
AVIS

relatif à un contrôle d'accès par prise de température dans la préparation de la phase de déconfinement en lien avec l'épidémie à Covid-19

28 avril 2020

Dans le contexte actuel de l'épidémie à Covid-19, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) le 24 avril 2020 pour évaluer la pertinence de la mise en place de contrôle d'accès par prise de température dans les situations suivantes :

- dans les établissements recevant du public (ERP) en général et les commerces en particulier, les moyennes et grandes surfaces
- les entreprises et administrations
- les points d'entrée du territoire
- au départ et à l'arrivée des avions en vols intérieurs et extérieurs
- les établissements d'accueil du jeune enfant
- les visites, notamment les familles, les intervenants extérieurs (par exemple paramédicaux, avocats, bénévoles, ...), au sein des structures suivantes :
 - établissements médico-sociaux,
 - lieux de détention,
 - centres d'accueil et d'hébergement (Annexe 1).

Afin de répondre aux saisines en lien avec l'épidémie de Covid-19, le HCSP a réactivé en février 2020 le groupe de travail (GT) « grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » composé d'experts membres ou non du HCSP (composition de ce groupe de travail en Annexe 2).

Pour répondre à cette saisine, le GT s'est appuyé sur une analyse des textes réglementaires, des données scientifiques et de la documentation disponible.

Éléments de contexte

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été informée par les autorités chinoises d'un épisode de cas groupés de pneumonies dont tous les cas initialement confirmés avaient un lien avec un marché d'animaux vivants dans la ville de Wuhan (région du Hubei), en Chine.

Le 9 janvier 2020, un nouveau virus émergent a été identifié par l'OMS comme étant responsable de ces cas groupés de pneumopathies en Chine. Il s'agit d'un coronavirus, temporairement désigné par l'OMS virus 2019-nCoV (*novel coronavirus*), puis le 11 février 2020 officiellement désigné par l'OMS SARS-CoV-2, responsable de la maladie Covid-19 (*Coronavirus disease*).

Le 30 janvier 2020, au regard de l'ampleur de l'épidémie, l'OMS a déclaré que cette épidémie constituait une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI).

Le 28 février 2020, la France est passée au stade 2 (foyers isolés) de l'épidémie d'infections à SARS-CoV-2, puis le 14 mars 2020, au stade 3 (circulation active du virus dans le pays).

Depuis le 17 mars 2020, le confinement de la population générale a été instauré, avec une limitation des déplacements autorisés [1].

Le 13 avril 2020, le président de la République a annoncé une phase de déconfinement avec une mise en œuvre progressive à partir du 11 mai 2020.

Le HCSP a pris en compte les éléments suivants.

1. L'objectif du travail

Le déconfinement prévu pourrait être à l'origine d'une reprise épidémique de Covid-19 malgré l'application des consignes d'hygiène et des mesures barrières. Dans cette situation, un moyen de dépistage simple de la population ou de groupes de population, serait déterminant pour un repérage rapide de sujets suspects d'une infection par le virus SARS-CoV-2. Sur la base, de ce qui a déjà été fait pour d'autres pathologies ou dans d'autres pays, le contrôle de la température pour détecter les personnes infectées par le virus SARS-CoV-2 est à évaluer sachant que la confirmation du diagnostic ne peut être que biologique.

2. Place du symptôme fièvre dans les critères diagnostiques et dans le dépistage du Covid-19

- Différence entre démarche diagnostique et démarche de dépistage [2]
 - La démarche diagnostique a pour objectif d'identifier les symptômes permettant de définir la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint, son traitement et les modalités de la prise en charge.
 - La démarche de dépistage a pour objectif d'identifier le plus d'individus atteints d'une affection pour intervenir précocement et réduire le risque de cas secondaires.
- Définition de la fièvre
Une fièvre aiguë est définie par une température d'au moins 38°C le matin ou de 38,3°C le soir. La mesure doit être effectuée à distance des repas, après un repos allongé de 20 minutes [3].
Il faut cependant rappeler que la fièvre :
 - est souvent absente ou modérée chez les personnes âgées, et chez celles traitées par des corticoïdes au long cours,
 - peut être temporairement abaissée par la prise d'antipyrétiques (paracétamol par exemple)
- Les différentes modalités de prise de température
 - Les conditions dans lesquelles la mesure doit être effectuée ont été précisées plus haut : à distance des repas, après un repos allongé de 20 minutes.
 - La température de référence est la température rectale. Toutes les autres méthodes sont sources d'erreur, et ne peuvent que servir de point d'appel [4]. Néanmoins cette méthode de mesure comporte un risque d'ulcérations anales, majoré en cas de mesures multiples.
 - Les chiffres de température obtenus par voie axillaire ou buccale doivent être augmenté en pratique d'environ + 0,5°C pour évaluer la température centrale.
 - La température tympanique reflète la température centrale mais est prise en défaut en cas d'obstruction du conduit auditif par du cérumen.
 - La mesure de la température frontale peut être réalisée par un thermomètre infrarouge. Il offre l'avantage de l'absence de contact, de la rapidité et de la facilité de lecture, mais sa sensibilité et sa spécificité sont moindres que celle des autres méthodes, car la mesure peut être influencée par des éléments environnementaux ou physiologiques (flux d'air, cheveux, sueur, vasoconstriction). L'utilisation de thermomètres à cristaux liquides mesurant la température par application de bandelettes sur le front, n'est pas recommandée en raison de l'imprécision de la mesure (échelle de couleurs) et à l'inconvénient, par rapport aux outils infrarouge, de nécessiter un contact direct.

- Concernant la prise de température par caméra thermique sans contact, l'OMS a émis le 19 mars 2020 un avis sur ce dispositif. Le dépistage de fièvre sans autre mesure associée (interrogatoire médical des personnes détectées par un personnel et dans une structure dédiée, en respectant les mesures barrière et la distanciation physique) a un intérêt limité [5].

Toutes les mesures de température, exceptée celle réalisée au niveau rectal, ne sont donc que des mesures approximatives de la température centrale même si elles peuvent refléter un état fébrile. Néanmoins, la mesure de température la plus utilisée en pratique diagnostique courante est tympanique.

- Cinétique de l'excrétion virale de SARS-COV-2, et donc de sa contagiosité

La contagiosité liée à la charge virale SARS-COV-2 dans les prélèvements nasopharyngés et des voies aériennes inférieures est maximale au début de l'infection [6]. Toutefois, plusieurs publications montrent que l'excrétion virale peut précéder l'apparition des symptômes, y compris la fièvre.

Plusieurs publications font état d'une transmission du SARS-CoV-2 à partir de personnes infectées (RT-PCR positive pour le SARS-CoV-2 dans les prélèvements nasopharyngés) asymptomatiques et le restant, présymptomatiques (asymptomatiques infectées au moment du prélèvement et devenant secondairement symptomatiques) ou à partir de personnes infectées avec manifestations mineures de la maladie [7].

- Signes cliniques de Covid-19, et leur chronologie par rapport à cette cinétique

Les publications récentes montrent que les symptômes d'infection par SARS-CoV-2 autres que la fièvre et les signes cliniques respiratoires, initialement décrits comme révélateurs de Covid-19, sont très fréquents et les précèdent pour certains d'entre eux. Ces signes cliniques ont été décrits dans l'avis du HCSP relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19 du 20 avril 2020 [8].

Les premières publications sur les critères diagnostiques de Covid-19 datant du début de l'épidémie en Chine portent sur des patients hospitalisés [9]. Il est désormais établi que la fièvre, incluse dans la triade diagnostique fièvre, toux, dyspnée, proposée par le *Center for diseases control* (CDC) n'est pas toujours constatée au stade précoce de la maladie [10].

Dans les cohortes chinoises, les normes de température utilisées étaient différentes des normes utilisées en France. Dans une étude sur les facteurs de risque de mortalité chez 191 patients hospitalisés, Zhou *et al.*, définissent la fièvre par une température axillaire d'au moins 37,3 °C [11]. Chez les patients hospitalisés et avec ces normes, une fièvre était retrouvée respectivement dans 83%, 94% et 98% des cas dans trois séries de patients hospitalisés [11-13]. Dans la cohorte de Guan *et al*, incluant des personnes non hospitalisées, seulement 59% des cas confirmés avaient une température supérieure à 38 °C [14]. Dans un cluster de personnes âgées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la fièvre n'a été constatée que chez 4,3% des cas confirmés [15].

Depuis, de nombreuses publications ont évalué la fréquence de la fièvre au cours de l'infection par SARS-CoV-2.

Une étude récente a évalué la fréquence des symptômes précoces chez 48 professionnels de santé avec un diagnostic de Covid-19 confirmé dans l'état de Washington. Parmi eux, 8 (17%) ont présenté des symptômes initiaux autres que fièvre, toux, dyspnée et maux de gorge ; le délai médian entre les premiers symptômes et le prélèvement pour la réalisation d'une PCR à la recherche de SARS-CoV-2 était de 2 jours (extrêmes : 1-7 jours) [16].

Une étude du réseau Sentinelles participant à la surveillance virologique des infections respiratoires (257 médecins généralistes et 76 pédiatres) menée entre le 17 mars 2020 et le 14 avril 2020, a montré que parmi 356 patients se présentant au cabinet du médecin avec une infection respiratoire aiguë et acceptant le prélèvement, 55 (15%) étaient positifs au SARS-CoV-2 et que la fièvre était absente chez 22% d'entre eux [17].

Dans une série de 80 patients infectés, 15% seulement des patients étaient fébriles à l'admission [18].

Les symptômes de Covid-19 sont souvent atypiques chez les personnes âgées, et la fièvre est absente chez 45% de résidents en EHPAD atteints de troubles cognitifs dans une étude française [19-20]. Cette étude rapporte aussi que les formes asymptomatiques existent aussi chez les individus les plus âgés ce qui avait été signalé dans un travail mené dans un centre de long séjour aux États-Unis [15]. Une première étude (sous presse) ne faisait pas état de particularités chez les personnes âgées [21].

Enfin dans la population pédiatrique, la symptomatologie de l'infection par SARS-CoV-2 a été évaluée dans plusieurs études portant sur des cas confirmés hospitalisés. La fièvre était inconstante, rapportée dans 27% à 56% des cas, même si elle peut n'être aussi que le seul signe clinique d'appel [22-27].

Existence de formes asymptomatiques et pauci symptomatiques exposant au risque de diffusion

Enseignements tirés d'études de clusters

Pan et al. rapportent l'analyse rétrospective de 26 patients infectés par le SARS-CoV-2 asymptomatiques de manière persistante. Parmi eux, 22 (84,6%) étaient explorés dans le cadre d'un cluster.

La durée médiane entre le contact avec le patient source et le diagnostic et le dernier prélèvement positif était de 19 jours [8-24] et 21,5 jours [10-36] respectivement.

Chez ces patients asymptomatiques, le délai médian entre le diagnostic et la négativation de la PCR était différent entre les patients ayant une tomographie (TDM) thoracique normale ou atypique : 16 patients (61,5 %) : 7,5 jours [2-20] et les 10 patients (38,5%) avec images typiques en verre dépoli ou opacités diffuses ; 12,5 jours [8-22] ; $P = 0,01$). Au total, les infections asymptomatiques peuvent survenir à tout âge et être associées à des clusters locaux [28].

Bai et al. rapportent en janvier 2020 l'étude d'un cluster familial comportant 5 patients hospitalisés et une personne symptomatique non hospitalisée. Tous ont bénéficié d'une PCR réalisée sur des prélèvements rhinopharyngés et d'un examen tomographique thoracique (anormal chez les 5 patients symptomatiques). Le cas index (femme de 20 ans, résidant à Wuhan) a été en contact avec les autres cas, lesquels n'ont pas eu de contacts avec des personnes présentant un Covid-19, a positivement sa RT-PCR à SARS-CoV-2, et n'a pas présenté de symptômes [29].

Rothe et al. rapportent la transmission de SARS-CoV-2 à partir d'une personne pauci symptomatique ayant participé à des réunions de travail les 20-21 janvier 2020 à Munich, et ayant développé des signes cliniques d'infection confirmée le 26 janvier 2020 après être retournée en Chine. Le signalement a conduit à une enquête auprès des contacts en Allemagne ayant permis le diagnostic d'infection chez 2 personnes ayant assisté aux réunions, et chez 2 autres contacts secondaires. Ces observations sont en faveur d'une transmission à partir de personnes pauci symptomatiques, et d'une transmission interhumaine [30].

Hu et al. ont identifié, 24 personnes infectées et asymptomatiques lors d'une enquête réalisée chez les contacts proches de patients hospitalisés à Nanjing, province de Jiangsu, Chine. Aucun de ces cas n'a développé ultérieurement de pneumonie grave, et 5 ont présenté des signes typiques. Ces porteurs asymptomatiques sont responsables d'une transmission de personne à personne et source de diffusion de l'infection [31].

Wei et al. ont exploré les données cliniques et épidémiologiques de 243 cas de Covid-19 confirmés à Singapour du 23 janvier au 16 mars 2020. Les auteurs ont exploré en particulier les clusters, à la recherche de possible contamination à partir de personnes asymptomatiques. Au total 7 clusters ont été identifiés, pour lesquels une transmission à partir d'une personne asymptomatique est l'explication la plus vraisemblable. L'investigation de ces clusters n'a pas identifié d'autre source possible. Pour 4 de ces clusters, l'exposition a pu se faire entre 1 jour et 3 jours avant l'apparition des symptômes chez les personnes sources. Pour 3 clusters, les délais n'ont pu être précisés [32]. Qian et al. rapportent à Zhejiang, Chine, un cluster familial de 9 personnes (8 cas confirmés au laboratoire, 1 enfant âgé de 6 ans sans signe d'infection). Parmi les 8 patients, un adulte et un

enfant âgé de 13 ans étaient asymptomatiques, 1 adulte a présenté une pneumonie grave. Un des cas index, testé positif pour le SARS-CoV-2 est demeuré asymptomatique. Le délai d'apparition des signes cliniques ou de la positivité de la PCR est variable, compris entre 10 et 16 jours [33].

Enseignements tirés des études en maison de retraite, centres de long séjour

La réalisation de RT-PCR chez 76 résidents (âge moyen >70 ans) en maison de retraite dans l'état de Washington en raison d'un diagnostic de Covid-19 chez un professionnel de santé a révélé une PCR positive pour le SARS-CoV-2 chez 48 (63%), dont 27 (56%) étaient asymptomatiques, et parmi lesquels 24 ont développé des symptômes dans les jours suivants (médiane de 4 jours). 17/24 prélèvements (71%) chez les pré-symptomatiques étaient positifs en culture 1 à 6 jours avant l'apparition des symptômes. Ces résultats indiquent que les personnes asymptomatiques jouent un rôle majeur dans la transmission du SARS-CoV-2, et qu'un repérage basé sur les symptômes uniquement est insuffisant pour repérer les cas et contrôler la transmission [34].

Kimball et al. rapportent les résultats de l'investigation réalisées dans un centre de long séjour (King County, Washington, États-Unis), après le diagnostic d'infection à SARS-CoV-2 chez un des soignants. Chez 23 (30%) des résidents testés positifs, 13 (57%) étaient asymptomatiques 7 jours plus tard, 10/13 des patients asymptomatiques ont développé des symptômes et ont été catégorisés pré-symptomatiques au moment du test initial. Les PCR ont montré des charges virales élevées chez les patients asymptomatiques, pré-symptomatiques et symptomatiques suggérant un risque de transmission indépendamment des symptômes. Au total, la moitié des résidents testés et positifs, n'avaient pas de symptômes suggérant que la transmission à partir des résidents asymptomatiques et pré-symptomatiques, non diagnostiqués et non isolés, peut contribuer à la diffusion de l'infection à SARS-CoV-2 [15].

Enseignements tirés des études virologiques sur le portage

He et al. rapportent dans ce travail les différentes évolutions temporelles du portage du SARS-CoV-2 chez 94 patients infectés, et ont modélisé les profils d'infectiosité à partir de prélèvements chez 77 paires de personnes source d'infection/personnes infectées. Les charges virales les plus élevées sont observées au moment du début des symptômes. Les auteurs déduisent de la modélisation que l'infectiosité culmine au moment ou avant le début des symptômes. Ils estiment que 44 % (IC95% ; 25-69) des cas secondaires ont été infectés lors de la période pré-symptomatique des cas d'index, dans un contexte de cluster. Les analyses suggèrent un portage viral 2,3 jours avant l'apparition des premiers symptômes [35].

La transmission du SARS-CoV-2 a été décrite pendant la phase prodromique pendant laquelle les personnes infectées ont des symptômes mineurs, poursuivent leurs activités normales, contribuant à la diffusion de l'infection [36-37].

Il existe un niveau élevé de portage de SARS-CoV-2 au niveau nasopharyngé, y compris chez les personnes pré-symptomatiques [38].

Le délai de portage viral avant l'apparition des symptômes est évalué à 2,3 jours par He [35] et à 1-2 jours selon l'ECDC [39].

3 Pertinence de la détection populationnelle de maladies infectieuses par la prise de température

Maladies autres que le Covid-19

Le contrôle de la température a souvent été proposée au niveau des aéroports, au départ comme à l'arrivée pour le dépistage de patients atteints du SARS, de la maladie à virus Ebola (MVE), du virus grippal H1N1(A)pdm09, de la grippe saisonnière ou de la dengue [5] [39-46].

Wickramage et al. rapportent l'expérience tirée du contrôle à l'aéroport de Freetown, en Sierra Leone, pendant l'épidémie de MVE à l'aide de la prise de température par thermomètre sans contact, à infrarouge, chez 166 242 voyageurs, 82 162 à l'entrée et 84 080 à la sortie. Dix cas de

fièvre (0,006%) ont été détectés fébriles ou symptomatiques ; 5 avaient un paludisme dont 2 co-infection avec la typhoïde, et 5 une infection des voies respiratoires hautes.

Ces mêmes auteurs décrivent d'autres expériences :

(i) l'expérience américaine selon laquelle sur 1 993 arrivants dépistés, 86 (4,3%) ont été investigués ; aucun n'avait de MVE [47] ;

(ii) En Nouvelle-Galles du Sud, Australie, 5/122 voyageurs investigués n'avaient pas de MVE [48],

(iii) au Royaume-Uni, 130/3 388 voyageurs ont bénéficié d'investigation complémentaires ; aucun n'avait de MVE [46].

L'utilisation de scanner thermique à l'aéroport pour détecter les cas de grippe s'est révélée décevante dans l'étude de Priest, les auteurs avançant une proportion importante de grippe de type B moins fébrile [42].

L'expérience de la détection de la fièvre par thermoscanner aux infra rouges à l'aéroport de Narita (Japon) au cours de la pandémie A(H1N1)pdm09 révèle que la sensibilité de détection des cas de grippe A(H1N1)pdm09 à l'arrivée a été estimée à 22,2% (IC 95% ; 0, 55,6) parmi neuf cas confirmés de A(H1N1)pdm09, et 55,6 % des cas de grippe A(H1N1)pdm09 étaient sous traitement antipyrétique à leur arrivée. La sensibilité et la spécificité des thermoscanners infrarouges dans la détection de l'hyperthermie variaient de 50,8% à 70,4% et de 63,6% à 81,7%, respectivement. La valeur prédictive positive était basse, comprise entre 37,3% et 68,0% [43].

En France, en 2003, le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France a estimé qu'en l'état actuel de la situation épidémiologique et des connaissances, il n'y avait pas lieu de mettre en place le dépistage thermique systématique à l'arrivée des vols aériens en provenance de zones affectées par le SRAS [49].

Maladie Covid-19

Quilty et al. ont évalué, par modélisation, l'efficacité de la mesure de la température à l'aéroport chez les voyageurs entrant et sortant dans le cadre du dépistage du Covid-19. Les résultats, avec les paramètres utilisés indiquent que 46% (IC95% ; 36-58) des voyageurs infectés ne seraient pas détectés [50].

Hsiao et al. rapportent que dans leur expérience à l'hôpital (*Kaohsiung Municipal Ta-Tung hospital, Taiwan*), la prise unique de la température à l'arrivée dans le but de repérer les patients atteints de Covid-19 est insuffisante et qu'une nouvelle prise 10 minutes plus tard, après acclimatation, permet un meilleur repérage des patients réellement fébriles [51].

Au total, la prise de température pour un dépistage de Covid-19 dans la population serait faussement rassurante, le risque non négligeable étant de ne pas repérer des personnes infectées, parce qu'elles sont asymptomatiques ou présymptomatiques, parce qu'elles ont des signes mineurs de la maladie peu ou non fébriles, ou parce qu'elles ont consommé des antipyrétiques. Ces personnes sont à risque de réplication du virus au niveau des voies respiratoires hautes, et donc à risque de transmission de la maladie.

Par ailleurs, le contrôle de la température nécessite la mobilisation d'un personnel compétent pour valider la notion de fièvre, l'exactitude de la mesure de la température et la décision attenante [5].

4 Aspects juridiques d'un contrôle d'accès par la prise de température

En dehors de tout état d'urgence sanitaire tel qu'il est défini à l'article L. 3131-15 du Code de la Santé Publique, l'article L.3131-1 du Code de la Santé Publique prévoit que :

*« en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure **proportionnée** aux risques courus et **appropriée** aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population.*

Le ministre peut habiliter le représentant de l'État territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures

individuelles. Ces dernières mesures font immédiatement l'objet d'une **information au procureur de la République.**

Le représentant de l'État dans le département et les personnes placées sous son autorité sont tenus de préserver la **confidentialité des données** recueillies à l'égard des tiers.

Le représentant de l'État rend compte au ministre chargé de la santé des actions entreprises ».

Le principe de proportionnalité inscrit dans l'article sus-cité rappelle que « toute restriction apportée à l'exercice des libertés individuelles au nom de l'ordre public devrait être mesurée et nécessaire » [52]. Il suppose de passer les mesures envisagées au crible du triple test de la nécessité des mesures envisagées, de leur caractère adapté à la situation et à leur proportionnalité.

Il suppose d'apprécier si la mesure de la température corporelle peut être admise comme un élément permettant de réaliser un contrôle d'accès à l'aune :

- 1/ de leur nécessité aux fins de protection de la population
- 2/ des potentielles atteintes aux droits des personnes qu'elles entraînent (notamment de leurs droits au respect de la vie privée et de leur intimité, de leur intégrité corporelle, de leur droit au secret des informations concernant leur santé)
- 3/ de leur caractère adapté ce qui suppose d'examiner d'une part la fiabilité de la mesure et d'autre part sa faisabilité (en particulier d'examiner les conditions et les modalités de sa réalisation, notamment le statut des personnes susceptibles de la réaliser).

Hors état d'urgence déclaré, rien dans notre législation actuelle n'autorise formellement la mise en place d'un contrôle d'accès à des ERP, commerces, établissements sanitaires et médico-sociaux, lieux de détentions par mesure de la température. Si le règlement sanitaire international (RSI) mentionne la prise de température et que cette mesure est pratiquée pour les transports aériens, le RSI renvoie vers des dispositifs nationaux de contrôle d'entrée sur le territoire et soumet la prise de température à une information et au consentement des personnes qui sont orientées vers un service médical pour examens en cas de refus [53-54].

Une recommandation de l'OMS mentionne la mesure de la température [5] sans pour autant la rendre obligatoire.

Enfin, la déclaration du Comité européen de la protection des données relative aux traitements de données personnelles dans le cadre de la pandémie de Covid-19 adoptée le 19 mars 2020, qui n'a qu'une valeur formelle, précise que [55] :

- les données de santé relatives aux employés ou aux visiteurs pouvaient être collectées par les employeurs sous réserve de respecter le principe de proportionnalité et de minimisation des données dans la mesure où les dispositions nationales le permettaient ;
- les employeurs ne peuvent demander des bilans de santé que dans la mesure où une obligation légale le leur impose ;
- les employeurs ne peuvent révéler les noms de leurs collaborateurs infectés que si la législation nationale le permet et après en avoir informé les collaborateurs en avance. La dignité et l'intégrité des personnes doivent être protégées
- les employeurs ne peuvent obtenir des données liées au Covid-19 pour remplir leurs obligations et organiser leur travail que dans le cadre la législation nationale.

Dans ses rappels sur la collecte des données personnelles du 06 mars 2020, la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a précisé que la température corporelle d'une personne est une donnée relevant de la vie privée. Il s'agit d'une donnée pouvant être qualifiée de donnée de santé à caractère personnel et comme telle, elle fait l'objet d'une protection juridique particulière [56-57].

Elle a spécifié que : « les employeurs doivent s'abstenir de collecter de manière systématique et généralisée, ou au travers d'enquêtes et demandes individuelles, des informations relatives à la recherche d'éventuels symptômes présentés par un employé/agent et ses proches. Il n'est donc pas possible de mettre en œuvre, par exemple :

- *des relevés obligatoires des températures corporelles de chaque employé/agent/visiteur à adresser quotidiennement à sa hiérarchie ;*
- *ou encore, la collecte de fiches ou questionnaires médicaux auprès de l'ensemble des employés/agents ».*

La CNIL a également rappelé que les données de santé pouvaient être collectées par les autorités sanitaires et que l'évaluation et la collecte des informations relatives aux symptômes du coronavirus relevaient de la responsabilité des autorités publiques.

En l'absence d'une recommandation médicale et/ou d'une décision des autorités publiques, les mesures de contrôle d'accès fondées sur la mesure de la température qui auraient pour conséquence de refuser l'accès d'un bâtiment, ou d'un établissement à une personne en raison de son état de santé pourraient être considérées comme une violation des droits et libertés de la personne. Elles pourraient également être discriminatoires et, comme telles, susceptibles de poursuites pénales (Code pénal articles 225-1 et 225-2 – voir également interdiction des discriminations faite aux agents privés de sécurité – Code de la sécurité intérieure article R.631-27) particulièrement au regard de la fiabilité de la mesure [58-59].

Au-delà de la détection d'une éventuelle atteinte par le Covid-19, la mesure de la température pourrait divulguer une autre affection dont serait atteinte la personne dépistée. Or, la santé et le corps humain font partie de la sphère privée protégée par l'article 9 du Code civil et l'article 8 relatif au Droit au respect de la vie privée et familiale de la Convention Européenne des Droits de l'Homme [60-61].

La nature de l'acte de mesure de la température et l'information sur la donnée ainsi recueillie doivent également être interrogée afin de déterminer les catégories de professionnels autorisées à les réaliser.

À titre de dépistage en population générale, compris comme un test ayant pour seul objet de révéler, par une lecture instantanée, l'existence de fièvre ou non, on pourrait imaginer, dans la logique de la jurisprudence du Conseil d'État relative aux tests salivaires en entreprise [62] que de tels tests puissent être réalisés par des personnes qui ne seraient pas des personnels de santé. Cependant, si ce dépistage est compris, dans une période où le virus est encore circulant, comme une potentielle phase préalable à l'établissement d'un diagnostic de Covid-19, on doit alors s'interroger sur la nécessité du recours à un professionnel de santé. En effet, si la mesure de la température révélait la présence d'une fièvre, on ne pourrait se limiter à un simple refus d'accès. Le principe de prévention imposerait une information de la personne et, à minima, une orientation vers un professionnel de santé, selon des modalités respectant la confidentialité des informations concernant la santé de la personne en cause.

Si le contrôle d'accès par prise de température devait être instauré, il ne devrait l'être, au regard de la violation des droits et libertés qu'il constitue et qu'il est susceptible de constituer (par exemple : vie privée et familiale, droit au travail, droit aux loisirs, liberté de circulation, droit de vote, liberté d'exercice religieux, liberté du commerce et de l'industrie, etc.) que par exception.

Les personnes « dépistées » devraient être informées avant la mesure et donner leurs consentements exprès oral.

Le devenir de la mesure devrait être envisagé : les personnes présentant une fièvre devraient-elles être informées qu'elles ont de la fièvre ? Dans l'affirmative, à partir de quelle température ? Selon quelles modalités ? Par qui ?

Une information sur la nécessité de consulter un professionnel de santé devrait être envisagée. Certaines personnes devront-elles être conduites auprès d'un professionnel de santé ?

Les données recueillies par la mesure de la température ne devraient pas être enregistrées, ne devraient pas être identifiantes.

Les conséquences des refus de mesure de la température devraient également être anticipées. Par exemple : refus d'accès aux lieux de travail et possibles sanctions pouvant aller jusqu'au licenciement de l'agent ou du salarié qui refuserait de se soumettre au test ; suppression des droits de visite pour les lieux d'incarcérations ; suppression des droits de visites pour les établissements sanitaires, médico-sociaux ; impossibilité d'accès aux produits de première nécessité pour les commerces, ...

Donner un caractère obligatoire à la mesure de température comme contrôle d'accès supprimerait les questions relatives aux conséquences d'un refus de la personne mais réinterrogerait le principe d'inviolabilité du corps humain, support de la personne (article 16-1 C. civ).

Eu égard à la performance moyenne de la détection des maladies infectieuses par la prise de température rapportée par la littérature scientifique (cf. paragraphe 3), et à l'absence de sa fiabilité (dissimulation, résultats faussement rassurants, cf. paragraphe 2) la pondération de l'atteinte aux droits des personnes au regard des bénéfices retirés ne semble pas, pour l'heure, à la faveur de cette mesure.

5 Acceptabilité d'une mesure de prise de température pour contrôler l'accès aux ERP

Au-delà de la demande par les individus d'explication à la présence et à la diffusion d'une épidémie au plan national et international, se construisent classiquement dans les populations des stratégies d'évitement et de contrôle dont l'histoire porte témoignage pour les épidémies passées. Dès les premières informations sur l'épidémie en Chine, le contrôle de la température des individus comme mesure permettant d'identifier un porteur de la maladie Covid-19, notamment lors des transports aériens, a été très largement relayée dans les médias et discutée sur les réseaux sociaux. En revanche, en France, cette mesure de contrôle n'a pas été retenue par les autorités, conformément aux recommandations de l'OMS, et cette décision a participé des éléments d'incompréhension par la population sur les mesures de prévention adoptées.

Les réactions de la population face au Covid-19 dépassent le périmètre de la maladie, elles s'inscrivent dans des dimensions psycho-sociales, politiques, anthropologiques et même géographiques quand l'épidémie ne se diffuse pas de manière égale sur tout le territoire.

Les premières données scientifiques accessibles sur les comportements et les perceptions vis-à-vis du Covid-19 par la population en France permettent d'apprécier l'état et surtout l'évolution de l'opinion, en particulier en fonction des catégories professionnelles, du genre, de l'évolution de l'épidémie et de la gestion politique qui en est faite. Elles proviennent d'études quantitatives *via* Internet et par sondage répétés (cf. projets en cours, COCONEL et ATTITUDES on Covid-19 [63-64]). Les résultats de l'étude ATTITUDES on Covid-19 montrent depuis le début du confinement (soit entre les 24/25 mars et 7/8 avril 2020) une tendance à une baisse progressive d'approbation et traduisent « un choc de moindre acceptabilité sociale » quant aux mesures prises ou susceptibles de l'être [65].

En revanche d'autres résultats mettent en évidence un moindre sentiment de risque pour soi vis-à-vis du fait de contracter le Covid-19 (34 %) par rapport à un risque plus fort pour le reste de la population (45 %) selon l'étude COCONEL (Note de synthèse 4 - 1005 enquêtés, interrogés du 31 mars au 02 avril 2020 à partir d'un échantillon représentatif de la population française) [66]. Cette perception de vulnérabilité différentielle par rapport au risque Covid-19 pourrait conduire certains individus à percevoir plutôt positivement des pratiques de contrôle vis-à-vis desquelles ils ne se sentiraient directement, pas ou peu concernés.

Même si au plan international des pays recourent à cette pratique de contrôle de la population par la prise de température, on doit s'interroger sur son bien-fondé en France où elle peut apparaître

comme fortement intrusive et attentatoire aux droits de circulation des citoyens dans l'espace public.

En effet, en période épidémique un contrôle positif de température devrait impliquer en corollaire du refus d'accès dans un espace public ou privé, la mise en place de mesures immédiates de prise en charge médicale, comme cela se fait déjà dans certains pays afin de limiter la propagation du virus.

Par ailleurs, dans l'espace social cette mesure n'est pas neutre de conséquences en particulier de stigmatisation potentielle (refus d'accès, regard des autres, soupçon de dissimulation du risque personnel de contamination, imputation de faute sur la diffusion ou la reprise de l'épidémie, etc.). Il faut également envisager qu'il peut exister des stratégies de contournement à ce contrôle et en particulier pour l'accès à des lieux fermés à haute teneur affective (milieu carcéral, EHPAD).

6 Conclusion

Synthèse

- 1) L'infection à SARS-CoV-2 peut être asymptomatique ou pauci symptomatique, et la fièvre n'est pas toujours présente chez les malades.
- 2) Le portage viral peut débuter jusqu'à 2 jours avant le début des signes cliniques.
- 3) Ces situations sont associées à un risque accru de diffusion du virus en l'absence de la prise de mesures barrière.
- 4) La fièvre peut être masquée voire dissimulée par la prise d'antipyrétiques.
- 5) La mesure de la température est une donnée de santé à caractère personnel protégée à accès limité et de stigmatisation potentielle.

Ainsi, la prise de température dans un objectif de dépistage de Covid-19 dans la population n'apparaît pas comme une mesure fiable pour repérer les personnes infectées par le virus SARS-CoV-2 et en éviter sa diffusion.

7 Analyse de la pertinence d'un contrôle dans des situations particulières

Dans tous les cas, il s'agit d'une mesure ne répondant pas de manière fiable à l'objectif envisagé pour :

- les établissements recevant du public en général et les commerces en particulier les moyennes et grandes surfaces
- les entreprises et administrations
- les points d'entrée du territoire
- les aéroports : au départ et à l'arrivée des avions en vol intérieurs et extérieurs : mais le commandant de bord a toujours la possibilité de refuser l'embarquement d'un passager.
- les établissements d'accueil du jeune enfant, un avis du HCSP a déjà été rendu sur l'absence d'utilité à l'entrée de l'école [67], pour les crèches (contrôle des enfants et des personnels)

Et également pour les visites, notamment les familles, les intervenants extérieurs (paramédicaux, avocats, bénévoles...), au sein des structures suivantes :

- Dans les établissements médico-sociaux
- Dans les lieux de détention
- Dans les centres d'accueil et d'hébergement

Le HCSP recommande de :

- Ne pas mettre en place un dépistage du Covid-19 dans la population par prise de température pour un contrôle d'accès à des structures, secteurs, ou moyens de transport.
- Informer la population sur le manque de fiabilité de la mesure systématique de la température pour le repérage des cas de Covid-19.
- Rappeler l'intérêt pour les personnes de mesurer elles-mêmes leur température en cas de sensation fébrile, et plus généralement devant tout symptôme pouvant faire évoquer un Covid-19, avant de se déplacer, de se rendre sur leur lieu de travail, de rendre visite à un résident dans un EHPAD ou à une personne à risque de forme grave à domicile, de se rendre en milieu de soins, en milieu carcéral, ou dans tout ERP, ...
- Privilégier l'autosurveillance, la déclaration spontanée et la consultation d'un médecin en cas de symptômes évocateurs de Covid-19.
- Développer des fiches d'information à l'attention de la population générale et des publics spécifiques (notamment EHPAD, milieu de soins, milieu carcéral, ...).
- Insister sur la notion de responsabilité individuelle et l'importance primordiale du respect des mesures barrière (gestes barrière, distance physique, hygiène des mains, port du masque grand public).

Ces recommandations pourraient trouver leur limite dans l'application du règlement sanitaire international (RSI) et des pratiques qui pourraient être imposées notamment dans les aéroports assurant l'accueil de vols internationaux en provenance de pays à fort risque de Covid-19.

Le HCSP rappelle que ces recommandations ont été faites dans l'état actuel des connaissances, du droit et des ressources disponibles et qu'elles seront susceptibles d'évolutions, notamment dans les circonstances suivantes :

- **accessibilité plus grande et plus fiable aux tests diagnostiques ;**
- **accessibilité aux équipements de protection individuels ;**
- **modification substantielle de l'arsenal préventif et thérapeutique ;**
- **adaptation du droit.**

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

Validé le 28 avril 2020 par le président du Haut Conseil de la santé publique

Références

1. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041728476&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 26 mars 2020.
2. Guessous I, Gaspoz J-M, Paccaud F, Cornuz J. Dépistage : principes et méthodes. Rev Med Suisse 2010; volume 6. 1390-1394
3. Collectif, Chirouze C, Epaulard O, Berre RL, CMIT. E. Pilly : Maladies infectieuses et tropicales. Edition 2020. Alinéa Plus
4. Niven DJ, Gaudet JE, Laupland KB, Mrklas KJ, Roberts DJ, Stelfox HT. Accuracy of Peripheral Thermometers for Estimating Temperature: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 17 nov 2015;163(10):768
5. WHO « Management of ill travellers at points of entry (international airports, seaports and ground crossings) in the context of Covid-19 » Interim guidance, 19 Mars 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail/management-of-ill-travellers-at-points-of-entry-international-airports-seaports-and-ground-crossings-in-the-context-of-covid-19-outbreak>, consulté le 26 avril 2020.
6. Woelfel R et al..Clinical presentation and virological assessment of hospitalized cases of coronavirus disease 2019 in a travel-associated transmission cluster. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20030502>
7. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la prise en charge à domicile ou en structure de soins des cas de Covid-19 suspectés ou confirmés. 8 avril 2020
Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=793>, consulté le 26 avril 2020.
8. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19, 20 avril 2020, en cours de publication
9. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV-2. 5 mars 2020
Disponible sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=771>, consulté le 27 avril 2020.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019 (Covid-19). [Internet].
Disponible sur: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/symptoms.html>
11. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. mars 2020;S0140673620305663
12. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. févr 2020;395(10223):507-13.
13. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA [Internet]. 7 févr 2020 [cité 8 mars 2020]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>].
14. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 28 févr 2020;NEJMoa2002032
15. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing

- Facility – King County, Washington, March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 27 mars 2020 [cité 1 avr 2020];69(13). Disponible sur: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e1.htm?s_cid=mm6913e1_w
16. Chow EJ et al. Symptom Screening at Illness Onset of Health Care Personnel With SARS-CoV-2 Infection in King County, Washington. JAMA. 2020 Apr 17. doi: 10.1001/jama.2020.6637. [Epub ahead of print]
 17. Souty S, Blanchon T. Surveillance du Covid-19 par les médecins du réseau Sentinelles. IPLESP, Inserm, Sorbonne Université : Paris. 2020
 18. Gautret P, Lagier JC, Parola P et al. Clinical and microbiological effect of a combination of hydroxychloroquine and azithromycin in 80 Covid-19 patients with at least a six-day follow up: an observational study [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/03/COVID-IHU-2-1.pdf>
 19. Annweiler C, Guillaume S, Salles N, Aquino JP, Gautier J, Berrut G, Gurin O, Gavazzi G on behalf of the SFGG Covid-19 study group. National French survey of symptoms in people aged 70 and over diagnosed with Covid-19. Lancet 2020
 20. Société française de gériatrie et de gérontologie. Enquête PUGG express 2 : « Symptômes du Covid-19 en gériatrie » Disponible sur <https://sfgg.org/actualites/enquete-pugg-express-2-symptomes-du-covid-19-en-geriatrie>, consulté le 27 avril 2020.
 21. Liu K, Chen Y, Lin R et al. / Journal of Infection in press
 22. CDC MMWR https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6914e4.htm?s_cid=mm6914e4_w ;
 23. Qiu H, Lancet Infect Dis 2020, Published Online March 25, 2020 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30198-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30198-5);
 24. Wei M, Yuan J, Liu Y, et al. Novel coronavirus infection in hospitalized infants under 1 year of age in China. JAMA. 2020. [Epub ahead of print] ;
 25. Xiaoxia Lu et al. NEJM : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7121177/pdf/NEJMc2005073.pdf>;
 26. Taggaro et al. JAMA Pediatr. 2020 Apr 8. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1346 ; 39.
 27. Paret et al. SARS-CoV-2 infection (Covid-19) in febrile infants without respiratory distress. Clin Infect Dis. 2020 Apr 17. pii: ciaa452. doi: 10.1093/cid/ciaa452. [Epub ahead of print].
 28. Pan Y. Epidemiological and clinical characteristics of 26 asymptomatic SARS-CoV-2 carriers]
 29. Bai Y et al. Presumed Asymptomatic carrier transmission of Covid-19. JAMA
 30. Rothe C et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. N Engl J Med. 2020 Mar 5;382(10):970-971. doi: 10.1056/NEJMc2001468. Epub 2020 Jan 30
 31. Hu Z. et al. Sci China Life Sci. 2020 ;63 (No.5)]
 32. Wei W E Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 – Singapore, January 23–March 16, 2020. MMWR, April 10, 2020 ; Vol. 69, No. 14
 33. Qian G et al. A Covid-19 Transmission within a family cluster by presymptomatic infectors in China. Clin Infect s 2020. Epub March 23, 2020. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa316>
 34. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. resymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2008457

35. He X et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of Covid-19 Nature Medicine, www.nature.com/naturemedicine
36. Heymann DL et al. Covid-19: what is next for public health? Lancet 2020 542–545
37. Zou L. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. N Engl J Med 2020]
38. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature 2020 April 1
39. European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control measures for Ebola virus disease: Entry and exit body temperature screening measures. Stockholm: ECDC; 2014
40. Malone J.D.et al., US airport entry screening in response to pandemic influenza : modeling and analysis. Travel Medicine and Infectious Disease (2009) 7, 181e191
41. Kuan MM et al., Epidemiological trends and the effect of airport fever screening on prevention of domestic dengue fever outbreaks in Taiwan, 1998–2007 IJID, 2010, 14 : 693-697
42. Priest PC, Duncan AR, Jennings LC, Baker MG (2011) Thermal Image Scanning for Influenza Border Screening: Results of an Airport Screening Study. PLoS ONE 6(1): e14490. doi:10.1371/journal.pone.0014490
43. Nishiura and Kamiya BMC Infectious Diseases 2011, <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/111>
44. Michael J. Hale MJ et al., Screening for Influenza A(H1N1)pdm09, Auckland International Airport, New Zealand
45. Kuan MM., Airport sentinel surveillance and entry quarantine for dengue infections following a fever screening program in Taiwan BMC Infectious Diseases 2012, 12:182.
46. Wickramage K., Airport Entry and Exit Screening during the Ebola Virus Disease Outbreak in Sierra Leone, 2014 to 2016. BioMed Research International Volume 2019, Article ID 3832790.
47. Brown CM MWR, vol. 63, no.49, pp. 1163–1167, 2014
48. Chan J BMC Public Health, vol. 17, no. 1, p. 113, 2017
49. Avis du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France-Section des maladies transmissibles relatif à l'opportunité d'un dépistage thermique systématique de cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à l'arrivée des vols aériens en provenance de zones affectées par le SRAS séance du 16 mai 2003.
50. Quilty Billy J , Clifford Sam , CMMID nCoV working group , Flasche Stefan , Eggo Rosalind M. Effectiveness of airport screening at detecting travellers infected with novel coronavirus (2019-nCoV). Euro Surveill. 2020;25(5):pii=2000080. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000080>
51. Hsiao SH Body Temperature Measurement to Prevent Pa -19 in Hospitals in Taiwan: Repeated Measurement is Necessary. Journal of Hospital Infection. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.004>].
52. Stirn B. Vers un droit public européen, LGDJ, 2015, 2ème édition, p.94
53. Décret n° 2007-1073 du 4 juillet 2007 portant publication du règlement sanitaire international (2005) adopté par la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005. 2007-1073 juill 4, 2007.

Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000467563&categorieLien=cid>

54. Règlement sanitaire international 2005. 2^{ème} édition.

Disponible sur

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43982/9789242580419_fre.pdf;jsessionid=4F5F245BFF1E61B97B489D4DCBFD78D8?sequence=1, consulté le 27 avril 2020.

55. Comité européen de protection des données, déclaration relative aux traitements de données personnelles dans le cadre de la pandémie de covid19, adoptée le 19 mars 2020, consultable à l'url https://edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/other/statement-processing-personal-data-context-covid-19-outbreak_en

56. Règlement général de protection des données RGPD :

Disponible

sur

[http://rgpd.wiki/index.php/Considerant \(35\) -](http://rgpd.wiki/index.php/Considerant_(35)_-_Donn%C3%A9es_de_sant%C3%A9)

[_Donn%C3%A9es de sant%C3%A9](http://rgpd.wiki/index.php/Considerant_(35)_-_Donn%C3%A9es_de_sant%C3%A9), consulté le 27 avril 2020.

57. CNIL, Coronavirus (Covid-19) : les rappels de la CNIL sur la collecte de données personnelles, consultable à l'url <https://www.cnil.fr/fr/coronavirus-covid-19-les-rappels-de-la-cnil-sur-la-collecte-de-donnees-personnelles>, dernière consultation le 26 avril 2020].

58. Code pénal articles 225-1 et 225-2

59. Code de la sécurité intérieure article R.631-27

60. Code civil article 9

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419288&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=19940730>, consulté le 27 avril 2020

61. Convention Européenne des Droits de l'Homme article 8 : Droit au respect de la vie privée et familiale

62. Conseil d'État, 4^{ème} - 5^{ème} chambres réunies, 05/12/2016, n° 394178

Disponible sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000033551459>, consulté le 27 avril 2020.

63. Perretti-Watel P. (coord.), (2020) Etude COronavirus et CONfinement : Enquête Longitudinale (COCONEL), UMR VITROME (Aix Marseille Université, IRD, IHU Méditerranée Infection).

64. Brouard S., Foucault M., Becher M., Vasilopoulos P. (2020), Citizens' Attitudes towards COVID19 - A Comparative Study, Sciences Po, CEVIPOF.

65. Policy brief 6, avril 2020 ; Brouard S., Foucault M., Kerrouche E., Pandémie : attitudes sur les mesures limitant les libertés publiques, Sciences Po, CEVIPOF.

Disponible sur https://www.sciencespo.fr/cevipof/attitudesoncovid19/wp-content/uploads/2020/04/N6_Atitudes_opinion_COVID19_France_W4.pdf, consulté le 27 avril 2020.

66. Coconel, Note de synthèse 4 (1005 enquêtés, interrogés du 31 mars au 02 avril à partir d'un échantillon représentatif de la population française, <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/04/Etude-Coconel-Note-n4-perceptions-risque-covid19.pdf>].

67. Haut Conseil de la santé publique. Préconisations du Haut Conseil de la santé publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre

en population générale, hors champs sanitaire et médico-social, pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2

Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=806>, consulté le 27 avril 2020.

Annexe 1 – Saisine de la Direction générale de la santé en date du 24 avril 2020

De : SALOMON, Jérôme (DGS)

Envoyé : vendredi 24 avril 2020 14:43

À : HCSP-SECR-GENERAL; CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP); FALIU, Bernard (DGS/MSR/SGHCSP)

Objet : Saisine contrôle d'accès par prise de température

Monsieur le Président, Cher Franck,

Dans le cadre de la préparation de la phase de déconfinement annoncée par le Président de la République, je souhaite recueillir votre avis sur la pertinence de la mise en place de contrôle d'accès par prise de température.

Votre avis est aujourd'hui demandé :

- pour l'accès aux établissements recevant du public en général et les commerces en particulier les moyennes et grandes surfaces,
- les entreprises et administrations,
- les points d'entrée du territoire,
- Au départ et à l'arrivée des avions en vol intérieurs et extérieurs.

Vous nous avez fait déjà part de votre avis sur l'absence d'utilité à l'entrée de l'école et nous souhaitons que vous nous confirmiez si la réponse est bien la même pour les établissements d'accueil du jeune enfant.

Votre avis est également demandé pour les visites, notamment les familles, les intervenants extérieurs (paraméd, avocats, bénévoles...), au sein des structures suivantes :

- les établissements médico-sociaux,
- les lieux de détention,
- les centres d'accueil et d'hébergement.

Votre expertise sur l'efficacité et donc l'opportunité d'une telle mesure en prenant en compte les caractéristiques des différents types de lieux à considérer, le risque de propagation du virus et/ou la sensibilité des publics concernés est attendue, au plus tard, pour mardi 28 Avril 2020, compte tenu de l'urgence associée à la situation actuelle.

Amitiés,

Professeur Jérôme SALOMON, CMO, MD MPH PhD

Directeur général de la Santé / Directeur de crise

Annexe 2 - Composition du groupe de travail dédié

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » :

- Frédérique CLAUDOT
- Didier LEPELLETIER

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes » :

- Daniel CAMUS, pilote du GT
- Christian CHIDIAC
- Jean-François GEHANNO
- Sophie MATHERON
- Nicole VERNAZZA

Membre qualifié de la Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement »

- Philippe HARTEMANN, copilote du GT

Secrétariat général du HCSP :

- Sylvie FLOREANI
- Ann PARIENTE-KHAYAT

Le 28 avril 2020

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
www.hcsp.fr