



20 mai 2020

Enjeux éthiques lors du dé-confinement : Responsabilité, solidarité et confiance

*Réponse à la saisine du Conseil scientifique Covid-19 du 4
mai 2020*

Neuf points d'attention pour la période de dé-confinement

1. **La relation à l'autre** : face à l'ambivalence des relations humaines, la nécessité du lien social
2. **Le vivre ensemble** : face au risque de fracture dans le monde du travail et au creusement des inégalités sociales, la recherche d'un sens commun et d'une solidarité ancrée dans le temps
3. **Le retour des libertés** : dans un contexte de contraintes, une plus grande vigilance pour garantir l'effectivité du consentement et du volontariat
4. **Les enjeux de la santé et de l'économie** : plutôt que de les opposer, réconcilier et rendre complémentaires les différentes valeurs de la vie
5. **La parole citoyenne** : face au risque d'une défiance, mobiliser la vision citoyenne pour éclairer le politique
6. **La recherche** : une nécessaire éthique de la recherche et l'importance d'une culture scientifique à partager
7. **La communication** : face à la discordance, une information honnête et transparente et l'appel à une éthique personnelle de communication
8. **Le système de santé** : tirer les enseignements de la gestion de la crise Covid-19 à l'hôpital pour renforcer l'égalité d'accès et l'équité
9. **Demain** : anticiper l'éventualité d'une nouvelle vague ?





Introduction

L'objectif du confinement, commencé le 17 mars 2020 en réponse à l'extension de l'épidémie Covid-19, était de permettre au maximum de personnes de rester en bonne santé, voire de rester en vie¹ en faisant en sorte que, d'une part le système de soins puisse résister face au nombre de formes graves à prendre en charge et, d'autre part, en ralentissant la circulation du virus.

La décision de sortir du confinement s'est d'abord ancrée sur l'analyse des capacités des services de réanimation et de la transmission réduite du virus SARS-COV-2 dans la population française. Néanmoins, le confinement, en tant que mesure sanitaire collective, a provoqué des effets sur tous les aspects de la vie, à l'échelle individuelle et collective, sanitaires, politiques, économiques, sociaux, culturels, psychiques, qui ne le rendent ni souhaitable, ni acceptable dans la durée.

La stratégie de sortie du confinement prend en compte un certain nombre de prérequis², **mais repose avant tout sur la présence persistante du virus**, ce qui exige le maintien de mesures prophylactiques strictes. **Le dé-confinement ne se réduit donc pas à l'inverse du confinement.**

Le dé-confinement tend à répondre à l'intérêt général, celui d'alléger le fardeau économique considérable, mais aussi le poids social, culturel, anxiogène qui pèse sur l'individu et sur l'ensemble de la société. Le dé-confinement suppose de maintenir l'épidémie sous contrôle, voire de l'éteindre le plus rapidement possible. Parce que cette période est **inédite, d'échelle mondiale**, à risque de persister sur un temps long, **le dé-confinement est abordé avec beaucoup d'incertitudes** dans de nombreux domaines, ce qui peut rendre plus ardue l'obtention d'une adhésion confiante par l'ensemble de la population quant aux mesures qui seront prises. Or, **la responsabilité, la solidarité et la confiance sont indispensables dans cette phase.**

Face à ces incertitudes, la réflexion éthique demeure plus que jamais nécessaire, car l'éthique questionne, interroge, doute, en s'appuyant sur des repères constitués, notamment par les valeurs qui fondent les sociétés : la garantie et la protection de la dignité humaine, la liberté et l'autonomie, l'égalité et la solidarité, la tolérance et la fraternité, la justice et l'équité, les responsabilités individuelles et collectives.

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) s'est rapidement organisé, à chaque étape de la gestion de la crise, pour **apporter une contribution à la réflexion générale, en toute indépendance** : d'une part, à travers une réponse à deux

¹ Compte tenu qu'à ce stade de l'épidémie, aucun traitement ou vaccin n'était disponible, compte tenu aussi que le stock d'équipements de protection individuels pouvait être considéré comme limité.

² Avis n°6 du Conseil scientifique Covid-19 (20 avril 2020) : sortie progressive du confinement - prérequis et mesures phares, 42 p.



saisines³ du ministre des solidarités et de la santé, d'autre part, en mettant en place une veille éthique concernant en particulier les personnes vulnérables du fait de leur âge, leur handicap, leur état psychique, enfin par une prise de position sur le décret du 1^{er} avril 2020 sur le traitement des corps⁴.

Elle s'est aussi déroulée en coopération avec les réflexions du Comité national pilote d'éthique du numérique (CNPEN), créé en décembre 2019 sous l'égide du CCNE. Il a ainsi publié un bulletin sur les enjeux d'éthique du numérique dans cette situation de crise⁵ et a répondu à une saisine du gouvernement concernant les questionnements éthiques liés au déploiement d'outils numériques déployés pour protéger, tester et isoler en situation de dé-confinement⁶.

Cette veille éthique, conduite par le CCNE, s'est récemment focalisée sur la période du dé-confinement et permet, aujourd'hui, de répondre à une demande⁷ du Conseil scientifique Covid-19.

Pour ce faire, la réponse à cette saisine a fait l'objet d'une instruction de la part de la section technique du CCNE, puis au sein d'un groupe dédié⁸, et enfin d'un examen par le comité plénier du CCNE le 13 mai 2020.

Le caractère inédit de la pandémie (extension quasi planétaire ; nouveau virus ; diversité, gravité et caractère inattendu des atteintes tissulaires), confronte la puissance publique, comme chaque citoyen, à la feuille blanche, qu'il est difficile de remplir **en raison des limites du savoir⁹, de l'oubli d'expériences et d'alertes précédentes, de l'incertitude** à comprendre, expliquer, prendre une décision ou envisager l'avenir. Décision pour le citoyen dans son comportement individuel et/ou collectif, ou pour « *la puissance publique qui doit prendre avec rapidité et précision des décisions sur la base de connaissances évolutives et partielles, ou de modélisations fluctuantes.* »

³ Contribution sur les enjeux éthiques face à une pandémie (13 mars 2020) et réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD (30 mars 2020).

⁴ Position du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur le Décret n° 2020-384 du 1er avril 2020.

⁵ Réflexions et points d'alerte sur les enjeux d'éthique du numérique en situation de crise sanitaire aiguë.

⁶ Enjeux d'éthique concernant des outils numériques pour le dé-confinement.

⁷ Lettre de saisine du Conseil scientifique COVID-19, en date du 4 mai 2020 qui « *souhaite que le CCNE puisse fournir une analyse en cernant les différents domaines concernés par une approche éthique du déconfinement.* »

⁸ Ont participé à ce groupe de travail : Gilles Adda ; Mounira Amor-Gueret ; François Ansermet ; Régis Aubry ; Laure Coulombel ; Sophie Crozier ; Pierre Delmas-Goyon ; Claude Delpuech ; Emmanuel Didier ; Pierre-Henri Duée ; Anne Durandy ; Florence Gruat ; Florence Jusot ; Claude Kirchner ; Karine Lefevre ; Martine Le Friant ; Caroline Martin ; Jean-Pierre Mignard ; Francis Puech ; Michel Van-Praët, Frédéric Worms.

⁹ On peut lire à ce sujet l'analyse de Jürgen Habermas dans *le Monde* (11 avril 2020) : « il nous faut agir dans le savoir explicite de notre non-savoir ».



Un retour d'expérience, comme souhaité dans la contribution du CCNE du 13 mars 2020, sera essentiel **pour mieux comprendre les raisons des fragilités révélées**, les failles en termes d'anticipation, mais **ce bilan est aujourd'hui prématuré**¹⁰. En revanche, il est remarquable de constater que le système de santé a pu faire face à l'afflux de patients, notamment grâce à une mobilisation sans précédent des professionnels de santé, à une solidarité régionale et interrégionale exemplaire, d'autre part que le confinement a été bien respecté par la population française. **L'inattendu**, l'impréparation aussi, à l'échelle collective, comme à l'échelle individuelle, **a provoqué de la créativité, de la solidarité**, un sentiment d'appartenance à une même humanité.

Ce que révèle aussi cette expérience unique, n'est-ce pas **le caractère indispensable des liens** et l'importance de l'altérité ? Le lien familial, intergénérationnel, le lien social, le lien à la nature et à la biodiversité. La distanciation physique a révélé le manque des dimensions, parfois invisibles, qui passent souvent inaperçues, lorsqu'elles sont vécues par habitude¹¹.

La crise sanitaire est aussi **révélatrice de vulnérabilités préexistantes**, celles liées à la précarité, au grand âge et à la solitude des personnes en fin de vie, mais également celles liées aux maltraitements à l'égard des plus vulnérables¹², celles liées aussi à la dépendance aux systèmes actuels de production, de transport, d'accès aux capacités numériques.

La pandémie a alimenté de nouvelles peurs que ne pouvait lever le traitement de l'information. Des situations de grande pauvreté et de détresse ont aussi été passées sous silence.

L'anomalie que représente la pandémie doit être comprise, non comme un fait a-normal, mais comme un fait **révélateur à la fois des forces et des faiblesses d'une société** qui guérira en sachant que « la guérison n'est jamais le retour à l'état antérieur », comme le rappelait déjà G. Canguilhem¹³.

Dans cette réflexion éthique sur la sortie du confinement, le CCNE a souhaité mettre en avant **neuf points d'attention où l'on retrouve inévitablement une tension**, un choix contradictoire, entre confiance et méfiance, entre individuel et collectif, entre sécurité sanitaire et risque économique, entre connaissance et risque d'agir en méconnaissance. Ces points d'attention concernent les usagers du système

¹⁰ Le CCNE participera dans une prochaine contribution à ce bilan au travers du prisme éthique.

¹¹ L'importance de certains métiers, par exemple, qui permettent de rendre vivable le confinement.

¹² Réponse du 9 avril 2020 à la saisine du CCNE par de la Commission nationale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance et de la Fédération 3977 sur le risque de maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées en période de crise sanitaire et de confinement.

¹³ G. Canguilhem (1966). Le normal et le pathologique, Presses universitaires de France, 294 p.



de santé, proches aidants et plus largement la société civile, les professionnels de santé et du social, les responsables des établissements et des services à domicile, les chercheurs, les experts et les politiques. Tous sont parties-prenantes de la crise Covid-19.

Le CCNE a aussi estimé qu'il était très important de **penser le dé-confinement comme** une nouvelle situation, **un nouvel état de la pandémie**, une période complexe, à risque, tant sanitaire que social.

Neuf points d'attention à prendre en compte

1. La relation à l'autre : face à l'ambivalence des relations humaines, la nécessité du lien social

Le dé-confinement comporte un risque majeur : porter à l'extrême l'ambivalence qui est au cœur de toutes relations humaines.

En effet, la période du confinement a mis en évidence la prise de conscience de l'importance de la solidarité et des relations (dans la séparation et parfois jusque dans le deuil), mais aussi la défiance et le risque de voir l'émergence de nouvelles discriminations. Tout projet solidaire peut être envahi par la défiance, le rejet de l'autre.

Dans cette période de sortie du confinement, qui ne peut consister en un retour à la case départ, « *comme si rien ne s'était passé* », **la relation à l'autre** doit donc être l'objet d'une attention éthique soutenue, car elle constitue un enjeu politique et social majeur. Elle va être, au moins pendant quelques mois, profondément modifiée : réduite au strict minimum pendant la période de confinement, compte tenu d'un assez large consensus sur le respect des distances et des « gestes barrière », elle va s'élargir lors du dé-confinement, mais autrui, proche ou inconnu, demeure porteur d'une menace potentielle, tout autant que de l'expression de la solidarité et de la fraternité.

L'ambivalence des relations humaines tient à trois contextes et enjeux éthiques spécifiques :

(1) **les suites de la pandémie** : la fin du confinement n'est pas la fin de la pandémie ; les mesures de prévention, qui restent nécessaires, peuvent changer les relations à autrui : vont-elles aller dans le sens du respect, de la confiance en l'autre ou de la méfiance (voire de la provocation), de la solidarité ou de la discrimination ?

(2) **les effets du confinement lui-même** : on ne peut pas les minimiser, ni du côté du lien (la séparation, le deuil, comme sources de souffrance), ni du côté de la violence (notamment domestique, intrafamiliale, envers les enfants), appelant une prise en charge psychique et institutionnelle notamment ; la « sortie » du confinement va davantage encore mettre ces souffrances en évidence;



(3) **la reprise des relations sociales**, transformées par la pandémie et le confinement : exacerbations des inégalités par l'arrêt de l'enseignement, néanmoins dispensé sous forme numérique, par le fait du changement économique; ambivalence dans les actes envers des professions qui gagnaient une reconnaissance nouvelle pendant la période aigüe de la crise sanitaire (accompagnement dans le soin, personnel engagé dans le service de la communauté) avec un mélange de gratitude, mais aussi de conflits et de revendications (inégalités de traitement, concurrence économique etc.).

Ces trois ambivalences conjuguées peuvent susciter méfiance, violence ou conflits, mais aboutir aussi à l'inverse à une alliance bénéfique pour le respect de la santé publique, de l'accompagnement des relations psychiques et de la reconnaissance sociale.

Tandis que le confinement a reposé sur la solidarité de chacun pour le bien de tous, **quel sera le devenir de cette solidarité à la sortie du confinement ?** Il faut identifier les risques liés au dé-confinement, risques d'ordre sanitaire, économique et social, pour mieux en saisir les enjeux éthiques. Du point de vue relationnel, le dé-confinement pourrait s'accompagner de relations humaines variant entre solidarité et fraternité, mais aussi peur, défiance, bravade, déni du risque, jugement pour ceux qui respectent ou non les règles de précaution (port de masque, distanciation spatiale, ...). Tout comportement jugé peu vertueux pourrait provoquer des conduites d'évitement, voire des réactions agressives, y compris entre les générations.

Il y a ici un enjeu éthique, de tolérance et de solidarité, qui implique la responsabilité de chacun, face à l'autre, face à la société, face à tous. Comprendre l'autre sans chercher à normaliser son comportement et à le stigmatiser¹⁴.

Comment la liberté individuelle et la responsabilité collective vont-elles se nouer ? Si le confinement collectif a impliqué l'expérience individuelle de la distanciation sociale, quel sera le destin de l'individuel dans le retour progressif au collectif lors du dé-confinement ?

¹⁴ Il ne faut pas mésestimer le risque de stigmatisation des personnes dites « vulnérables » et donc à protéger. Avec des conséquences diverses : soit un déni d'appartenance de la part de ces personnes pouvant conduire à un comportement dangereux pour leur santé, soit un sentiment de culpabilité conduisant à un repli sur soi, pouvant se traduire par un refus de soin. Mais, cette stigmatisation peut provenir d'une fraction de la population non « à risques », qui considère comme irresponsables les personnes « à risques » qui ne se confinent pas strictement, et en particulier qui prendraient les transports en commun. Un autre risque est relié à l'ensemble des personnes « à risques » qui travaillent, dont les personnes obèses et celles porteuses de maladies chroniques. En effet, on leur demande, pour leur santé, de se mettre en arrêt-maladie à un moment où l'ensemble de la société se remet au travail, ce qui peut induire une rémunération plus faible, voire une rupture de confidentialité quant à leur état de santé. Ceci peut pousser ces salariés à reprendre un travail, et à prendre des transports en commun, avec des risques évidents pour leur santé.



La période du confinement a révélé combien la relation à l'autre et **le maintien du lien social** relevaient d'**un besoin vital**, *a fortiori* pour les personnes vulnérables isolées à domicile ou en établissement médico-social comme les EHPAD ou dans le secteur du handicap. Lors du dé-confinement, à l'heure de la réouverture prudente des visites dans un souci de prévention du risque sanitaire, **ce lien social doit à tout prix être préservé et développé comme un objectif prioritaire**, comme l'ont souligné les deux récents rapports de J. Guedj¹⁵, en évitant une interprétation trop rigoureuse et excessive du cadre réglementaire et du principe de précaution. Cela a pu engendrer des situations qui relèvent de la qualification de maltraitance et s'inscrire à l'encontre de l'exigence fondamentale de l'accompagnement et du soin.

Dans ce contexte, **l'enjeu éthique est d'anticiper les risques de déviance des relations à l'autre, et de maintenir solidarité et cohésion sociale**, afin de trouver les voies d'un dé-confinement réussi, dont il faudra tirer les leçons à plus long terme.

Pour ce faire, **le CCNE met en avant plusieurs propositions : justifier clairement la normalisation des relations** liée à l'épidémie et à la prévention, dans un dialogue médecine/société ; **être très attentif aux fragilités relationnelles**, et proposer un accompagnement psychique et social ; **maintenir et développer à tout prix le lien social à l'égard des personnes isolées** à l'hôpital ou en établissements sociaux et médico-sociaux ; **rester vigilant face aux possibles réactions « d'après-coup »**, réactions paradoxales de stress post-confinement en situation de relâchement, qui peuvent s'accompagner de souffrances intenses pas forcément reconnues ni acceptées, car ce qui était justifié par l'urgence pendant le confinement risque d'être objet de conflit dans cette nouvelle étape ; **reconnaître les risques d'inégalités et de discriminations et lutter contre elles** par des institutions dédiées.

2. Le vivre ensemble : face au risque de fracture dans le monde du travail et au creusement des inégalités sociales, la recherche d'un sens commun et d'une solidarité ancrés dans le temps

Le confinement a développé et fait vivre **des situations de relations nouvelles relayées par les moyens numériques**, engendrant de nouvelles manières de communiquer et partager. L'éducation, le travail, la formation ont expérimenté à une échelle inédite de nouvelles formes de relations mais qui interrogent aussi quant à

¹⁵ J. Guedj, Rapport « Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement », 5 avril 2020 et Rapport d'étape 2 « Recommandations destinées à permettre à nouveau les visites de familles et de bénévoles dans les EHPAD. Concilier la nécessaire protection des résidents et le rétablissement du lien avec les proches », 18 avril 2020.



la confiance dans l'échange, la souveraineté dans le choix du médium, l'équité et la liberté dans l'accès aux canaux de communication. Ce fut également une voie nouvelle de protection pour les professionnels de santé et pour les patients eux-mêmes, par l'usage des téléconsultations.

La crise sanitaire a mis **le travail au centre de nombreuses réflexions**, des thèmes centraux sont revenus en pleine lumière, à commencer par la question cruciale de **la santé des travailleurs**. Les textes récents tentent de trouver un délicat équilibre entre la protection de la santé physique et mentale des salariés et la continuité de l'activité des entreprises, entre la responsabilité collective et les responsabilités individuelles¹⁶.

Cependant **le monde du travail** n'a pas été affecté de manière homogène par la crise sanitaire. De manière schématique, il **s'est scindé en deux** : d'une part, les travailleurs, invités ou contraints à poursuivre leurs activités : les soignants, ainsi que le secteur d'aide à la personne, les secteurs du nettoyage, transports, agro-alimentaire, secteurs particulièrement marqués par la ségrégation professionnelle, souvent peu formés, mal rémunérés, parfois précaires ; de l'autre, les personnes confinées privées de leur travail ou pouvant l'exercer à distance¹⁷.

Si l'urgence a justifié une avalanche de textes dérogatoires en matière de travail et aussi plus globalement une **mise en cause de certains droits et libertés fondamentaux** (voir point 3), **le CCNE souligne que la vigilance est de mise quant au caractère temporaire de ces mesures**. Le respect des principes éthiques dans le domaine du travail doit contribuer à éviter qu'une grave crise sociale ne s'ajoute à la crise sanitaire.

Des situations de très grandes difficultés et inégalités existent, pour lesquelles le respect du confinement et les gestes barrière ont été particulièrement difficiles à appliquer, par exemple, dans les populations vulnérables telles que celles des migrants ou des personnes sans domicile fixe, les personnes et les familles les plus modestes, incluant les étudiants précaires. Sont notamment en cause le confinement

¹⁶ Le protocole national de dé-confinement pour les entreprises pour assurer la santé et la sécurité des salariés rendu public par le ministère du travail le 3 mai 2020 en est une parfaite illustration. Il invite notamment « à privilégier les mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ». L'idée directrice est que la protection collective, c'est-à-dire une organisation à la fois des transports publics et des entreprises, est à favoriser en ce qu'elle protège tous les travailleurs, quels que soient leurs comportements individuels (notamment lors de l'utilisation inadéquate des masques et des gants, du respect approximatif des gestes barrières et des mesures de sécurité...), même s'il faut bien sûr combiner les deux types de protection.

¹⁷ Toutefois, dans cette catégorie des personnes confinées, celles privées de travail et celles pouvant l'exercer à distance constituent deux situations distinctes, en termes de retentissement personnel.



dans des appartements exigus¹⁸ générateurs de tensions et potentiellement de violences, la baisse des revenus, la hausse des dépenses alimentaires et l'accès inégal à l'éducation à distance.

On observe dans certains départements et quartiers dits « défavorisés » une inégalité face à la maladie avec un accroissement exceptionnel de la mortalité¹⁹, non imputable à une proportion importante de personnes âgées, mais plutôt aux conditions mêmes de vie : trajet en transports en commun pour aller travailler, promiscuité dans de petits appartements avec une comorbidité accrue dans les populations précaires.

La sortie du confinement risque d'accroître ces inégalités, faisant craindre pour ces populations vulnérables une flambée de l'épidémie. Ne pouvant généralement pas accéder au télétravail, ces personnes n'auront pas d'autre choix pour se rendre sur leurs lieux de travail que de prendre les transports en commun et d'envoyer leurs enfants à l'école, situations pouvant aggraver le risque de contamination.

La solidarité de tous est nécessaire. Elle implique au-delà de la responsabilité de chacun un engagement des institutions et entreprises tel que la distribution de masques pour l'utilisation dans l'espace public, mais aussi l'implication des employeurs pour garantir la sécurité de tous leurs employés, le décalage des horaires de travail avec une offre de transports adaptée, la reconnaissance sociétale et financière des métiers essentiels qui touchent à l'alimentaire, l'éducation, la santé, la salubrité, la logistique ou la sécurité, et dont on a perçu le caractère indispensable pendant cette période. À plus long terme, il conviendra de s'engager dans une véritable revalorisation de ces filières, une politique volontaire de logement digne pour tous et une potentielle relocalisation d'activités stratégiques, levier d'opportunité d'emplois dans un contexte économique qui s'annonce particulièrement difficile.

Les conséquences socio-économiques de la crise ne peuvent-elles engendrer un risque de perte d'un monde commun ou d'aggravation de la situation sociale ?

Si la crise économique exacerbe les inégalités et les tensions sociales, comment préserver le sens du « vivre ensemble », dans une société déjà fractionnée ?

Hannah Arendt, dans ses travaux, a insisté²⁰ sur la « désolation » née de la grande crise, qui a fait qu'une masse d'hommes a été privée de cette dimension politique pour devenir des « hommes superflus ». Alors que le dé-confinement prolonge le temps de l'incertitude, n'est-ce pas justement une attitude éthique que de **rechercher ce qui donne sens au sein de la communauté**

¹⁸ Une enquête récente de l'INSEE (21 avril 2020), à partir des données statistiques de 2016, indique que 5 millions de personnes vivent dans un logement au nombre de pièces insuffisant. C'est le cas pour 13,7% des ménages en région parisienne.

¹⁹ Le département de la Seine Saint-Denis a compté une augmentation de mortalité de 130% du 1^{er} mars au 20 avril 2020, par rapport à la même période en 2019,

²⁰ H. Arendt (1951). Les origines du totalitarisme, Harcourt Brace and Co., New York, 1051 p.

3. Le retour des libertés : dans un contexte de contraintes, une plus grande vigilance pour garantir l'effectivité du consentement et du volontariat

Des libertés sous contraintes

L'organisation du dé-confinement dans le maintien de l'état d'urgence sanitaire est **un exercice difficile au regard des libertés publiques**²¹ (s'agissant notamment des libertés de circulation). L'enjeu est, d'une part, de **rendre aux citoyens des libertés individuelles, parmi les plus essentielles, dont ils ont été privés** ; d'autre part, pour cantonner la circulation du virus, d'instaurer des procédures nouvelles destinées à suivre au plus près les nouveaux cas.

Le dé-confinement revient à un régime encadré par de multiples exceptions : ainsi, les règles issues de l'état d'urgence peuvent être assorties de sanctions ou de recommandations.

Le CCNE note cependant que la majorité des mesures envisagées repose sur le consentement et le volontariat, la contrainte étant limitée essentiellement aux mesures portant sur les déplacements les regroupements et les transports.

Au-delà de ce diagnostic, **la restriction des libertés comme le retour à une certaine liberté soulèvent nécessairement des questions éthiques**, des tensions en ce qui concerne le consentement, le volontariat, l'égalité mise en relation avec l'équité, la bienveillance qui peut avoir des effets collatéraux dommageables, le retour à la liberté qui coexiste avec la peur ou la solitude, les nouveaux modes de travail qui peuvent isoler.....

Avant tout, le CCNE insiste sur **la nécessité**, pour que ces restrictions soient admises et ne soient pas contournées, **de clairement en expliquer les motifs**, sanitaires notamment, s'agissant des modalités de test et de suivi de la population, afin que celle-ci y adhère, en insistant sur l'importance de cette adhésion et de la prévention pour le retour à un exercice normal des libertés publiques. Ainsi, concernant **la mobilité internationale**, la fermeture des frontières constitue une mesure d'abord de protection sanitaire et non d'un quelconque rejet de l'étranger.

Liberté, consentement et vie privée.

Ainsi, doit-il en aller de **la notion de consentement**. Cette notion irrigue largement le dispositif de suivi de la maladie, mais elle subit une brèche avec **la création d'un système d'information aux fins de lutter contre la diffusion du virus**, prévue par l'article 11 de la loi du 11 mai 2020, dispositif qui s'appuie sur deux fichiers numériques²².

²¹ À l'échelle des décideurs politiques, apparaît aussi une tension entre la confiance accordée aux individus et aux collectifs pour assurer la protection de tous, et en particulier des plus vulnérables, et la méfiance : l'enjeu démocratique n'est-il pas l'affirmation d'une confiance contrôlée, qui s'exprime dans la responsabilité de chaque individu ?

²² On doit toutefois rappeler que la déclaration obligatoire de trente-quatre maladies, prévue aux articles L. 3113-1 et R. 3113-1 du code de la santé publique, comporte déjà un traitement des données, sans que le consentement du malade ne soit demandé.



La rapidité de la lutte contre l'épidémie peut conduire dans certains cas et **pour un temps limité à la restriction de la protection de la vie privée**²³.

Cette intrusion dans la vie privée devra, de ce fait, être très bien expliquée : **il faut faire comprendre**, si possible très tôt, **l'objectif de santé publique poursuivi** et l'importance de cette procédure pour suivre de manière plus précise l'évolution de la maladie et tenter de limiter la diffusion du virus. Il faut aussi expliquer tant en amont qu'au moment où la personne est contactée que **le reste de la procédure dépend de son libre consentement**, notamment pour les personnes ne présentant aucun signe de maladie s'agissant de la mise en quarantaine et du test à réaliser sept jours plus tard, **en insistant sur la responsabilité individuelle** qui pèse sur chacun et sur l'importance de la prévention dans ce domaine.

S'agissant des enjeux éthiques soulevés par le déploiement d'applications pour les smartphones permettant, notamment par *Bluetooth*, le traçage des contacts de personnes infectées, tel que le projet StopCovid, l'avis²⁴ en date du 14 mai 2020 du CNPEN a rappelé en particulier l'importance de la garantie de la confidentialité des données, du consentement, de l'information claire et transparente sur les systèmes, ainsi que la nécessité d'éviter toute discrimination entre personnes téléchargeant l'application et celles ne souhaitant ou ne pouvant le faire.

Liberté et droit de visite dans les établissements médico-sociaux et dans les établissements sanitaires

La question des visites de la famille et des proches dans ces établissements demeure toujours délicate. Le maintien des mesures mises en place le 19 avril 2020, qui, tout en rétablissant les possibilités de visite, les limite considérablement, se justifie-t-il encore aujourd'hui dans toutes les structures ?

Les personnes âgées sont celles qui paient le tribut le plus lourd, compte tenu de leur état de santé, mais doivent-elles être encore plus isolées qu'elles ne le sont habituellement au détriment de leur bien-être personnel²⁵ ? La bienveillance et la crainte de la maladie ne sauraient exclure la prise en compte des bénéfices/risques des mesures d'isolement sur la santé et l'équilibre de personnes qui sont dans la dernière partie de leur vie et qui souhaitent préserver une vie personnelle. Et si une

²³ Par ailleurs, les personnes susceptibles d'avoir été infectées par un malade du Covid-19 seront contactées par les professionnels de la plate-forme de l'assurance maladie qui leur indiqueront les modalités de quarantaine, de test et de conduite à tenir. Elles s'étonneront sans doute de se voir ainsi contactées, et ce encore plus lorsque le nom de ce malade ne leur sera pas communiqué, si ce dernier a souhaité demeurer anonyme.

²⁴ Comité national pilote d'éthique du numérique/CCNE (14 mai 2020). Enjeux d'éthique concernant les outils numériques pour le dé-confinement, 22 p.

²⁵ Leur droit à une vie privée et familiale a tendance à être trop ignoré pour des raisons qui peuvent être matérielles, alors que les visites des proches sont une des conditions pour que leur séjour en EHPAD soit tolérable, les solutions numériques n'étant qu'un pis-aller qui ne convient pas au demeurant à tous et sont différentes selon les lieux.



extension des visites est rendue complexe faute de moyens humains et matériels (protection, lieu de visite), cela ne peut qu'inciter à rendre nécessaire la réflexion sur la situation dans les EHPAD, selon les principes développés par le CCNE dans son avis 128 du 16 mai 2018 sur les enjeux éthiques du vieillissement²⁶.

Liberté et vulnérabilités

S'agissant des populations les plus vulnérables, figure la difficulté rencontrée par les parents pour scolariser à domicile les enfants et les jeunes présentant des handicaps, alors que leur accueil dans des structures collectives est une condition de leur développement et de l'équilibre des familles. La crise sanitaire ayant rappelé que la notion de priorisation prenait une importance très grande en situation de manque de moyens (sélection des patients en situation de tension dans les services hospitaliers, masques réservés aux soignants, accueil des enfants de soignants dans les écoles...), les enfants les plus fragiles, à l'occasion du retour progressif à la normale, doivent pouvoir bénéficier d'un retour dans des structures collectives quelles qu'elles soient, sauf si leur famille ne le souhaite pas.

Le droit à l'éducation s'exerce à l'occasion du dé-confinement dans un cadre nouveau de choix et de priorisation qui ne peut qu'être provisoire.

L'équité, plutôt que l'égalité, paraît dans ce domaine importante, même si elle doit être expliquée pour éviter que ne se développent des ressentiments à l'égard de certains.

Une attention particulière devra être portée à **ceux qui ont pu souffrir davantage du confinement par la solitude ou la promiscuité**, en les écoutant au sein de l'entreprise ou des administrations pour les aider, notamment au moment du retour au travail.

Retrouver une certaine liberté ne coïncidera pas nécessairement avec un retour à l'équilibre pour tous. Ce peut même être le contraire, car voir des personnes heureuses de retrouver une vie plus normale, alors qu'on a souffert davantage et qu'on continue à souffrir, peut être douloureux.

Les mesures exceptionnelles prises en faveur des personnes victimes de violences conjugales pendant la crise sanitaire devraient faire l'objet d'une évaluation pour savoir s'il ne serait pas souhaitable d'en maintenir certains aspects après l'état d'urgence. La promiscuité accrue pendant le confinement a souligné les problèmes qu'elles subissent, ainsi que les violences aux enfants, et la nécessité de faire appel à des solutions originales, y compris contraignantes à l'égard du conjoint ou des parents violents.

²⁶ Cf. supra : Point d'attention 1 et les deux rapports de J. Guedj, *op. cit.* note 15.



Liberté et masque

La liberté individuelle peut s'accompagner de tensions. Ainsi celle de porter ou non un masque dans certains lieux publics ou dans les commerces aura vraisemblablement pour corollaire des tensions entre ceux qui, pour des motifs personnels, souhaitent en porter en dehors des obligations légales et ceux qui n'en portent pas pour des raisons diverses²⁷.

Liberté et télétravail

L'élargissement et la prolongation du **travail à domicile** peuvent également interroger des valeurs fondamentales : cette forme de travail qui peut être imposée par l'employeur, notamment en cas de menace d'épidémie, n'est pas sans danger lorsque les conditions d'organisation ne sont pas précisées et encadrées, lorsque les postes de travail ne sont pas aménagés, lorsque la frontière entre vie professionnelle et vie personnelle est poreuse (affectant particulièrement les femmes et les parents d'enfants dont la scolarité n'a pas pu encore reprendre), interrogeant ainsi le droit au respect de la vie privée et familiale ou encore le droit au respect du domicile.

Si le Protocole national de dé-confinement pour les entreprises et pour assurer la santé et la sécurité des salariés des entreprises publié par le ministère du travail comporte des dispositions destinées à éviter les contraintes des employeurs sur les salariés notamment en matière de test de la maladie, **le maintien du télétravail pour d'autres catégories de salariés doit conduire à se poser la question de l'équilibre entre le temps de travail dans l'entreprise et celui du travail à domicile**, c'est-à-dire le partage du temps entre les tâches domestiques et familiales et, pour certains, l'enseignement à domicile des enfants, et le travail.

Le télétravail peut être bénéfique sous certains aspects pour la santé et l'équilibre personnel, l'économie de transport, la réduction de la pollution, mais doit être pensé dans le cadre d'un retour à la normale dans tous ses aspects humains. Il peut y avoir des tensions entre l'intérêt collectif et l'intérêt privé ; il peut y avoir aussi des tensions entre, d'une part, la liberté qu'apporte le télétravail pour certains et, d'autre part, l'isolement et la discipline individuelle à respecter dans la durée, ainsi que la fausse sécurité qu'il peut engendrer chez les mêmes ou d'autres.

Les employeurs sont amenés, dans le contexte du Covid-19, à recueillir et à traiter des informations relatives à la santé, aux déplacements, voire aux proches des salariés, donc des **données sensibles à caractère personnel**. Leur collecte doit être strictement nécessaire et leur conservation sécurisée et limitée dans le temps. **L'évaluation des risques doit rester centrale** en cette période où santé publique et santé au travail se conjuguent, la frontière entre protection et discrimination étant parfois difficile à assurer en pratique.

²⁷ Notamment pour des raisons financières ou parce qu'ils ont déjà été atteints par le Covid-19.

4. Les enjeux de la santé et de l'économie : plutôt que de les opposer, réconcilier et rendre complémentaires les différentes valeurs de la vie

Lors de son allocution télévisée du 12 mars 2020 le président de la République avait annoncé le confinement expliquant qu'il fallait « *combattre le virus quoi qu'il en coûte* ». La politique mise en place immédiatement après cette annonce a été très prioritairement orientée par des préoccupations sanitaires. **La priorité politique a été la protection de la vie, au sens médical du terme.** La décision de confinement a été motivée par l'urgence d'enrayer l'épidémie, selon le principe que la santé n'a pas de prix.

Après la sidération face à un épisode presque entièrement inédit et aux conséquences sanitaires potentiellement majeures, **des conséquences sociales très lourdes sont apparues** : les faits de maltraitance ont augmenté, la situation économique des personnes travaillant dans les secteurs jugés non essentiels ou propagateurs de l'épidémie (artisanat, restauration, hôtel, tourisme, culture, événementiel, services à la personne) est devenue alarmante, en dépit des aides importantes mises en œuvre pour amortir les pertes de revenus des salariés et des entreprises²⁸.

La défense de la vie, dans ses dimensions les plus humaines, sociale et économique, **est entrée en contradiction directe avec la priorité initiale** de réduire la circulation du virus et de limiter l'incidence de cas graves nécessitant une hospitalisation en soins intensifs ou en réanimation.

Le dé-confinement, et toutes les difficultés qu'il pose, peut être interprété comme **une tentative visant à réarticuler**, le plus finement possible, **la défense de ces deux conceptions de la vie**, qui ne s'opposent pas, car les crises économiques sont aussi génératrices de souffrances et de décès, mais pour lesquelles il devient nécessaire de redécouvrir la complémentarité, quelles que soient les tensions éthiques posées.

L'un de ces problèmes est celui de **la mesure des progrès réalisés dans la défense de chacune de ces conceptions de la vie**. Des indicateurs sont très vite apparus pour évaluer les politiques sanitaires : le nombre de morts du coronavirus, le nombre de personnes infectées, le nombre de personnes soignées. Certes, ils ont été critiqués techniquement, mais ils sont parvenus à s'imposer dans le public comme une mesure simple et frappante des effets de la politique gouvernementale. En revanche, aucune mesure de la reprise de la vie socio-économique ne semble s'être encore imposée. Les statistiques ne manquent pas, mais elles restent pour l'instant

²⁸ Au total, selon les estimations de la Banque de France et de la Banque centrale européenne, les pertes d'activités liées au confinement conduiraient à une perte annuelle d'au moins 8% pour le PIB et 9% de déficit budgétaire, sans compter les risques probables de crise profonde et durable avec l'aggravation du chômage, des inégalités et de la pauvreté.



limitées aux débats d'experts et ne parviennent pas à synthétiser une démarche globale. **Il convient d'associer les chercheurs des sciences sociales et économiques et les services gouvernementaux**, afin de **produire quelques indicateurs aussi pertinents et compréhensibles pour le public**, tels que le niveau du produit intérieur brut, de la consommation, du chômage ou des faillites, mais aussi plus sociologiques, permettant une analyse démocratique et des choix collectifs.

Sortir du confinement, afin notamment de permettre une reprise de l'activité économique, c'est également prendre le risque d'une augmentation de la circulation du virus, malgré toutes les précautions mises en œuvre pour la contenir. Il n'est cependant pas certain qu'une articulation parfaite entre ces deux valeurs soit possible, car l'histoire récente révèle plutôt un arbitrage entre risques sanitaires et risques économiques et sociaux. **Faudra-t-il alors sacrifier en partie la sécurité sanitaire face à l'épidémie de Covid-19 pour limiter la crise économique ?** Ne faudrait-il pas aussi inciter à une réflexion sur les « décès évités », du fait même des mesures sanitaires et sociales adoptées, en regard des pertes humaines et économiques subies ?

En situation normale, hors crise sanitaire, la régulation du système de santé conduit aussi à arbitrer entre la santé et les autres dimensions du bien-être, comme l'éducation ou la sécurité par exemple²⁹. Mais en France, ces choix demeurent avant tout implicites et n'ont pas, jusqu'à présent, été considérés comme relevant d'un arbitrage collectif entre la santé et d'autres dimensions de la vie. Surtout, ils ne sont pas rattachés à une réflexion collective sur la valeur de la vie et de la santé, comme c'est le cas dans des pays qui ont fait, au moins dans un premier temps, d'autres choix de confinement comme en Grande Bretagne, en Suède ou aux Pays Bas.

Cette crise invite la société à une réflexion collective non seulement sur la valeur de la vie et de la santé en général, sur les populations vulnérables et vulnérabilisées de leurs pathologies, mais aussi sur le niveau des sacrifices économiques et sociaux que l'on peut accepter pour limiter le nombre de décès liés à cette pandémie³⁰.

²⁹ La fixation de l'ONDAM, le budget public annuel consacré aux soins, par l'Assemblée Nationale relève de ce type d'arbitrage collectif. Décider du remboursement ou du niveau de prix des médicaments c'est également arbitrer, cette fois entre différents types de patients, puisque fixer un prix élevé pour un nouveau médicament remboursé, c'est donner des incitations aux laboratoires pharmaceutiques d'investir dans tel ou tel champ pathologique. Laisser un reste à charge sur certains soins, c'est aussi accepter que certains décident d'y renoncer pour raisons financières, et donc d'en subir les conséquences sanitaires et de se reporter sur d'autres soins mieux pris en charge.

³⁰ On notera aussi que la France s'est dotée d'une valeur tutélaire de la vie pour orienter les politiques publiques. Le rapport Quinet en 2013 préconisait ainsi une valeur de 3 millions d'euros par vie sauvée, équivalente à 150 000 euros par année de vie sauvée. L'utilisation de ce critère dans la situation actuelle conduirait à justifier pleinement les sacrifices économiques qui ont été faits et pourrait encore justifier des sacrifices économiques très importants, compte tenu du nombre très important de décès déjà évités, et du nombre de décès qui pourraient encore être évités par un confinement prolongé de la population.



Penser les effets sanitaires, économiques et sociaux de la crise actuelle amène enfin à considérer non seulement les décès dus au Covid-19, mais **l'ensemble des décès induits par le confinement et la crise économique** qui en découle. À court terme, le confinement a conduit à une réduction des accidents de la route et des accidents de travail, aux effets néfastes de la pollution, mais également à des reports de soins et des renoncements aux soins très nombreux, ainsi qu'une aggravation des problèmes de santé mentale. La crise économique qui s'annonce pourrait-elle aussi avoir des conséquences sanitaires importantes, en particulier si celle-ci devient profonde et durable³¹ ? Enfin, les difficultés économiques conduiront nécessairement à une augmentation des difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières et pourraient induire une aggravation des inégalités sociales de santé, déjà importantes en France.

Le CCNE rappelle l'importance de produire des indicateurs à l'aide d'enquêtes spécifiques et des données administratives hospitalières, de l'assurance maladie, **sur les décès** pour suivre l'évolution des décès liés aux autres causes que le Covid-19, **le recours aux soins, les renoncements aux soins, l'identification des ruptures de suivi des maladies chroniques**. Ces études sont indispensables pour orienter les politiques publiques en vue de lutter contre **les inégalités sociales de santé et de recours aux soins**.

5. La parole citoyenne : face au risque d'une défiance, mobiliser la vision citoyenne pour éclairer le politique

Il faut souligner à quel point la tolérance et l'acceptation des contraintes par la population ont été remarquables face au caractère immédiat et brutal des mesures restrictives de liberté, justifiées par l'état d'urgence sanitaire et le bien commun. **La période du confinement a profondément interpellé chaque citoyen dans son rapport à la liberté et à la contrainte**, comme sur l'accompagnement des plus vulnérables.

Au début de la crise sanitaire, dans un contexte de profonde inquiétude et d'incertitude face à l'évolution du virus, **les citoyens français s'en sont remis à l'expertise scientifique**, particulièrement à travers **la mise en place d'un Conseil scientifique** placé très tôt auprès des autorités politiques. Si le politique a souhaité être éclairé par les scientifiques et les chercheurs de différentes disciplines (Conseil scientifique, Comité d'analyse recherche et expertise, Sociétés savantes), ce lien particulier - dont il faudra ultérieurement analyser l'apport - ne s'est pas accompagné de la mobilisation, pourtant nécessaire dans les prises de décision, de la parole des acteurs de la démocratie en santé et plus largement de la population.

³¹ L'observation des crises économiques précédentes amène à craindre une augmentation des suicides, des maladies cardiovasculaires et de la mortalité induite.



Alors que les enjeux du questionnement éthique et de la démocratie en santé sont étroitement liés, des voix de plus en plus nombreuses se sont fait entendre sur la nécessité de **l'organisation structurée d'un dialogue entre le politique, les chercheurs et la société civile**³² pour mobiliser toutes les visions. Dans cette sortie de confinement comme pour demain, la société civile doit plus que jamais pouvoir être entendue, car elle est un acteur à part entière de la décision politique, au-delà de la seule question du numérique³³. L'avis du 13 mars 2020 du CCNE³⁴ avait déjà retenu comme point d'attention « *la nécessité pour le processus de décision politique de s'appuyer sur l'expertise et la contribution de la société civile* ».

Si le dé-confinement s'accompagne d'un appel au civisme et à la responsabilité individuelle, la confiance citoyenne ne peut s'ancrer que sur une écoute, un retour d'expériences et des propositions émanant d'une part d'usagers du système de santé - patients et résidents du médico-social - et d'autre part de la population en général. L'écoute de la parole citoyenne est incontestablement de nature à favoriser la confiance et à limiter le caractère anxiogène du dé-confinement.

Le CCNE recommande de créer les conditions d'un dialogue avec la société civile. Ce dialogue devrait passer par deux modalités complémentaires :

- La première consiste à **recueillir une opinion citoyenne** par le biais de **l'organisation d'un grand débat public** sur les enjeux de la crise sanitaire (libertés et contraintes, quel vécu et comment apprendre à vivre avec le virus) qui pourrait être confiée au CESE sur le principe de la Convention citoyenne sur le Climat ;
- La seconde consiste à **recueillir la parole des usagers du système de santé** – *via* les associations - **et des instances de la société civile**, par le biais d'une coordination science-société, dont le pilotage pourrait être confié à la CNS en tant que Parlement de la santé.

L'intérêt de ces deux modalités complémentaires est de tenir compte de la diversité de la société et de construire la médiation nécessaire entre les deux, de permettre une action coordonnée au service d'une démocratie en santé cohérente au niveau national pour l'analyse de la crise Covid-19. À cette fin, elles devront notamment associer à la démarche France asso santé, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), la Commission nationale des débats publics (CNDP) et le Haut conseil de la santé publique (HCSP).

³² « Appel pour une coordination immédiate entre sciences et société », Le Monde, 7 mai 2020

³³ La loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions prévoit la création d'un Comité de contrôle et de liaison (art. 11 VIII) chargé d'associer la société civile au Parlement dont le champ est limité.

³⁴ Comité consultatif national d'éthique (13 mars 2020). Covid-19 : contribution du CCNE sur les enjeux éthiques face à une pandémie, 10 p.

6. La recherche : une nécessaire éthique de la recherche et l'importance d'une culture scientifique à partager³⁵

De même qu'il ne peut y avoir de consentement libre et éclairé sans partage d'information, écoute réciproque et compréhension, la responsabilité attendue de chaque personne ne peut être réfléchie qu'avec une compréhension/appropriation suffisante de l'information, principalement scientifique et médicale.

Or, **le regard des citoyens sur la communauté scientifique est ambigu** : à la fois recours et cible de reproches, voire catalyseur d'une défiance³⁶. Il en résulte un possible rejet et la mise en cause de la rationalité.

Beaucoup de ces réactions traduisent **la compréhension très faible dans la société de ce que sont la démarche scientifique** et sa logique d'interrogation constante, **la recherche fondamentale**, source de connaissances et leurs applications, pôles d'intérêts pour la société, et la difficulté de les expliciter par une communication scientifique³⁷ partagée, efficace et loyale, où la place du doute est préservée. Ce constat est, en grande partie, lié au manque d'éducation scientifique qui existe aujourd'hui au sein de la société.

La science comme recours

Il faut souligner l'extrême réactivité et **l'exceptionnelle implication de la communauté scientifique internationale**³⁸ qui a accompli « *un travail immense en un temps record.* », en caractérisant en dix jours le virus, puis ses mécanismes d'infection, un pré-requis pour engager les travaux sur le vaccin et repositionner différentes molécules thérapeutiques déjà utilisées, mais aussi en partageant en temps réel des données médicales dans le monde entier (grâce aux outils numériques et aux réseaux) aidant les médecins à reconnaître et prendre en charge les très nombreuses formes cliniques du Covid-19.

Ce partage transnational des données et des publications – qui n'exclut pas les risques d'atteinte à l'intégrité scientifique - contraste avec les appels au protectionnisme et à la fermeture des frontières physiques.

³⁵ Voir aussi les précédents avis du CCNE : avis 45 : Avis sur les questions éthiques posées par la transmission de l'information scientifique relative à la recherche biologique et médicale (31 mai 1995), 36 p. ; avis 109 : Communication d'informations scientifiques et médicales, et société : enjeux éthiques (4 février 2010), 17 p.

³⁶ Recours par la connaissance du virus qu'elle est seule à pouvoir produire, pré-requis pour la découverte d'outils thérapeutiques efficaces, molécules et vaccins ; reproche, parce que trop lente, et acceptant de remettre en cause ses résultats. Défiance aussi parce que les modèles prédictifs qu'elle construit ne proposent pas toujours un schéma rassurant, peuvent se contredire, et heurtent l'aspiration à bénéficier de repères structurants, fondant des décisions politiques contraignantes.

³⁷ « Comment adresser un message du type « on ne sait pas ce qui peut se passer », quand on est formé à livrer des diagnostics relativement solides ? » (CCNE : avis 45)

³⁸ Nature (2020). Editorial Nature **580**, 7. Researchers: show world leaders how to behave in a crisis.



Si la crise sanitaire a souligné l'importance du principe de responsabilité éthique des chercheurs que ce soit dans leurs recherches mais aussi en termes de coopération entre eux, **on pourra regretter** cependant la multiplication des essais cliniques mis en place actuellement en France (n = 201, soit presque la moitié des essais à l'échelle européenne) et l'absence d'une coopération européenne, **une dispersion qui signe une compétition excessive**³⁹, parfois non déontologique, et risque de retarder la réponse attendue de ces essais et donc l'accès à de futurs traitements efficaces.

Il n'est pas certain que le public, et même certains professionnels de santé, aient pris conscience de cette accélération et de cet engagement uniques dans l'histoire de la recherche, peu relayés par les médias - au contraire d'autres controverses⁴⁰ qui ont pu susciter sa défiance, soulignant à nouveau la difficulté intrinsèque de communiquer sur le travail de recherche, particulièrement en amont des résultats des travaux engagés, et les connaissances scientifiques, alors que la construction du savoir et sa diffusion, en situation d'incertitude, se font, de façon inédite, presque en temps réel durant cette crise.

Incertitude et temps long de la recherche : une démarche scientifique incomprise

La peur (tout citoyen est potentiellement un patient) et l'impossibilité de penser la réalité de la situation pandémique expliquent la demande expresse qu'une réponse thérapeutique contre le virus puisse être obtenue rapidement, et qu'elle soit validée et efficace. Mais la science ne peut pas y répondre immédiatement, illustrant « **la relation difficile entre la science et la société qui ignore trop souvent les contraintes de la démarche scientifique** : une rigueur méthodologique indispensable, un résultat qui n'est jamais définitivement établi ».

L'appétence de la société pour disposer d'informations, pour comprendre, pour se rassurer, ne la met pas à l'abri d'une autre « pandémie », celle des « *fake news* », quête cependant légitime d'informations, dans une période comportant une telle charge émotionnelle collective et individuelle.

Deux des principes éthiques majeurs de la recherche médicale - la bienveillance et la non-nuisance – reposent sur l'absence de certitude et donc sur l'évaluation du risque dans la prise de décisions concernant les patients. On peut l'illustrer par deux situations dans lesquelles la société a d'ailleurs réagi.

Un premier exemple est **la tension qui s'exprime dans les débats sur la méthodologie des essais cliniques** testant l'efficacité potentielle d'une molécule : est-il

³⁹ Avec l'existence de dotations financières rapidement données à la recherche sur le Covid-19 alors que très peu de ces projets auront un réel bénéfice.

⁴⁰ On rappellera la cacophonie relative au port du masque, à l'utilité de son usage, au caractère obligatoire ou accessoire de son port. Cette dispute a occupé chaque jour du confinement et vu se déchirer responsables politiques et professionnels de la santé.

ou non légitime de pouvoir renoncer aux méthodes codifiées de la recherche médicale et de l'évaluation thérapeutique, sous prétexte de l'urgence sanitaire⁴¹?

Un second exemple concerne **les modèles mathématiques prédictifs** qui évaluent la manière dont une épidémie se développe. Là encore, il s'agit d'évaluer (et non de mesurer avec certitude) un risque. Toujours issus d'une simplification de la réalité, ces modèles reposent sur des estimations mais, même incertains, ils guident des décisions politiques générales⁴². Quelle peut-être la réception par les citoyens de ces modèles et de leurs conclusions avec cette apparente contradiction entre utilisation des mathématiques et incertitude ?

Le risque d'une instrumentalisation des résultats scientifiques

Une question éthique majeure se pose : si la communauté scientifique mondiale s'est rassemblée pour comprendre la biologie du virus et partager les connaissances médicales sur l'expression clinique de la maladie, il n'est pas certain que cet état d'esprit perdure pour la période qui s'ouvre – la « *plus vaste et la plus rapide opération dans l'histoire de la fabrication des vaccins* » - qui concerne quelques entreprises privées disposant des infrastructures de production, mais soucieuses de leurs résultats financiers.

On ne peut cependant qu'être inquiet compte tenu des enjeux de pouvoir et financiers existants **pour l'accès équitable de populations entières à ces traitements**. Se repose aujourd'hui la question de **la notion de « bien public mondial »** - comme existe celle de « *global health* » - concernant non seulement les connaissances fondamentales, mais aussi la production de molécules thérapeutiques et d'un vaccin. Comme précédemment, la communication sur cette question est délicate en ce qu'elle peut exacerber les soupçons et nourrir les idéologies doutant de l'accès à un vaccin. De ce fait, le CCNE renouvelle la recommandation formulée le 13 mars 2020 à l'adresse des compagnies pharmaceutiques afin qu'elles intègrent dans leurs pratiques une vision collective.

Le CCNE rappelle l'exigence de respecter les principes d'une éthique de la recherche dans l'ensemble des essais en cours ou à venir et l'importance de redonner à la culture scientifique toute sa place dans la société et l'enseignement.

⁴¹ Voir L'éthique des essais thérapeutiques. Annick Alperovitch et Philippe Lazar. Med Sci (Paris) 2020 ; 36 : 303–307.

Protocoles de soin ou protocoles de recherche : Covid-19. Philippe Amiel, Hervé Chneiweiss, et Christine Dosquet. Med Sci (sous presse).

⁴² Qu'il s'agisse de restreindre les libertés individuelles, de décider de l'utilisation de StopCovid ou encore d'anticiper le nombre de tests PCR requis.

7. La communication : face à la discordance, une information honnête et transparente et l'appel à une éthique personnelle de communication

La société est fondée sur le lien social. La dimension relationnelle y déploie dès lors toute son importance. **L'information ou l'échange d'informations** utilise des canaux multiples, éventuellement générateurs de déformations du message, sensibles aux bruits parasites, voire à des informations trop complexes, fausses ou partielles, émises par des institutions, par la presse, par des groupes de citoyens. Savoir se taire ou dire que l'on ne sait pas devrait faire aussi partie d'une déontologie de la communication.

En temps de crise, **il pourrait être tentant d'exiger « une vérité »**. Malheureusement, celle-ci est toujours complexe, trop d'ailleurs pour les formats généralement imposés dans les supports de communication. La vérité ne dépend pas uniquement de l'émetteur, politique, scientifique, économiste... Elle est affaire de connaissances, de références, voire de normes pour celui qui la reçoit. On mesure la difficulté à mener à bien une tâche de communication de crise, qui n'a jamais pu être préparée antérieurement.

Si l'on s'engage dans une communication éthique, la transparence des faits doit être assurée en acceptant les responsabilités, fussent-elles héritées d'une autre époque. La communication des dirigeants et responsables politiques, des experts scientifiques, des coopérations diverses et variées, plus que toute autre, doit être empreinte de certitudes si elles existent et sont confirmées, ou de doutes clairement énoncés s'ils apparaissent.

Le CCNE estime qu'en complément de la communication audio-visuelle, il pourrait être utile de mettre à disposition du public une base d'informations compréhensibles, élaborée et enrichie à partir de travaux de groupes, répondant à des questions issues de la société et, si possible, avec des réponses étayées sur des faits ou hypothèses vraisemblables⁴³. Cette proposition contribuera aussi à développer la culture scientifique (voir point 6), en prenant en considération que la culture scientifique ou médicale est inégale au sein de la population, entre les générations, et même réduite dans des groupes sociaux à haut niveau culturel et informationnel. **Cela rend d'autant plus cruciale l'harmonisation de la communication entre celles et ceux qui sont en charge de la crise sanitaire.**

La période de crise ne peut être le moment d'une mise en accusation : il s'agit d'abord de partager les savoirs, et les incertitudes, les coopérations nationales et internationales aussi. La compétition des sources de communication entre elles,

⁴³ Il faut aussi souligner la grande créativité des médias d'information scientifique à l'usage du grand public durant la période récente.

l'absence d'un espace commun de consensus en matière d'informations, représente malheureusement l'une des premières grandes leçons de cette crise sanitaire.

8. Le système de santé : tirer les enseignements de la gestion de la crise Covid-19 à l'hôpital pour renforcer l'égalité d'accès et l'équité

Le système de santé, dans les zones très touchées par l'épidémie de Covid-19, est et sera confronté à de véritables questions de nature éthique pouvant conduire à poser la question de sa nécessaire adaptation.

Il faut rappeler au préalable que **le système de santé était confronté**, avant l'épidémie de Covid-19, à **d'importantes difficultés liées au manque de lits, de moyens et de personnels notamment dans les hôpitaux publics**.

A côté de revendications d'ordre salarial, les questions principales posées du fait des tensions traversant le système de santé étaient les suivantes : **qu'est-ce que soigner veut dire** lorsque la médecine contribue à la genèse de situations de vie ou de survie possible marquées par la souffrance, la vulnérabilité, la précarité, à mesure que le système de santé augmente en performance ?

Qu'est-ce que soigner veut dire lorsque le professionnel de santé ne peut plus se poser la question du sens de ce qu'il fait, lorsqu'il a le sentiment de « *faire au seul motif que l'on sait faire* » ?

Qu'est-ce que soigner veut dire lorsque l'information du patient, le dialogue avec lui, le dialogue en équipe pour apprécier la pertinence des actes ne sont pas valorisés ?

Comment soigner lorsque le parcours de santé du patient dans son territoire est freiné en raison des cloisonnements du système de santé ?

Face à ces constats et ces questionnements, les métiers du soin dans les structures hospitalières publiques attirent beaucoup moins ces dernières années, au point que les hôpitaux en particulier éprouvent des difficultés à recruter des professionnels de santé, pour lesquels la confrontation à la pénibilité du travail et aux questions du sens de leur métier ne trouve pas de réponses adaptées aujourd'hui.

Au-delà des tensions sociales qui persistent, l'épidémie de Covid-19 a aussi été un révélateur de sens, de but et une réponse pour les soignants à la question de ce que soigner peut signifier : la solidarité et l'altruisme sont des valeurs essentielles qui justifient l'engagement soignant et ces valeurs se sont trouvées concentrées à la faveur de cette épidémie imprévue et soudaine. Toutefois, dans les secteurs particulièrement concernés par l'épidémie, le système de santé, a été mis en très forte tension pour s'adapter, dans l'urgence et avec efficacité, à la prise en charge des patients atteints de Covid-19 et pour tenter de ne pas être submergé.

La question de l'accès aux soins pour les autres patients se pose néanmoins et constitue une question éthique majeure. En effet, de nombreuses interventions



chirurgicales ou activités médicales programmées ont été repoussées pendant les premières semaines de cette épidémie, même si l'on ne dispose pas d'outils pertinents pour suivre cette catégorie de patients.

Comment justifier éthiquement que les moyens « extraordinaires » en personnels et en lits mis à disposition pour les « unités Covid » ne soient plus disponibles pour tous les autres patients ?

Il s'agit maintenant, pendant cette période probablement longue du dé-confinement, d'**assurer et d'assumer** parallèlement **le fonctionnement synchrone et intégré des deux filières** (patients infectés par le Covid-19 et patients non infectés) tout en assurant l'égalité d'accès aux soins. Cette situation a des conséquences sur les établissements de santé mais aussi les établissements médicosociaux, les soins à domicile et les actes d'aide au maintien à domicile (aide à la personne).

Cette seconde réorganisation rendue nécessaire dans les établissements de santé, n'avait jamais été imaginée et se heurte à des difficultés, notamment l'aggravation de la pénurie de personnel⁴⁴ : alors même que la réorganisation nécessite, par elle-même, plus de moyens pour assumer la prise en charge de deux catégories de patients, le déficit en ressources humaines s'est hypertrophié. Le risque est donc de limiter l'accès aux soins de qualité et d'engendrer une perte de chance pour certains patients dans les régions particulièrement concernées.

Cette réalité nouvelle d'inégalité d'accès aux soins est à considérer aussi si l'on compare les régions touchées par l'épidémie et celles moins touchées. Pour les secteurs en difficulté, l'accès aux soins est rendu difficile, alors qu'il ne l'est pas ou nettement moins dans les régions moins concernées par l'épidémie. Comment aider ces secteurs pour qu'ils ne se trouvent pas dans une situation d'iniquité et d'inégalité d'accès aux soins alors que le vivier des professionnels de santé, et particulièrement ceux qui souhaitent travailler à l'hôpital, semble aujourd'hui diminué ?

L'épidémie de Covid-19 est révélatrice des limites du système de santé, de son adaptation insuffisante aux évolutions de la société et de la médecine contemporaine.

Le CCNE considère qu'un enjeu éthique majeur est de repenser l'organisation de ce système de santé. A la lumière des difficultés préexistantes, amplifiées par l'épidémie de Covid-19, une réflexion s'impose sur la répartition entre le modèle de soin *sensu stricto* et celui de santé publique, afin que puissent être à la fois mise en place une véritable politique de prévention pour garantir l'égalité d'accès aux soins et aux traitements et une l'équité de l'offre en tous points du territoire.

⁴⁴ Cette épidémie a entraîné un taux d'arrêt-maladie voisinant les 20 % dans les établissements de santé.

9. Demain : anticiper l'éventualité d'une nouvelle vague ?

Anticiper l'éventualité d'un rebond de l'épidémie, c'est analyser ce qui se produirait si cette hypothèse se réalisait et **s'y préparer**. **À partir de quand doit-on estimer que l'on est en présence d'un rebond de l'épidémie**, en particulier lorsqu'il existe une latence entre l'instant présumé de la contagion et l'apparition de symptômes ? Il serait souhaitable que soient proposés rapidement **des indicateurs de seuil** susceptibles de conclure à un rebond de l'épidémie et qui imposeraient de revenir sur l'actuelle stratégie d'un dé-confinement progressif.

Ces indicateurs qui devront **tenir compte des disparités géographiques et des ressources locales de soin** pourront être mis dans **le débat public**, pour favoriser l'émergence d'une opinion commune, ce qui permettrait au pouvoir politique (législatif et exécutif) de mieux justifier la nécessité d'un changement stratégique si celui-ci s'avérait nécessaire.

Cette éventuelle opinion commune sera aussi nourrie par les expériences récentes, y compris de pays ayant proposé une stratégie différente en matière de confinement. Il serait bénéfique de **faire un état des lieux** permettant de déterminer le plus objectivement possible et de manière compréhensible par tous, ce qui en termes de stratégie thérapeutique ou de restrictions de libertés « marche » ou ne « marche pas », et ce qui est d'une efficacité douteuse ou non démontrée.

Cet état des lieux suppose **une étude très complète des différentes politiques suivies dans chaque pays européen**, en mettant en avant les mesures de prudence adoptées, les aménagements des lieux, l'appel à la responsabilisation, afin de **comprendre comment les facteurs de prévention se sont combinés**.

Toutefois, cet état des lieux peut suggérer que des pays ayant exclu ou fortement limité un confinement ont cependant réussi à juguler l'épidémie plus rapidement et plus efficacement que la France.

Dans ce cas, il est probable qu'un retour à des mesures fortement restrictives des libertés individuelles sera moins aisément accepté par la population qui voudra que la solution « gagnante » ailleurs soit mise en œuvre pour le pays, sans faire forcément preuve de la prudence qu'imposent la rigueur et l'esprit critique scientifique.

Dans cette perspective, tant qu'il n'y a pas de traitement validés à usage curatif ou préventif et pas de vaccin, **il est absolument nécessaire de renforcer la stratégie de dépistage et de repérage** des personnes-contacts afin de les isoler.

Un rebond inquiétant de l'épidémie pourrait imposer des mesures plus contraignantes pour les libertés individuelles pour éviter une saturation des capacités hospitalières et une forte augmentation de la mortalité. Mais elles seront plus diffi-



ciles à prendre car l'effet des mesures de soutien économique décidées dans l'urgence pour une partie de la population, en particulier les salariés, auront peu ou prou épuisé leurs effets, tandis qu'apparaîtront en pleine lumière les très graves conséquences économiques et sociales de la crise sanitaire. Si tous les pays développés ont pris le parti de consentir des dépenses considérables pour assurer un soutien très fort pendant une période limitée, afin de maintenir autant que possible intact leur système économique et lui permettre de rebondir rapidement, cette stratégie ne peut qu'être temporaire. Elle doit être suivie d'une **reprise progressive de la vie économique** afin de maintenir le niveau de vie et la redistribution des richesses produites. Si l'économie s'effondre, elle ne peut plus dégager les ressources nécessaires pour venir en aide à ceux qui en ont besoin. On entre alors dans un redoutable cercle vicieux.

Par la suite, il faudra s'interroger sur **les perspectives de la crise sanitaire résurgente**, que le rebond intervienne en début de période estivale ou à l'automne, que le virus se manifeste de manière cyclique ou permanente. Tant qu'il n'y a ni immunité collective, ni médicament efficace, ni vaccin, la question de la nature des mesures à prendre se posera.

S'il apparaît peu réaliste de bloquer à nouveau le pays, il serait tout de même important de savoir si de nouvelles mesures contraignantes devraient être décidées de manière générale ou localisée, et pour une durée limitée ou indéterminée.

Le risque, en matière de libertés publiques, est bien évidemment que le provisoire, qu'il soit ou non inscrit dans des lois relevant de l'état d'urgence, ne soit pérennisé pour devenir l'état du droit ordinaire. Du seul fait qu'il ne peut être exclu de devoir revenir en arrière en cas de rebond de la crise sanitaire, **il est important que tout progrès constaté s'accompagne d'un desserrement des contraintes**. La logique d'un mouvement de flux et de reflux suivant les variations de l'état de nécessité dans lequel plonge la crise peut être comprise. La constatation d'un « grignotage » continu des libertés sans que l'état ne soit jamais desserré serait en revanche inacceptable.

Dans ce contexte, quelles mesures pourrait-on adopter ? **Le CCNE souligne que le confinement** tel qu'on l'a connu **est une mesure forte en matière de restriction des libertés publiques et individuelles. Il ne peut être qu'exceptionnel** et imposé que lorsqu'on est confronté sans avoir été préparé à une menace très forte. Il n'est pas acceptable dès lors qu'on est face à une situation connue, quelles que soient les incertitudes qui demeurent. Il ne faudra en principe envisager que **des mesures moins restrictives que le confinement**, dès qu'on aura pris la mesure du problème.

Cela suppose aussi **d'engager une prévision, notamment à l'échelle hospitalière, des moyens qui seront nécessaires** pour éviter que le risque de saturation des hôpitaux ne soit, en définitive, la seule raison impérieuse pour imposer le confinement général.



Si un confinement généralisé ne peut être raisonnablement envisagé, **pourrait-on cependant envisager un confinement partiel ?** Deux modalités seraient possibles, qui pourraient d'ailleurs être combinées : **par régions ou par catégories de population.**

Il est certain que la circulation très inégale du virus pourrait justifier des mesures inégalement contraignantes selon les régions. Encore faudrait-il que les critères de sélection des régions « à risque » soient compréhensibles et qu'ils emportent l'adhésion. **Un important effort de pédagogie et de clarification** serait à cet égard nécessaire.

Quant à une sélection par catégorie de population, ce serait en toute logique les **personnes les plus vulnérables** qui devraient être confinées, celles qui courent le plus de risques en cas de contamination. Mais nombre d'entre elles font savoir qu'elles refusent d'être traitées différemment des autres et qu'elles préfèrent courir un risque - même mortel - plutôt que d'être mises à l'écart.

En outre, l'expérience du confinement en EHPAD ou dans les établissements pour personnes porteuses d'un handicap a démontré combien le maintien du lien social est un besoin vital, pilier fondamental de l'accompagnement et du soin indépendamment de tout état d'urgence sanitaire ; la leçon que l'on peut sur ce point déjà tirer du confinement est que **seule la mesure et l'adéquation doivent guider les décisions des directeurs et des professionnels de santé, et que l'espace de liberté et la visite – encadrée - des proches doivent être à tout prix préservés** ⁴⁵.

Ce choix de la prise de risque est parfaitement respectable tant qu'il ne concerne que ces personnes vulnérables elles-mêmes, au nom de la liberté individuelle et du principe de non discrimination. Le problème deviendrait différent si leur refus faisait courir un risque aux autres, voire qu'elles soient plus contagieuses que les autres, ce qui n'est à ce jour pas démontré. Ainsi, elles ne pourraient qu'être incitées à la plus grande prudence en étant pleinement informées des dangers qu'elles courent en cas de contamination.

Le confinement, même partiel, n'est pas la seule réponse possible. Il ne serait accepté que s'il s'accompagnait de **toutes autres mesures**, pas ou peu contraignantes, **considérées comme un moyen de lutte efficace contre l'épidémie** (tests, masques, etc...).

Une limitation de la liberté d'aller et de venir étant toujours préférable à une interdiction, la question se poserait inévitablement du **traçage des déplacements ou des rencontres** proches permettant de connaître les cas possibles d'infection, afin de réagir plus précocement contre les risques de contamination. La population est très divisée sur ce point : elle a ainsi posé notamment la question du secret médical, s'agissant du dispositif de suivi qui vient d'être créé par la loi du 11 mai 2020. Concernant la création d'une application sur Smartphones, appelée souvent Stop

⁴⁵ Tout excès en la matière étant susceptible de relever d'une qualification de maltraitance.



Covid, qui implique de se poser la question de la généralisation des équipements nécessaires au traçage, comme la mise à disposition pour une partie de la population d'autres dispositifs que les téléphones portables, se pose **la question de son acceptation** par une partie de la population. Or, cette application n'est efficace que si elle est très largement utilisée et si des moyens humains suffisants sont déployés pour réagir à la détection de cas suspects⁴⁶.

Enfin, **peut-on vraiment éviter une « catégorisation » des personnes qui aurait comme effet de fragmenter la société** en cristallisant des oppositions, voire des haines ? Les incidences sociales majeures de la crise actuelle créent un défi de la solidarité, mais il y a un réel risque que chacun ne soit tenté de stigmatiser quiconque n'agit pas comme lui et ne suit pas ses critères. Comment ramener quelque sérénité dans une ambiance aussi troublée ?

Si la tolérance ne se décrète pas, il serait peut-être utile de rappeler la versatilité de certaines opinions et d'attirer l'attention sur les reconstructions *a posteriori* qui permettent de faire apparaître comme des évidences ce qui ne l'était pas quelques mois auparavant. Une « **pédagogie de la complexité** », qui vise à combattre les idées simplificatrices et les raccourcis hasardeux pourrait bien s'avérer, une nouvelle fois, un exercice salutaire.

Conclusion

L'inédit de cette situation épidémique, ainsi que du confinement et de la période précise qui le suit désormais, est de faire émerger des risques, mais aussi une réponse collective de la part de la population, dans toute la diversité de ses composantes. Si l'urgence a d'abord justifié une réponse politique et médicale, la phase de reconstruction de la société devra se réaliser avec toutes les parties prenantes, à commencer par la société civile elle-même. Les questions liées aux libertés publiques, à l'équité dans l'accès aux soins, aux inégalités sociales, mais aussi celles traitant de la prévention concernent l'ensemble de la société : elles supposent de **construire de la confiance** et requièrent une réelle transparence dans le partage des informations, des savoirs, des incertitudes, ainsi qu'un appel à la responsabilité de chacun. Or dans cette étape de dé-confinement, la confiance passe désormais nécessairement par le recueil d'une opinion citoyenne et de la parole des usagers de la santé.

⁴⁶ L'un des moyens de faire avancer le débat est de faire expertiser l'offre logicielle par la CNIL. On a cherché à opposer la solution dite centralisée retenue en France et celle proposée par les GAFAs, dite décentralisée. Mais cette seconde option ne donne-t-elle pas une fausse sécurité ? La question essentielle est en effet de savoir qui contrôle le réseau, car celui qui contrôle le réseau peut accéder aux données décentralisées. Est-il possible par ailleurs de combiner traçage numérique pour ceux qui l'acceptent et traçage « manuel », résultant d'une enquête et de déclarations faites par les personnes concernées à des agents assermentés ?



À travers cette crise sanitaire, sont apparues des questions essentielles qui devraient guider les futurs débats : **quelle conception doit-on se faire de la santé et du soin?** La santé est-elle une priorité ? Qu'est-ce que soigner veut dire ? Est-il possible d'améliorer l'accès pour tous au système de santé dans un contexte de tension économique forte ?

La réponse à cette question essentielle, existentielle aussi, n'est pas immédiate, mais sera déterminante pour l'avenir de la société, aujourd'hui et pour les futures générations. Quel monde voulons-nous pour demain ?

Cette question était au cœur des états généraux de la bioéthique, organisés en 2018 par le CCNE et les espaces de réflexion éthique régionaux. N'y a-t-il pas urgence à remettre en chantier de nouveaux états généraux pour amorcer des éléments de réponse à ces questions sociétales ?

Au-delà du caractère douloureux de la maladie et de ses effets directs et indirects, la période qui suit le confinement sera marquée par **des ambivalences dans tous les domaines** que ce texte a voulu souligner pour orienter la société vers la meilleure part. Il reste à s'en saisir pour faire de cette occasion un instant essentiel qui transforme un événement douloureux, en commencement historique produisant un avant et un après, pour la maladie certes, mais aussi pour la société, parfois elle-même malade de son manque d'humilité et aspirant aussi à plus d'humanité.



Annexe

Six recommandations proposées par le CCNE pour la période du dé-confinement

Rappel : ces recommandations valent pour cette période du dé-confinement et ne peuvent être détachées de l'avis qui précède ; elles ne résument pas la position du CCNE sur tous les sujets liés à la pandémie qui feront l'objet d'une analyse ultérieure.

- 1) **Justifier clairement les mesures de contraintes** liées à l'épidémie, et à la prévention, dans un dialogue médecine/société par une communication cohérente.
Créer les conditions du dialogue nécessaire pour renforcer la confiance de la Société civile : Organiser l'expression de l'opinion citoyenne par un grand débat public et recueillir la voix des associations et des instances de la société civile par le biais d'une coordination science-société. Créer les conditions d'un bon équilibre entre la liberté et la responsabilité des citoyens les uns pour les autres.
- 2) **Rester très attentif aux fragilités relationnelles et soutenir leur accompagnement ; , maintenir et développer à tout prix le lien social à l'égard des personnes isolées** à l'hôpital ou en établissements sociaux et médico-sociaux et proposer un accompagnement psychique et social ; **rester vigilant face aux possibles réactions « d'après-coup »**, qui peuvent s'accompagner de stress post-confinement
- 3) **Dans le domaine du travail**, veiller à ce que la collecte par les employeurs des **données sensibles à caractère personnel** soit strictement nécessaire et leur conservation sécurisée et limitée dans le temps. Faire en sorte que l'**évaluation des risques reste centrale** et rester vigilant à maintenir la frontière entre protection et discrimination
- 4) Respecter les principes d'une **éthique de la recherche** dans l'ensemble des essais en cours ou à venir
- 5) **Instaurer dans chaque hôpital un plan de gestion prévisionnelle d'une 2^{ème} vague de type Covid ou autres**, afin d'éviter que le risque de saturation des hôpitaux puisse à lui seul être la raison impérieuse d'une décision de re-confinement.
- 6) **Proposer rapidement des indicateurs de seuil** pour déterminer ce qui serait un rebond de l'épidémie imposant de revenir sur l'actuelle stratégie du dé-confinement progressif. Mettre cette question en débat public pour favoriser l'émergence d'une opinion commune et une meilleure adhésion de la Société civile.