

## **Tout est-il permis pour lutter contre les risques d'épidémie ?**

Ceux qui veulent savoir ce qu'il ne faut surtout pas faire en cas de contagion grave, mais que l'on fait quand même, n'ont qu'à relire les récits des trois dernières grandes épidémies internationales de ce début du XXI<sup>e</sup> siècle. En 2003, le SRAS se répand rapidement à partir d'une province du sud de la Chine. Pendant plusieurs semaines, entre autres pour éviter les pertes financières qu'engendrerait une telle nouvelle, les autorités chinoises nient l'évidence, ce qui favorise la propagation du virus dans le monde entier. En 2009, l'OMS tire la sonnette d'alarme : elle annonce, de façon quelque peu précipitée, que le virus A H1N1 menace directement l'Occident : c'est la panique généralisée. Certaines firmes pharmaceutiques reniflent la bonne affaire. Après avoir pris des mesures pour se décharger de toute responsabilité en cas de problème avec leurs vaccins, elles passent de juteux contrats avec des Etats, dont la Belgique et la France, pour des millions de doses qui resteront finalement inutilisées. Décembre 2013, le virus Ebola se propage en Afrique de l'Ouest. L'OMS, cette fois, tarde à alerter les instances mondiales. Les Etats occidentaux, dans un premier temps, se montrent peu concernés. Il faudra qu'ils se sentent eux-mêmes menacés pour que finalement, une aide soit dégagée. Et pendant que ces comportements peu glorieux occupent le devant de la scène, chaque année, dans les pays du Tiers-Monde, de 6 à 7 millions de personnes décèdent silencieusement du sida, du paludisme et de la tuberculose réunis, dans une relative indifférence.

Solidarité intéressée, fuite en avant, déni, précipitation, recherche de profits ou peur de perdre de l'argent : lorsque la mort de masse se profile, la bassesse humaine se dévoile. Sa grandeur aussi. Car on doit bien le constater, ceux qui contribuent à la victoire sur les épidémies ont d'autant plus de mérite qu'ils luttent, parfois au risque de leur vie, contre deux fléaux : le virus... et la bêtise de certains, qui elle aussi peut se révéler mortellement contagieuse.

Cela dit, que ce soit au niveau international ou local, dans les lieux de vie exposés comme les hôpitaux, les maisons de repos ou les crèches, la confrontation au risque d'épidémie, et le combat en cas d'épidémie avérée posent de nombreuses questions éthiques. Nous en évoquerons quatre en guise d'ouverture de ce dossier.

La première, incontournable, ne trouvera aucune solution satisfaisante : une épidémie justifie-t-elle que les droits des individus – la liberté de consentir à des soins et de disposer de son corps – soient relativisés, voire suspendus, au profit du bien de la collectivité ? L'isolement ou la mise en quarantaine ainsi que les traitements peuvent-ils légitimement devenir contraignants ? On ne voit pas comment, dans des cas avérés de menaces particulièrement graves, on pourrait agir autrement. Toutefois, pour que cette « violence » imposée aux individus devenus dangereux reste la plus humaine possible, il faut sans doute que trois conditions soient rencontrées. Premièrement, que le danger réel soit particulièrement élevé et qu'il n'y ait aucune autre alternative. Deuxièmement, que la privation de liberté rencontre aussi les intérêts de l'individu contraint, en étant pour lui la seule façon de pouvoir être pris en charge et d'avoir une chance d'être soigné. Troisièmement, que les dommages que le patient peut éventuellement subir en raison des traitements ou vaccins imposés contre son gré engagent la responsabilité juridique des firmes pharmaceutiques ou des Etats qui y recourent en connaissance de cause. Mais quoi qu'il en soit, même dans des situations ultimes, on doit garder conscience que sacrifier la volonté des patients reste – et doit rester – une décision éthiquement problématique.

Seconde difficulté : comment apprécier que certaines institutions de soins identifient leurs patients contagieux à l'aide d'un signe distinctif comme un bracelet nominatif de couleur ? L'intention est louable : il s'agit de protéger les autres patients et surtout le personnel soignant en cas d'intervention. Mais l'on transgresse allègrement le droit à la confidentialité. On peut aussi se demander si les patients savent ce que signifie ce bracelet qu'ils portent. Et par ailleurs, les institutions concernées acceptent-elles qu'ils puissent refuser de porter un tel signe ? Ce débat déborde du cadre limité des institutions : aujourd'hui, la possibilité de stigmatiser un pays, une région, une ville, un groupe de personnes est devenue d'autant plus réelle que d'une part, on peut techniquement remonter jusqu'à l'individu qui est à l'origine de la propagation d'une épidémie – « le cas zéro » – et que d'autre part, les médias diffusent mondialement l'information en direct, photo d'identité en appui. Ainsi apprendra-t-on, en 2003, que le SRAS s'est répandu par l'intermédiaire d'un médecin de Canton âgé de 64 ans qui, le 21 février 2003, contamine les clients de l'hôtel Métropole de Hong Kong dans lequel il occupe la chambre 911. Encore aujourd'hui, n'importe qui peut retrouver sur internet le nom de ce médecin. Une épidémie, quel que soit son degré de dangerosité, justifie-t-elle le non-respect de la vie privée et le viol du secret professionnel ?

Troisième dilemme insoluble : selon les scénarios, il peut arriver que l'on ne dispose pas d'emblée de traitements suffisants pour protéger toute une population d'une épidémie débutante. D'où la question qui s'impose aux politiques comme aux soignants : qui privilégier ? Le principe : « Premiers arrivés, premiers servis » est-il immoral ? Est-il plus acceptable de sélectionner les jeunes en âge de se reproduire, ou celles et ceux qui ont de lourdes responsabilités, ou sont les plus fortunés ? Bref, faut-il laisser faire le hasard, ou donner une chance à l'avenir, ou récompenser le mérite individuel ? Quel que soit le critère retenu, ou quel que soit l'ordre dans lequel on hiérarchisera ces principes, aucune solution ne pourra être jugée satisfaisante, puisque toutes consistent à condamner volontairement certains groupes d'individus.

Enfin, comment entendre la crainte des soignants pour leur propre sécurité ? En l'absence de volontaires en nombre suffisant, faudrait-il contraindre certains d'entre eux – et si oui, lesquels et sur quels critères ? – à se mettre en danger pour sauver ou simplement accompagner les patients ? Dirait-on qu'ils doivent assumer les risques de leur métier, au même titre que les pompiers ou les policiers ? Mais, à raison nous semble-t-il, l'assistance à personne en danger n'implique pas, dans le droit belge, que l'on doive mettre sa vie en péril.

Tous ceux qui travaillent dans les institutions de soins ou les lieux de vie savent qu'ils sont exposés aux risques d'épidémie, grave ou non. Au niveau international, on dit ne pas être à l'abri d'une épidémie fulgurante et meurtrière, à l'instar de la grippe espagnole de 1918, qui fit plus ou moins 100 millions de morts, d'après les dernières estimations. La peur et le coût financier engendré par de tels fléaux ne peuvent pas justifier n'importe quelle attitude.

Jean-Michel Longneaux