



13 mars 2020

## COVID-19

# CONTRIBUTION DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE : Enjeux éthiques face à une pandémie

### *Réponse à la saisine du ministre en charge de la santé et de la solidarité*

*Cette contribution du CCNE n'échappe pas aux contraintes de temps liées à son objet même : il fallait à la fois répondre à l'urgence et en tenir compte sans y céder, tout en permettant le temps de la démarche éthique. Compte tenu du délai très court pour la rédaction de ce texte, le CCNE a mis rapidement en place un groupe de travail composé de Sophie Crozier, Jean-François Delfraissy, Pierre Delmas-Goyon, Pierre-Henri Duée, Claire Hédon et Frédéric Worms, ainsi que de Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique de Santé publique France et Marie-Christine Simon, directrice de la communication du CCNE. Le projet de texte qu'il a produit a été discuté au sein de la section technique du CCNE, réunie le 12 mars 2020, et transmis à l'ensemble des membres du Comité. Par ailleurs, le groupe de travail a procédé à 4 auditions les 6 et 7 mars 2020 : Mélanie Heard (Docteur en sciences politiques), Emmanuel Hirsch (Professeur d'éthique médicale, Université Paris-Saclay), Grégory Emery (conseiller du ministre des solidarités et de la santé) et Christian Vigouroux (conseiller d'État).*

# UN CONTEXTE INÉDIT ET TRÈS RAPIDEMENT ÉVOLUTIF

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que l'émergence d'un nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) en Chine, au début de l'année 2020, constituait **une urgence de santé publique de portée internationale en raison de la contagiosité de ce virus**. Le nombre de cas observés en Chine, où s'est déclarée l'épidémie, connaît, après une période d'augmentation continue, une diminution notable suite à plusieurs mesures du gouvernement chinois, notamment en matière de confinement. L'épidémie s'est en outre largement propagée en-dehors du territoire chinois sur l'ensemble des continents, l'OMS parlant depuis le 11 mars de « pandémie » pour désigner cette situation tout à fait inédite et en constante évolution.

À la fin du mois de janvier 2020, le premier cas de contamination était enregistré en France, puis le premier décès le 14 février 2020. Depuis, les données publiées par Santé publique France montrent une augmentation, régulière d'abord, puis exponentielle, des cas de contamination identifiés, localisés dans un premier temps dans quelques foyers, puis dans la plupart des départements français, indiquant la diffusion rapide de l'infection et l'imminence du passage à une épidémie généralisée. Depuis début mars, c'est également le cas à l'échelle internationale et européenne, en particulier en Italie.

Le gouvernement a mobilisé le système de santé afin de **faire face à cette épidémie**, avec trois phases : assurer la détection et la prise en charge des patients « cas possibles » et « cas confirmés » et ainsi, limiter l'introduction du virus (phase 1) ; freiner sa propagation sur le territoire, dès que celle-ci s'installe, par une stratégie d'endiguement adaptée<sup>1</sup> (phase 2).

Au stade épidémique (phase 3, circulation active du virus), la stratégie sanitaire est différente : elle passe **d'une logique de détection et de prise en charge individuelle à une logique d'action collective** et impose la pleine mobilisation du système de santé dans toutes ses composantes, avec l'hôpital pour la prise en charge des formes sévères et graves et la médecine de ville pour les formes les plus bénignes, représentant plus de 90% des personnes touchées, de même qu'avec les établissements médico-sociaux et les officines de pharmacie. La situation rencontrée par les nombreux pays touchés, et en particulier la Chine, impose donc de **se préparer pour faire face** à un scénario d'accroissement du nombre de cas graves, y compris dans ses aspects éthiques, même s'il est difficile de pouvoir déterminer les caractéristiques précises d'une éventuelle épidémie due à ce nouveau virus dont la sévérité (taux de létalité et proportion de formes cliniques nécessitant un séjour en réanimation)<sup>2</sup> notamment, ainsi que la dynamique et la durée de la phase épidémique<sup>3</sup>, ne sont à ce stade pas connues.

Dans cette optique, **le ministre des solidarités et de la santé a sollicité le Comité consultatif national d'éthique (CCNE)**, à la fin du mois de février 2020, pour recueillir son avis « concernant **les enjeux éthiques liés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19** »

---

<sup>1</sup> Par l'isolement et la prise en charge des patients confirmés dans des établissements de santé habilités pour le COVID-19, la recherche active de leurs contacts et leur isolement à domicile pendant 14 jours.

<sup>2</sup> À titre de comparaison, la grippe saisonnière touche, selon Santé publique France, plusieurs millions de personnes en France entraînant une mortalité de quelques milliers de personnes (0,1 %), alors qu'un vaccin est disponible chaque année. Dans le cas de COVID-19, en revanche, aucun vaccin ni traitement n'ont été mis au point à ce jour et la létalité du virus est, selon les premières données, supérieure à celle du virus de la grippe saisonnière (autour de 1 %).

<sup>3</sup> La seule modélisation possible est celle basée sur les dynamiques épidémiques en Chine. Ce modèle tend à indiquer une durée de 2 à 3 mois, même si cette donnée est à analyser avec précaution au vu des différents facteurs l'influençant (population, système de soins, prise en charge des malades, mesures gouvernementales, évolution des connaissances scientifiques ...).

et aux mesures de santé publique contraignantes qui pourraient être prises dans le cadre de la lutte contre l'épidémie. »

L'un des enjeux éthiques majeurs dans cette situation, avec le passage à la dimension épidémique et collective, est d'engager la société toute entière dans une véritable démarche de responsabilité et de solidarité, parce que la lutte contre une épidémie doit être l'affaire de tous et pas seulement l'affaire des experts et des professionnels de santé. Le CCNE avait publié, en 2009, un avis sur les « questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale » (Avis 106 du CCNE) et y avait rappelé les principes éthiques mis en œuvre, non pour « proposer un habillage éthique aux choix nécessaires que les pouvoirs publics seront amenés à faire, mais pour alimenter la réflexion », sachant qu'il est inévitable que certains de ces choix soient cause d'incompréhension, d'insatisfaction ou de contestation.

Le CCNE fait le constat qu'en dépit de la mobilisation de la société dans une démarche de solidarité et de responsabilité, attendue en mars 2020 pour faire face au risque épidémique, on ne peut ignorer une certaine attitude de défiance à l'égard de l'expertise, des décideurs politiques comme, parfois, des professionnels de santé, qui s'est installée dans une partie importante de la population française. Par ailleurs, les États généraux de la bioéthique organisés par le CCNE en 2018, en partenariat avec les espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) avaient noté la faiblesse actuelle dans la prise en charge des personnes vulnérables ou fragilisées par l'âge, la maladie, ainsi que de celles en situation de grande dépendance<sup>4</sup>. Un juste équilibre doit être trouvé entre la nécessité d'une solidarité collective, en particulier à l'égard des personnes vulnérables et l'affirmation de l'autonomie, de même qu'entre toutes les dimensions du soin : traitement médical, accompagnement individualisé et justice, suggérant que la notion d'intérêt général est partagée au sein de la société.

Le moment est donc déterminant car, si les institutions sanitaires, éthiques, démocratiques franchissent cette épreuve, ce n'est pas seulement la défiance aggravant le mal qui sera évitée, mais la confiance au-delà de cette épreuve qui sera renforcée. Dans cette perspective, la question du temps est essentielle et le poids de l'urgence doit être contrebalancé par la structuration d'un plan d'actions, la gestion des étapes et des seuils, la mise en place de relais, la prévision d'ores et déjà de la suite.

Dans le contexte de l'épidémie de COVID-19, le CCNE propose aujourd'hui quelques pistes de réflexion éthique à l'adresse de l'ensemble des parties, en s'appuyant sur les préconisations formulées en 2009 (Avis 106) et en rappelant différents textes publiés récemment à l'échelle nationale ou internationale.

#### Documents-clefs d'analyse des aspects éthiques liés aux maladies contagieuses

World Health Organization (2016). [Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks.](#)

Nuffield Council on Bioethics (2020). [Research in Global Health Emergencies: Ethical Issues.](#)

REACTing (2020). [CHARTRE ETHIQUE - Conduite de la recherche en situation d'épidémie de maladie infectieuse émergente.](#)

World Health Organization (2020). [Ethical standards for research during public health emergencies: Distilling existing guidance to support COVID-19 R&D](#)

Avis 106 du CCNE (2009). [Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale.](#)

<sup>4</sup> [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/eg\\_ethique\\_rapportbd.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/eg_ethique_rapportbd.pdf)

## QUELQUES PRINCIPES ÉTHIQUES À PRENDRE EN COMPTE (AVIS 106 du CCNE)

L'avis du CCNE, publié en février 2009, ouvrait sur une question essentielle qui était celle de « savoir si l'état d'urgence induit par une épidémie grippale comporte l'éventualité d'une mise à l'arrière-plan de certains principes éthiques fondamentaux », en notant que **les « pouvoirs publics sont confrontés aux difficultés de la prise de décision en situation d'incertitude »**, incertitude sur le nombre de cas concernés, sur la durée de l'épidémie, sur la sévérité de la maladie ou sur l'efficacité et donc l'impact en pratique des différentes mesures sur la dynamique de l'épidémie, sur le nombre d'hospitalisations et la mortalité. Néanmoins, les décisions qui seront prises, « quelle qu'en soit la nature, doivent répondre à l'exigence fondamentale du **respect de la dignité humaine** », c'est-à-dire que la valeur individuelle de chaque personne doit être reconnue comme absolue.

Ainsi, rappelait cet avis, un plan de lutte contre une épidémie « ne doit pas aggraver les situations d'injustice déjà existantes », principe de justice que l'on peut décliner sous son acception égalitaire (agir pour que chaque personne soit reconnue dans sa dignité), mais aussi au sens de l'équité.

**Le respect du principe d'équité étant une condition essentielle d'action en contexte de pénurie de ressources**, le CCNE recommandait que l'exigence de justice, au sens d'égalitarisme soit pondérée par la nécessité de priorisation des ressources. En situation de restriction des ressources, sélectionner les personnes à protéger en priorité en fonction de leur seule valeur « économique » immédiate ou future, c'est-à-dire de leur « utilité » sociale n'est pas acceptable : **la dignité d'une personne n'est pas tributaire de son utilité**. Ainsi, dans une situation de pénurie de ressources, les choix médicaux, toujours difficiles, seront guidés par une réflexion éthique qui prendra en compte le respect de la dignité des personnes et le principe d'équité.

Le CCNE rappelait aussi que le questionnement éthique « amène souvent à **confronter principe d'autonomie et exigence de solidarité** », deux concepts qui ne sont pas exclusifs comme cela a été identifié en 2018 lors des États généraux de la bioéthique : « être autonome, c'est être libre avec les autres et non pas contre eux ; inversement, la solidarité consiste à permettre au plus grand nombre de personnes d'exercer leur autonomie. » Dans une épidémie de cette nature, « une autonomie mal comprise qui se traduirait par un refus de soin [de la part du patient], dont l'effet serait de favoriser la propagation de la maladie, serait difficilement acceptable par la société. Elle devrait s'effacer au nom de la solidarité. »<sup>5</sup>

Dans le cas d'une épidémie grave et intervenant brutalement, les pouvoirs publics, rappelait le CCNE, pourraient prendre « **des mesures contraignantes**, telles que la réquisition ou le confinement de certaines catégories de citoyens, ou des restrictions à la circulation. »

Selon le droit, les restrictions générales ou particulières aux libertés individuelles doivent être décidées et appliquées conformément à la loi, être conformes à un objectif légitime d'intérêt général, être proportionnées et strictement nécessaires pour atteindre cet objectif, sans comporter de mesure déraisonnable ou discriminatoire, et être définies compte tenu des données acquises de la science, en particulier sur leur efficacité. **Le CCNE rappelait à ce sujet le danger qu'il y aurait à étendre ces mesures contraignantes au-delà de ce qui serait**

---

<sup>5</sup> Il faut aussi ajouter, en cas d'épidémie et de décisions collectives impliquant des ruptures de vie sociale, relationnelle et professionnelle, des mesures d'accompagnement et de suivi pour lesquelles des moyens innovants peuvent être proposés.

**nécessaire à la lutte contre l'épidémie** ou à cause d'une conception inadaptée du principe de précaution ou encore à des fins d'affichage démagogique. De même, rappelait-il, tous les droits et libertés qui n'auront pas été spécifiquement écartés devront continuer à être appliqués.

Le contexte, quel qu'il soit, ne peut modifier les principes éthiques, même si une situation inédite comme celle provoquée par la lutte contre l'épidémie peut contraindre seulement à les hiérarchiser provisoirement, mais de manière argumentée en toute transparence. À la lumière de ces principes et dans le contexte rapidement évolutif de l'épidémie de COVID-19 en Europe, **le CCNE propose 10 points d'attention et 4 recommandations** de nature à éclairer le cadre d'intervention des responsables et de l'ensemble de la société :

## **DIX POINTS D'ATTENTION PROPOSÉS PAR LE CCNE**

### **1. Le CCNE appelle à la nécessaire responsabilité citoyenne**

Les concepts de liberté individuelle et d'intérêt général, de même que leur conflit potentiel, constituent l'un des enjeux éthiques d'un plan de lutte contre le développement d'une pandémie. Les données scientifiques<sup>6</sup>, notamment après le 11 septembre 2001 (attentats aux USA), indiquent que les citoyens opèrent des arbitrages entre la part de liberté qu'ils sont prêts à sacrifier et la sécurité qu'ils pourraient gagner « en échange ». Cette capacité d'arbitrage s'avère cependant assujettie à leur degré de confiance envers les pouvoirs publics. Le CCNE considère, à la suite des États généraux de la bioéthique, que ce sens des responsabilités des citoyens est réel, même si des comportements égoïstes se révèlent régulièrement. Il convient, en effet, d'en appeler à la responsabilité individuelle et d'expliquer que le choix de perdre une certaine liberté peut permettre de gagner une certaine sécurité.

**Le CCNE considère aussi qu'il est essentiel de mobiliser les corps intermédiaires (syndicats ; associations ; partis politiques ; entreprises...) et les relais au plus près des citoyens pour expliquer les mesures prises.**

**Le droit de retrait** est prévu aux articles L. 4131-1 et suivants du Code du travail. Le travailleur est autorisé à ne pas prendre son poste ou à le quitter s'il est face à une « situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection ». Sa qualification légale montre que ce principe est appelé à jouer dans certains cas. Chacun a donc une responsabilité personnelle à faire jouer son droit de retrait. Ceci nécessite cependant une évaluation la plus objective possible du danger réel dans ce contexte particulier où l'intérêt général prévaut.

### **2. Le processus de décision politique s'appuyant sur l'expertise<sup>7</sup> et la contribution de la société civile**

L'action collective organisée pour protéger la santé publique est confiée à l'État au titre de ses missions régaliennes. Le CCNE estime que **la méthode délibérative** est garante, non seulement de la pertinence de la décision politique à laquelle elle aura contribué (en s'appuyant sur l'expertise scientifique), mais aussi de la confiance qu'elle suscitera de la part de la société civile. Il s'agira de prendre la décision la mieux argumentée possible, sur la base des connaissances disponibles. En outre, cette décision qui concerne toute la société et potentiellement ses valeurs fondamentales devrait, en amont, être éclairée par l'expression

---

<sup>6</sup> Darren Davis et Brian Silver (2004). *Civil liberties vs. security: public opinion in the context of the terrorist attacks on America*. *American of Political Science*, 48 : 28 <https://doi.org/10.2307/1519895>

<sup>7</sup> En référence à la charte de l'expertise sanitaire.

de l'opinion citoyenne. Le CCNE pense que **la mise en place d'une instance mixte auprès du ministre chargé de la santé, composé d'experts scientifiques** de différentes disciplines, incluant les sciences humaines et sociales, **conjointement avec des membres de la société civile, notamment issus des milieux associatifs**, en capacité de prendre en compte l'avis des différentes catégories de la population vivant en France, notamment les plus précaires, constituerait une démarche inédite dans notre démocratie et contribuerait à favoriser la confiance et l'appropriation de l'action des pouvoirs publics par l'ensemble de la société. La cohérence des décisions prises paraît essentielle à une bonne compréhension et acceptation d'éventuelles mesures contraignantes ou de choix difficiles en matière de politique de santé dans cette situation de crise.

### **3. Les mesures contraignantes reposant sur un cadre juridique et éthique solide et une pédagogie de la décision**

Le CCNE avait largement développé la question de la restriction des droits dans l'avis 106 : les arguments qui y sont développés restent pertinents. Si, dans le contexte actuel, les pouvoirs publics étaient amenés à revoir **l'équilibre entre libertés fondamentales et maintien de l'ordre public**, et même si l'opinion publique pourrait sembler favorable à ces considérations sécuritaires, le CCNE souhaite souligner que la France dispose d'un dispositif juridique large et suffisant lui permettant de **restreindre temporairement** les droits des citoyens tout en conservant l'État de droit : la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, le Règlement sanitaire international, le Code de la santé publique, ainsi que le Code général des collectivités territoriales et enfin le dispositif de l'état d'urgence<sup>8</sup>. Par ailleurs, le CCNE attire l'attention sur l'importance de communiquer et d'explicitier clairement et lisiblement les raisons qui conduisent, un moment donné, à les proposer, ainsi que la proportionnalité et le caractère approprié et limité dans le temps de chaque mesure attentatoire aux libertés des citoyens.

Le CCNE souligne aussi l'importance pour les décideurs de **garder en permanence à l'esprit le devoir fondamental d'expliquer et de rendre intelligibles** les décisions contraignantes d'urgence en santé publique, dans la mesure où cela conditionnera **leur acceptabilité**. Il serait, par exemple, nécessaire de justifier, selon les risques, une restriction de la liberté de circuler différente d'une région à l'autre. Il est essentiel de rappeler qu'une décision affectant une restriction individuelle de liberté a pour objectif premier de protéger l'ensemble de la population dans une démarche de solidarité.

### **4. Une attention particulière aux populations précaires**

Le CCNE insiste particulièrement sur **la question des inégalités sociales face aux risques liés au développement de l'épidémie**. Les conditions de vie et d'emploi, les conditions sanitaires, les conditions de travail (les contrats à durée déterminée moins favorables que les contrats à durée indéterminée), le chômage, l'état de santé et la fragilité des personnes pauvres (14 % de la population vit sous le seuil de pauvreté)<sup>9</sup> entraînent des risques spécifiques et accrus dans ce contexte où les mesures de précaution ne peuvent être matériellement appliquées<sup>10</sup>. Les personnes sans logis, vivant en milieu précaire, à la rue, sont dans des conditions extrêmes de risque. Les personnes sans papiers se trouvent aussi dans des conditions difficiles, compte tenu de leur accès particulièrement restreint au système de santé.

---

<sup>8</sup> Bien qu'il semble que la crise sanitaire ne constitue pas un « *péril imminent résultant d'atteintes graves à l'ordre public [ou des] événements présentant, par leur nature et leur gravité, le caractère de calamité publique* ».

<sup>9</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2408282>

<sup>10</sup> Le coût d'un flacon de gel hydro-alcoolique rend impossible leur acquisition par des personnes vivant sous le seuil de pauvreté.

Il existe donc de fait une inégalité sociale face au risque d'être contaminé et à la prise en charge. Il existe également des risques réels de stigmatisation de certains groupes sociaux. **Le CCNE recommande fortement aux pouvoirs publics d'intégrer la question des inégalités sociales face aux risques liés au développement de l'épidémie**, de façon complète et appropriée dans la stratégie mise en place, ces situations de crise risquant d'exacerber les difficultés rencontrées par ces populations.

## **5. Une communication transparente et responsable s'appuyant davantage sur le corps social**

La communication repose aujourd'hui sur un socle mixte comprenant d'une part des messages des pouvoirs publics de prophylaxie adressés au « grand public » ; une communication politique incarnée par les responsables de la santé et au plus haut niveau de l'État, une communication par les Agences sanitaires complétée par celle des experts (scientifiques et médecins) invités régulièrement à informer sur la maladie. On peut aujourd'hui faire le constat que la communication est précise (ne taisant pas les incertitudes) et prudente, malgré un contexte en évolution constante. Par ailleurs, l'épidémie actuelle est probablement la première à être vécue à l'échelle mondiale en temps réel à l'ère des chaînes d'information continue, des médias sociaux et des diffusions en direct. Ces moyens<sup>11</sup> jouent indéniablement un rôle important dans l'information du public et dans le partage des données « établies » sur le virus, mais ils offrent également la possibilité d'identifier des personnes infectées par le COVID-19 ou présumées l'être, de participer à des mouvements de discrimination de certaines communautés, de relayer des fausses informations. On doit cependant se demander si, dans un contexte probablement durable d'incertitudes, les modes de communication actuels seront à terme toujours adaptés. Dans une période où les contraintes pesant sur les personnes seront nécessaires d'un point de vue sanitaire, il est essentiel de ne pas amplifier la crise sanitaire par une crise de défiance de la part de la société.

Les stratégies de communication actuelles, provenant majoritairement du pouvoir politique ou des experts, devraient s'appuyer sur le corps social pour être comprises, critiquées, intégrées intellectuellement et ensuite relayées. L'appropriation par la société de notions complexes, tout autant que la communication sur la mise en place de mesures contraignantes, mais aussi la compréhension des difficultés rencontrées par les décideurs, de leurs dilemmes, est possible et peut donner sens aux mesures prises et à leur acceptabilité par les citoyens. **L'information adressée, individualisée, dans des cadres sociaux, locaux et professionnels, autant que personnels et familiaux, est un relais majeur de la confiance.**

Le CCNE estime que la mobilisation sociale contre l'épidémie devrait s'organiser sur la base d'une intelligence collective. **Le CCNE recommande** de dépasser le cadre d'une communication générale pour une communication ciblée, en particulier vers les groupes les plus précaires et les plus fragiles (personnes en situation de grande pauvreté, SDF, personnes en situation de handicap ou souffrant de maladies psychiatriques, migrants, prisonniers ...). Par ailleurs, il apparaît prudent pour les scientifiques et les médecins de ne pas faire d'annonce prématurée auprès des médias ou sur les réseaux sociaux lorsqu'ils sont amenés à parler de travaux scientifiques (vaccin, traitement).

---

<sup>11</sup> Ils sont aussi susceptibles d'encourager, sans fondement réel, des climats anxieux. On note à ce propos que l'utilisation de certains mots comme « patient zéro », « traçage » des contacts, « cas suspects », entretiennent un climat propice à la discrimination, sans apporter d'éléments utiles à l'efficacité de la réponse.

## 6. Une exigence à respecter : la confidentialité des données de santé

Des personnes à l'étranger et plus récemment en France ont choisi de révéler publiquement leur état de santé. De telles situations entraînent des élans de solidarité, d'empathie visibles sur les réseaux sociaux. Elles peuvent participer à dédramatiser certaines expériences de confinement à domicile, dans une sorte « d'éducation par le vécu ». Ces décisions doivent en tous les cas être prises en toute connaissance de cause (des propos malveillants peuvent aussi être tenus), sans pression sociale. Cependant, **le CCNE recommande qu'il soit rappelé impérativement à tous les acteurs, particuliers, soignants, acteurs publics et médias qu'il existe des textes de loi concernant le respect de la confidentialité des données médicales et l'identité des personnes atteintes et qu'elles doivent prévaloir en situation d'épidémie et de menace pour la santé.**

## 7. Un contexte international à prendre en compte

La France s'inscrit dans des relations d'interdépendances économique et sociale permanentes avec les autres pays (voisins ou non). Ces relations, dans un cadre mondialisé, sont mises à mal dans le contexte de pandémie, où les mesures gouvernementales tendent vers une « fermeture » du pays et la protection des nationaux. Le CCNE rappelle dans ce contexte les devoirs d'assistance et de justice : en situation de crise sanitaire, l'action d'un pays pour favoriser la fin de crise sur son territoire peut entraîner des conséquences sanitaires défavorables dans un autre territoire, ce qui entre en conflit avec l'objectif de solidarité internationale. Ainsi, **l'échelle européenne doit être un levier de collaboration pour l'élaboration d'une politique commune de gestion de crise sanitaire**, intégrant les difficultés nationales, mais permettant des solutions collectives. Enfin, concernant la solidarité vis-à-vis des pays à ressources limitées, en particulier l'Afrique sub-saharienne francophone, le CCNE soulignait déjà en 2009 qu'il était « à craindre que nous ne puissions être à la hauteur des devoirs de justice et d'assistance aux pays les plus démunis au moment du déclenchement de la pandémie, si nous ne nous y préparons pas longtemps à l'avance ». Aujourd'hui, le CCNE réaffirme que la solidarité envers les pays les plus pauvres est une nécessité dans la lutte même contre la propagation de la maladie, en ajoutant que l'échelle européenne pourrait être, là aussi, un levier d'action collective particulièrement puissant.

## 8. L'effort de recherche dans un cadre international

La mobilisation des équipes de recherche, notamment à l'initiative de l'OMS ou dans le cadre de *Reacting* et de l'alliance Aviesan en France doit être soulignée et accompagnée de financements supplémentaires. **Le CCNE rappelle** aussi que, même en situation d'urgence, **les pratiques de la recherche impliquant l'être humain doivent respecter le cadre éthique et déontologique**, notamment à l'égard des patients qui sont inclus dans les protocoles de recherche clinique. Des recherches en sciences humaines et sociales sont également nécessaires, notamment dans la perspective d'intégrer les besoins de la société civile. La dimension internationale de ces recherches doit consolider la veille mise en place depuis plusieurs années sur l'émergence des pathologies respiratoires virales et permettre leur meilleure anticipation et leur traitement adapté. Là aussi, cette dimension internationale devra prendre en compte la situation des pays à ressources limitées.

## 9. La responsabilité de l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique européenne et singulièrement française doit participer aux efforts de recherche académiques en mettant à disposition des équipes d'éventuels candidats médicaments ou candidats vaccins. **Le CCNE recommande** aussi que les



compagnies pharmaceutiques intègrent dans leurs pratiques une vision collective, attendue, dans ce contexte de pandémie, de toutes les parties prenantes concernées, en dépassant les considérations strictement économiques.

## 10. Une réflexion éthique nécessaire pour l'accès aux soins de tous les patients en milieu hospitalier et en ville

L'émergence de l'épidémie COVID-19 se déroule aujourd'hui dans des conditions de tension dans les structures hospitalières publiques qu'il ne faut pas sous-estimer, liées à des restrictions budgétaires, des fermetures de lits et une insuffisance du nombre de personnels soignants, conduisant à des pratiques qualifiées parfois de « dégradées ». Des moyens pérennes supplémentaires sont désormais une absolue nécessité, plus particulièrement pour faire face à la crise sanitaire en cours (par ailleurs, des traitements adaptés pour lutter contre le virus ne sont pas encore disponibles). **Pour les formes graves**, il faut envisager l'éventualité que certains moyens techniques et humains deviennent limitants si la crise épidémique s'accroît de façon majeure. Les ressources telles que les lits de réanimation et leur équipement lourd sont déjà des ressources rares qui risquent de s'avérer insuffisantes si le nombre de formes graves est élevé. Ainsi, lorsque des biens de santé ne peuvent être mis à la disposition de tous du fait de leur rareté, l'équité qui réclame une conduite ajustée aux besoins du sujet se trouve concurrencée par la justice au sens social qui exige l'établissement des priorités, parfois dans de mauvaises conditions et avec des critères toujours contestables : la nécessité d'un « tri » des patients pose alors un questionnement éthique majeur de justice distributive, en l'occurrence pouvant se traduire par un traitement différencié des patients infectés par le COVID-19 et ceux porteurs d'autres pathologies. Ces choix devront toujours être expliqués et respecter les principes de dignité de la personne et d'équité. Il conviendra aussi d'être vigilant à la continuité de la prise en charge des autres patients.

Le **CCNE rappelle que le but est de protéger toute la population**, y compris dans un contexte d'accroissement du nombre de patients atteints par le coronavirus, ce qui nécessitera non seulement le respect des consignes de protection pour les professionnels de santé, mais aussi des mesures concernant l'organisation même des services. On notera à cet égard que les messages de prévention et de précaution concernant les visites dans le cadre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes visent à protéger des personnes particulièrement vulnérables, mais ne dispensent pas de trouver des solutions innovantes permettant d'éviter la rupture du lien intergénérationnel sur de trop longues périodes.

Il conviendra d'être particulièrement vigilant aux difficultés rencontrées par **les acteurs de soins en ville**, notamment pour répondre aux fortes demandes de conseil, de soins liées au COVID-19 qui pourraient se faire au détriment des autres prises en charge.

La question de l'articulation des soins en ville avec le milieu hospitalier devrait faire l'objet d'une réflexion éthique commune pour mieux préciser le rôle de chacun et l'éventuelle priorisation de certains patients.

Une **réflexion éthique de soutien** auprès des équipes soignantes paraît essentielle au CCNE. Elle pourrait prendre la forme d'une « cellule de soutien éthique » et bénéficier de l'appui des Agences régionales de santé (ARS) et de l'expérience des ERER, en s'appuyant sur les groupes d'éthique clinique des CHU.

## QUATRE RECOMMANDATIONS PROPOSÉES PAR LE CCNE

La réflexion du CCNE dans le cadre de cette saisine s'est appuyée largement sur l'un des avis précédemment publiés par le Comité et qui concernait les questions éthiques soulevées par une *possible* pandémie grippale (Avis 106). L'éventualité de l'épidémie COVID-19 est, à ce jour, du domaine du réel, il n'en demeure pas moins vrai que **les principes éthiques identifiés en 2009 dans l'avis 106 restent d'actualité**. Le CCNE est convaincu que l'un des enjeux éthiques majeurs dans cette situation d'émergence épidémique est d'engager **toute la société dans une démarche de responsabilité et de solidarité**. Au-delà d'une information transparente à consolider, quatre recommandations pourront faciliter l'appropriation par l'ensemble des citoyens des mesures qui seront prises dans le cadre de la lutte contre l'épidémie :

- **la mise en place d'une instance mixte d'experts scientifiques** de différentes disciplines, incluant les sciences humaines et sociales, **conjointement avec des membres de la société civile**, en capacité de prendre en compte l'avis des différentes catégories de la population française, notamment les plus précaires, constituerait une démarche inédite dans notre démocratie ;
- **la place d'une réflexion éthique dans la prise en charge de patients graves, dans les choix de réorganisation des services de santé devant faire face à la gestion de ressources rares (lits de réanimation, ventilation mécanique) conduit le CCNE à proposer la mise en place d'une « cellule éthique de soutien »** permettant d'accompagner les professionnels de santé au plus près de la définition de leurs priorités en matière de soins ;
- **l'encouragement à l'innovation** dans les solutions à trouver dans différents domaines, avec l'obligation de toujours se référer à un cadre éthique partagé (politique d'accueil des personnes ; mutualisation dans l'organisation des services ; utilisation des outils informatiques ; cohérence des décisions prises ; consolidation d'une intelligence collective) ;
- **la préparation rapide d'un retour d'expérience et d'évaluation indépendant** associant non seulement l'ensemble des acteurs dans le processus de lutte contre l'épidémie (politiques ; professionnels de santé ; scientifiques ; citoyens ...), en s'intéressant à la situation des populations les plus précaires. La répétition des crises sanitaires mettant en exergue l'enjeu d'une préparation entre les crises, englobant les aspects sanitaires, organisationnels, sociaux et éthiques, les informations recueillies lors d'un retour d'expérience s'avèreront de ce fait indispensables.

L'application de ces recommandations rendra possible une autre dimension éthique qui est essentielle en temps de crise et qui vient des citoyens eux-mêmes : ce pacte social qui peut se renforcer dans un cadre médical et politique, fiable et juste, et qui suppose le respect des règles, mais aussi le respect mutuel, le souci de soi, mais aussi de l'autre.