

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Chapitre d'un ouvrage collectif "Comment la COVID-19 a sauvé l'éthique des soins de santé"

RAVEZ, LAURENT

Published in:
Covid-19

Publication date:
2020

Document Version
Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

Citation for published version (HARVARD):

RAVEZ, LAURENT 2020, Chapitre d'un ouvrage collectif "Comment la COVID-19 a sauvé l'éthique des soins de santé". dans C Byk (ed.), *Covid-19: Reconstruire le social, l'humain et l'économique*. vol. 2, MA Editions-Eska, Paris, pp. 95-106.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Comment la COVID-19 a sauvé l'éthique des soins de santé

Laurent RAVEZ (Centre de Bioéthique de l'Université de Namur, Institut ESPHIN)

Introduction

En 1982, le philosophe anglais Stephen Toulmin publiait un article qui allait devenir très célèbre : « How Medicine Saved the Life of Ethics »¹. L'auteur y montrait comment, au milieu du 20^{ème} siècle, la médecine a permis à la philosophie morale de se recentrer sur des éléments concrets de la réalité humaine, loin des arguties sémantiques dans lesquelles elle était alors en train de se perdre. Pour Toulmin, c'est en partant des situations concrètes du quotidien des soins que l'on pouvait au mieux répondre aux préoccupations éthiques des professionnels de la santé et du grand public. La rencontre de la médecine et de la philosophie par l'entremise de la casuistique a ainsi engendré la bioéthique, qu'il est plus simple ici de nommer « éthique des soins de santé », les deux termes pouvant être considérés aujourd'hui comme des synonymes².

En emboîtant le pas à Toulmin, ne pourrait-on pas suggérer l'hypothèse selon laquelle la pandémie de COVID-19, en dépit des innombrables malheurs qu'elle a provoqués partout dans le monde, pourrait avoir néanmoins suscité une saine remise en question de l'éthique des soins de santé ? Bien-sûr, il ne s'agit pas ici d'invoquer une quelconque action miraculeuse que la COVID-19 aurait exercé sur la culture éthique ambiante. Il faudrait plutôt parler d'un coup de pouce à un mouvement que la pandémie n'a certes pas initié mais qu'elle contribue largement à renforcer.

Comme ce fut le cas pour l'épidémie de grippe espagnole en 1918 qui décima en quelques mois des dizaines de millions d'êtres humains³, l'histoire de la COVID-19 de 2020 ne se résume pas aux mesures sanitaires drastiques prises par les gouvernements du monde entier, à la gestion parfois chaotique des flux de malades, aux milliers de morts et aux terribles conséquences économiques qui en résulteront, mais évoque également un renouveau du regard critique que nous portons sur la maladie et les soins de santé.

Pour le montrer, nous soulignerons que les maladies infectieuses comme la COVID-19 ont longtemps laissé totalement indifférents les spécialistes de l'éthique des soins de santé jusqu'à ce que des fléaux comme le VIH-SIDA, le SRAS ou Ebola viennent les sortir de leur torpeur. Loin de cette apathie originelle, l'offensive du SARS-CoV-2 a immédiatement suscité l'intérêt de la communauté bioéthique, comme nous le verrons en évoquant deux articles importants. Les thèmes traités dans ceux-ci nous serviront alors de base pour esquisser la structure du renouveau paradigmatique que la pandémie semble susciter au cœur de l'éthique des soins de santé.

¹ S. Toulmin, « How Medicine Saved the Life of Ethics », *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 25, n°4, 1982, p. 736-750.

² La définition du terme « bioéthique » est source de nombreuses controverses. Je m'en tiendrai à la définition la plus proche de celle que l'on retrouve dans la littérature actuelle et qui est très bien exprimée par la fameuse définition de W. T. Reich dans la première édition de l'*Encyclopedia of Bioethics*: « l'étude systématique des dimensions morales [...] inhérentes aux sciences de la vie et aux soins de santé et mettant en œuvre une variété de méthodologies éthiques de façon interdisciplinaire » (W. T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan, 1995, p. xxi.)

³ J. Barry, *The Great Influenza. The Story of the Deadliest Pandemic in History*, London, Penguin Books, 2005.

Trois lignes de force en lien avec ce renouveau seront évoquées dans cette contribution : le déplacement d'une conception individualiste de l'autonomie vers une approche plus relationnelle ; l'insistance sur notre responsabilité morale à l'égard de nos congénères ; une resocialisation de l'éthique des soins de santé qui passe par une réelle prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

De l'indifférence au désir

La COVID-19 est provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2 et fait partie de la grande famille des maladies infectieuses. Alors que celles-ci tuent encore aujourd'hui des millions d'êtres humains dans le monde⁴, elles ont longtemps été ignorées par les spécialistes de l'éthique des soins de santé⁵. Cette indifférence peut notamment s'expliquer par le climat d'euphorie dans lequel la médecine occidentale a baigné pendant plusieurs décennies. En 1972, l'Administrateur de la santé publique aux États-Unis, convaincu de la toute-puissance de la biomédecine, n'hésitait d'ailleurs pas à déclarer : « Il est temps de refermer le livre des maladies infectieuses »⁶. Or, c'est dans cette ambiance que la bioéthique est apparue, aux États-Unis d'abord et dans beaucoup d'autres pays occidentaux ensuite.

Par ailleurs, on pourrait également défendre l'hypothèse d'une *indifférence de classe* de la bioéthique envers les maladies infectieuses, celles-ci ayant une prédilection pour les populations pauvres ou marginalisées qui constituent des catégories sociales auxquelles n'appartiennent généralement pas les bioéthiciens. Une telle hypothèse trouve une forme de confirmation historique avec la survenue des épidémies de VIH/SIDA (au cours des années 1980 et 1990), de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) et de grippe (virus H1N1), qui ont fortement touché les pays riches. Il aura suffi que ces populations se sentent directement menacées et donc concernées pour que l'on constate un retour en grâce des maladies infectieuses en médecine ainsi qu'un intérêt secondaire de la part des bioéthiciens⁷.

Plus récemment, l'épidémie d'Ebola semble avoir entraîné les bioéthiciens dans un mouvement très comparable : de l'indifférence à un très grand intérêt. Cette maladie a été découverte en 1976 dans l'actuelle République Démocratique du Congo. D'abord cantonnée à l'Afrique centrale, l'épidémie a atteint l'Afrique de l'Ouest en 2013-2014. C'est précisément à ce moment qu'a sonné le réveil des consciences pour les chercheurs et les firmes pharmaceutiques occidentales qui avaient, jusque-là, totalement ignoré cette maladie et oublié de trouver de quoi y remédier. Mais tout a changé lorsque les pays occidentaux, États-Unis en tête, ont réalisé que certains de leurs ressortissants, essentiellement des professionnels de la santé, avaient été touchés par la maladie ou risquaient simplement de l'être. Les recherches destinées à prévenir ou à guérir cette terrible maladie ont alors explosé⁸. Plusieurs vaccins et traitements sont

⁴ En 2016, 9 millions d'êtres humains sont décédés des conséquences d'une maladie infectieuse. (World Health Organization, *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*, Geneva, World Health Organization, 2018.)

⁵ L. Ravez, *Introduction à l'éthique de la santé publique*, Montpellier, Sauramps Médical, à paraître fin 2020.

⁶ L. P. Francis *et al.*, « How Infectious Diseases Got Left Out - And What This Omission Might Have Meant for Bioethics? », in M. Selgelid *et al.* (ed.), *Ethics and Infectious Disease*, Oxford, Blackwell, 2006, p. 35.

⁷ S. Rennie, B. Mupenda, « Living Apart Together: Reflections on Bioethics, Global Inequality and Social Justice », *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 3, n°1, 2008, p. 25.

⁸ G. K. Donovan, « Ebola, Epidemics, and Ethics - What We Have Learned », *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 9, n°1, 2014, p. 15.

actuellement testés, notamment en République Démocratique du Congo⁹. Parallèlement, alors que le sujet était totalement ignoré par les bioéthiciens, il s'agit aujourd'hui d'un thème porteur dans la littérature spécialisée¹⁰.

La COVID-19 : objet de grand intérêt pour les spécialistes de l'éthique des soins de santé

Même si, au moment d'écrire cette contribution, nous manquons de recul, il n'y a pas à douter que la pandémie de COVID-19 occupera une place importante dans l'histoire des rapports de la bioéthique avec les maladies infectieuses. Ainsi, quelques semaines après que la maladie ait commencé son offensive contre les populations européennes et étatsuniennes, plusieurs articles ont été publiés dans des revues médicales signés par des acteurs reconnus de la scène bioéthique.

Deux articles en particulier retiendront notre attention. Partant de l'hypothèse d'une situation de pénurie d'équipements, de personnel qualifié et tout simplement de lits disponibles, les deux articles évoqués cherchent à dégager des repères éthiques destinés à faciliter le « triage » entre, d'une part, les patients qui pourront avoir accès aux soins intensifs et, d'autre part, ceux qui devront se contenter de soins ordinaires ou qui seront invités à rester chez eux ou dans l'institution qui les héberge (centres résidentiels pour personnes âgées, résidences accueillant des personnes handicapées mentales, centres de santé de long séjour, etc.).

Dans le premier de ces articles¹¹, Emanuel et de ses collègues livrent six recommandations à destination des cliniciens qui doivent décider de l'accès des patients aux soins intensifs ; en voici quelques éléments. Si un triage des patients est rendu nécessaire, il faudrait que celui-ci permette de sauver le plus de vies possibles tout en offrant le maximum d'années de vie additionnelles. Cela signifie donc qu'il faut donner la priorité aux patients qui ont le plus de chances de se rétablir grâce aux soins pratiqués et de bénéficier ainsi de nombreuses années de vie supplémentaires. Les plus jeunes seront inévitablement favorisés par une telle approche aux allures très utilitaristes. Dans ce contexte, il s'agit bien de faire des choix qui permettront de maximiser les bénéfices de l'intervention en gardant à l'esprit l'évolution des connaissances scientifiques. S'il faut choisir entre des patients ayant le même profil et le même pronostic, Emanuel et ses collègues conseillent également de recourir au hasard selon un système de loterie, ce qui leur semble plus équitable qu'une logique du « premier arrivé, premier servi ».

Publié durant la même période que le papier d'Emanuel et de ses collègues, un autre article aux accents moins utilitaristes mérite également notre attention. Dans celui-ci¹², L. O. Gostin, E. A. Friedman et S. A. Wetter évoquent également la question de la gestion des ressources rares, mais selon un angle d'approche très différent de celui de leurs collègues. Ils mettent notamment l'accent sur les personnes les plus vulnérables dans notre société, par exemple les personnes sans abri, les réfugiés, les migrants en situation illégale, mais aussi les personnes âgées et celles porteuses de handicap, en insistant pour que celles-ci bénéficient d'un accès équitable aux moyens de prévention et aux traitements. Pour ces personnes fragiles, le credo de la

⁹ Voir à ce sujet les données de l'OMS sur la page « Maladie à virus Ebola » (https://www.who.int/fr/health-topics/ebola/ebola#tab=tab_3). Consulté le 26/05/2020).

¹⁰ Voir par exemple : P. D. Griffiths, « Ebola and Ethics », *Reviews in Medical Virology*, vol. 24, n°6, 2014, p. 363-364.

¹¹ E. J. Emanuel *et al.*, « Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 », *New England Journal of Medicine*, March 23, 2020, DOI: 10.1056/NEJMs2005114.

¹² L. O. Gostin, E. A. Friedman, S. A. Wetter, « Responding to COVID-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically », *Hastings Center Report*, vol. 50, n°2, 2020, p. 8-12.

« distanciation sociale » peut avoir des conséquences désastreuses, par exemple en empêchant le fonctionnement de l'économie informelle (travail au noir, petits boulots, trafics, etc.) qui est essentielle pour beaucoup de familles précarisées.

D'une approche individualiste de l'autonomie vers une approche plus relationnelle

Sans le mentionner explicitement, les auteurs des deux articles que nous venons d'évoquer semblent nous inviter à recentrer notre approche de l'éthique des soins de santé. En s'aidant de la puissance communicationnelle de la COVID-19, ils ouvrent une brèche dans le mur qui protège l'autonomie du patient et ses libertés fondamentales, dogme sacré de la bioéthique. Cette brèche consiste essentiellement dans le rappel du fondement même de l'éthique de la santé publique : nous, êtres humains, vivons en communauté ; notre santé influence celle de nos congénères et nous sommes influencés par la leur. Dans ce contexte une réflexion éthique ne pourra se contenter de défendre les droits des patients mais devra également prendre en compte leurs devoirs envers la communauté. En effet, les maladies infectieuses contagieuses comme l'est la COVID-19 ont ceci de particulier que les malades qui en sont atteints sont tout à la fois des victimes et des vecteurs de propagation¹³. D'un côté, la maladie les rend bien entendu vulnérables ; ils doivent pouvoir bénéficier d'une protection sociale et leurs droits humains fondamentaux doivent scrupuleusement être respectés. Mais d'un autre côté, ces malades contaminés constituent également une menace pour la communauté, ce qui peut justifier de prendre à leur égard, dans certaines circonstances, des décisions coercitives.

Une telle approche remet évidemment largement en question la conception individualiste de l'autonomie qui est au cœur du principisme de Beauchamp et Childress¹⁴. Selon cette conception, le patient, parfaitement informé de sa situation médicale par les professionnels de santé qui l'accompagnent, est le seul à pouvoir prendre des décisions éclairées concernant son avenir, indépendamment de la position de l'équipe soignante et de son entourage. En contraste, une approche relationnelle de l'autonomie vient rappeler la dépendance des êtres humains les uns envers les autres et les responsabilités qui en découlent¹⁵. Pour les défenseurs d'une autonomie relationnelle, l'être humain n'est pas un électron libre ; il se construit grâce à ses racines communautaires. En ce sens, le réseau relationnel du patient, loin d'être un obstacle à son autonomie, peut, au contraire, en être le garant, en offrant le soutien et la bienveillance nécessaires pour les décisions importantes¹⁶.

Pour éviter de tomber dans la caricature, il est nécessaire de préciser que les théoriciens de la bioéthique qui parient sur une approche individualiste de l'autonomie n'ignorent pas la dimension relationnelle de ce principe. Beauchamp et Childress eux-mêmes évoquent le concept d'*autonomie relationnelle*, mais ils le font avec méfiance en présentant l'interdépendance humaine davantage comme une menace que comme une chance¹⁷.

¹³ M. P. Battin *et al.*, *The Patient as Victim and Vector. Ethics and Infectious Disease*, New York, Oxford University Press, 2009.

¹⁴ T. L. Beauchamp, J.-F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 7th edition, New York, Oxford University Press, 2013.

¹⁵ E.S. Dove *et al.*, « Beyond Individualism: Is There a Place for Relational Autonomy in Clinical Practice and Research ? », *Clinical Ethics*, vol. 12, n°3, 2017, p. 150-165.

¹⁶ J. K. Walter, L. F. Ross, « Relational Autonomy: Moving Beyond the Limits of Isolated Individualism », *Pediatrics*, vol. 133, supplement 1, 2014, s. 16-23.

¹⁷ Voir notamment T. L. Beauchamp, J.-F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, *op. cit.*, p. 106.

Une responsabilité morale des uns envers les autres

En rebattant ainsi les cartes de l'autonomie, l'approche relationnelle en relativise concomitamment l'importance par rapport aux trois autres principes du système principiste. Ainsi, le principe d'équité semble notamment revalorisé, comme on le voit dans les articles d'Emanuel et de ses collègues, ainsi que dans celui de Gostin, Friedman et Wetter. En replaçant l'individu au cœur de sa communauté, on l'invite inévitablement à se responsabiliser quant au partage des ressources rares au sein de celle-ci. Un parmi d'autres, l'individu doit accepter des règles de répartition des ressources disponibles pourvu que ces règles soient justes.

Il est encore question de responsabilité lorsqu'on évoque l'une des caractéristiques essentielles de beaucoup de maladies infectieuses, dont la COVID-19 : leur contagiosité. Sachant que, lorsque nous sommes contaminés par une telle maladie, nous risquons de causer du tort à autrui en lui transmettant notre affection, n'avons-nous pas le devoir moral de tout mettre en œuvre pour éviter une telle transmission ? Il est intéressant à cet égard de rappeler la position du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE) qui, dans un avis daté du 13 mars 2020, appelle à « la nécessaire responsabilité citoyenne » pour limiter la propagation de la maladie¹⁸. Un tel appel à la responsabilité rejoint d'ailleurs l'« exigence de solidarité » de tous les citoyens par rapport aux mesures de prévention et de traitement en cas de pandémie grippale dont il était déjà question dans l'Avis n°106 de ce même comité¹⁹.

Un tel appel à la responsabilité morale pose évidemment question, comme on le voit dans un article au titre éloquent, publié à la fin des années 1990 par John Harris et Søren Holm : « Is There a Moral Obligation Not to Infect Others ? »²⁰. Les auteurs y défendent l'idée que nous aurions l'obligation morale d'éviter d'infecter notre entourage quand nous nous savons atteints par une maladie infectieuse contagieuse. La portée de cette responsabilité morale de ne pas causer du tort à autrui en l'infectant est très large. En effet, Harris et Holm n'évoquent pas seulement des infections très graves qui nous viennent spontanément à l'esprit comme le VIH/SIDA ou la tuberculose, mais aussi des maladies souvent jugées plus bénignes comme la grippe, la varicelle ou même le rhume.

L'approche est ici assez radicale puisqu'elle ne tient compte ni du mode de transmission de la maladie, ni de sa gravité. Lorsque nous savons que nous sommes infectés par une maladie contagieuse, quelle qu'elle soit, nous devrions nous isoler des autres. L'ancrage utilitariste d'une telle injonction morale saute aux yeux. Elle n'est acceptable socialement que si elle est accompagnée d'un système de compensations, notamment financières, à l'adresse de celles et ceux qui devront supporter les inconvénients majeurs de cet isolement : ne pas pouvoir travailler, se distraire ou voyager.

¹⁸ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), COVID-19. *Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique : enjeux éthique face à une pandémie*, 13 mars 2020. Accessible sur https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf. Consulté le 29/05/2020.

¹⁹ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), Avis n°106 : « Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale », 5 février 2009. Accessible sur https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_106.pdf. Consulté le 29/05/2020.

²⁰ J. Harris, S. Holm, « Is There a Moral Obligation Not to Infect Others? », *British Medical Journal*, vol. 311, n°7014, 1995, p. 1215-1217.

N'est-ce pas ce même principe moral qui s'est répété *ad nauseam* dans les médias et les canaux de communication officiels tout au long de la pandémie de COVID-19 durant le printemps 2020 ? Pourtant, ce type d'injonctions n'est pas sans danger et, pour certains, on ne devrait y avoir recours qu'avec une grande circonspection²¹. En effet, au-delà de la crise du COVID-19, l'obligation morale exprimée par Harris et Holm de ne pas infecter les autres pourrait sembler beaucoup trop exigeante. Ne risque-t-elle de nous conduire à devoir multiplier les vaccins, les tests, les examens, et à redoubler d'attention à l'égard de tous nos contacts pour s'assurer que nous ne sommes pas infectés par le moindre micro-organisme. Une pente glissante s'annoncerait alors, risquant de paralyser nos vies et menaçant nos santés mentales.

Il faut cependant rester raisonnable. Beaucoup de précautions sanitaires et de gestes de prévention de base pour éviter de contaminer les autres en cas de maladie contagieuse sont peu exigeants sur le plan individuel et offrent en retour d'énormes bénéfices sociaux. Sachant que la simple grippe hivernale ou la COVID-19, par exemple, ne constituent qu'un mauvais moment à passer pour la plupart d'entre nous, mais qu'elles peuvent avoir des conséquences fatales pour les personnes âgées, les malades chroniques ou immunodéprimés, les gestes de prévention prennent tout leur sens moral : la vaccination, le lavage des mains, la distanciation sociale en cas d'infection, etc. Le rapport entre les efforts voire les sacrifices individuels et les bénéfices sociaux penchent ici clairement du côté des bénéfices, mais les choses peuvent devenir plus compliquées lorsque les efforts demandés deviennent disproportionnés par rapport à l'utilité sociale produite. L'obligation morale d'éviter d'infecter volontairement autrui ne peut être ni limitée ni inconditionnelle, comme le rappelle la tragique histoire de Mary Mallon au tout début du 20^{ème} siècle²².

« Typhoid Mary », comme l'a surnommée la presse de l'époque était une jeune cuisinière américaine atteinte de la fièvre typhoïde sans présenter aucun symptôme et qui est à la base de centaines d'infections. En 1907, elle fut contrainte à l'isolement au Riverside Hospital à New York d'où elle ressortira en 1910 toujours aussi contagieuse. Alors que les autorités sanitaires lui avaient interdit d'exercer son métier, elle accepta néanmoins une place de cuisinière dans une maternité de Manhattan où elle propagea à nouveau la maladie. Elle fut alors mise en quarantaine jusqu'à son décès en 1938.

Une resocialisation du regard éthique

On ne peut parler de responsabilité morale en matière de contagion sans évoquer une autre caractéristique majeure des maladies infectieuses : leur prédilection pour les populations pauvres. La virulence de certaines maladies est telle qu'aucun être humain, riche ou pauvre, ne peut se sentir à l'abri d'une contamination. Mais pour beaucoup d'autres parmi ces maladies, la précarité va jouer un rôle déterminant dans leur apparition et leur évolution²³.

Pour ne prendre qu'un exemple, la malaria est régulièrement présentée comme une maladie à la fois liée à des conditions de vie précaires et également productrice de pauvreté. Des logements inadaptés ne permettent pas de se protéger efficacement des moustiques et il sera

²¹ M. Verweij, « Obligatory Precautions Against Infection », *Bioethics*, vol. 19, n°4, 2005, p. 323-335.

²² F. Marineli *et al.*, « Mary Mallon (1869-1938) and the History of Typhoid Fever », *Annals of Gastroenterology*, vol. 26, n°2, 2013, p. 132-134.

²³ S. G. Kaler, « Diseases of Poverty with High Mortality in Infants and Children. Malaria, Measles, Lower Respiratory Infections, and Diarrheal Illnesses », *Annals of the New York Academy of Sciences*, n°1136, 2008, p. 28-31.

difficile de lutter contre ceux-ci avec des insecticides, faute de moyens financiers. Soigner la maladie sera tout aussi difficile par manque de temps et d'argent. Dans un tel contexte, arrêter de travailler – pour se soigner ou parce que la maladie rend le travail impossible - signifie souvent moins de nourriture disponible ou l'accès à des aliments de moins bonne qualité, et l'on sait que la malnutrition est associée à une plus grande mortalité et morbidité de la malaria²⁴.

Une terrible cercle vicieux se crée ainsi où la pauvreté favorise l'apparition de la maladie et où, en retour, la maladie alimente la pauvreté²⁵. C'est précisément ce qui s'est produit avec la pandémie de COVID-19. Non seulement, la maladie a affecté davantage les populations fragilisées par la précarité, mais elle a par ailleurs aggravé encore leur situation financière²⁶. L'Observatoire de l'OIT (Organisation Internationale du Travail) estime dans un rapport du 27 mai 2020 que 305 millions de personnes dans le monde auraient perdu leur travail à cause de la pandémie, les jeunes étant particulièrement touchés²⁷. L'International Food Policy Research Institute (IFPRI) estime dans une publication en ligne du 16 avril 2020 que plus de 140 millions de personnes dans le monde pourraient basculer dans l'extrême pauvreté en 2020, ce qui constitue une augmentation de 20% par rapport aux données disponibles avant la pandémie²⁸.

La pandémie de COVID-19 vient donc nous rappeler la réalité des déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci peuvent être compris comme ce que G. Rose appelle la cause des causes des maladies²⁹. Il s'agit plus précisément de l'accès à l'éducation, à l'alimentation, aux services de santé, la qualité des transports et de l'environnement, le réseau social, les conditions de travail, etc. Lorsque l'on s'interroge sur ce qui rend les êtres humains malades, les réponses feront tantôt appel à des causes infectieuses (la grippe, le SIDA, la tuberculose, la malaria, etc.), tantôt à des comportements (une alimentation trop grasse, trop sucrée, trop salée, le tabac, l'alcool, etc.). La théorie des déterminants sociaux de la santé montre que, face à ces infections et ses comportements nuisibles, les êtres humains ne sont pas tous égaux. Un environnement insalubre, une alimentation insuffisante ou déséquilibrée, une éducation sanitaire défailante, un environnement de travail dangereux, etc. exposeront certains d'entre nous à un risque accru de contracter ces maladies.

Ces dernières années, les spécialistes de l'éthique des soins de santé ont régulièrement été accusés d'ignorer ces déterminants sociaux de la santé dans leurs analyses. Ainsi, Paul Farmer invite-t-il les spécialistes à resocialiser l'éthique des soins de santé en s'intéressant davantage à l'environnement dans lequel évoluent les malades démunis partout dans le monde³⁰.

²⁴ A. H. Shankar, « Nutritional Modulation of Malaria Morbidity and Mortality », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 182, suppl. 1, S. 37-53.

²⁵ Z. A. Bhutta *et al.*, « Global Burden, Distribution, and Interventions for Infectious Diseases of Poverty », *Infectious Diseases of Poverty*, vol. 3, 2014, p. 21.

²⁶ F. Ahmed *et al.*, « Why Inequality Could Spread COVID-19 », *The Lancet*, vol. 5, n°5, 2020, e240.

²⁷ Observatoire de l'OIT : le COVID-19 et le monde du travail. Quatrième édition. Estimations actualisées et analyses, 27 mai 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/--dcomm/documents/briefingnote/wcms_745964.pdf. Consulté le 01/06/2020.

²⁸ D. Laborde, W. Martin, R. Vos, « Poverty and Food Insecurity Could Grow Dramatically as COVID-19 Spreads », IFPRI Blog: Research Post, 16 April 2020. <https://www.ifpri.org/blog/poverty-and-food-insecurity-could-grow-dramatically-covid-19-spreads>. Consulté le 01/06/2020.

²⁹ G. Rose, *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 1992.

³⁰ P. Farmer, N. Gastineau Campos, « Rethinking Medical Ethics. A View from Below », *Developing World Bioethics*, volume 4, n°1, 2004, p. 17-41.

L'importance des déterminants sociaux de la santé pour la pandémie de COVID-19 n'a échappé ni aux professionnels de la santé ni aux spécialistes de l'éthique, ce qui pourrait augurer d'un véritable renouveau de la discipline. Dans un article publié dans la prestigieuse revue médicale *The New England Journal of Medicine*, les auteurs ont suivi un groupe de 1382 patients en Louisiane (États-Unis) hospitalisés en raison de leur infection par le coronavirus SARS-CoV-2. Dans ce groupe, 76,9% des patients hospitalisés et 70,6% des personnes décédées étaient noires, alors que la population noire ne représente que 31% des patients pris en charge par le système de santé sur place. Les patients noirs en question avaient une prévalence d'obésité, de diabète, d'hypertension artérielle et de maladies rénales plus importante que les blancs³¹. Les résultats de cette étude confirment ceux obtenus par une autre équipe dans l'État de Géorgie qui fait apparaître que 80% des patients hospitalisés pour infection par la COVID-19 sont noirs³². Parmi les éléments qui permettent d'expliquer cette proportion anormalement élevée de personnes noires parmi les victimes du COVID-19, on retrouve des déterminants sociaux classiques comme la situation géographique (vivre dans un quartier défavorisé) ou le type d'emploi exercé, ainsi qu'une forte prévalence des maladies chroniques qui constituent un risque de complication en cas de COVID-19.

La resocialisation de la réflexion éthique trouve des exemples très concrets. Ainsi, en contrepoint notamment de l'article d'Emanuel et de ses collègues analysés plus haut, un groupe d'auteurs issus de pays africains et de pays occidentaux entend rappeler que, dans les pays à faible revenu, les mesures préventives pour éviter la propagation de la COVID-19 sont le plus souvent impossibles à mettre en œuvre. Quand, dans des environnements dominés par l'économie informelle, il faut impérativement sortir de chez soi afin de trouver l'argent nécessaire pour nourrir sa famille au quotidien, les conseils voire les injonctions de confinement au domicile sont tout simplement inapplicables. Une même impasse se retrouvera dans l'application des règles d'hygiène de base lorsque l'accès à l'eau et au savon constitue un luxe auquel beaucoup n'ont pas accès³³. Une réflexion éthique digne de ce nom ne peut plus aujourd'hui ces réalités.

Conclusion

L'épidémie de COVID-19, au-delà de la catastrophe sanitaire et économique dans laquelle elle a entraîné la plus grande partie de la planète, pourrait, contre toute attente, contribuer à une revitalisation de l'éthique des soins de santé. Alors que les maladies infectieuses ont longtemps été ignorées par les bioéthiciens, les épidémies mondiales catastrophiques que nous connaissons depuis 40 ans (Sida, SRAS, Ebola, etc.) ont radicalement modifié la donne. Ces maladies non seulement menacent la santé de chaque être humain, mais elles suscitent par ailleurs un questionnement éthique auquel il est urgent d'apporter des réponses. La pandémie de COVID-19 a confirmé cette tendance de façon paroxystique.

³¹ E. G. Price-Haywood, J. Burton, D. Fort, L. Seoane, « Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19 », *New England Journal of Medicine*, May 27, 2020 DOI: 10.1056/NEJMsa2011686.

³² J. A. W. Gold *et al.*, « Characteristics and clinical outcomes of adult patients hospitalized with COVID-19 - Georgia », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 69, n°18, 2020, p. 545-50.

³³ K. Moodley, L. Ravez, A. E. Obasa, A. Mwinga, W. Jaoko, D. Makindu, F. Behets, S. Rennie, « What Could 'Fair Allocation' during the Covid-19 Crisis Possibly Mean in Sub-Saharan Africa? », *Hastings Center Report*, May-June 2020.

Ce nouvel engouement pour l'éthique des maladies infectieuses favorisera bien évidemment une prise en charge plus humaine des patients et des populations concernées, mais il pourrait également présenter des bénéfices secondaires importants pour l'éthique des soins de santé elle-même.

Ainsi, la pandémie de COVID-19 est venue rappeler à chacun d'entre nous qu'au-delà des intérêts individuels, bien entendu essentiels, les communautés dans lesquels nous évoluons devaient également être protégées. L'autonomie individuelle auquel chaque être humain a droit ne trouve réellement sa légitimité qu'au regard d'une autonomie relationnelle qui assume pleinement notre interdépendance. Si l'individu doit être protégé en tant que victime potentielle ou effective de cette maladie contagieuse, il doit également assumer son statut de vecteur potentiel de contamination et en assumer les responsabilités.

En nous rappelant nos responsabilités et nos devoirs de citoyens exposés à la contagion, la pandémie vient secouer une éthique des soins de santé qui risquait de s'ankyloser dans la défense d'une autonomie individuelle dont les racines très libérales tendent à nous faire oublier qu'il ne peut y avoir de réflexion éthique que dans la conscience de l'environnement dans lequel nous évoluons. Au-delà de l'intersubjectivité, il y a la communauté, celle qui nous soutient et nous façonne, et devant laquelle nous sommes responsables.

Nous appelons donc de nos vœux un mouvement de resocialisation de l'éthique des soins de santé, par ailleurs largement amorcé par des chercheurs marqués par la complexité sanitaire des pays à faible revenu. En faisant souffrir davantage encore celles et ceux d'entre nous dont les souffrances sociales et économiques étaient les plus aiguës, la pandémie de COVID-19 aura peut-être eu cette utilité de lancer l'alerte sur l'urgence d'une réflexion éthique intégrant les déterminants sociaux de la santé.