Procès-verbal

Titre : Réunion du Conseil pour l'engagement des usagers (CEU)

Séance du : 16 avril 2020

Diffusion externe : Membres du Conseil pour l'engagement des usagers, publication Internet

Présents :

Membre du Collège, président du CEU

Christian Saout

Membres du CEU

Julia Boivin, Agnès Bourdon Busin, Nicolas Brun, Christophe Demonfaucon, Eve Gardien, Olivia Gross-Khalifa, Francine Laigle, Sylvie Le Moal, Cyril Martin, Etienne Minvielle, Fabienne Ragain-Gire, Claude Severac.

Membres de la HAS

Joëlle André-Vert, Alexandre Biosse-Duplan, Mathilde Bruneau, Marc Guerrier, Michèle Allard, membres de la Direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers (DCIEU)

Excusés :

Membres du CEU

François Blot, Véronique Cornu, Julie Haesebaert, Arnaud Lacquit, Thomas Sannié, Patrick Vuattoux.

Ordre du jour :

- Point 1 : Échanges préliminaires autour de la situation actuelle de confinement 2
- Point 2 : Quelle serait l'acceptabilité des conditions de sécurité qui pourraient être mises en œuvre dans le cadre de la fin du confinement (masques, tests, gestes barrières, géolocalisation, etc.) ? 3
- Point 3 : Quelles évolutions pourrait prendre l'information des populations au moment de la fin du confinement, alors que le virus est encore en circulation ? 5
- Point 4 : Quelle coordination des parcours de santé lors du déconfinement ? 6
- Point 5 : Quel recours au numérique et quelles fonctionnalités de dialogues pour faire vivre les principes de démocratie en santé pendant cette période épidémique ? 8
- Point 6 : Quels rituels sociaux mettre en œuvre pour vivre après, chacun et ensemble ? 8

Point 1 : Échanges préliminaires autour de la situation actuelle de confinement

Les membres présents font part d'un certain nombre de constats liés à leurs expériences professionnelles ou associatives en période de confinement, tant à domicile, en établissement social ou médico-social ou en établissements de santé.

Il est constaté un recul de la démocratie en santé dans de nombreux endroits et un isolement majeur, avec risque de repli sur soi des personnes en situation de handicap ou de précarité. La pair-aidance et l'autodétermination passent au second plan.

Les membres du Conseil font remonter que certaines règles de confinement pèsent et ne sont pas acceptées comme pertinentes par leurs concitoyens, même si la difficulté des choix à faire en situation d'incertitude majeure est bien perçue. Il semble important de ne pas chercher à critiquer ou attaquer, mais de poursuivre la collaboration pour avancer ensemble le mieux possible.

Enfin, la peur, qui est rarement explicitement évoquée, est toutefois perceptible dans de nombreuses situations : peur de contaminer ses proches, ses patients ; peur d'être contaminé par ses proches, ses aides à domicile, chez son médecin ou à l'hôpital, peur des patients qui appellent au SAMU ou professionnels qui ne viennent plus travailler.

À domicile

Les personnes en situation de handicap qui emploient directement leurs aides à domicile ne bénéficient pas d'une communication directe, ils sont pourtant dans une extrême difficulté. Ils ont besoin de leurs aides à domicile, qui toutefois sont peu formées au respect des mesures barrières et peuvent être porteuses du virus.

De grandes difficultés, sources d'angoisses, sont rencontrées pour les personnes confinées à domicile pour assurer la continuité de leurs soins. Certains membres du Conseil s'inquiètent de situations rencontrées où des personnes ayant des pathologies psychiatriques se retrouvent sans suivi ambulatoire du fait de locaux inadaptés pour recevoir les patients en respectant les mesures barrières et de l'absence de moyens de communication à distance pour assurer le suivi de ces personnes.

Il est constaté une difficulté à penser la pair-aidance dans ce contexte, du fait d'un repli sur soi des personnes les plus fragiles. Les aides de vie ne sont pas formées, et donc ne se rendent pas compte du risque qu'elles font courir aux personnes. Pair-aidance et autodétermination devront être réactivées en post-confinement.

Certains s'inquiètent sur les situations de violences renforcées par l'isolement au sein des foyers/familles.

Certaines règles ne sont pas comprises : pourquoi interdire de courir 3 kms au milieu des champs où il n'y a personne ?

Au sein des associations et des collectivités locales

Sont signalées de nombreuses initiatives sociales prises par les collectivités locales, les collectifs citoyens ou les associations permettant de renforcer des actions de solidarités et l'*empowerment* des patients, notamment en allant vers les personnes (par téléphone ou par mail) plutôt qu'en attendant leurs sollicitations.

Au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux

Les environnements social et médico-social n'ont pas été pris en compte dans la conception ou la mise en œuvre du confinement.

Les travailleurs sociaux des CHRS ont été oubliés, ainsi que les personnes qu'ils accompagnent. Cette perception d'avoir été oublié est également partagée dans le champ du handicap et du médico-social.

En établissements de santé

Il est noté dans de nombreux établissements un recul de la démocratie sanitaire. Les établissements se sont centrés sur la gestion de la crise et l'organisation visant à respecter les recommandations du ministère, en oubliant la concertation avec les représentants d'usagers (RU), ce qui est surprenant même quand les directions y sont personnellement attachées.

Toutefois, il est important de nuancer car des expériences diverses sont constatées. Ainsi, une des RU du Conseil a été intégrée dans le comité spécifique Covid dès la mise en place de celui-ci, sur initiative de la direction d'un groupement hospitalier et a pu informer tous les représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux de ce groupement. Dans le même temps, deux autres établissements ne l'ont pas sollicitée. Dans l'un, les membres de la commission des usagers se sont concertés pour solliciter une réunion qui va pouvoir se tenir en visioconférence ; dans l'autre, elle a reçu une fin de non-recevoir lorsqu'elle a sollicité l'établissement.

Les associations ont été très peu associées pour les déprogrammations de soins. Si les associations n'ont pas été sollicitées au début de la crise, elles pourraient l'être maintenant pour intervenir en deuxième ou troisième ligne et travailler avec les équipes qui ne sont pas au lit du malade pour limiter ou éviter les dysfonctionnements pour la reprogrammation des soins.

Au sein de la recherche

Dans le champ de la recherche médicale, les représentants des usagers sont bien sollicités dans les comités de protection des personnes (CPP), du fait d'une obligation légale. Faut-il généraliser cette approche aux établissements pour permettre un exercice des droits ?

Point 2 : Quelle serait l'acceptabilité des conditions de sécurité qui pourraient être mises en œuvre dans le cadre de la fin du confinement (masques, tests, gestes barrières, géolocalisation, etc.) ?

Les membres du conseil s'interrogent et s'inquiètent du caractère potentiellement liberticide et discriminatoire de certaines mesures qui pourraient être proposées. Si la réalité et la gravité de l'épidémie ainsi que ses conséquences ne sont absolument pas remises en cause, justifient-elles la restriction de ces libertés, notamment pour certains groupes plus que d'autres ?

Ils suggèrent, du fait du contexte de grande incertitude, que le choix des mesures qui seront prises soient fondées selon une méthode qui croise regards éthiques, de la société civile, des professionnels et des experts. C'est le croisement des avis qui rendra plus légitimes les décisions qui seront prises.

Plusieurs considèrent que les mesures en vue de la levée du confinement devront être abordées sous forme de droits.

Les citoyens auront besoin, pour prendre leurs propres décisions d'être particulièrement éclairés sur les décisions prises.

Risques de discrimination identifiés :

L'utilisation de tests biologiques ou du traçage numérique des déplacements en vue de la levée du confinement pose des questions éthiques et évoque une ère de la surveillance qui n'est pas loin ; on risque d'aller vers des catégories de personnes qui seront « déconfinées » et d'autres non, avec des risques de discriminations.

Quels vont être les critères sur lesquels se fonderait la privation de libertés pour certains groupes : régions, secteurs économiques, éducation, facteurs médicaux : présence d'anticorps ou non, facteurs de risques ?

A partir de quand va-t-on être considérés fragiles ? Faut-il parler d'âge ou plutôt de score de fragilité ?

Ces mesures font craindre un risque de discrimination :

- sociale et au travail (selon le poids, l'âge, ou d'autres critères), comme cela a pu se voir dans les années 1980-90 lors de l'épidémie au VIH ;
- à l'accès aux soins : faudra-t-il avoir un test pour accéder à la reprise d'activités dans le sanitaire lors du déconfinement, les patients seront-ils soumis au test ? quel regard éthique ? quel risque pour les professionnels ?

Des mesures qui nécessitent d'être justifiées

Ainsi, si certaines de ces mesures sont proposées tel le traçage des déplacements ou le retour à l'école, leur objectif devrait être clairement identifié et elles devraient être proposées comme une possibilité : par exemple, droit de mettre son enfant à l'école plus qu'obligation de le faire retourner à l'école. Elles devraient également être cohérentes entre elles pour faire sens pour les individus : par exemple, droit pour un malade chronique de reprendre son activité professionnelle présentielle si ses proches sont déconfinés (conjoint au travail, enfant rescolarisé...).

Risque individuel versus risque collectif : nécessité d'une information éclairée et adaptée aux plus vulnérables

Il ne faut pas protéger les personnes fragiles contre le gré. Les gens n'ont pas le droit de faire prendre des risques aux autres, mais devraient pouvoir prendre les risques pour eux.

Toute personne qui souhaite se protéger doit pouvoir le faire, mais doit pouvoir assumer les risques qui la concerne, sans en faire prendre aux autres.

Concilier responsabilité et liberté de choix, notamment de sortir de chez soi, d'aller et venir, va entraîner au sein des familles des dilemmes éthiques, des prises de décisions complexes, liées à des points de vue divergents entre la personne en situation de handicap ou maladies chroniques, sa famille et les professionnels de l'accompagnement. Ces prises de décisions seront d'autant plus difficiles s'il existe de forts enjeux de loyauté, des situations de conflits antérieurs ou si le foyer n'est pas soumis aux mêmes règles lors du déconfinement. Sans oublier les personnes ne pouvant s'exprimer.

Vie sociale, mesures de distanciation sociale et port du masque pour tous

Il semble important de prendre en considération le vivre ensemble, et les conditions de socialisation si les mesures de distanciation sociale et le port du masque pour tous sont exigées.

Il est rappelé que le port du masque n'est pas applicable pour certaines populations comme les enfants, certaines personnes atteintes de troubles psychiques, les personnes polyhandicapées. Quel rapport à l'autre avec le masque : quelle stratégie pour que le port du masque soit acceptable par tous ? et puis quel masque ?

Quelle vie collective à 1,5 mètres de distanciation sociale ? De l'expérience remontée par les membres du CEU, les résidents en structure se sont bien adaptés à respecter les gestes barrières. De leur côté, les familles qui ne peuvent plus rendre visite à leurs parents vivent cette situation avec difficulté.

Ces mesures ne seront acceptables que si l'action publique met en cohérence les mesures qu'elle impose et les moyens mis en regard : actuellement, il n'est pas acceptable que la diminution de l'offre de transports ne permette pas aux travailleurs de 1^{ère} ligne d'appliquer les règles de distanciation sociale qui leur sont par ailleurs imposées.

Point 3 : Quelles évolutions pourrait prendre l'information des populations au moment de la fin du confinement, alors que le virus est encore en circulation ?

Pour prendre une décision éclairée, encore faut-il être informé. Faut-il proposer une adaptation de la communication publique vers les populations les plus vulnérables ? Une explicitation des règles d'hygiène individuelle et collective ? La mise en place d'un numéro vert pour les personnes les plus fragiles dans une visée d'information mais aussi de soutien pour elles-mêmes ou leurs entourages ?

Proposer une information fréquente, assumant le contexte d'incertitude, pédagogique et accompagnée sur le terrain, moins anxiogène semble essentiel.

Il ne sert à rien d'être injonctif notamment lorsque les personnes vont mal, mais il est important de développer « l'aller vers ».

Enfin, les actions éducatives visant à développer l'esprit critique et repérer les fausses nouvelles nécessitent d'être développées.

Une information fréquente qui assume le contexte d'incertitude

L'une des difficultés de l'information autour de cette épidémie est la situation d'incertitude forte et durable rencontrée. Il est donc important d'accepter cette incertitude et de l'expliquer. Ceci a aussi pour conséquence de communiquer souvent car l'information évolue au jour le jour.

Multiplier les canaux de diffusion, être pédagogique et moins angoissant

Diversifier les modalités de communication (supports, méthodes et canaux) semble important.

L'information actuellement délivrée, notamment par vidéo est très anxiogène (notamment le principe d'immunité collective) et donc sujette à ne plus être entendue par certains. L'information injonctive qui demande aux patients de se comporter de telle ou telle manière n'est pas utile pour les personnes qui ne vont pas bien. Cela nécessite que les médias repensent leurs modalités de communication en cas de crises, afin de ne pas renforcer l'anxiété.

Un équilibre entre l'information concernant les mesures pour tous et les mesures au cas par cas devrait être réfléchi.

Les établissements de santé ont mis en place des circuits séparés pour l'activité « ordinaire » et l'activité pour les personnes ayant un possible Covid-19. Toutefois la crainte perdue de venir à l'hôpital. Probablement que la communication sur ce point n'est pas optimale.

Un besoin d'information pédagogique permettant de comprendre les gestes barrières (vidéo sur lavage des mains, etc.) est ressenti, tant pour les citoyens que pour les professionnels de certains secteurs d'activité.

Aller vers les personnes et les accompagner pour diffuser l'information plutôt que d'être injonctif

De nombreux numéros verts existent (nationaux ou associatifs), mais quand les gens ne vont pas bien, « ils ne vont pas vers » et n'utilisent pas ces lignes. Être injonctif et dire appelez votre médecin, appelez tel numéro, faites ceci ou cela ne fonctionne pas quand les personnes vont mal. Il est nécessaire d'avoir des stratégies pour « aller vers » ceux qui vont mal ou sont les plus vulnérables.

La communication nécessite d'être accompagnée en proximité avec pédagogie et soutien personnel par les proches et les acteurs de terrain qui font le lien avec les plus vulnérables. D'où l'importance de la formation des professionnels du secteur social. Il faut penser la communication avec plus d'« aller vers », notamment pour les gens à la rue ou les personnes isolées ou en situation de handicap.

Poursuivre l'éducation à l'esprit critique : repérer les fake news

Il est nécessaire de poursuivre l'éducation à l'esprit critique : apprendre à mieux appréhender et à critiquer positivement l'information, en croisant plusieurs sources, même si l'information doit être actualisée très régulièrement.

Point 4 : Quelle coordination des parcours de santé lors du déconfinement ?

Si la mise en confinement a profondément impacté les parcours de soins, le déconfinement va entraîner lui aussi des difficultés sur les parcours. Comment revenir à des parcours de santé coordonnés ? Comment assurer les droits fondamentaux des personnes ?

Afin que la « vie avec le virus en circulation » s'organise le mieux possible, les membres du conseil pour l'engagement des usagers souhaitent que soient reconnus les conséquences du confinement, notamment sur les personnes susceptibles d'avoir plus de difficultés à surmonter le déconditionnement à l'effort physique ou les conséquences psychiques du confinement.

L'organisation de la continuité des aides sociales et des soins à domicile sont indispensables. Les solidarités sont à mettre en lumière.

Les priorités pour la reprogrammation des soins nécessitent une réflexion en collaboration avec les associations d'usagers.

Enfin, plusieurs membres alertent sur le fait que le confinement dans les modalités actuelles ne sera pas tenable plus de deux mois pour de nombreuses personnes. Une réflexion doit être menée pour prendre en compte le souhait de chacun d'être en mesure de sortir à nouveau et celui de ceux qui ont peur de contaminer les personnes fragiles avec qui ils vivent.

Prendre en compte les conséquences du confinement : déconditionnement à l'effort physique, troubles psychiques, perte de chances

Les 2 mois de confinement vont avoir des conséquences durables :

- la rupture du rythme quotidien a entraîné un épuisement physique ou mental chez certaines personnes. Une décompensation à l'effort est observée, notamment pour les personnes ayant des troubles neuromoteurs ;
- impact sur la qualité de vie (santé ou perte de chances) des personnes qui sont restées seules à domicile ou sont sorties précipitamment de l'hôpital sans aide ou rééducation possibles à domicile, notamment pour ouvrir des lits réservés au COVID ? (ex : soins de suite réadaptation SSR) ; la création de SSR COVID a vidé les SSR des patients qui y étaient hospitalisés : cela signifie-t-il qu'il y avait des hospitalisations abusives avant (dans ce cas il faut s'interroger sur la pertinence des hospitalisations) ou qu'elles étaient nécessaires du fait de l'absence d'organisation pour une continuité des soins au domicile? Dans ce cas, avoir renvoyé les personnes nécessitant des soins sans organisation de leur continuité à domicile est grave ;
- conséquences psychiques du confinement et de l'annonce de la fin du confinement qui engendre une réaction de crainte, de peur ; crainte d'une vague de suicides.

Il est donc important de réfléchir à l'organisation à mettre en place pour permettre une reprise de l'activité éventuellement avec l'adaptation de rythme spécifique ou un réentraînement à l'effort pour certains et prendre en compte les conséquences psychologiques sur les personnes et leurs proches.

Organiser les soins et les aides à domicile au-delà de la téléconsultation

Le domicile est l'angle mort de cette épidémie. S'il faut reconnaître les situations gérées admirablement par les soignants, l'exclusion de la médecine de ville au stade 1 et 2 n'a probablement pas facilité la continuité des soins. Et même si la téléconsultation mise en place a permis de maintenir un lien avec des patients connus, elle n'est pas accessible à tous (zone blanche, difficulté d'utilisation d'outils numériques).

Pouvoir prendre en compte des conditions de vie au domicile paraît important, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile. L'établissement ou la famille n'ont pas toujours la possibilité de confiner la personne conformément aux recommandations sanitaires. Certaines sorties paraissent trop précoces.

Ceci interroge la construction des solidarités dans les sociétés.

Afin d'éviter les ruptures de soins pendant le confinement, mais aussi après, il est essentiel que les professionnels de santé aillent vers ceux de leurs patients qui ont des pathologies lourdes ; les professionnels ne doivent pas attendre que les patients les plus fragiles les contactent, sinon il y a rupture de soins (kinésithérapie et orthophonie notamment). Les patients qui vont mal ne peuvent pas aller vers les professionnels.

Reprogrammer les soins : quelles priorités ?

Comment vont être reprogrammées les consultations déprogrammées, alors que les rendez-vous étaient déjà planifiés à 6 mois ou un an ? Quelles vont être les priorités : les patients en ALD ? Certains membres du conseil expriment leur crainte que les patients qui en ont le plus besoin, mais vont rester isolés car devant rester confinés, aient moins accès aux soins que ceux qui retrouveront leur liberté de déplacement.

Sur ces questions, les associations pourraient être sollicitées pour réfléchir aux solutions de reprogrammation des soins.

Comment assurer la protection des plus vulnérables sans imposer le confinement dans ses modalités actuelles

Le confinement dans ses modalités actuelles n'est pas tenable sur la durée (risque psychique, risque de suicide, risque de complications médicales, absence d'aide possible par les pairs, etc.).

Si le déconfinement sélectif, c'est-à-dire le maintien du confinement actuel pour certaines populations n'est pas acceptable pour certains, des nuances doivent être apportées afin de prendre en compte le souhait de chacun d'être en mesure de sortir à nouveau et celui de ceux qui ont très peur de contaminer les personnes fragiles avec qui ils vivent.

Il semble indispensable de faire entendre les différentes perspectives, car les situations personnelles sont toutes différentes, et d'apporter de la souplesse, de prévoir des aménagements possibles (horaires possibles de sortie ? alternance selon les jours ?).

Cette période intermédiaire entre confinement et retour à la vie antérieure pourrait être appelée « vie avec le virus en circulation » plutôt que « déconfinement » ou « fin du confinement ».

Points complémentaires recueillis lors de la validation du compte-rendu le 29 avril 2020

- Maintenir des prestations de situations « vitales » : le ménage, préparation des repas qui ne sont pas considérés comme prioritaires et prévoir la fourniture suffisante de matériels de protection aux professionnels intervenant à domicile ;
- Assouplir les conditions de prise en charge des transports sanitaires pendant cette période afin de permettre à des personnes en situation de fragilité de pouvoir se rendre à des consultations médicales urgentes et ainsi éviter les transports publics.

- Mettre en place des services de livraison de repas et de médicaments, il faut donc que la grande distribution joue son rôle auprès des personnes fragiles (actuellement la livraison est réservée aux professionnels de santé) ;
- Prévoir des dispositions dérogatoires d'arrêt de travail pour les proches aidants qui ne sont pas les parents (frères, sœurs, conjoints, etc.) pour permettre d'accompagner les personnes vers un déconfinement en toute sécurité vers les autres.

Point 5 : Quel recours au numérique et quelles fonctionnalités de dialogues pour faire vivre les principes de démocratie en santé pendant cette période épidémique ?

L'attention du Conseil pour l'engagement des usagers est attirée sur l'avis de la conférence nationale de santé relatif à la [démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du Covid-19](#) et sur la création d'un comité citoyen en lien avec le Conseil scientifique qui conseille le Gouvernement.

Doit-on plaider pour l'utilisation du numérique pour augmenter la démocratie en santé en cette période épidémique ?

Un des messages du Conseil pour l'engagement des usagers est de rappeler que la démocratie en santé est à prendre en considération. L'ensemble des points de vue doivent être entendus et pris en considération, dans une tentative d'articulation les uns avec les autres. Il est important que le point de vue médical/scientifique ne prévale pas seul.

Les membres du conseil confirment qu'un forum aurait son intérêt, s'il est bien modéré (ce qui nécessite des ressources particulières), mais ce qui semble surtout important c'est de savoir si l'avis du comité citoyen sera pris en considération de la même manière, avec le même poids que celui des autres comités (Conseil scientifique, CARE).

Aujourd'hui, la seule parole qui semble écoutée est celle des experts du monde sanitaire, les associations, les corps intermédiaires et les bénévoles qui œuvrent beaucoup sont encore bien souvent oubliés. Pourtant, dans la démarche scientifique, le débat contradictoire permet d'avancer.

Point 6 : Quels rituels sociaux mettre en œuvre pour vivre après, chacun et ensemble ?

Il est rappelé l'expérience de la prise en compte des deuils au travers de rituels instaurés collectivement par des associations lors de l'épidémie du VIH. Que peut-on mettre en œuvre pour traverser l'épreuve ? Au titre de la résilience de la société, le CEU souhaite-t-il s'exprimer, formuler un avis pour les lieux de vie, des manifestations publiques locales, des rituels de mémoire ? Au-delà du deuil individuel, se pose la question du partage d'expérience collective.

Les membres du conseil formulent plusieurs pistes de réflexion :

- soutenir et encourager la pair-aidance ;
- permettre une rencontre *a posteriori* entre les proches des personnes soignées et les équipes professionnelles quand cela n'a pas été possible du fait de l'épidémie ;
- anticiper la déstabilisation que pourront provoquer les réclamations ou poursuites judiciaires après avoir héroïsé les professionnels de santé ;
- intégrer les associations d'usagers dans l'analyse des retours d'expérience.

La pair-aidance, à condition qu'elle soit soutenue et encouragée, facilitera le travail de deuil. Aujourd'hui des personnes en situation de dépendance sont aidées mais se demandent comment elles

peuvent « renvoyer l'ascenseur ». Les aider à s'emparer de leur expérience pour aller vers les autres et reconstruire ensemble, permettra la résilience.

Il semble nécessaire de prendre en compte simultanément la culpabilité des proches et celles des professionnels de n'avoir pu être là ou de permettre aux proches d'être là pour éviter un syndrome de glissement ou au moment d'un décès. Certaines EHPAD font le maximum pour limiter la rupture avec la famille : numérique, téléphone, photos... Quand il y a un décès, un temps d'écoute est prévu.

Toutefois, pour les proches qui ont été écartés des établissements et n'ont pu être au côté de leur proche pour les accompagner jusqu'au bout en cas de décès dans les suites d'un COVID-19, un retour vers l'établissement, une rencontre *a posteriori* avec les professionnels qui ont pris soin de la personne sera important. Il est important de proposer des lieux d'écoute et de partage collectif, pour les situations qui se sont produites aussi bien en établissement qu'à domicile.

Il faut anticiper les difficultés à venir pour les professionnels qui après avoir été des héros, seront l'objet de réclamations ou de poursuites. La gestion des deuils dans ces conditions est extrêmement déstabilisante.

Si les représentants d'usagers et les associations ont regretté ne pas avoir été associés à la première phase de l'épidémie, ils demandent à être absolument associés dans la deuxième phase, celle de l'analyse ; notamment s'il y a un rebond de l'épidémie, ils pourraient apporter des améliorations.

Prochaine séance : mercredi 29 avril 2020