Haut Conseil de la santé publique

AVIS

Relatif à
Gestion de l'épidémie COVID-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur

18 juin 2020

Avis rédigé en réponse à la saisine du secrétariat d'Etat auprès du ministre de la solidarité et de la santé du 14 avril 2020, relative à l'impact de la crise sanitaire sur les inégalités sociales de santé (ISS) des enfants.

Sommaire

1. Contexte de l'avis 2
1. Les données disponibles aujourd'hui 4
1.1 La contamination par le virus 4
1.1.1 - Différences territoriales d'impact de la crise sanitaire 5
1.1.2 - Les inégalités sociales de santé en lien avec l'épidémie 6
1.2. Effets du confinement ou de la gestion de la crise 7
1.2.1 Le rôle des conditions de vie de la famille 7
1.2.1.1 Inégalités de logement 7
1.2.1.2 Inégalités de revenus et ressources financières 9
1.2.1.3 Inégalités de niveau d'études et capital culturel 10
1.2.1.4 Inégalités territoriales de services publics 10
1.2.2 Conséquences pour le développement et la santé des enfants 11
1.2.2.1 Ralentissement des apprentissages et de la formation 11
1.2.2.2 Socialisation perturbée 13
1.2.2.3 Difficultés psychologiques et santé mentale, troubles du sommeil. 13
1.2.2.4 Insécurité alimentaire 14
1.2.2.5 Comportements nutritionnels et de sédentarité, exposition aux écrans 14
1.2.2.6 Accidents domestiques. 16
1.2.2.7 Maltraitance et violences intrafamiliales. 17
1.2.2.8 L'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires, soins curatifs et de prévention .. 19

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification

2. Travaux de recherche en cours 22
3. Recommandations 23
3.1 Système statistique 26
3.2 Dimensionnement et accès à l'offre de soins 26
3.3 Interventions à destination des ménages et des familles 27
3.4 Interventions à destination des enfants 28
3.5 Coordination des politiques 31
Annexe 1 : saisine 39
Annexe 2 : membres du groupe de travail 42
Annexe 3 : personnes auditionnées (spécifiquement pour cet avis complétant les auditions antérieures de la saisine) 42
Annexe 4 : Opinion divergente 43

1. Contexte de l'avis

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

INTRODUCTION

Le présent avis complète l'avis relatif à « la santé des enfants, l'épidémie de Covid-19 et ses suites » remis le 29 avril 2020. Il soulignait le fait que malgré la relative protection dont jouissent les enfants vis-à-vis de la Covid-19, ils étaient exposés à de multiples problèmes de santé, troubles psychologiques, accidents domestiques, maltraitance, retards aux soins et à la prévention, déscolarisation et décrochage scolaire. Ces thèmes sont repris et situés dans la perspective des inégalités sociales. Le terme 'enfants' dans cet avis se réfère à la classe d'âge de 0 à 18 ans, ce qui inclut les nourrissons, les enfants et les adolescents.

Cet avis répond à la partie numéro trois de la saisine de M. Adrien Taquet, en date du 14 avril 2020. Cette partie de la saisine est ainsi formulée :

« 3) Pour l'avenir en prévision d'une prochaine crise sanitaire :
–à partir du recensement des études et recherches déjà publiées ou à venir, formuler des recommandations en tenant compte notamment de l'accroissement des inégalités sociales de santé qui pourraient résulter de cette crise sanitaire qui emporte aussi des impacts économiques. »

Le contexte épidémique de Covid19, la prolongation du confinement, mis en place le 17 mars 2020, et les modalités du déconfinement progressif à partir du 11 mai conduisent à s'interroger sur leur impact sur la santé et l'accès aux soins des enfants, notamment en termes d'inégalités sociales. Les enseignements sont issus de la crise de la Covid-19, mais visent à étendre ces leçons à d'autres formes de crises sanitaires. Par conséquent, la revue des effets directs et indirects peut ne pas s'appliquer dans leur totalité à toute crise.

Comme indiqué dans la saisine, cet avis porte sur la préparation à d'autres crises sanitaires et plus précisément sur les inégalités sociales de santé, notamment médiées par l'impact économique de telles crises. La perspective est donc large, puisque dans le cadre de la Covid-19 la période de déconfinement reste un moment de crise sanitaire, que le risque de deuxième vague de la pandémie n'est pas exclu et qu'enfin des crises sanitaires d'autre nature peuvent survenir. Pour cette raison, la question de l'offre de soins pour les atteintes infectieuses, même si elle n'a pas été au premier plan pour les enfants, de façon très inhabituelle pour cette épidémie au regard de l'ampleur du problème chez les adultes, est un enjeu majeur qui peut se poser dans d'autres crises, par exemple les bronchiolites, et qui se pose pour nombre des problèmes de santé qui affectent les enfants pendant la crise, autre que l'infection elle-même.

Cet avis est provisoire au sens où la réflexion initiée ici sera prolongée par un travail conduit au sein du HCSP sur le même thème pour l'ensemble de la population. La période de l'enfance est importante à deux niveaux : 1) c'est une population qui présente des problèmes et des fragilités spécifiques, en particulier d'immaturité immunitaire ; 2) c'est le moment de la vie où se construit la santé des futurs adultes, que ce soit par « l'incorporation biologique » des expériences de la vie de ces enfants ou par leur socialisation.

La réponse sur la préparation à une prochaine crise sanitaire va se développer dans la suite en trois parties : 1- la contamination par le virus (ou la cause directe de la crise), 2- les effets des contraintes et restrictions imposées lors du confinement ou de la gestion de la crise et les effets psychologiques et relationnels du contexte épidémique ou critique

et de la sortie progressive du confinement ou de la période critique et 3- l'accès aux soins au cours des trois séquences précédentes.

1. Les données disponibles aujourd'hui

1.1 La contamination par le virus

L'épidémie semble a priori épargner les enfants et ne les atteindre qu'exceptionnellement sous une forme grave (Wu, 2020 ; Ludvigsson, 2020 ; Dong et al, 2020 ; Liu et al, 2020). Ils ont été pour l'essentiel à l'écart de cette crise. Sur près de 150.000 cas confirmés par un test biologique, seuls 1,7% concernaient des enfants de moins de 18 ans (CDC, 2020). Contrairement aux autres viroses notamment hivernales (grippe, virus respiratoire syncytial (bronchiolite), rhinovirus, adénovirus, etc.) et au regard des données actuellement disponibles, les enfants semblent présenter des formes pauci-symptomatiques, voire asymptomatiques de l'infection par le Covid-19 et de façon rarissime, des formes graves (1 % environ chez les 0-15 ans). Dans une série de 1 391 enfants testés positifs au SARS-CoV2, à Wuhan, trois formes graves et un décès ont été observés (Lu, 2020). Toutefois l'infection par ce virus peut se manifester par des formes diverses, pour les enfants comme pour les adultes, dont les variations d'incidence ont alerté. En France des données sur le un syndrome inflammatoire systémique (Kawasaki-like) montrent une nette augmentation d'incidence contemporaine à l'épidémie de Covid-19 ; les enfants atteints se sont rétablis (Toubiana, 2020).

La propension de certains groupes d'enfants à développer plus fréquemment des formes graves ou syndromes associés reste une question posée. Les données disponibles montrent que les enfants ayant des parents originaires d'Afrique sub-Saharienne ou des Antilles sont surreprésentés parmi ceux atteints par le syndrome inflammatoire type Kawasaki (Toubiana, 2020). A l'échelle de la population, la fréquence de ce syndrome qui a concerné certains enfants ayant développé une forme grave de l'infection est très faible, avec une incidence de l'ordre de 1/100.000 (Riphagen et al, 2020 ; Verdoni et al, 2020).

Il demeure que les nourrissons et les nouveau-nés de retour de maternité étaient à risque d'infection. La relative rareté observée chez les enfants peut être en partie liée à l'absence de diagnostic et de dépistage (Chan, 2020). Il n'y a pas d'argument en faveur d'une transmission verticale entre la mère et l'enfant (Chen, 2020 ; Ferrazzi, 2020). A la date du 5 mai 2020 en France (données SI-VIC, Santé publique France), moins de 100 enfants étaient hospitalisés pour une infection Covid-19 avec PCR positive, dont 30 en réanimation. Deux décès ont été rapportés en France chez des enfants de moins de 15 ans, infectés par Covid-19 (Société Française de Pédiatrie, en interview au 13 mai 2020 au Quotidien du Médecin).

Contrairement à ce qui est observé en présence de nombreux virus respiratoires comme la grippe ou le VRS, les enfants se sont révélés moins souvent porteurs du Sars-Cov-2 que les adultes et les données disponibles sur la contagiosité des plus jeunes lèvent les inquiétudes initiales (Zhu, 2020 ; Munro, 2020, Gudbjartson, 2020, Danis et al, 2020).

En France des études sur le potentiel de contamination des enfants porteurs du virus sont en cours. A partir de la mi-avril, l'étude « Coville » conduite par le groupe de pathologie infectieuse (Cohen et al, GPIP) a pu inclure 605 enfants examinés en pédiatrie de ville en région parisienne, pendant un mois, qui ont été testés pour ce virus. La moitié des enfants présentaient des symptômes du coronavirus, l'autre asymptomatiques. Les résultats montrent que les enfants étaient peu souvent infectés et suggèrent qu'ils sont faiblement transmetteurs. Cette étude doit être renouvelée lors du retour des enfants à l'école.

D'autres études sont en cours de réalisation : l'étude "Pandor", soutenue par l'Association clinique et thérapeutique infantile du Val-de-Marne (Activ) et la Société française de pédiatrie. Une troisième étude, à plus long terme, est en cours via une coopération entre l'hôpital Necker à Paris et le Commissariat à l'énergie atomique (CEA) : 1000 enfants venus en consultation quel que soit le motif sont testés ainsi qu'un de leurs parents. L'objectif est de mettre en évidence la chaîne de contamination entre adultes-enfants, les cas positifs seront suivis pendant un an.

1.1.1 - Différences territoriales d'impact de la crise sanitaire

Les données statistiques disponibles en Ile-de-France ont permis d'estimer la surmortalité (population tout âge) pour le premier mois de la crise sanitaire avec d'importantes différences selon le département de résidence (Mangeney et al, 2020). Cette étude de l'Observatoire régional de Santé a montré qu'au cours du mois de mars 2020 et durant les premiers jours d'avril, la Seine-Saint-Denis a connu la plus forte évolution de mortalité d'Île-de-France en nombre de décès enregistrés et domiciliés par rapport à la même période de 2019 (+ 118 % entre le 1er mars et le 10 avril). Les départements du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine, ainsi que le Val d'Oise ont connu également une forte surmortalité. Des différences infra-départementales sont très perceptibles, en lien avec la densité de population.

Ces données écologiques ne permettent pas, à ce stade, de dégager des relations de causalité. Mais elles attestent de l'amplitude des inégalités territoriales en termes d'urbanisation, de conditions de logements, de caractéristiques démographiques et sociales des ménages, d'état de santé des populations et aussi d'exposition professionnelle. Cette réalité laisse penser que des analyses de corrélations entre la vulnérabilité des populations face à la Covid-19 et les éléments du contexte de vie, menées à des échelles géographiques fines, seraient indispensables pour guider et évaluer au mieux l'action publique.

La mortalité périnatale, infantile ou juvénile n'a pas été décrite dans cette étude. La poursuite d'un projet tel que l'étude REMI (Réduire la mortalité infantile en Ile-de-France. Cf. http://www.urps-sf-idf.fr/wp-content/uploads/2015/10/Projet_ReMI_livret.pdf) apporterait un éclairage très utile pour la situation de la région et la variabilité au sein du territoire (Sauvegrain et al, 2020).

En termes de mortalité, qui fut heureusement très rare pour les enfants, comme en termes de formes graves (hospitalisations, admissions en réanimation), le dispositif statistique national n'a pas donné en temps réel d'informations sur l'état de santé des enfants.

La stratégie de sortie du confinement en France doit prendre en compte les spécificités locales tant en termes démographiques (structure en âge, densité de population notamment) que de lieux de vie et de soins (domicile, établissement), car celles-ci

impactent les interactions sociales et familiales des personnes les plus vulnérables (INED collectif, 2020).

Certains territoires, très densément urbanisés ou sous formes de cités dans les banlieues des grandes villes, ont été plus exposés au rassemblement de jeunes gens (dès 12 ans) ou d'adultes pour des activités sociales visant à rompre l'isolement ou pour la poursuite d'activités diverses. Cette situation a pu contribuer à une diffusion plus intense de la maladie dans des quartiers défavorisés et faiblement équipés.

1.1.2 - Les inégalités sociales de santé en lien avec l'épidémie

Cette atteinte plus fréquente et plus sévère dans les familles les moins favorisées ne concerne pas directement les enfants, mais plutôt leurs parents. En revanche, elle expose les enfants qui vivent dans ces familles à des conditions de vie et des expériences difficiles, par l'aggravation de la pauvreté liée à la maladie, des désorganisations familiales en cas d'hospitalisation d'un parent, une insécurité alimentaire, et éventuellement un deuil

Incidence

L'incidence de l'infection a été très probablement plus élevée en bas de l'échelle sociale du fait des professions souvent pénibles, exposées et peu protégées (livreurs, caissières, employés des services, y compris hospitaliers, travailleurs à l'entretien des bâtiments…) pour lesquelles d'une part, le télétravail est impossible et d'autre part, la continuité du travail effectué était indispensable à court terme pour le fonctionnement minimal de la collectivité (Counil, 2020).

Aux Etats-Unis, l'OSHA (pour *Occupational Safety and Health Administration*) a proposé une classification des travailleurs les plus exposés et publié une pyramide avec un niveau de risque d'exposition, visant à guider les mesures de prévention (OSHA, 2020).

Les entreprises de certains secteurs ont été plus lentes à protéger leurs salariés que d'autres. Par exemple, les inspecteurs du travail ont alerté sur des situations notamment dans le BTP, où les ouvriers n'étaient pas protégés du risque de contamination et poursuivaient leur activité. (France Inter, 2020)). Outre l'atteinte des ouvriers eux-mêmes ces situations ont pu maintenir la circulation du virus dans leurs ménage et voisinage.

Gravité et risque de décès

Au-delà du risque d'être infecté, le risque de développer une forme grave de la maladie est à considérer dans la perspective des inégalités. L'obésité, le diabète ou l'hypertension artérielle prédispose à des formes plus sévères, or ces comorbidités sont plus fréquentes dans les milieux populaires et dans les populations les plus démunies.

Au cœur d'une crise comme celle-ci, l'impact sanitaire et son intensité variable selon les territoires sont en partie expliqués par les variations de niveau socio-économique, mais l'inégale répartition de l'offre de soins joue aussi un rôle important dans les inégalités sociales de santé. Amdaoud et al (2020) ont réalisé une analyse de l'hétérogénéité et de l'autocorrélation spatiale des hospitalisations et décès liés à la Covid-19 intervenus entre les semaines 9 et 14 de l'année 2020, et de la surmortalité au 30 mars de la même année, au niveau des départements de France métropolitaine. L'inégale répartition des cas et des décès sur le territoire national et le *clustering* entre départements rapprochés apparaissent fortement pour ce qui concerne directement la maladie et sont confirmés, bien que dans une moindre mesure, pour la surmortalité. Les estimations

économétriques réalisées permettent d'expliquer une partie de la diversité géographique observée grâce à l'intégration de variables démographiques, économiques et de cadre de vie et à la prise en compte des effets de débordement entre départements.

Les résultats montrent que la densité de population, la part des ouvriers dans la population active, la part de chômeurs et les écarts inter déciles de revenus –marqueur de fortes inégalités financières dans le département - étaient associés à un risque accru d'hospitalisations, de décès et de surmortalité. La densité de services d'urgences était liée négativement.

1.2. Effets du confinement ou de la gestion de la crise

A partir du 17 mars 2020 les établissements scolaires et d'enseignement universitaire, comme les crèches ou haltes garderies, ont été fermés aux élèves, à l'exclusion des enfants de soignants accueillis pour permettre aux professionnels de santé d'assurer leur service médical ou paramédical.

Dès lors, le mode de vie quotidien de la quasi-totalité des enfants et de leur famille s'est trouvé radicalement modifié avec de probables effets psychologiques et relationnels. L'inquiétude de la contagion, partagée avec les adultes, relayée par tous les médias d'information, a pu se décliner diversement : crainte d'être infecté soi-même, crainte de l'autre comme vecteur potentiel, crainte d'être vecteur pour un proche fragile.

Les enfants ont vécu dans cette inquiétude encore présente au début juin 2020, au même titre que l'ensemble de la population.

Des questions se posent sur les conséquences de cette inquiétude sur la santé psychique, la détresse psychologique, la qualité du sommeil, de l'appétit et les différentes manifestations du stress selon l'âge des enfants.

Cet effet sanitaire ne peut être mesuré dans l'immédiat mais il importe de disposer des indicateurs adéquats et d'entreprendre et soutenir des études qui analysent les déterminants sociaux associés à cet impact : niveau de vie des ménages, familles monoparentales ou biparentales, niveau de capital culturel des ménages, composition du ménage en nombre de résidents, zone d'habitat en termes géographiques et d'urbanisation.

1.2.1 Le rôle des conditions de vie de la famille

Pour la santé des enfants, intégrer la problématique des inégalités sociales appelle à prendre en considération l'environnement familial. Chaque constat doit être analysé du double point de vue des effets directs sur l'enfant lui-même et des effets indirects par l'impact sur la famille (Sdona, 2019).

1.2.1.1 Inégalités de logement

La contrainte du confinement a renforcé l'importance de considérer la qualité des logements comme un déterminant essentiel de l'état de santé.

Le confinement a été plus difficile dans les milieux populaires urbains ou suburbains : appartements à forte densité et peu confortables. Le nombre élevé d'habitants dans le même logement favorisant aussi l'infection au sein d'un même foyer.

Les mesures de confinement mises en place le 17 mars 2020 ont touché de façon différenciée les populations, selon le type de logement qu'elles occupent et la composition de leur ménage. En France cinq millions de personnes vivent dans un logement au nombre de pièces insuffisant. En période de confinement, certaines populations peuvent être davantage fragilisées : les familles monoparentales avec de jeunes enfants dans des logements trop petits ou les personnes vivant dans des zones rurales éloignées des commerces d'alimentation générale. Si les technologies numériques peuvent faciliter l'accès à la vie économique et sociale ou permettre de rester en contact avec les siens, les populations isolées ou peu diplômées en sont davantage privées, ayant moins accès à Internet et des difficultés accrues à les mobiliser (Bernard et al, 2020).

Des données sont disponibles sur l'état du mal-logement en France et sur le surpeuplement (notamment par le Rapport Annuel sur l'Etat du Mal-Logement de la Fondation Abbé Pierre, 2020).

Si le surpeuplement[1] a fortement diminué à la fin du 20e siècle, - sa proportion étant divisée par deux entre 1984 et 2006 - il concerne encore 8% des ménages, soit 8,6 millions de personnes. Ce sont les familles pauvres, les immigrés, et les familles monoparentales qui sont le plus frappés. Alors que la diminution du surpeuplement se poursuit pour l'ensemble de la population, elle est repartie à la hausse chez les plus pauvres depuis le milieu des années 2000 : au sein du premier décile de revenus, le taux de surpeuplement a augmenté de 24% à 30% entre 2006 et 2013 - dates des deux dernières «Enquête logement » de l'INSEE- et de 16% à 18% pour le deuxième décile. Parmi les 20% les plus pauvres, 39% des couples avec enfant(s) et 28% des familles monoparentales sont touchées (Calvo et al, 2019).

C'est également dans les grandes agglomérations, où dominent l'habitat collectif et des prix de l'immobilier élevés, et où les ménages pauvres résident de plus en plus souvent, que le surpeuplement est le plus fréquent[1]. En 2013, dans la métropole parisienne, un ménage sur cinq est concerné. Les locataires sont particulièrement touchés, notamment dans le parc HLM, où après une baisse continue depuis le début des années 1980, il passe entre 2006 et 2013 de 15,5% à 17 % (INSEE 2017 ; Observatoire des inégalités 2020).

Pour les personnes en situation de précarité les contraintes du confinement ou les exigences des gestes barrière ont aggravé les difficultés du quotidien : «Appliquer les mesures barrières semble particulièrement compliqué, comme en témoignent les bénévoles des Restos du cœur, ainsi que des salariés d'un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et d'un Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) » (Beton, L. et Retsin, C. (2020).

[1] Selon l'indice de peuplement de l'INSEE, un logement est surpeuplé s'il manque au moins une pièce par rapport à une norme définie selon la composition familiale du ménage qui l'occupe, et sous-peuplé s'il a au moins une pièce de plus. Un logement est en surpeuplement accentué quand il lui manque au moins deux pièces par rapport à une occupation normale

Pour les enfants dont la famille ne dispose que d'hébergements provisoires (hôtels, foyers), les conséquences nombreuses et majeures sur la socialisation, la santé mentale et les difficultés de scolarisation ont été soulignées (Rosenthal, 2020).

1.2.1.2 Inégalités de revenus et ressources financières

Les considérations économiques ont un impact bien documenté sur la santé, que ce soit par le chômage, les baisses ou pertes de revenus, l'isolement social, l'insécurité alimentaire et plus généralement les conditions de vie. Cet impact est retrouvé pour l'ensemble de la population et pour tous les âges.

La pandémie de COVID-19 s'accompagne d'une crise économique mondiale et d'une forte récession, dont il est difficile de savoir sur quelle durée les familles vont en subir les conséquences. Il est certain que les familles les plus démunies sont rapidement et fortement impactées. La fermeture des entreprises, la diminution de la demande, l'auto-isolement et les restrictions de voyage ont entraîné une diminution de la main-d'œuvre dans tous les secteurs économiques et provoqué la perte de nombreux emplois. Les écoles ont fermé et le besoin de certains produits de base et de produits manufacturés a diminué.

En revanche, tous les secteurs de production n'ont pas été impactés négativement. Notamment le besoin en fournitures médicales a considérablement augmenté. Le secteur alimentaire a également connu une forte demande en raison des achats de panique et de la constitution de stocks de produits alimentaires. Plusieurs publications analysent les effets socio-économiques de COVID-19 sur les différents aspects de l'économie mondiale (Nicola et al, 2020).

L'observatoire des inégalités a produit une analyse des conséquences financières selon la situation professionnelle des ménages (Observatoire des inégalités, 2020).

Parmi les perdants en termes de revenus, on trouve d'abord les salariés en chômage partiel. Ils représentent dix millions de personnes sur un total de 24 millions de salariés, soit tout de même 40 %. Certaines entreprises ont maintenu intégralement le salaire mais, en règle générale, l'indemnité équivaut à 84 % du salaire net. Les 16 % de perte sur deux mois de chômage représentent l'équivalent de 3 % du revenu annuel pour ceux qui sont concernés. Il y a aussi les salariés en intérim, en fin de contrat, notamment les CDD de moins d'un mois qui se retrouvent au chômage : 175 000 personnes selon l'OFCE.

Le recours au chômage partiel par l'Etat a largement amorti le choc en « nationalisant » une partie des salaires. Néanmoins pour le bas de l'échelle des salaires, et même si l'indemnité de chômage partiel ne peut descendre en dessous du smic net, de nombreux ménages ont connu une réduction de leur budget, pouvant entraîner un déséquilibre et un endettement notamment pour les familles où seul un adulte occupe un emploi.

Les conséquences sont encore plus fortes pour les non-salariés. Pour une partie d'entre eux, l'activité s'est arrêtée brutalement et le revenu correspondant ne sera pas récupéré. Pour les indépendants les plus modestes, vivant parfois de travaux payés à la tâche, le choc est particulièrement violent. La situation est pire encore pour les personnes dont le travail n'est pas déclaré, des femmes de ménage aux emplois étudiants, qui se retrouvent sans aucune ressource. Pour ceux qui sont déclarés, l'État compense la

baisse de leur chiffre d'affaires jusqu'à 1 500 euros pour les indépendants et les très petites entreprises si leurs ventes ont diminué d'au moins 50 % en mars ou en avril, ainsi que par le biais d'autres aides complémentaires possibles. Cela ne compensera pas toutes les pertes et ne couvrira pas les frais fixes, mais c'est un amortisseur pour ceux qui sont en grande difficulté. La France compte 3,2 millions de non-salariés. Si on fait l'hypothèse assez large qu'un tiers d'entre eux connaît une sérieuse baisse de revenus, l'OFCE estime que 1,1 million de non-salariés seraient concernés (OFCE, 2020).

1.2.1.3 Inégalités de niveau d'études et capital culturel

Les connaissances produites en épidémiologie sociale au cours des dernières décennies soulignent les associations entre le niveau d'études des personnes et leur état de santé. En ce qui concerne les enfants, divers aspects de leur santé, importants pour la santé des adultes qu'ils deviendront, ont des prévalences différentes selon le niveau d'études maternel (Ruiz et al, 2016 ; Lewis et al, 2017). Au sein de la population, la distribution des niveaux d'études est très corrélée à celle des revenus ou à celle des catégories socio-professionnelles. Toutefois corrélation entre facteurs ne signifie pas identité des facteurs et les médiations par lequel les indicateurs sociaux ont un effet sur l'état de santé peuvent être spécifiques, selon le problème de santé.

Dans le contexte de cette épidémie, la diffusion des informations sur le risque de contagion et la compréhension de la nécessité du confinement ont pu être assimilées de façon très différente selon les familles et relayées aux enfants avec des argumentaires plus ou moins clairs. Selon le niveau d'informations médicales des adultes, l'exigence de confinement a pu s'appliquer trop strictement, entraînant un retard à l'accès aux soins ambulatoires ou hospitaliers pour certains enfants. Des initiatives pour mettre des informations à la disposition des parents ont été prises, sous la forme d'un service d'écoute, d'accompagnement et de partage d'expériences. (Enfance & Covid, 2020). Il reste à savoir quels sont les parents qui ont fait appel à ces services.

Par ailleurs compte tenu de la fermeture des écoles, collèges et lycées, et des lieux d'accueil des tout-petits, les adultes ont dû remplir une fonction pédagogique auprès de leurs enfants, à laquelle aucun n'était préparé. Selon l'âge de l'enfant et le niveau des apprentissages prévus, il est très probable que ce rôle d'« assistant de l'enseignant » n'a pas pu être tenu de la même façon selon le niveau de formation scolaire des parents ou de maîtrise de la langue, et ceci, quelles que soient l'attention et l'importance accordées par les parents à l'accomplissement scolaire de leur enfant.

1.2.1.4 Inégalités territoriales de services publics

Dans l'analyse économétrique d'Amdaoud, déjà citée, l'équipement en services d'urgence médicale était un facteur associé à une réduction de décès et de surmortalité. Cela suggère qu'en présence d'inégalités, les services publics, en l'occurrence de santé, permettent de protéger les populations contre les formes sévères de la maladie et de réduire les décès. Menées au plus près des territoires, les politiques de santé pourraient mieux prendre en considération les effets de proximité géographique et socio-économiques qui prévalent au niveau de leur périmètre d'action et, ainsi, être mieux à même d'affecter les ressources humaines et financières. (Amdaoud et al, 2020)

Ces résultats devront être complétés par des études ultérieures lorsque le bilan sanitaire de l'épidémie pourra être dressé, notamment par la balance entre décès et

hospitalisations liés à l'infection et mortalité ou hospitalisations liées à d'autres causes évitées, différées ou accentuées dans la même période). Ces résultats soulignent les différences sociales pour l'ensemble de la population, mais n'apportent pas d'informations spécifiques aux enfants de 0 à 18 ans.

De manière générale, les études réalisées par le Ministère de l'Education Nationale (DEPP) à partir des résultats des évaluations à l'entrée en sixième illustrent les inégalités des apprentissages scolaires selon les territoires, en l'occurrence les académies (Ben Ali et al, 2020). Les écarts entre académies sont importants : pour les mathématiques comme pour le français, les cartes montrent la France des difficultés infantiles et familiales septentrionales et du Languedoc-Roussillon et Provençales. Si la tonalité sociale des académies est susceptible d'expliquer une partie de ces écarts, certaines se distinguent toujours par de meilleurs résultats que ceux attendus compte tenu des profils sociaux de leurs élèves. Ainsi, l'analyse des écarts de maîtrise entre élèves selon leur origine sociale montre que certaines académies parviennent à combiner efficacement performance et équité à l'entrée au collège.

Mais tout ne fonctionne pas par entités territoriales étendues et coalescentes. L'analyse par type de milieu de vie est elle aussi parlante d'inégalités territoriales. Le rapport Berlioux (mars 2020) montre que les jeunes des zones rurales et des petites villes ne sont pas dans la même situation de départ face à leur avenir que les jeunes des grandes métropoles. Ils ont accès à trop peu d'informations, trop peu de moyens de transport, trop peu de réseaux sociaux, trop peu d'opportunités. Le champ des possibles est réduit pour leur formation et leur futur métier ; d'autant plus que de puissants mécanismes d'autocensure limitent leurs aspirations. Et que leurs territoires sont souvent fragiles, économiquement et socialement.

Les indicateurs pris dans leur ensemble montrent à quel point les collégiens, lycéens et étudiants des territoires isolés sont entravés à l'heure de construire leur avenir. A catégorie socio-professionnelle équivalente, à résultats scolaires équivalents, les défis qu'ils doivent affronter les placent dans une situation de départ nettement moins favorable que les jeunes parisiens, lyonnais ou bordelais. Ces différences selon les territoires sont mal documentées par les statistiques nationales. La ruralité en particulier demeure la grande absente des statistiques de l'Education nationale et les contraintes territoriales effacées au profit de contraintes sociales ou de critères de réussite scolaire (Berlioux S, 2020).

L'absence d'indicateur, la stabilité des établissements accueillants des jeunes (et des enfants), l'utilité d'un maillage territorial éducatif, mais aussi d'un maillage sanitaire, et la très grande question de la mobilité, semblent être des points importants des inégalités territoriales des enfants, des jeunes, et du « traitement » de ces inégalités.

Il est difficile de savoir comment cet état des disparités préexistant à la crise sanitaire a pu être modifié par la fermeture des établissements scolaires et leur réouverture progressive. L'éloignement géographique, les distances à parcourir, le plus difficile accès aux informations sont restés un obstacle supplémentaire pour les jeunes de ces territoires dont il faut tenir compte.

1.2.2 Conséquences pour le développement et la santé des enfants

1.2.2.1 Ralentissement des apprentissages et de la formation

L'UNESCO a alerté sur les perturbations induites par la fermeture temporaire des établissements pour les enfants défavorisés et leurs familles. Parmi les aspects de la fermeture des écoles qui paraissaient préjudiciables, étaient cités notamment :

- l'interruption de l'apprentissage, avec des désavantages majeurs pour des élèves qui ont généralement accès à un nombre plus restreint de possibilités éducatives en dehors du cadre scolaire.

- l'alimentation, les élèves ne pouvant plus bénéficier de repas fournis gratuitement ou à moindre coût à l'école pour se nourrir.

- les difficultés des parents dont le niveau d'instruction est limité pour encadrer le travail scolaire de leurs enfants

- l'insuffisance de l'accès aux technologies ou à une bonne connexion Internet

On peut craindre une augmentation des taux de décrochage scolaire : il est très difficile de faire en sorte que les enfants et les jeunes reviennent et restent à l'école, à l'issue de la période de fermeture, tout particulièrement dans les familles les plus défavorisées (UNESCO, 2020).

Aux Etats-Unis et en Europe, Lancker & Parolin (2020), considèrent que la fermeture des écoles aura des conséquences sociales et sanitaires, insécurité alimentaire et troubles des apprentissages par exemple, pour les enfants qui sont dans des situations de pauvreté et que les inégalités en seront aggravées. En Europe, ils estiment que 5% des enfants n'ont pas de place pour travailler chez eux et 7% n'ont pas accès à internet et sont dans des situations d'habitat précaire.

Il est probable que l'enseignement à distance, tel qu'il a été pratiqué pendant deux mois, aura davantage ralenti les acquis scolaires des enfants et des jeunes qui vivent dans les familles les plus défavorisées. Tous les élèves, en effet, n'ont pas accès à une bibliothèque, ni à un ordinateur disponible en tout temps qui ne soit pas l'outil de télétravail des parents ou à partager avec d'autres enfants (Stoecklin, 2020).

A la question des effets induits par le confinement, s'ajoute celle des conséquences d'un retour différencié, volontaire et à temps partiel dans les établissements scolaires.

Différentes études en cours en France apportent des premières informations. Par exemple, l'enquête du Cevipof, réalisée fin avril, intitulée « Attitudes des citoyens face au Covid-19 », montre que 40% des personnes interrogées sont prêtes à faire reprendre l'école à leurs enfants dès la réouverture, 30% ne sont pas certains de leur faire reprendre l'école, et 30% sont indécis. Plus les parents sont diplômés, plus ils sont prêts à faire reprendre l'école à leurs enfants. Derrière ce clivage parents diplômés/non diplômés, se joue la contrainte d'une reprise d'activité professionnelle dont les huit semaines de confinement ont montré que le télétravail n'était pas compatible avec un suivi scolaire, en particulier pour les mères dans des familles monoparentales. Ces deux éléments font douter que l'ouverture partielle sur la base du volontariat ait pour effet de diminuer les inégalités et suggèrent plutôt un effet inverse.

Par ailleurs, selon une enquête conduite auprès de 9600 personnes interrogées par internet, en France, la moitié des personnes ayant des enfants scolarisés déclarait un faible niveau de stress face au fait de faire l'école à la maison, mais il s'agissait d'une population très diplômée (Bourdeau-Lepage, 2020).

Des enseignants auditionnés pour le présent avis, intervenant en lycée, témoignaient aussi du fait que cette situation inédite de télé-enseignement avaient permis à certains élèves plus réservés habituellement d'exprimer différentes aptitudes et de prendre une place inattendue dans le groupe classe.

1.2.2.2 Socialisation perturbée

Bien que les mesures pour conserver le lien avec les activités scolaires habituelles soient importantes, la fermeture prolongée des écoles et l'enfermement à la maison pendant une épidémie peuvent avoir des effets négatifs sur la santé physique et mentale des enfants (Wang et al, 2020 ; Brooks et al, 2020). Les données disponibles indiquent que lorsque les enfants ne sont pas scolarisés (par exemple, les week-ends et les vacances d'été), ils sont physiquement moins actifs, passent beaucoup plus de temps devant l'écran, ont des habitudes de sommeil irrégulières et un régime alimentaire moins favorable, ce qui entraîne une prise de poids et une perte de la capacité cardiorespiratoire. Ces effets négatifs sur la santé risquent d'être plus graves lorsque les enfants sont confinés à la maison sans activités de plein air et sans interaction avec des amis du même âge pendant l'épidémie.

Les enfants ont pu ressentir de l'isolement et un sentiment de solitude durant cette période, notamment ceux qui vivaient seulement avec des adultes. Les échanges, les relations amicales à l'école ou dans les lieux de loisirs, comme l'atmosphère de camaraderie qui peut exister au sein d'un groupe d'enfants ont été suspendus de façon subite. Dans la phase de déconfinement progressif, les enfants ne retrouvent pas nécessairement les camarades dont ils sont les plus proches, ni leur enseignant. Les repères de socialisation établis dans la première moitié de l'année scolaire ont pu être perdus, avec des conséquences difficiles pour les enfants les plus jeunes ou les plus fragiles.

Dans l'état nous ne disposons pas d'observations ou de données attestant que ces ruptures de liens avec les autres ont été différentes selon le milieu social des familles où vivent les enfants. Des situations très particulières ont pu être vécues par les enfants qui ne vivent pas en famille (foyers, communautés, …) avec des adultes référents différents qui ne sont pas documentées pour l'instant.

1.2.2.3 Difficultés psychologiques et santé mentale, troubles du sommeil.

Le confinement lié à l'épidémie a entraîné d'importants bouleversements dans la vie des enfants, notamment une absence des routines habituelles sociales, scolaires, de loisirs, et des activités partagées au sein des ménages entre adultes et enfants ou entre frères et sœurs. Dans ce contexte, les enfants, comme les adultes, ont beaucoup plus de mal à conserver des rythmes réguliers d'éveil, de prises alimentaires, d'activités physiques et d'activités intellectuelles. L'irrégularité des rythmes peut causer des symptômes désagréables tels que ceux ressentis lors d'un décalage horaire (troubles de l'appétit, de l'énergie, etc) et une instabilité de l'humeur. De plus, pour les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur dépressif ou bipolaire, l'horloge biologique est particulièrement sensible à ces irrégularités et le contexte de confinement a pu augmenter le risque d'épisodes dépressifs ou (hypo)maniaques. De même les enfants hyperactifs ont pu souffrir particulièrement de la restriction des activités motrices et de la diminution des dépenses énergétiques.

Cela a conduit un collectif de praticiens à proposer des conseils d'hygiène de vie à destination des parents visant à préserver la qualité du sommeil dans cette période. Ils rappellent qu'un « bon » sommeil permet aux enfants de mieux faire face au stress et à l'anxiété et aide à renforcer le bon fonctionnement de leur système immunitaire (Geoffroy et al, 2020).

Ces conseils pratiques ne sont pas placés dans le contexte des différences sociales des familles, même si en filigrane la taille et la qualité du logement apparaissent comme des déterminants importants. Il est difficile de respecter les rythmes de chacun au sein d'une famille en cas de surpeuplement du logement ou d'exposition aux bruits de l'environnement.

Le confinement a entraîné également des ruptures de liens sociaux, évoquées plus haut. Les effets psychologiques de l'isolement sont connus dans des contextes spécifiques (expéditions polaires, sous-marins, prison) mais bien différents de celui des familles lors du confinement. Les psychiatres ont souligné la nécessité d'anticiper les problèmes psychologiques qui pourraient survenir pendant ou à distance du confinement : l'ennui, le stress, le manque de sommeil (Mengin et al, 2020). L'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la dépression et les conduites suicidaires, les conduites addictives sont des effets décrits du confinement, mais les mécanismes d'émergence de ces troubles devraient être étudiés. Par exemple, quels sont les mécanismes d'émergence du trouble de stress post-traumatique dans le cadre du confinement ? Dans quelle mesure les enfants ont-ils été touchés par les différentes manifestations de stress et d'anxiété et selon leur âge (colère, pleurs, cauchemars, troubles des conduites alimentaires, passage à l'acte) ? Certaines conséquences telles que les hallucinations ne sont pas citées dans la littérature sur le confinement, alors que le lien entre isolement social et hallucinations est bien établi (Mengin et al, 2020).

Les neurologues apportent également des éléments sur les conséquences cérébrales de l'isolement (Sender, 2020). L'isolement social est à l'origine d'une sécrétion élevée de cortisol ou d'adrénaline, ce qui pourrait expliquer des difficultés à mémoriser, car ces hormones, liées au stress, ont à la longue un effet neurotoxique. Ces considérations évoquées pour l'ensemble de la population ne sont pas détaillées pour les enfants, dont la plasticité cérébrale est bien particulière et dont on attend essentiellement qu'ils apprennent.

Les inégalités sociales de santé mentale sont largement documentées, notamment dans la population adulte. Là encore, la question de savoir comment cette crise sanitaire a impacté les difficultés psychologiques ou les troubles psychiatriques des enfants trouvera des réponses prochainement. Il est nécessaire que les études prennent en compte le contexte social, économique et culturel dans lequel les enfants vivent.

1.2.2.4 Insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire s'est trouvée amplifiée dans cette période de confinement en raison du non accès à la restauration scolaire ou universitaire. Pour certains enfants, le repas de la cantine constitue l'apport nutritionnel principal de la journée. En plus de ce repas non assuré, il se trouve que les familles les plus démunies, quel que soit le type de territoire où elles vivent, se sont trouvées en difficulté pour l'achat des biens alimentaires, renforçant ainsi le déséquilibre nutritionnel des enfants dans ces foyers pauvres. En particulier au début du confinement, les associations ont été immobilisées et n'ont plus assuré l'aide qu'elles apportaient avant (La Dépêche, 2020).

1.2.2.5 Comportements nutritionnels et de sédentarité, exposition aux écrans

Peu de résultats ont déjà été publiés mesurant l'impact du confinement de ce printemps 2020 sur les comportements des enfants. Plusieurs collectes de données, avec des

méthodologies diverses ont eu lieu et sont encore en cours qui apporteront leur réponse ultérieurement.

Toutefois une étude, réalisée dans le contexte du mode de vie en Chine, a quantifié certains effets sur les comportements de 2426 enfants et adolescents (Xiang et al, 2020) : forte réduction du temps passé en activité physique, et forte augmentation du temps passé devant les écrans, à des fins pédagogiques mais aussi à des fins récréatives. Les différences entre « avant l'épidémie » et « pendant l'épidémie » de ces activités exprimées en emploi-temps sont très importantes. Des conclusions identiques étaient dressées à partir d'un groupe d'enfants d'âge scolaire aux Etats-Unis (Dunton et al, 2020).

Une étude longitudinale, sur un petit groupe d'enfants obèses, conduite en Italie montre que les comportements en matière d'alimentation, d'activité et de sommeil ont changé dans un sens défavorable pour le contrôle de leur corpulence trois semaines après le confinement (Pietrobelli et al, 2020). Selon les auteurs, ces observations soulignent le besoin crucial de mesures préventives lors de confinement, notamment lorsque la durée est incertaine. Ces mesures pourraient inclure la mise en œuvre de programmes de télémédecine sur le mode de vie ; les praticiens peuvent apporter des conseils supplémentaires encourageant les familles à maintenir des choix de vie sains, et des installations pourraient être conçues pour poursuivre les programmes d'activité destinés aux enfants en surpoids ou obèses, tout en réduisant la transmission virale.

Des données sur les effets de cette crise en France en matière de comportements des enfants sont attendues : le projet SAPRIS apportera des éléments pour les enfants nés en 2011 inclus dans les cohortes ELFE et Epipage2 et pour les adultes dans les cohortes nationales (Inserm, 2020).

Dans l'attente de résultats établis, les hypothèses suivantes sont formulées par les chercheurs : augmentation forte de la sédentarité (temps passé dans la même position physique), réduction forte de l'activité physique (marche, course, sport) et appétence accrue pour les écrans. Toutes ces évolutions vont dans un sens défavorable pour l'état de santé de la population des moins de 18 ans. Ces craintes ont conduit à une adaptation des repères établis par l'ANSES en matière d'inactivité physique et de comportements sédentaires pour les enfants et les jeunes. Cette adaptation spécifique à la période du confinement donne un cadre pratique en décrivant, en fonction de l'âge des enfants, les durées et les fréquences recommandées, le niveau d'intensité des exercices physiques la nature des exercices à pratiquer selon le type de logement et selon l'accès à des espaces extérieurs (Margaritis, 2020). L'Anses s'est autosaisie de ce sujet afin d'émettre des recommandations pour atténuer les effets de cette situation particulière sur l'appareil locomoteur, cardiovasculaire et sur le métabolisme (ANSES, 2020).

Des questions se posent sur l'impact de ces changements de comportements à moyen et long terme : réversibilité à quelle échéance lors de la sortie du confinement ? Quel effet cet épisode peut-il avoir sur les différences de comportement pour les filles et pour les garçons ? Avec la crainte d'un renforcement des différences antérieures: moindre activité physique et augmentation de la prise de poids pour les filles et une préoccupation spécifique au moment de la puberté (Duché, 2020 ; HCSP, 2019).

De plus, l'impact de cette crise sanitaire sur l'initiation et l'usage du tabac, la consommation d'alcool et de drogues illicites est posé pour les adolescents, comme pour

les adultes. Une enquête internationale, dans le cadre de la Global Drug Survey (Global Drug Survey, 2020) de la pandémie Covid-19 sur la santé mentale, le bien-être, et aussi la consommation d'alcool et de drogues. La référente en France, dans un entretien, dresse un premier bilan sur la consommation d'alcool et de médicament psychotropes, qui concerne la population adulte (Mouillard, 2020).

Ces comportements, directement liés au niveau de vie financier des familles ou des jeunes eux-mêmes, doivent être étudiés aussi en tenant compte de la situation sociale du ménage et du territoire de résidence afin d'affiner et d'adapter les guides et recommandations à l'ensemble des enfants.

1.2.2.6 Accidents domestiques.

En période d'épidémie de Covid-19, l'habitat a été plus dangereux que le virus pour les enfants (Claudet et al, 2020). Confinés depuis le 17 mars à leur domicile, les enfants étaient logiquement plus exposés à cet environnement et moins aux autres situations accidentogènes comme le sport, les loisirs, la circulation, ou encore l'enceinte de l'école. Habituellement, les accidents domestiques concernent surtout les jeunes enfants âgés de moins de 4 ans. Tous les groupes d'âge étant confinés, il semblait logique qu'ils soient donc tous exposés aux mêmes risques de chute, d'intoxications, de brûlures, de plaies par objets coupants. Un des facteurs récurrents de ce type d'accidents est un défaut de surveillance du (des) représentants(s) légal(aux) (deux tiers des cas) et en extérieur, un enfant qui échappe à la surveillance parentale (noyade en particulier).

Durant le confinement, lorsque deux parents ont été présents à domicile, il était naturel de penser que les enfants étaient doublement surveillés, dans un environnement limité, et donc qu'un tel risque de survenue d'un accident aurait dû être moindre. Cette situation inédite consistait en un paradoxe entre une exposition plus importante à un risque et une surveillance parentale a priori plus disponible. Dans d'autres milieux familiaux, certains parents ont probablement continué de travailler laissant des enfants seuls au domicile et possiblement la garde des plus petits aux plus grands ce qui a pu majorer le risque de survenue d'accidents.

Si la globalité des passages aux urgences pédiatriques a diminué de 50% du fait du confinement, certains SU pédiatriques des CHU sollicités de Toulouse, Limoges, Nancy, Nantes, Rennes, Le Havre ont vu la proportion des admissions pour ce type d'accidents logiquement s'élever et ont fait le constat d'accidents plus graves (intoxications, défenestrations, maltraitance). Santé Publique France mène une étude nationale grâce aux données du réseau EPAC sur la période, les premiers résultats seront présentés courant Juin. Le CHU de Toulouse, sur la période de confinement du 17 mars au 19 avril a publié la comparaison de leur prévalence et de leur typologie à la même période sur les 3 années précédentes (Claudet at al, 2020). Les accidents domestiques avaient une représentation élevée dans les admissions (74%) alors qu'elle était de 40% sur la totalité des passages dans l'unité pour traumatismes les années précédentes (2453 sur 3 ans) et tout particulièrement chez les enfants âgés de 2 à 5 ans. Ces derniers restent donc plus à risque pour ce type d'accident même si les autres groupes d'âge sont confinés et parfois en même temps au sein d'une fratrie. Sur cette période de confinement, ces patients se différencient de ceux des années précédentes par des petites filles plus jeunes, plus de plaies et un risque multiplié par 3 d'hospitalisations pour fractures (25% versus 11%), notamment du coude. Les mécanismes de ces traumatismes durant le confinement étaient plus souvent liés à des chutes en particulier de trampoline et de lits mezzanine (deux fois plus) et des plaies avec objet coupant (trois fois plus). De façon

plus inquiétante, des cas de défenestrations ont été rapportés par les CHU de Toulouse, Rennes et du Havre. A Toulouse, cinq jeunes enfants se sont accidentellement défenestrés en l'espace d'un mois (4 enfants de 2017 à 2019, même période) soit un risque multiplié par 4,5. Ce sur risque a été constaté aussi aux Etats-Unis (Moyer, 2020). Plus le confinement se prolonge, plus l'exposition au risque est grande et plus les admissions pour accidents domestiques s'élèvent. Ces dangers ont été dénoncés, l'Unicef a publié une fiche technique rappelant les risques d'un tel confinement chez les enfants (UNICEF, 2020).

De manière générale, Les déterminants sociaux – pauvreté, logements précaires, faible niveau scolaire de la mère, etc. – représentent des facteurs de vulnérabilité aux accidents domestiques d'enfants (Sznajder & Chevaliier, 2009). La composition socio-économique d'une zone d'habitation donnée influence les divers types d'accidents d'une manière assez spécifique. Cela est particulièrement vrai pour les accidents survenant chez les jeunes enfants, qui prédominent à la maison, et reste valable, tout en diminuant, pour les enfants plus grands, chez lesquels le risque d'accident semble moins lié au statut social des familles. Nous ne disposons pas d'éléments spécifiques sur les inégalités sociales pour les accidents survenus spécifiquement pendant cette crise.

1.2.2.7 Maltraitance et violences intrafamiliales.

En ce qui concerne les violences à l'égard des enfants, les facteurs de risque habituellement retrouvés sont les violences conjugales, l'abus et dépendance de substances par les adultes, la pauvreté, la marginalité sociale des familles (absence de domicile fixe), le travail des enfants (Curtis et al, 2000). Ces facteurs, cités de façon concordante par toutes les études sur le sujet, ont une importance variable selon le pays ou la région du monde. La fermeture des écoles dans les situations de catastrophes intervient alors comme un élément qui augmente le risque de violences sur enfants. Les contraintes supplémentaires que subissent les familles du fait de la crise du COVID-19 comme la perte d'emploi ou la chute des revenus, l'isolement social, le confinement excessif dans des locaux souvent exigus, la peur engendrée par la situation épidémique et les préoccupations liées à la santé, accentuent le risque de violence à la maison qu'elle soit infligée entre partenaires ou aux enfants par les adultes qui s'occupent d'eux (Cerna-Turoff et al, 2019).

Par ailleurs, une crise sanitaire de ce type accroît le risque d'exploitation sexuelle des enfants sur internet. Europol a informé, en avril 2020, que les auxiliaires des forces de l'ordre rapportaient davantage d'activité en ligne de la part d'individus recherchant des contenus issus d'abus infligés aux enfants. En partenariat avec les services de soins, les services d'aide aux victimes et la justice, un certain nombre de mesures ont dû être prises pour maintenir l'aide aux victimes dans la période de confinement (Mengin et al, 2020).

Pendant la période du confinement, les services spécialisés (urgences pédiatriques, urgences médico-judiciaires, CASED pour cellule d'aide et de soutien pour l'enfance en danger) ont accueilli des enfants victimes de traumas spécifiques (Cf. supra § les accidents domestiques). C'est la gravité des atteintes qui retient l'attention : des cas de

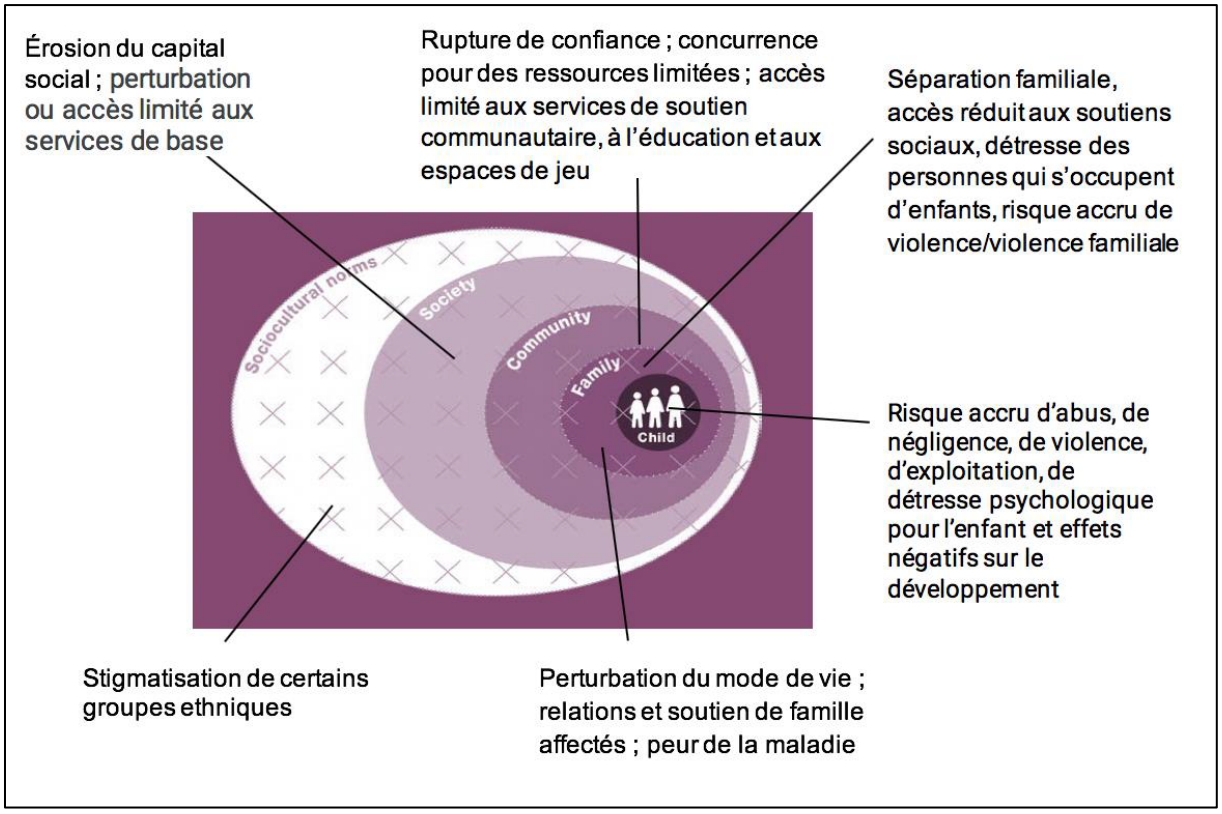
défenestration, de plaies à l'arme blanche sont décrits. Il peut s'agir de violences directes, de maltraitance ou de négligences, les enfants ayant été laissés seuls, sans surveillance ou sous la surveillance de leurs aînés.

Les enfants ont pu être témoins de violences au sein du couple parental, avec des situations traumatisantes où ils assistent impuissants aux violences physiques, menaces de mort ou tentatives de meurtre sur leur mère. Ces enfants étaient de fait en situation de maltraitance et avaient encore moins de possibilités d'alerter, de parler, de se confier, d'exprimer leur souffrance dans cette période de confinement.

A l'inverse, pour certaines situations, le confinement a pu avoir un effet bénéfique, en permettant le maintien d'un enfant dans une même famille d'accueil sur plusieurs semaines, offrant un point d'ancrage et de stabilité, à distance d'un parent violent.

La figure 1 illustre les effets possibles d'une telle crise sanitaire et souligne comment les enfants peuvent en être la cible. Les professionnels regrettent que les préoccupations sanitaires liées à l'infection par le virus SARS-Cov2 aient conduit à occulter toutes les autres priorités sanitaires, comme si une crise infectieuse pouvait supprimer les autres atteintes de santé et masquer les besoins en soins et en protection des enfants et adolescents. Le fonctionnement durant ces semaines a souligné le manque de coordination des services, évoquant une maltraitance institutionnelle. La demande d'une protection de l'enfance renforcée et d'une politique structurée dans ce sens est formulée, dont la nécessité est apparue impérative au décours de cette crise sanitaire (Audition Dr. M. Balençon, Rennes).

Figure 1. Effets socio-écologiques d'une épidémie telle que la Covid-19



Source: The Alliance for child protection in humanitarian action. *Fiche technique : Protection des enfants lors de la pandémie de coronavirus*. Version 1, mars 2020.

1.2.2.8 L'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires, soins curatifs et de prévention

Durant la phase ascendante de l'épidémie, pendant le confinement et dans la période de déconfinement progressif le fonctionnement des services médicaux a été fortement perturbé. De fait, ces perturbations ont concerné tous les aspects de santé listés ci-dessus, et ont modifié les pratiques et les traitements reçus avant la crise sanitaire par les enfants, qu'ils soient en situation de handicaps, moteurs ou neurologiques, de déficiences cognitives, atteints de maladies chroniques ou requièrent une attention particulière au titre de la protection de l'enfance.

Tout laisse penser que les inégalités sociales d'accès aux soins se sont amplifiées dans cette période. Là encore, des données détaillées et spécifiques aux enfants sont attendues pour notre pays, que ce soit à l'échelle nationale ou régionale.

Aux Etats-Unis, une étude a analysé les inégalités d'accès aux tests Covid19, à partir de données contextuelles sur le niveau de vie par districts (identifiés par les codes postaux). Les auteurs observent que le nombre de tests administrés était réparti de manière égale, mieux que les aides financières apportées par la ville : les dix pour cent de la population de la ville vivant dans les districts les plus riches ont reçu 11 % des tests Covid-19 et 29 % des ressources de la ville. Les dix pour cent de la population de la ville vivant dans les districts les plus pauvres ont reçu 10 % des tests, mais seulement 4 % des ressources de la ville. En revanche, une disparité significative dans la proportion de tests négatifs pour la maladie Covid-19 était observée selon les districts : passer des codes postaux les plus pauvres aux plus riches était associé à une augmentation du taux des résultats négatifs des tests Covid-19 de 38% à 65%, montrant une circulation plus forte de la contagion dans les districts les plus défavorisés (Schmitt-Grohe et al, 2020)

Tout comme le confinement a contraint les enfants à modifier leur rythme de modes de vie, d'apprentissages et d'échanges avec des pairs, il a exposé ceux qui en bénéficiaient à des ruptures dans les traitements, dans les soins de prise en charge, de réadaptation ou d'accompagnement. Les professionnels attestent des effets délétères de ces discontinuités de soins. Que ce soit dans la prise en charge des enfants autistes, des enfants devant être placés en familles d'accueil, ou des enfants ayant des troubles de la santé mentale, l'impact a pu être particulièrement préjudiciable (Golberstein et al, 2020).

Pour nombre de ces enfants, la prise en charge est assurée par une coordination entre les activités scolaires et les réseaux de santé et de rééducation. Cette coordination a été perdue dans le temps de la fermeture des établissements scolaires.

Les soins dentaires n'ont pas pu être dispensés en cabinets de ville pendant quelques semaines à partir du 16 mai. L'importance des traitements de caries comme des soins de prévention bucco-dentaire pendant l'enfance est régulièrement soulignée pour la santé orale et la préservation du capital dentaire pendant la période de croissance. On ne dispose pas d'informations sur l'effet de cette non-délivrance de soins : ont-ils été simplement décalés ? Dans quelle mesure les enfants en seront-ils privés ? Dans leurs guides sur les mesures à prendre à la sortie du confinement, le Conseil national de

l'ordre des dentistes et la HAS ne formulent pas de mesures spécifiques pour les jeunes patients (HAS, 2020 ; CNOCD 2020)

Les professionnels ont souligné également un retard de calendrier pour les actes médicaux de prévention tels que les vaccins et on peut craindre que certains ne soient pas réalisés du tout. Par exemple, une étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS atteste de la diminution de consommation des vaccins au cours des premières semaines du confinement : entre -15% et -78% sur les semaines 12 à 16, du 16 février au 19 mars (ANSM, 2020).

Des visites à domicile sont utilisées dans de nombreux pays, y compris en France après une hospitalisation (dispositif PRADO). Un tel service a été déployé au Royaume-Uni, ciblant les mères désavantagées et évalué positivement en termes de dépenses de santé. En période de Covid, les services ont utilisé la téléconsultation, mais certaines visites physiques ont été conservées. De tels services à domicile ont été évalués dans les pays scandinaves (Conti, 2020).

Dans ce contexte de crise, la question de la prise en charge des frais médicaux peut se poser pour les enfants mineurs isolés ou des familles en situation irrégulière sur le territoire. Cette prise en charge a dû être assurée pour les ménages les plus démunis par la prolongation des droits des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale d'État et par l'ouverture des droits simplifiée. (Ordonnance no 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux). Sur ce point, il est intéressant de citer la décision prise au Portugal de régulariser, en pleine crise de la Covid 19, les personnes "sans papiers", leur permettant d'accéder aux dispositifs de prise en charge de droit commun, et ayant sans doute facilité leur accès aux soins primaires. Dans une affaire opposant la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH) à la France en 2004, le Comité européen des droits sociaux a considéré que l'article 17 de la Charte sociale européenne garantissait « de façon générale le droit des enfants et des adolescents, y compris des mineurs non accompagnés, aux soins et à l'assistance. » Aucune condition d'antériorité de séjour sur le territoire ne pouvait leur être opposée pour bénéficier de ce droit à la prise en charge des frais de santé.

L'article 24 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CDE) stipule encore que : " 1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. 2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :b) assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ». Enfin le Comité des droits de l'enfant a déclaré dans le commentaire général n°6 du 1er septembre 2005 que « les enfants non accompagnés ou séparés [devaient] bénéficie[r] du même accès aux soins de santé que les enfants ressortissants. » Enfin, les considérations spéciales énoncées dans la CDE comme devant être appliquées aux enfants, doivent être également appliquées à l'enfant à naître et à la mère pendant la grossesse et lors de la naissance.

Les services de santé destinés spécifiquement à l'enfance que sont la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et la Médecine scolaire ont un rôle particulier à remplir au moment d'une crise sanitaire.

La PMI a délivré des préconisations aux assistant(e)s maternel(le)s, aux Maisons d'Assistants Maternels et Établissements d'accueil de jeunes enfants (MAME) en prévision du déconfinement. Il est probable que l'organisation départementale de la PMI ait entraîné des services différents selon les populations desservies et les zones plus ou moins touchées par la contagion.

En matière de santé, l'école, par son service de médecine scolaire, a pour mission de participer à la mise en œuvre du parcours éducatif de santé structuré autour de trois axes : l'éducation à la santé, la prévention et la protection de la santé (circulaire n°2016-008 du 28-1-2016). Il s'intéresse notamment à l'acquisition des bonnes habitudes d'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques (intégrant la prévention du surpoids et de l'obésité), la prévention des conduites addictives, le repérage des signes de mal-être, Ce sont autant de domaines impactés au moment de la crise car la médecine scolaire s'est vue interrompue dans ses missions en même temps que les établissements étaient fermés.

A la mi-juin 2020 nous ne disposons pas d'informations sur la manière dont les services rendus par ces professionnels ont été adaptés dans la période du confinement et comment ils envisagent de se redéployer dans les semaines qui suivent le déconfinement. Une évaluation de leur activité durant cette phase serait instructive pour tirer des enseignements dans la perspective de crises futures. Cette crise met en exergue la nécessité de renforcer les activités de La Protection maternelle et Infantile et de la Médecine scolaire. Ces services dévolus à la santé des enfants manquent cruellement de professionnels (médecins, infirmières puéricultrices).

D'autres épidémies et qui touchent particulièrement les jeunes enfants mettent à l'épreuve le système de soins hospitaliers et ambulatoires. Dans cette réflexion sur l'impact d'une crise sanitaire sur la santé des enfants et les inégalités sociales de santé, nous détaillons le cas des bronchiolites.

Les épidémies hivernales de bronchiolite

Les bronchiolites touchent toutes les classes d'âge, mais leur gravité concerne surtout les nourrissons. Elles sont secondaires à une infection par un virus respiratoire, majoritairement le virus respiratoire syncytial (VRS), mais aussi certains adénovirus et virus influenzae. Ils sont transmis soit directement par les sécrétions pharyngées soit indirectement par les objets souillés et les mains.

Les infections à VRS surviennent chaque année par vague épidémique, selon une progression nord / sud et débutant les semaines 44/45 et se terminant les semaines 12-16. Le pic est observé lors de la deuxième quinzaine de décembre. Les adultes sont le réservoir du virus, sous une forme pauci- (pharyngite) soit a-symptomatique.

Le nombre de passages aux urgences pour bronchiolite est supérieur à 44 000 et 30% de ces enfants sont hospitalisés, soit pour surveillance / prise en charge d'une détresse respiratoire soit en raison du risque d'apnées centrales chez le nourrisson de moins de 4 mois.

Si cette infection touche tout le territoire national, leur prévalence est majorée par la densité de la population, l'usage des transports en commun et la pollution atmosphérique ; ces trois critères expliquent que l'Ile de France soit la principale région touchée.

Si la durée de séjour des enfants atteints de bronchiolites ne varie pas selon le niveau social, évalué par le score Epices, il apparaît que les taux d'admission sont plus élevés dans les milieux défavorisés. (Roussel, 2018).

Le nombre de lits disponibles (réanimation / soins intensifs+ pédiatrie générale) est insuffisant dans certaines régions -dont l'IdF- ce qui implique de transférer, dans les 4 à 6 semaines de la phase aigüe de l'épidémie, des nourrissons en particulier de Paris à Rouen, Amiens, ce malgré un plan de prévision (plan blanc). Ce plan gère des ressources globalement insuffisantes en lits et en personnels. Ces difficultés ont fait l'objet d'une exposition médiatique importante au cours de l'hiver 2019-2020.

Ces épidémies sont responsables d'une surcharge aiguë de consultations en médecine libérale et aux urgences hospitalières, aboutissant à des situations parfois ingérables en terme d'hospitalisations. En l'absence de vaccin disponible (il existe un anticorps monoclonal Synagis® réservé aux anciens grands prématurés), la prévention est focalisée sur le lavage des mains mais peu axée sur les masques (au moins dans les familles exposées). Une sensibilisation médiatique (télévision) est très intermittente et insuffisante.

Des actions de prévention plus efficaces devraient être conduites, dont les campagnes d'information télévisuelle de SPF. Il convient de rappeler que durant *les grèves du métro parisien en 1995, une réduction du nombre de cas de bronchiolites avait été observée.*

2. Travaux de recherche en cours

La période de l'épidémie de la Covid-19 a été marquée par une série d'appels d'offre de recherche en urgence, sur lesquels il est difficile d'avoir une vue exhaustive.

Parmi les 98 travaux de recherche identifiés par Santé Publique France (P Arwidson, 2020), 14 concernent des enfants, essentiellement des enfants du primaire (3 projets) et des étudiants (5 projets) et portent sur les différents aspects du vécu du confinement. Dans sept des projets, les ISS ou des facteurs sociaux sont explicitement mentionnés dans les documents dont nous disposons. Un projet sur le lavage des mains, avec une intervention devrait permettre d'améliorer les pratiques de précaution vis-à-vis de la Covid-19.

A la date de ce rapport, onze travaux de recherche sont en cours visant à préciser le vécu et les effets du confinement sur le bien-être, la santé mentale, les addictions ou les pratiques sexuelles. Cinq de ces travaux sont qualitatifs et six quantitatifs. Pour sept des projets, les inégalités sociales ou certains facteurs sociaux sont explicitement mentionnés et seront considérés dans la conduite de la recherche, selon les documents dont nous disposons.

Les classes d'âge étudiées concernent :

-les enfants de moins de six ans et leurs parents (1 projet)

-les enfants d'âge scolaire (3 projets)

-les étudiants (5 projets)

-les parents (5 projets)

Un projet porte sur le « Soutien à l'inclusion des jeunes enfants en situation de handicap ou présentant des difficultés développementales » et ses outils de valorisation

(https://www.firah.org/fr/soutien-a-l-inclusion-des-enfants-en-situation-de-handicap-so-in.html)

Une enquête, impliquant 9 pays européens dont la France, a pour objectif d'évaluer les changements induits sur les comportements de mouvement des enfants (activité physique et sédentarité) par l'épidémie de Covid-19, le confinement et l'instruction à domicile qui lui ont été consécutifs.

(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSehWMtvVU2ZqtIsImORlTp94nchcM4IcY6w7mN5gO4ftDbMfA/viewform)

L'École des hautes études en sciences sociales a mis en place un « carnet de l'EHESS, Perspectives sur le coronavirus ». Cet espace a vocation à proposer des billets de chercheuses et de chercheurs issus de toute la diversité des sciences sociales, sur le coronavirus (EHESS, 2020).

Au total, les résultats de ces projets permettront de mieux connaître les effets d'un confinement strict de la population sur les enfants, sur les troubles psychologiques, les pratiques physiques et les comportements.

3. Recommandations

A l'issue de cette revue des données statistiques et des travaux de recherche en cours, les constats suivants peuvent être établis :

Lors de cette crise, les enfants ont été relativement protégés de l'agent infectieux, avec une grande rareté des formes rares et des décès. Par conséquent, le système de soins, notamment hospitalier, n'a pas été affecté par une surcharge de soins, ce qui a permis l'ouverture d'unités d'adultes dans certains établissements pédiatriques. Il importe de garder à l'esprit que dans d'autres crises sanitaires, cette relative protection ne sera pas systématique. C'est le cas des épidémies de bronchiolites qui représentent un autre exemple de crise sanitaire, pour laquelle le dimensionnement du système de soins est un enjeu.

Les effets d'une pandémie telle que la Covid-19 doivent retenir l'attention, au-delà des aspects infectieux, sur un large spectre d'effets pathologiques liés pour les uns au contexte épidémique et pour les autres aux mesures de prévention.

Une crise sanitaire de cette ampleur, du fait des mesures qui ont été mises en œuvre pour maîtriser la diffusion du virus dans la population a un retentissement économique majeur avec pour conséquences d'aggraver la pauvreté d'un certain nombre de familles et donc d'enfants (Rajan, 2020). À ce jour, sur la base des données disponibles, un fort impact de la crise en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé peut être affirmé au vu de son profond impact socio-économique et de ce que la littérature internationale montre des liens entre les facteurs socio-économiques et la santé. Mais le dispositif statistique français lui-même est insuffisant à rendre compte de cet impact.

Analyser le retentissement d'une crise sanitaire sur les enfants suppose d'analyser le retentissement sur leurs familles et le retentissement propre sur les enfants en tant que personnes.

Il est clair que le retentissement de la crise sanitaire sur l'économie mondiale a d'ores et déjà un retentissement majeur sur les familles et plus encore sur celles qui étaient socialement fragiles avant la crise. Ce choc a probablement été amorti, mais insuffisamment, par des mesures de protection de la chute des revenus telles que le chômage partiel, des aides financières notamment aux familles avec enfants ou encore des possibilités de congé maladie. Cependant, les pertes d'emplois, les faillites d'entreprises, la chute des revenus liés au chômage ou à la réduction des heures travaillées risquent d'affecter considérablement le niveau de vie des familles et donc des enfants à moyen et long terme. Les familles monoparentales ont été probablement touchées fortement puisque ces familles faisaient déjà partie des plus pauvres avant la crise.

Le logement dans cette crise s'est avéré un élément clé de renforcement des inégalités sociales de santé dans la mesure où il a favorisé la diffusion de l'infection et accru les difficultés du confinement.

Parmi les retentissements qui ont eu un impact sur les inégalités sociales de santé pour les enfants, la fermeture des écoles, malgré les efforts considérables de nombreux enseignants pour prolonger les études dans le milieu familial et installer un suivi à distance, a été source de grandes difficultés pour les enfants les plus mal logés, dans des familles aux faibles ressources ressources matérielles et culturelles, et favorisé un décrochage scolaire. La reprise de la scolarité sur une base de volontariat, tant des familles que des enseignants, a contribué à creuser ces inégalités. Pour l'ensemble des enfants, l'école représente non seulement une source de formation mais aussi de socialisation, importante pour l'ensemble des enfants. Il n'y a pas d'argument particulier en faveur d'inégalités sociales créées à cette occasion. En revanche pour de nombreux enfants, la cantine scolaire est un apport particulier dans leur alimentation qui a été interrompu par le confinement, même si de nombreuses mairies ont pallié cette rupture. L'insécurité alimentaire a donc été renforcée pendant la crise.

Le confinement a favorisé la réduction de l'activité physique, le développement de la sédentarité et une utilisation accrue des écrans. L'accompagnement par les familles est essentiel et on peut penser qu'il risque de creuser les inégalités de santé et le retard scolaire.

Les enfants ont souffert pendant le confinement de difficultés psychologiques, de troubles du sommeil, voire de troubles de la santé mentale, d'un accroissement des accidents domestiques, sur lesquels il n'existe pas de données indiquant des différences d'occurrence selon les catégories sociales.

L'accès aux soins pendant cette crise a surtout été marqué par une baisse et des renoncements à certains soins curatifs et de prévention, les vaccinations en particulier. Si le dimensionnement de l'offre de soins urgents et graves ne s'est pas posé pendant cette crise, il reste à discuter pour d'autres crises sanitaires, telles les bronchiolites, dont les taux d'admission semblent plus élevés dans les catégories les plus défavorisées.

Les données sur les migrants, les enfants de migrants et de réfugiés font défaut (Brun, 2020 ; Kluge, 2020). Ceci donne à penser que les différences sociales d'impact déjà observées sont plutôt sous-estimées.

Certaines populations d'enfants ne font pas l'objet de recommandations spécifiques dans cet avis, car les recommandations de ces populations d'enfants ont été détaillées dans l'avis du 28 avril. Il en est ainsi des enfants en situation de handicap, des mineurs étrangers isolés et de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Certaines recommandations concernent l'organisation du dispositif de suivi et de soins préexistante à la crise, assurant une résilience du système de santé, qui permettrait de faire face à une crise sanitaire. D'autres recommandations concernent spécifiquement la période de la crise ou son décours (déconfinement, par exemple).

Compte tenu des conséquences sociales, économiques voire sociétales d'une crise sanitaire majeure telle que celle de la Covid-19, certaines modalités de décision mériteraient d'être réévaluées. Les conseils scientifiques pour la gestion de la crise du Covid-19 ont été formulés sur la base d'une prééminence de virologues et d'épidémiologistes au niveau national. Compte tenu des conséquences sociales, économiques voire sociétales d'une crise sanitaire majeure telle que celle de la Covid-19, réévaluer les modalités et les critères de décision pourrait être encouragé dans la mesure où la crise n'est pas simplement un problème de santé mais un problème de société qui implique que toutes les personnes concernées puissent participer dans un processus inclusif et multidisciplinaire.

Sur la base de ces différents éléments, un ensemble de recommandations est formulé :

Recommandation 1 : Associer dans les processus de décision et de suivi de la crise des experts sur les aspects non directement liés à la seule cause première de la crise sanitaire (ici infectieuse), issus des sciences humaines et sociales et de la santé publique.

Recommandation 2 : Impliquer la société civile, les représentants des usagers et des citoyens.

3.1 Système statistique

Les constats de cet avis soulignent la nécessité de disposer, avant toute situation de crise telle que celle de la Covid-19, d'un appareil statistique prêt à fournir les informations utiles à la gestion d'une crise sanitaire. Le HCSP rappelle la recommandation contenue dans ses précédents avis, sur la nécessité d'organiser un système d'information statistique capable de suivre la santé des enfants (HCSP, 2019 ; HCSP, 2020).

Recommandation 3: Mettre en place ou développer un dispositif statistique sur la santé des enfants, avant toute crise sanitaire, pour suivre le plus rapidement possible pendant le confinement et pendant la période de post-confinement les domaines suivants :

- **conditions de vie, conditions socioéconomiques, niveau de pauvreté ;**
- **mode de vie : activité, sédentarité, alimentation, sommeil ;**
- **développement psychomoteur, relationnel, cognitif ;**
- **difficultés scolaires (en lien avec l'Education Nationale) ;**
- **maltraitances et violences faites aux enfants ;**
- **évaluation de la santé des enfants suivis dans les dispositifs médicosociaux, y compris l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;**
- **santé mentale.**

3.2 Dimensionnement et accès à l'offre de soins

Bien que la crise de la Covid-19 ait largement épargné les enfants et que par conséquent la surcharge du système de soins (hôpitaux, urgences, réanimation) ne se soit pas posé, il n'est pas certain qu'une prochaine épidémie épargne les enfants. Les difficultés de gestion des épidémies hivernales qui conduisent à des transferts de patients les plus graves confirment l'inadéquation entre nombre de lits, densité du personnel soignant et besoins hospitaliers.

Recommandation 4: Prévoir un nombre de lits disponibles ou mobilisables rapidement aux urgences, en hospitalisation et en réanimation pour faire face à une augmentation massive du nombre de cas. Il s'agit de prévoir aussi du personnel spécialisé, formé, compétent, mobilisable et dimensionné en rapport avec l'activité. Dans le futur, prévoir des structures architecturales hospitalières modulables, sectorisables, extensibles et des chambres à flux modifiables.

Recommandation 5: Réduire l'impact et l'importance de certaines épidémies récurrentes de l'enfant, comme les bronchiolites par des campagnes annuelles d'information dans la deuxième quinzaine d'octobre portant sur le bénéfice du lavage des mains dans les familles à risque (nourrisson) mais aussi dans la population générale ainsi que sur le bénéfice du masque dans les familles à risque et les communautés de jeunes enfants.

Recommandation 6: Prévenir tout phénomène de renoncement aux soins, qu'il s'agisse de soins urgents, de soins pour maladies chroniques, de soins de réadaptation ou de prévention tels que les vaccinations. Peuvent être mobilisés dans ce cadre

-des campagnes d'information médiatique

-des téléconsultations

-des visites à domicile pour les enfants les plus fragiles ou exposés à ces renoncements aux soins du fait de leur environnement familial. La crise a renforcé la nécessité de démarches proactives (aller vers) les familles et les enfants, que ce soit par téléphone ou par des visites à domicile.

Ceci pour être en accord avec le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation, affirmé par la Convention internationale des droits de l'enfant.

3.3 Interventions à destination des ménages et des familles

Le choc économique et social entrainé par une crise comme le Covid-19 conduit à un appauvrissement des plus défavorisés, dont les enfants, 20% vivaient sous le seuil de pauvreté en France avant la crise.

Recommandation 7: Mettre en œuvre un effort de solidarité économique et un plan de lutte contre la pauvreté, à la hauteur des besoins

Cet effort de solidarité comprend un ensemble de dispositifs, tel que décrits par l'OCDE ou France Stratégie : chômage partiel; protection de l'emploi ; limitation des pertes de revenu des travailleurs qui perdent leur emploi, complètement ou partiellement ; congés maladies aux travailleurs qui ont des charges de jeunes enfants ; protection des salariés ; soutien financier aux familles, particulièrement les familles monoparentales ; soutien financier aux familles, y compris sans papiers, pour les loyers, l'énergie domestique, les emprunts ou les frais fixes dont les revenus ont chuté ; aide financière directe (OCDE, 2020 ; France Stratégie, 2020).

Recommandation 8: Ne laisser aucun enfant sans abri stable. Ceci concerne non seulement les enfants sans abri, mais aussi les enfants de familles hébergées dans des logements provisoires (hôtels, foyers) dans une situation où toute stabilité de relation, de sécurité ou de scolarité est exclue.

Durant une période de crise sanitaire, les parents doivent mobiliser pour leurs enfants des ressources financières et socio-culturelles multiples. Une aide sur ces deux types de ressources doit être apportée. Elle concerne l'ensemble des familles à faible capital économique et socio-culturel, et plus particulièrement les familles monoparentales, souvent en situation de pauvreté et en besoin de ressources pour des aides à la garde d'enfants. Toutes les recommandations de soutien s'appliquent aux parents d'enfants en situation de handicap. Il s'y ajoute des mesures spécifiques de prise en charge dans les

établissements spécialisés d'accueil de jour, qui ont été fermés pendant la crise, à l'origine de régression dans l'état de santé des enfants, particulièrement si les familles n'avaient pas les ressources (diverses) pour se faire aider ou aider leur enfant (voir rapport HCSP, 2020).

Recommandation 9: Mettre en place une stratégie de visites à domicile, par des puéricultrices, infirmières ou travailleurs sociaux, chargés d'aider les parents à trouver les ressources (aides financières, modes de garde, conseils) pour faciliter leurs responsabilités de parent.

Avec la fermeture des écoles et des cantines, les enfants des milieux les plus défavorisés sont privés de ce qui est parfois leur seul vrai repas par jour.

Recommandation 10: Garantir, malgré la fermeture totale ou partielle des écoles, collèges ou lycées, la continuité de l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée aux enfants qui le nécessitent, compte-tenu des ressources de leurs parents. Les mairies pour le primaire ou les départements pour les collèges, les régions pour les lycées, sont les collectivités en responsabilité ; leurs interventions peuvent prendre des formes diverses : soutien financier direct via la CAF ; coupons alimentaires ; banques alimentaires ; apport de plateaux repas ou de denrées alimentaires, y compris fruits et légumes…

Recommandation 11: Lors de la levée du confinement, synchroniser la réouverture des écoles et celle de la cantine scolaire.

3.4 Interventions à destination des enfants

La question de l'ouverture des écoles est une question controversée dans laquelle les décisions ont beaucoup varié selon les pays (Collège des économistes de la santé, 2020). La fermeture des écoles devrait être considérée du double point de vue du risque infectieux et de la nécessité de réduire la transmission et de l'impact sur les inégalités scolaires et de santé. L'objectif est de respecter l'enseignement obligatoire en utilisant les protocoles sanitaires les plus souples possible (taille des classes, complémentarité entre enseignement présentiel et à distance, distance physique, hygiène, mesures de promotion de la santé). La préparation des écoles face à des crises sanitaires ne se fera pas sans investissement humain et financier dans l'éducation des élèves les plus en difficultés. Il faut souligner que la majorité d'entre eux ne sont pas scolarisés dans les REP ou les REP+. (Stegfanou, 2018 ; Burgess, 2020).

Cet investissement est préventif, les élèves les moins performants dans le cadre scolaire ayant une probabilité plus élevée de « décrocher » et moindre de bénéficier efficacement

des méthodes d'enseignement à distance. Il relève aussi de mesures spécifiques en temps de crise sanitaire (Armitage, 2020).

La question des enfants en collectivité se pose aussi pour les enfants de moins de trois ans. Malgré une politique volontariste, l'offre et la qualité de l'accueil des enfants de moins de trois ans restent insuffisantes et marquées par de fortes inégalités territoriales (HCFEA, 2018). Pour le HCFEA, le taux de réalisation du bilan de cet accueil était de 16% (HCFEA, 2018). En période de crise sanitaire, ce défaut d'accueil implique pour les parents de renoncer à leur emploi ou à des modes de gardes non professionnels, avec leurs risques propres. Les inégalités territoriales viennent renforcer l'impact de la crise sanitaire sur les emplois (HCFEA, 2017 et 2018).

Recommandation 12: Renforcer l'accueil des enfants de moins de trois ans et réduire les inégalités territoriales de cet accueil.

A partir de trois ans, la scolarisation des enfants est obligatoire. Une démarche basée sur le volontariat ne peut qu'accroitre les inégalités scolaires. L'enseignement à distance, mis en œuvre par l'Education Nationale et les enseignants, a tenté de compenser au mieux la fermeture des écoles. Mais les ressources des parents (logement, ressources culturelles, disponibilité, accès au numérique…) ont aggravé les inégalités scolaires et le risque de décrochage scolaire. Assurer un enseignement obligatoire adapté aux besoins des élèves, malgré un contexte de crise sanitaire est donc une priorité.

Dans cet esprit, une recommandation d'allègement des protocoles sanitaires dans les établissements scolaires a ainsi été adoptée par le HCSP le 10 juin 2020 (HCSP, 2020).

Recommandation 13: En période de crise sanitaire, assurer l'obligation scolaire et la continuité pédagogique sous forme d'un enseignement en présentiel, dans le cadre des recommandations sanitaires, pour les élèves en difficulté et à risque de décrochage. Ces mesures pourraient concerner les établissements des territoires en difficulté (classés REP). Par ailleurs hors de ces territoires où se trouvent la majorité des élèves en difficulté, des critères pédagogiques pourraient permettre d'identifier les élèves bénéficiant de l'enseignement en présentiel. Les lycées professionnels et les enseignements par apprentissage font partie de ces établissements où un enseignement présentiel est nécessaire pour éviter un risque de décrochage[2].

Recommandation 14: Mettre en œuvre régulièrement des exercices de préparation à des situations de crise sanitaire. Ces périodes permettraient d'expérimenter les méthodes d'enseignement à distance et de familiariser tous les enfants et leurs familles à l'utilisation des méthodes numériques. Cela impliquerait d'identifier les zones

[2] Voir annexe 4 « Opinion divergente »

géographiques à couverture numérique nulle ou insuffisante, d'apporter une aide financière à la connexion à internet, à l'équipement en tablette pour les familles non équipées. Ces exercices permettraient l'identification des élèves susceptibles de bénéficier prioritairement d'enseignements en présentiel lors d'une crise sanitaire.

Recommandation 15: Adapter régulièrement les protocoles sanitaires et les décisions de fermeture d'école en fonction de la situation épidémiologique pour viser l'obligation scolaire.

La période de crise sanitaire rend plus aigu les difficultés de travail d'un secteur, celui de la santé mentale et de la pédopsychiatrie, dont le renforcement des besoins a été souvent souligné. Ces difficultés d'accès accentuent la place que jouent les différentes ressources des familles pour accéder aux soins.

Recommandation 16: Organiser le travail avant les crises et préparer l'équipement nécessaire pour assurer la continuité des prises en charge et le suivi à distance des familles suivies par les équipes médico-sociales.

Recommandation 17: Informer et soutenir les parents pour prévenir les effets de la crise sanitaire, du confinement chez leurs enfants et faciliter les demandes d'aide auprès de professionnels

Recommandation 18: Développer des actions proactives pour aller au-devant des familles, pendant la période de confinement, mais aussi après ; le déconfinement pour certains professionnels, étant une période de recrudescence de l'anxiété des parents pour la sécurité de leurs enfants et leur retour à l'école ; cette démarche proactive permet aussi de repérer les enfants en décrochage scolaire.

Recommandation 19 : Maintenir les écoles ouvertes et au minimum des structures relais pour accueillir les enfants, par demi-journée par exemple, pour entretenir et développer l'activité physique des enfants, réduisant ainsi l'exposition aux écrans et les troubles du sommeil.

Recommandation 20: A l'issue du confinement, développer des activités périscolaires, de proximité, sûres et accessibles (moins de 10 mn de transport), pour renouer avec une activité physique satisfaisante.

Particulièrement pour la sédentarité et l'exposition aux écrans, plusieurs études montrent que les comportements tendent à perdurer à l'arrêt du confinement. Ces comportements sont liés et plus fréquemment observés dans les milieux défavorisés.

Recommandation 21 : Avant la crise sanitaire, promouvoir et renforcer la formation au dépistage des signes de maltraitance, comme à la prévention des accidents domestiques, dans les écoles et instituts formant aux métiers de puéricultrices, travailleurs sociaux, auprès des futurs médecins généralistes et pédiatres.

Recommandation 22: En début de confinement, rappeler dans les médias les règles de prévention habituelles des accidents domestiques, ainsi qu'auprès des professionnels médicaux et de la petite enfance. Rappeler que certaines recommandations légitimes (ouvrir pour aérer les habitats en contexte épidémique) peuvent s'accompagner d'effets collatéraux graves chez de jeunes enfants.

Recommandation 23 : Maintenir des structures d'accueil d'enfants (à l'image de ce qui a été mis en place pour les enfants du personnel soignant) pour les parents ne pouvant pas s'arrêter de travailler pour diverses raisons; organiser un retour plus précoce possible dans les crèches et l'ouverture des écoles.

Recommandation 24 : Maintenir une permanence de l'accès aux services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour les missions d'accueil des familles, d'écoute, de soins de prévention et de conseils, notamment par la présence de professionnels formés à la prévention des accidents domestiques et à la détection des signes de maltraitance.

Recommandation 25 : Renforcer la mobilisation les services de santé scolaire (médecins, infirmières) en période de crise sur l'accompagnement des enfants et le repérage des situations de dégradation de l'état de santé physique ou mentale des enfants ou les situations de maltraitance (mise en place de numéro vert pour les élèves, contacts réguliers…).

3.5 Coordination des politiques

La crise de la Covid-19 a montré la difficulté de coordonner les initiatives en faveur des enfants, d'en prendre la mesure, de disposer des indicateurs statistiques nécessaires, de répondre à la difficulté des professionnels souhaitant des directives précises sur la mise en œuvre de la continuité des services, le nombre d'alertes et de recommandations les concernant.

Recommandation 26 : Le HCSP rappelle sa proposition, exprimée dans son rapport sur les politiques de suivi statistique et de recherche sur la santé de l'enfant, de créer une structure de coordination des politiques pour les enfants, chargée des connaissances de surveillance et de recherche, des politiques de soins et, enfin, avec un pilotage interministériel indispensable, dès lors que le logement, les *politiques* familiales ou le travail impactent tous à la fois la santé des enfants (Clarke, 2020). En l'absence d'une attention explicite, les enfants risqueraient de rester invisibles, là encore, dans un paysage de politiques publiques sur l'enfance très dispersé (HCSP, rapports de 2019 et 2020). Cet Institut de l'enfant permettrait concertation et meilleure efficacité des travaux et des avis autour de l'enfance : HCFEA, Défenseur des droits, HCSP. Il assurerait la visibilité d'une politique en faveur de l'enfance.

Recommandation 27 : Soutenir financièrement les associations de solidarité, de quartier, d'animation, de santé agissant pour la santé des enfants, leurs activités culturelles, sportives, ludiques, de soutien scolaire, parental, contribuant à soutenir les parents et contribuer au développement des enfants. S'assurer que ce soutien, essentiel en dehors d'une crise sanitaire, puisse se maintenir en temps de crise sanitaire.

De nombreuses initiatives d'accompagnement et de soutien des groupes de population fragiles face au COVID-19 ont ainsi été prises, au plus près des enfants, populations et parents concernés (SFSP, 2020).

Recommandation 28 : Mettre en place une démarche d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé afin d'examiner les conséquences de toute mesure, circulaire, décret, loi, règlement concernant les enfants dans le contexte d'une crise sanitaire, y compris les mesures préconisées dans le présent avis.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique, validé par le bureau du Collège du HCSP du 18 juin 2020 : 7 participants présents sur les 9 membres, 0 conflit d'intérêt, vote pour : 7 , abstention : 0, contre : 0, avis adopté à l'unanimité des présents.

Références

Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire, Fiche technique: Protection des enfants lors de la pandémie de coronavirus, version1, mars 2019 - https://www.unicef.org/media/66271/file/FRENCH_Technical%20Note:%20Protection%20of%20Children%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf

Amdaoud M, Levratto N. (2020). Covid-19 : analyse spatiale de l'influence des facteurs socio-économiques sur la prévalence et les conséquences de l'épidémie dans les départements français. Paris CNRS. https://economix.fr/uploads/source/media/MA_GA_NL-Covid19_2020-04-18.pdf

Anses (2020). Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'évaluation des risques liés à la réduction du niveau d'activité physique. Maisons-Alfort. https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2020SA0048.pdf

ANSM COVID-19-point-de-situation-sur-les-deux-premieres-semaines-du-confinement-Point-d'Information) (https://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Usage-des-medicaments-en-ville-durant-l-epidemie-de-

Armitage. Considering inequalities in the school closure response to COVID-19 Lancet, 2020.

ArwidsonP. Recension des études et recherches Covid-19 dans le domaine des sciences humaines. Santé publique France. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1fqMzhY__JcsZKyHGGcxZE2PYiwN6aN12VyfuPHpu-aU/edit#gid=0.

Berlioux. Mission orientation et égalité des chances dans la France des zones rurales et des petites villes : "restaurer la promesse républicaine". 2020. https://www.education.gouv.fr/mission-orientation-et-egalite-des-chances-dans-la-france-des-zones-rurales-et-des-petites-villes-289463

Bernard V., Galli, G., Leon O., et al. Logements suroccupés, personnes âgées isolées… : des conditions de confinement diverses selon les territoires. Insee Focus, avril 2020, n°189 https://www.insee.fr/fr/statistiques/4478728

Bourdeau-Lepage L. https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/lyon/confinement-bien-etre-lien-social-vision-du-futur-ce-que-revele-etude-chercheuse-lyon-1821528.html

Brooks SK, Webster RK, Smith LE. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020 doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8. published online Feb 19.

Brun S, Simon P, « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », *De facto* [En ligne], 19 | Mai 2020, mis en ligne le 15 mai 2020. URL : http://icmigrations.fr/2020/05/15/defacto-019-05/

Burgess S, Sievertsen HH. Schools, skills, and learning: The impact of COVID-19 on education https://voxeu.org/article/impact-covid-19-education. 2020.

Calvo, M., Hananel, J., Loubet, A. et Richet-Mastain, L. 2019. « Conditions et dépenses de logement selon le niveau de vie des ménages », Les Dossiers de la Drees, n° 32. Disponible à l'URL suivant : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd32.pdf.

CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020..

Cerna-Turoff I, Fischer H-T, Mayhew S, et al. Violence against children and natural disasters: a systematic review and meta-analysis of quantitative evidence. PloS One 2019;14(5):e0217719.

CES (2020). Note du Collège des économistes de la santé sur les stratégies de déconfinement, Paris : CES Collège des économistes de la santé https://www.ces-asso.org/dossier-covid-19-confinement-et-strategies-de-sortie-de-confinement

Chan JFW et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet 2020; 395: 514-23.

Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet 2020; 395:809–15.

Claudet I, Marchand-Tonel C, Ricco L, Houzé-Cerfon CH, Lang T, Bréhin C. During the Covid-19 quarantine, home has been more harmful than the virus for children. Ped Emerg Care. 2020 (sous presse).

CNOCD. Recommandations d'experts pour la prise en charge des patients nécessitant des soins bucco-dentaires en période de déconfinement dans le cadre de l'épidémie de COVID-19. Guide soignant. Version 1 du 5 mai 2020.

Cohen R, Jung C, Ouldali N, et al. Assessment of spread of SARS-CoV-2 by RT-PCR and concomitant serology in children in a region heavily affected by COVID-19 pandemic. Manuscript, communication personnelle.

Conti G. Supporting parents and children in the early years during (and after) the COVID-19 crisis.2020. https://voxeu.org/article/supporting-parents-and-children-early-years-during-and-after-covid-19-crisis

Coronavirus: American children are dying because of quarantine, doctors warn - https://www.independent.co.uk/news/world/americas/coronavirus-guns-child-safety-emergency-room-child-abuse-a9422561.html

Counil E, Khlat M. Covid-19: is there a disproportionate burden on working classes in France? https://theconversation.com/covid-19-is-there-a-disproportionate-burden-on-working-classes-in-france-137533).

Curtis T, Miller BC, Berry EH. Changes in reports and incidence of child abuse following natural disasters. Child Abuse Neglect 2000;24(9):1151–62.

Danis K, Epaulard O, Bénet T, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. Clin Infect Dis 2020..

Doctors Expect a 'Huge Spike' in Pediatric Injuries at Home. https://www.nytimes.com/2020/03/26/parenting/kids-injuries-coronavirus.html

Dong Y, Mo X, Hu Y et al. Epidemiology of COVID-19 among Children in China. Pediatrics 2020; 145: e20200702.

https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2020/03/16/peds.2020-0702.1.full.pdf

Dunton G, Do B, Wang S. Early Effects of the COVID-19 Pandemic on Physical Activity and Sedentary Behavior in U.S. Children. Medicine (excluding clinical) 2020. doi:10.33774/coe-2020-q6pz0

Duché P. Audition du 8 juin 2020.

Emergency room doctors seeing increase of children falling out of windows since quarantine. https://wjla.com/news/health/emergency-room-doctors-increase-children-falling-out-windows-quarantine

Enfance & Covid propose une plateforme de ressources utiles et validées, ainsi qu'une ligne d'écoute pour les parents, les futurs parents et les professionnels de l'enfance. http://www.enfance-et-covid.org/

EHESS. Perspectives sur le coronavirus. Articles de chercheurs en sciences sociales sur la thématique du coronavirus. https://www.ehess.fr/fr/carnet

Ferrazzi E, Frigerio L, V Savasi et al. Vaginal delivery in SARS-CoV-2-infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis. BJOG 2020; https://doi.org/10.1111/1471-0528.16278.

Fondation Abbé Pierre. 2020. L'État du mal-logement en France. 25e rapport annuel. Disponible en ligne à l'URL suivant https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/reml2020_dosssier_de_synthese_web.pdf.

France Inter. https://www.franceinter.fr/societe/covid-19-enquete-sur-la-realite-du-travail-dans-le-btp-et-les-controles-a-l-arret-des-inspecteurs-du-travail

France Stratégie. Quel modèle social pour « faire avec » nos vulnérabilités ? 2020. www.strategie.

Geoffroy PA, Bénard V, Amad A, et al. Conseils d'experts du sommeil pour bien dormir et garder le rythme chez les adultes et les enfants en cette période de confinement liée au COVID-19. Médecine du Sommeil (2020) https://doi:10.1016/j.msom.2020.04.002

Gilbert P. Le covid-19, la guerre et les quartiers populaires. Métropolitiques, 15 avril 2020. URL : https://www.metropolitiques.eu/Le-covid-19-la-guerre-et-les-quartiers-populaires.html.

Global Drug Survey - COVID-19 Special Edition, 2020. https://www.globaldrugsurvey.world/s3/386022a63cee

Golberstein, E., Wen, H. et Miller, B. F. "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents." JAMA Pediatric 2020 doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1456

Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, et al. Spread of SARS-CoV- 2 in the Icelandic population. N Engl J Med 2020:NEJMoa2006100.

HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles lors des soins bucco-dentaires après le déconfinement • mai 2020

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA). L'accueil des enfants de moins de trois ans. Synthèse du rapport adopté par consensus le 10 avril 2018. Paris.

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA). Premier état des lieux sur l'accueil des jeunes enfants. Séance du 6 octobre 2017 du Conseil de l'enfance et l'adolescence et du Conseil de la famille.

HCSP, GT enfants, Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant, 2019. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744

HCSP. La santé des enfants, l'épidémie de Covid-19 et ses suites. 17 avril 2020. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=860

HCSP. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. 2019. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759).

INED - Groupe de recherche sur la Mortalité par COVID19. La contribution de la démographie à la pandémie COVID-19, 27 mars 2020 (https://dc-covid.site.ined.fr/fr/)

INSERM.2020. Une grande enquête nationale pour étudier la santé et les enjeux sociaux de la pandémie de COVID-19 et du confinement (https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2020/04/20200409-CP-Sapris.pdf)

Kluge, H. H. P., Jakab, Z., Bartovic, J., et al. (2020). "Refugee and migrant health in the COVID-19 response." Lancet.

La dépêche. Tous les centres des Restos du cœur fermés en Haute-Garonne après 3 cas de Covid-19. https://www.ladepeche.fr/2020/03/26/tous-les-centres-des-restos-du-coeur-fermes-en-haute-garonne-apres-3-cas-de-covid-19,8820369.php

Lewis KM, Ruiz M, Goldblatt P et al. Mother's education and offspring asthma risk in 10 European cohort studies**.** Eur J Epidemiol 2017; 32(9):797-805.

Liu W, Zang Q, Chen J et al. Detection of Covid-19 in Children in Early January 2020 in Wuhan, China. N Engl J Med 2020; 382(14):1370-1371. doi: 10.1056/NEJMc2003717

Lu X et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. N Engl J Med 382;17 (letter).

Ludvigsson, J. F. (2020). "Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults." Acta Paediatr 2020 Jun;109(6):1088-1095

Mangeney C, Bouscaren N, Telle-Lamberton M, Saunal A, Féron V. La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens – premiers éléments d'analyse. ORS Ile-de-France, ORS - FOCUS SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE – Avril 2020

Margaritis I, Houdart S, El Ouadrhiri Y, et al. How to deal with COVID-19 epidemic-related lockdown physical inactivity and sedentary increase in youth? Adaptation of Anses' benchmarks. Arch Public Health 2020;78(1):52. doi:10.1186/s13690-020-00432-

Mouillard S. Le confinement a poussé les Français à consommer plus d'alcool et de psychotropes. https://www.liberation.fr/france/2020/06/03/le-confinement-a-pousse-les-francais-a-consommer-plus-d-alcool-et-de-psychotropes_1790097

Moyer M. Emergency room doctors seeing increase of children falling out of windows since quarantine. https://wjla.com/news/health/emergency-room-doctors-increase-children-falling-out-windows-quarantineThe New York Time on April, 18 2020

Munro A, Faust S. Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school. Arch Dis Child. 2020 May 5: archdischild -2020-319474. doi: 10.1136/archdischild-2020-319474..

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., et al. The Socio-Economic Implications of the Coronavirus and COVID-19 Pandemic: A Review. Int J Surg. 2020 Apr 17;78:185-193. doi: 10.1016/j.ijsu.2020.04.018

Observatoire des inégalités, 2020. (https://www.inegalites.fr/Revenus-qui-est-touche-par-le-Covid-19)

OECD. Combatting Covid-19's effect on children. 2020.

OFCE, 2020. https://www.inegalites.fr/Revenus-qui-est-touche-par-le-Covid-19)

OSHA, Office of Safety and Health Administration. US Worker Exposure Risk to COVID-19. 2020. https://www.osha.gov/Publications/OSHA3993.pdf

Rajan D, Koch K, Rohrer K, et al. Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision- making. BMJ Global Health 2020;5:e002655. doi:10.1136/bmjgh-2020-002655

Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. Lancet 2020 May 7. https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)31094-1

Robin-Champigneul F. COVID-19 : comparaison du développement de l'épidémie et des mesures prises, entre 6 pays : France, Italie, Espagne, Allemagne, Chine et Corée du Sud. données du 24 mars 2020 (version 2.12).

Rosenthal DM, Marcella Ucci, Michelle Heys, Andrew Hayward, Monica Lakhanpau. Impacts of COVID-19 on vulnerable children in temporary accommodation in the UK. Lancet Public Health, 2020.

Roussel A, M.Michel, A.Lefevre-Utile, L.De Pontuale, A.Faye, K.Chevreul. Impact of social deprivation on length of stay for common infectious diseases in two French university-affiliated general pediatric departments. Arch Ped 2018 ;25 :359-364

Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Impact of Low Maternal Education on Early Childhood Overweight and Obesity in Europe. Paediatr Perinat Epidemiol 2016; 30:274-84.
Santé Publique France. État des lieux de la littérature en amont de la réouverture annoncée des crèches et des écoles. 4 mai 2020.

Sauvegrain P, Carayol M, Piedvache A, et al. Understanding high rates of stillbirth and neonatal death in a disadvantaged, high-migrant district in France: A perinatal audit. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2020, mars. doi:10.1111/aogs.13838 [

Schmitt-Grohe S, Teoh, K. Uribe, M. Covid-19: Testing Inequality in New York City. NBER. 2020, Working Paper Series ; 27019. Cambridge NBER https://www.nber.org/papers/w27019

Sdona E, Briana D, Malamitsi-Puchner A – Impact of economic crises on offspring health and the developmental origins of health and disease concept. Acta Paediatrica, 2019

Sender E. Confinement : l'isolement a été une rude épreuve pour le cerveau. ://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/confinement-le-cerveau-soumis-a-rude-epreuve_144701

Snajder M, Chevallier B. Accidents d'enfants et déterminants sociaux. MT Pédiatrie, 2009 ; 12(4) : 213-222.

SFSP. Démarches, guides et outils développés par les actrices et acteurs qui œuvrent au quotidien, depuis le début de l'épidémie, dans l'accompagnement et le soutien des populations. https://www.sfsp.fr/covid/

Stefanou A. L'éducation prioritaire. État des lieux MEN-DEPP. Note d'information, 2018, n°2.

Toubiana J, Poirault C, Corsia A, Bajolle F, Fourgeaud J, Angoulvant F, Debray A, Basmaci R, Salvador E, Biscardi S, Frange P, Chalumeau M, Casanova JL, Cohen J, Allali S. Outbreak of Kawasaki disease in children during COVID-19 pandemic: a prospective observational study in Paris, France. BMJ, 2020, in press.

UNESCO. COVID-19, fermetures d'écoles et pauvreté des enfants : une crise sociale en cours. Lancet public health Vol 5 mai 2020. Publié en ligne le 7 avril 2020. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30084-0

UNICEF,2020.https://www.unicef.org/media/66271/file/FRENCH_Technical%20Note:%20Protection%20of%20Children%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf

Van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. The Lancet Public Health. 2020;5(5):e243-e244. doi:10.1016/S2468-2667(20)30084-0

Verdoni L, Mazza A , Gervasoni A et al. An Outbreak of Severe Kawasaki-like Disease at the Italian Epicentre of the SARS-CoV-2 Epidemic: An Observational Cohort Study. Lancet 2020; May 13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31103-X.

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., et al. (2020). "Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak." Lancet 395(10228): 945-947.

Wu Z. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA on line 24 Feb 2020

Zhu Y, Bloxham CJ, Hulme KD, et al. Children are unlikely to have been the primary source of household SARS-CoV-2 infections. SSRN Journal 2020.

Annexe 1 : saisine

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
SECRÉTARIAT D'ETAT AUPRÈS DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Secrétaire d'Etat

Paris, le 14 avril 2020

Le Secrétaire d'Etat

A

Pr Franck Chauvin
Président du
Haut Conseil de la Santé Publique
18 Place des 5 Martyrs du lycée Buffon
75014 Paris

OBJET : Continuité des soins hors COVID et impact du confinement sur la santé des enfants

Professeur Chauvin,

La prolongation du confinement, mis en place le mardi 17 mars 2020 dans le contexte de l'épidémie de COVID 19, conduit à s'interroger sur son impact sur la santé des enfants au regard de deux préoccupations : d'une part, l'importance de maintenir le suivi préventif notamment pour les plus jeunes ainsi que la prise en charge des soins hors COVID et, d'autre part, le souci de limiter l'impact du confinement sur la santé des enfants et l'aggravation des inégalités sociales de santé. Il conviendra ainsi de prendre en compte les vulnérabilités spécifiques pour certains enfants, notamment ceux qui sont en institution pour cause de handicap ou en foyers de l'enfance, mais aussi les mineurs non accompagnés.

Aussi je souhaite disposer de recommandations du Haut Conseil de la santé publique sur les 3 temps suivants.

1) Pendant le confinement :

- pour les professionnels de santé : des recommandations sur le maintien de la continuité des soins hors Covid pour les enfants.

- pour les personnes en contact avec les enfants (professionnels de santé mais aussi parents et tout adulte en contact) : des recommandations sur les mesures de prévention des risques liés au confinement, notamment les comportements défavorables à la santé – augmentation de la sédentarité, excès d'écrans, augmentation de l'apport alimentaire, tabagisme passif…, les impacts sur la santé psychique et les risques de maltraitance, les risques de retard dans l'accès aux soins, et de relâchement du suivi préventif.

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP 07
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

2) En sortie de confinement :

- des recommandations sur les impacts sur la santé des enfants auxquels il convient que les professionnels de santé portent une vigilance accrue lorsque les consultations en cabinet auront repris leur cours normal ;

- les points prioritaires à prendre en compte par les professionnels de santé lors des premières consultations, ce qui peut être mis en place pour rattraper, en fonction de l'âge de l'enfant, les consultations préventives ou soins qui auraient pris du retard.

3) Pour l'avenir en prévision d'une prochaine crise sanitaire :

- à partir du recensement des études et recherches déjà publiées ou à venir, formuler des préconisations en tenant compte notamment de l'accroissement des inégalités sociales de santé qui pourraient résulter de cette crise sanitaire qui emporte aussi des impacts économiques.

Les services de la DGS se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Au regard de l'urgence liée à l'épidémie de Covid19, je vous remercie de bien vouloir me communiquer vos recommandations au plus tard pour le 17 avril en ce qui concerne les deux premiers points et pour le 11 mai en ce qui concerne le troisième point.

Veuillez agréer, Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

Adrien TAQUET

Annexe 2 : membres du groupe de travail

Yannick Aujard, membre de la Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients, pédiatre, ancien chef de service de réanimation et pédiatrie néonatales (Hôpital Robert Debré, Paris) et professeur émérite à l'Université Paris 7 Denis Diderot.

Jean-Marc Brignon, Commission spécialisée risques liés à l'environnement

Isabelle Claudet, PU-PH, Chef de services des urgences pédiatriques, CHU Toulouse.

Laure Com-Ruelle, membre de la Commission spécialisée maladies chroniques, Médecin spécialiste en santé publique, directeur de recherche au GIP Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Pierre Czernichow, Commission spécialisée Système de santé Sécurité des Patients.

Alice Desbiolles, Institut du Cancer

Olivier Lacoste, Commission spécialisée Système de santé Sécurité des Patients

Thierry Lang, membre du collège du Haut Conseil de la santé publique, Président du Groupe de Travail Permanent « Pour une politique globale et concertée de l'enfant », pilote du groupe de travail Inégalités sociales de santé

Elisabeth Monnet, membre du Collège du HCSP

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, membre de la Commission spécialisée risques liés à l'environnement, chercheur épidémiologiste à l'Inserm, au sein de l'équipe EPOPé de l'Unité 1153, pilote du groupe de travail

Anne Lise Tilly, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Hélène Van de Walle, Institut du Cancer

Denis Zmirou-Navier, président de la Commission spécialisée risques liés à l'environnement

Secrétariat général du HCSP :

Jean-Michel Azanowsky.

Camille Bruat

Annexe 3 : personnes auditionnées (spécifiquement pour cet avis complétant les auditions antérieures de la saisine)

Une enseignante spécialisée auprès d'enfants en situation de handicap dans une école ordinaire.

Un professeur de Sciences économiques et sociales en lycée

Martine Balençon, Pédiatre et médecin légiste, CHU de Rennes

Emmanuel Damville, Pédo-psychiatre, Chef de Service, CH de Toulon

Pascale Duché, Directrice du laboratoire Sciences de la vie et de la santé de l'enfant, université de Toulon

Pascal Geneau, CPE, Lycée d'Arsonval, Saint-Maur-des-Fossés, Val de Marne

Annexe 4 : Opinion divergente

Denis Zmirou-Navier fait part des éléments suivants :

« Bien qu'en phase avec l'essentiel du contenu du projet de rapport « *Gestion de l'épidémie Covid 19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur* », auquel j'ai contribué au sein du groupe de travail, j'exprime un désaccord sur un élément important des recommandations, qui concerne les conditions de mise en œuvre effective par l'Education nationale de l'obligation scolaire pour tous les enfants, et singulièrement pour ceux qui souffrent de difficultés scolaires, que ce soit pour des raisons de conditions sociales ou de handicaps, sujet premier de ce rapport.

Chacun a pu faire le constat que les mesures de confinement, avec la fermeture des établissements scolaires, a très inégalement affecté les familles et les élèves selon leur milieu social (avec ses dimensions culturelles et matérielles, dont les caractéristiques du logement et l'équipement numérique des foyers). Mais les conditions du déconfinement et de la réouverture progressive et différenciée des établissements n'ont pas permis à un très grand nombre de ces élèves de renouer avec les apprentissages scolaires et les bienfaits de la socialisation, aggravant les conséquences très discriminantes de la crise et de la manière dont elle a été gérée.

Pour cette raison, il est très important que l'Education nationale et l'ensemble de ses parties prenantes (corps enseignant, administration du ministère, mais aussi élus locaux, parents d'élèves et autres) se mettent en position d'anticiper ce qu'il faudrait faire si un nouvel épisode de l'épidémie devait se manifester, au plan national ou dans certaines académies, à court ou moyen termes, ou si une épidémie ayant une autre cause devait également conduire à l'adoption de mesures de distanciation qui ne permettraient pas, pendant quelques semaines ou mois, d'accueillir tous les élèves dans leur établissement. Un tel scénario n'est pas une hypothèse d'école.

Le rapport dit, très justement, dans sa recommandation 13, qu'il faut de manière prioritaire « assurer l'obligation scolaire et la continuité pédagogique sous forme d'un enseignement en présentiel dans le cadre des recommandations sanitaires pour les élèves en difficulté et à risque de décrochage ».

Mais cette pétition de principe ne suffit pas. Comment gérer réellement une telle situation où des choix seraient à opérer en raison de l'impossibilité physique d'accueillir tous les élèves, comme cela a été le cas depuis le 11 mai, parfois jusqu'à la caricature ? C'est pour inviter les acteurs de l'Education nationale à se poser concrètement cette question et à imaginer les meilleures solutions à mettre en œuvre dès maintenant, sans attendre une (éventuelle) nouvelle situation critique, que j'ai formulé un complément de préconisation à la recommandation 13. Il s'agit en pratique d'envisager des coopérations entre établissements proches pour, le temps de cet épisode, répartir sur le territoire les élèves dont l'enseignement serait assuré en présentiel et ceux dont la poursuite de l'enseignement se ferait à distance, depuis chez eux.

Pour la première forme d'enseignement (présentiel), l'expérience et les données scientifiques disponibles montrent que la priorité doit être donnée aux enfants scolarisés dans les zones REP (pas seulement REP+), dans les lycées professionnels, technologiques, et les classes d'apprentissage, car le lien direct avec les enseignants leur est plus nécessaire. Pour la seconde (enseignement à distance), la continuité pédagogique pourra être plus facilement assurée à la maison, dans ce contexte contraint par nécessité.

Ce souci de rendre explicite les termes de la réflexion à laquelle est invitée l'Education nationale et ses partenaires, et donc ce complément, n'a pas été retenu pour le motif « *qu'il n'est pas dans les missions du HCSP de détailler les méthodes à mettre en œuvre par l'Education nationale pour organiser l'enseignement et redéfinir une carte scolaire* ».

Je considère ce motif comme une échappatoire. Il revient au HCSP, instance d'expertise indépendante en matière de politiques publiques de santé, de formuler des préconisations claires, précises et aussi audacieuses qu'il lui paraît pertinent, charge à l'institution Education nationale d'assumer la responsabilité de les retenir, les modifier ou les rejeter, selon les termes des discussions qu'elle aura bien sûr à engager avec ses différentes parties prenantes. Préjuger des conclusions de ces négociations en s'interdisant de penser librement, sur la base des faits scientifiques et de l'analyse critique de l'expérience, et ne pas formuler pour cette raison les préconisations qui nous paraissent appropriées minerait l'indépendance et donc l'autorité du HCSP. Nos préconisations ne peuvent se limiter à la somme de ce que l'on juge acceptable par les destinataires de nos avis.

Et cela d'autant moins que l'expérience que nous venons de traverser (et qui peut réémerger sous de nouvelles formes demain … ou dans 4 ans), n'a pas montré que l'institution Education nationale et ses acteurs avaient pris la pleine mesure des transformations profondes qu'ils se doivent d'engager. La France, cancre de l'OCDE pour les discriminations sociales de la réussite scolaire, a beaucoup à faire pour sortir de ce piètre classement. Et les conséquences de santé publique de ces discriminations ont déjà donné lieu à des ouvrages capables de remplir une bibliothèque. »

Avis produit par le Haut Conseil de la santé publique

18 juin 2020

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification