

**Avis du Conseil scientifique COVID-19
2 avril 2020**

Etat des lieux du confinement et critères de sortie

Membres du Conseil scientifique :

Jean-François Delfraissy, Président
Daniel Benamouzig, Sociologue
Lila Bouadma, Réanimatrice
Jean-Laurent Casanova, Immunologie/Pédiatrie
Simon Cauchemez, Modélisateur
Franck Chauvin, Haut Conseil de la Santé Publique
Pierre Louis Druais, Médecine de Ville
Laetitia Atlani Duault, Anthropologue
Arnaud Fontanet, Epidémiologiste
Marie-Aleth Grard, Milieu associatif
Bruno Lina, Virologue
Denis Malvy, Infectiologue
Yazdan Yazdanapanah, Infectiologue

Correspondant Santé Publique France : Jean-Claude Desenclos

En présence de d'un membres en attente de nomination :
Aymeril Hoang, Spécialiste des nouvelles technologies

Cet avis a été transmis aux autorités nationales le jeudi 2 avril 2020 à 18H.

Comme les autres avis du Conseil scientifique, cet avis a vocation à être rendu public.

Le confinement de la population française est intervenu depuis un peu plus de deux semaines. Dans une première partie, le Conseil scientifique aborde les stratégies globales liées à cette période de confinement. Jusqu'à mi-avril au moins, la situation va être très difficile pour le système de soins. Le Conseil scientifique rappelle que les données épidémiologiques ne témoignent pas encore de l'effet de la mesure de confinement général (I). La prolongation du confinement a entraîné des effets sociaux importants à mesurer (II) et va être appuyée par l'arrivée de tests diagnostiques, dont les modalités d'usage sont précisées ici (III). Enfin, le Conseil scientifique propose dans cet avis les critères sur lesquels la sortie du confinement pourrait se baser (IV). Dans une deuxième partie, le Conseil scientifique souhaite souligner des points d'attention relatifs à la vie en confinement, notamment pour les populations à risque.

Partie I – Stratégies globales liées au confinement

I. Bilan épidémiologique au 31 mars 2020 : le mois d'avril sera très difficile pour le système de santé.

Le principal objectif de la mise en place du confinement le 17 mars 2020 était de soulager les services de réanimation des régions les plus touchées comme le Grand Est, les Hauts de France, la Corse, et l'Île de France. Il était aussi de réduire la morbidité globale. L'effet du confinement devrait prendre trois semaines avant de se matérialiser, le temps que les patients qui étaient en incubation au moment du confinement aient été admis en réanimation s'ils devaient évoluer vers une forme grave. L'examen des chiffres des nouvelles admissions en réanimation dans les régions les plus touchées à la date du 31 mars 2020 est stable (Grand Est) ou en augmentation (Île de France et Hauts de France).

En Italie, les mesures de confinement ont débuté le 8 mars au nord (16 millions de personnes), puis ont été étendues le 10 mars à l'ensemble du pays. Les données portées à notre connaissance sur les hospitalisations et les admissions en services de réanimation ne nous permettent pas de savoir à partir de quand l'impact du confinement s'est fait sentir, du fait d'une possible **saturation** des services de réanimation empêchant de nouvelles admissions mais aussi de **l'hétérogénéité des méthodologies dans les critères et la collecte des données entre les pays européens**.

Le 30 mars 2020, 1718 actes médicaux pour suspicion de Covid-19 ont été enregistrés par les associations SOS Médecins. Ces chiffres sont stables depuis le 21 mars, et représentent une augmentation de 75% par rapport à ceux de la semaine précédente. Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (données OSCOUR) a été de 4390 le 30 mars, dont 38% ont été hospitalisés et 2% sont passés en réanimation. Ces chiffres sont stables depuis le 23 mars, et deux fois supérieurs à ceux de la semaine précédente. Le nombre cumulé de malades hospitalisés pour Covid-19 était de 22757 au 31 mars, dont 1749 admis la journée précédente. Enfin, 4032 décès hospitaliers liés au Covid-19 ont été recensés depuis le 1^{er} mars, dont 5% chez les moins de 60 ans. A l'échelle régionale, l'excès de mortalité toutes causes confondues dépassait une augmentation de 50% par rapport à la mortalité attendue en semaine 12 (du 16 au 22 mars 2020) pour les régions suivantes : le Haut-Rhin (+181%), les Vosges (+84%), en Corse-du-Sud (+79%), dans les Alpes de Haute-Provence (+69%), et dans le Doubs (+66%).

La situation en France reste très hétérogène, ce qui permet le transfert des patients de réanimation des régions les plus touchées vers celles qui sont encore préservées comme la Nouvelle-Aquitaine, mais aussi l'échange de personnel. **La région Ile-de-France est maintenant sous extrême tension**, avec 2204 patients admis en réanimation pour Covid-19 depuis le début de la crise, et 227 dans la journée du 1^{er} avril. Les patients atteints de Covid-19 présentent des formes sévères associant des atteintes inflammatoires pulmonaires, cardiaques et neurologiques nécessitant des réanimations prolongées pouvant durer trois semaines (34% des patients en réanimation ont moins de 60 ans). Il faut donc s'attendre à ce que la situation dans les services de réanimation des régions les plus touchées ne s'améliore qu'avec retard, **la durée moyenne** d'hospitalisation en réanimation étant actuellement

estimée à 15 jours, en prenant en compte les décès. Afin d'interpréter au mieux l'évolution de la saturation des services de réanimation dans les jours qui viennent, il faudra disposer des indicateurs suivants à l'échelle départementale : i) Nombre d'admissions en hospitalisations par jour (existant) ; ii) Nombre d'admissions en réanimation par jour (existant) ; iii) Distribution par âge des patients en hospitalisation et en réanimation (existant) ; iv) Nombre de lits disponibles en réanimation, afin de s'assurer que la baisse des admissions en réanimation n'est pas simplement le reflet de la saturation des services de réanimation (à consolider). Le recueil de ces informations de façon fiable nécessite une mobilisation encore plus importante de personnels administratifs ou volontaires, les personnels médicaux n'étant plus en capacité de renseigner ces informations.

II. Evaluer les effets sociaux du confinement

La poursuite du confinement pendant une période de temps de plusieurs semaines a des effets importants sur l'activité, les comportements, le moral et la santé de nos concitoyens. Ces derniers se montrent très largement respectueux du confinement, alors que ses effets deviennent plus difficiles à supporter. Ils sont par exemple 92% à se déclarer favorables à la prolongation du confinement jusqu'au 15 avril (enquête OpinionWay, 28-29 mars). Les effets du confinement s'exercent cependant de manière différenciée, en révélant voire en creusant des inégalités sociales. Les modifications de comportements de nos concitoyens sont non seulement orientées vers la protection de soi mais aussi vers celle des proches et d'autrui en général. Malgré des infractions, le respect des mesures sanitaires a notablement progressé depuis leur instauration pour 59% de la population, dans un contexte de peur voire d'angoisse, aussi marqué par une importante défiance politique (enquête d'opinion IPSOS-CEVIPOF, 23-35 mars).

Un ensemble de critères peuvent être pris en compte pour éclairer les conditions de prolongement du confinement et de sa levée progressive. Ils peuvent être documentés à partir de nombreuses sources et données, y compris numériques, collectées par différents acteurs publics et privés, académiques ou non, à propos de l'évolution des activités et des comportements des Français. Ces éléments pourraient bénéficier des connaissances produites en sciences humaines et sociales à l'occasion du confinement. Trois ensembles de critères peuvent être envisagés.

Un premier ensemble de critères a trait à la manière dont la population comprend, accepte, respecte ou se situe par rapport au confinement, pour soi-même comme pour les autres, proches ou considérés d'un point de vue collectif. Des éléments de ce type peuvent être appréciés à partir de divers types de sources disponibles, telles que des enquêtes d'opinion (sondages), des enquêtes en population (recherches en sciences sociales), des données sur le respect des consignes, notamment en matière de déplacement (contraventions, données de transport urbain, données agrégées de géolocalisation).

Un deuxième ensemble de critères à prendre en compte se réfère aux effets induits par le confinement, dont beaucoup sont encore invisibles, qu'ils soient délétères ou plus favorables, qu'ils soient sanitaires ou plus largement sociaux, et qui doivent être mis en regard. Parmi les effets positifs induits par le confinement, outre le contrôle de l'épidémie et ses effets sanitaires, en termes de mortalité évitée en particulier, peuvent être mentionnés des effets

cliniques indirects favorables, par exemple la moindre fréquence des décompensations respiratoires graves d'ordinaire induits par les pics de pollution à pollution, par les viroses banales comme le rhume. Parmi les effets délétères peuvent être mentionnés des effets psychologiques et psychiques, qu'ils soient actuels (troubles anxieux, dépression par exemple...) ou différés (troubles post-traumatiques, décompensation par exemple...), des violences, aussi bien envers autrui (violences sexistes et sexuelles, violences sur enfants) qu'envers soi-même (suicides), ainsi que d'éléments relatifs à la morbidité induite, aux difficultés de prise en charge médicale en contexte de confinement (pertes de chances), et de la surmortalité provoquée par le confinement.

Enfin, un troisième ensemble d'éléments, moins spécifiquement pris en compte par le Comité scientifique dans le cadre de ses attributions, à dominante sanitaire, concerne les effets économiques du confinement. Ces derniers se manifestent non seulement à l'échelle du pays ou de certains secteurs, en termes macro-économiques, mais aussi et de manière socialement stratifiée à l'échelle des agents économiques, de leurs revenus, de leur rapport à l'emploi, de leurs capacités et de leurs préférences et attentes. Pour ne prendre qu'un exemple, les ouvriers, 35% travaillent hors du domicile, 60% se déclarent en arrêt de travail et 5% en télétravail, contre 10% des cadres en travail hors du domicile, 24% en arrêt de travail, et 66% en télétravail¹. Ces effets ont non seulement vocation à être pris en compte par les acteurs économiques et les autorités publiques, mais doivent en aussi mis en regard des effets sanitaires obtenus ou attendus, le cas échéant dans un esprit de proportionnalité appréhendé de manière systématique (analyse coûts-avantages)².

Le Comité scientifique souligne l'intérêt de disposer d'indicateurs sociaux du confinement. Leur production pourrait être confiée à un observatoire indépendant associant des contributions publiques, privées et citoyennes. Des éléments quantitatifs et qualitatifs pourraient être enrichis, multipliés et rassemblés à partir de méthodes et de sources variées, académiques ou non, y compris issues de grands acteurs du numérique, afin à produire des éléments de connaissance et d'appréciation transparents sur le confinement.

III. Nouveaux tests diagnostiques et confinement : une stratégie évolutive d'utilisation pour tester en priorité certaines populations.

Depuis l'émergence du SARS-CoV-2, une surveillance internationale a été mise en place afin de détecter une éventuelle évolution du virus (GISAID). A ce jour, plus de 2000 séquences de génomes complets d'excellente qualité ont été réalisées et analysées, montrant une stabilité de ce virus depuis son apparition. De ce fait, les diagnostics PCR et sérologiques développés et validés ne sont pas pris en défaut.

Lors de l'infection, la réponse immunitaire permettant la guérison combine une réponse non spécifique innée associée à une réponse humorale (anticorps ou réponse B) et une réponse cellulaire (Réponse T) spécifiques. Ces éléments de la réponse immunitaire conduisent à la

¹ Brouard, S (2020) « Les effets du coronavirus sur l'emploi et ses caractéristiques », Note du CEVIPOF et du LIEPP.

² Collège des économistes de la santé, « enjeux économiques et sanitaires du déconfinement », note du 29 mars 2020.

guérison par élimination du virus. La réalisation d'un diagnostic sérologique permet la détection de la réponse immunitaire post-infectieuse humorale (détection des anticorps IgM, IgG et éventuellement IgA). La présence de ces anticorps signifie, en l'état des connaissances actuelles, une protection immunitaire développée après guérison d'une infection symptomatique ou asymptomatique. Certaines données préliminaires semblent indiquer que ces anticorps peuvent apparaître tardivement (J30), notamment en cas d'infection pauci/asymptomatique. Dès lors, la détection d'anticorps par un test sérologique réalisé chez une personne ayant été symptomatique ou non permet de confirmer une infection récente au SARS-CoV-2.

La phase actuelle de montée en puissance rapide des capacités diagnostiques dans la perspective de la période post-confinement fait qu'il est certain que les outils et moyens prévus à terme seront disponibles et fonctionnels bien avant l'échéance de la levée du confinement. Cela va permettre de commencer rapidement leur utilisation, tant pour les plateformes de RT-PCR à haute capacité, que pour les tests sérologiques unitaires rapides (tests rapides réalisables hors du laboratoire) ou les tests sérologiques classiques (test réalisés sur automates de laboratoire).

Durant le mois d'avril, l'installation des plateformes de RT-PCR vont permettre d'avoir une capacité diagnostique sécurisée de plus de 45 000 tests/jour, en complément des capacités hospitalières et privées existantes qui seront renforcées à hauteur de 15 000 tests/jour. A noter que de nouveaux tests moléculaires rapides et ultra-rapides (respectivement 45 et 15 minutes) sont en cours d'évaluation.

Durant la même période, des tests sérologiques unitaires seront disponibles en grande quantité (3eme semaine d'avril), ainsi que des tests sérologiques automatisés de type ELISA (fin avril). L'évaluation de leurs performances analytiques est programmée pour la seconde quinzaine d'avril.

Dans ce contexte, **il paraît important de modifier la doctrine actuelle d'utilisation des tests** afin de proposer une prise en charge significativement élargie du diagnostic, permettant par ailleurs une montée en charge progressive de leur utilisation. Cela permettra d'organiser le réseau de laboratoires impliqués dans ce déploiement, et une appropriation de la gestion diagnostique intégrée combinant PCR et sérologie. La mise en place opérationnelle d'une interface entre laboratoires et patients devra aussi être évaluée. Cette nouvelle doctrine permise par le développement de la capacité diagnostique permettra de répondre à plusieurs besoins immédiats. Le Conseil scientifique émet 4 recommandations :

- Assurer un dépistage RT-PCR élargi des personnels soignants au contact des populations fragiles **en ville**.
- Assurer une prise en charge complète et exhaustive des suspicions d'infection dans **les EHPAD** ou les établissements médico-sociaux, en combinant un diagnostic par RT-PCR et sérologique les malades et les contacts, tant chez les personnels que les résidents.
- Assurer une prise en charge complète et exhaustive des suspicions d'infection en combinant un diagnostic par RT-PCR et sérologique dans **les prisons et autres établissements fermés**.

- Réaliser des enquêtes sero-épidémiologiques de terrain à l'aide de plateaux de sérodiagnostic à haut débit pour déterminer par la mesure de la séroprévalence le **taux de pénétration** du virus SARS-CoV-2 dans différents territoires.

Ce déploiement opérationnel est urgent. Il permettra par ailleurs de tester et éventuellement de valider les stratégies innovantes de rendu des résultats et de « contact tracing » nécessaires durant la phase de déconfinement.

IV. Sur quels critères baser la sortie du confinement ?

Tout d'abord, le Conseil scientifique tient à clarifier que la sortie du confinement ne signifie pas que toutes les mesures de contrôle contre covid19 seront levées. La sortie du confinement vise à remplacer le confinement par des stratégies de contrôle de l'épidémie plus facilement supportables et moins coûteuses pour la société française. **Ces mesures resteront néanmoins fortes.** Elles seront amenées à évoluer en fonction de la situation épidémiologique et le cas échéant des avancées de la recherche. Un avis détaillant les stratégies de contrôle pouvant être considérées après le confinement paraîtra prochainement.

La sortie du confinement peut être décidée en considérant trois éléments distincts.

- L'objectif à court terme du confinement était de soulager les services de réanimation français, en réduisant le nombre de formes graves nécessitant un séjour en service de réanimation. Avant d'envisager une sortie du confinement, le gouvernement devra s'assurer que l'objectif de l'intervention est atteint. Cette décision pourra être prise sur la base d'indicateurs épidémiologiques indiquant notamment que la saturation des services hospitaliers, et des services de réanimation en particulier, est jugulée. Les équipes de soignants devront également bénéficier d'une période suffisante pour récupérer de l'effort considérable fourni pendant les semaines qui viennent de s'écouler, et les stocks de matériel, traitements spécifiques à la réanimation, et équipement de protection devront être reconstitués.
- Ensuite, le confinement devrait conduire à une réduction du nombre de cas Covid19 sur le territoire national. Idéalement, cette réduction devra être suffisamment importante pour que la détection des nouveaux cas de façon systématique redevienne possible. Ceci permettra de disposer de chiffres fiables sur la progression de l'épidémie en amont du risque de saturation du secteur hospitalier afin i) de détecter et contrer précocement les reprises de l'épidémie ; et ii) d'appliquer rapidement les mesures de contrôle auprès des cas et de leurs contacts.
- **Enfin, le gouvernement devra s'assurer que les éléments d'une stratégie post-confinement seront opérationnels, incluant notamment :**
 - le choix des mesures de distanciation sociale qui seront maintenues pendant la période de post-confinement ;
 - la disponibilité des protections matérielles comme les gels hydro-alcooliques et les masques à l'usage des personnels soignants, des personnes en situation d'exposition au virus en priorité, puis à l'ensemble de la population, comme en Asie.

- des capacités hospitalières et de médecine de ville restaurées dans les régions qui ont été les plus touchées ;
- un système de surveillance épidémiologique opérationnel pour les indicateurs les plus sensibles comme le nombre de nouveaux cas sur le territoire national et dans les lieux à risque d'épidémie;
- des capacités de diagnostic rapide d'infection aiguë et de rendu des résultats aux patients avec transfert des données en temps réel aux systèmes de surveillance épidémiologique ;
- de nouveaux outils numériques permettant de renforcer l'efficacité du contrôle sanitaire de l'épidémie;
- des modalités d'isolement des cas et de leurs contacts adaptées au contexte personnel ;
- la protection des personnes vulnérables et susceptibles de faire des formes graves de la maladie ;
- la protection des populations les plus à risque d'épidémie du fait de leur situation d'habitat (ex : migrants, prisons, personnes en institution) ;
- Une politique de contrôle aux frontières ;
- Se rajouteront éventuellement des traitements efficaces contre le virus, ou à plus long terme un vaccin, qui pourraient bien entendu modifier considérablement ces stratégies. La participation de l'immunité collective au contrôle de l'épidémie n'est pour l'instant pas prise en compte, dans la mesure où elle est très vraisemblablement inférieure à 15%, y compris dans les zones les plus touchées par la première vague de l'épidémie.

Le Conseil scientifique souligne un point essentiel. La réflexion sur la sortie du confinement, les stratégies post-confinement sont nécessaires. La priorité demeure cependant la poursuite d'un confinement renforcé dans la durée.

Partie II – Points d'attention

La crise sanitaire actuelle et le contexte général du confinement sont susceptibles d'avoir des conséquences importantes. Un des enjeux est de répondre aux ruptures des relations que le confinement entraîne, qu'il s'agisse de ruptures vitales, avec les deuils, de rupture des relations les plus intimes, mais aussi des relations sociales, éducatives, économiques et même politiques. Il s'agit également de maintenir les cadres relationnels existants et d'accompagner la relance des relations. La liste des points listés ci-dessous n'est bien sûr pas exhaustive.

I. Les personnes à risque : un confinement adapté et renforcé est nécessaire

Plusieurs études étrangères ont décrit les caractéristiques des patients atteints des formes les plus graves de COVID-19. L'âge apparaît comme un facteur de risque de formes graves de COVID-19 avec des taux de létalité pouvant atteindre 15% chez les plus de 80 ans alors qu'il serait inférieur à 0,2% pour les plus jeunes.

La présence de comorbidités est un autre facteur de risque de formes sévères. Les principales comorbidités sont l'hypertension artérielle, un diabète, une maladie coronarienne. Le tabagisme a été trouvé comme pronostic péjoratif de même que l'obésité.

La France compte 67 millions d'habitants. 57,2 millions ont moins de 70 ans, et 9,9 millions plus de 70 dont 4,2 ont plus de 80 ans. On peut donc considérer que 10 millions de personnes sont plus à risque de formes graves sur le critère de l'âge.

Concernant les comorbidités, il est possible d'estimer le nombre de personnes porteuses de comorbidités le nombre d'affections de longue durée (ALD). En France, 10,8 millions de personnes sont porteuses d'une affection de longue durée dont 6,3 millions ont moins de 70 ans.

Ainsi, dans l'état actuel des connaissances, on peut donc considérer que près de 17 M de personnes sont à risque plus important de formes graves.

Le Conseil scientifique considère qu'il est impératif que les personnes à risque adoptent un confinement strict les protégeant d'un risque de contamination. Toutefois pour certaines d'entre elles, ces mesures de confinement doivent être adaptées à leur pathologie ou leur handicap.

Par ailleurs, le Conseil scientifique insiste sur la nécessité de disposer à court terme de données permettant d'identifier, dans le contexte français, les facteurs de risque de formes graves nécessitant une hospitalisation et une prise en charge dans un service de réanimation.

II. Médecine de proximité et soins de santé primaire pour les patients non-COVID

Dans son avis n°4, le Conseil scientifique rappelait le rôle majeur que la médecine de proximité doit jouer tant pour le diagnostic et le suivi des patients Covid mais aussi la prise en charge des soins non programmés et le suivi des patients chroniques. Organiser le système de première ligne pour assurer le suivi habituel des patients chroniques et des patients présentant un désordre de santé hors Covid dans des moments dédiés de consultation est essentiel. Les patients atteints de pathologies dites psychiatriques et de troubles psychiques sont en premier chef concernés. La téléconsultation doit être privilégiée dans tous les cas. Pour autant la limite de la téléconsultation doit être appréciée dès lors qu'un examen physique s'impose pour le diagnostic et la prise de décision thérapeutique. Il en est de même dans les suivis de polyopathologies complexes et de problèmes psychosociaux. Sont encore plus concernés les personnes qui échappent au système de santé, pour des raisons sociales, éducatives et comportementales (précarité, migrants, promiscuité, addictions). L'utilisation du tele soins pratiqué sur prescription du médecin traitant est une alternative. Actuellement, 2 modalités ont fait l'objet de la publication d'un arrêté de prise en charge : i) le télésoin infirmier pour patient COVID-19 + ; ii) le télésoin orthophonique permettant la réalisation de certains actes conjointement identifiés par la CNAM et le Syndicat National des Orthophonistes.

La disposition de tels soins devrait être élargie à l'ensemble des acteurs paramédicaux de soins de proximité. L'objectif est de limiter l'aggravation de la morbi-mortalité des pathologies chroniques et d'éviter toute rupture de soins et de simplifier l'accès aux soins paramédicaux.

III. Les personnes incarcérées

En période d'épidémie et de confinement, les 186 prisons françaises sont des lieux à risques du fait de la propagation du virus, des conditions de détention, de la promiscuité et de la suspension des contacts avec l'extérieur. La situation des prisons est en outre hétérogène, en fonction du type d'établissement, des zones plus ou moins exposées, de l'âge des 71 000 détenus et de leur état de santé (maladies chroniques, psychiatriques, polyopathologies...).

La lutte contre l'épidémie en milieu carcéral s'inscrit dans un contexte de surpopulation, importante dans des régions parmi les plus touchées, notamment en Ile de France. La surpopulation est un facteur d'aggravation des risques dans la lutte contre l'épidémie. Elle est limitée par des libérations ou des peines alternatives. La libération de 5000 détenus annoncée correspond à une réduction de la surpopulation d'environ la moitié des détenus excédentaires, particulièrement nombreux dans certaines maisons d'arrêts.

L'organisation face à l'épidémie concerne les détenus, le personnel pénitentiaire et les équipes médicales, qui relèvent de tutelles administratives distinctes (Justice et Santé). Ces dernières doivent veiller à la pleine application des mesures possibles permettant de protéger les personnes. Elles doivent exclure tout traitement dégradant des détenus, qui doivent être informés des dispositions prises, le cas échéant dans des langues étrangères. Pour ce faire, les acteurs de la prison sont confrontés à plusieurs enjeux.

Le premier est relatif à la **limitation de l'intrusion du virus**, à travers l'usage renforcé des gestes barrières et de l'usage de masques. Leur usage est particulièrement important pour les soignants et le personnel afin d'éviter des contaminations parmi les détenus. Le personnel doit bénéficier d'une formation sur les dispositions à mettre en œuvre. Confinés, les détenus sont d'abord exposés à un moindre risque, du fait de leur isolement, mais ce dernier peut ensuite s'aggraver : le semi confinement, après avoir été dans un premier temps protecteur, peut ensuite exposer les détenus à l'intrusion virale. Les détenus doivent disposer de conditions d'hygiène appropriées. La mise en place d'un zonage dans les établissements et dans la circulation des personnels permet de limiter la circulation du virus.

Le deuxième vise à **isoler les détenus présentant des signes cliniques, les détenus diagnostiqués et les détenus ayant été en contact avec eux, quand l'utilisation massive des tests sérologiques sera possible. Les tests diagnostiques devront être déployés sans délai dans les lieux de détention**, afin de favoriser l'isolement prophylactique des détenus. **Le Conseil scientifique considère que c'est une priorité.** L'isolement individuel et la détention dans des zones dédiées visent à protéger détenus, et doivent être compris comme tels par les détenus, plutôt que comme un redoublement de peine.

Le troisième porte sur l'organisation d'une filière de soins incluant des moyens de réanimation, dont la capacité pénitentiaire ordinaire est très insuffisante au regard de l'épidémie. Des places dédiées dans des établissements identifiés peut faciliter la prise en charge des détenus qui le nécessitent. Si des thérapeutiques sont efficaces, elles doivent bénéficier aux détenus afin de limiter les difficultés de prises en charge. Les conditions de transports sanitaires des détenus doivent être organisés, y compris pour des trajets longs ou le transport de plusieurs personnes malades. En réanimation, les gardes statiques ne sont pas toujours utiles et peuvent être dangereuses pour les forces de l'ordre et gênantes pour les services hospitaliers. Cette organisation inclut des aspects médicaux et de sécurité, qui incombe aux administrations concernées dans esprit de concertation.

Dans une perspective sanitaire, délicate à aborder du seul point de vue judiciaire, la suspension des visites « prive » les détenus d'approvisionnements en substances illicites acheminées de l'extérieur. Certains détenus sont sevrés, avec des effets personnels et collectifs pouvant se révéler problématiques, voire violents dans la durée. Ces questions doivent être considérées dans le contexte sanitaire de l'épidémie et appeler une appréciation proportionnée aux contextes locaux par les équipes soignantes.

IV. Les personnes en situation de précarité

Cette crise sanitaire va particulièrement impacter les personnes en situation précaire. La fermeture des services administratifs, les démarches qui ne sont plus réalisables qu'en ligne font craindre nombre de ruptures de droits chez des personnes qui ont un accès très limité aux outils numériques ou qui les maîtrisent mal. Le suivi de leurs pathologies doit pouvoir se poursuivre avec leur médecin traitant. L'accès aux bureaux de poste est essentiel pour les bénéficiaires du RSA en ce début de mois, mais également pour retirer de l'argent liquide lorsque l'on ne dispose pas de carte bancaire (ce qui est le cas de nombreuses personnes en

précarité). Les personnes précaires sont obligées de se déplacer pour se nourrir, pour aller travailler parfois ; elles risquent des amendes en permanence (les distributions de repas sont souvent bien plus éloignées qu'avant), pourquoi ne pas imaginer durant cette période de confinement la gratuité des transports en commun ?

Pour ceux vivant en situation de grande précarité, les conditions de vie sont extrêmement diversifiées (vivant en hôtels sociaux, squats, CADA, logement sur-occupé, etc.) et cette hétérogénéité doit être prise en compte dans l'assistance qui doit leur être prodiguée en temps d'épidémie. Il n'empêche qu'elles sont toutes fragiles tant face à l'épidémie elle-même qu'aux mesures prises par les autorités, en particulier le confinement.

Le Conseil scientifique tient souligner trois points essentiels, valables sur la période de confinement :

- Le rassemblement dans des espaces collectifs (de type gymnases, etc.) de personnes vivant en situation de grande précarité et non infectées par le COVID19 ne se justifie en rien ; il présente au contraire un risque épidémique majeur tant pour les personnes rassemblées que pour l'ensemble de la population. Il est donc à proscrire.
- Les personnes en situation de grande précarité et non contaminées doivent pouvoir, comme l'ensemble de la population, vivre le confinement dans des habitats individuels ou familiaux, et donc non collectifs. Il est par conséquent conseillé que toutes les solutions d'hébergements publics et privés soient mobilisées pour cela (immeubles collectifs vacants, centres de tourisme, résidences hôtelières et universitaires, hôtels et appartements de locations saisonnières mis à disposition par les propriétaires sollicités ou réquisitionnés, etc.). La promotion du « logement d'abord » doit être le principe directeur : un logement ou un accès à des centres d'hébergement permettant des chambres individuelles pour tous limite le risque épidémique, tant pour les personnes vivant dans la grande précarité que pour la population générale.

Pour les personnes en grande précarité infectées sans signes de gravité et sans logement individuel permettant le confinement, le Conseil scientifique recommande la mise en place de centres de confinement spécifiques (« centres de desserrement ») sur le principe des initiatives déjà prises dans certains territoires.

Enfin, les personnes de nationalité étrangère dans l'attente d'un document de séjour ou de son renouvellement, pour certaines en situation de grande précarité, doivent pouvoir bénéficier d'un report des procédures qui y sont liées pendant la durée de l'état d'urgence sanitaire afin de pouvoir vivre le confinement dans les meilleures conditions possibles, comme cela a été prévu par l'ordonnance n° 2020-328 du 25 mars 2020 portant prolongation de la durée de validité des documents de séjour.

V. Besoin d'une méta plateforme téléphonique unique d'information et d'écoute

Les lignes téléphoniques existantes ont une visibilité réduite par rapport aux défis que posent le COVID19, que cela soit en population générale ou chez les soignants. En population générale, il est par exemple très difficile pour des personnes isolées et qui n'utilisent pas internet (personnes âgées, migrants, sans domiciles fixes soit environ 17% de la population générale), ou celles ayant des besoins spécifiques de trouver l'information et d'être orientées

vers l'assistance téléphonique existante la plus appropriée. La même situation est notable pour le personnel soignant non hospitalier, pourtant en première ligne.

Le Conseil scientifique souligne le besoin urgent d'une méta-plateforme téléphonique unique 24h/24, avec un numéro vert, qui rassemble et renvoie à l'ensemble des lignes dédiées existantes, et qui le fasse après triage par une équipe large, professionnelle et opérationnelle dans l'immédiat.

VI. Violences « conjugales » et sur enfants : l'urgence d'accompagner les mesures de prévention et de réponse

La crise sanitaire actuelle et ses conséquences, dont les mesures de confinement, les pressions économiques et financières, l'isolement des ménages dans des espaces réduits, la fermeture des écoles, etc., a pour conséquence une forte augmentation du risque de violences sexuelles et sexistes et de violences sur enfants. La plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes mise en place par le Ministère de l'Intérieur pour signaler des violences et bénéficier d'assistance reste disponible sur arretonslesviolences.gouv.fr, et la ligne 3919 est opérationnel. Un dispositif d'alerte en pharmacie a de plus été élaboré. En ce qui concerne les violences sur enfants, en complément de la ligne 119-Allo Enfance en Danger, les normes encadrant l'accueil des mineurs dans les foyers de l'Aide Sociale à l'Enfance vont être « assouplies » pour permettre l'accueil d'enfants qui ne vont plus à l'école et/ou qui ne peuvent rester chez eux auprès de parents violents ou négligents. Il est également prévu, entre autres mesures, d'autoriser certaines structures, qui habituellement ne proposent qu'un accueil de jour, à héberger les enfants la nuit.

Le Conseil scientifique attire l'attention sur le risque accru de violences conjugales et de violences sur enfants et appelle à la vigilance quant à la mise en œuvre rapide et opérationnelle des mesures prévues.

VII. Soutien aux endeuillés du Covid19

L'épidémie de Covid19 va être à l'origine d'un grand nombre de décès dans la population française. Or les endeuillés du Covid19 vivent une expérience très singulière à laquelle personne n'est prêt et dont les soignants ne sont pas toujours correctement informés. La situation présente plusieurs caractéristiques susceptibles de majorer la détresse et d'augmenter la prévalence des complications du deuil : i) L'aggravation de l'état de leur proche a été brutale et non anticipée ; ii) Ils n'ont pas pu voir le défunt durant ses derniers jours (culpabilité intense) ; iii) Ils ne peuvent parfois pas voir le corps (mis dans une housse puis cercueil scellé dans les heures qui suivent le décès) et la séparation symbolique n'a pas eu lieu ; iv) Les rites religieux pratiqués sur le corps du mort sont interdits, donnant l'impression aux endeuillés de commettre une grave transgression (le rite est là pour limiter le désordre insupportable de la mort) ; v) L'enterrement étant limité à peu de personnes, il n'est pas possible de se réunir, ce qui prive les endeuillés d'un facteur de soutien, le soutien social étant un facteur de protection face aux complications du deuil. Il y a donc un risque élevé de complications du deuil dans un groupe populationnel important. Des complications du deuil peuvent apparaître soit précocement, soit de manière différée, avec des troubles

psychiatriques, des complications somatiques, etc. Certains de ces endeuillés sont de plus des enfants, sur lesquels la mort va avoir un effet beaucoup plus profond et durable susceptible d'impacter leur développement jusqu'à leur vie d'adulte (risques de suicides, comportements addictifs, maladies, etc.). En dehors de ces situations, qui nécessitent des suivis spécialisés, un endeuillé a surtout besoin d'écoute et de soutien social car ils font face à une mort non anticipée, dramatique, vécue à distance, ne peuvent voir le corps ni le toiletter, ne peuvent pas se séparer.

Le Conseil scientifique attire l'attention sur l'importance et l'urgence à inventer collectivement, avec l'ensemble des acteurs de la société française (soignants, communautés religieuses, grands courants de pensées, autorités spirituelles et culturelles, associations, etc.) des réponses à ces situations afin de renforcer la résilience individuelle et collective face à l'épidémie. Le Conseil scientifique appelle de plus au soutien aux initiatives d'accompagnement des endeuillés du Covid19 en cours de montage dans des structures existantes de CHU, qui nécessitent peu de moyens supplémentaires et pourraient être rapidement déployées sur le territoire national.

VIII. Pratique de recherche sur COVID-19 : un rappel aux réglementations

La France encadre la recherche scientifique et médicale sur l'être humain de manière rigoureuse afin de respecter le droit des personnes et de garantir un haut niveau de qualité scientifique dans le respect plus général de valeurs essentielles. Cet encadrement fait l'objet de dispositions légales et réglementaires s'appliquant aux acteurs de la recherche, y compris en temps de crise et d'épidémie. La recherche est encadrée par des dispositions légales et réglementaires protégeant la vie privée des personnes participant à cette recherche³. Le respect de ces dispositions juridiques est garanti par un ensemble d'institutions spécialisées. En cas d'urgence, comme l'état d'urgence sanitaire actuel, la CNIL et les Comités de protection des personnes (CPP) peuvent être mobilisés et donner un accord rapidement.

La recherche clinique impliquant des patients, leurs données ou les échantillons biologiques de ces patients, est encadrée par un environnement réglementaire qui est applicable même en situation d'urgence et de situations sanitaires extrêmes grâce à des procédures accélérées, y compris pour les études de cohortes observationnelles et les essais thérapeutiques. Les données doivent pouvoir être accessibles en « open access » par la communauté scientifique comme cela a été demandé par les ministères en charge de la santé et de la recherche.

Dans les conditions actuelles de grande pression et dans l'urgence, le Conseil Scientifique tient à saluer le travail des Comités de protection des personnes (CPP) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) ainsi que par REACTIng.

³ La loi informatique et libertés et plus récemment le règlement général européen pour la protection des données (RGPD) protègent ainsi l'utilisation des données des patients participant à cette recherche. La recherche médicale est aussi encadrée par la loi de bioéthique et loi dite « Jardé » loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016. Par ailleurs d'autres textes (code civil, code de la santé publique) fixent le cadre réglementaire de l'exercice médical dans le respect des valeurs qui fondent la société.

Le Conseil scientifique rappelle que dans le contexte épidémique les chercheurs et toutes les parties prenantes de la recherche sont tenus de respecter les réglementations françaises et internationales encadrant la recherche publique et privée, en particulier dans le domaine des essais cliniques. Il sera attendu, après la crise, que ces pratiques soient évaluées et elles seront jugées à l'aulne des réglementations préexistantes à la pandémie. Il n'existe aucune dérogation aux réglementations en vigueur.