
AVIS

relatif à la prise en charge de personnes en situation de précarité dans le contexte de l'épidémie COVID-19 et de la prolongation du confinement

30 mars 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 26 mars 2020 sur la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Cette saisine détaille les actions déjà engagées pour la prévention et la prise en charge de ces personnes. Il est demandé au HCSP d'élaborer des recommandations sur les moyens de renforcer la stratégie proposée pour répondre à l'épidémie de COVID-19 en tenant compte de la diversité de situations de ces publics et de l'impact du confinement (cf. Annexe 1).

Afin de répondre aux saisines en lien avec cette épidémie à Covid-19, le HCSP a réactivé en février 2020 le groupe de travail « *grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes* » composé d'experts membres ou non du HCSP. Un sous-groupe dédié aux questions relatives à « l'organisation des soins » a été constitué sous la présidence de Philippe Michel, président de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » du HCSP (composition du groupe de travail en Annexe 2).

Pour répondre à la saisine, le GT s'est appuyé sur une analyse des textes réglementaires et de la documentation disponible ainsi que sur la réalisation d'auditions auprès de parties prenantes.

Le HCSP comprend l'urgence de la situation et adhère à la réalisation très rapide de cet avis. Il précise néanmoins que ce texte ne peut prétendre à l'exhaustivité et à la prise de recul qu'il souhaite atteindre dans des contextes moins contraints.

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 HCSP a pris en compte les éléments suivants.

1. Les populations concernées, leurs conditions de vie et leur état de santé

On estime qu'en France environ 500 000 personnes sont sans logis¹ [2]. Il s'agit des personnes vivant à la rue de façon permanente ou transitoire, dans des squats, des campements, de façon intermittente chez leur famille ou amis, en centre d'hébergement d'urgence, dans des institutions d'accueil social et médico-social provisoire (hébergement d'urgence, CHRS², CADA, ACT LAM, LHSS, CSAPA avec hébergement, etc.) [3]. Parmi eux, figurent des personnes isolées, des familles, des femmes seules, des enfants en famille ou isolés (les « Mineurs non accompagnés, MNA »), dont ceux reconnus mineurs sont pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les non reconnus mineurs étant livrés à eux-mêmes [4].

Des regroupements de personnes et des réseaux d'entraide existent selon leurs liens familiaux, amicaux, culturels, de nationalités, ... Les gens du voyage constituent souvent des communautés itinérantes qui sont très fragilisées par l'épidémie actuelle. Les habitats des bidonvilles, souvent issus de la communauté Rom, subissent l'instabilité et l'insalubrité de leur lieu de vie, et sont l'objet de discriminations persistantes, y compris pour l'accès à la santé. Les foyers de travailleurs migrants (les « résidences sociales ») constituent également, du fait en particulier de la surpopulation, des lieux particulièrement exposés au risque de dissémination de l'épidémie. Les personnes peuvent être titulaires de documents valides de nationalité française, européenne ou autre, de documents de voyage provisoires, de titres de séjour, de la reconnaissance de leur statut de réfugiés, sans papiers, en transit ou en centre de rétention administrative.

Leurs caractéristiques communes sont de ne pas disposer de logement stable, d'avoir des ressources financières inexistantes ou très limitées, d'avoir un accès inexistant ou réduit à la nourriture, au travail, à la santé, au système éducatif, ...

Les personnes sans domicile fixe sont majoritairement jeunes et avec une espérance de vie en moyenne inférieure de 15 ans à celle de la population générale. Leurs conditions de vie sont très dures et leur santé est rapidement altérée à la rue ou en hébergement. Celle-ci est souvent marquée par le psycho-traumatisme auquel ils sont soumis, parfois durant de longs mois. Cette situation est aggravée par la stigmatisation et la fréquente marginalisation dont ils sont victimes, génératrices de troubles psychiques importants. Leurs conditions de vie précaires sont responsables de maladies infectieuses, respiratoires et digestives, se surajoutant à des affections comme les hépatites virales ou l'infection par le VIH, qui altèrent rapidement leur qualité de vie [5].

Leur santé mentale et somatique est progressivement fragilisée par leur très grande vulnérabilité et leur précarité [6,7]. L'incidence d'altérations de la santé mentale (psychologiques et psychiatriques) est multipliée par six par rapport à la population générale. Leurs histoires, souvent empreintes de violences, mêlées à des conditions de vie, de logement et d'alimentation très difficiles concourent à la dégradation progressive de leur santé générale : une incidence élevée d'hypertension artérielle et de maladies cardio-vasculaires, de troubles nutritionnels, d'obésité et de diabète, une santé bucco-dentaire très souvent altérée, parfois de tuberculose.

2. Des difficultés d'accès à la prévention et aux soins

Leurs conditions de vie ne leur permettent pas de se protéger contre le risque épidémique actuel (pas de possibilités de confinement, pas de distanciation sociale possible, pas de masques, pas de produits hydro-alcooliques, pas de savon, pas d'accès à l'eau pour se laver les mains, pas d'accès aux tests diagnostiques, diminution de l'aide informelle et des contacts sociaux, diminution des maraudes et du soutien associatif, social et médico-social), ni de faire face aux craintes générées par l'épidémie.

¹ Rue, squats, campements, chambres d'hôtels, foyers

² CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale ; CADA : centre d'accueil des demandeurs d'asile ; ACT : appartement de coordination thérapeutique ; LAM : lit d'accueil médicalisé ; LHSS : lit halte soins santé ; CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Ils sont porteurs de très nombreux facteurs aggravants, en particulier de comorbidités, qui accroissent la gravité potentielle de leur infection par le virus SARS-CoV-2. Leur état de santé peut également être altéré par des consommations ou des addictions délétères : tabac, alcool, substances psychoactives illicites. L'état de manque induit par la pénurie actuelle risque d'aggraver leur état et l'évolution de la maladie.

En cas de contamination par le SARS-CoV-2, le diagnostic de la maladie sera le plus souvent tardif, la prise en charge ne pourra pas être celle du droit commun : promiscuité entre les personnes vivant à la rue, absence de médecin traitant, diminution des ressources médicales dédiées par leur réorientation vers d'autres services (par exemple dans certains établissements, les professionnels des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui ont été réquisitionnés pour assurer d'autres activités), accès encore plus difficile au numéro 15 d'urgence médicale et à la prise en charge.

3. Des problèmes de santé spécifiques ou aggravés en raison des conditions de vie.

Ces populations peuvent présenter un risque accru de contracter la maladie Covid 19 en raison de leurs conditions de vie, en particulier la promiscuité dans certains types d'hébergement (squats, campements, hébergements d'urgences, ...) et la possibilité restreinte d'hygiène individuelle, de compréhension et de suivi des recommandations en termes de gestes barrières (exemple : lavage très régulier des mains, utilisation de mouchoirs à usage unique).

Ces populations ont un risque accru de complications et de létalité : prévalence élevée de comorbidités et de vulnérabilités somatiques et mentales préexistantes, qui sont des facteurs d'évolution défavorables [8-10] ; diagnostics potentiellement plus tardifs et risques de prises en charge non optimales en raison du moindre accès aux soins (situation aggravée par le confinement, l'engorgement du système de soins et parfois le redéploiement des professionnels de santé sur d'autres missions).

Le confinement de la population a des impacts négatifs renforcés pour ces populations : perte des revenus (d'activités formelles ou informelles) ; risques de rupture de continuité des dispositifs d'accompagnement, en termes d'aide alimentaire, d'hébergement d'urgence, de suivi médical et social, etc. (situations observées aujourd'hui sur le terrain).

A ajouter que l'éloignement des sources d'information (ou la faible accessibilité à ces sources), pour des personnes ne maîtrisant pas le français, couplé à un manque de soutien social de proches, peut accroître l'anxiété générée par la situation avec des conséquences potentiellement péjoratives (telles que des décompensations de maladies mentales).

En termes d'hébergement, des initiatives pertinentes en dehors d'un contexte épidémique, telles que le regroupement en centres, peuvent s'avérer péjoratives sur le plan épidémiologique. Comme l'a souligné le Conseil scientifique COVID-19 dans son avis du 23 mars 2020 [11] « (...), les stratégies de regroupement (type gymnase) posent d'importants risques d'émergence de nouveaux foyers de contamination et une prise en charge plus individualisée est souhaitable. ».

Pour l'ensemble de ces raisons, ces publics en situation de très grande précarité sont particulièrement vulnérables à l'épidémie actuelle, qui représente un risque important pour elles-mêmes et pour les personnes qui les côtoient (activités de service, travailleurs sociaux, sanitaires, bénévoles, ...). Ils sont vulnérables face à l'épidémie elle-même, mais aussi à ses conséquences sociales et face aux mesures de lutte mises en œuvre, telles que le confinement.

4. Professionnels et bénévoles accompagnant ces populations

L'accompagnement de ces populations repose sur un réseau pluriel de professionnels du champ sanitaire, médico-social et social, de bénévoles et de l'ensemble des dispositifs de mobilisation mis en place récemment (réserves sanitaire, civique³ et sociale), potentiellement vulnérables à la

³ Informations disponibles sur : <https://www.gouvernement.fr/risques/la-reserve-sanitaire> ; <https://www.gouvernement.fr/risques/la-reserve-civique> ; <https://www.gouvernement.fr/risques/la-reserve-sanitaire> ; <https://www.gouvernement.fr/risques/la-reserve-civique>

contamination et aux conséquences de l'infection. Il est primordial de prendre en compte la préservation de la santé de ces professionnels et bénévoles.

5. Les actions déjà engagées

Des dispositions sont permises dans le cadre de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 [12].

Des initiatives et des dispositifs ont déjà été mis en place au niveau national ou local [13]. Parmi ces actions peuvent être cités :

- le report de la trêve hivernale au 31 mai au lieu du 31 mars 2020 [14] ;
- les outils d'informations spécifiques à destination des acteurs (fiches ministère de la santé) et des publics cibles (documents multilingues de Santé publique France) ;
- la mise en place de centres d'hébergement spécialisés pour les malades non graves (centres de desserrement) ;
- le recours accru au SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation) qui constitue la première étape pour accéder à un hébergement pour les personnes en situation de grande précarité. Le nombre de chambres disponibles en hôtel a été accru et la proportion de demandes non satisfaites est aujourd'hui en baisse dans la région Ile-de-France (Samu social de Paris) ;
- la mise en place ou le renforcement d'équipes sanitaires mobiles en régions ;
- La mise en place d'une « réserve sociale » constituée d'étudiants du secteur.

A noter que certaines villes ont mis à disposition de l'État (les Agences régionales de santé = ARS) des gymnases pour héberger collectivement des sans-abris "non malades du Covid19". Les ARS « veillent au respect des règles sanitaires et précisent les règles de distances et d'hygiène indispensables ». Ces regroupements constituent cependant un risque épidémique majeur pour les personnes hébergées et pour toute la population. Compte tenu de la promiscuité, des nombreux contacts inévitables, des conditions d'hygiène, les mesures barrières sont peu applicables. Les tests de diagnostic virologique ne sont pas disponibles. Des personnes hébergées sont infectées, asymptomatiques et contagieuses. Cette solution doit donc être proscrite.

Certains préfets et directeurs d'ARS ont aussi mis en place des dispositifs (en particulier des centres d'accueil) en direction des personnes en grande précarité, et porteuses du Covid-19.

Le HCSP rappelle que ces recommandations ont été faites dans l'état actuel de nos connaissances et des ressources disponibles et qu'elles seront susceptibles d'évolutions importantes, notamment dans deux circonstances :

- accessibilité plus grande et plus fiable aux tests diagnostiques ;
- mise au point et validation de traitements pouvant réduire la contagiosité.

Ces populations pourraient alors, faire partie des populations à priorisation possible dans l'accès aux tests et aux traitements.

Les personnes en situation de grande précarité doivent recevoir une attention particulièrement importante des services sociaux et de santé, prenant en compte leurs risques particuliers.

Le HCSP précise que la population concernée est extrêmement diversifiée. Ces recommandations générales se doivent ainsi d'être déclinées et adaptées en fonction des territoires et des spécificités des personnes et des groupes. Les problématiques spécifiques de certains territoires ultramarins ne sont pas abordées dans cet avis, en l'absence de données disponibles à ce jour sur cette thématique spécifique.

Le HCSP émet les recommandations suivantes.

A. Limiter les contaminations liées aux conditions de vie et permettre à ces populations de respecter le confinement

Le principe de base est que l'accès au confinement strict doit être réalisé pour toutes les personnes non contaminées, comme c'est le cas pour l'ensemble de la population, en prenant en compte les spécificités des populations en grande précarité et leurs fragilités, sociales et psychiques en particulier.

Le HCSP recommande que :

- pour le respect du confinement dans des logements pour tous :
 - les personnes soient relogées d'urgence dans des conditions permettant la mise en œuvre des mesures de prévention ;
 - le démantèlement des camps, le transfert hors de la rue ou des refuges collectifs conduisent à l'hébergement dans des habitats individuels ou familiaux, **non collectifs** ;
 - toutes les solutions d'hébergements publics et privés soient mobilisées pour cela, en utilisant si besoin la réquisition (immeubles collectifs vacants, centres de tourisme, résidences hôtelières et universitaires, hôtels et appartements de locations saisonnières mis à disposition par les propriétaires sollicités ou réquisitionnés, etc.) ;
 - les camps ne soient pas démantelés en l'absence de solution alternative ;
 - les personnes non contaminées résidant en centres d'hébergements d'urgence ou en squats permettant un confinement individuel ou familial soient accompagnées, mais ne soient pas remises à la rue ;
 - les personnes en centre de rétention administrative (CRA) fassent l'objet d'une analyse de leur cas individuel et soient isolées si possible ou dirigées vers des hébergements permettant leur confinement non collectif.
- Afin d'isoler les personnes malades :
 - les personnes malades soient isolées ou regroupées, sauf contraintes familiales spécifiques ;
 - les dispositifs mis en place par les préfets et les directeurs d'ARS pour héberger des personnes malades ou porteuses du virus soient poursuivis et amplifiés. Ils doivent être en mesure d'accueillir les personnes contaminées identifiées dans des centres d'hébergement et des structures d'accueil dédiés ;

- Dans les lieux d'hébergement et dans les structures d'accueil (ACT, LHSS, LAM), trois modalités d'accueil puissent exister sur place ou être accessibles selon la situation des personnes vis-à-vis du SARS-CoV-2 :
 - personnes avec une infection confirmée, qui peuvent être regroupées dans les centres ou secteurs dédiés ;
 - personnes contact qui doivent pouvoir être placées en quarantaine et suivies ;
 - personnes indemnes, qui doivent pouvoir être confinées et suivies.
- Pour la mise en place ou le maintien d'équipes mobiles :
 - les équipes d'intervention et les bénévoles associatifs adaptent le confinement pour des personnes en situation sanitaire fragile, en particulier psychologiquement, pour lesquelles le confinement est particulièrement difficile. Il s'agit très souvent de personnes qui refusent toute contrainte institutionnelle, et dont le confinement sera vécu comme un enfermement, situation pouvant conduire à des comportements déviants, conflits, dégradations, automutilations, fuites, suicides, ...
 - pour accompagner les personnes en logement individuel ou non, des équipes mobiles médico-sociales soient mises en place ou renforcées pour aller au-devant de ces personnes et assurer le respect des gestes barrières, gérer l'inquiétude des personnes, expliquer pourquoi l'isolement/le confinement sont nécessaires, repérer et prendre en charge les personnes infectées.

De plus, le HCSP :

- précise que le relogement doit respecter le principe d'autonomie des personnes et permettre l'accès aux besoins essentiels, en particulier l'alimentation.

B. Assurer la continuité de l'accompagnement médico-social et alimentaire

Afin de garantir le maintien du lien social, l'accès à l'eau, à la nourriture, aux soins, à l'ensemble des besoins essentiels, par l'intervention des services spécialisés des communes, de l'État et des associations, le HCSP recommande des actions en direction des professionnels et des bénévoles pour leur permettre la poursuite de leurs activités. Il s'agit de :

- l'installation immédiate de points d'eau en quantité suffisante dans les bidonvilles, les campements et les squats ;
- le maintien ou le renforcement de l'aide alimentaire ;
- la mise en place dans chaque structure d'un plan de continuité des activités, si ce n'est pas déjà fait ;
- la délivrance pour les professionnels et les bénévoles (ainsi que pour le public cible) d'une attestation permanente de déplacement dérogatoire (maraudes, etc.) ;
- la garantie, pour les professionnels du secteur social, de l'accueil des enfants en milieu scolaire à l'instar de ce qui est fait pour les professionnels du secteur sanitaire et médico-social ;
- la mise à disposition pour ceux qui sont directement en contact avec le public des moyens de protection adaptés (de même type que pour les professionnels des établissements médico-sociaux, produits hydro-alcooliques, gants, masques, tenues de protection à usage unique ; tests de dépistage, ..) ;
- la mise à disposition de l'information nécessaire à leur activité dans un contexte épidémique par déclinaison des documents d'informations à destination de la population et des professionnels de santé (gestes barrière, identification des cas, protocoles de bionettoyage pour les structures d'hébergement, etc.) ;
- le renforcement des PASS et la facilitation de l'intervention des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ou des centres médico-psychologiques (CMP) pour que les personnes ne soient pas en détresse psychologique ;

- l'accès pour les professionnels et bénévoles du médico-social et du social, si possible par mobilisation des ressources locales, aux dispositifs mis en place pour les professionnels de santé :
 - la mise en place d'hotlines téléphoniques afin de répondre à leurs éventuelles questions relatives à leur santé, à celles du public cible et aux bonnes pratiques, du même type que les hotlines récemment créées à destination des professionnels de santé (nota bene : une initiative de ce type est opérationnelle au CHU de Bordeaux),
 - l'accès à un soutien psychologique. Comme le souligne le Conseil scientifique [11], une attention particulière doit aussi être portée aux personnels de santé non hospitaliers. Il s'agit d'élargir ces dispositifs aux professionnels et bénévoles du médico-social et du social.

C. Assurer un accompagnement spécifique dans le contexte épidémique

Le HCSP recommande, pour les publics cible, au titre de la prévention de la contamination de :

- être en mesure de fournir des outils d'information adaptés (notamment multilingues) sur les gestes barrières, sur l'identification des signes d'infection et de gravité et sur la conduite à tenir pour eux-mêmes ou un proche en cas d'infection⁴ ;
- fournir des matériels d'hygiène et de protection adaptés à caractère collectif et individuels : toilettes, points d'eau, savons, solutions hydro-alcooliques, contenants à déchets, masques en sortie de confinement pour les personnes malades, etc. (à adapter aux spécificités des populations concernées et aux contraintes des territoires concernés) ;
- faciliter la réalisation des tests de diagnostic virologique pour les publics précaires et de permettre d'identifier et de prendre en charge de façon précoce les personnes porteuses du SARS-CoV-2.

Le HCSP recommande pour les personnes infectées de :

- mettre en place des centres de confinement spécifiques (« centres de desserrement ») pour les personnes infectées sans signes de gravité et qui ne bénéficient pas d'hébergement individuel permettant le confinement, sur le principe des initiatives déjà prises dans certains territoires ;
- les maintenir dans les lieux d'hébergement si les conditions s'y prêtent (chambres individuelles, secteurs dédiés, personnels en nombre suffisant et correctement équipés) ;
- assurer un suivi médical selon des modalités adaptées au contexte et aux possibilités locales (équipes sanitaires mobiles notamment issues des PASS, etc.).

En conclusion, cette situation extraordinairement difficile à gérer montre bien les limites actuelles de l'intervention du secteur médico-social et social et que la promotion du « logement d'abord » doit être renforcée. Permettre aux personnes d'avoir un logement et un accès aux centres d'hébergement disposant de chambres individuelles limite aussi le risque épidémique.

Le HCSP rappelle que ces recommandations ont été faites dans l'état actuel des connaissances 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.**

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

Validé le 30 mars 2020 par le président du Haut Conseil de la santé publique.

⁴ Certains de ces documents sont aujourd'hui disponibles sur le site de Santé publique France

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. Fondation Abbé Pierre. L'État du mal-logement en France 2020. Rapport annuel n°25. Disponible sur : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/reml2020_rapport_complet_web.pdf, (consulté le 27 mars 2020).
3. Jaeger M. Guide du secteur social et médico-social. Malakoff, Dunod, 10^{ème} édition. 2017 ; 304 pages.
4. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés. 2019. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753>
5. Académie nationale de médecine. Communication séance du 15 janvier 2019 dédiée à la santé des migrants : <http://www.academie-medecine.fr/seance-du-15-janvier-2019-la-sante-des-migrants/>
6. Comede. La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2019. Disponible sur : <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>
7. Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. Rapport 2018. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2019-WEB3.pdf>
8. Wu Z, McGoogan JM. 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. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.2648
9. Zhou F et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020; [395 \(10229\)](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3): 1054-1062, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
10. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. 2020 Mar 23. doi: 10.1001/jama.2020.4683
11. Conseil scientifique COVID-19. Avis du 23 mars 2020. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_23_mars_2020-2.pdf, (consulté le 27 mars 2020).
12. Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041746313&categorieLien=id>, (consulté le 27 mars 2020).
13. Ministère des solidarités et de la santé. Préparation à la phase épidémique de Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements et services médico-sociaux. Guide méthodologique. Mars 2020. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf> (consulté le 27 mars 2020).
14. Ordonnance du 25 mars 2020 relative au prolongement de la trêve hivernale. NOR: LOGL2008067R. <https://www.vie-publique.fr/loi/273999-ordonnance-25-mars-2020-covid-19-prolongement-treuve-hivernale-expulsions>
15. Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041746694&categorieLien=id>, (consulté le 26 mars 2020).

16. Ordonnance no 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041755771&dateTexte=&categorieLien=id>, (consulté le 26 mars 2020).

Annexe 1 – Saisine de la Direction générale de la santé en date du 26 mars 2020

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Sous-direction santé des populations
Prévention des maladies chroniques

Affaire suivie par

Julie Bouscaillou
Tél. 01 40 56 59 35

n° D-20-007027

Paris, le 26 mars 2020

Le Directeur général de la santé

A

Monsieur le Président du Haut
Conseil de la Santé Publique

OBJET : Saisine relative à la prise en charge de personnes en situation de précarité dans un contexte de l'épidémie COVID 19 et de prolongation du confinement.

La prolongation du confinement, dans le contexte de l'épidémie de COVID-19, amène à réinterroger les organisations tant en termes de prévention que de prise en charge des personnes en situation de précarité. Suite à l'avis du Conseil scientifique du 24 mars 2020, plusieurs initiatives ont déjà été prises pour répondre à ces situations, notamment :

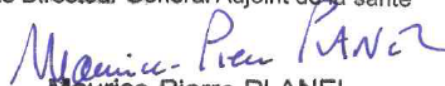
- La prolongation de la trêve hivernale jusqu'à la fin du mois de mai et l'ouverture des places supplémentaires temporaires (hôtels, centres de vacances, gymnases...) pour pouvoir accueillir les personnes à la rue, ne présentant pas de symptômes de Covid-19 ;
- La recherche active de place d'hébergement pour mettre à l'abri les personnes à la rue (instruction faite aux préfets) ;
- La mise en place en cours de centres d'hébergements dédiés avec équipe sanitaire aux personnes sans domicile malades du Covid-19 (cahier des charges diffusé) ;
- La mobilisation en cours d'équipes sanitaires mobiles pour intervenir auprès des personnes qui accèdent difficilement au système de santé de droit commun ;
- La diffusion d'une fiche aux gestionnaires des structures d'hébergement sur la mise en œuvre de mesures d'isolement en cas de survenue de la maladie chez une personne accueillie ;
- La diffusion de fiches sur la continuité des structures de prévention et de prise en charge des publics, notamment précaires ou éloignés du système de santé.

Alors que ces interventions se mettent en œuvre progressivement, je sollicite votre avis sur les moyens de renforcer la stratégie proposée pour répondre à l'épidémie de COVID-19, tenant compte de la diversité des situations de ces publics, de l'impact du confinement.

Votre avis, est souhaité pour le 30 mars 2020.

Vous remerciant de votre mobilisation avec nous.

Le Directeur Général Adjoint de la sante


Maurice-Pierre PLANEL

Annexe 2 - Composition du groupe de travail dédié Covid-19 Précarité

Membre du collège du HCSP

- Zeina MANSOUR, vice-présidente du HCSP

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

- Dominique BONNET-ZAMPONI
- Philippe MICHEL, pilote du groupe de travail
- Claire MORGAND
- Matthieu SIBÉ

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « *Maladies chroniques* »

- François ALLA, co-pilote du groupe de travail
- Agathe BILLETTE de VILLEMEUR
- François EISINGER
- Marcel JAEGER
- Isabelle MILLOT- VAN VLIERBERGHE

Membre qualifié de la Commission spécialisée « *Maladies infectieuses et maladies émergentes* » :

- Henri PARTOUCHE

Autres experts ayant participé au groupe de travail

- Laetitia ATLANI-DUAULT, IRD
- Alfred SPIRA, Académie nationale de médecine

Secrétariat général du HCSP :

- Annette COLONNIER
- Ann PARIENTE-KHAYAT

Annexe 3 - Liste des personnes auditionnées ou ayant fourni une contribution écrite

Luc GINOT, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France

Hugo SI HASSEN, chargé de mission santé, Fédération des acteurs de la solidarité

Nour CRESSIA, conseillère sociale auprès de la maire de Paris

Christine LACONDE, directrice générale, Samu social de Paris,

Marion QUASH HONG, responsable de LHSS, Samu social de Paris

Nathalie GODARD, Présidente de RomEurope, Médecins du Monde,

Eric PLIEZ, association Aurore

Le 30 mars 2020

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr