

## GROUPE DE RÉFLEXION APPROCHE ÉTHIQUE EN SITUATION D'ATTENTATS

Réunion du lundi 4 avril 2016

Le 12 avril 2016

EH/RM

### Plan

- I. Le propos
- I. Repenser les procédures
- III. Ethique du soin à l'épreuve de l'attentat terroriste
- IV. Dilemmes dans l'information
- V. Ethique du soin à l'épreuve de l'attentat terroriste

### I. Le propos

Après une première concertation avec des médecins impliqués dans la mise en œuvre des plans d'intervention notamment en situation d'actes terroristes, l'Espace éthique de la région Ile-de-France a souhaité initier une réflexion portant sur les enjeux éthiques des pratiques.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de ses missions au sein de l'ARS, en concertation avec d'autres autorités compétentes.

Cette réunion constitutive a permis de préciser les questions à débattre dans le cadre de ce groupe de réflexion et de mieux identifier les personnes et compétences qu'il convient d'associer à cette démarche.

### Ordre du jour :

- Accueil, présentation de l'initiative
- Tour de table de présentation des participants
- Une première approche des enjeux

*Ce compte-rendu reprend les échanges dans leur ordre.*

## II. Repenser les procédures

### ⇒ Comment penser et encadrer l'interface blessés/force de l'ordre ?

Dans une situation où ce les forces de l'ordre qui sont potentiellement les premières à entrer en contact avec des personnes blessées (premiers contacts dont nous savons comme ils peuvent être décisifs pour la survie de la personne), la question du rapport entre forces de l'ordre et blessés est particulièrement prégnante. *Comment hiérarchiser l'urgence en situation de péril ? Ne peut-on intervenir que dans un contexte sécurisé ?*

De plus, la personne blessée/vulnérable est aussi potentiellement détentrice d'informations importantes pour le déroulement des opérations. *Ceci implique que le premier contact avec les forces de l'ordre est aussi marqué par la nécessité de l'action face à la menace et pour le bien commun. Ceci peut impliquer une pression exercée sur des personnes vulnérables. La sensibilisation des forces de l'ordre à un tel enjeu paraît essentielle.*

### ⇒ Comment encadrer la prise de risque des soignants, comment les protéger ?

La prise de risque des soignants dans le cadre de leur intervention tient soit à une intervention directe sur le lieu des attentats tandis que les actions sont encore en cours, soit à une intervention *a posteriori* par un personnel médical parfois peu formé à la médecine de crise sur des théâtres violents. Le premier type d'intervention présente un grand danger pour le personnel soignant ; on peut néanmoins supposer que les personnes intervenant en première ligne organisée ont été formées à la médecine de crise. A l'inverse, le deuxième type d'intervention pose le problème du risque fort de récurrence d'attentat, ou d'attentat en différé (ceinture d'explosif par exemple). Il est nécessaire d'anticiper cette exposition possible à ces risques ; les intervenants sont-ils conscients des risques encourus ? Intervenant dans un contexte qui ne leur était pas habituel, certains professionnels de santé se sont trouvés en situation de sidération. D'autres ont été confrontés à des circonstances de décisions insupportables, du point de vue des personnes qu'ils n'ont pas pu prendre en charge. Autre point, à proximité de certains établissements de santé, des blessés ont été convoyés dans des conditions précaires. Elles ont été accueillies sans qu'une régulation générale permette au service d'urgences de savoir à quelle intensité de sollicitation ils seraient confrontés. *La prise en charge pré-hospitalière dans un contexte non sécurisé justifie d'autres formes de régulations. Quelles procédures de sensibilisation de la population envisager dès lors que l'irruption de l'événement sur la scène publique n'est pas anticipé dans ses multiples composantes comme par exemple la formation aux premiers secours qui jouit d'une notoriété accrue depuis quelques mois ?*

### ⇒ Comment reprendre la question de la mort massive ?

L'exposition sur la scène publique à des morts massives, violentes, proches, justifie des approfondissements qui font défaut. D'autant plus que s'ajoute la dramaturgie d'une couverture médiatique en direct. Ces réflexions dépassent celles qui ont été développées afin de permettre à la société de retrouver quelques repères au regard d'actes de violence insensée. Cette proximité et ce cumul de morts, souvent jeunes, dans un contexte inacceptable, ont été éprouvés par les professionnels à tous les niveaux de la chaîne du soin. **L'acte terroriste impacte au-delà du champ opérationnel en envahissant l'espace du soin et en interrogeant les pratiques en dehors de l'intervention immédiate.**

### III. Ethique du soin à l'épreuve de l'attentat terroriste

#### ⇒ Faut-il utiliser le terme : « mode dégradé » ?

Deux points ont été mis en évidence au cours de la réunion. D'une part qu'il fallait relativiser l'usage du terme « mode dégradé » et que les attaques du 5 janvier et du 13 novembre 2015 n'avaient rien de comparables avec de véritables situations de guerre ou alors de crise NRBC (situations pour lesquelles le terme serait plus justement utilisé).

D'autre part, il a été mis en évidence que le terme « dégradé » devait être prudemment utilisé. En effet, le caractère amoindri d'une capacité d'intervention ne doit pas donner lieu à un « abaissement » ou à une tolérance arbitraires. Que signifie décider dans un contexte peu compatible avec l'exigence de discernement ou de collégialité ? A quoi/qui est-on prêt à renoncer ?

La dégradation des pratiques concerne également la capacité à identifier les victimes et à répondre aux demandes des familles.

**Une réflexion se justifie sur le recours à des pratiques dégradées (concept à parfaitement préciser), sur l'évaluation de leurs conséquences du point de vue de l'acceptabilité des pratiques.**

#### ⇒ La violence des attaques terroristes et la confrontation d'une « culture de la toute-puissance » dans le domaine médical.

Au cœur des problématiques qui lient connaissance et puissance, et donc connaissance et impuissance, la violence et la gravité des blessures engendrées par des attaques terroristes recourant à des pratiques militaires confrontent la culture médicale à nombre de défis dans sa volonté de repousser la mort.

Des blessures extrêmement graves et perçues comme nouvelles au regard de la médecine quotidienne pratiquée en France (traumatismes pénétrants par exemple, mais aussi effet de souffle dans le cas d'attentats à la bombe) peuvent impliquer dans une situation extrême la reconnaissance de l'impuissance et donc engager à l'acceptation d'un « laisser-mourir » auquel les moyens techniques actuels de réanimation rendaient moins familier. Ce ressenti psychologique apparaît d'une grande violence et peut fragiliser la capacité d'arbitrage de la décision.

Ce sentiment d'impuissance face à la mort a aussi été ressenti par des soignants qui, par manque de compétences avérées, des moyens nécessaires ou se trouvant dans un contexte où ils ne pouvaient pas être utiles, ont été confrontés à la difficulté de ce qu'ils ont parfois perçu comme une injuste et absurde passivité. Cette passivité qui, spécifiquement, ne trouve pas sa place dans la culture médicale contemporaine. Engagée contre la mort et la souffrance, cette dernière peine à valoriser d'autres postures

que celles de l'action. Certains jeunes professionnels n'acceptent pas la mort, la considèrent comme une défaite ou alors comme une victoire qui serait concédée de surcroît aux terroristes. Leur combat médical en devient un combat contre le terrorisme, une manière d'y résister au nom des valeurs du soin.

La signification d'une autre approche de la pratique médicale dans le contexte d'attentats justifie des approfondissements de nature à favoriser cohésion, cohérence dans des contextes qui suscitent crises, doutes et risque d'incohérences.

### ⇒ Les enjeux éthiques de la « médecine de tri ».

L'afflux majeur de blessés gravement touchés nécessitant une offre de soin plus grande que celle immédiatement disponible peut poser la nécessité du tri des blessés. Cette problématique se retrouve dans différentes situations, de l'allocation d'un traitement rare et coûteux à la médecine militaire. L'enjeu majeur en ce qui concerne la prise en charge des blessés dans le cadre des attentats en France réside surtout dans les difficultés propres à l'arbitrage qui indexe la valeur des personnes à l'opportunité de leur accès au soin au regard d'intérêts supérieurs qui peuvent s'avérer défavorables à la survie d'une personne dans un contexte donné.

En France, dans le cas des attaques terroristes évoquées, une telle activité de tri a pu être exercée par des personnes qui n'y étaient pas préparées. La violence psychologique est donc d'autant plus importante.

La difficulté aurait été accrue si les réponses médicales d'urgence n'avaient pas pu prendre rapidement le relais avec efficacité. Ce cas de figure justifierait des approfondissements en cas d'entrave de la capacité d'action des dispositifs d'urgence médicale.

Se pose la question essentielle de l'arbitrage de décisions pourtant complexes comme cela se réalise dans le contexte des LATA en réanimation. Selon quels critères considérer, même manière rétrospective, que la décision prise était légitime, que l'on n'aurait pas pu agir autrement ?

### ⇒ La spécificité de l'acte terroriste

Le terrorisme, comme d'autres situations de catastrophe, pousse à un basculement vers des pratiques caractéristiques de la médecine de crise (manque de ressources, de temps, de personnels, etc.). Toutefois on peut se poser la question de la spécificité de l'acte terroriste par rapport à d'autres catastrophes naturelles ou technologiques. Les médecins présents à la réunion se sont accordés pour dire que le soin en lui-même n'était pas modifié par l'intensité morale de la situation. Ils ont en revanche mis en valeur des facteurs de différenciation du terrorisme par rapport à d'autres catastrophes :

- L'évolution incertaine et anxiogène des événements dont on ne connaît jamais l'issue, exerce une pression psychologique sur les soignants qui, une fois en situation de crises, sont contraints d'envisager le pire en termes de tri, de rationnement des traitements... Ceci pose la question relative au moment où l'on passe en situation de crise et de qui en décide (sachant qu'à l'échelle d'un service hospitalier, la frontière est surtout d'ordre psychologique, le dispositif organisationnel étant anticipé).

- A ceci s'ajoute des affects beaucoup plus lourds, notamment dus à l'intrusion des familles dans un espace où elles n'ont pas d'emblée leur place (ce sentiment étant accentué par l'injonction à l'arbitrage utilitariste engendré par la situation de crise). Comment prendre en compte la gestion de ces sollicitations ?

- Le point le plus complexe se trouve être celui du soin dont pourrait bénéficier le terroriste. Un tel questionnement, au cours de cette première réunion, a surtout porté sur le fait que la survie du terroriste, fondée sur des valeurs morales, serait une spécificité française. Cela revient à dire, que la présentation du soin du terroriste comme un dilemme moral ne se formulerait pas de la même façon à l'étranger (Etats-

Unis, Israël, etc.) où le terroriste passerait nécessairement après ses victimes dans le cadre de la médecine de tri. Un tel point ne semble pas être en accord avec la législation internationale (ce qui paraît tout à fait plausible tant les textes régissant les droits des prisonniers de guerre paraissent inappropriés au terrorisme). Il nous semble important d'approfondir ce qui justifie cette spécificité française, cela d'autant plus que des intervenants dans la chaîne du soin se sont exposés à des risques indus du fait des soins qu'ils ont souhaité prodiguer à des terroristes.

#### ⇒ La dimension fondamentale de l'identification.

Au cœur du chaos semé par l'acte disruptif qu'est l'attentat terroriste, un enjeu éthique fondamental réside dans le processus d'identification : le maintien d'un effort constant pour ne pas nier la personne. En effet, dans un contexte où les ressources poussent à un regard économique (arbitrage de ressources entre offre et demande), ne pas se départir de l'identité des personnes soignées est un point essentiel pour ne pas tomber dans la réification (*idem* chosification) totale des individualités vulnérables.

## IV. Dilemmes dans l'information

#### ⇒ Nécessaire diffusion de l'information ? Quel rapport avec les médias ?

La question de l'information est particulièrement sensible. Le discours médiatique retransmet en direct selon des logiques propres les événements, diffusant une information chargée moralement et politiquement.

Au cours de l'attaque, le discours médiatique répond à l'angoisse et diffuse l'information très rapidement (notamment avec internet). Cette diffusion rapide permet à chacun d'acquérir une certaine conscience des attaques et donc d'agir en conséquence, de telle façon à se protéger. Elle peut toutefois aussi alourdir la tâche des soignants car la conscience accrue du déroulement des événements permet rapidement aux familles et aux proches de se signaler auprès des hôpitaux, de s'y rendre, et d'interagir avant, après ou pendant les soins.

Ce flot d'informations a été identifié, au cours de la réunion comme étant une des spécificités des attentats du 13 novembre 2015 et a été fortement critiqué comme un poids, une pression supplémentaire reposant sur les soignants déjà moralement et psychologiquement engagés dans le soin porté aux blessés.

A *posteriori*, d'autres problématiques se posent. Celle qui lie d'une part la nécessité de témoigner et, d'autre part, le caractère invasif de l'activité médiatique qui vient « noyer » l'expérience dans le discours. A l'échelle des blessés, mais aussi des familles et des soignants, une telle problématique se transcrit par une injonction au témoignage dans un temps très court après les attaques et les soins. De manière générale on peut facilement comprendre comment un tel environnement informatif peut venir perturber les temps d'après le traumatisme ; temps qui sont particulièrement importants en termes de reconstructions physiques et psychologiques.

Certains professionnels se sont sentis presque davantage opprimés par les sollicitations des médias que par la réalité même de ce qu'ils vivaient.

Un autre enjeu a été mis en évidence par les publications d'articles dans les *Annales françaises de médecine d'urgence* (janvier, 2016). Pour rappel, ces publications détaillent de façon technique et détaillée, la prise en charge des blessés menée dans le cadre des attaques du 13 novembre. Une telle publication a pu être interprétée comme une communication interprofessionnelle nécessaire portant sur l'organisation du soin des blessés. Il est néanmoins une autre contribution (*The Lancet*, 24 novembre 2015) qui aura ou être considérée comme l'expression d'une certaine autosatisfaction au regard du dispositif mis en place le soir du 13 novembre, occultant la nécessité du questionnement et de l'action réfléchie. L'intention était peut-être de rassurer en affirmant l'efficacité de « la réponse médicale dans le cadre d'attaques multisites à Paris ».

Entre droit et besoin de savoir, une réflexion s'impose d'autant plus que l'information constitue le relais visé des terroristes qui sont attentifs au caractère spectaculaire de leurs initiatives. Qu'en est-il de la protection des victimes et des proches ? Ne relève-elle pas d'une éthique du soin ?

## V. Ethique du soin à l'épreuve de l'attentat terroriste

### Perspectives politiques.

#### ⇒ Ouverture des hôpitaux.

Perçue comme un enjeu majeur par certains acteurs médiatiques et politiques, la question de l'ouverture des hôpitaux à tous en situation de crise pourrait justifier des approfondissements. Comment les protéger d'une intrusion terroriste qui affecterait les capacités de soin tout en exposant les personnels ?

#### ⇒ La question de la reconnaissance des soignants.

Dans les médias, et par le biais de personnalités politiques, l'engagement des soignants a été honoré, voire même héroïsé. Ce discours sur la prise en charge des blessés dans la nuit du 13 novembre se justifie tant la réactivité du système de soin a permis de sauver des vies. Néanmoins, deux questions se posent. Tout d'abord, les modalités et la visibilité de cet hommage doivent être réfléchies, la distribution empressée d'une médaille ou une courte visite ayant une valeur certes symbolique mais pouvant être considérées de manière péjorative par des professionnels ayant le sentiment « d'avoir assumé leur devoir » en toute simplicité. Deuxièmement, il ne faut pas que le discours du héros vienne se supplanter à l'urgence de la réflexion et de la décision réfléchies. Des réflexions doivent se développer dans les temps qui succèdent les attentats.

Cette question de la reconnaissance doit poser la question du devoir. Le remerciement, l'héroïsation, viennent saluer un acte exceptionnel qui pourtant a pu être décrit dans la réunion comme quelque chose de spontané à l'intérieur d'une culture où, comme il est écrit précédemment, l'action est valorisée contre la passivité et l'impuissance.

#### ⇒ L'anticipation : comment intégrer l'exceptionnel dans le quotidien ?

Finalement, la question de l'anticipation a été identifiée comme un enjeu majeur. L'observation a été faite que, même pour les gens formés à la médecine de catastrophe (dans le cadre de la spécialité « médecine d'urgence »), un grand nombre de personnes semblaient avoir occulté leurs acquis en situation de terrorisme.

L'anticipation est éminemment spéculative, puisqu'il convient de décider ce qui doit être anticipé et ce qui ne doit pas l'être. Afin de trouver une issue à cette délicate situation, il faut réussir à intégrer l'exceptionnel dans le quotidien, tout en ayant conscience que l'anticipation peut relever en partie d'un fantasme. De telles limites se rencontrent dans la question de l'exercice de sécurité et dans sa juste mise en œuvre.

Cela dit, l'acte terroriste se spécifie par son caractère à la fois imprévisible et sidérant.

#### ⇒ L'intervention dans la durée.

À la suite de l'intervention vitale dans l'urgence, comment s'inscrire dans la complexité et la durée du soin ? Comment accompagner ceux qui ont été confrontés à des traumatismes de multiples formes ? Comment les reconnaître dans ce qu'ils éprouvent ?