

**LA RELATION ÉTHIQUE ENTRE SOIGNANT ET SOIGNE A
L'ÉPREUVE DES NOUVELLES MALADIES PANDÉMIQUES ET
ÉPIDÉMIQUES, Koffi Séna TOGBE (Institut Supérieur Don Bosco – Togo)**
toboris2003@gmail.com

Résumé

Ce texte tente d'analyser la relation éthique entre le soignant et le soigné au prisme des nouvelles maladies pandémiques et épidémiques tel que le corona virus. Il souligne d'une part la place importante de la relation éthique dans la pratique médicale du soin et indique d'autre part, la nécessité d'adopter des mesures exceptionnelles dans le contexte des pandémies et épidémies tout en insistant sur le nécessaire retour à la relation éthique lorsqu'on sort des pandémies. Ces nouvelles maladies, indique cet article, révèlent la nécessité de réformer les institutions hospitalières dans les sociétés contemporaines notamment dans celles d'Afrique.

Mots clés : soin, pandémie, épidémie, relation éthique, relation soignant-soigné.

THE ETHICAL RELATION ENTERS NURSING AND TAKE CARE OF TO THE TEST OF THE NEW ILLNESS PANDEMICS AND EPIDEMIC

Abstract

This text attempts to analyze the ethical relationship between the caregiver and the patient through the prism of new pandemic and epidemic diseases such as the corona virus. It underlines on the one hand the important place of the ethical relationship in the medical practice of care and on the other hand, indicates the need to adopt exceptional measures in the context of pandemics and epidemics while insisting on the necessary return to ethical relationship when we emerge from pandemics. These new diseases, this article indicates, reveal the need to reform hospital institutions in contemporary societies, particularly in those of Africa.

Keywords: care, pandemic, epidemic, ethical relationship, caregiver-patient relationship.

Introduction

Lorsqu'on analyse la pratique médicale contemporaine du soin, on arrive à l'idée selon laquelle l'exercice médical du soin est articulé autour de deux dimensions que sont « guérir » et « prendre soin ». Dans le soin médical, il est inapproprié de séparer la guérison du « prendre soin ». Une tentative de séparation de ces deux dimensions ruine le soin et dépouille l'exercice médical du soin de sa finalité. En réalité, le soin est un besoin nécessaire pour chaque homme. Et son administration devient sujet de débat dans les pratiques médicales modernes et contemporaines ancrées dans le paradigme de l'opérativité scientifique. À cet effet, les nouveaux outils de diagnostic, de traitement de maladies et de prise en charge du malade amènent les tenants de cette pratique à distinguer, dans la sphère du soin

médical, guérir et prendre soin. Cette distinction remet en cause l'originalité de la médecine. Rappelons l'une des grandes formules de Hippocrate (460-370), célèbre père de la médecine, que tout médecin doit avoir à l'esprit : « *Primum non nocere* ». Cette règle en latin signifie : « d'abord ne pas nuire » issue du *Traité des Épidémies* (I, 5) d'Hippocrate, qui définit ainsi le but de la médecine : « Face aux maladies, avoir deux choses à l'esprit : faire du bien, ou au moins ne pas faire de mal » (A. Toledano, 2017, p.35). C'est un ensemble de principes qui érigent comme obligation morale et professionnelle du médecin, la nécessité impérieuse de guérir et de prendre soin. À partir de ce principe, dans la pratique médicale, notamment dans l'exercice du soin, guérir et prendre soin deviennent les deux faces d'une seule chose. Cette unité d'une part interpelle le soignant à faire preuve de maîtrise de la connaissance technoscientifique dans l'articulation de son objectivité et à prendre en compte la subjectivité du malade dans les pratiques du soin. Cela révèle la relation éthique qui doit régner entre le soignant et le soigné dans la pratique du soin. Cependant, les pandémies et épidémies imposent des mesures d'urgences qui éprouvent négativement cette relation éthique. C'est pourquoi cet article tente de répondre à la question suivante : comment articuler la relation éthique et la prise en compte des mesures d'urgences dans la pratique du soin médical en contexte de maladie pandémique ou épidémique ? Notre hypothèse est que la relation éthique demeure la seule condition d'un soin de qualité et que même si elle devient faible pendant les pandémies et épidémies compte tenu des mesures d'urgences, il faut la réinstaurer dès la sortie de crise sanitaire. Puisqu'elle demeure la condition fondamentale d'un soin qui vise le bien-être du patient. L'analyse de cette problématique passera par trois principales approches. D'abord, la double dimension du soin médical comme guérir et prendre soin. Ensuite, la relation soignant-soigné comme relation éthique et enfin, les difficultés de la relation éthique dans la pratique du soin médical en contexte pandémique et épidémique.

1. La double dimension du soin médical comme guérir et prendre soin

Le soin médical comporte deux éléments à savoir le Care et le Cure. À l'opposé du *care* qui synthétise la dimension biologique, psychologique et sociale du malade pour une vision d'ensemble de la maladie, le *cure* se concentre entièrement sur une caractéristique de ce dernier, en l'occurrence la maladie à traiter. C'est au paradigme médical contemporain avec la médecine expérimentale de Claude Bernard qui s'inscrit comme une suite logique du modèle expérimental des sciences de la nature telles que la physique et la chimie que l'on doit cette façon de procéder. L'idée générale derrière « la méthode expérimentale, n'est rien autre qu'un raisonnement à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des faits » (C. Bernard, 1966, p. 26).

Une fois transposée dans la science médicale, la méthode expérimentale a mené à l'édification de spécialités et de sous-spécialités créant ainsi un savoir « réduit à des connaissances en silo » (P. Dominicé et L. Waldvogel, 2009, p. 17). C'est-à-dire un savoir divisé verticalement en diverses spécialités faisant en sorte qu'un cardiologue ou un pneumologue ne voit que le cœur ou les poumons

lorsqu'il fait face à son patient et non une personne qui dépasse la simplification de son organe malade. Chaque spécialité possède son propre champ d'intérêt et d'intervention. Alors, tous les aspects et les phénomènes qui débordent l'objet d'investigation apparaissent comme impertinents au point même de devenir invisibles pour les cliniciens. Le malade est réduit à sa pathologie. Ce qui contribue à son existence et ce qui fait de lui un être unique ne figurant pas dans le champ d'exercice médical.

D'un côté, il y a une première posture de soin, celle qui consiste en un caractère relationnel et altruiste, et laquelle prend en considération la personne dans son intégrité. De l'autre côté, l'acte technique et pratique destiné à la réparation des tissus et de toutes les parties du corps. Ces deux orientations à l'égard du soin, bien que distinctes, sont interdépendantes. Néanmoins, dans la logique de la médecine expérimentale, une d'entre elles a pris une plus grande importance dans la pratique soignante au point d'en venir à évincer l'autre. La conception du soin dans le milieu médical, est désormais uniquement centrée sur l'axe curatif. Par conséquent, l'essence du *care*, c'est-à-dire le souci envers le vulnérable, s'est dilué dans l'activité soignante. Pourtant, cette constatation n'a pas la prétention d'être originale ou inédite. C'est à juste titre que Marie-Françoise Collière souligne cet écart des soins de maintien et de continuité de la vie [*care*] au profit des soins qui repoussent la mort [*cure*]. Collière précise que « L'histoire des soins se dessine autour de deux grands axes ayant engendré deux orientations dont l'une assurera sa prédominance au point d'assimiler l'autre, de la résorber, voire de tenter de la faire disparaître. » (C. Marie-Françoise, 1982, p. 23).

L'identification des soins aux traitements se reflète dans les services hospitaliers. L'ensemble du travail des professionnels de la santé est dicté et condensé dans les dossiers médicaux, les notes infirmières, les plans de soins et les plans thérapeutiques, différents outils qui consistent à résumer les tâches à exécuter auprès des patients. On y retrouve généralement les examens diagnostiques, les prélèvements sanguins, les réfections de pansements, la fréquence des prises des signes vitaux, l'entretien de certains outils et équipements, etc. Il s'agit là des actes techniques qui énoncent, dans l'ensemble, la pratique médicale des thérapeutes. De ce fait, l'organisation du travail du corps médical est modelée en fonction des actions thérapeutiques à prodiguer.

En fait, tous les comportements qui ne s'inscrivent pas dans une approche technoscientifique du corps-objet inhérente au *cure* ne s'insèrent pas dans une structure organisationnelle centrée exclusivement sur la maladie à traiter, ce qui sape toute possibilité d'aspirer au statut de soin comme l'illustre la remarque de Walter Hesbeen :

En abordant la pratique soignante en termes de tâches à effectuer, on dévalorise cette pratique, car on n'en retient que la seule partie visible, plus ou moins compliquée, mais aisément maîtrisable par un apprentissage approprié. Cela se fait au détriment de son contenu réel qui, lui, est complexe et, dès lors, invisible, car subtil. Le caractère réducteur qui en résulte, et qui alimente tant et tant d'outils de mesure et de démarches dites d'évaluation des soins induit progressivement une autre représentation de la pratique, laquelle ne peut plus, dans ce cas, être qualifiée de

soignante. (W. Hesbeen, 2009, p. 33).

Les tâches et les actions à poser envers les patients reflètent désormais l'essentiel du soin, si bien que le reste de la pratique soignante, ce qui relève d'une posture centrée sur le *care*, devient invisible au regard des intervenants.

Dans cette approche du soin apparaît la notion de « qualité de soin ». Est dit soin de qualité la démarche thérapeutique qui garantit le meilleur résultat en matière de santé et de traitement de la maladie. L'évaluation de la qualité de l'acte est basée sur des critères reconnus. Par conséquent, le soin, pour être évalué et obtenir le statut de qualité, doit être mesurable et quantifiable. Par exemple, une technique d'asepsie est jugée de qualité, pour autant qu'elle respecte les grandes lignes de ce qui est généralement accepté par la communauté scientifique et qu'elle se conforme aux procédures et protocoles établis par les pairs. Cette approche a l'inconvénient de circonscrire le soin strictement à ce qui peut être objectivé et évalué. À l'opposé, la dimension plus artisanale du *care*, où chacun a sa propre recette et sa propre manière d'être en relation, se distingue des protocoles et des répertoires de ce qui est généralement attendu. Du coup, seul le savoir-faire peut revêtir le statut de soin. Le savoir-être, par sa nature et sa subtilité, se prête difficilement à l'évaluation scientifique. Le thérapeute ne fait pas une relation d'aide comme il est coutume de l'entendre dans les services, mais il est plutôt en relation aidante avec un malade. La pratique associée à ce savoir-être, puisque jugée banale, est alors abandonnée au personnel subalterne qui possède moins d'expertise dans le savoir-faire médical.

En réalité, il apparaît difficile de soigner, sans prendre soin de la personne qu'on soigne, à moins de refuser à celle-ci le statut d'être humain. Il faut souligner la dualité propre à la notion de soin, laquelle désigne tantôt le traitement médical, au sens strict, l'acte de faire des soins, tantôt, dans un sens plus large, une disposition ou une attitude, caractérisée par une certaine sollicitude ou bienveillance, et qui consiste à prendre soin de l'autre. Si la notion de soin est double, on ne peut dissocier les deux aspects.

Soigner apparaît comme une activité complexe, dans la mesure où elle doit répondre, en même temps, à deux logiques contradictoires à savoir une logique technique et une logique humaine. Cette tension dans l'idée de soin est d'autant plus palpable chez les infirmières, du fait de leur position intermédiaire, à mi-chemin entre les médecins (qui traitent, et donc font des soins) et les aides-soignantes (à qui on confie les tâches non techniques qui relèvent du prendre soin). Cette distinction est ancienne. Par exemple, les Grecs distinguent la « *therapeia* », c'est-à-dire le traitement médical, et l'« *epimeleia* » qui correspond au souci de l'autre. Les Anglo-Saxons y font référence en opposant « *to cure* » et « *to care* ». Tout d'abord, soigner équivaut à faire des soins, c'est-à-dire à traiter un individu malade, afin de le guérir. Pris en ce sens, soigner consiste à effectuer des gestes techniques qui ne sont pas à la portée de tout le monde. Mais l'idée de soin ne se réduit pas à cela. Soigner, c'est faire des soins, mais aussi prendre soin. Il est inadéquat de réduire le soin au seul traitement médical. L'idée de soin a une portée beaucoup plus large. De fait, dans le cas où soigner revient à prendre soin, ce qui

est en jeu, ce n'est plus un ensemble d'actes techniques précis, mais plutôt une attitude ou une disposition globale à l'égard de quelqu'un, qui a pour caractéristique première d'être vulnérable.

Dans la perspective de cette affirmation, il faut remarquer d'une part qu'un changement intervient au niveau du statut de l'activité. Soigner, au sens de faire des soins, est devenu un métier au même titre que les autres. Dans notre société, fondée sur la division du travail, chacun doit se spécialiser dans un domaine particulier. Loin d'être un métier, prendre soin a une dimension universelle. Si les hommes prennent soin les uns des autres, ce n'est pas seulement dans des moments exceptionnels, lorsqu'ils sont en proie à telle ou telle maladie ; c'est parce qu'ils sont naturellement vulnérables et dépendants les uns des autres. Pris en ce sens très général, le soin est une activité essentielle à l'homme, en ce qu'elle lui permet, en tissant des liens avec ses semblables, de compenser sa vulnérabilité naturelle. D'autre part, il y a un changement qui s'opère au niveau du contenu de l'activité. Le traitement relève d'un savoir-faire technique et rationnel, alors que le « prendre soin » désigne plutôt un « savoir-être avec autrui », et a un fondement affectif. Prendre soin, c'est se soucier de l'autre, c'est veiller, non seulement à sa guérison, mais aussi à son bien-être. Les gestes accomplis ne sont pas techniques, et ne relèvent pas d'une procédure qu'il faudrait appliquer ; on cherche à établir un contact, on assiste, on parle, on écoute. En outre, si on fait des soins pour traiter la maladie, on prend soin, en revanche, du malade. Si le traitement a pour objet la maladie localisée dans telle ou telle partie du corps, l'attitude qui consiste à prendre soin vise le malade pris dans sa globalité.

Ainsi, il faut veiller à l'articulation entre les deux aspects du soin. Toutes les critiques qui portent sur la déshumanisation de l'hôpital soulignent cet écart entre le traitement de la maladie et le souci du malade. Georges Canguilhem écrit ainsi : « Il faut s'avouer enfin qu'il ne peut y avoir homogénéité et uniformité d'attention et d'attitude envers la maladie et envers le malade, et que la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie » (G. Canguilhem, 1968, p.408). Dès lors que le « faire des soins » prend le dessus sur le « prendre soin », l'hôpital devient une « machine à guérir ». Loin d'opposer le traitement objectif de la maladie, et la prise en charge subjective du malade, il faut les associer.

Chez les Grecs, il y a une distinction entre les deux dimensions du soin, mais l'accent est mis sur leur complémentarité. Elle est intéressante pour la relation privilégiée entre le soignant et le soigné. La relation de soin est individualisée. Soigner consiste essentiellement à dialoguer avec le malade. Il ne s'agit pas de guérir la maladie, en général, mais tel ou tel malade en particulier. Dans cette compréhension du soin médical, la relation entre le soignant et le soigné prend une dimension éthique.

2. La relation entre soignant et soigné comme relation éthique

La relation entre le soignant et le soigné est, avant toute chose, une relation éthique puisque notre relation à autrui, en tant qu'« absolument Autre » (E. Levinas, 1961, p. 23), est d'emblée éthique. L'éthique levinassienne se dresse dans

un rapport où les individus sont en interaction dans une relation intersubjective dissymétrique. Bien que l'éthique médicale tente, depuis des décennies, de redonner au malade toute sa valeur d'être humain, c'est-à-dire d'un être autonome et d'un partenaire dans le pacte de soin, il demeure que sous cette apparente relation de sujet à sujet se cache une inégalité absolue qui mérite d'être soulignée puisqu'elle est au fondement même du soin. En réalité, le soin est un lieu ou un moment de rencontre. De ce fait, le soin n'est possible que si le soignant et le soigné se rencontrent sous l'égide de la sincérité. Cependant, il ne suffit pas qu'une infirmière donne une médication, panse une plaie ou qu'elle soit auprès du malade pour qu'on puisse qualifier cet échange de rencontre. La rencontre soignante, par son caractère éthique, dépasse le simple acte de présence qu'implique la dispensation d'une intervention clinique dans une relation strictement médicale. Elle est d'un autre niveau, d'un tout autre registre. En effet, le face à face mécanique et protocolaire, dans le cas d'une intervention technique entre les deux protagonistes, peut se faire en dépit d'une condition essentielle au fondement de la rencontre éthique, à savoir la sensibilité du soignant à la sollicitation du soigné. Pour donner lieu à la rencontre soignante, il faut d'abord que le malade soit reconnu dans sa dignité comme un individu irréductible ayant sa propre subjectivité, c'est-à-dire comme l'Autre.

Lorsque le soin se vit comme lieu de rencontre, le soigné devient une personne égale avec laquelle le soignant communique. Le soignant n'est pas seulement devant une maladie à guérir mais devant une personne humaine digne. On dépasse, à partir de là, le souci d'objectivation du médecin, qui tend à réduire la réalité du malade aux catégories médicales, seules informations pertinentes à l'élaboration d'un plan thérapeutique dont la finalité dernière est la guérison de la maladie. Puisque la médecine orientée vers une posture curative, fait l'éloge des outils techniques utilisés dans la guérison et le rétablissement de la santé. Ce faisant, cette approche médicale occulte toute trace d'extériorité, de la différence, bref de l'altérité du malade. L'effet indésirable d'une posture curative du soin est la réduction de l'hétérogénéité du malade à des phénomènes strictement biologiques, lesquels mènent le thérapeute à se forger une idée théorique de son malade.

La rencontre soignante, ne peut avoir lieu que lorsque le soigné est considéré comme un humain à part entière et non comme un objet de connaissance. L'ordre de la réalité se caractérise par l'expérience que fait le Je sur les différentes choses du monde. Je pense une chose, je me représente une chose, je sens une chose, etc. Tout cet empire des choses se rapporte à la subjectivité du sujet. L'altérité est donc réduite au domaine du Même. Or, pour Buber, le couple Je-Tu est l'archétype de la relation, comme quoi il n'y a de rapport éthique que dans la correspondance entre deux subjectivités distinctes. Un Je qui entre en rapport avec Tu dans un registre différent que celui de la connaissance, c'est-à-dire sur le mode de la relation. Ce n'est que dans la relation Je-Tu que la rencontre entre le soignant et le soigné peut se manifester. Ainsi, en traitant les malades comme des machines, il n'y a aucune chance que puisse survenir une rencontre. Car, pour reprendre les paroles de Buber : « l'humanité réduite à un Cela, telle qu'on peut l'imaginer, la postuler et l'enseigner, n'a rien de commun avec la forme d'humanité corporelle à

laquelle un homme dit Tu de tout son être » (M. Buber, 1970, p. 21). Aussi, comme le fait remarquer Levinas : « L'expérience irréductible et ultime de la relation me paraît en effet être ailleurs : non pas dans la synthèse, mais dans le face à face des humains, dans la socialité, en sa signification morale » (E. Levinas, 1982, p. 71) ; Il poursuit en soulignant que « le non-synthétisable par excellence, c'est certainement la relation entre hommes. » (E. Levinas, 1982, p. 71). En effet, la relation soignante n'est pas réductible à un rapport de domination où le soignant heurte, d'une certaine façon, le soigné en procédant à une objectivation de son mal. Au contraire, elle se situe dans un autre registre, c'est-à-dire dans la rencontre avec un être irréductible, haut de son extériorité. Pour Levinas, la relation éthique se donne dans un rapport où l'Autre n'est en aucun cas assimilable au domaine du Même. « Être en rapport direct avec autrui, ce n'est pas thématiser autrui et le considérer de la même manière qu'on considère un objet connu » (E. Levinas, 1982, p. 50). Au contraire, l'Autre est justement celui sur lequel le sujet ne peut avoir de la supériorité. Le soigné, dans la relation soignante, ne doit pas devenir qu'un objet de connaissance. Le soignant ne peut pas le saisir, le comprendre et finalement le dominer

Ainsi, dans la relation dite soignante, le patient – l'Autre – est considéré comme un individu porteur d'une hétérogénéité, en grande partie, inaccessible à la représentation scientifique et au discours médical. À ce sujet, la pensée de Georges Canguilhem, s'inscrit dans la logique de cette réhabilitation de la subjectivité du soigné. Canguilhem dénonce la rationalité médicale qui se prétend seule juge de ce qui est normal et pathologique. Cette normativité inhérente à la médecine conduit à l'élaboration de critères de ce qu'est l'état de santé normal. L'Autre est munie d'une subjectivité qui dépasse les prétentions assujettissantes de la médecine moderne.

L'Autre métaphysique est autre d'une altérité qui n'est pas formelle, ni d'une altérité qui n'est pas un simple envers de l'identité, ni d'une altérité antérieure à toute initiative, à tout impérialisme du Même. Autre d'une altérité qui ne limite pas le Même, car limitant le Même, l'Autre ne serait pas rigoureusement Autre : par la communauté de la frontière, il serait à l'intérieur du système, encore le Même. (G. Canguilhem, 1966, p. 91).

L'altérité du soigné, en l'occurrence son vécu et son expérience, ne peut pas être assimilée à une perception médicale inspirée par une approche exclusivement biomécanique. C'est d'ailleurs dans ce même ordre d'idées que Canguilhem souligne qu'il n'y a de norme que subjective. C'est-à-dire que la normativité est le propre du soigné et non du soignant. La subjectivité d'autrui devient alors la référence en matière de normativité, de ce qui est normal et pathologique. En effet, « Il n'y a pas de fait normal ou pathologique en soi » (G. Canguilhem, 1966, p. 91). Autrement dit, la frontière entre le normal et le pathologique est du ressort du soigné et non plus de la rationalité médicale. La normativité se caractérise donc par sa subjectivité et sa relativité. Tout le contraire de la médecine moderne avec ses aspirations d'une essence commune et de dominateurs universels de ce qu'est la santé. Par exemple, « Avec une infirmité

comme l'astigmatisme ou la myopie on serait normal dans une société agricole ou pastorale, mais on est anormal dans la marine ou dans l'aviation. » (G. Canguilhem, 1966, p. 133). Cette illustration démontre qu'il est plus approprié de considérer les normes individuelles que celles généralement admises dans les sciences biomédicales. Le myope verra sa vie incommodée s'il est un marin ou un aviateur, mais non s'il est un agriculteur. Ainsi, « C'est le pathos qui conditionne le logos » (G. Canguilhem, 1966, p. 139). C'est à partir de l'intuition du soigné, de son expérience et de son vécu, que la pratique soignante doit s'exercer. Le soigné devient le point de référence de la pratique hospitalière. La volonté de Canguilhem n'est que de redonner une voix au soigné, laquelle est souvent ignorée dans la logique médicale moderne (A. MOL, 2009). C'est pourquoi devant deux individus avec la même pathologie, les soins apportés seront différents puisque la vie de chacun n'est pas réductible à un dénominateur commun ni à une ligne directrice à respecter.

C'est en voulant assimiler l'expérience du malade à la logique scientifique que les membres du corps médical se privent d'une relation avec le patient, sans compter que cette assimilation a comme conséquence de dépersonnaliser le malade. La relation de soin redonne au soigné la place qui lui revient dans la démarche soignante, c'est-à-dire qu'elle réintègre la subjectivité du soigné dans le processus médical

Dans la relation éthique, le soigné ne peut pas être assujéti à la sphère du Même, au domaine du savoir. Aux yeux de Levinas, l'Autre est inaccessible, il échappe à toute tentative d'appropriation, d'expropriation de son être, de son histoire, de sa subjectivité, de son existence, de son individualité, de sa singularité et de son identité propre. « L'absolument étranger seul peut nous instruire. Et il n'y a que l'homme qui puisse m'être absolument étranger – réfractaire à toute typologie, à tout genre, à toute caractérologie, à toute classification – et, par conséquent, terme d'une "connaissance" enfin pénétrant au-delà de l'objet » (E. Levinas, 1961, p. 71). Le soigné est donc irréductible et c'est cette radicale irréductibilité qui permet à la relation de soin d'exister puisqu'il ne peut y avoir une relation soignante qu'entre deux individus, c'est-à-dire dans la rencontre entre deux subjectivités distinctes.

Dans la relation de soin, le soigné se manifeste au soignant en tant qu'altérité totale. Il se dérobe à toute tentative de réification d'une médecine déshumanisante, laquelle tente, par tous ses moyens techniques, d'extraire la subjectivité du patient pour ne considérer que les phénomènes physiologiques de la maladie (C. Lefèvre et al, 2010). Autrement dit, le malade, dans la relation de soin, est rencontré en tant qu'individu singulier possédant une histoire et une expérience de sa maladie. Ces composantes subjectives et personnelles ne peuvent, en aucun cas, être transposées dans un canevas biomécanique intrinsèque à l'approche médicale curative. Elles sont d'un autre rapport, c'est-à-dire pure altérité.

Le visage du soigné déborde l'aspect tangible et extérieur de sa silhouette. C'est autre chose que la forme plastique. Précisément, l'accès au visage est « la manière dont se présente l'Autre, dépassant l'idée de l'Autre en moi » (E. Levinas, 1961, p. 43). L'autre se présente à moi comme un être qui dépasse l'idée que je

peux me faire de lui, comme un être qui outrepassa la connaissance que je me fais de lui (P. Payez, 2009). À l'image de l'infini, il transcende mes représentations, il est d'une extériorité et d'une différence sans borne. Mais dans le contexte des maladies épidémiques et pandémiques, la relation éthique entre le soignant et le soigné éprouve quelques difficultés notamment l'écoute et le dialogue.

3. Les nouvelles maladies pandémiques et épidémiques et les difficultés de la relation éthique entre soignant et soigné

Les deux dernières décennies sont marquées par l'émergence de plusieurs maladies épidémiques et pandémiques qui ont affecté tous les aspects de la vie sociale et modifié l'organisation et la pratique du soin médical. On notera d'abord le Choléra qui est une infection diarrhéique aigüe causée par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Ensuite, l'Ebola qui est une maladie grave et très mortelle chez l'homme. On parlera en outre de la méningite, de la peste et enfin du corona virus. Ces maladies pandémiques et épidémiques notamment le corona virus soulèvent des défis majeurs sur le plan politique, social et médical.

En se focalisant par exemple sur le défi politique en Afrique, on notera quelques éléments. Ainsi, sur le plan politique, le corona virus indique qu'en Afrique, nous avons besoin de la bonne gouvernance et de la culture de la bonne gouvernance. Sans faire ici l'herméneutique de la bonne gouvernance, il faut retenir qu'elle est une gouvernance publique qui consiste à gérer les biens publics de façon juste et équitable en travaillant pour le bien de la population. En terme pratique, cela signifie que les dirigeants travaillent, non pour leurs intérêts propres, égoïstes mais pour l'intérêt général. Sans tâcher de rappeler ici les bienfaits ou avantages de la bonne gouvernance, il convient de rappeler qu'elle maintient au moins la confiance entre les gouvernants et les gouvernés. La difficulté de la gestion du corona virus en Afrique tient aussi en ceci que la majorité de la population n'a pas confiance aux gouvernants et aux informations qu'ils donnent. Ce qui fait que la population peine à respecter les mesures prises par les gouvernements tant l'existence réelle de la pandémie est mise en cause par une couche sociale.

Dans un autre sens, le manque de la bonne gouvernance et les détournements des biens publics par les gouvernants conduisent à des actes de non-respect des lois par certains citoyens. Ces derniers tentent de prendre leur revanche par le non-respect des mesures prises par les gouvernements dans le cadre de la lutte contre le corona virus. Aussi apparaît-il que dans le cadre de la gestion et même de la lutte contre la pandémie de corona virus, les gouvernements africains ou la plupart des gouvernements africains ont adopté des attitudes de communication qui ne convainquent pas la population. Les télévisions nationales qui ont été mises à contribution dans la lutte contre cette pandémie n'ont jamais diffusé les images des malades (c'est-à-dire ceux qui sont atteints par le corona). Les conditions de prise en charge des malades liés au corona constituent un exemple tangible. Puisque, les locaux des centres de prise en charge ainsi que les conditions de traitement apparaissent inappropriés.

Dans la relation éthique du soin, certaines valeurs sont cardinales. On peut

citer l'écoute active et l'empathie, le respect de la dignité du patient et le secret professionnel. En réalité, les nouvelles maladies pandémiques éprouvent négativement ces règles éthiques dans la pratique du soin médical. Puisque, dans le souci de promouvoir la santé publique, le soignant ne peut pas et ne doit pas garder le secret professionnel lorsqu'un patient est atteint par une maladie pandémique (C. Crignon et D. Lefebvre, 2019). Il est tenu de communiquer l'état de santé du patient à ses proches et même au-delà du cadre restreint de ses proches. Par exemple au Togo, certaines mesures ont été prises par le gouvernement pour contrer le corona virus. Il s'agit des gestes barrières qui comprennent le fait de rester toujours à distance les uns des autres, le fait de ne pas se toucher et surtout la nécessité de dénoncer tout cas suspect.

Dans un tel contexte, le secret professionnel et le dialogue éthique entre le soignant et le soigné sont éprouvés. Puisque le soin médical se trouve dans un dilemme. Comment le soignant peut maintenir la relation éthique d'écoute et de dialogue responsable avec le soigné tout en se protégeant ? De même, comment préserver le secret professionnel ? Ou pourquoi les patients atteints du corona virus ou d'Ebola peinent à se dénoncer eux-mêmes alors même qu'il faut préserver la santé de leurs proches ? Ces éléments montrent en réalité que dans une situation exceptionnelle et d'urgence, il convient d'adopter des mesures exceptionnelles. Toutefois, il est nécessaire de remettre la relation éthique au cœur du soin dès que l'on sort de la situation pandémique et d'éviter d'éterniser les mesures liées à la situation exceptionnelle. Dans un autre sens, la gestion du corona virus montre qu'il faut reformer l'institution hospitalière afin de former des praticiens capables d'offrir des soins complets même en situation de pandémies et d'épidémies. Puisque, à notre sens, la relation éthique ou la vraie relation de soin doit permettre de garantir le bien-être complet du patient.

Conclusion

En définitive, ce texte nous a permis de montrer que la relation de soin est une relation éthique. Ainsi, nous nous sommes concentrés sur ce qui ne se prête pas au domaine du Même, sur ce qui ne se réduit pas au champ des connaissances médicales, en l'occurrence l'Autre. L'Autre levinassien a la particularité d'être insaisissable à l'image de l'infini et du visage. Son infinitude révèle son antériorité sur le sujet fini, lequel ne peut être la cause d'une notion qui l'outrepasse. Conséquemment, la subjectivité du soigné est sienne et ne peut être appréhendée par une objectivation des sciences médicales. C'est d'ailleurs par la droiture du visage – qui se prête beaucoup mieux à la nature des propos sur le soin et à la relation soignant-soigné – que Levinas réitère le statut particulier de l'Autre : son incommensurabilité. Ainsi, ses propos permettent de montrer que la pratique médicale actuelle ne peut pas être véritablement soignante dans la mesure où, dans sa relation, le soigné ne se manifeste jamais comme un être irréductible. Au contraire, il est constamment chosifié dans la conscience des médecins et des infirmières. Le soin se concrétise dans la relation humaine entre le soignant et le soigné. Il faut d'abord que ce dernier soit considéré comme une entité à part entière et ce n'est qu'à partir de ce qui a été dit relativement à l'Autre que l'on peut

revaloriser la place du soigné dans la rencontre hospitalière. Mais, les situations pandémiques et épidémiques qui exigent des mesures d'urgences relativisent cette réalité. Toutefois, il faut veiller à l'application de la relation éthique dès la fin des crises pandémiques et épidémiques afin d'offrir des soins de qualité pour le bien-être et l'épanouissement des patients.

Références bibliographiques

- BERNARD Claude, 1978, *Introduction à la médecine expérimentale*, Paris, Flammarion.
- BUBER Martin, 1970, *Je et Tu*, Aubier Montaigne, Paris.
- CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CANGUILHEM Georges, 1968, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », in *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin.
- CRIGNON Claire et LEFEBVRE David, 2019, *Médecins et philosophes*, Paris, CNRS Editions.
- LEFEBVRE Céline et al, 2010, *La philosophie du soin*, Paris, PUF.
- LEVINAS Emmanuel, 1982, *Éthique et Infini*. Dialogues avec Philippe Nemo., Arthème Fayard.
- LEVINAS Emmanuel, 1961, *Totalité et Infini, Essai sur l'extériorité*, La Haye, Nijhoff,
- LEVINAS Emmanuel, 1990, *Autrement qu'être ou Au-delà de l'essence*, Librairie générale Française, Paris.
- MOL Annemarie, 2009, *Ce que soigner veut dire*, Paris, Presses des Mines.
- PRAYEZ Pascal, 2009, *Distance professionnelle et qualité de soin*, Paris, Lamarre.
- WORMS Frédéric 2006, « Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales », Dans *Esprit*, janvier, pp. 141-156.
- WORMS Frédéric, 2012, *Soin et politique*, Paris, PUF.