



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

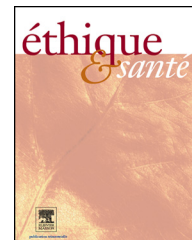


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Vulnérabilités, responsabilité éthique et accueil de l'altérité durant le premier confinement de la crise sanitaire Covid 19 : l'exemple d'un Centre de Soin d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Vulnerabilities, ethical responsibility and acceptance of otherness during the first Covid lockdown: A case study of a French Care Centre for Support and Prevention in Addictology

L. Marcucci^{a,b,c,d,e,*}, S. Nutini^{f,g}

^a Faculté de médecine, 2, avenue du Professeur Léon Bernard, 35 000 Rennes, France

^b Centre Atlantique de Philosophie, Université de Rennes 1, Rennes, France

^c Centre de Recherche en Histoire des Idées (UPR 4318), Université Côte d'Azur, Nice, France

^d Anthropologie Droit Éthique et Santé (UMR 7268), Aix-Marseille Université, Marseille, France

^e Espace de Réflexion Éthique de Bretagne (EREB), Bretagne, France

^f Centre de Soin d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Grasse (Alpes Maritimes), France

^g Membre du comité d'éthique du Centre Hospitalier de Grasse (Alpes Maritimes), Grasse (Alpes Maritimes), France

Disponible sur Internet le 13 octobre 2022

MOTS CLÉS

Vulnérabilités ;
Levinas ;
Addictions ;
Masques ;
Crise sanitaire

Résumé Le premier confinement de la crise sanitaire Covid 19 a bouleversé les pratiques médicales et soignantes, avec une priorisation des patients positifs à la Covid et une focalisation sur les flux en réanimation. Or, dans les Centres de Soin d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), la dimension relationnelle du soin est centrale. Les professionnels de santé ont été impactés par les protocoles contraignants en matière d'asepsie, avec un risque de rupture de suivi accru chez des patients déjà vulnérables. À partir du cas du CSAPA de Grasse, l'article vise premièrement à analyser rétrospectivement les tensions

* Auteur correspondant.

éthiques rencontrées autour de l'accueil de l'altérité de ces patients aux problématiques complexes et deuxièmement à mettre en lumière l'inventivité des soignants dans leurs pratiques quotidiennes. L'approche développée est philosophique et conceptuelle, centrée sur la philosophie d'E. Levinas et son éthique du « visage » car la crise a exacerbé des tensions éthiques préexistantes autour de l'intersubjectivité. Les soignants ont dû faire face à une « responsabilité pour autrui », elle aussi renforcée. Mais la crise a pu aussi être l'occasion de réinvestir le soin relationnel, en se détachant du primat de la vue: le masque a tantôt aidé tantôt entravé le soin relationnel, mettant au jour la vulnérabilité partagée des soignants et des soignés. La crise sanitaire nous rappelle que la vigilance est toujours de mise vis-à-vis des risques de déshumanisation de la relation de soin.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Vulnerabilities;
Levinas;
Addictions;
Masks;
Health crisis

Summary The first Covid-19 lockdown changed medical and care practices. Although positive patients were prioritised and the focus was on the efficiency of the intensive care units, the relational aspect of care is central to the philosophy of French Care Centres for Support and Prevention in Addictology (CSAPA in French). The caregivers were impacted by restrictive aseptic protocols, with an increased risk of patients, that are already very vulnerable, abandoning or not following-up their treatment. Based on the case of Grasse CSAPA, the paper aims (1) to analyse, retrospectively, the ethical tensions triggered by the acceptance of otherness in patients with complex issues and (2) to highlight the inventiveness of the caregivers in their daily practice. The method is philosophical and conceptual and focuses on Levinas's ethics of the "face", because the crisis exacerbated pre-existing ethical tensions concerning intersubjectivity. Caregivers had to face up to a heightened ethical "responsibility for others". However, the crisis was also an opportunity to reinvest in relational care, by allowing them to detach from the primacy of sight: the masks sometimes helped and sometimes hindered care, revealing the shared vulnerability of both caregivers and patients. The health crisis reminds us that vigilance is always necessary with regard to the risks of dehumanising the relationship of care.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La crise sanitaire Covid 19 a touché massivement l'organisation de toutes les structures de soin. Le premier confinement a été particulièrement compliqué pour les soignants car les repères habituels de la prise en soin ont été bouleversés. Avec la priorisation des patients positifs à la Covid 19 et la focalisation sur les services de réanimation, les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ont connu une modification profonde des pratiques d'accompagnement et de suivi au risque de la rupture de soin chez des patients déjà vulnérables d'un point de vue ontologique, économique et social. À partir d'une situation d'appel, le cas du CSAPA de Grasse (Alpes Maritimes), l'article a pour objectif d'une part d'analyser à distance les tensions éthiques rencontrées autour de l'accueil de l'altérité de patients vulnérables et mal-aimés du système de santé et d'autre part de présenter un recours inventé pour pallier ces difficultés. Pour cette relecture « à froid », on s'appuiera sur une approche philosophique et conceptuelle, centrée sur la philosophie d'E. Levinas et ce qu'il appelle le « visage » d'autrui. Face à l'absence de repères et aux mesures d'hygiène renforcées, les tensions éthiques préexistantes autour de l'intersubjectivité et de la dimension relationnelle du soin ont en effet été aiguës. Les soignants, faisant preuve d'inventivité au quotidien, ont dû faire face à une responsabilité éthique elle aussi

renforcée. On exposera tout d'abord la situation d'appel du questionnement éthique. Puis, on analysera les tensions éthiques à l'œuvre. On présentera enfin une initiative développée dans le CSAPA de Grasse, prenant en compte l'enjeu éthique de l'accueil de l'altérité dans le suivi des personnes sujettes aux addictions.

Situation d'appel du questionnement éthique

Dans le contexte de la première vague de la pandémie Covid-19, lors du premier confinement, les CSAPA ont été confrontés à la réorganisation de leur activité quotidienne ainsi qu'à la pénurie des équipements de protection. Les soignants, intégrant les contraintes, se sont adaptés aux protocoles successifs, nécessitant des ajustements constants: solution hydro-alcoolique, port du masque, espacement des consultations et entretiens physiques, réquisition du personnel dans d'autres services hospitaliers.

Au CSAPA de Grasse, au début du premier confinement, les risques liés aux conditions d'hygiène et les précautions inhabituelles ont focalisé toute l'attention des professionnels, plaçant au second plan la dimension relationnelle du

soin. C'est en temps normal à l'occasion de la distribution individuelle des traitements substitutifs qu'on prend des nouvelles du patient, qu'on s'enquiert de ses conditions de vie et de ses besoins mais encore que d'éventuels signes de manque sont repérés. Dans ce centre, en plus du port obligatoire du masque, pour les patients comme pour les soignants, et des « gestes barrières », afin de limiter la promiscuité entre les personnes et de respecter la « distanciation sociale », les personnes suivies ont d'abord reçu leur traitement en plein air, à l'extérieur de l'unité. Certaines d'entre elles ont apprécié de ne pas se retrouver confinées à l'intérieur du bâtiment, quand d'autres ont regretté un manque d'intimité. Les patients testés positifs à la Covid-19 ont quant à eux été invités à retirer leur traitement directement en pharmacie, sans plus passer par le CSAPA, non sans risque de rupture de suivi: la perte de lien n'est en effet pas rare pour ceux qui, passés successivement par plusieurs centres, ont connu des rechutes.

Des interrogations, profondes, sur le sens et la difficulté du « prendre soin » dans ce contexte ont par ailleurs émergé chez les soignants, tiraillés entre souci de la relation et crainte de la contamination—pour leurs patients, pour eux-mêmes et pour leurs proches. Les masques ont d'abord « fait écran » au repérage des symptômes annonciateurs de *craving*, ce désir irrépressible et compulsif de consommer la substance psychoactive, symptôme majoritairement présent chez les patients souffrants de conduites addictives, *a fortiori* pendant la période de sevrage [1]. Comment nouer un lien authentique avec ces publics fragilisés qui souffrent déjà d'un fort rejet social et pour lesquels la problématique du lien est centrale dans la prise en charge? En raison du port du masque et de la désinfection obligatoire de ses mains, avant la remise du traitement tendu par le soignant, quant à lui ganté, un patient a affirmé se sentir doublement « pestiféré »¹. Comment faire pour que le sujet du soin n'ait pas de lui-même une image si dégradée?

Afin de pallier la perturbation du suivi de l'addiction, les protocoles ont été révisés chaque semaine. En outre, les équipes se sont progressivement adaptées aux contraintes, intégrant de mieux en mieux les nouvelles règles d'asepsie. Durant la troisième semaine de confinement, la diminution drastique des stocks en équipements de protection a cependant de nouveau inquiété les soignants. Par ailleurs, la situation de confinement n'a pas été bien tolérée par tous les patients: elle s'est parfois accompagnée d'une alcoolisation, d'anxiété et de violences, notamment au domicile. Les consultations physiques ont certes été repoussées mais la possibilité d'un lien téléphonique a permis aux patients qui disposaient d'un appareil² de bénéficier d'une écoute.

Durant la quatrième semaine de confinement, des personnes qui s'accommodaient plutôt bien de l'isolement ont commencé à exprimer des difficultés. Une discussion collégiale a fait apparaître le *devoir* d'assurer un service de consultation dans les différentes structures et l'importance

éthique du lien et de la présence auprès des personnes suivies. L'équipe a ainsi décidé d'augmenter le nombre de consultations en présence et s'est plus volontiers déplacé dans les services qu'au début du confinement, marquant une évolution de la vision de l'urgence.

Une fois les protocoles assimilés, la disponibilité s'est accrue pour inventer de nouvelles formes de mises en relation avec les patients.

Analyse des tensions éthiques

Venant perturber l'expérience usuelle, le premier confinement a mis en lumière des tensions éthiques préexistantes sous un nouveau jour, dans un contexte de vulnérabilité partagée soignant-soigné dont on rendra compte selon trois axes: un lien social fragilisé, les limites du privilège accordé à la vue dans nos sociétés, des vulnérabilités accrues et l'importance éthique du « visage » selon la définition qu'en donne le philosophe E. Levinas.

Un lien social fragilisé

Quoiqu'il puisse venir à manquer en contexte de pénurie, le masque est synonyme de protection. Mais, il est concomitamment le signe d'une crise suffisamment grave pour provoquer une réorganisation des pratiques les plus courantes. Ainsi, il vient reconfigurer la manière d'entrer en relation avec autrui. Du côté des soignants, il vient perturber la détection du *craving*. Ils ont en effet pour habitude d'évaluer l'existence d'une tolérance (tendance à augmenter les doses consommées pour obtenir les effets psychoactifs escomptés), la présence d'un symptôme de sevrage, l'abandon progressif des autres sources de plaisir, la poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences d'ordre physique et/ou psychique, en s'appuyant sur une échelle d'évaluation cotée de 1 à 10 [2]. Du côté des patients, tantôt il les préserve, limitant l'exposition au monde et aux affects douloureux (le masque est alors bien toléré) tantôt il prend la forme d'une sanction sociale redoublée, comme l'atteste le terme employé par l'un des patients. Le « pestiféré » est exclu et banni de la cité. Frappé de proscription, il est poussé aux marges de la communauté des vivants. Les personnes suivies ont pour la plupart connu des ruptures de liens [3], avec la famille et les proches, avec l'emploi, parfois la perte des droits civiques, quand leurs liens avec un État n'a pas été rompu dans le cas des apatrides. Elles ont bien souvent des parcours chaotiques, antérieurement aux difficultés qui leur font pousser la porte d'un CSAPA³ [4].

Avec les nouvelles ritualisations du soin et les autres équipements de protection, le masque ponctue les mécanismes d'inclusion et d'exclusion vis-à-vis du groupe et de la société. Or, la perte de lien avec le soin, chez ces publics fragilisés, est toujours possible, parfois irréversible. Les dis-

¹ C'est le terme qu'a précisément utilisé un patient pour parler de lui dans ce contexte.

² La mise en place de dispositifs de suivi s'appuyant sur les télécommunications est bien souvent rendue difficile par la précarité, soulevant le problème de l'accès équitable pour tous à des soins de qualité.

³ Ces difficultés se rencontrent également chez les personnes suivies en CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), en CADA (Centre d'accueil pour demandeur d'asile) ou en CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement des risques pour les usagers de drogue).

positifs, au début de la crise, se sont focalisés sur la sécurité biologique et la peur de la contamination. Les alliances thérapeutiques, nouvellement scellées ou bien s'inscrivant en pointillé, au fil des ruptures et des reprises de contact successives, s'en sont parfois trouvées ébranlées.

En effet, dans les pathologies de l'addiction, le lien social a été mis à mal. Lien rompu, effiloché, en déshérence, il vient questionner notre capacité à tisser et à remailler lorsque celui-ci a été gravement endommagé. Cela constitue un point de difficulté de la mise en œuvre d'une éthique relationnelle, au long court, chez les patients alcooliques et toxicomanes dont les rechutes sont nombreuses. Toute victoire est provisoire, ce qui en fait en outre des patients mal aimés du système de santé: les stratégies thérapeutiques sont mises en échec de manière récurrente au décours du suivi. Les innovations techniques, instrumentales, sont en effet de piètres recours dans ces contextes.

Le soin relationnel a bien ici toute sa place: le lien social joue un rôle thérapeutique dans la prise en charge des addictions. Dans ce CSAPA, comme dans d'autres lieux d'accueil durant le premier confinement [5], les soignants ont œuvré à continuer de rendre le lieu du soin accessible afin qu'il puisse constituer un « refuge » pour les personnes en situation de précarité, quand bien même les soins avaient été réorganisées autour des risques de contamination par la Covid.

Les limites du privilège accordé à la vue dans nos sociétés

De manière ambivalente, le masque peut être perçu comme un fardeau pour certains, quand il est libération pour d'autres. Il peut en effet constituer un obstacle dans l'accès aux émotions. Le canal privilégié de la relation intersubjective se trouvant partiellement empêché, le masque débusque toute illusion de maîtrise. Il nous oblige à renouveler nos manières d'entrer en lien avec autrui. Certes, le visage est le principal siège des émotions, d'une pathognomonie (connaissance des émotions), qui s'est développée au fil de l'individualisation de la connaissance de l'homme. Le portrait a ainsi gagné ses lettres de noblesse à l'entrée de l'âge moderne. Du point de vue de la connaissance médicale, on ne s'est plus seulement intéressé aux signes radicaux c'est-à-dire stables, fixes et figés dans le temps, relevant d'une connaissance physiognomonique de la nature humaine, mais également aux signes mutables, labiles—marques éphémères de l'émotion fugitive venant troubler la surface du visage [6]. Ce mouvement d'individualisation de la connaissance sensible, dont nous sommes les héritiers, a accompagné le paradigme de l'expression jusqu'à l'affirmation voire la revendication d'un moi subjectif émotif. Dans le même mouvement, notre époque a fait de l'apparence un fait culturel central—une société du *like*, du *selfie* et de la bonne santé affichée—au risque de l'âgisme et du validisme. Dans la société de la performance, on vise jusqu'à l'effacement des marques du temps. La vue et le visible ont tendance à saturer l'espace social au détriment des autres sens, notamment de l'ouïe, associée à l'écoute.

Au moins pour un temps, le masque nous invite ainsi à mettre de côté notre « passion scopique ». Avant toute forme

de conceptualisation et d'enrégimentement sous la modalité de l'efficacité, il peut alors être compris comme une invitation à intérioriser à nouveaux frais la relation et à porter les valeurs du soin dans les gestes du quotidien. Au fond, parmi les mesures de « distanciation sociale », l'interdit du toucher a peut-être été plus préjudiciable à l'éthique relationnelle que la mise en retrait de la vue. D'une certaine manière, empêchant, le masque libère des habitudes d'objectivation les plus familières.

Vulnérabilité et rencontre avec le « visage » selon Levinas

De tous les équipements de protection, c'est bien le masque, FFP1 ou FFP2, qui a monopolisé l'attention de tous. Mais, la technicité des acronymes, ne cache-t-elle pas, ne masque-t-elle pas autant qu'elle révèle certes de manière paradoxale, une difficulté première et liminale dans le soin, à savoir la rencontre avec autrui souffrant et vulnérable, venant ré-veiller notre propre vulnérabilité?

Les situations du quotidien ont certes tendance à nous placer dans l'objectivation d'autrui: on le scrute; on le dévisage (on entendra ici le sens privatif du suffixe); on le passe au crible de ses déterminants physiques, biologiques, sociaux et, de la sorte, on en vient à le réifier:

« C'est lorsque vous voyez un nez, des yeux, un front, un menton, et que vous pouvez les décrire que vous vous tournez vers autrui comme vers un objet. La meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne pas même remarquer la couleur de ses yeux. » [7].

Non que l'objectivation, par exemple des symptômes du *craving*, ne soit nécessaire du point de vue de la prise en charge médicale et soignante, mais elle ne suffit ni pour entrer dans une relation authentique ni pour un *prendre-soin* qui se *soucie* réellement d'autrui dans toute sa vulnérabilité.

D'une manière qui peut paraître au premier regard contre-intuitive, mais probablement parce que l'objectivation est notre mode de fonctionnement privilégié au quotidien, le masque, vécu de prime abord par certains comme un obstacle à la communication, nous oblige cependant à renouer avec la subjectivité d'autrui. Il peut être ainsi compris comme une chance à saisir pour renouer avec la primauté de l'éthique [8].

En effet, autrui, en tant que subjectivité, se situe à la fois en deçà et au-delà de ses masques sociaux. En ce sens, la sanction sociale et le déficit de reconnaissance dont souffrent largement les personnes sujettes aux addictions suivies en CSAPA n'épuisent pas la subjectivité et la possibilité d'en témoigner. Selon E. Levinas, le « visage » est « signification, et signification sans contexte », indépendamment de la position sociale occupée, du « passeport, [de] la manière de se vêtir, de se présenter [...] »: « le visage est sens à lui seul. Toi c'est toi. En ce sens on peut dire que le visage n'est pas vu » [9]. En d'autres termes, le « visage », tel que l'entend E. Levinas, n'est ni objet ni même substance, mais pure manifestation d'une présence, pur apparaître de ce qui se donne dans le retrait. Le visage est tout ce qui ne se voit pas: « La relation avec le visage peut certes être dominée par la perception, mais ce qui est spécifiquement visage, c'est ce qui ne s'y réduit pas. » [10].

Il est à comprendre dans le sens d'une « épiphanie d'Autrui », manifestation de sa présence [11]; « illumination » [12], pour ainsi dire, le visage « luit » [13,14], évoquant l'éclat et la brillance du *phainestai* des anciens Grecs, distinct tout à la fois de la forme descriptible (*morphé*) et du substrat (*hulê*). Irréductible à la phénoménalité, le visage ne peut être thématiqué [15].

Dépourvu de poils, d'écaillés, de plumes, au contraire des animaux, le visage, humain, vulnérable, s'expose à la blessure. C'est d'ailleurs le point de départ du mythe grec de Prométhée qui, face au dénuement des hommes, vole le feu des dieux, amorçant l'entrée dans l'ère technique censée venir suppléer nos carences ontologiques. Mais, être sans armure, ne veut pas dire être sans défense. En outre, le visage est le lieu du coup réel et symbolique, de l'affront. N'est-ce pas le sens de l'expression « perdre la face »? Le visage d'autrui est « exposé dans sa nudité », sans réserves, dans toute sa vulnérabilité.

Ni pure passivité ni pure activité, la vulnérabilité (du latin *vulnus*, *vulneris*), manifeste notre capacité à être affecté et blessé. Si on suit la pensée d'E. Levinas, l'éveil éthique, la rencontre originaire avec autrui, est pourtant à ce prix. Dans le « visage » d'autrui, on rencontre l'idée d'infini, dans laquelle « se pense ce qui toujours reste extérieur à la pensée » [16], l'infini de l'altérité, extériorité, faisant signe vers un surplus, un excès: « Mais si expérience signifie précisément relation avec l'absolument autre—c'est-à-dire avec ce qui toujours déborde la pensée—la relation avec l'infini accomplit l'expérience par excellence » [17].

Le visage requiert néanmoins la proximité et le contact d'un existant car l'important, au fond, c'est la peau et le toucher, bien plus que le regard. Selon une éthique de la proximité et de la présence: être là, présent, quand bien même on ne peut plus rien faire, quand bien même on ne sait que faire, c'est répondre à l'appel d'autrui, par-delà la première réaction de l'égoïsme, le « malgré » nous [18]. Ainsi, selon E. Levinas:

« *Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui. Dire: me voici. Faire quelque chose pour un autre. Donner. Être esprit humain, c'est cela* » [19].

La vulnérabilité est au fondement même de l'intersubjectivité et le corps occupe une place importante dans l'expérience éthique. E. Levinas nous propose en effet une philosophie incarnée qui part d'un corps sujet, un corps de chair, *Leib*, vécu, « le corps est un sentant senti » [20], un entrelacement du sentant et du sensible, « réversibilité: le doigt de gant qui se retourne » selon l'expression de Maurice Merleau-Ponty [21].

Somme toute, les difficultés liées au port du masque font écho à la fois à la difficulté de l'entrée dans la relation, avec autrui souffrant, et à la violence de sa présence. La reconnaissance de l'altérité repose sur notre capacité à être affecté, la vulnérabilité nous rendant susceptible d'être blessé, atteint, tant au niveau physique, émotionnel et psychique qu'intellectuel:

« *Le visage est seigneurie et le sans-défense même. Que dit le visage quand je l'aborde? Ce visage exposé à mon regard est désarmé. Quelle que soit la contenance qu'il se donne [...] [ce] visage est le même, exposé dans sa nudité. [...]. Ce visage de l'autre, sans recours, sans sécurité, exposé à mon regard dans sa faiblesse et sa mortalité est aussi celui qui m'ordonne: «Tu ne tueras point».* » [22].

La responsabilité à l'égard d'autrui, une « responsabilité d'otage », pour autrui, nous incombe dans la dissymétrie du face à face: « la relation intersubjective est une relation non symétrique » [23]. Les réactions suscitées par le port du masque évoquent à leur manière les ambivalences de l'accueil et de la clôture, de l'ouverture à l'altérité ou de son refus: la solidarité à l'égard des plus faibles peut aisément se retourner en leurs rejet et exclusion.

Ainsi, le masque vient exacerber les paradoxes de la proximité et de l'asymétrie des relations interpersonnelles qu'E. Levinas explore par exemple dans *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* [24], ce qu'a rendu sensible la situation de soins bousculée lors du premier confinement. Ce qui a d'abord été éprouvé, c'est l'absence de jeu, c'est-à-dire d'espace de réflexivité, induite par l'accumulation de protocoles très stricts, modifiés en permanence et cependant à intégrer par les équipes. Toutefois, elle a poussé les soignants à penser autrement, les obligeant à resituer l'objet du soin et à une rencontre renouvelée avec son sujet. Alors que le cœur de la relation soignante subissait les effets des dispositifs sécuritaires, peut-être jusqu'à donner la sensation de nausée, « d'être rivé à soi-même, enserré dans un cercle étroit qui étouffe » [25], plutôt que de renoncer à leur mission première et de remettre en question le dispositif, les soignants ont pensé le soin à partir des contraintes et de ce qu'elles produisent afin de dégager des axes de réflexion pour faire évoluer la mise en œuvre du soin relationnel. En effet, comme le montre Levinas, les paradoxes de la proximité d'autrui poussent le sujet à effectuer une sortie de lui-même [26], possibilité de rencontrer autrui et de se réinventer dans les pratiques.

La tentation peut être grande d'oublier la vulnérabilité première d'autrui, et de tenter ainsi de faire l'économie de la reconnaissance du sujet, vouant par conséquent celui qui souffre à une mort sociale, psychique et émotionnelle, voire à une mort physique. Cependant, ce n'est pas la voie qui a été choisie par l'équipe du CSAPA. En effet, dans ma capacité à être affecté par autrui, je fais l'épreuve de ma liberté et de ma responsabilité. Je m'occupe d'autrui et je me soucie de lui. L'altérité est première. Ici, le « visage » est compris comme rencontre de patients toujours singuliers qui *imposent* un « prendre soin » exigeant dans des situations de (grande) vulnérabilité. C'est pourquoi passé le temps de l'assimilation des nouvelles contraintes, la responsabilité *pour autrui*, devoir de présence et de poursuite des soins, malgré les difficultés, s'est imposée aux médecins et soignants affectés au Centre: les consultations de suivi ont repris et les soignants ont fait preuve d'une plus grande mobilité à l'échelle de la structure de soins pour venir à la rencontre des patients dans les différentes unités d'hospitalisation. La responsabilité première s'est doublée d'une inventivité des soignants dans leurs pratiques quotidiennes.

Le premier confinement a renforcé des vulnérabilités préexistantes (liens sociaux ténus ou rompus) chez les personnes suivies, vulnérabilités que le primat accordé à la vue ne fait que renforcer dans les sociétés du paraître. La reconnaissance du sujet, de son « visage », est centrale dans la prise en soin des personnes, imposant responsabilité et solidarité vis-à-vis des plus fragiles.

Prolongements: socialité et initiatives en CSAPA

Plusieurs mois après le paroxysme de la crise, au mois de septembre 2021, une initiative intitulée « le masque de faire » a vu le jour au CSAPA de Grasse. Les personnes suivies dans le centre ont été invitées à confectionner leur propre masque. Le projet, accompagné par une socio-esthéticienne, des infirmiers et une psychologue, a été accueilli avec enthousiasme tant par les soignants que par les patients. Ce projet permet de travailler avec les personnes suivies d'une part sur la question de l'identité, ses reconfigurations, et d'autre part sur les liens sociaux, malmenés durant les différentes vagues. Les confinements successifs sont bien souvent venus redoubler les difficultés relationnelles propres aux pathologies de l'addiction.

En outre, les pratiques liées aux masques dans le champ des médiations thérapeutiques par l'art, [27], trouvent ici un nouveau terrain d'application, en résonance avec l'éthique relationnelle. Dans « le masque de faire », la dimension culturelle du geste est en effet centrale: elle part du corps, dont le masque est l'une des parures possibles, indépendamment de la connotation sanitaire qu'il a revêtue durant la crise. Cette activité permet de révéler les potentialités créatives voire artistiques des personnes: c'est l'occasion pour certaines d'entre elles de découvrir des ressources qu'elles ignoraient. Une telle expérience ne saurait se réduire à la production d'un artefact; elle relève de l'ordre ontologique si l'on suit ici la philosophie d'E. Levinas. Le « geste corporel » nous place dans une double dimension propre à la « création culturelle »: vis-à-vis du monde, « dans l'expression nous sommes sujet et partie à la fois » [28]. La culture nous permet d'éprouver notre place dans le monde selon l'expression d'un événement:

« l'expression définit la culture, [...] la culture est art et [...] l'art ou la célébration de l'être constitue l'essence originelle de l'incarnation. [...] L'art n'est donc pas un heureux égarement de l'homme qui se met à faire du beau. La culture et la création artistique font partie de l'ordre ontologique lui-même » [29].

En ce sens, le projet revêt une dimension éthique au sens de la philosophie première chère à E. Levinas, en se situant à la fois en-deçà et au-delà de la relation thérapeutique et des bénéfices médicaux attendus. Le « masque de faire » offre en outre la possibilité d'une réconciliation avec les dimensions de la subjectivité et de l'objectivité.

En d'autres termes, le « faire » donne corps et chair sensible au « fer » figé et froid. Le « fer » évoque également le registre du combat sur le chemin de la réappropriation de l'estime de soi, sur fond de vulnérabilité intrinsèque. Il ouvre en sus un espace de parole partagée, à des variations

et interprétations, *in fine* à une herméneutique du soi relié à autrui. N'est-ce pas justement la mise en œuvre d'une éthique relationnelle? E. Levinas écrit en effet: « Autrui se donne dans le concret de la totalité à laquelle il est immanent [...] [que] notre initiative culturelle—le geste corporel, linguistique ou artistique—exprime et dévoile » [30].

Par conséquent, confectionnant leur masque, les personnes suivies sont invitées à se défaire des étiquettes dépréciatives qui leur collent à la peau, « alcoolo-dépressif », « toxico ». La participation à l'activité culturelle et artistique, au fondement même du fait anthropologique, constitue une possibilité de se retrouver homme parmi les hommes: elle est ouverture à la socialité. Pour E. Levinas, la « socialité du face à face », ou « socialité originaire » [31], se joue par-delà l'opposition de l'individuel et du collectif, opposition qui a été mobilisée à de nombreuses reprises depuis le début de la pandémie. La participation au projet peut ainsi être l'occasion de vivre cette « socialité », « cette altérité du visage, du *pour-l'autre*, qui m'interpelle, voix qui monte en moi avant toute expression verbale, dans la mortalité du moi, du fond de ma faiblesse » [32]. Le « masque de faire » ouvre au « tiers », « altérité inatteignable », « la proximité d'une pluralité humaine » à partir duquel peut-être pensé la « justice » [33]:

« Comment juger? Comment comparer les autres uniques et incomparables? Celui dont on est responsable est unique et celui qui est responsable ne peut pas déléguer sa responsabilité. Dans ce sens, il est aussi unique » [34].

Le « masque de faire » apparaît à la fois comme un recours vis-à-vis des tensions éthiques repérées et partagées lors de discussions collégiales et un prolongement pratique des questionnements, pour une éthique relationnelle attentive aux sujets. Alors qu'il aurait pu rester une initiative ponctuelle, le projet a permis de renforcer l'alliance thérapeutique avec les patients dans l'optique d'un travail au long cours et à renforcer la cohésion au sein de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, la confection des masques a été prolongée d'octobre 2021 à juin 2022 par huit séances quasi mensuelles d'art thérapie et de théâtre les mobilisant (le matin), avec des repas entre soignés à la pause méridienne et un repas soignants-soignés pour clôturer les huit séances, des interventions variées, socio-esthéticienne, ostéopathe, etc. (l'après-midi). Ainsi, le « masque de faire » est devenu le fil conducteur de presque une année de soins à l'hôpital de jour. Les patients s'en sont emparés dans une démarche volontaire et ont à leur tour proposé des prolongements avec des ateliers d'écriture. L'initiative a impulsé une dynamique vertueuse et a suscité l'envie de développer de nouveaux projets au long cours. Elle a en outre permis de donner sens à la relation d'accompagnement psychologique par-delà les difficultés liées à la crise sanitaire et les effets délétères générés par les dispositifs en permettant aux équipes de remplir leur mission première.

L'analyse de la situation d'appel a fait apparaître l'exacerbation, avec la crise sanitaire, de tensions éthiques préexistantes autour de l'accueil des personnes en situation de vulnérabilités, mettant à l'épreuve les valeurs du soin. En effet, bouleversant les pratiques quotidiennes, la pandémie a permis de rappeler l'importance de la dimension

subjective et de l'attention à autrui. Le premier confinement a pu être l'occasion de réinventer et de réinvestir le soin relationnel, en se détachant du primat de la vue. Aussi, le masque a tantôt aidé tantôt entravé le soin mettant au jour la vulnérabilité partagée des soignants et des soignés. En outre, la responsabilité des soignants à l'égard des personnes suivies pour leurs addictions, une responsabilité *pour autrui*, s'est trouvée renforcée. Plaçant au cœur de leur démarche le « visage » des patients, les soignants du CSAPA de Grasse ont fait preuve d'inventivité dans leurs pratiques et développé des projets prenant en compte la problématique de l'identité, de l'altérité et de la relation au tiers, récurrente dans le suivi de l'addiction dans le but de dépasser l'obstacle que la crise sanitaire et les confinements successifs ont pu constituer pour certains patients. À l'heure où la cinquième vague de l'épidémie touche quasiment à sa fin, on s'achemine vers un probable maintien du port du masque, y compris dans les soins non-techniques. C'est pourquoi il convient d'affirmer le fondement éthique, entre raison et sensibilité, de toute réponse ajustée à l'appel d'autrui souffrant. Vigilance et inventivité sont toujours de mise vis-à-vis des risques de déshumanisation de la relation de soin.

Remerciements

Nous remercions l'Espace Régional de Réflexion Éthique PACA-Corse de nous avoir permis de mener une première discussion sur la situation des CSAPA au mois de mars 2020 ainsi que l'Espace Régional de Réflexion Éthique de Bretagne (EREB) qui nous a permis de développer notre réflexion sur le masque et ses enjeux éthiques durant la pandémie en nous invitant le 18 novembre 2021 à participer à un café éthique sur cette thématique. Enfin, nous remercions l'équipe médicale et soignante du CSAPA de Grasse pour sa disponibilité et son intérêt pour notre projet.

Déclaration de liens d'intérêts

L.M. déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

S.N. IDE salarié du CSAPA de Grasse, Alpes Maritimes, France.

Références

- [1] Dervaux A. 2. Neurobiologie des addictions. In: Laqueille X. (éd.). *Pratiques cliniques en addictologie*. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2017. p. 192, 8-15, §12.
- [2] Ceschi G, Pictet A. Annexe 9. In: *Questionnaire sur l'Expérience de Craving*; version française (Craving Experience Questionnaire; CEQ-F). *Imagerie mentale et psychothérapie*. Bruxelles: Mardaga supérieur; 2018. p. 295–300, 335 pages.
- [3] Paugam S. Entretien. *Lien social* 2012;1074:24–6.
- [4] Broudic JY. 7. Pratiques addictives, errance sociale et errance psychique. In: *Les « bonnes pratiques » à l'épreuve des faits. Du désir dans le soin et le travail social*. Toulouse: Érès; 2018. p. 213–47, 291 pages. §34.
- [5] Sence D. Soigner le lien social en temps de Covid-19. *Psychotropes* 2020;26(2–3):65–73.
- [6] Marcucci L. Le rôle méconnu de la physiognomonie dans les théories et les pratiques artistiques de la Renaissance à l'Âge classique. *Nouvelle Revue d'Esthétique* 2015;15:123–33.
- [7] Levinas E. *Éthique et infini*. Paris: Librairie générale française; 1984. p. 79–80, 120 pages.
- [8] Levinas E. *Éthique comme philosophie première*. Paris: Éditions Payot et Rivages; 2015. p. 109.
- [9] Levinas E. *Éthique et infini*. Paris: Librairie générale française; 1984. p. 80, 120 pages.
- [10] Levinas E. *Éthique et infini*. Paris: Librairie générale française; 1984. p. 79–80, 120 pages.
- [11] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme* 8^e éd. Paris: Librairie générale française; 2017. p. 66, 122 pages.
- [12] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme* 8^e éd. Paris: Librairie générale française; 2017. p. 33, 122 pages.
- [13] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme* 8^e éd. Paris: Librairie générale française; 2017. p. 31, 122 pages.
- [14] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme*. 8^e éd., Paris: Librairie générale française. p. 33, 122 pages.
- [15] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme* 8^e éd. Paris: Librairie générale française; 2017. p. 67, 122 pages.
- [16] Levinas E. *Totalité et infini*. Paris: Librairie générale française; 1990. p. 10, 347 pages.
- [17] Levinas E. *Totalité et infini*. Paris: Librairie générale française; 1990. p. 10, 347 pages.
- [18] Levinas E. *Éthique et infini*. Paris: Librairie générale française; 1984. p. 89–98, 120 pages.
- [19] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme* 8^e éd. Paris: Librairie générale française; 2017. p. 67, 122 pages.
- [20] Ibid: 36.
- [21] Merleau-Ponty M. *Le Visible et l'Invisible*. Paris: Gallimard; 1964. p. 317, 360 pages.
- [22] Levinas E. *Altérité et transcendance* 10^e éd. Paris: Librairie générale française; 2021. p. 114, 185 pages.
- [23] Levinas E. *Éthique et infini*. Paris: Librairie générale française; 1984. p. 94, 120 pages.
- [24] Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* 9^e éd. Paris: Librairie générale française; 2016, 286 pages.
- [25] Levinas E. *De l'évasion*. Paris: Librairie générale française; 1982, 157 pages.
- [26] Lacroix L. Emmanuel Levinas (1905-1995): de l'être à l'existence ou l'existence comme élection. *Rue Descartes* 2018;2(94):144–56, <http://dx.doi.org/10.3917/rdes.094.0144>, §2.
- [27] Sheleen L. Théâtre pour devenir... autre. Paris: EPI, 1983; 179 pages; Basset A. Phorein du Masque: médiation thérapeutique dans le champ des addictions. *Art et Thérapie* 2019; 124/125; Peyroni JJ, Pommier F. Le masque comme enveloppe. *Adolescence* 2017;35(2):315–24, <http://dx.doi.org/10.3917/ado.100.0315>.
- [28] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme*. 8^e éd. Paris: Librairie générale française; 2017. p. 36, 122 pages.
- [29] Ibid.: 36-37.
- [30] Levinas E. La signification et le sens. *Revue de métaphysique et de morale*; 1964. p. 125–56, 144, <https://www.jstor.org/stable/40900806>.
- [31] Levinas E. *Totalité et infini*. Paris: Librairie générale française; 1990. p. 80, 347 pages.
- [32] Levinas E. *Altérité et transcendance* 10^e éd. Paris: Librairie générale française; 2021. p. 113, 185 pages.
- [33] Ibid.: 112.
- [34] Ibid.