisager son rôle dans la société d'une façon qui ne soit pas restrictive. L'éthique concerne l'ensemble de la société... ce que nous avons tendance à oublier. ■

► LA RÉQUISITION : ASPECTS JURIDIQUES

Marc Dupont

Directeur d'hôpital,
Direction des affaires juridiques
et des droits du patient, AP-HP

La réquisition n'a pas bonne presse : elle est synonyme de contrainte. Lorsqu'elle est mise en œuvre, des personnes sont amenées à se conduire d'une manière qu'elles n'auraient pas forcément choisie spontanément. Dans la perspective d'aborder le sujet d'une pandémie qui mettrait potentiellement en jeu la vie de nombreuses personnes, la réquisition a pour but d'obliger des sujets à faire preuve de civisme, à participer à une œuvre collective, en dépit du danger, au détriment de leur intérêt individuel immédiat, ou jugé comme tel.

Dans de nombreuses circonstances, la confiance en des comportements spontanément vertueux est un élément fondateur de la vie sociale. *A contrario*, la réquisition intervient lorsque cette logique de confiance trouve ses limites, quand les défections individuelles menacent, quand les solidarités sont fragiles. Sous peine de sanctions, l'administration impose alors des actes, des engagements, la participation bon gré ou mal gré à des actions collectives.

RECOURIR À LA CONTRAINTÉ, FACE AU RISQUE DE PROPAGATION DE PÉRILS INFECTIEUX

D'une manière générale, la réquisition est un procédé permettant aux autorités publiques, moyennant indemnisation, de contraindre un particulier à lui accorder des biens et des services. Des salariés comme des fonctionnaires, au même titre d'ailleurs que les autres citoyens, peuvent faire l'objet d'une

telle procédure. Un régime de sanctions découle le cas échéant de l'inexécution des demandes impératives formulées dans ce cadre.

Le particulier sera contraint de céder des biens, des meubles ou immeubles, au profit d'une cause ou d'une action collective indispensable à la société, à la Nation. L'histoire de notre pays nous renvoie ainsi à des réquisitions de chevaux, de véhicules en temps de guerre... À l'heure actuelle, ce procédé renvoie probablement davantage à la réquisition de services. Diverses hypothèses sont précisées dans les textes normatifs. Elles figurent pour l'essentiel dans le Code de la Défense (qui regroupe les textes majeurs organisant la défense nationale).

La récente Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur (loi Giraud) traite de la réquisition Titre II. Elle a introduit des dispositions qui jettent les bases d'un régime de réquisition nouveau et spécifique, établi cette fois dans la perspective d'une crise sanitaire majeure. Autres temps, autres périls...

Ces dispositions s'intègrent dans un système de santé – le nôtre – fondé en grande partie sur des principes de liberté : liberté de choix du médecin par le patient, liberté d'installation, liberté de consentement aux soins, etc. La contrainte est traditionnellement mal perçue en ce domaine, du moins dans notre pays. Ainsi, rares sont les dispositions qui peuvent venir contraindre un patient à accepter des soins dont il ne

veut pas, et les textes en ce sens relatifs aux malades vénériens, aux alcooliques dangereux ont fini par disparaître de notre droit.

Or, il a bien fallu envisager un tel cas de figure au début des années 2000, s'agissant des maladies infectieuses : la menace d'une propagation du SRAS s'étant précisée, il a fallu reconsidérer un certain nombre de principes. Dans l'hypothèse où une personne aurait été vectrice d'un agent infectieux mortel et

très contagieux, il n'existait aucune voie d'action ! Logiquement, la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a réintroduit la possibilité de contraindre une personne à se soigner pour protéger son entourage, voire toute la société, d'une contamination. En dehors de ce cas, relevant de l'initiative des préfets sous l'autorité directe du ministre, l'obligation de se soigner demeure très circonscrite : les champs de la maladie mentale, de la vaccination obligatoire, de la toxicomanie, des injonctions de soins aux auteurs d'infractions sexuelles. On peut encore citer les contrôles anti-dopage.

En deçà de la réquisition, l'obligation non plus de se soigner, mais de soigner, résulte « classiquement » des règles déontologiques et professionnelles, qui viennent elles-mêmes prolonger des dispositions du code pénal : l'obligation d'assistance aux personnes en péril en constitue un exemple. Certes, le Code de déontologie médicale a aménagé la possibilité pour un médecin de refuser de prodiguer des soins pour des raisons

professionnelles ou personnelles, mais le champ d'application de cette disposition est fortement restreint. Quelques médecins l'ont récemment évoqué pour refuser de prendre en charge des bénéficiaires de la CMU.

Le Code de déontologie médicale précise, en tout état de cause, que le refus de soigner ne saurait concerner les cas d'urgence ou justifier un manquement au devoir d'humanité : « *Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf*

ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi » (art. 47). Des dispositions comparables sont prévues notamment pour les infirmiers et les infirmières (art. R. 4312-6, Code de la santé publique).

LES FORMES DE LA RÉQUISITION EN DROIT FRANÇAIS

La réquisition est bien connue des soignants : elle existe en effet depuis longtemps en matière médico-légale. L'autorité administrative ou judiciaire peut adresser une injonction à un individu. L'article R. 642-1 du code pénal sanctionne, pour tout citoyen, le fait de « *refuser ou de négliger de répondre... à une réquisition émanant d'un magistrat ou d'une autorité de police judiciaire agissant dans l'exercice de ses fonctions* ». Un médecin réquisitionné par l'autorité compétente, dans un cadre médico-légal, ne peut se soustraire à ses obligations sauf cas de force majeure ou d'incompétence technique.

En parcourant le Code de la Défense, on rencontrera de nombreuses dispositions qui concernent les réquisitions en situation de guerre ou de menace de guerre. L'Ordonnance du 7 janvier 1959 sur l'organisation générale de la défense nationale prévoit, afin d'assurer la protection de la population et l'intégrité du territoire, que le pouvoir exécutif peut être amené à recourir à de multiples mesures. En cas de mobilisation générale, un formalisme juridique extrêmement précis encadre la mise entre parenthèses de libertés individuelles. Il apparaît notamment dans les règles d'élaboration des lettres de réquisition, recommandées, qui prescrivent impérativement la conduite à tenir. Les réquisitions sont totalement encadrées dans leur objet, dans leur durée et dans leur formulation toujours écrite. En cas de non-respect des obligations de la part des destinataires, la puissance publique a possibilité de recourir à la force et de lourdes sanctions pénales peuvent frapper les personnes qui, par exemple, ne réceptionnent pas les lettres de réquisition ou qui ne donnent pas suite aux injonctions.

La réquisition emporte droit à indemnisation même si, dans l'urgence, il n'en constitue pas l'élément majeur. En temps utile, les personnes concernées pourront demander réparation des préjudices subis du fait de réquisitions légitimées par la défense de la société.

Comment la réquisition est-elle appréhendée en manière sanitaire ? La Loi du 9 août 2004 a introduit la notion de « menace sanitaire grave ». La Loi du 5 mars 2007 précise le cadre des « mesures d'urgence ». L'article L. 3110-1 du Code de la santé publique est d'une importance centrale pour les circonstances d'une pandémie. Dans l'intérêt de la santé publique, un certain nombre d'arrêtés peuvent être pris pour

En deçà de la réquisition, l'obligation non plus de se soigner, mais de soigner, résulte « classiquement » des règles déontologiques et professionnelles, qui viennent elles-mêmes prolonger des dispositions du code pénal : l'obligation d'assistance aux personnes en péril en constitue un exemple.

prévenir et limiter les conséquences de la propagation d'un agent infectieux dans la population... et pour contraindre.

La réquisition emporte droit à indemnisation même si, dans l'urgence, il n'en constitue pas l'élément majeur. En temps utile, les personnes concernées pourront demander réparation des préjudices subis du fait de réquisitions légitimées par la défense de la société.

En vertu de l'article L. 3131-8 du Code de la santé publique, « *si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social dans le cadre d'un dispositif dénommé plan blanc élargi* ». La réquisition pourra viser un individu, un groupe ou encore un établissement. Les initiatives prises à ce titre le sont cependant sous le contrôle de la justice, les décisions arrêtées devant être immédiatement déférées au Procureur de la République. Là encore, le texte légal prévoit des modalités d'indemnisation (elle se justifie par le souci d'égalité des personnes devant les charges induites par la réquisition). Des voies de droit permettent la prise de sanctions à l'encontre de ceux qui n'ont pas respecté les obligations qui leur ont été signifiées.

Le droit, porteur d'ordre, imposé sinon accepté, fait de la réquisition un outil privilégié pour affronter de façon collective et autoritaire les désordres sociaux, telles qu'ils résulteraient le cas échéant d'une pandémie. De tels désordres pourraient accompagner une perte des points de repères et des comportements

civiques, notamment lorsque fléchissent les résistances aux attitudes de panique, à la recherche de l'échappatoire individuelle.

Le droit est-il un instrument de réponse adapté aux grandes peurs collectives ? L'histoire en a montré à de nombreuses reprises les limites. Il

est en tout cas un élément bien nécessaire, constitué à froid dans la perspective des situations « à chaud », et permettant d'organiser de façon rationnelle et efficace les comportements de groupe. La « culture » hospitalière fait de la solidarité et de la sollicitude des valeurs cardinales : l'autorité de la loi et des procédures qui en découlent pourra la conforter, en structurant une réponse collective et ordonnée dans des moments forcément difficiles. ■

ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS : COMMENT DÉCIDER ?

SOMMAIRE

- ▶ **LÉGITIMER NOS DÉCISIONS CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS**
Benjamin Simmenauer
- ▶ **ANTIVIRAUX, VACCINS : RÉFLEXIONS ÉTHIQUES SUR L'USAGE DES TRAITEMENTS PROPHYLACTIQUES ET CURATIFS**
Jean-Philippe Derenne
- ▶ **SAMU : SOLLICITATIONS ANTICIPÉES, RÉPONSES ENVISAGÉES**
Pierre Carli
- ▶ **ÉTHIQUE ET ACCÈS AUX SOINS EN RÉANIMATION**
Bernard Régnier
- ▶ **ENVISAGER LA DÉPROGRAMMATION DE SOINS « NON URGENTS » ?**
André Lienhart
- ▶ **RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES URGENCES « NON GRIPPALES »**
Daniel Vittecoq
- ▶ **L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : ENJEUX PENDANT UNE PANDÉMIE GRIPPALE**
Jean-Philippe Horrèard



► LÉGITIMER NOS DÉCISIONS CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS

Benjamin Simmenauer

Professeur agrégé de philosophie,
Département de recherche en éthique,
Université Paris-Sud 11,
membre du Conseil scientifique
de la Plate-forme Veille & réflexion
« Pandémie grippale, éthique, société »

QUELS CRITÈRES DANS LES PROCÉDURES DE TRI ?

Il est question du tri des malades dans l'accès à des vaccins et à des antiviraux en quantité limitée. Quels sont les critères qui entrent en ligne de compte dans la conception de procédures de tri ? À suivre les principes d'un texte émanant du premier groupe de travail de l'OMS, ce sont :

- l'efficacité des mesures de lutte contre la pandémie ;
- leur équité ;
- leur caractère justifiable.

Ces trois notions ne relèvent pas du même niveau, car les deux premières appartiennent à la sphère de l'opérationnalité, contrairement à la troisième. Cette dernière est davantage un méta-critère permettant d'arbitrer les conflits probables entre efficacité et équité. Si le philosophe a un mot à dire dans cette affaire, c'est en tant qu'il éclaire les fondements éthiques de ces critères, qu'il indique de quel système de valeurs ils participent. Je vais donc essayer de répondre à la question sous deux angles :

- D'abord, je discuterai d'un point de vue philosophique la question du choix du bon décideur en contexte de crise (une question qui traverse la littérature sur la pandémie).
- Ensuite, je m'attacherai à déterminer à quelles conditions des mesures appliquées par un décideur reconnu et sélectionné pour sa compétence en cas de pandémie (ou d'ailleurs

toute autre crise du même genre) peuvent s'aligner sur des principes de justice distributive absolue.

Je propose, à la fin de cette contribution, un modèle philosophique qui déduit d'une théorie abstraite du choix rationnel des principes de justice extrêmement généraux, dont l'application s'étend à toute forme d'organisation sociale, indépendamment de conditions matérielles concrètes.

QUI DOIT DÉCIDER, DE L'EXPERT OU DU SIMPLE CITOYEN ?

Comment sélectionner le bon décideur ? Souvent, cette question signifie, sur un plan général : qui doit décider, de l'expert ou du profane ? C'est naturellement cette question qui est à l'horizon des débats sur la responsabilité de chacun des membres de la société dans l'établissement de protocoles de tri pour l'accès aux soins.

Je m'appuierai sur la plus ancienne analyse philosophique de la décision, qui réside dans le livre III de *l'Éthique à Nicomaque*^[1]. Aristote y lie la question de la décision (et du statut du décideur) à celle de la responsabilité morale : une décision ne se légitime pas que formellement, elle est encore acceptable, ou non, moralement. C'est bien d'une telle analyse que nous avons besoin, nous qui cherchons justement à rendre légitimes, et non

pas simplement légales (formellement convenables), nos décisions de tri.

Aristote définit la décision comme la conclusion d'un raisonnement (qu'il appelle « syllogisme pratique », ou encore « délibération »), duquel doit se déduire une action. Plus précisément, cette action doit être conséquence logique des prémisses de ce raisonnement, c'est-à-dire que les prémisses du raisonnement ayant été posées, l'action

Aristote y lie la question de la décision (et du statut du décideur) à celle de la responsabilité morale : une décision ne se légitime pas que formellement, elle est encore acceptable, ou non, moralement.

décidée ne peut pas ne pas avoir lieu. Mais pour que le processus de délibération débouche effectivement sur une décision, l'agent doit être en mesure de décider en toute connaissance de cause. Par-là, Aristote entend qu'il ne décide ni sous la contrainte, ni dans l'ignorance. Sans contrainte : toute décision digne de ce nom doit être librement consentie : ni violence, ni contrainte morale ou psychologique. Et en conscience : l'agent qui décide n'ignore ni les raisons, ni les circonstances de l'action^[2]. C'est donc librement et après avoir recueilli toutes les informations nécessaires que le « bon » décideur décide.

Dans le domaine de réflexion qui nous intéresse, à l'évidence seul le médecin est à même de considérer toutes les informations afférentes à la prise de décision. Lui seul est en mesure d'évaluer l'état du patient. L'expert serait donc seul compétent car, il lui est effectivement possible de décider en toute connaissance de cause.

Or, cette conclusion n'est pas réellement satisfaisante. La détermination des protocoles de tri demeure un objet d'analyse, somme toute, assez vague. Deux ordres de considération interviennent : celui du choix

général de critères de sélection (I) et celui de l'application desdits critères (II). Or s'il est clair que l'analyse d'Aristote, et la conclusion que c'est à l'expert de décider, s'appliquent naturellement à (II), il n'en va pas de même pour (I). Or c'est bien (I) qui est crucial, pour au moins deux raisons. D'abord, parce que les décisions qui suivront (II) dépendront de manière évidente de celles qui auront été prises pour (I).

Et ensuite, parce qu'à supposer qu'une seule prise de décision vaille pour (I) et (II), celle du médecin, celui-ci se révélerait seul responsable devant la société. De manière évidente, cette conséquence n'est pas souhaitable.

Première remarque, Aristote a lui-même posé les limites de sa théorie de la décision en remarquant que lorsque l'on dispose d'une connaissance parfaite, il n'y a pas besoin de délibérer. On ne délibère pas, ainsi, des vérités éternelles ou d'un théorème mathématique^[3]. Aristote suggère qu'en réalité, nous ne délibérons que lorsqu'un degré d'incertitude persiste et se révèle irréductible.

Revenons à (I). En réalité, deux types de normes sont à l'œuvre dans le choix de critères de tri.

D'une part, des normes scientifiques, que la littérature appelle « standards de soin ». Tels que je les comprends ici,

les standards de soin sont le produit de la science médicale (notamment de sa composante probabiliste), et relèvent

donc de la compétence de l'expert. La délibération qui conduit à leur choix est menée exclusivement par des scientifiques. Mais ces standards, qui (*mutatis mutandis*) décrivent les chances de succès d'un traitement étant donné l'état de départ de la santé d'un patient, ne suffisent pas à déterminer des critères de tri *légitimes*. Les standards de soin sont descriptifs ou normatifs, mais non prescriptifs. Et la prescription dont nous avons besoin est d'ordre éthique. Les principes éthiques pertinents dans un cas de ce genre sont les principes de justice distributive. C'est donc de la combinaison des standards de soin et des principes de justice distributive que peut résulter une légitimation plausible de la sélection des personnes qui auront accès aux soins.

QUELLE CONTINUITÉ DES PRINCIPES DE JUSTICE DANS DES CIRCONSTANCES GRAVES ?

Les règles normales de justice distributive s'appliquent-elles en cas de crise majeure ? La société stable et la société confrontée à une pandémie se comportent-elles de la même manière ?

Si une décision de première importance en période de crise n'a pas été préalablement validée par une large majorité, il s'ensuit un risque de chaos général, voire de guerre civile. Les règles éthiques

présidant à des choix douloureux doivent, pour le moins, susciter une certaine convergence. La pandémie a été rapprochée de la

dissolution des institutions, la société retrouvant partiellement ou totalement des traits propres à l'état de nature.

Dans le domaine de réflexion qui nous intéresse aujourd'hui, à l'évidence seul le médecin est à même de considérer toutes les informations afférentes à la prise de décision.

Chacun devenant une menace pour tous, on sort en pratique des conditions du pacte social, qui garantissait la sécurité générale.

La philosophie classique se trouve face à une sérieuse difficulté : les théories du contrat social s'appliquent à une situation d'association potentielle (qu'on appelle état de nature). Ici, nous avons affaire à une situation de dissolution potentielle. Pour le dire autrement, il n'est pas possible d'appliquer une théorie du contrat social classique (Hobbes, Rousseau, Locke, etc.) dans notre cas, parce que ces théories font l'hypothèse d'une situation concrète, où, que ce soit un effet de la nature humaine ou d'un accident de l'histoire, les hommes sont poussés à s'unir. Or, ici, nous sommes dans une

situation où la société déjà constituée est en passe de se désagréger.

Une autre façon de présenter cette difficulté est de comparer ce qu'il en est des règles morales avec ce qu'il en est des règles politiques. Machiavel dit en substance que les règles politiques ont pour fonction essentielle de préserver l'ordre civil. Leur finalité est claire : elles ont à assurer la conservation de l'État. Du coup, si les conditions auxquelles l'ordre civil peut être concrètement maintenu changent, les règles politiques changent aussi. Elles sont flexibles, ce sont les variables de l'équation dont la solution est la conservation du pouvoir. *Quid* des règles morales ? Leur applicabilité en principe ne va évidemment pas dépendre des contingences que la société traverse, même si celles-ci menacent sa pérennité historique. Les règles morales ne peuvent être que constantes. Sans quoi ce ne sont pas des règles morales.

Si une décision de première importance en période de crise n'a pas été préalablement validée par une large majorité, il s'ensuit un risque de chaos général, voire de guerre civile.

Je propose, pour finir, de rétablir la référence à la philosophie contractualiste, sous une forme simplement plus générale et abstraite que ses versions classiques. Pour cela, je m'inspire de la *Théorie de la Justice* (Harvard, 1971) de John Rawls, que son auteur donne précisément comme une généralisation des théories du contrat social classiques (XVII^e/XVIII^e siècles).

Dans l'optique de John Rawls, les principes de justice, qui reposent sur un sens inné de la justice (sur ce point très précis, l'origine de la justice comme valeur morale, Rawls est fidèle aux intuitionnistes qu'il critique par ailleurs) demeurent totalement indépendants des situations matérielles concrètes. Rawls présente sa théorie comme une espèce particulière de la théorie générale du choix rationnel. Mon choix de Rawls peut s'expliquer de trois manières :

- Les trois critères d'efficacité, d'équité et de justifiabilité évoqués dans les réflexions de l'OMS (cf. Introduction) sont en phase avec les concepts cardinaux de la *Théorie de la Justice*, dont le propos était de concilier l'idée de « justice comme équité » avec le cadre de l'individualisme libéral. Ces trois critères peuvent être lus comme une forme d'utilitarisme modéré par des principes d'équité.
- La généralisation rawlsienne de la théorie du contrat la rend applicable à n'importe quelle communauté d'agents, quel que soit, d'ailleurs, le contexte historique ou géographique de leur existence. Donc, en principe, il n'y a pas d'obstacle à l'appliquer au cas d'une pandémie.

- La partie procédurale de la théorie de Rawls, c'est-à-dire les modalités effectives du choix des principes de justice par les contractants, rappelle la situation où nous nous trouvons placés face à une éventuelle pandémie. La notion de « voile d'ignorance » est éclairante (cf. infra).

Je vais développer le troisième point.

Dans la théorie de Rawls, les arbitrages auxquels procèdent ceux qui doivent délibérer des principes de justice ont vocation à éliminer toute source d'arbitraire. Sur quels protocoles cette justice s'appuie-t-elle ? En l'occurrence, elle procède d'un accord originel entre des partenaires sociaux en situation d'égalité initiale. Il s'agit bien d'une forme de contrat. La situation fondamentale dans laquelle ces partenaires se trouvent n'a rien de matériellement déterminé. Une pluralité de personnes, supposées raisonnables, est décidée à s'engager dans l'aventure de la collectivité, sur la base d'un sens commun de la justice. C'est là que Rawls introduit le concept de voile d'ignorance. Au moment de choisir les principes de justice, chacun ignore quelle sera sa situation concrète dans la société lorsqu'il contracte. Sur cette base, il est concevable de délibérer de règles de justice universelles : personne ne défend sa position, les intérêts particuliers, source de conflit avec les intuitions de justice, sont mis de côté. Or, c'est précisément dans une situation de ce genre que nous nous trouvons. Personne ne sait s'il sera, ou non, victime de la pandémie.

Le résultat de la procédure du voile d'ignorance est que deux principes de justice émergent, qui sont applicables à toute forme de vie collective raisonnable :

- Principe 1 : Chacun doit disposer d'un droit égal à un système

garantissant le plus de liberté possible, sans que la liberté de certains ne soit amoindrie par celle des autres

- Principe 2: les inégalités, si elles existent, sont profitables à tous.

Par conséquent, les personnes apparaissant les plus défavorisées ne peuvent, d'un point de vue rationnel, être amenées à concevoir un système plus juste (en particulier pour la répartition et la distribution des biens primaires).

ÉLÉMENTS DE CONCLUSION

Il reste, à l'issue de ces quelques réflexions, un travail d'une ampleur incomparable : examiner à quel type de priorisations dans l'accès aux soins le respect des principes universels de justice distributive conduit.

Sans même esquisser le résultat d'une tentative de ce genre, il me reste deux remarques à formuler. La première : que l'état d'urgence n'implique pas la démission de la raison et que, plus on favorisera une prise de décision collective et rationnellement justifiable en amont, moins le risque d'une panique à tous les niveaux sera grand. En ce sens, les appels à la force ne sauraient précéder le recours à la discussion pour défendre la société. Symptomatique d'une tendance à la paresse démocratique (dont se méfiait, par exemple, Tocqueville) me semble l'attitude qui consiste à mettre en avant le parallèle pandémie/guerre civile/ terrorisme. La seconde : que la réflexion philosophique, encore une fois, ne saurait jouer un rôle constitutif (elle n'indique pas les décisions bonnes à prendre), mais seulement un rôle régulateur (elle dégage les conditions de possibilité d'une répartition juste des ressources disponibles). Elle n'a pas non

plus intérêt à agir seule : l'aide de la psychologie sociale est vivement souhaitée, notamment, pour prévenir les risques d'une dénégation de l'extension des principes démocratiques aux contextes de crise. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Du reste, à ma connaissance, il s'agit d'une des rares analyses qui embrassent la notion de décision dans toutes ses dimensions.
- [2] Tout ceci reste naturellement très allusif. Pour davantage de détails, notamment sur les « circonstances de l'action », voir *Ethique à Nicomaque*, Livre III.
- [3] C'est un point tout à fait discutable. Par exemple, il n'est pas absurde de dire qu'entre deux systèmes de géométrie, l'un euclidien, l'autre non, le mathématicien décide ou non d'inclure dans les axiomes de sa théorie le cinquième postulat des « parallèles ».

► ANTIVIRAUX, VACCINS : RÉFLEXIONS ÉTHIQUES SUR L'USAGE DES TRAITEMENTS PROPHYLACTIQUES ET CURATIFS

Jean-Philippe Derenne

Chef de service de pneumologie,
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
AP-HP

UNE VULNÉRABILITÉ DES CLASSES DE POPULATION EN FONCTION DE LA NATURE DE L'AGENT DE LA PANDÉMIE

Notons bien que l'histoire de l'humanité est pavée d'épisodes de pestes, de pandémies, de famines qui l'ont profondément affectée.

Certaines maladies épidémiques graves ont frappé des sociétés qui ne disposaient pas de traitements adéquats ou en nombre suffisant. De tels fléaux sont porteurs d'une logique de guerre

civile et de guerre entre les cultures. En ce sens, les pandémies réorganisent en profondeur les sociétés sur les plans économique, social et politique. Leurs conséquences médicales et sanitaires sont presque secondaires en comparaison avec une telle réorganisation à vaste échelle.

La dernière pandémie grippale grave connue est la grippe espagnole de 1918-1919. Son impact politique et social direct a sans doute été limité par le fait que les sociétés européennes sortaient de la Première Guerre mondiale. Depuis 1580, on a pu dénombrer 31 épisodes de pandémies grippales. On distinguera notamment :

- les pandémies dues à un virus aviaire humanisé (1918) ;
- celles dues à un virus hybride homme-oiseau (1957, 1968).

À chaque fois, l'agent infectieux correspondait à un nouveau virus de type A. Selon le type d'agent en cause (virus

Les pandémies réorganisent en profondeur les sociétés sur les plans économique, social et politique.

Leurs conséquences médicales et sanitaires sont presque secondaires en comparaison avec une telle réorganisation à vaste échelle.

humanisé ou virus hybride), les cibles de la pathologie infectieuse diffèrent profondément. Les courbes de mortalité en témoignent. Par exemple, pour l'épisode de 1968, la surmortalité n'a quasiment

affecté que des personnes âgées. Le cas de figure de 1957 est similaire, sauf que la surmortalité a également affecté les enfants de moins de 4 ans.

Ces dernières données n'ont rien à voir avec celles enregistrées à l'occasion de la pandémie de 1918-1919. Durant ce dernier épisode pandémique, le virus n'a guère occasionné de décès chez les personnes âgées. Au contraire, ce sont les malades de moins de 14 ans et la population active des 25/45 ans qui ont payé le plus lourd tribut au fléau.

En définitive, dans le cas de figure d'une pandémie de type « grippe espagnole », la surmortalité est constatée chez les sujets jeunes et bien portants. En 1957 ou 1968, à l'inverse, la surmortalité

n'a affecté que des populations déjà à risques.

S'agissant d'une pandémie grippale potentielle, il n'est pas possible de déterminer *a priori* quels seront les sous-groupes ciblés par le virus. Les enfants, les adultes jeunes ou les plus âgés seront-ils particulièrement exposés ? D'après les données disponibles sur la souche H5N1 non pandémique, on pourrait penser que les enfants et les adolescents seraient particulièrement menacés en cas de pandémie. En tout état de cause, nous sommes confrontés à des enjeux techniques avant de l'être à des enjeux éthiques, dans le but de déterminer une stratégie de traitement.

LA GRIPPE ESPAGNOLE DE 1918 : UNE PROPAGATION FOUROYANTE, DES POPULATIONS AFFECTÉES PAR VAGUES

La temporalité d'une pandémie constitue une autre dimension fondamentale. Durant la période de grippe espagnole, deux pics ont été constatés en Suisse. Dans ce pays - aux deux premières vagues particulièrement mortelles en 1918 - ont succédé deux vagues de « traîne » en 1919 et 1920. Au total, c'est près d'un pour cent de la population suisse qui a succombé au fléau. C'est l'équivalent de 550 000 décès dans la France d'aujourd'hui.

Quel fut le délai d'apparition du virus dans les différents pays du monde ? Son origine est localisée au Texas (Camp Fuston), le 4 mars 1918. En un à trois mois, le virus a atteint la façade atlantique de l'Europe (France, Espagne, Portugal). Au bout de trois mois, il était en Inde. En moins de cinq mois, il était actif en Allemagne ou en Suisse. En six mois, presque tous les pays du monde étaient

affectés. L'Australie a décidé d'appliquer une quarantaine, ce qui lui a sans doute permis de gagner quatre mois avant d'être frappée à son tour, mais par une forme particulièrement brutale, dix mois après que le premier cas ait été signalé au Texas.

LE TRAITEMENT ET SES ENJEUX

Que prévoit notre Institut de veille sanitaire, dans la perspective d'une nouvelle pandémie grippale ? De l'ordre de 9 à 21 millions de cas de grippe sont envisagés, occasionnant de 90 000 à 210 000 décès. Dans un tel contexte, les pneumonies virales ou les surinfections bactériennes seront évidemment particulièrement redoutables. Un pourcentage de pneumonies de 3 % est évoqué dans les prévisions de l'INVS, ce qui n'est pas sans soulever un problème majeur de réanimation et de gestion des capacités d'assistance respiratoire.

Pour aller à l'essentiel, les stratégies thérapeutiques vont dépendre d'un certain nombre de paramètres qu'il n'est pas possible de déterminer *a priori* :

- le taux d'attaque attendu ;
- la sévérité présumée ;
- le nombre et de la nature des complications ;
- la nature des populations cibles ;
- le nombre de poussées ;
- les délais entre les poussées.

Dans un contexte de crise, il faudra surtout maintenir la cohésion sociale. L'enjeu de la politique de traitement est complexe et multiple. Certes, la diffusion de la maladie doit être enrayerée à tout prix. Les malades devront bénéficier des

En tout état de cause, nous sommes confrontés à des enjeux techniques avant de l'être à des enjeux éthiques, dans le but de déterminer une stratégie de traitement.

meilleures chances de rémission qu'il sera possible de leur offrir. De plus, il faudra permettre au système de santé de fonctionner et, plus largement, à la

société dans son ensemble de vivre tant bien que mal. Quelle que soit la difficulté du contexte, les besoins essentiels devront être couverts. À Boston, la capitale intellectuelle des États-Unis, en cas de pandémie grippale, la première cause de décès serait le manque de nourriture. À Paris, sur le plan alimentaire, nous ne disposons que d'une journée de stocks d'avance.

UNE MENACE QUI PEUT PRENDRE DE CŒURS LES CAPACITÉS VACCINALES EFFECTIVEMENT MOBILISABLES

Il faudra traiter les individus, mais quels critères présideront à l'affectation des traitements ? Quels types de risques devront-ils être prioritairement couverts ? Lorsqu'il est question de traitement, on fait référence à des agents préventifs, curatifs. Les vaccins constituent une catégorie sans doute à part. L'hygiène et l'isolement des personnes constituent d'autres moyens de lutte élémentaire contre la propagation d'une souche virale particulièrement redoutable. À ce titre, la cape de Fred Vargas se trouve être au cœur de notre questionnement éthique et politique.

Pour revenir à la question vaccinale, l'idéal serait de pouvoir immuniser la population avant l'exposition au virus, afin de réduire la mortalité et la morbidité induites par cet agent infectieux. Il

n'est toutefois envisageable de produire un vaccin que si l'on connaît la souche en cause. À l'heure actuelle, les capacités de production mondiales s'élèvent à 280 millions de vaccins trivalents (soit 840 millions de doses unitaires de 15 microgrammes d'Hémagglutinine).

D'après les experts du laboratoire Sanofi-Aventis, environ 90 microgrammes de substance immunisante sont nécessaires pour réaliser une dose vaccinale et l'immunisation réclame l'administration de deux doses. Les capacités totales de production d'un vaccin dirigé contre une souche de grippe nouvelle ne permettraient pas de traiter beaucoup plus de 70 millions de personnes.

À la question de la production du vaccin en quantité suffisante s'ajoute celle des délais de production. Il faut en effet envisager une période d'identification et de séquençage de la souche virale représentant de dix à trente jours. Ensuite, de l'ordre de six mois sont requis pour effectivement fabriquer le vaccin. Un mois doit séparer deux injections et environ trois semaines sont nécessai-

Les capacités totales de production d'un vaccin dirigé contre une souche de grippe nouvelle ne permettraient pas de traiter beaucoup plus de 70 millions de personnes.

res pour parvenir à une immunisation effective. Au total, un vaccin ne sera pas disponible avant huit à neuf mois après l'apparition d'une souche nouvelle. Si administrativement, tous les obstacles sont levés avec célérité, on peut espérer abaisser ce délai à six ou sept mois. Autant dire que le vaccin risque de n'être disponible que bien après la première vague pandémique. Il arriverait bien trop tard si la pandémie devait prendre une forme comparable à celle de la grippe espagnole du début du siècle

dernier, d'autant plus que les moyens de locomotion moderne permettent d'envisager une mondialisation rapide de la pandémie.

UN VACCIN PRÉ-PANDÉMIQUE EST-IL ENVISAGEABLE ?

Une approche consisterait à juger que le virus H5N1 pandémique présentera des analogies avec le virus H5N1 pré-pandémique. De ce fait, un vaccin anti-H5N1 pré-pandémique pourrait être préparé à l'avance et stocké. Dès l'apparition de la pandémie, une campagne de vaccination serait lancée. Ce vaccin d'anticipation pourrait avoir une efficacité intéressante, surtout s'il sert de première injection en attendant le véritable vaccin pandémique. Cette stratégie consisterait à gagner du temps.

D'ores et déjà, un certain nombre de données sont disponibles, exposant l'opportunité du recours à un vaccin pré-pandémique. En l'occurrence, il s'agit de résultats d'essais de phase I. La souche retenue est la H5N1 NIBRG-14 dérivée de l'A/Vietnam/1194/2004. Des taux de séroconversion comparables ont été obtenus pour des quantités

d'hémagglutinines allant de 3,8 à 30 µg. Ainsi, si une telle stratégie était validée et adoptée universellement, le nombre maximum théorique de doses unitaires (à 3,8 µg d'hémagglutinines) possible à produire serait de 221 millions par an. Ne perdons pas de vue qu'un tel vaccin ne sera pas exempt d'effets secondaires lourds (douleurs, fièvres). Il n'est pas question, ici, d'un vaccin comparable à ceux qui sont actuellement commercialisés, presque exempts d'effets indésirables.

Si la production des 221 millions de doses annuelles démarrait maintenant, elle ne devrait pas perturber la fabrication des vaccins contre la grippe « ordinaire ». Au bout de cinq années environ, nous pourrions exécuter près d'un milliard de vaccinations. Dans cette perspective, il serait possible d'agir à vaste échelle. Le choix de produire en masse de tels vaccins relève davantage, à mon sens, de la stratégie sanitaire que de l'éthique à proprement parler.

LES ANTIVIRAUX

L'usage des antiviraux doit en premier lieu bénéficier aux personnes exposées au virus, dans le cadre d'un traitement préventif. Ces antiviraux seront d'autant plus efficaces que leur administration sera précoce. Lorsque les symptômes sont déjà marqués, ils sont d'un intérêt bien plus faible. De tels agents médicamenteux ne remplacent en aucune manière l'immunisation.

Quels doivent être les critères d'administration des antiviraux ? La France a acquis 2,5 millions de doses de vaccin pré-pandémique. Elle en a commandé 40 millions supplémentaires (ce qui représente un pourcentage des capacités potentiellement disponibles très élevé), ce qui n'est pas sans soulever quelques interrogations d'ordre éthique sur le partage du vaccin. En octobre 2007, la France disposerait de 33 millions de traitements antiviraux (24 millions de doses de Tamiflu® et 9 millions de doses de Relenza®). Les stocks vont en outre comprendre un milliard de masques chirurgicaux et 450 millions de masques FFP2. Une filière de production dédiée a été mise en place. Nous ne pouvons que féliciter Xavier Bertrand de ces réalisations à l'époque où il les a prises.

La question de l'accès aux traitements

est évidemment cruciale. L'équité commande de traiter tout le monde. Naturellement, toute forme de privilège sera perçue comme une forme d'injustice. Aussi, les critères d'usage et d'attribution des traitements doivent être définis bien avant que l'événement dramatique auquel nous nous préparons ne survienne. La définition de populations prioritaires doit faire l'objet de débats avant le début de la pandémie

QUELLES POPULATIONS PRIVILÉGIER ?

Les groupes évoqués sont multiples et divers. On mentionnera :

- les sujets « à risque » (enfants, sujets de plus de 65 ans, personnes atteintes de maladies chroniques, etc.);
- les adolescents et adultes jeunes;
- les sujets professionnellement exposés;
- les médecins et autres soignants;
- les agents du maintien de l'ordre;
- les commerçants et les employés des filières vitales (alimentation, énergie, etc.);
- d'une manière générale, tous les sujets « contamineurs » (on retrouve notamment les enfants dans cette catégorie).

Dans un autre ordre d'idées, qui devra-t-on vacciner ? Si un vaccin n'est disponible que plus de six mois après la première vague, il s'agira de vacciner les sujets épargnés par le virus. Si un vaccin a été fabriqué avant les premières poussées de la pandémie, alors des populations bénéficiaires seront à définir en fonction

de la quantité de vaccin disponible. En France, une disponibilité du vaccin pré-pandémique en quantité suffisante avant la pandémie (80 à 120 millions de doses) permettrait de vacciner tout le monde. En cas d'inévitable rationnement,

qui devrait-on privilégier ? La question demeure pendante.

S'agissant des antiviraux et non plus de vaccins, aujourd'hui, le nombre de traitements est en adéquation avec le nombre de cas prévus (9 à 21 millions selon la prévision de l'INVS). À l'évidence, les traitements ne devront être administrés qu'en cas de certitude. Nécessairement, de nombreuses situations de présomption seront à gérer au mieux. À n'en pas douter, presque tous les malades qui seront atteints par un virus syncytio-respiratoire et non par celui de la grippe recevront du Tamiflu®.

Quel usage préventif des antiviraux peut-on d'ores et déjà envisager ? Quels groupes doivent bénéficier d'un traitement préventif à base d'agents médicamenteux ? Peuvent être cités :

- les sujets contact;
- les médecins et autres travailleurs de santé (réanimateurs, pneumologues, endoscopistes, etc.);
- les sujets dont l'activité est considérée comme indispensable au fonctionnement de la société (tout de même 3,65 millions de personnes);
- les personnes risquant d'être quelques jours en contact avec le virus

pandémique (exposition occasionnelle);

- les personnes devant être exposées plusieurs mois (exposition permanente).

LES DEUX MODÈLES DE RECOURS AUX ANTIVIRAUX

En définitive, deux stratégies sont possibles. Ou bien l'on soigne toutes les personnes malades sur la base d'un diagnostic de certitude (le traitement étant disponible et administré rapidement dans un délai de 12 à 48h). Ou bien l'on cherche à enrayer la diffusion de la maladie dans l'attente du vaccin. Cette dernière approche participe d'une logique plus préventive que curative. À ce sujet, l'étendue de la prévention peut faire débat. Doit-on cibler certaines populations ou doit-on chercher la plus large

couverture possible ? Un tel modèle est sujet à débat, comme tout autre.

ET L'EUROPE ?

L'Union européenne recèle des niveaux de préparation très inégaux suivant les pays considérés. Une telle hétérogénéité confine au scandale. En effet, le Luxembourg a prévu un dispositif pouvant couvrir les besoins de 4 fois sa population. D'autres pays n'ont strictement rien fait. Les politiques de constitution de stocks ont été arrêtées sans aucune concertation, elles n'ont donc pas grand-chose de commun. La politique européenne est donc une construction en trompe l'œil,

La question de l'accès aux traitements est évidemment cruciale. L'équité commande de traiter tout le monde. Naturellement, toute forme de privilège sera perçue comme une forme d'injustice.

En France, une disponibilité du vaccin pré-pandémique en quantité suffisante avant la pandémie (80 à 120 millions de doses) permettrait de vacciner tout le monde. En cas d'inévitable rationnement, qui devrait-on privilégier ? La question demeure pendante.

s'agissant du sujet qui nous intéresse. Au demeurant, en cas de pandémie, le problème de la rétrocession de traitements d'un pays à l'autre ne manquerait pas de se poser. Quelle éthique devrait-on retenir, à l'égard des autres pays d'Europe ? En outre, serait-il moral de pénaliser sa population au profit d'autres pays qui n'ont rien prévu, ou presque, pour se préparer ?

DES NATIONS INÉGALES DEVANT UN FLÉAU POTENTIEL

Ne nous faisons aucune illusion, les pandémies frappent le plus durement les pays pauvres. L'absence de préparation, de structures sanitaires et de moyens risque de conduire à des cas de figure inacceptables et intolérables d'un point de vue éthique. Qu'advient-il si l'écrasante majorité des décès intervenait dans les pays les moins favorisés ? Quel héritage moral laisserions-nous aux générations suivantes dans une telle hypothèse ? Posons ces questions dès maintenant.

La logique des pandémies est celle de la peur, du désarroi, de l'abandon et de la violence. Les sociétés n'en sortent pas indemnes. Dans le passé, des affrontements entre les peuples, les religions et les cultures ont été causés par des fléaux d'origine infectieuse.

quelque sorte, la personne à redouter le plus est précisément celle dont on est la plus proche. Il s'ensuit un risque majeur de dissociation du tissu social et de repli sur la sphère individuelle.

La logique des pandémies est celle de la peur, du désarroi, de l'abandon et de la violence. Les sociétés n'en sortent pas indemnes. Dans le passé, des affrontements entre les peuples, les religions et les cultures ont été causés par des fléaux d'origine infectieuse.

La lutte contre la pandémie nécessite un plan global, dont la dimension médicale ne constitue qu'une partie. Les enjeux doivent en être discutés et négociés en amont. Les choix opérés ont à procéder d'un consensus et le meilleur des plans

n'est rien sans une mobilisation résiliente de la population, laquelle doit s'opposer à la logique de l'amour inverse. Certains enjeux relèvent par nature de l'échelon supranational. La disponibilité d'an-

tiviraux et de vaccins pour les peuples défavorisés doit faire l'objet de toute notre attention, tant sur un plan moral que politique. ■

LA PANDÉMIE GRIPPALE ET LA LOGIQUE DE L'AMOUR INVERSÉ

La grippe est une affection potentiellement mortelle transmise par les gouttelettes générées par la toux et les éternuements. Elle peut nous contraindre tous à nous méfier de nos proches, de ceux que l'on aime, de nos amis, de nos collègues. C'est pour cela qu'il est légitime de parler d'amour inverse. En

► SAMU : SOLLICITATIONS ANTICIPÉES, RÉPONSES ENVISAGÉES

Pierre Carli

Directeur médical du SAMU de Paris

Trop souvent lorsqu'il est question d'éthique, les représentants du SAMU ne sont pas conviés aux débats. Après tout, ont-ils autre chose à faire qu'appliquer des protocoles ? Or, de fait, ces personnes se trouvent au cœur des problèmes dont nous débattons présentement. Au quotidien, il leur faut traiter les sollicitations du public et des professionnels de santé.

LA RÉGULATION DES CAS POSSIBLES

Dans un environnement de pandémie, la régulation des demandes médicales représentera un enjeu crucial. La qualité de la distribution des soins potentiellement rationnés dépendra étroitement. Le SAMU est un centre de régulation des appels, qui reçoit des demandes du public mais aussi des professionnels de santé. Sa compétence principale réside dans sa capacité à traiter des demandes et à réaliser une admission directe dans un service spécialisé. En d'autres termes, les médecins régulateurs veillent en permanence à l'adéquation entre les besoins et les soins délivrés. Cette régulation médicale du SAMU dépendra de l'ampleur des demandes et des possibilités de réponses :

Si une grave pandémie devait survenir, les équipes du SAMU et du SMUR se trouveraient prises en tenailles entre les besoins et les capacités d'accueil et de soins disponibles.

- importance et précision des conseils prodigués téléphoniquement ;

- nombre de médecins généralistes présents ;
- disponibilités des pompiers secouristes, des ambulances privées, des équipes SMUR.

Les équipes SMUR comprennent obligatoirement un médecin spécialiste (anesthésiste ou urgentiste), un infirmier et un ambulancier. Ces équipes médicales apportent des soins de réanimation aux personnes les plus gravement atteintes et transportent ces patients vers les services les plus aptes à les recevoir en termes de disponibilités comme en termes de compétences.

Si une grave pandémie devait survenir, les équipes du SAMU et du SMUR se trouveraient prises en tenailles entre les besoins et les capacités d'accueil et de soins disponibles.

LA LIMITATION DES CAS IMPORTÉS : UN PROBLÈME ÉTHIQUE POTENTIEL

Il y a fort à parier que l'épidémie grippale commencera dans un pays étranger. La compétence du SAMU doit être recherchée pour l'organisation des soins des ressortissants français hors de France.

Le rapatriement des ressortissants français suspects ou atteints par le virus mérite toute notre attention. Son organisation

impose l'utilisation de moyens de protection maximums afin de limiter non

seulement le risque de contamination pendant le transport des équipes mais aussi de l'environnement, et de permettre au patient de recevoir l'ensemble des traitements nécessaires.

En cas de nombre important de victimes ou de risque de contamination très élevé, des équipes du SAMU et du SMUR pourront être sollicitées

pour partir en mission à l'étranger et soigner les premières victimes potentielles. Du matériel sera aussi acheminé de France car, légitimement, ces dernières demanderont à bénéficier de soins de qualité.

Le recueil de l'information dans les premiers pays affectés par la pandémie aura une importance vitale. Il permettra d'anticiper sur le cours des choses et de rendre des services considérables. Observons que, dans le cas du SRAS, nos collègues canadiens n'ont pas eu la chance de disposer de tels renseignements à temps alors qu'une équipe française du SAMU était présente à l'hôpital français de Hanoï, un des premiers sites touchés par cette épidémie.

La limitation du nombre de cas importés n'est donc pas sans poser un authentique questionnement éthique à divers titres :

- la gestion du risque d'extension de l'épidémie ;
- les risques de pertes de chance individuelle ;
- les risques de contournement d'un dispositif sanitaire protecteur ;
- l'organisation et la justification des quarantaines.

UN PHÉNOMÈNE POTENTIELLEMENT SANS PRÉCÉDENT DANS NOTRE MÉMOIRE COLLECTIVE

À quoi ressemblerait une pandémie grip-pale ? L'hypothèse haute avancée par l'Institut de veille sanitaire (INVS) envi-

sage un nombre de morts de l'ordre de 200 000. Une cinétique de la pathologie en deux pics est encore prévisible, la seconde vague venant alors submerger un système

déjà considérablement mis à mal. Dans un tel scénario, l'accalmie entre les deux explosions pandémiques devra impérativement être mise à profit.

Les chiffres en cause ne ressemblent à rien de ce que nous connaissons déjà, aussi les hypothèses émises par l'AP-HP peuvent-elles apparaître d'une exceptionnelle gravité. Nous sommes en présence d'un phénomène que nous ne pouvons qu'imaginer d'une manière assez abstraite. Il faut donc s'y préparer sans « catastrophisme » mais avec lucidité.

L'ANTICIPATION RÉGLEMENTAIRE DU PHÉNOMÈNE ET SES INÉVITABLES LIMITES

En principe, la France dispose d'un des meilleurs plans de gestion de cette crise au monde même si, en pareille matière, nous devons nous méfier des documents. Le dispositif préhospitalier a pour but de protéger l'hôpital, et l'organisation hospitalière aura pour rôle de gérer des ressources précieuses, car en quantité limitée compte tenu de l'am-

pleur qui peut caractériser la pandémie. Dans l'esprit du plan, la médecine de ville devra donc parvenir à prendre en charge de dix à vingt fois plus de malades qu'à l'ordinaire. Des dispensaires permettront de mutualiser les ressources et, partant, d'atteindre des objectifs aussi ambitieux et qui conditionnent la réussite du plan. Sans aucun doute, il faudra bien tenir compte des impératifs pratiques et des difficultés auxquels les généralistes devront faire face, ne serait-ce que dans le domaine sécuritaire.

Ne nous leurrions pas. J'éprouve le plus grand respect pour la médecine de ville. Cependant, il nous faut apprécier sans faux-semblant un problème de faisabilité générale. Comment imposer la responsabilité d'un dispositif d'exception à des catégories de professionnels qui ont déjà bien du mal à garantir une permanence des soins au quotidien ? Quelle protection sera effectivement garantie aux médecins de ville, à leurs familles et aux autres intervenants ? Sur quels critères déciderons-nous qu'un patient n'a pas le droit d'aller à l'hôpital ? Enfin, comment empêcher le « transport sauvage » ? Toutes ces questions dérangeantes méritent toute notre attention.

LE RENFORCEMENT DU SAMU ET DU SMUR

Deux éléments seront cruciaux face à une pandémie : le renforcement durable des capacités de régulation des demandes et l'augmentation des capacités d'intervention du SMUR à domicile. Il est sans doute presque impossible d'imaginer par avance quelle sera l'ampleur du volume des appels à traiter. Toujours est-il que nous sommes presque certains que l'épidémie sera caractérisée par une cinétique propre. Idéalement, le dispositif de réponse sera adaptable dans

Nous sommes en présence d'un phénomène que nous ne pouvons qu'imaginer d'une manière assez abstraite. Il faut donc s'y préparer sans « catastrophisme » mais avec lucidité.

l'espace et dans le temps. Je ne crois pas que le matériel sera le facteur limitant de nos capacités d'intervention. Ce sont les hommes et les compétences qui manqueront le plus. Des choix devront être faits : qui bénéficiera des capacités de réanimation disponibles ? Comment faudra-t-il agir si les capacités d'accueil hospitalières sont saturées ?

LE RETENTISSEMENT DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE SUR LA PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE

Jusqu'à où doit aller la réanimation lorsqu'il n'y a plus de place à l'hôpital ? Quand nos collègues iront sur le terrain,

Certains collaborateurs des hôpitaux seront atteints par le virus, tout comme d'autres appartenant à des institutions de maintien de l'ordre, quelles qu'elles soient. Malgré tous ces efforts, les services d'urgence seront quand même pris d'assaut.

ils auront à proposer « quelque chose ». Laisser quelqu'un mourir à son domicile ne sera certainement pas neutre sur un plan émotionnel. Bien entendu, il s'agira d'exposer les raisons de tels échecs aux proches de la personne décédée. Avant toute chose, si le pire devait advenir, les équipes auront à préserver une certaine humanité au cours de leurs interventions. Cette humanité pourrait même constituer leur seule ressource d'intervention si les hôpitaux venaient à être totalement débordés. À n'en pas douter, il sera illusoire de protéger l'hôpital. Nous parlons là d'une institution qui s'appuie sur le travail et la compétence d'hommes et de femmes. Certains collaborateurs des hôpitaux seront atteints par le virus, tout comme d'autres appar-

tenant à des institutions de maintien de l'ordre, quelles qu'elles soient. Malgré tous ces efforts, les services d'urgence seront quand même pris d'assaut. Ordinairement, l'hôpital n'a-t-il pas été conçu pour accueillir les malades ?

LA RÉANIMATION : LA RESSOURCE CLÉ DE L'HÔPITAL EN SITUATION PANDÉMIQUE

Les services de réanimation représentent les capacités de soins aigus lourdes d'un établissement de santé. Afin d'augmenter ces capacités, il faudra procéder à des réaffectations de lits de « salle de surveillance post interventionnelle » (SSPI) et de réanimation chirurgicale. Ce faisant, l'offre sera multipliée par 2 ou même 2,5. Cet ordre de grandeur est malheureusement bien inférieur à celui sur lequel nous aurions besoin de

compter. Par conséquent, le problème de la définition de critères d'accès en service de réanimation se pose en des termes redoutables. En pédiatrie, les unités de réanimation fonctionnent déjà en flux tendu au quotidien. Cette réorientation de la mission des unités les plus aiguës de l'hôpital est un enjeu majeur. Les règles fixant l'admission en réanimation sont aussi au cœur du débat.

THÉORIES ET PRATIQUES DE LA RÉPARTITION DES RESSOURCES EN CONTEXTE DE CATASTROPHE

Lorsque nous évoquons la perspective d'une pandémie grippale avec nos équi-

pes, deux questions reviennent de façon récurrente :

- Quelle sera la clé de répartition des ressources ?
- Quelles seront les missions des professionnels de santé ?

Les règles ne sauraient receler d'équivoque en situation de crise. L'identité de ceux qui les édictent doit être claire. En tout état de cause, elles devront être applicables à la réalité du terrain et exposées au public en toute transparence. Le partage de l'information constituera la première planche de salut.

Un débat sur les critères d'attribution de ressources potentiellement limitées est toujours possible avant que la crise ne survienne. Un certain nombre de réflexions très intéressantes sont consultables par tous. En 2001, Pesik et al.^[1] ont publié une analyse solide des critères directeurs potentiellement utilisables en situation de catastrophe :

- les chances de succès (survie) ;
- la qualité du résultat (en fonction des séquelles post-intervention) ;
- la durée du bénéfice ;
- le degré d'urgence clinique ;
- l'obtention d'un bénéfice pour d'autres patients ;
- la quantité de soins nécessaire à l'obtention de l'effet recherché.

Dans l'absolu, une telle contribution est évidemment précieuse. Il est seulement dommage que les critères susmentionnés n'aient guère été employés à l'occasion de la catastrophe de la Nouvelle-Orléans.

L'accès aux unités de réanimation est un problème à part. Dans ce domaine, les choix doivent être motivés, quand elles existent, par des preuves scientifiques. Peu d'auteurs se sont risqués à fonder scientifiquement l'allocation de ressources de réanimation devenue trop rare.

Christian et Burkle^[2] sont les auteurs d'une publication très intéressante qui expose un véritable tri, basé sur une classification des malades. Intellectuellement, la démarche est séduisante, s'appuyant largement sur le score SOFA. Il reste à bâtir des protocoles s'en inspirant en pratique.

QUEL CODE DE CONDUITE POUR LES PERSONNELS ?

Si une pandémie de grande ampleur devait nous affecter, des réactions étonnantes ne manqueraient pas d'être observées. Clairement, il sera requis des professionnels de santé qu'ils prennent un risque vital. Ils auront alors à mettre en balance l'intérêt public avec la protection de leur famille. Si les soins devaient être rationnés, alors un effort d'explication immense leur sera demandé. D'ores et déjà, d'éventuels dispositifs de vaccination obligatoire doivent être pensés, là encore avec la justification des contraintes qu'ils ne manqueraient pas d'induire.

Lorsque, de fait, des médecins ne peuvent plus soigner qui que ce soit, il faut s'attendre à n'importe quel type d'attitude de leur part. La fuite peut être l'une d'elles, la stratégie suicidaire une autre. J'ai, en effet, eu connaissance de comportements suicidaires paradoxaux de la part de médecins ne pouvant plus rien faire d'un point de vue médical lors de la catastrophe de Bhopal.

En toute circonstance, le système de santé est très sensible au manque de personnel. Celui-ci sera en première ligne et surexposé à tous les risques. L'épisode du SRAS a objectivé le fait que la défection des personnels de santé n'est pas qu'un scénario théorique. Posons-nous donc les questions suivantes :

- Jusqu'où doit aller l'engagement des personnels ?
- Qu'est-il prévu en cas de décès ?
- Quelles sont les limites à la liberté individuelle des soignants ?

S'il est impératif de poser de telles limites, la détermination d'un code de conduite précis, adapté aux circonstances réelles est à promouvoir. En aucun cas, nous n'avons à considérer les personnels de santé comme des surhommes.

DES PISTES DE RÉFLEXION

De quelle manière les équipes préhospitalières seront-elles les plus efficaces durant la pandémie ? Les principes de leurs interventions partiront d'une éthique. Ils devront s'appuyer sur la participation et la compréhension des principaux intéressés, sans quoi ils seront tout bonnement rejetés. Dans cette perspective, une contribution de Daniels^[3] est intéressante puisqu'elle énumère des règles processuelles utilisables pour établir des priorités. Elles sont fondées sur des éléments éthiques cardinaux (*accountability, inclusiveness, openness and transparency, reasonableness, responsiveness*).

La réactivité me semble constituer un élément majeur. Nous ne saurions espérer qu'une norme de nature administrative soit garante de la performance de réponse à la crise. Ce sont des équipes qui devront faire face à une vague qui, d'abord, les submergera, avant qu'elles ne puissent avoir une chance de la repousser. La confiance dans les fondements éthiques de ce qui sera mis en place si le pire advenait sera cruciale.

Même si nous savons répondre aux questions techniques avec des critères scientifiques, des questions imposent une « préparation éthique » des équipes

préhospitalières : comment vont s'établir les protocoles de triage ? Comment va s'appliquer la restriction des capacités de soins et de protection ? Comment va-t-on expliquer les règles à un public très directement menacé ? ■

RÉFÉRENCES

- [1] Pesik, N. Keim, M. Iserson, K. - « Terrorism and the ethics of emergency medicine », *Anna. Emerg. Med.*, n° 37, 2001, p. 642-646.
- [2] Christian, M. Hawzyluck et al. - « Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic », *CMAJ*, n° 175, 2006, p. 17377-81.
- [3] Daniels, N. - « Accountability for reasonableness, Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles », *BMJ*, n° 321, 2000, p. 1300-1301.

► ÉTHIQUE ET ACCÈS AUX SOINS EN RÉANIMATION

Bernard Régnier

Chef de service de Réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat-Claude-Bernard, AP-HP

Qui devrait être réanimé en priorité s'il s'avérait impossible de répondre à toutes les demandes ? Les patients qui ne pourraient être admis en réanimation seraient alors pris en charge comme lors de l'épidémie de grippe espagnole, il y a plus de 70 ans...

LA RÉANIMATION EN DERNIÈRE LIGNE DANS LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE

Sur la base de simulations réalisées par l'InVS et les CDC, le plan national d'organisation des soins prévoit le doublement des besoins d'admission en réanimation. Or, cette activité médicale nécessite des technologies sophistiquées et des personnels nombreux et spécialisés, la rendant très coûteuse. La planification hospitalière de tous les pays développés tend à la dimensionner au plus juste afin d'en maîtriser les coûts.

Il en résulte que partout, les taux d'occupation des services de réanimation avoisinent les 90 %. Mis à part la déprogrammation de certaines chirurgies lourdes, de nature à libérer des places mais posant, elle aussi, des problèmes éthiques, aucune marge de manœuvre significative à la hausse ne pourra donc être dégagée sur la base de l'existant.

Mis à part la déprogrammation de certaines chirurgies lourdes, de nature à libérer des places mais posant, elle aussi, des problèmes éthiques, aucune marge de manœuvre significative à la hausse ne pourra donc être dégagée sur la base de l'existant.

Il convient donc d'envisager des réorganisations hospitalières qui permettraient de redéployer des moyens pour doubler les capacités de réanimation. Aucun pays développé n'ayant l'expérience d'un tel scénario, et l'analogie avec les catastrophes vécues par les pays en développement ne semblant pas pertinente, il convient donc, tant bien que mal, d'imaginer les moyens d'atteindre l'objectif fixé. Des principes organisationnels ont été définis par le ministère, qui ont servi de base à l'élaboration de recommandations par les sociétés savantes les plus concernées.

L'utilisation de toutes les structures de soins intensifs, surveillance continue et post-interventionnelle (salle de réveil), ainsi que celle d'équipements d'anesthésie ont été proposées. Sans conteste, ce seront les ressources humaines qui poseront les problèmes les plus difficiles. Le plan national fixera des objectifs et des principes généraux que chaque auto-

rité régionale et locale devra décliner, en sectorisant ces unités de réanimation en zones à haute et basse densité virale.

Au regard des incertitudes fortes entourant les simulations épidémiologiques et les réorganisations hospitalières envisagées, nous ne pouvons que nous poser des questions dérangementantes telles que celles-ci : avons-nous sous-estimé l'impact potentiel d'une pandémie grippale ? Avons-nous sous-estimé nos capacités de

réponse, globalement ou dans certaines régions sous équipées ? Que se passerait-il si nous n'avions pas assez ?

Une réflexion sur l'ordre de priorité d'accès à la réanimation s'impose donc à nous très directement. Les décisions dont il est question ici feront, sans nul doute, partie des plus difficiles à prendre.

L'APPROCHE TECHNIQUE DE LA PRIORISATION ET SES LIMITES

Sur quels principes baser un « triage » à l'admission en réanimation ? Qui sera responsable du triage ? La littérature scientifique a récemment commencé à investiguer cette notion de tri.

On pourrait considérer que les services

Aucune étude dans la littérature ne nous enseigne à propos d'une situation où des malades devraient rester « aux portes de la réanimation » pendant une période prolongée.

de réanimation sont déjà familiers de la logique de triage, même si ce terme n'est pas ou peu utilisé. Au nom du principe de bienfaisance, dans le but d'éviter l'acharnement thérapeutique, des décisions d'arrêt de soins intensifs ou de non-admission en réanimation sont prises quotidiennement. En situation de pandémie, la problématique serait radicalement différente, renvoyant à un rationnement pour rareté des moyens. Il s'agirait de priver une personne d'une intervention susceptible de lui sauver la vie et dont elle pourrait bénéficier. Nous nous trouvons en contradiction avec le principe de bienfaisance.

La médecine de catastrophe utilise des règles de triage. Là encore, le raisonnement par analogie ne semble pas per-

tinent. En général, la catastrophe est limitée dans le temps et l'espace et la question principale est un triage sur le terrain permettant de prioriser les victimes ayant le maximum de chances de survivre à un conditionnement et à une évacuation sanitaire. La majorité des décès est pré-hospitalière et si on peut discuter une insuffisance de moyens, elle est liée au lieu de survenue de la catastrophe et demeure limitée dans le temps. À l'inverse, une pandémie frapperait une société entière, concernerait l'ensemble de son système de soins, ceci pendant des mois.

Aucune étude dans la littérature ne nous enseigne à propos d'une situation où des malades devraient rester « aux portes de la réanimation » pendant une période prolongée.

Une base de réflexion est apportée par un travail, du département de santé de l'état du Minnesota. À l'occasion d'un exercice, simulant une peste pulmonaire à

grande échelle, les capacités de mobilisation des moyens d'assistance respiratoire ont été testées. Il s'est avéré que ceux-ci étaient insuffisants et un algorithme d'utilisation des ressources rares, de ventilation artificielle, a été proposé. Des critères de non-admission en réanimation en raison d'un risque léthal trop élevé ont été définis. Plusieurs niveaux ont été proposés dans le but de réguler, d'une part, les admissions en fonction de l'évolution de la pandémie grippale et, d'autre part, des ressources disponibles de ventilation artificielle, tant pour les patients infectés par le virus que pour les patients non infectés. Ces propositions de règles d'action ont été validées, consensuellement, par un groupe multidisciplinaire. Finalement, une échelle mobile de trois strates a été retenue :

- le premier niveau, basé sur la seule sévérité des défaillances vitales, amènerait à ne plus admettre des patients dont la probabilité de mortalité malgré la réanimation serait de l'ordre de 55-60 % ou plus (dans la pratique quotidienne des patients dont le risque vital est estimé entre 60 et 80 % sont pris en charge) ;
- le deuxième niveau prendrait aussi en compte d'éventuelles co-morbidités associées (insuffisance cardiaque, respiratoire, etc.), de nature à compromettre les résultats de la réanimation ou à prolonger la durée de séjour ;
- le troisième niveau inclut d'autres co-morbidités moins graves, ainsi qu'un score de défaillance viscérale (SOFA), dont le seuil « d'admissibilité à la réanimation » pourrait être revu à la baisse au prorata de la pénurie d'équipements de ventilation artificielle.

UNE RÉFLEXION CANADIENNE APPROFONDIE AU SUJET DU TRIAGE

Des auteurs canadiens ont développé une réflexion intéressante, à la suite de l'épidémie de SRAS en 2003. L'état de l'Ontario a officiellement demandé l'établissement d'un protocole. Un groupe de travail a procédé à une revue exhaustive de la littérature relative au triage en réanimation ainsi qu'à un recensement détaillé des plans destinés à lutter contre une pandémie grippale.

Après validation par un groupe élargi de relecture, un algorithme d'aide à la décision a été produit. Il comporte des critères d'éligibilité à la réanimation (types

de défaillance qui justifieraient l'admission en réanimation), des critères d'exclusion (pronostic trop péjoratif, durée de séjour anticipée trop longue, pronostic vital engagé à un-deux ans même en cas de succès de la réanimation), des critères minimums de « qualification à la survie » en fonction de la réponse au traitement après deux ou cinq jours de réanimation, ou en fonction de l'importance des moyens de réanimation à mobiliser pour un patient.

Comment concilier ces règles de priorisation procédant de considérations visant à l'efficacité (utilitarisme, conséquentialisme) avec l'équité (égalitarisme) ? Et avec le respect de la dignité humaine ?

L'ensemble de ces critères est intégré et complété par un « guide de priorisation » fondé sur le score SOFA à J0, 2 et 5. Cette dimension dynamique vise à identifier à la fois la gravité et la réponse au traitement. Un malade initialement admis peut devoir en sortir et être transféré vers d'autres structures si, au bout d'un délai de quelques jours, l'amélioration est jugée insuffisante.

Ce guide aboutit à classer les patients en codes bleu (trop graves) et vert (pas assez graves) ne justifiant pas, ou plus, la réanimation, rouge et prioritaire, car avec un bénéfice important attendu de la réanimation, et jaune, de priorité intermédiaire pour des patients pour lesquels un bénéfice potentiel est escompté mais, plus incertain.

Cette typologie est dérivée de celle utilisée en médecine de catastrophe ou en médecine militaire. Ce protocole serait adapté en permanence en fonction de l'afflux de patients et des capacités d'accueil. Il devrait être supervisé par un « comité de triage » (ou cellule d'aide à la décision), à la fois local, au niveau de l'hôpital, et régional, afin de contribuer à une application homogène entre les

établissements de santé, répondant au principe de justice distributive.

Un problème important est posé par ce type d'algorithme de triage, faisant intervenir le score SOFA. Les scores de gravité utilisés en réanimation ont été validés pour des cohortes de patients et dans un but épidémiologique. Leur utilisation comme outil d'aide à la décision individuelle n'est pas validée et apparaît à

beaucoup de réanimateurs comme très discutable au plan éthique.

Il faut aussi noter que la complexité de ce type d'algorithme et le besoin de données biologiques pour établir un score le rendrait pas, ou peu, applicable en médecine pré-hospitalière et au service des urgences où se posent aussi de difficiles problèmes de triage.

LE SPECTRE DE LA PANDÉMIE ET LA CONVERSION DES UNITÉS DE RÉANIMATION À L'UTILITARISME

En cas de pandémie, les unités de réanimation auraient à se livrer à de multiples calculs utilitaristes. Les chances de survie devraient être pondérées par la quantité de ressources consommées et par la durée de séjour en secteurs de prise en charge intensive. Si la demande devient ingérable, alors les seuils « d'éligibilité » à la réanimation devraient être revus à la hausse.

Comment concilier ces règles de priorisation procédant de considérations visant à l'efficacité (utilitarisme, conséquentialisme) avec l'équité (égalitarisme) ? Et avec le respect de la dignité humaine ?

Par ailleurs, si le triage s'avère incontour-

nable, il devrait être légitime, c'est-à-dire faire l'objet d'un consensus social explicite. En France, une certaine forme de paternalisme bienveillant prévaut dans la relation médecin-malade. La capacité des réanimateurs à mettre en oeuvre collectivement un algorithme utilitariste de bonne utilisation des ressources constituerait un défi majeur et un enjeu capital.

La réanimation pédiatrique risque, compte tenu du nombre très limité de lits, de se trouver au centre de dilemmes considérables. Par exemple, dans un contexte de pandémie, la prise en charge des grands prématurés sera-t-elle encore logique ?

Une autre question soulevée par la pandémie est celle du devoir de soins. Les procédures de soins en réanimation générant un risque particulièrement élevé de transmissibilité aux personnels, la question est posée de définir la limite entre l'obligation de soins et l'héroïsme, d'autant que le problème des ressources humaines spécialisées en réanimation, et des personnels de renfort qui devraient être mobilisés, apparaissent parmi les plus difficiles.

Nous en sommes encore au stade où nous nous interrogeons sur la pertinence de plans d'actions déployables. Mais, il sera rapidement essentiel d'obtenir un consensus des professionnels de santé et de la société sur de tels plans. Face au pire, l'action sera très difficile si son acceptabilité sociale fait défaut.

La réanimation occupe une place décisive dans le dispositif d'organisation des soins qui pourrait être mobilisé en cas de pandémie. Le rationnement d'autres ressources rares, comme le vaccin ou le Tamiflu, n'aura pas les mêmes conséquences qu'une restriction de l'accès de la réanimation. La pénurie des premiers n'aura pour conséquence qu'une réduc-

tion de la protection contre un danger potentiel ou un risque accru de complication. Le rationnement de la réanimation aura une autre signification, celle d'une mort presque certaine.

Cette possibilité, de surcroît anticipée, est un argument supplémentaire pour privilégier une approche mondialisée de la lutte contre la grippe aviaire. Les pays du Nord ont, en quelque sorte, tout intérêt à une forte solidarité avec les pays du Sud, où la pandémie a toute chance de démarrer, afin de contenir celle-ci le plus tôt, le plus loin et le plus efficacement possible.

Les pays du Nord ont, en quelque sorte, tout intérêt à une forte solidarité avec les pays du Sud, où la pandémie a toute chance de démarrer, afin de contenir celle-ci le plus tôt, le plus loin et le plus efficacement possible.

DES QUESTIONS DE PORTÉE PLUS GÉNÉRALE ?

Pour gérer les ressources rares, le modèle prégnant est celui de l'utilitarisme. Si la pandémie aviaire exerce à l'évidence un effet amplificateur majeur, il est néanmoins permis de se demander si les questions qu'elle soulève ne sont pas également pertinentes pour d'autres crises sanitaires, voire pour la réanimation au XXI^e siècle.

Les systèmes de santé des pays développés sont, d'ores et déjà, confrontés à la nécessité de faire des choix dans un but de « maximisation » des biens de santé. De fait, le principe de bienfaisance vis-à-vis de l'individu doit composer avec des contraintes « éthiconomiques » collectives. En particulier, la réanimation, médecine de haute technologie et très coûteuse, sera confrontée à la question de sa juste place. En réalité, nous sommes déjà familiers de la problématique du triage, avouons-le. Le vieillissement de la population nous amène à réfléchir sur l'opportunité de réanimer cer-

tains octogénaires et nonagénaires. Les progrès médicaux sont à l'origine d'une progression sensible des co-morbidités auxquelles le réanimateur est confronté, dans sa pratique de tous les jours. Des refus d'admission faute de places sont décidés. De fait, le principe de bienfaisance n'est peut être déjà plus le seul à intervenir pour l'accès à la réanimation.

Par ailleurs, ce principe évolue, amenant à s'interroger non plus seulement sur le pronostic à court terme, mais sur les résultats de la réanimation à moyen terme.

La réflexion sur la réanimation en cas de pandémie est-elle, aussi, l'occasion de réfléchir sur sa « justesse » et la « justice distributive », dans la pratique quotidienne et pour demain ? ■

► ENVISAGER LA DÉPROGRAMMATION DE SOINS « NON URGENTS »

André Lienhart

Chef de service d'anesthésie-réanimation,
CHU Saint-Antoine, AP-HP

RÉORGANISER L'HÔPITAL

Le passage du technique à l'éthique n'a rien d'automatique en anesthésie et en réanimation. Notre institution, l'AP-HP, a défini un plan de lutte contre une éventuelle pandémie grippale, en s'appuyant sur trois types de coordinations : pré-hospitalière, centrale et locale. Concernant cette dernière, le groupe « hôpitaux » a été subdivisé en plusieurs sous-groupes : ressources humaines, logistique, soins de suite, pédiatrie, etc. L'un d'eux est centré sur la prise en charge des « patients graves », dont la conséquence logique en période de crise est la déprogrammation des actes qui peuvent attendre la fin de cette crise.

Par définition, la plupart des malades se trouvant dans un état grave devraient être affectés dans les unités de réanimation. C'est à ce niveau que nous risquerions de constater l'existence d'un goulot d'étranglement très préoccupant pour nous, qui sommes plutôt accoutu-

Notre tâche fondamentale consistera, en cas de pandémie majeure, à réorganiser l'hôpital.

més à faire en sorte que les ressources clés ne manquent pas. Il y a donc lieu d'affecter à la réanimation des lieux actuellement dévolus à d'autres activités. À titre d'exemple, certaines salles de surveillance post-interventionnelles seront donc transformées en unités de réanimation.

L'extension des capacités de réanimation à l'hôpital impliquera une déprogram-

mation d'un certain nombre d'activités jugées, vu les circonstances, moins essentielles. Comment procéderons-nous ? De quelle manière désignerons-nous ce qui peut attendre ? Notre tâche fondamentale consistera, en cas de pandémie majeure, à réorganiser l'hôpital. L'offre de réanimation devra être considérablement étendue et des obstacles multiformes à une transformation radicale de l'hôpital sont d'ores et déjà à redouter. Je ferai référence en particulier à :

- la disponibilité des équipements et des dispositifs médicaux clés ;
- la logistique ;
- la répartition des tâches et la formation des personnels aux contraintes posées par une situation exceptionnelle ;
- la hiérarchisation des différents types de soins.

Une pandémie ne manquerait pas de causer de nombreuses absences dans le personnel médecin et infirmier. Les établissements de santé devront disposer de personnels supplémentifs, prélevés sur des activités jugées non prioritaires.

Ces derniers auront idéalement bénéficié d'une formation à l'urgence.

LA TRÈS COMPLEXE HIÉRARCHISATION DES SOINS

Certaines activités ne posent pas de problème de fond. Ainsi, les opérations de chirurgie orthopédique non impérati-

ves seront repoussées après la crise. Mais il existe des situations autrement complexes. Par exemple, quelles chimiothérapies devront être différées ? La décision sera-t-elle fonction du pronostic, du bénéfice attendu ou des possibilités de soins ? À l'évidence, si le pronostic à l'issue d'une chimiothérapie est excellent, cette dernière ne devrait pas être interrompue, même dans un contexte de crise sanitaire grave. Toutefois, la question de la pertinence à induire des aplasies médullaires en période d'épidémie virale avec un personnel réduit, tant paramédical que médical ? Toutes ces questions demeurent largement ouvertes. Seul un collègue d'hématologues et d'oncologues peut apporter des réponses techniques valides. Il convient également que cette hiérarchisation des actes médicaux soit cohérente d'une discipline à l'autre et s'opère en toute transparence.

À titre d'exemple, un collègue de spécialistes de la chirurgie viscérale de l'AP-HP a fourni une liste d'urgences qui s'avérerait précieuse dans une optique de planification. Plus globalement, la hiérarchisation des soins est une tâche complexe et délicate, qui nécessite :

- des principes communs partagés ;
- une organisation où les acteurs directement engagés sont conscients des responsabilités qu'ils exercent, en phase avec l'échelon supérieur ;
- des cellules locale et centrale d'aide à la décision et de contrôle.

Rien ne saurait donc être décidé « d'en haut ». Le pouvoir de décision appartiendra forcément à celui qui se trouvera face aux malades, au sein d'une équipe. Il convient cependant que ces acteurs directs ne soient pas isolés face à certaines responsabilités. L'organisation doit notamment permettre de veiller à l'absence de dérive, à une certaine homogénéité, entre services au sein de l'hôpital, entre hôpitaux au sein de l'AP-HP.

Certes, il apparaît difficile de concilier éthique et opérationnalité sans commettre d'erreur. L'institution dans son ensemble répond du type de programmation et de déprogrammation des actes qui peut être mis en œuvre. Il serait catastrophique que, dans une même discipline médicale, les pratiques en matière de programmation et de déprogrammation des actes médicaux varient d'un établissement à l'autre. Nous ne tendrons à une authentique justice que par une homogénéité de nos pratiques face à la pandémie. C'est dans cette logique que s'explique la présence de deux niveaux de cellules d'aide à la décision dans le dispositif que je viens de présenter sommairement.

Quels principes déciderons-nous de partager ? Quelle information sera délivrée aux malades et à ceux qui les accompagneront ? Qui, au sein de l'institution détiendra, entre autres missions, celle d'être le vecteur de cette information ? L'AP-HP est confrontée à la difficulté de communiquer sur des sujets aussi graves. Une brochure est actuellement en préparation. Toutefois, nous savons bien que si le pire devait se concrétiser, ce seraient les médecins et les infirmières qui se trouveraient en première ligne dans la transmission de cette information et des principes qui la sous-tendent. Tout n'est pas codifiable, mais l'hôpital peut s'attendre à avoir à répondre, en tant qu'institution de santé, aux questions du public, donc se doit de préparer les réponses de ses personnels, dans des domaines aussi divers que :

- la réorganisation des services et de la prise en charge ;
- les soins aux personnes grippées et à celles non atteintes ;
- la gestion des visites ;
- le maintien de présences auprès des patients dans un état critique ou en fin de vie ;
- les décès.

La réflexion en cours du groupe « patients graves/déprogrammation » de l'AP-HP

Un tel projet a été présenté en commission médicale d'établissement (CME), en l'axant sur sa dimension éthique. Un groupe réflexion a été constitué dans un cadre résolument multidisciplinaire, n'excluant aucune partie prenante :

- les soignants (personnel médical et infirmier) ;
- les non-soignants ;
- les représentants des associations de patients et de bénévoles ;
- les spécialistes de l'éthique (espace éthique, laboratoire d'éthique) ;
- des personnes-ressources en matière de communication.

La consultation doit aboutir à un document qui ne saurait avoir vocation à servir de guide de conduite exhaustif dans n'importe quelle situation. Il appartiendra aux personnes consultées de faire part de leur perception des choses et de leurs suggestions.

Les réunions et colloques qui se tiennent sous l'égide de l'Espace éthique contribuent à produire des éléments de réponse aux problèmes que nous soulevons. Il est très probable que les enjeux éthiques d'une pandémie grippale seront abordés dans chaque hôpital, dans un processus comparable à celui que nous éprouvons à l'échelle des instances centrales de l'institution. En tous cas, une prise de conscience générale de ce que pourrait signifier une pandémie grippale dans nos établissements ne se décrète pas. Elle ne pourra résulter du seul actionnement d'un quelconque levier bureaucratique. L'anticipation des valeurs à partager en situation de crise apparaît donc indissociable de la planification technique de l'organisation des soins. ■

► RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES URGENCES « NON GRIPPALES »

Daniel Vittecoq
Chef de service d'infectiologie,
Hôpital Paul Brousse, AP-HP

Lorsque le virus du sida a fait irruption dans l'univers hospitalier, j'étais engagé dans le domaine de l'éthique. Nous avons été confrontés à quelque chose d'inconnu. Un certain nombre d'entre nous a dû réfléchir face à une situation explosive, tel Arnaud Marty-Lavauzelle, ancien président de l'Association *Aides*.

QUELLE ÉGALITÉ FACE À UNE PANDÉMIE GRIPPALE ?

La menace d'une crise sanitaire appelle une réflexion sur les chances qui pourront être offertes à tous de la traverser. Nos procédures ont un intérêt indéniable. Elles ont également leurs limites et je souhaite en parler aujourd'hui.

Il est question de la déprogrammation des actes non urgents. À titre personnel, je crois que le fonctionnement d'une institution hospitalière peut être adapté en cas de crise sanitaire majeure et grave. Pour se mettre d'accord sur certains principes, le recueil de l'assentiment d'un collègue de médecins hospitaliers, dans un même établissement, ne pose

Les procédures ne feront pas tout. Elles ne sont pas exemptes de certains dangers si elles se bornent à appliquer étroitement des schémas binaires.

qu'assez peu de problèmes. Le plus difficile consiste, sans doute, à imaginer ce à quoi nous pourrions être confrontés. Une pandémie devrait en théorie com-

porter deux pics. La grippe espagnole du siècle dernier en a comporté trois. La catastrophe la plus récente traversée par nos hôpitaux a été celle de l'épisode caniculaire, désormais dans tous les esprits. À ce propos, j'estime que le personnel a su faire preuve d'un sens de l'adaptation remarquable.

Les procédures ne feront pas tout. Elles ne sont pas exemptes de certains dangers si elles se bornent à appliquer étroitement des schémas binaires. Ainsi, « l'urgence vitale » serait à distinguer de « l'urgence non vitale ». Nombre de situations seront complexes et ne seront pas lisibles par le prisme de grilles d'analyses réductrices.

UN RISQUE SOCIÉTAL MAJEUR, DIFFICILE À CARACTÉRISER A PRIORI

J'invoquerai volontiers, dans ce propos, mon expérience du secteur du médicament. En effet, j'ai accepté de présider la commission d'AMM en charge de l'évaluation de médicaments destinés à combattre le sida. Une instance autorisant la mise sur le marché d'un médicament est condamnée à s'interroger en profondeur sur les conséquences de ses actes.

Lorsqu'un médicament est censé enrayer la propagation d'un péril infectieux contre lequel la médecine est démunie, des enjeux sociétaux de première importance sont présents.

Les problèmes majeurs de santé publique passent, nécessairement, par un certain nombre de phases : la découverte, la fascination, l'inquiétude et, enfin, le contentieux. Anticiper sur des contentieux possibles, dans la société, fait aussi partie de l'interrogation éthique.

Lorsqu'un dossier est déposé en vue de la mise sur le marché d'un médicament, il s'agit de fonder une décision en toute connaissance de cause. Les médecins sont accoutumés, au quotidien, à un mode de pensée consistant à mettre en balance des bénéfices possibles et des risques encourus. Ils ne réfléchissent naturellement pas de façon aussi formalisée qu'une commission d'AMM. Cette dernière doit apprécier des risques, non pas au niveau individuel, mais au niveau sociétal. Dans une telle optique, la définition et la caractérisation des risques n'est pas chose aisée.

A posteriori, les risques encourus sont toujours jugés trop élevés. Le discours actuel est très orienté vers la phase de début – ou plutôt d'explosion – de

L'expert de santé publique arbitre en permanence entre l'individuel et le collectif. Le rationnement des soins représente une forme d'arbitrage particulièrement redoutable.

la pandémie. Nous ne parvenons pas toujours à raisonner dans une temporalité suffisamment substantielle. Bien entendu, dans un premier temps, il faudra « libérer de la place ». Toutefois, on peut s'attendre à une période de fonctionnement relativement longue. L'après pandémie est sans doute encore moins imaginable que ne l'est la catastrophe elle-même. Cependant, les actions, les décisions arrêtées en vue de faire face ne manqueront pas d'être mises en perspective. Les autorités seront comptables de leurs actes envers la population.

LES ACTES DE GESTION DE CRISE SONT TOUJOURS ÉVALUÉS A POSTERIORI

Le médecin raisonne encore largement sur la base d'un modèle : le colloque singulier avec le malade. Or, les décideurs qui ont à envisager la menace que représenterait une pandémie grippale d'origine aviaire ne peuvent considérer les choses qu'à une échelle collective. L'expert de santé publique arbitre en permanence entre l'individuel et le collectif. Le rationnement des soins représente une forme d'arbitrage particulièrement redoutable. Ses conséquences individuelles comme collectives peuvent être dramatiques. Des recommandations trop tranchées, ne laissant aucune place aux nuances, ont de fortes chances de se retourner contre ceux qui les auront formulées. Les conséquences des actes des autorités sanitaires seront forcément évaluées, à un moment ou à un autre.

Le monde du médicament est familier des problématiques complexes d'évaluation des risques collectifs. Il vient encore récemment d'être secoué par la crise du Vioxx®. Une pandémie grippale devrait

causer deux types de décès : ceux directement liés au virus, et ceux dus à des causes indirectes. La société ne pourra juger les actes des gestionnaires de la crise dans le feu de l'action. Ils seront appréciés *a posteriori*. Les proches des victimes s'interrogeront sur la manière dont les choses se seront déroulées.

À mon sens, à l'heure actuelle, nos hôpitaux fonctionnent bien. Je suis conscient du fait que cette affirmation peut choquer certaines personnes. Au demeurant, compte tenu des défis qui sont les nôtres, aucun dysfonctionnement grave du système n'est perceptible. Une crise

sanitaire de premier plan peut tout bouleverser. La responsabilité de la conduite des événements ne peut pas être placée sur les épaules de quelques acteurs isolés. Si l'opinion n'est pas consciente des enjeux propres à une crise d'exception, alors les personnels des hôpitaux ne pourront travailler sereinement. Ils seront les premiers à percevoir d'éventuelles failles dans la légitimité de l'action.

L'ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES NON DIRECTEMENT LIÉES AU VIRUS DE LA GRIPPE

La définition de l'urgence peut être mouvante en fonction du temps dont on dispose. Le temps sera compté et la notion d'urgence peut elle-même devenir relative en fonction du temps disponible.

Les pathologies qui justifient des soins constants ne pourront être écartées des priorités, simplement parce que le temps manque. La médecine ne peut être complètement reniée par les circonstances, aussi exceptionnelles qu'elles soient. La médecine de catastrophe sera évidemment prioritaire dans un premier temps. Toutefois, la société finira par se poser des questions sur la possibilité de la dépasser. Nous ne pouvons donc faire l'économie du débat sur l'urgence qui deviendrait « secondairement vitale ».

Les pathologies qui se gèrent dans la durée ne manquent pas. Dans cette durée, des actes clés sont à réaliser à des moments bien déterminés. De ce fait, un malade en crise d'angor ne pourra se voir répondre qu'il est impossible de faire que ce soit pour lui en raison de la pandémie grippale. Une simple douleur thoracique anxiogène à un instant donné peut se muer en infarctus mortel quelques semaines après. Médicalement,

comme juridiquement, il est fréquent de chercher l'origine d'un trouble, de reconstituer les chaînes de causalité *a posteriori*, dans le but de déterminer à quoi est imputable un événement grave. En médecine, il n'est pas rare qu'un tel événement puisse être évité par une intervention ponctuelle et opportune. Nous devons garder ce principe à l'esprit

La médecine de catastrophe sera évidemment prioritaire dans un premier temps. Toutefois, la société finira par se poser des questions sur la possibilité de la dépasser.

lorsque nous envisageons des déprogrammations d'actes.

En soi, une pneumonie simple à pneumocoque ne justifie pas d'hospitalisation. Si elle survient sur un terrain fragile ou plus complexe, elle peut ne pas être traitable à domicile. Les actes médicaux sont quotidiennement programmés dans des terrains de vulnérabilité très divers. Nous ne saurions passer ce point sous silence. Prenons le cas d'une méningo-encéphalite herpétique. Diagnostiquée à temps et traité au moyen d'aciclovir, elle peut disparaître sans laisser de séquelle grave. En revanche, si le traitement tarde trop, cette même affection peut laisser des personnes gravement handicapées à vie. Tous les patients ne comprendront pas que le management de leurs pathologies soit complètement bouleversé, sous le prétexte que la lutte contre la pandémie grippale constitue une priorité absolue.

SAVOIR PARTAGER LA PRISE DE DÉCISIONS EN TEMPS DE CRISE

Si nous étions confrontés effectivement à une pandémie d'une ampleur sans précédent dans notre mémoire, il

conviendrait de poser rapidement ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas, en empruntant des schémas de pensée à la médecine de catastrophe. Si les capacités d'accueil devaient être saturées (le nombre de lits demeura limité), la perspective de devoir refuser des malades se présenterait aux gestionnaires des établissements de santé.

Ce cas de figure nous est inconnu. À titre personnel, je ne parviens pas à imaginer de quelle manière les choses se passeraient. Nécessairement, des mala-

des auront besoin des compétences hospitalières, ponctuellement ou dans la durée (du fait de décompensations de facteurs de risques, pour des raisons de suivi de pathologies évolutives, etc.). À mon sens, l'essentiel serait de savoir dire sans faux-semblant que la médecine serait nécessairement différente. Les bénéfices qu'elle serait en mesure d'apporter aux malades ne peuvent être comparés à ceux auxquels nous sommes logiquement accoutumés.

Les pouvoirs publics pourraient être tentés de laisser les médecins procéder à une sorte de gestion technique de la crise. Or, ces derniers ne sauraient être laissés seuls. Les plans que nous mettrions en

place ne pourraient faire l'économie de cellules de déontologie, au sein desquelles, il sera possible d'échanger collégalement. La pratique libérale de la médecine se

distingue de la pratique hospitalière pour une part parce qu'à l'hôpital, on est constamment en train de partager. Les soins font l'objet de discussions continues. C'est là une caractéristique

fondamentale, qui s'avérerait précieuse dans l'évaluation de l'impact des décisions tant sur la situation des malades grippés que sur celle de tous les autres. ■

Les pouvoirs publics pourraient être tentés de laisser les médecins procéder à une sorte de gestion technique de la crise. Or, ces derniers ne sauraient être laissés seuls.

► L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : ENJEUX PENDANT UNE PANDÉMIE GRIPPALE

Jean-Philippe Horr ard

Chef du service Urgence sociale et intégration, Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS Paris), membre du Conseil scientifique de la Plate-forme veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

Une pandémie grippale aurait nécessairement un impact majeur sur les populations sans logement ou mal logées. Il ne nous est pas possible d'en prévoir ni la gravité, ni l'ampleur. D'abord, l'information sur ces groupes manque. Ensuite, nous avons affaire à une population très hétérogène, mobile s'il en est, qui ne sera guère informée de l'état et la disponibilité des capacités d'accueil en période pandémique. Quelles mesures de prévention pourront être ciblées sur ces personnes ? Surtout, comment communiquer avec elles ? Ces questions restent pour le moment largement sans réponse.

UNE APPROCHE DÉLICATE

Si les capacités d'accueil des hôpitaux viennent à être surchargées, il faudra forcément procéder à des choix. Les populations, que l'on ne sait déjà pas trop de quelle manière accueillir, risquent d'en faire les frais.

Le dernier rapport de la Fondation Abbé-Pierre dénombre aujourd'hui quelque 100 000 sans-abri en France. Si les capacités d'accueil des hôpitaux viennent à être surchargées, il faudra forcément procéder à des choix. Les populations, que l'on ne sait déjà pas trop de quelle manière accueillir, risquent d'en faire les frais.

Le plan gouvernemental s'est assigné pour tâche de planifier autant que pos-

sible la prévention et la lutte contre une pandémie grippale. La question de l'accès aux soins de plus démunis n'y est pas abordée en tant que telle.   l'inverse, il est question de groupes particuliers (prisonniers, malades mentaux), dans le cadre d'une mise en quarantaine spécifique. Peu ou prou, les personnes en situation d'exclusion ne font pas l'objet de dispositions pouvant être isolées en tant que telles.

La cohérence du plan de prévention et de lutte contre la pandémie grippale repose très largement sur le maintien à domicile des personnes les plus fragiles. Toutefois, des mesures de quarantaine «   ciel ouvert » au bénéfice des sans-abri ne paraissent guère pensables. Lorsqu'une population n'est même pas décrite, il est pour le moins ardu de l'appréhender dans le cadre d'un plan d'action. Songeons aux campements au bord du canal Saint-Martin pour nous en convaincre.

Par définition, les gestionnaires ne peuvent quantifier à l'avance une demande de soins pour le moins problématique. Le maintien à domicile constitue une règle élémentaire en situation normale et tant qu'il est envisageable. La précarité, la mobilité de certaines populations peuvent donc être perçues comme des facteurs de propagation de la pandémie.

L'EXCLUSION ET LA PANDÉMIE

Nos interrogations éthiques rejoignent donc celles ordinairement soulevées en matière de lutte contre l'exclusion. Que proposer au gestionnaire de crise ? Devrait-il recourir à des centres spécifiques ?

Le maintien dans des grands centres d'hébergement collectif de 300 ou 400 personnes, sans possibilité d'isoler des personnes malades, risque de provoquer des effets inverses de ceux escom-

ptés, se traduisant par une propagation accrue de la maladie dans ces structures. La précarité se relèvera être, une fois encore, un facteur aggravant.

Qu'est-ce qu'un centre d'hébergement ? Il permet *a minima* d'héberger des personnes pour une nuit dans une structure d'accueil collectif. Or, un certain nombre de personnes préfèrent la rue à ces centres, refusant le principe de l'accueil par ce type de structures, ne correspondant pas ou plus à leur attente. Plusieurs dizaines de milliers d'individus se trouvent dans un état de grande fragilité, préférant la vie dans la rue à toute autre forme d'existence. Il est à craindre qu'en cas de pandémie grippale, de très nombreuses victimes soient à déplorer parmi eux. Ils se trouveraient dans un mode d'existence de « non habitat » si la crise sanitaire survenait. En un sens, il serait logique qu'ils soient affectés dans les hôpitaux. Ils constituent une exception évidente à la règle du maintien à domicile, autant que possible.

Cependant, comment une visite médicale sera-t-elle organisée dans les cen-

tres d'hébergement d'urgence ? Qui ira dépister les malades dans les squats, dans les campements ? La rue pourrait bien faire figure de solution par défaut, faute d'alternative. Nos dispositifs d'urgence et d'aide sociale reposent déjà sur des bases fragiles. Par conséquent, une

Plusieurs dizaines de milliers d'individus se trouvent dans un état de grande fragilité, préférant la vie dans la rue à toute autre forme d'existence. Il est à craindre qu'en cas de pandémie grippale, de très nombreuses victimes soient à déplorer parmi eux.

pandémie d'ampleur risque de les rendre dérisoires.

Les lieux de distribution alimentaire, les centres d'hébergement pourraient donc se muer en sites à hauts risques de transmission virale.

En effet, des personnes ne cesseront d'aller et venir, sans qu'aucune mesure de repérage et de protection puisse y être systématiquement applicable. De plus, la mise en quarantaine ne sera pas sans soulever des difficultés pratiques immenses. Au-delà de l'existence de quelques chambres dédiées, il apparaît impossible d'affecter un personnel d'encadrement de nuit et de jour dans les centres d'hébergement.

À Paris, malgré des mesures récentes de transformation de ces centres, quelques places réservées au seul hébergement de nuit subsistent. Le mode d'hébergement dont il est question n'a nullement été conçu pour éviter la contagion. Des centres de plus petite taille, plus aisément surveillables sur le plan sanitaire, paraîtraient certainement mieux adaptés à un contexte pandémique.

Sans doute les médecins ne pourront-ils pas intervenir aisément. Les personnes à la rue feront partie des groupes exposés, potentiellement propagateurs d'un agent infectieux. Dès lors, pourra-t-on les contraindre à demeurer dans des centres contre leur volonté ? Déjà, cha-

que hiver, il faut tâcher de convaincre de nombreux sans-abri de rejoindre des espaces d'accueil pour ne pas mourir de froid. Le même défi serait posé en des termes encore plus aigus par la survenue d'une pandémie grippale de grande ampleur.

L'HÉBERGEMENT COMME ARME D'ENDIGUEMENT DE LA PROPAGATION DU FLÉAU

Si des sans-abri refusent de rejoindre les centres surveillés, ils se mettront bien évidemment en danger. Surtout, le niveau de risque encouru par toute la collectivité s'en trouvera accru. Les lacunes de la surveillance sanitaire pénaliseront la population dans son ensemble. Aussi les sans-abri pourraient-ils devenir des sortes de boucs-émissaires. La société tâcherait de les isoler, de les confiner dans le but proclamé de mieux les protéger.

Des institutions très vraisemblablement paralysées ne pourront répondre à des demandes de mises en quarantaine exponentielles. Toutefois, rien ne nous interdit de concevoir une organisation *a minima* de traitement des cas des personnes les plus fragiles. Les établissements accueillant les plus démunis pourront s'inspirer des « plans bleus » et des procédures qu'ils impliquent. En l'occurrence, de telles procédures codifieraient des mesures régulées exceptionnelles d'admission, le port du masque, etc. Les centres d'hébergement d'urgence les plus adaptés (selon des critères d'espace et de personnels disponibles) joueront un rôle majeur dans l'endigement du fléau chez les plus démunis, pour peu qu'une formation pertinente soit dispensée. Nous pouvons encore réfléchir à la spécialisation de certains dispositifs d'hébergement déjà spécifiquement dédiés

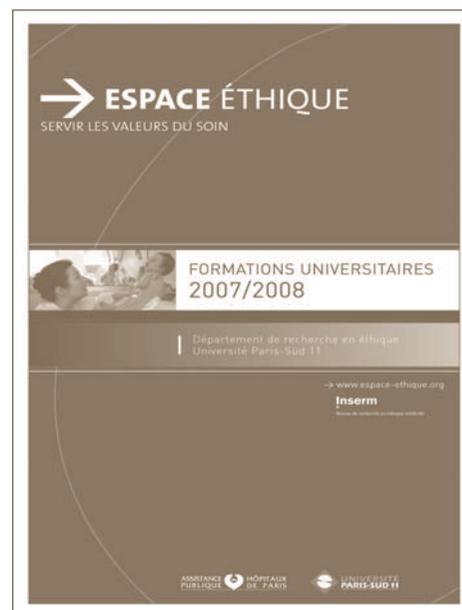
aux personnes vulnérables malades. De petites unités spécialisées existent déjà, disposant d'un encadrement sanitaire. Celui-ci pourrait se révéler extrêmement utile si une pandémie grippale devait frapper notre société et ceux qui vivent dans ses marges.

S'agissant des centres, nous pouvons concevoir une planification, même précaire, vu l'importance potentielle du fléau. En revanche, que pouvons nous anticiper dans le cas des personnes qui resteront à la rue, quelles qu'en soient les raisons ? Comment seront-elles orientées et traitées ? L'hébergement

Les lacunes de la surveillance sanitaire pénaliseront la population dans son ensemble. Aussi les sans-abri pourraient-ils devenir des sortes de boucs-émissaires. La société tâcherait de les isoler, de les confiner dans le but proclamé de mieux les protéger.

d'urgence n'existe significativement que dans les grandes villes. Ces dernières pourraient donc voir affluer les populations à la recherche d'une forme de protection contre la pandémie. Plus généralement, les personnes migrantes se regrouperont massivement à Paris et dans les grandes villes de province.

La réquisition de petites structures d'hébergement d'urgence pourrait constituer une planche de salut, afin d'éviter que trop de personnes soient en errance durant la pandémie. Dans l'état actuel des choses, les insuffisances potentielles d'accès aux soins et à l'hébergement d'urgence ne sont pas bien cernées. Les sans-abri ne seront pas prioritaires dans l'accès aux soins car non « domiciliés ». Leur vulnérabilité est porteuse d'un accroissement du risque de propagation de la maladie. Il faut donc les soigner en priorité. ■



Téléchargement sur :
[Http://www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)

FINS DE VIE – MORT

SOMMAIRE

► **LA PRATIQUE DES SOINS PALLIATIFS
À L'HÔPITAL EN PÉRIODE
PANDÉMIQUE : EST-CE POSSIBLE ?**
Sylvain Pourchet

► **QUELS DISPOSITIFS ET PRATIQUES
FUNÉRAIRES PENDANT UNE CRISE
PANDÉMIQUE ?**
François Michaud-Nérard



► LA PRATIQUE DES SOINS PALLIATIFS À L'HÔPITAL EN PÉRIODE PANDÉMIQUE : EST-CE POSSIBLE ?

Sylvain Pourchet
Médecin responsable de l'Unité
de soins palliatifs,
Hôpital Paul Brousse,
AP-HP, Villejuif

L'évocation des soins palliatifs à l'occasion d'une pandémie ne semble pas aller de soi. Le type de soins assurés aux malades qui mourront du fait de l'épidémie est peu évoqué dans les plans nationaux, les recommandations des diverses sociétés savantes et de l'OMS. L'attention est portée sur les mesures visant à limiter la contagion, l'organisation des filières d'accès au soin (à la réanimation) et sur les circuits funéraires.

Quels que soient les doutes sur la forme que prendra une pandémie grippale, la référence à une mortalité élevée

rend pertinente et impérative notre préoccupation sur les conditions de la fin de vie des malades.

Sur la base de ce qui nous est familier, la situation actuelle des soins palliatifs en France, nous pouvons raisonnablement interroger notre avenir et réfléchir à quoi il pourrait ressembler en situation de crise.

PRINCIPES D'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS

La définition des soins palliatifs est parfois résumée par la formule « ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire ».

Leur diffusion à partir d'une culture élaborée au contact des malades de gériatrie et de cancérologie est devenue une

réalité. On assiste aujourd'hui à l'émergence d'une « médecine de symptômes » focalisée sur l'efficacité du soulagement clinique. Cette priorité légitime réduit, néanmoins, l'ambition initiale de la démarche palliative. Ouvrir une authentique réflexion sur la fin de vie au-delà du champ médical reste une nécessité.

Comment perçoit-on les personnes en

fin de vie ? Quel dialogue instaure-t-on avec elles ? Quelle place occupent-elles dans une société qui tend à les dissimuler ou les exclure ?

Nous avons à tenir compte dans ces

questions des évolutions de l'opinion publique. Un lobbying en faveur de la légalisation de l'euthanasie est aisément perceptible. C'est dans un tel contexte sociologique que les attitudes en cas de pandémie grippale doivent être examinées.

Autre élément contextuel : la pression économique qui s'exerce sur le monde de la santé. À quoi sert de parler d'accompagnement, de le financer ? Il est question, ici, de rapports humains et de sens. Or, cet ordre de considération peut entrer en conflit avec la logique économique, conflit dont l'euthanasie peut être présentée par certains comme une solution.

Quels que soient les doutes sur la forme que prendra une pandémie grippale, la référence à une mortalité élevée rend pertinente et impérative notre préoccupation sur les conditions de la fin de vie des malades.

LES VALEURS NÉCESSAIRES À LA CONDUITE D'UN ACCOMPAGNEMENT SONT-ELLES AUJOURD'HUI RESPECTÉES ?

La communication n'a rien de facile en période de crise, quand il est question de mort inéluctable. Comment aborder la question de la maladie grave lorsque le discours médical et l'attente des malades restent centrés sur un triomphalisme encore inadapté ?

La cancérologie a réfléchi à une protocolisation du dispositif d'annonce de cancer. Dans l'absolu, la démarche est bien conçue. Dans son application, où et comment les soignants auront acquis un art du dialogue ? Le face à face avec le malade et sa famille se satisfait mal de cadre théorique préétabli.

L'équité devant l'accès aux soins palliatifs n'est pas acquise. Les structures ou équipes de soins palliatifs sont insuffisamment développées. La formation des professionnels, malgré les obligations légales, reste limitée. Une sélection des patients existe dans les faits, comme dans toute situation d'allocation de ressource rare. Avant de s'interroger sur les critères de tri des patients en cas de pandémie, nous pourrions déjà observer comment nous trions aujourd'hui. Tri sur l'espérance de vie, tri par défaut : absence de dialogue, peur du mourant, absence de projet de soin, manque de structures, etc.

L'existence d'un projet de prise en charge est un point clé de la démarche palliative. Comment fédérer patient, entourage et intervenants professionnels multiples si un objectif n'est pas établi ? Il est ainsi inquiétant de constater à quel point l'approche de la mort démobilise. Sans stratégie d'intervention, le champ est

laissé à la peur et à l'abandon.

Il n'existe pas de prise en charge palliative sans réflexion sur l'organisation du travail en équipe pluridisciplinaire. Le travail en équipe repose sur la clarification des valeurs qui motivent les intervenants, la concertation et la coordination des initiatives lors de réunions régulières. Un dialogue malade famille équipe peut alors, à cette condition, être tissé.

La souffrance en fin de vie est une menace pour notre humanité. Risque de désagrégation sociale, effondrement des cohésions individuelles, séparations, etc. Face à l'impression de disparition des repères structurants, un cadre est nécessaire. Il est possible. La vocation des soins palliatifs est, précisément, de préserver les principaux liens interhumains, même dans les cas extrêmes, quand des malades sont condamnés à décéder à bref horizon. La démarche participative et volontaire des soins palliatifs réalise un « poste avancé » de la limite humaine en période de chaos. Cette présence en situation de désolation est un signe rassurant. Il témoigne et oriente.

PRATIQUES PALLIATIVES

Une pandémie grippale causerait beaucoup de décès par détresse respiratoire. Par le nombre et les conditions du décès, le traumatisme serait important pour l'entourage des malades et les professionnels.

Comment planifierait-on le soulagement des symptômes de détresse respiratoire au quotidien, à vaste échelle ? Il existe des recommandations de la Société française d'Accompagnement et de Soins palliatifs sur la sédation en phase terminale pour détresse. Elles ne sauraient être confon-

dues avec des pratiques aboutissant à l'euthanasie. Pouvons-nous anticiper les pratiques à promouvoir ? Quelles compétences faudra-t-il impérativement mettre en jeu ? Comment les lieux de soin qui ne sont ni des réanimations, ni des unités de soins palliatifs, pourront-ils mettre en œuvre les attitudes nécessaires au soulagement des patients ?

Le tri des malades exposera à des questions cruciales. Nous allons nous trouver dans des situations pour lesquelles la cause de la fin de vie apparaîtra comme la non-accessibilité d'un moyen thérapeutique potentiellement efficace (réanimation) et non plus comme conséquence de la maladie elle-même. Les malades atteints d'autres pathologies risquent eux aussi d'être placés en

Une pandémie grippale causerait beaucoup de décès par détresse respiratoire. Par le nombre et les conditions du décès, le traumatisme serait important pour l'entourage des malades et les professionnels.

situation d'incurabilité et de fin de vie par la rupture d'approvisionnement de traitements spécifiques (anticancéreux, antibiotiques, etc.), ou bien, par le fait que des soignants et les structures de soin seront affectés à d'autres priorités sanitaires. Deux risques menacent : celui de l'abandon de malades se trouvant en phase terminale, attribut de la crise, hélas, bien connu historiquement. Et celui de la violence, au moment de l'annonce des choix. Les annonces auprès des malades et des familles devront être particulièrement réfléchies et argumentées. Nous aurons parfois à soigner sans l'adhésion du malade.

Les soignants auront, eux-mêmes, perdu des proches. Leur vie sera exposée. Certains ne souhaiteront pas rejoindre leur travail.

En tant que « producteurs » de soins, les professionnels bénéficieront d'un accès aux traitements. Ils seront distingués. Immanquablement, un doute investira les esprits. Le trafic, l'influence, le privilège, l'injustice seront évoqués. Ces sources de conflits, dans la société et au sein même de l'organisation soignante, pèseront.

OÙ PUISER LA COHÉRENCE ET LA CONFIANCE NÉCESSAIRES AU SOIN ?

Les restrictions de circulation liées à la pandémie conduiront malades et soignants à être isolés. La quarantaine fera surgir un sentiment d'exclusion pouvant conduire à des conduites inappropriées, l'isolement psychologique pouvant être plus redouté que l'isolement sanitaire. La survenue du décès sans la présence des proches pose la question des conditions du deuil. Nous avons à réfléchir à la place que pourront

Quel que soit le tribut payé à une crise pandémique, gageons que notre humanité n'est pas fragile au point de pouvoir disparaître à cette occasion.

occuper les moyens de communication modernes dans le maintien des liens sociaux. Préserver les relations significatives, conserver la capacité de témoigner, d'informer permettra de garantir les solidarités. Enfin, il faut imaginer que ces problématiques se poseront sans connaissance du moment de la fin de l'épidémie. Chacun devra assumer l'inscription de ce travail pénible dans une temporalité incertaine. La durée aura une influence déterminante sur les stratégies d'adaptation : déni, révolte, résistance, résignation, désespoir, etc.

LA PANDÉMIE COMME CRISE FONDATRICE D'UN RENOUVEAU COLLECTIF ?

Un plan d'action, tel qu'il a été diffusé en France, a d'abord pour objectif de rassurer. L'ordre qu'il promet, au prix d'une organisation policière de la santé, ouvre ainsi d'autres débats. Un ordre qui rassure, aujourd'hui, est-il un ordre efficace en temps de pandémie ?

Comment nos sociétés, qui s'éloignent des contingences biologiques au point de parfois penser s'y soustraire, qui promeuvent excessivement les valeurs individualistes, réagiraient-elles à une organisation coercitive, restreignant les libertés individuelles au motif de l'intérêt du collectif en cas d'épidémie ?

À l'occasion de cette réflexion sur une pandémie, c'est donc bien la force de nos constructions collectives qui est présentement posée. Un plan ne pourra être opératoire que dans un climat de solidarité. Le soin ne pourra prendre place que dans un cadre de confiance et d'équité.

Quel que soit le tribut payé à une crise pandémique, gageons que notre

humanité n'est pas fragile au point de pouvoir disparaître à cette occasion. Ce qui est vrai pour un individu ne l'est pas pour une population dans son ensemble. Il nous appartient de faire en sorte que l'occurrence d'une telle crise sanitaire soit, au-delà du drame, une opportunité. Trouver ce que nous possédons en commun de plus fondamental et organiser sa préservation. ■

► QUELS DISPOSITIFS ET PRATIQUES FUNÉRAIRES PENDANT UNE CRISE PANDÉMIQUE ?

François Michaud-Nérard
Directeur des Services funéraires-
Ville de Paris

Les Services funéraires-Ville de Paris ont également été marqués par l'expérience de ce qu'il est désormais convenu d'appeler la « canicule ». En milieu hospitalier, les conséquences de cette crise sanitaire ont pu, tant bien que mal, être maîtrisées. Du fait des très nombreux décès à domicile, nous avons sans doute vécu des conditions se rapprochant de conditions de guerre. Mais, potentiellement, une pandémie grippale risque de causer une catastrophe d'une toute autre ampleur. Nous ne pouvons qu'espérer ne jamais avoir à y être confrontés à l'avenir.

LA PANDÉMIE OU L'IRRUPTION DE LA MORT À VASTE ÉCHELLE

Habituellement, la mort est un sujet que l'on préfère éviter dans la société contemporaine. Or, notre réflexion doit envisager la mort comme un problème central en cas de pandémie.

Nul n'aborde vraiment l'impact social et psychologique que pourraient avoir des morts en grand nombre. Or, c'est bien de cela dont il s'agit. Une pandémie n'est pas redoutable parce qu'elle entraîne un grand nombre de malades - plus de dix millions de personnes tombent malades chaque année – mais bien parce qu'elle risque d'entraîner un grand

nombre de morts. N'évitons pas la perspective de la mort en tronquant volontairement notre approche des choses, pour ne parler que de la maladie.

Les hypothèses gouvernementales tablent sur un nombre de décès oscillant entre 90 000 et 230 000. En France, le nombre total de décès enregistré annuellement s'élève environ à 520 000. Une pandémie grippale lancerait à notre société un défi autrement exigeant que celui qu'il a fallu relever lors de la canicule meurtrière, laquelle a causé environ 15 000 morts.

À l'évidence, notre société n'est pas vraiment préparée à vivre une crise comparable à celle de la grippe espagnole de 1918-1919.

D'abord, dans notre société moderne, tout est intriqué, interdépendant et soumis à l'efficacité de la technologie. Une crise qui mettrait à bas une toute petite partie de notre organisation nous rendrait complètement vulnérable. Sans

rapport avec ce qui s'est passé en 1918. Ensuite, nous ne fréquentons plus la mort.

La mort est très largement taboue, évacuée de notre culture. En particulier, la mort des très jeunes enfants qui

ne fait plus partie – heureusement – de notre paysage culturel. Disons que, tout simplement, la mort n'est plus visible. Il

Une pandémie n'est pas redoutable parce qu'elle entraîne un grand nombre de malades - plus de dix millions de personnes tombent malades chaque année – mais bien parce qu'elle risque d'entraîner un grand nombre de morts.

s'agit d'un terme qui s'éloigne toujours un peu plus. L'espérance de vie moyenne au XVIII^e siècle s'élevait à 25 ans. En 2004, elle a atteint 80 ans (76,7 pour les hommes, 83,8 pour les femmes). Depuis 50 ans, nous avons gagné un trimestre de vie supplémentaire chaque année. Surtout, la mortalité infantile a pratiquement été éradiquée : au début du XX^e siècle, 15 % des enfants mourraient avant l'âge d'un an, la canicule de 1911 tuait 20 000 enfants de moins d'un an. En ce début du XXI^e siècle, la mortalité des enfants de moins d'un an est passée en dessous de la barre des 0,4 %. Nos enfants ne meurent plus. Ils sont aussi programmés, voulus. Ils font l'objet d'un investissement énorme. Nul ne songe à ce à quoi pourrait ressembler un phénomène caractérisé par des décès d'enfants en grand nombre. Comment imaginer que quiconque ayant un enfant en danger pourra suivre le Plan comme il est écrit ?

La mort a également considérablement changé de visage en l'espace de quelques décennies. En 1925, on dénombrait deux fois plus de décès dus à des maladies infectieuses qu'à des cancers. En 2000, cette proportion s'est totalement inversée : 40 fois plus de décès sont causés par des cancers que par des maladies infectieuses. La pandémie infectieuse qui peut frapper tout un chacun, tuant les uns, épargnant les autres, ne fait plus partie des situations connues. L'allongement de la durée moyenne de vie est encore à l'origine d'un accroissement de la prévalence des affections dégénératives, qui précèdent dorénavant très

fréquemment la mort. On ne meurt plus qu'après de « longues maladies » ou un long séjour en institution qui a vu se distendre, petit à petit, le lien social. On ne sait généralement plus ce qu'est une mort brutale.

L'INSTITUTIONNALISATION ET LA MÉDICALISATION DE LA MORT SONT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE REMISES EN CAUSE PAR LA PANDÉMIE GRIPPALE

La mort est, aujourd'hui, largement institutionnalisée puisque les trois-quarts des décès interviennent dans des institutions médicalisées. Les maladies infectieuses n'occasionnent pratiquement plus de décès et, de ce fait, nous avons certainement perdu certains réflexes présents deux ou trois générations avant la nôtre. Philippe Ariès a observé qu'un « enfant d'aujourd'hui n'a jamais vu ni naître ni mourir. Il a vu quelqu'un partir à l'hôpital et n'en jamais revenir ou revenir avec un vivant de plus. » Le domicile n'est plus le lieu où l'on meurt.

Aujourd'hui, entre le quart et la moitié des décès résultent ou, tout au moins, suivent une décision médicale. On ne meurt plus à domicile d'une mort « naturelle ». Or, c'est bien ce qui se passerait en cas de pandémie grippale. Alors que la mort a été omniprésente dans notre passé, tout se passe comme si

elle n'existait plus. Nous ne savons plus la gérer en dehors des conditions technologiques de sa médicalisation. Dans cette perspective, une pandémie grippale raviverait le spectre d'une mort de

masse et non contrôlée. Comment la société réagirait-elle ? Comme l'a noté Patrick Lagadec : « La perte de maîtrise d'un monde pensé comme désormais "sous contrôle" provoquerait des effondrements abyssaux ouvrant la porte à toutes sortes de réactions imprévisibles, à commencer par les sphères de pilotage les plus élevées – qui n'ont jamais été préparées à de telles confrontations. »

LES CONDITIONS DE L'OPÉRATIONNALITÉ DU FUNÉRAIRE

Et le funéraire dans tout cela ? Dans les circonstances d'une pandémie, le funéraire ne saurait naturellement faire partie des premières priorités. L'objectif premier serait de soigner, de contenir le risque sanitaire. Mais le funéraire a sa place dans nos plans de secours.

Les honneurs rendus aux morts, les obsèques, sont fondateurs de l'humanité. La barbarie est largement assimilable à la fosse commune. Nous devons tout faire pour préserver la dignité et le respect. Néanmoins, notre société civilisée peut être submergée par un flot de décès sans commune mesure avec ce qu'elle peut prendre correctement en charge. Certaines hypothèses se sauraient décemment être exposées au grand jour dans l'esprit de nos décideurs gouvernementaux qui font tout pour préserver le politiquement correct. Elles auraient précisément pourtant pour conséquence de bouleverser l'ordre des choses jusqu'à compromettre radicalement la manière dont nous avons coutume de saluer le départ de nos défunts. Les plans de lutte contre une pandémie grippale ne devraient pas ignorer ces bouleversements possibles, sauf à ne pas être réalistes.

D'abord, dans notre société moderne, tout est intriqué, interdépendant et soumis à l'efficacité de la technologie. Une crise qui mettrait à bas une toute petite partie de notre organisation nous rendrait complètement vulnérable.

De quoi le secteur du funéraire a-t-il absolument besoin pratiquement pour être opérationnel ? Mentionnons avant tout :

- un personnel suffisamment disponible, motivé et compétent ;
- les moyens techniques (véhicules, matériels, équipements de protection, produits d'hygiène) ;
- les cercueils (y compris malheureusement pour les enfants, les stocks existants ne représentent même pas une demi-journée d'avance).

La technicité inhérente aux métiers du funéraire est trop souvent passée sous

On ne meurt plus à domicile d'une mort « naturelle ». Or, c'est bien ce qui se passerait en cas de pandémie grippale.

silence. Or, ce n'est certainement pas une activité qui pourrait se passer de qualifications. Un non-professionnel ne « tient » souvent pas plus d'une demi-journée dans ces métiers en cas de crise. Lorsque le secteur se trouve débordé, il est contraint de recourir à des expédients qui mettent en exergue ses faibles marges de manœuvre. L'épisode caniculaire l'a contraint, par exemple, à recourir à des camions de transport ou des entrepôts frigorifiques.

Signalons que d'un point de vue économique, le domaine des activités funéraires est ouvert à la concurrence et qu'il est majoritairement composé de PME. Le gouvernement recommande au secteur de s'équiper, sans pour autant débloquer aucun moyen financier. Or, il devrait être traité comme n'importe quel service public potentiellement confronté à une crise majeure.

De redoutables problèmes logistiques risquent de se poser. Dans un tel contexte, trouvera-t-on des médecins pour de rédiger les constats de décès ? De quelle manière les formalités de police seront-elles accomplies ? D'un point de vue pratique, les évulsions de pacemakers sont impératives avant la mise d'un corps en crématorium, sans quoi des agents risqueraient leur vie. D'autres questions doivent être posées sans attendre. Quel dispositif d'enlèvement des corps à domicile est-il prévu ? Le système funéraire actuel est, en effet, entièrement conçu pour des décès se produisant majoritairement à l'hôpital. Comment gérer des décès en grand nombre dans

des domiciles, beaucoup plus longs et complexes à prendre en charge ? De plus, de quels lieux de stockage des corps disposerions-nous ?

Comme nous le voyons, la

mort s'inscrit en filigrane dans notre culture. En cas de pandémie, elle ne serait pas sans poser de redoutables problèmes. Avant tout, il importerait de préserver ce qui est constitutif de notre humanité. Imagine-t-on comment une société comme la nôtre pourrait renoncer subitement à organiser des obsèques, surtout celles des plus jeunes ?

À l'heure actuelle, nous sommes contraints d'envisager l'hypothèse dans laquelle nous aurions à faire face à des décès massifs. Un plan est à l'étude. Son élaboration a sensiblement progressé en France, surtout si l'on considère l'état de la réflexion de nos voisins européens. Cependant, de nombreux non-dits persistent, tout comme dans le domaine de la santé. Si des décès devaient survenir en masse, nous aurons tous besoin de nous raccrocher à la persistance de certaines valeurs, malgré les circonstances. Les plans que nous élaborons risquent

d'être caducs si des questions humaines et pratiques fondamentales ne peuvent être posées dès maintenant. ■

→ ESPACE ÉTHIQUE/VUIBERT

UNE COLLECTION AU SERVICE DES VALEURS DU SOIN



LE TEMPS D'UN CANCER

Chroniques d'un médecin malade

Sylvie Froucht-Hirsch

« C'est à partir de son expérience et de son parcours de femme, médecin et malade du cancer du sein, que Sylvie Froucht-Hirsch nous livre son témoignage et ses réflexions. Mon expérience me confronte à des situations toujours singulières. La maladie est une rencontre, souvent exceptionnelle, parfois intime. La relation avec la personne malade qui est elle-même médecin positionne peut-être différemment. Comment envisager un juste équilibre et partager ce que l'on sait ou ses interrogations ? Convient-il de reconnaître, avant toute autre considération, l'autre dans sa maladie ou comme un confrère qui porte parfois une même expérience de ce que la personne malade éprouve ou redoute ? Pour ma part, je crois qu'il importe d'être vrai et juste dans la relation et d'accepter sa dimension d'incertitude, voire de mise en cause personnelle. Mes relations quotidiennes avec les malades m'ont appris que reconnaître la personnalité de l'autre dans ses valeurs, c'est refuser de le ramener à une catégorie, à une représentation qui seraient générales. Faire confiance n'implique pas de ne pas s'informer : les questions de Sylvie, toujours précises, amenaient des réponses et des explications claires très bien comprises. Nous pouvions toujours aller à l'essentiel, paisiblement, sans conflit, respectueuses de la personnalité de chacune. C'est ainsi qu'avec Sylvie nous avons cheminé. Sylvie est une femme atteinte d'une maladie fréquente : le cancer du sein. On a beaucoup écrit et communiqué sur le cancer du sein, que ce soit dans le domaine de la connaissance scientifique, de la psychologie, de la sociologie, mais aussi, plus récemment, dans le champ politique à travers le plan Cancer. De nombreux clichés ont émergé, véhiculés par les médias et certaines démarches associatives, aboutissant à des modèles et à des conduites stéréotypés, au profilage de la « bonne malade ». Mais si l'on considère, comme l'écrit le philosophe Alain Badiou, que « toute humanité s'enracine dans l'identification de situations singulières », on peut s'interroger sur la signification et les conséquences de la tendance actuelle à vouloir instituer une bonne manière d'être et d'agir dont serait absent tout respect de la singularité de l'être humain malade. »

Dr Edwige Bourstyn

À découvrir sur :

<http://www.espace-ethique.org/fr/livres.php>

INTERNATIONAL: LES STRATÉGIES

SOMMAIRE

► **LES ENJEUX ÉTHIQUES DE LA PRÉPARATION À UNE PANDÉMIE GRIPPALE ET DE L'ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE RÉPONSE À L'OMS**

Andreas Reis

► **LES INSTITUTIONS EUROPÉENNES CONFRONTÉES AU RISQUE PANDÉMIQUE**

Maurizio Salvi

► **RESPONSABILITÉS À L'ÉGARD DES PAYS ÉMERGENTS : CHOIX D'ORIENTATION DES RECHERCHES AU REGARD D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE**

François Simondon

► **PRÉPARATIFS À LA PANDÉMIE : L'EXEMPLE DU CANTON DE VAUD EN SUISSE**

Corinne Noth



► LES ENJEUX ÉTHIQUES DE LA PRÉPARATION À UNE PANDÉMIE GRIPPALE ET DE L'ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE RÉPONSE À L'OMS

Andreas Reis

Coordinateur du programme Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning, Groupe d'éthique, OMS, membre du Conseil scientifique de la Plate-forme Veille & réflexion « Pandémie grippale, éthique, société »

MOBILISATION INTERNATIONALE

L'OMS développe une réflexion consacrée aux considérations éthiques à prendre en compte alors que nous sommes confrontés au spectre d'une pandémie grippale. Je profiterai de cette contribution pour souligner la qualité du travail de l'Espace éthique/AP-HP qui a développé un site Internet complet sur ce thème. Son travail peut être qualifié de pionnier dans ce domaine.

Comment caractériser la présente situation sur un plan épidémiologique? Depuis 2003, les régions du monde entier, ou peu s'en faut, ont enregistré des cas animaux de grippe aviaire. Dans un certain nombre de pays, des cas humains ont été rapportés. À l'heure actuelle, nous avons à redouter une mutation du virus qui permette une transmission inter-humaine qui, jusqu'ici, n'est pas survenue.

Les équipes de l'OMS sont pluridisciplinaires. Elles comprennent des épidémiologistes tout comme des experts des médias et de la communication, l'équipe d'éthique est aussi incluse. Elles agissent d'une manière intégrée et coordonnée. En mars 2006, l'équipe d'éthique de l'OMS a établi quatre groupes de travail, comprenant au total 35 membres. Il s'agit de groupes thématiques qui travaillent respectivement sur :

- l'accès équitable aux mesures prophylactiques et thérapeutiques

dans une pandémie (coordinateur du groupe : Professeur Marcel Verweij de l'université d'Utrecht);

- les aspects éthiques et de droits de l'homme dans les mesures de santé publique (coordinateur du groupe : Professeur Larry Gostin de l'université de Georgetown);
- les obligations et la protection des professionnels de la santé au cours d'une pandémie (coordinateur du groupe : Professeur Ross Upshur de l'université de Toronto);
- la coopération internationale (coordinateur du groupe : Docteur Robert Archer de l'International Council on Human Rights Policy).

En mai 2006, une réunion technique a eu lieu à Genève qui a abouti à l'élaboration de quatre documents de travail. Puis, une consultation internationale a été convoquée en octobre 2006. Le professeur Didier Houssin a assuré la présidence de deux sessions importantes de cette consultation.

La publication par l'OMS de considérations éthiques afférentes à la menace que constitue une pandémie grippale s'est réalisée en avril-mai 2007. L'élaboration d'un tel document a été délicate. En effet, il était malaisé de parvenir à un consensus international s'agissant d'une matière aussi sensible. Cependant, l'OMS était tout à fait disposée à collaborer

avec des pays demandeurs, à les soutenir dans la construction d'une démarche éthique. Ainsi, un atelier de travail s'est déroulé en Indonésie en novembre

Depuis 2003, les régions du monde entier, ou peu s'en faut, ont enregistré des cas animaux de grippe aviaire. Dans un certain nombre de pays, des cas humains ont été rapportés. À l'heure actuelle, nous avons à redouter une mutation du virus qui permette une transmission inter-humaine qui, jusqu'ici, n'est pas survenue.

2006. Il a réuni l'ensemble des pays de la région asiatique. Un autre atelier doit se dérouler en Arabie Saoudite dans un contexte culturel totalement différent. Un troisième s'est tenu au Cambodge il y a quelques mois.

D'ores et déjà, il m'est possible d'évoquer certains des points clés qui ont été évoqués en matière d'accès aux soins.

L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION

Les pays ne disposent pas des mêmes ressources pour lutter contre une pandémie. En revanche, il n'existe aucune raison pour que l'information soit une ressource rare. Même si un gouvernement n'a que peu de ressources, il lui est toujours possible en théorie d'informer la population. Or, l'information est cruciale. Les populations doivent savoir de quels leviers elles disposent pour enrayer la propagation d'un agent viral.

Surtout, si le rationnement devient inévitable, il doit être opéré en toute transparence. Ainsi, les décideurs doivent rendre publiques les raisons qui président à la qualification de certains groupes comme prioritaires. Ces raisons doivent, naturellement, être explicitées et il importe que les citoyens prennent

part au processus de décision. Il en va du respect des principes élémentaires de la démocratie sanitaire. C'est aujourd'hui que cette démocratie doit être vivante

et que le public peut participer à la détermination d'orientations collectives déterminantes pour le futur. L'inclusion des citoyens dans la prise de décision ne découle pas seulement du respect de principes éthiques fondamentaux. Sur un strict plan opérationnel et

instrumental, on adhère d'autant mieux à une mesure que l'on a soi-même participé à son élaboration.

QUEL PRINCIPE CENTRAL D'ALLOCATION DES RESSOURCES FAUT-IL CHOISIR ?

Un point de vue utilitariste suggère une allocation des ressources dirigée vers l'obtention d'un bénéfice maximal. En revanche, au nom de l'équité, il conviendrait de concentrer l'emploi de ces mêmes ressources au profit des personnes les plus vulnérables et défavorisées. Dans l'hypothèse où ces deux notions d'action publique se trouveraient en conflit l'une avec l'autre, il incomberait aux décideurs de choisir un équilibre qui tienne compte d'un certain nombre de caractéristiques locales.

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SONT-ILS PRIORITAIRES ?

D'un point de vue strictement utilitariste, les professionnels de santé doivent bénéficier d'une protection optimale contre l'agent viral d'une possible pan-

démie, puisqu'ils auront à soigner du mieux qu'il sera possible la population tout entière. Mais, sur le plan opérationnel, qui sont au juste ces « professionnels » de santé ? De quelles professions parle-t-on ? Certaines activités se trouveront particulièrement exposées, alors même qu'elles ne relèvent pas directement de la médecine. Le cas des personnels des chambres mortuaires a pu être évoqué. Où fixera-t-on la limite entre les personnels les plus menacés et les autres ? À n'en pas douter, un certain nombre de professions revendiqueront d'être effectivement en première ligne, au même titre que les personnels de santé. De plus, la collectivité devra organiser l'engagement des volontaires et des bénévoles. Le fait de vouloir protéger les professions les plus exposées – notamment, les professionnels de santé – participe d'une démarche logique. Opérationnellement, cette dernière est très complexe à décliner.

L'ÂGE EST-IL UN CRITÈRE POUR LA PRIORISATION ?

Les consultations qui se sont déroulées sous l'égide de l'OMS ont pointé la question de l'âge comme très difficile. Tout d'abord, l'âge peut être un paramètre-clé sur un plan épidémiologique. Les pandémies grippales passées n'ont pas frappé les mêmes classes d'âge. En outre, l'efficacité d'un traitement peut dépendre étroitement de l'âge.

Un mode d'argumentation conduit à considérer les populations jeunes comme prioritaires dans l'accès aux traitements. Certes, le principe « les femmes et les enfants d'abord » est vieux comme le monde. D'une manière plus construite, des auteurs de l'université britannique de York ont insisté sur un point majeur. Une personne âgée de 85 ans a sans

doute bien plus vécu qu'elle n'a encore à vivre, par conséquent, il apparaît plus juste de réserver les traitements à ceux qui ont encore plus à vivre qu'ils n'ont déjà vécu. Songeons notamment aux

C'est aujourd'hui que cette démocratie doit être vivante et que le public peut participer à la détermination d'orientations collectives déterminantes pour le futur.

enfants. À examiner certains sondages, il semble que l'opinion publique dans certains pays soit en phase avec ces dernières affirmations. Toutefois, certaines cultures accordent la priorité aux plus anciens membres d'une communauté. Finalement, même en acceptant de favoriser les plus jeunes, quel âge doit-on retenir pour servir de seuil ? Doit-on raisonner en termes d'âge biologique ou d'âge nominal ? Quelle autorité sera compétente pour définir les tranches d'âge prioritaire ? Convenons que les difficultés sont légion dès lors que l'on soulève des questions concrètes touchant à l'opérationnalisation du critère de l'âge.

SAVOIR CAPITALISER SUR UNE PRÉPARATION EXIGEANTE

Avant de planifier quoi que ce soit, il convient donc de poser ces questions très difficiles. Beaucoup de plans nationaux de lutte contre une pandémie grippale incluent des considérations éthiques, même si c'est d'une manière plutôt implicite. L'OMS s'est efforcée de soutenir les États membres à l'occasion d'ateliers et de missions. Certains débats ne sauraient être escamotés. Il ne nous est pas possible de savoir avec précision à quel type de pandémie nous pourrions être confrontés dans l'avenir. Nous pou-

vons raisonner par analogie avec le SRAS ou le VIH. Même si les formes que peut revêtir une pandémie grippale d'origine aviaire demeurent largement problématiques, il nous appartient de nous préparer en gardant à l'esprit que les efforts consentis ne l'auront pas été en pure perte, quelles que soient les circonstances auxquelles nous aurons à faire face dans l'avenir. L'enjeu majeur

est de développer une stratégie efficace de réponse à un fléau tout en respectant les principes d'éthique et des droits de l'homme. En la matière, « *the readiness is all* » (*Hamlet*, Shakespeare). ■

► LES INSTITUTIONS EUROPÉENNES CONFRONTÉES AU RISQUE PANDÉMIQUE

Maurizio Salvi

Conseiller de politique européenne auprès du Président de la Commission européenne chargé de l'éthique, Secrétaire général du Groupe européen d'éthique, des sciences et des nouvelles technologies (EGE)

UNE SOLIDARITÉ NÉCESSAIRE

S'agissant d'un risque de pandémie, la politique européenne ne peut faire l'économie d'une réflexion éthique. Ces questions justifient une prise de décision à un niveau international. D'un point de vue chronologique, l'Agence européenne de contrôle des maladies (European Center for Disease Prevention) a vu le jour à Stockholm en 2001. Cette agence constitue à elle seule une petite révolution dans nos systèmes de politique de santé. Sans doute, l'héritage de la « vache folle » a facilité la mise en place d'une telle institution. La libre circulation des biens et des personnes a malheureusement pour corollaire la libre propagation des agents infectieux. Pour ce qui concerne les politiques de la santé, le système légal en place est guidé par le principe de subsidiarité. Il n'existait pas de mécanisme opérant de politique

De fait, certaines menaces rendent toute approche spécifiquement nationale caduque. Le risque de pandémie grippale a soulevé non seulement la question du mode d'action commun, qui est déjà révolutionnaire, mais a encore appelé des interrogations éthiques.

de protection de la santé publique en Europe dans les domaines des maladies infectieuses. Avec l'épisode de la vache folle qui a mis en valeur la nécessité d'un cadre européen d'action, tous ont bien perçu l'impérieux besoin de surmonter le mécanisme du « chacun pour soi ».

Cependant, les résistances à la création d'une entité communautaire compétente dans le champ de la santé publique ont été vives. De fait, la santé relève des compétences nationales. Certains pays pouvaient estimer disposer d'infrastructures supérieures à celles des autres et, ainsi, refuser de faire preuve du moindre altruisme.

AGIR EN COMMUN, SUR LA BASE D'UNE ÉTHIQUE PARTAGÉE

Il demeure que le concept d'un mode de coordination des actions publiques a été bien accueilli. L'émergence d'un risque commun a donc constitué la première étape d'une prise de conscience. Lorsque, ensuite, les pays membres ont été confrontés à la perspective de la grippe d'origine aviaire, il est apparu qu'une coordination des systèmes de santé nationaux n'était rien sans une capacité d'intervention concrète. De fait, certaines menaces rendent toute approche spécifiquement nationale caduque. Le risque de pandémie

grippale a soulevé non seulement la question du mode d'action commun, qui est déjà révolutionnaire, mais a encore appelé des interrogations éthiques. En l'occurrence, le recueil du consentement des malades en situation d'urgence et les dispositifs de protection des données

nominatives faisaient problème. D'autres pandémies étaient, à ce sujet, à prendre en compte: VIH-sida, tuberculose ou encore paludisme...

LES ACTIONS SANITAIRES COMMUNAUTAIRES À L'ÉTRANGER

Sur la base de l'article 169 du Traité d'Amsterdam, une plate-forme de financement d'actions en Afrique par les États membres a été mise en place. En l'occurrence, il s'agissait d'apporter des traitements à des populations frappées par le sida. La logique première de ce dispositif était scientifique. L'objectif visant à gérer au mieux des ressources, des subventions communautaires.

Ce n'est qu'à la suite de la conclusion d'un accord intergouvernemental que certains États-membres, confrontés directement à la perspective de pandémies, ont ouvert la voie à une authentique action sanitaire commune.

En outre, l'Union européenne a dû arrêter une position relative aux essais cliniques et à la recherche conduits à l'extérieur de ses frontières. Par exemple, pour le SRAS, la presque totalité des essais ont été menés en Chine. Or, toute activité de recherche soutenue par la Communauté doit répondre à un certain nombre de critères et d'impératifs éthiques. Ces derniers figurent dans un certain nombre de documents internationaux, dont la Déclaration d'Helsinki. Il convient d'observer qu'il est ici question d'acquis éthiques non plus tant communautaires que mondiaux. Or, localement, un certain nombre de principes ne semblaient pas évidents.

UN DIALOGUE ÉTHIQUE AVEC LES PAYS D'ASIE

En d'autres termes, il nous a fallu exposer nos valeurs alors qu'il est ordinairement question d'économie avant toute chose, dans nos rapports avec les pays non-européens où les essais cliniques financés par l'Union européenne étaient réalisés. En Asie du Sud également, la perspective d'une pandémie a rendu nécessaire une discussion sur les normes de protection des Droits de l'homme.

Une « Année de la coopération entre la Chine et l'Europe » vient d'être initiée à Bruxelles. Un congrès mondial de bioéthique a constitué une occasion unique de discuter des règles éthiques applicables aux activités de recherche clinique et préclinique avec le ministère de la recherche et de la santé chinois. Finalement, une série de contacts bilatéraux ont été noués pour bien apprécier les caractéristiques de la culture locale et en percevoir les traits dominants. Si la notion de consentement éclairé individuel est fondamentale dans notre univers de références, la place du groupe, de la famille est plutôt privilégiée dans la culture orientale.

En un sens le risque de pandémie a constitué un puissant levier de dialogue. Les organismes internationaux sont confrontés de longue date aux « pandémies de la pauvreté » (comme le sida en Afrique). Un certain nombre de codes ont proliféré sous leur égide, ainsi que des proclamations à caractère non contraignant. L'OMS a notamment

produit plusieurs documents : *guidelines*, guides d'accréditation de comités d'éthique encadrant des recherches, etc.

LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE ET L'ÉTHIQUE

Sur le plan de la protection des principes, de toutes les institutions communautaires, le Conseil de l'Europe est celle qui possède la plus longue histoire. La Convention d'Oviedo est juridiquement contraignante pour les pays qui l'ont adoptée et ratifiée. Il s'agit même du seul texte contraignant, même si le Conseil de l'Europe travaille également à l'adoption de plusieurs protocoles.

La Commission européenne ne possède pas de mandat pour procéder à la création de structures juridiques contraignantes en éthique. Elle ne peut que soumettre des règles de base à l'agrément des États-membres et limitées au programme de recherche communautaire. L'encadrement des activités de recherche est récemment revenu

Lorsqu'il est question de pandémie, la protection des données à caractère individuel constitue un autre sujet sensible. Là encore, dans le cas de figure de l'urgence, on peut envisager de renoncer provisoirement à un certain nombre de mécanismes de protection et de surveillance. Ce faisant, on prendrait le risque de s'exposer à certains comportements de stigmatisation.

au cœur des agendas, avec le problème des cellules souches embryonnaires.

Mais la commission est soutenue dans son approche par un organisme consultatif ayant un mandat institutionnel en éthique. C'est le Groupe d'experts européens en éthique, en sciences et en nouvelles technologies qui a vu le jour en 1991. Je fais référence au *European Group of Ethics in Science and New Technologies (EGE)*. En 2002, il a produit un certain nombre de réflexions relatives à l'enca-

drement des essais cliniques conduits dans le but d'obtenir de nouveaux traitements contre le sida. Le recueil du consentement éclairé en situation d'urgence représente l'une des questions éthiques les plus complexes sur lesquelles le groupe européen a dû se pencher. Certaines situations de fait posent des limites à l'application de principes qu'il ne convient en aucune façon de renier. Lorsqu'il est question de pandémie, la protection des données à caractère individuel constitue un autre sujet sensible. Là encore, dans le cas de figure de l'urgence, on peut envisager de renoncer provisoirement à un certain nombre de mécanismes de protection et de surveillance. Ce faisant, on prendrait le risque de s'exposer à certains comportements de stigmatisation.

Mais l'EGE n'est pas la seule structure : la multiplication des agences apparaît comme une réalité incontestable. Elles ne sont nullement contraintes de collaborer entre elles car elles ont souvent été créées et financées sur la base de missions particulières. De fait, on ne parle pas trop de synergie d'action mais de *networking*. De très nombreux acteurs sont concernés lorsque des enjeux de santé publique sont soulevés. Si le niveau national demeure prépondérant, nous parviendrons toutefois pas à pas à la centralisation constructive que nous recherchons. Les pays possédant des infrastructures de santé très développées sont traditionnellement moins enthousiastes à l'émergence d'un dispositif communautaire centralisé. Ceux qui peuvent paraître plus en retard l'appellent au contraire de leurs vœux. Cette opposition traduit aussi les réalités économiques de l'Union. La multiplicité des structures matérialise la pluralité des sources de financement. Je reconnais que la superposition d'organismes, et

surtout, de leurs champs de compétence, est fréquemment contre-productive.

Le groupe européen d'éthique a rendu des avis sur des questions concrètes et techniques (cellules souches, génie génétique, etc.). Il n'a pas vocation à intervenir explicitement dans le champ de la santé publique. Il est vrai que les choses ont un peu changé durant la présidence hollandaise, où les thèmes de l'allocation optimale des ressources, de l'*evidence based medicine* ou des tests génétiques ont été soulevés. Je pense que les thèmes dont le groupe européen d'éthique sera saisi ne sont pas figés. Ils ont vocation à évoluer. ■

** Les opinions développées ici sont personnelles, et ne reflètent d'aucune manière les positions de la Commission européenne.*

► RESPONSABILITÉS À L'ÉGARD DES PAYS ÉMERGENTS : CHOIX D'ORIENTATION DES RECHERCHES AU REGARD D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

François Simondon

Membre du CCDE (Comité consultatif de déontologie et d'éthique) de l'IRD (Institut de recherche pour le développement), Directeur de l'unité de recherche 024 épidémiologie et prévention, IRD

ENJEUX COMMUNS

J'ai choisi, au sein du vocabulaire disparate et évolutif visant à caractériser les pays pauvres (tiers-monde, pays en développement, pays les moins avancés, pays du Sud, pays en transition, pays émergents), de garder une terminologie simple et centrée sur l'essentiel : la pauvreté. J'évoquerai donc la situation de pays pauvres, non comme un spécialiste de l'éthique, mais en fonction de mes compétences : celles d'un chercheur en épidémiologie axé sur la prévention des maladies dans les pays pauvres. En effet, la démarche du CCDE ne vise pas à former des éthiciens, mais elle incite et aide les équipes de recherche à développer une réflexion éthique dans le cadre de leurs travaux.

En quoi les enjeux éthiques posés par les plans de réponse à la pandémie grippale ont-ils, en général, un aspect particulier pour les pays pauvres ? Pour tenter de

En quoi les enjeux éthiques posés par les plans de réponse à la pandémie grippale ont-ils, en général, un aspect particulier pour les pays pauvres ?

répondre à cette question, j'aborderai les enjeux *a priori* communs aux différents pays – mais qui se posent avec une acuité particulière dans les pays les plus pauvres – avant d'envisager d'autres enjeux, plus spécifiques à ces derniers.

La nécessité de la prise en compte et la description des enjeux éthiques principaux a bénéficié de l'expérience de l'épidémie de SRAS en 2003^[1]. Il s'agit principalement de :

- la responsabilité des travailleurs de santé de prodiguer des soins en contexte d'épidémie ;
- l'établissement de priorités dans l'allocation des moyens disponibles ;
- la restriction des libertés individuelles ;
- les enjeux de gouvernance globale.

La responsabilité des travailleurs de santé de prodiguer des soins en contexte d'épidémie

Le corps médical formé n'est pas affecté aux priorités de santé publique. On assiste au contraire à une déstructuration du service public (programme d'ajustement structurel) et du maillage du territoire. Ce déséquilibre est encore accru par l'urbanisation.

Par ailleurs, les médecins les plus actifs pratiquent essentiellement dans le secteur privé ou à l'étranger, et le développement du « tourisme sanitaire » entre en compétition avec les priorités du système national de santé : en général, la population des pays pauvres n'a pas confiance dans le système de santé. L'OMS a ainsi récemment rendu compte de la nécessité de

rétablir un véritable service de santé – elle en a fait le sujet de son rapport annuel 2006^[2].

Il est clair, enfin, que les risques encourus par les personnels soignants sont extrêmement élevés. Or, ils n'ont pas accès à des possibilités de soins intensifs. La récente épidémie de fièvre Ebola, par exemple, illustre de façon dramatique le risque vital pris par les équipes soignantes.

L'établissement de priorités dans l'allocation des moyens disponibles

Sans qu'il soit possible d'évoquer la disponibilité de lits de réanimation, il s'agit d'aborder la question de l'accès aux médicaments (les antiviraux et le traitement, surtout, des co-infections), comme des perspectives vaccinales. L'une des difficultés actuelles est d'assurer une gestion des stocks, même quand la disponibilité est globale et qu'il n'y a que peu de frein économique (par exemple, les vaccins ou les traitements de masse comme l'Ivermectine® dans la lutte contre l'Onchocercose^[3]). Le risque est de surcroît élevé de voir l'émergence de marchés parallèles ou de contrefaçons (comme ce fut le cas des vaccins contre la méningite utilisés au Niger lors d'une épidémie).

En fait, le manque de moyens, par rapport à nos pays riches, est tel qu'il exacerbe toutes les dérives.

La restriction des libertés individuelles

La restriction des libertés individuelles correspond, elle aussi, à une situation permanente et ancienne – la colonisation – vécue par les populations des pays

pauvres, mais il y a certainement une adaptation possible au contournement de ces restrictions. N'est-ce pas évident, quand on observe les migrations internationales ? En matière de maladies infectieuses, les exemples des pèlerins vers la Mecque, des populations transfrontalières en rapport avec les épidémies de choléra et de méningite situent l'importance du contournement des dispositions, si elles sont mal comprises ou inefficaces, dans le contexte d'un système de santé défaillant. Le récent renforcement du règlement sanitaire international n'est qu'une réponse très partielle à cet état de fait.

Les enjeux éthiques existent donc déjà. Cependant, en l'absence de système de santé et de sécurité sociale dont le terme prend ici tout son sens, ils seraient, plus encore que dans nos pays, exacerbés par une pandémie – ce qui pose clairement la question de notre solidarité sociale avec les pays les plus pauvres.

Les enjeux de gouvernance globale

Dès que l'on observe les enjeux de gouvernance globale, un conflit d'intérêt apparaît entre les moyens requis pour améliorer la surveillance du risque de pandémie grippale au détriment de moyens à allouer à d'autres domaines, pourtant prioritaires pour les pays en développement. Cette contradiction est amplifiée par l'orientation des priorités de recherche dans, et pour, les pays pauvres en écho aux préoccupations des pays du Nord au détriment de leurs priorités actuelles de santé publique. Elle est perceptible dans les choix des priorités européennes (préparation du 7^e PCRD)

où la place des maladies négligées et persistantes diminue au profit du risque des maladies émergentes. En France, on constate le même type d'évolution au niveau d'agences de financement de la recherche comme l'ANR, ou des politiques institutionnelles des organismes de recherche.

ENJEUX PLUS SPÉCIFIQUES AUX PAYS PAUVRES

Une plus grande gravité attendue du fait de la pauvreté

Il est important de noter que cet aspect semble insuffisamment souligné, mais il

Il est important de noter que cet aspect semble insuffisamment souligné, mais il est de plus en plus admis que la grippe, comme pour la grande majorité des maladies infectieuses, est associée à la pauvreté, tant en incidence (fréquence de survenue) qu'en mortalité des personnes atteintes.

est de plus en plus admis que la grippe, comme pour la grande majorité des maladies infectieuses, est associée à la pauvreté, tant en incidence (fréquence de survenue) qu'en mortalité des personnes atteintes^[4]. Les déterminants d'incidence et de gravité associés à la pauvreté sont : la plus grande exposition environnementale, au travail et intrafamiliale (« overcrowding », responsable d'entassement de nombreux enfants et adultes dormant dans la même pièce qui se contaminent ainsi massivement entre eux), l'incapacité à s'arrêter de travailler, l'absence et le retard des soins, ainsi que les co-infections (notamment la tuberculose dont le rôle majeur dans la gravité de la pandémie de grippe espagnole et dans la vulnérabilité des hommes adultes jeunes a été suggéré

de façon convaincante^[5]. Nous avons nous-mêmes montré avec les maladies du programme élargi de vaccination, que l'efficacité des vaccins était liée à l'intensité d'exposition des enfants, de façon très directe^[6].

Les risques de discrimination et stigmatisation consécutifs à l'émergence de maladies dans les pays pauvres

N'y a-t-il pas une tendance à ce que le risque d'épidémie ou de pandémie soit associé aux pays pauvres ? C'est-à-dire que les pays pauvres soient considérés comme porteurs d'un risque pour les sociétés des pays riches ? L'origine du virus du sida, l'accès et l'utilisation des trithérapies, les fièvres hémorragiques, la montée des résistances pour la tuberculose, le paludisme, sont autant d'éléments qui pèsent dans ce sens. N'est-ce pas pour cette raison que même l'élite intellectuelle africaine tend à nier l'origine africaine du virus du sida, lorsque la distinction n'est pas suffisamment faite entre origine du virus et facteur de propagation d'une épidémie ?

On peut discerner cet aspect dans des textes comme le très récent contrat d'objectif de l'IRD (Juin 2006) : « Les parties du globe riches en biodiversité, y compris en termes d'agents pathogènes, se situent en zones tropicale et intertropicale. Les maladies transmissibles ne connaissent pas de frontière. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine

des maladies émergentes infectieuses qui ne sont pas confinées dans leurs zones géographiques d'origine. Les maladies infectieuses originaires des zones tropicales peuvent être importées et, parfois, se développer dans les zones tempérées (grippe aviaire, SRAS). À l'inverse, les maladies émergentes infectieuses originaires de zones tempérées semblent moins enclines à se disperser dans les zones tropicales. D'autres maladies émergentes infectieuses se manifestent à la fois en zones tempérées et tropicales (West Nile, Grippe).

Pourtant, une réflexion approfondie reste nécessaire, tant au niveau des faits que du principe. Au niveau des faits, les exemples sont nombreux des risques infectieux majeurs importés des pays riches vers les pays pauvres. Les épidémies de méningite en Afrique subsaharienne (ceinture de la méningite) sont postérieures à la Seconde Guerre mondiale^[7]. La rougeole a dévasté le continent latino-américain depuis l'Europe, la coqueluche a suivi aussi les conquêtes coloniales^[8]. Une étude de l'origine possible de la grippe espagnole de 1918-1919 a proposé de façon convaincante de la situer en France au cours de la Première Guerre mondiale^[9]. Cela devrait nous inciter à ne pas rechercher l'origine des épidémies au seul niveau des pays pauvres.

Du point de vue du principe, il est intéressant de se tourner vers des pays qui ont connu un développement rapide et récent, et qui, terres de famines et d'émigration, sont devenus terres d'ac-

cueil, comme les principaux pays scandinaves. S. Bergström, de l'Université d'Oslo, traite de la pathologie de la pauvreté^[10]. Il rappelle que les pathologies « arctiques » du passé récent étaient bien plus prévalentes et létales qu'elles ne le seront jamais dans les pays tropicaux. On peut citer la gale (norvégienne, associée aux malnutritions), la lèpre (maladie de Hansen, du nom du médecin norvégien qui décrit cette bactérie), la tuberculose, le choléra (étudié par Panum au Danemark), la rougeole (étudiée par Panum aux Iles Féroé), la coqueluche et les méningites en Suède, toutes des maladies à la mortalité extrêmement élevée. Le paludisme lui-même était présent.

Cet état de fait invite à ne pas se focaliser sur les latitudes mais, au contraire, sur les attitudes. D'une part, cela correspond à la réalité et, d'autre part, les implications opérationnelles sont réelles. En effet, si l'on ne peut pas modifier les contraintes de la latitude (climat, environnement), on peut agir sur la pauvreté. Il n'y a pas de fatalité dans ce domaine.

Par définition, les maladies infectieuses nous arrivent « des autres ». Il convient, par conséquent, de rester vigilant pour que les craintes actuelles des maladies infectieuses dites « émergentes » ne viennent nourrir des réflexes de xénophobie et de racisme des populations des pays riches.

VALEURS DE PARTAGE

En quoi les enjeux éthiques posés dans les pays pauvres sont-ils importants pour les pays riches et leurs plans de réponse à la pandémie grippale ? La discussion de la première question fait apparaître la nécessité de concevoir la solidarité

Par définition, les maladies infectieuses nous arrivent « des autres ». Il convient, par conséquent, de rester vigilant pour que les craintes actuelles des maladies infectieuses dites « émergentes » ne viennent nourrir des réflexes de xénophobie et de racisme des populations des pays riches.

entre pays riches et pays pauvres sur des valeurs de partage^[11] plus que sur des stratégies de crainte. Elle montre l'importance à accorder à la réduction de la pauvreté dans les pays pauvres.

Mais, cette réduction des inégalités se pose également en France. Le logement, l'enseignement, l'éducation générale et sanitaire à l'école, l'état général de santé de la population, l'exposition aux polluants environnementaux, au tabac, les infections intercurrentes sont autant d'éléments essentiels de la gravité des épidémies de grippe, à intégrer comme des éléments fondamentaux au plan de réponse au risque de pandémie grippale.

C'est donc dès maintenant, et sur ces objectifs, que les défis démocratiques se posent.

Le risque de pandémie grippale pourrait avoir, nous l'espérons, cette vertu de poser un éclairage sur les réels enjeux sanitaires. Mais, n'avons-nous pas déjà appris cela avec Louis-René Villermé^[12] qu'il conviendrait sans aucun doute de relire et dont le rapport devrait être réactualisé ? ■

RÉFÉRENCES

- [1] « Stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza », *A report of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group.*, November 2005.
- [2] <http://www.who.int/whr/2006/en/>
- [3] Basanez, M.G. Pion, S.D.S. Churcher, T.S.C. Breitling, L. Little, M. & Boussinesq, M. - « River Blindness : "A Success Story under Threat ?" », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 9, 2006, e371.
- [4] Mamelund, S. E. - « A socially neutral disease ? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiania 1918-19 », *Social science & medicine*, 2006.
- [5] Noymer & Garenne. - « The 1918 influenza epidemic's effects on sex differentials in mortality in the united states », *Population and Development review*, n° 26, 2000, p. 565-581.
- [6] Lacombe, K. Yam, A. Simondon, K. Pinchinat, S. Simondon, F. - « Risk factors for acellular and whole-cell pertussis vaccine failure in Senegalese children », *Vaccine*, vol. 16/23, n° 5, Dec. 2004, p. 623-628.
- [7] Lapeyssonie, L. - « Des épidémies », *Fondation Marcel Merieux*, 1979.
- [8] Simondon, F. Guiso N. - « Épidémiologie de la coqueluche dans le monde », *Med Mal Infectieuses*, n° 31, suppl. 1, 2001, p. 5-11.
- [9] Oxford and al. - « A hypothesis : the conjunction of soldiers, gas, pigs, ducks, geese and horses in northern France during the Great War provided the conditions for the emergence of the "spanish" influenza pandemic of 1918-1919 », *Vaccine*, vol. 23, 2005, p. 940-945.
- [10] Bergström, S. - « Poverty related diseases. In Health and Diseases in developing countries », *Lankinen and al. eds*, 1994.
- [11] Lecourt, D. - http://www.iird.fr/fr/ccde/pdf/idee_partage.pdf
- [12] Villermé, L.-R. - *Tableaux de l'état physique et moral des salariés en France (1840)*, Paris, La Découverte, 1986, 238 p.

► PRÉPARATIFS À LA PANDÉMIE : L'EXEMPLE DU CANTON DE VAUD EN SUISSE

Corinne Noth

Adjointe du médecin cantonal du Canton de Vaud, Coordinatrice du groupe d'experts Pandémie grippale

À l'évidence, lorsque l'on évoque le risque pandémique, on doit observer la plus grande modestie, tant les inconnues persistantes sont grandes : bien des variables ne dépendent pas de nous. Généralement, on évoque des « plans de lutte » à décliner sur un plan organisationnel. Il conviendrait de prendre en compte *a priori* les questions d'éthique nombreuses que pose la préparation d'une réponse à la crise pandémique. Le questionnement éthique n'est, en effet, pas réductible à des considérations opérationnelles et organisationnelles. De plus, quantité de problèmes légaux se posent. Le questionnement éthique pourrait être naturel et, au minimum, devrait être transversal à tous les axes opérationnels prévus dans les plans pandémiques.

Le questionnement éthique n'est, en effet, pas réductible à des considérations opérationnelles et organisationnelles.

sur le territoire national) - sont autonomes, notamment au niveau de l'organisation de leur système sanitaire. Le risque pandémique a engendré l'adoption non seulement d'un plan national, mais encore de 26 plans cantonaux. Par conséquent, on pourrait faire état de 26 tactiques d'appréhension du risque pandémique.

Le fédéralisme en temps normal est un des garants de la démocratie. On sent bien qu'en temps de crise majeure, la complexité institutionnelle paralyse potentiellement l'élaboration d'une stratégie cohérente, sans même parler de la phase de déploiement si la pandémie survient. Cela est paradoxal pour le pays qui abrite le siège de l'OMS - OMS qui déclenchera un des éléments significatifs d'arbitrage de la crise : l'annonce des phases IV, V, etc., de la pandémie sur le plan mondial !

ENVISAGER CE À QUOI POURRAIT RESSEMBLER LA VIE EN PÉRIODE PANDÉMIQUE

En Suisse, le groupe d'experts cantonal a travaillé en lien avec un groupe d'experts national. La réflexion opérationnelle a été privilégiée. La Suisse, dans ses structures institutionnelles peut sembler, à bien des égards, un peu exotique. En effet, la prévalence du fédéralisme suppose que les cantons (26 entités sur le territoire helvétique) - dans la mesure du respect des lois fédérales (impératives

Le territoire vaudois rassemble 650 000 personnes (sans compter les clandestins et les gens de passage). Hormis la zone urbaine de Lausanne, il comprend quantité de petits ensembles ruraux. Plutôt que de parler d'un « plan de lutte contre la pandémie », nous explorons le « comment vivre avec la pandémie. » Par exemple, nous ne décrivons pas les masques comme protecteurs contre la propagation du virus. Ils constituent tout au plus un moyen de l'endiguer, voire de la retarder.

REPENSER L'ENSEMBLE DES RÉGULATIONS SANITAIRES ET SOCIALES POUR PASSER LES CAPS DÉTERMINANTS : LE « PANDI SYSTÈME »

Dans l'état actuel des choses, nous ne disposons d'aucun élément d'information sur ce que pourrait être la géographie épidémiologique des premiers cas. Comme les incertitudes sont multiples, l'objectif fondamental de notre dispositif est d'écarter le premier pic d'attaque pandémique, le temps de mieux préparer la réponse qui sera opposée au second. En aucune manière, le système de santé ne doit se trouver à bout de souffle à l'issue de la première vague.

En considérant le pire scénario, nous avons résolu d'adapter notre système sanitaire, politique, économique et social à une montée en puissance de la crise. Ce nouveau système de protection de la continuité est une sorte de « pandi système », qui s'activera en cas de crise. Il est entièrement dédié au franchissement d'une période de crise sans précédent, en préservant autant que faire se peut l'opérationnalité des structures sanitaires, extra-sanitaires et non-sanitaires du canton. Pour que le système sanitaire demeure capable de relever le défi pandémique, une série d'aménagements et de ré-allocation des moyens

Quelle organisation de soins pourrait relever le défi d'une crise sanitaire majeure sans prendre en compte tous les autres aspects : sociaux, économiques, politiques, anthropologiques, éthiques ?

est prévue, en fonction de l'évolution de la gravité de la situation. Notre plan prévoit le déploiement d'un système sanitaire parallèle et dédié aux malades grippés. Nous élaborons des concepts

nouveaux : « pandi centres », « pandi tels », « pandi transports », vaccination pré-pandémique de masse, etc. Par ailleurs, dans notre réflexion, notre système sanitaire regroupe l'ensemble des établissements sanitaires et des praticiens installés. Il n'est bien entendu pas restreint aux seuls hôpitaux.

Quelle organisation de soins pourrait relever le défi d'une crise sanitaire majeure sans prendre en compte tous les autres aspects : sociaux, économiques, politiques, anthropologiques, éthiques ? Le dispositif prévu suppose des décisions qui seront difficiles à prendre, par exemple : la fermeture des écoles, des crèches et de quantités de lieux publics ; la limitation des transports publics, des déplacements et des regroupements des personnes.

Les logiques décisionnelles pour l'accès aux soins seront différentes de celles qui prévalent aujourd'hui. C'est bien évidemment difficile, voir insoutenable, de s'y préparer.

LES LIMITES DE L'ANTICIPATION DE LA CRISE

Sur le strict plan sanitaire, le traitement précoce des infections virales fera intervenir des agents médicamenteux antiviraux. La séparation entre grippés et non grippés sera primordiale. En conséquence, on ne peut que souligner l'importance de la gestion des flux entrants. Mentionnons encore la gestion contrôlée et sécurisée des ressources rares, la protection des filières de soins « ordinaires » et le suivi épidémiologique.

En définitive, les experts du domaine sanitaire ont presque rendu leur copie,

dont le contenu n'a été ni avalisé ni infirmé par les autorités politiques. Évidemment, il n'est pas possible de prendre *a priori* la mesure de l'ensemble des enjeux individuels et collectifs liés au risque dont nous parlons ! Ce doit être une partie de l'explication de la résistance et du manque de reconnaissance du problème lui-même.

Dans le dispositif de prise en charge des malades prévu par le « pandi système », nous observons notamment le basculement des processus de prise en charge, de la filière ordinaire à la filière d'exception. Cela suppose de former un nombre critique de collaborateurs au tri, ce dernier étant réalisé sur la base du recueil de réponses à quelques questions clés. À partir de ces éléments de réponse, le cas échéant, il y aura transfert vers la filière dédiée. Une ligne téléphonique spécifique sera créée à cet effet. La personne contaminée pourra être acheminée à l'un des « pandi centres ». La localisation géographique de tels établissements dédiés sera déterminée en fonction d'un découpage territorial et de l'intensité de l'épidémie. Au demeurant, il s'agira de valoriser le système de soins à domicile existant. Évidemment, des secteurs hospitaliers dédiés seront mis en place. C'est en pédiatrie, sans doute, qu'il y aura le plus de difficultés. De plus, une bonne partie de notre personnel infirmier est frontalier et vit en France. Ceci nous incline à faire preuve de modestie dans la conduite de la crise, sur le plan des ressources humaines. Qui travaillera dans les « pandi centres » ? La réserve de personnel pouvant prêter main forte au dispositif sanitaire correspond principalement à des étudiants, futurs professionnels de santé. Elle n'est guère extensible. Les volontaires ne détenant pas de compétence en santé renforceront préférentiellement des secteurs tels

que celui des transports. Il nous reste encore à préparer un dispositif juridique servant de cadre à d'éventuelles réquisitions, même si le principe fondamental demeure celui du volontariat.

Même si la réponse que nous comptons opposer à la crise est avant tout d'ordre sanitaire, ses composantes extra-sanitaires et non-sanitaires sont inéluctables. De très nombreuses interrogations fondamentales subsistent, qui nous incitent au profil bas, bien qu'investis de la responsabilité de préparer quelque chose, car « l'autre a un visage » selon Emmanuel Levinas. ■

n°1 - OCTOBRE 2009

PANDÉMIQUES

PANDÉMIES, ÉTHIQUE, SOCIÉTÉ

- Engager l'éthique face à la pandémie grippale
- Le discours libéral face à l'état d'exception
- Préparation des hôpitaux à la pandémie grippale
- Pandémie grippale : qui faut-il vacciner ?
- Peur et contagion
- L'Afrique et l'idée de pandémie de grippe

► INITIATIVES

- > Cadre de cohérence éthique du plan Pandémie grippale d'EDF
- > Mission des associations de bénévoles en situation de pandémie grippale
- > L'industrie du médicament face au risque de pandémie grippale

PANDÉMIES, ÉTHIQUE, SOCIÉTÉ

Téléchargement sur :
[Http://www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)

SITES DE RÉFÉRENCE

SOMMAIRE

► SÉLECTION DE NICOLA GRIGNOLI



► SITES DE RÉFÉRENCE

Nicola Grignoli

Responsable du Centre de recherche
et de documentation,
Espace éthique/AP-HP
Département de recherche en éthique,
Université Paris-Sud 11

INTERNATIONAL

Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO)

Avian Influenza (en anglais)

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html

WHO is coordinating the global response to human cases of H5N1 avian influenza and monitoring the corresponding threat of an influenza pandemic. Information on this page tracks the evolving situation and provides access to both technical guidelines and information useful for the general public.

Association Médicale Mondiale (AMM)

Déclaration sur la pandémie de grippe aviaire, octobre 2006

<http://www.wma.net/f/policy/a28.htm>

Adoptée par l'Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, octobre 2006. Cette prise de position vise à guider les associations médicales nationales et les médecins, ce qui leur permettra de savoir comment s'impliquer dans le processus de planification d'une pandémie dans leurs pays respectifs. Elle encourage également les gouvernements à impliquer leurs associations médicales nationales dans le cadre de la planification d'une pandémie de grippe. Elle propose également des recommandations sur les actions auxquelles les médecins doivent réfléchir pour se préparer à la pandémie de grippe.

Organisation Mondiale de la Santé Animale (OIE)

Influenza aviaire

http://www.oie.int/fr/info_ev/fr_AI_avianinfluenza.htm

Les objectifs de l'OIE consistent à promouvoir la transparence et la compréhension de la situation zoonitaire globale, à centraliser, analyser et diffuser les informations vétérinaires, à renforcer la coordination et la coopération internationales axées sur la lutte contre les maladies animales et les zoonoses, et enfin à promouvoir la sécurité du commerce international des animaux et des produits d'origine animale. Le site Web présente des informations essentielles destinées aux services vétérinaires nationaux, aux vétérinaires, aux éleveurs, aux médias et au grand public.

EUROPE

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

Influenza News (en anglais)

http://www.ecdc.eu.int/Health_topics/influenza/news.html

European Food Safety Authority (EFSA)

<http://www.efsa.eu.int/> (en anglais)

The European Food Safety Authority (EFSA) is the keystone of European Union (EU) risk assessment regarding food and feed safety. In close collaboration with national authorities and in open consultation with its stakeholders, EFSA provides independent scientific advice and clear communication on existing and emerging risks.

The Health and Consumer Protection Directorate General

Avian influenza (en anglais)

http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/dyna/influenza/index.cfm

The Health and Consumer Protection Directorate General has the task of keeping these laws up to date. It is national, regional or even local governments in EU countries who actually apply the EU's health and consumer protection laws. It is their job to make sure traders, manufacturers and food producers in their country observe the rules. Nonetheless, part of our job is to check that this is really happening and that the rules are being applied properly in all EU countries.

FRANCE

Site interministériel de préparation à un risque de pandémie grippale

<http://www.grippeaviaire.gouv.fr/>

Le site www.grippeaviaire.gouv.fr est le portail d'information du Gouvernement français consacré à la grippe aviaire. Il a vocation à permettre au plus large public de s'informer, de se préparer et d'agir en cas de pandémie grippale. Il comprend des informations pratiques et scientifiques de référence et détaille l'ensemble des mesures officielles et toutes les réponses aux questions qui se posent, aux différents stades de l'évolution de la situation en France et dans le monde. Le site www.grippeaviaire.gouv.fr est géré par le Service d'information du Gouvernement (S.I.G.), service du Premier ministre.

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Dossier « Comprendre la grippe aviaire », décembre 2005

<http://www.science.gouv.fr/index.php?qcms=dossier,view,2181,archives,154,4,,,,>

Dossier réalisé par l'Institut Pasteur présentant des informations générales et essentielles sur la grippe aviaire.

Ministère de l'Agriculture et de la Pêche

« Influenza aviaire, en savoir plus »

<http://agriculture.gouv.fr/sections/archives/actualites/grippe-aviaire/l-influenza-aviaire>

Sécurité sanitaire des aliments français

<http://www.securitesanitairesaliments.agriculture.gouv.fr/>

Dernières informations concernant la sécurité sanitaire environnementale sur le territoire français.

Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFFSA)

Le point sur l'influenza aviaire

<http://www.afssa.fr/Object.asp?ldObj=32046>

L'afssa est un établissement public indépendant de veille, d'alerte, d'expertise et de recherche sur les risques sanitaires et nutritionnels des aliments destinés à l'homme et aux animaux. Elle contribue à la protection et à l'amélioration de la santé publique, de la santé et du bien-être des animaux, de la santé des végétaux et de l'environnement.

Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (CIRAD)

« Surveiller et contrôler la maladie animale », février 2006

<http://www.cirad.fr/fr/actualite/communiquer.php?id=386>

Le Cirad participe depuis le début de la crise à des missions d'évaluation, organise des formations, et fournit un appui à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ainsi qu'à l'acheminement des prélèvements vers les laboratoires d'analyse.

Institut de Veille Sanitaire (INVS)

Dossier Grippe

http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_dossier/default.htm

Établissement public chargé de surveiller en permanence l'état de santé de la population. Ce dossier comprend deux volets consacrés respectivement à la grippe saisonnière et aux pandémies grippales ; la grippe aviaire est traitée dans ce dernier.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Grippe aviaire

http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=10000/themes/grippe_aviaire/default.htm

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'Institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en oeuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé.

Institut Pasteur

« Maladies infectieuses : la grippe aviaire »

<http://www.pasteur.fr/externe>

L'Institut Pasteur est une fondation privée à but non lucratif dont la mission est de contribuer à la prévention et au traitement des maladies par la recherche, l'enseignement et des actions de santé publique. Dossier présentant des informations générales et essentielles sur la grippe aviaire.

Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST-CNRS)

La grippe aviaire et l'Homme : veille documentaire

http://grippeaviaire.veille.inist.fr/rubrique.php?id_rubrique=1

L'Institut de l'Information Scientifique et Technique du CNRS (INIST-CNRS) facilite l'accès aux résultats issus des différents champs de la recherche mondiale. L'INIST s'appuie sur l'une des plus importantes collections de publications scientifiques d'Europe pour proposer toute une gamme de services de recherche d'information.

Organisation de la réanimation en situation de pandémie de grippe aviaire

Site de la Société de réanimation de langue française

<http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/686.pdf>

Auteurs : B. Guery, B. Guidet, S. Beloucif, D. Floret, C. LeGall, P. Montravers, C. Chouaid, P.-H. Jarreau, B. Régnier. Travail coopératif associant : la Société de pathologie infectieuse de langue française, la Société de réanimation de langue française, la Société française d'anesthésie-réanimation, le Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques, la Société française de médecine d'urgence, la Société de pneumologie de langue française, la Société française de néonatalogie.

Espace éthique/AP-HP

Plate-forme veille et réflexion « Pandémie grippale, éthique et société »

<http://www.espace-ethique.org/fr/grippe.php>

La Plate-forme Veille et réflexion « Pandémie grippale, éthique et société » est le lieu d'expression publique d'un réseau de compétences dont l'objectif est de développer la réflexion sur les enjeux sociaux et éthiques liés à une possible survenue de pandémie grippale.

BLOGS

Influenza H5N1.org (en anglais)

<http://influenza-h5n1.org/>

H5N1 News and Resources about Avian Flu (en anglais)

<http://crofsblogs.typepad.com/h5n1/>

APPEL À ARTICLES

PANDÉMIQUE^S est disponible sur Internet en français ou en anglais :
www.espace-ethique.org/fr/grippe.php
Cliquer le lien PDF : Pandémiques.

L'équipe éditoriale de PANDÉMIQUE^S recevra avec intérêt les propositions d'articles originaux consacrés aux enjeux éthiques et sociétaux en lien avec une possible pandémie grippale. Les articles retenus par le comité de lecture seront publiés en français et anglais. Les textes ne doivent pas excéder 15 000 mots, être rédigés soit en français, soit en anglais, et adressés par courrier électronique avec toutes les coordonnées des auteurs à : journal.pandemics@sls.aphp.fr.

Contact rédaction :

PANDÉMIQUE^S / PANDEMIC^S
CHU Saint-Louis
75475 Paris Cedex 10
journal.pandemics@sls.aphp.fr
T. +33 (0)1 44 84 17 81



ÉTHIQUE, MÉDECINE ET SOCIÉTÉ

Comprendre, réfléchir, décider

Sous la direction de Emmanuel Hirsch

Cet ouvrage considéré par Didier Sicard comme un traité à la fois scientifique et philosophique, bénéficie de la contribution de 108 auteurs, tous reconnus dans la diversité de leurs champs de compétence. Il présente ainsi les références indispensables et permet de comprendre le profond mouvement d'où émerge aujourd'hui une autre conception de l'éthique des pratiques médicales et soignantes, ainsi que de la recherche biomédicale. La pensée et les réalités de la médecine y sont décrites, analysées et interrogées, par ceux qui vivent et assument le quotidien mais également l'exceptionnel du soin.

Les domaines de la santé touchent aux aspects les plus sensibles du débat et des choix publics : la préoccupation éthique s'y avère déterminante. Aux visions et perceptions spirituelles de la maladie, de la souffrance et de la pauvreté se sont substituées d'autres figures de la personne malade ou vulnérable. La « démocratie sanitaire » érige d'autres normes qui modifient la relation de soin. Les avancées biomédicales et l'avènement des techniques du vivant ont radicalement transformé les fonctions humaines et sociales de la médecine. Nos représentations de la vie et de la mort sont bouleversées par des approches qui anéantissent les repères traditionnels.

« Pour la première fois peut-être, les questions éthiques dans leur extrême diversité sont traitées dans ce livre avec la rigueur d'un traité scientifique et en même temps la profondeur d'un traité de philosophie. On ne sort pas indemne de sa lecture; des questions inattendues, épistémologiques, anthropologiques, juridiques, philosophiques abordent concrètement les situations de dilemmes sans vaine complaisance ni tentative naïve de résolution. »

Didier Sicard
Président du Comité consultatif national d'éthique

À découvrir sur :

<http://www.espace-ethique.org/fr/livres.php>



PANDÉMIES, ÉTHIQUE, SOCIÉTÉ

Les conséquences humaines, sociales et politiques d'une éventuelle pandémie grippale justifient mieux que quelques résolutions formelles ou l'organisation de débats entre spécialistes. Il convient de créer les conditions d'une concertation pluraliste qui puisse favoriser la créativité et mobiliser à tous les niveaux de la société. Alors que les plans de toute nature s'efforcent de rassurer et d'organiser en proposant un mode d'intervention cohérent et des stratégies susceptibles de limiter les risques, l'approche spécifiquement éthique s'avère jusqu'alors indigente. Au mieux réduite à quelques généralités humanitaires ou considérations approximatives.

La démocratie est directement mise en cause dans ses valeurs, ses références et ses ressources lorsqu'une catastrophe peut ébranler ses fondements. L'enjeu est bien là : comment lutter en démocrates contre une pandémie qui, au même titre que d'autres menaces, peut affecter nos principes ?

PANDEMIQUES® contribue à la diffusion mais également à la confrontation des réflexions et propositions développées en France et au plan international, plus particulièrement dans le champ des sciences humaines et sociales.

Visuel de couverture : Image Reeve 3143, National Museum of Health and Medicine, Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC

