

LUTTE CONTRE LA COVID-19 AUPRÈS DE POPULATIONS EN GRANDE PRÉCARITÉ EN FRANCE : PARTAGE DES CONNAISSANCES SUR LES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE

POINTS CLÉS

- La stratégie de dépistage de la COVID-19 reste essentielle, avec un dépistage systématique (TROD)¹ pour tenir compte des cas asymptomatiques et s'adapter au contexte de la densité des personnes en situation de grande précarité, souvent logées en hébergement collectif, et à la dynamique de l'épidémie dans un contexte de tensions sur les hôpitaux et le parc d'hébergement.
- Pendant la pandémie, les besoins fondamentaux (eau, nourriture, hygiène) de cette population mais aussi ses besoins concernant l'accès aux soins, au numérique, à l'enseignement et à une meilleure prise en charge en santé mentale sont encore plus prégnants.
- Le resserrement des liens entre le secteur social et celui de la santé, notamment via les équipes mobiles, est à consolider et à pérenniser, dans la mesure où en situation de crise, l'orientation de ces populations vers des dispositifs de droit commun peut être insuffisante pour une prise en charge adéquate.
- Les modalités d'hébergement et d'isolement soulèvent des questions éthiques et juridiques, mises en évidence par les témoignages des acteurs. La question sécuritaire peut entraver le travail social et souligne la nécessité de préserver cette démarche de « l'aller vers » en situation de crise.
- L'accompagnement des professionnels, notamment du secteur social, dans le temps avec les outils adéquats, en valorisant les capacités des personnes à s'adapter du mieux qu'elles le peuvent et le développement d'interventions appropriées, co-construites et intégrant les aspects participatifs doit mobiliser Santé publique France.
- L'application du programme de vaccination intègre également cette démarche de partage et de mobilisation des connaissances. Il prend en compte les risques, les besoins et s'adapte aux contextes spécifiques à ces populations, en s'associant étroitement avec les acteurs qui interviennent auprès d'elles et en s'appuyant sur une meilleure connaissance des attitudes et des comportements.

1. Tests rapides d'orientation diagnostique.

INTRODUCTION

Depuis l'apparition de l'épidémie de COVID-19, une attention particulière a été portée aux populations de plus de 65 ans et/ou présentant des comorbidités, pour des raisons à la fois physiologiques et épidémiologiques. Lors de la première vague, les données et l'expérience de terrain ont rapidement identifié les populations socialement précaires, tout particulièrement les personnes sans-domicile, comme démesurément exposées au risque d'infection et à ses conséquences en matière de mortalité,

morbidity, séquelles physiques, santé mentale/psychique et vie sociale. Pour cette population très vulnérable, les répercussions des mesures de gestion de la crise sont aussi plus délétères (précarité alimentaire, couvre-feu, confinement, perte de travail...) que pour la population insérée socialement et professionnellement [1].

Le risque accru d'infection est lié à plusieurs facteurs : i/ la densité et la proximité des personnes dans les lieux d'hébergement, souvent collectifs ; ii/ des difficultés d'application des gestes barrières,

le plus souvent pour des raisons spécifiques à leurs conditions de vie, comme la nécessité d'avoir recours aux dispositifs d'aide notamment alimentaire et de continuer à travailler, l'accès à des conditions d'hygiène de base optimales (eau courante, toilettes et douches individuelles), à du matériel de protection ou à une information adaptée ; iii/ des difficultés d'accès aux soins et aux droits.

Les mesures de protection collectives comme le confinement et les couvre-feux ont des conséquences particulièrement nuisibles au sein de cette population, notamment sur la santé mentale et les conduites addictives. Elles ont aggravé des stress alimentaires, économiques et sociaux sur des situations préexistantes déjà préoccupantes.

Lors de la première vague épidémique de mars-avril 2020, le niveau de saturation des services hospitaliers, combiné aux tensions sur l'offre d'hébergement, aux mesures de confinement et à l'incertitude concernant la situation sanitaire sont autant d'éléments contextuels représentant des défis majeurs auxquels les acteurs de terrain et les autorités sanitaires ont été confrontés pour lutter contre la propagation de l'épidémie au sein de ces populations, notamment dans les structures d'hébergement.

Les besoins spécifiques de ces populations, au regard des éléments de contexte mentionnés ci-dessus et par ailleurs très mouvants, nous ont amené à proposer une démarche de mobilisation des connaissances afin de partager les stratégies probantes mises en place à l'étranger, les résultats des travaux de recherche réalisés ou en cours en France, les expériences acquises par les acteurs de terrain, les actions des administrations et de décideurs aux différents échelons territoriaux. L'objectif était de partager et de définir collectivement les enjeux à venir auprès de cette population et de guider la mise en œuvre de bonnes pratiques d'action, de prévention et de promotion de la santé basées sur les connaissances et l'expérience de terrain. L'objectif de cette synthèse est de restituer les principaux résultats et les perspectives de cette démarche de partage de connaissances sur les stratégies de dépistage entre chercheurs, acteurs et décideurs sur les moyens de lutter contre la propagation du SARS-CoV-2 au sein des populations en situation de vulnérabilité.

MÉTHODE

La démarche méthodologique s'est inspirée du processus du transfert de connaissances de l'Institut

national de santé publique du Québec (INSPQ) qui réfère à « un processus dynamique qui englobe différentes stratégies de diffusion et d'appropriation des connaissances en vue de leur utilisation par les milieux de pratique, les milieux de décision ou le grand public » [2-4]. Ce processus implique une dynamique, une animation et des interactions entre les parties prenantes afin de produire et synthétiser des connaissances pertinentes et utiles pour améliorer les pratiques de gestion de première ligne. Le processus s'est déroulé en plusieurs étapes :

1) une première étape de synthèse des connaissances (octobre 2020) sur les stratégies mises en place à l'étranger pour lutter contre la COVID-19 dans les foyers d'hébergement et sur les études de séroprévalence et de leurs facteurs associés ainsi qu'un recensement des études en France publiées ou en cours ;

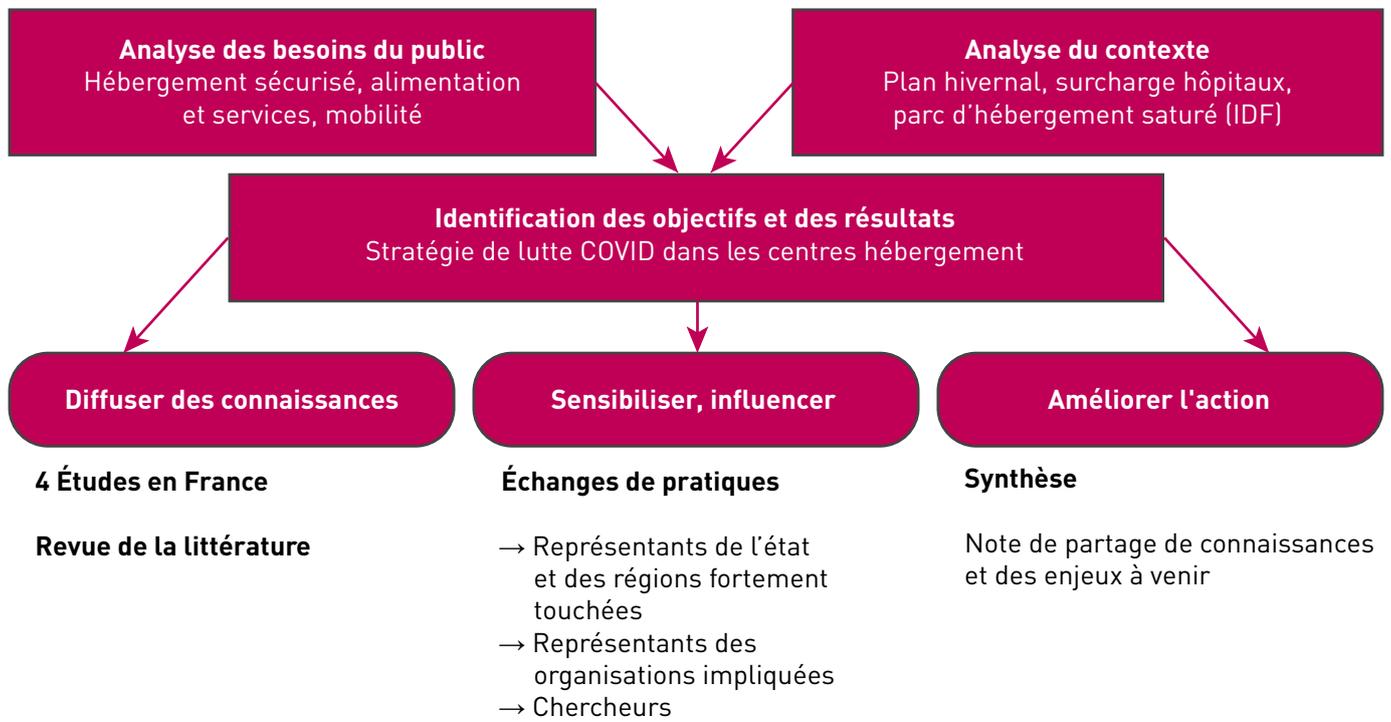
2) une deuxième étape de recueil des savoirs expérimentiels via des entretiens menés auprès des acteurs de terrain et des parties prenantes (octobre 2020) ;

3) un webinaire de présentation de la synthèse de l'état des connaissances et des acquis basés sur l'expérience (novembre 2020), afin de favoriser les échanges sur les points évoqués et de dégager collectivement les enjeux à venir et les perspectives d'action à engager en bonne intelligence et en concertation par les parties prenantes.

Synthèse des connaissances et des études menées en France

La synthèse des connaissances, de type exploratoire, a débuté par une recherche documentaire effectuée le 7 octobre, au moyen d'une étude de portée (*scoping study*) pour cartographier rapidement les concepts et identifier les données probantes disponibles. La recherche a porté sur les mesures mises en place dans les structures d'hébergement d'urgence pour lutter contre la propagation du SARS-CoV-2 et sur les facteurs associés à la prévalence de la COVID-19 dans ces structures. Les sources mobilisées étaient Epistemonikos Foundation, COVID-19 L.OVE (*The Living Overview of Evidence*), Base COVID-19 de l'OMS, PubMed, Scopus et Google Scholar, avec les mots clés « shelter », « homeless », « SARS-CoV-2 » ou bien « SARS-CoV » ou bien « COVID » ou bien « COVID-19 ». Les critères d'exclusion étaient les tribunes et les articles sans analyse de données. Au total, 50 références ont été sélectionnées. Après exclusion des doublons et des tribunes, 25 ont été retenues dans l'analyse finale.

FIGURE 1 | Démarche du partage des connaissances (INSPQ)



Quatre études ont été recensées en France :

- L'étude PrePrec² (Précarité et prévalence du COVID) menée par MSF (Médecin sans frontières) du 26 juin au 7 juillet 2020 auprès de 2 sites de distribution alimentaire (n=172 personnes), de 2 foyers de travailleurs (n=247), et de 10 centres d'hébergements (n=372) pour évaluer la séroprévalence chez les personnes en situation précaire dans les sites MSF et pour déterminer les facteurs de risque d'exposition.
- L'étude de cohorte rétrospective PreraCOV du Samu social et de l'hôpital Bichat sur la séroprévalence pour le SARS-CoV-2 chez les personnes hébergées de mars à mai 2020 et du personnel de 9 lits « halte soin santé » dans 3 lieux en Île-de-France, soit au total 96 résidents et 83 personnels.
- L'étude de cohorte prospective COVID Homeless, menée par l'AP-HM (Assistance publique - Hôpitaux de Marseille) et Médecins du Monde pour évaluer l'effet du SARS-CoV-2 sur la morbi-mortalité des sans-abri à Marseille de juin à août 2020, auprès de 1 156 personnes avec une étude de séroprévalence IgM (immunoglobulines M) ou IgG (TROD).

2. https://www.msf.fr/sites/default/files/2020-12/2020_12_17_PreCARES-MSF_Covid-Precarit%C3%A9_HD.pdf
https://www.msf.fr/sites/default/files/2020-12/2020_12_17_PreCARES-MSF_Covid-Precarit%C3%A9_Synthese.pdf

- L'étude Echo [1] (Perceptions et impact de l'épidémie liée au COVID-19 en centres d'hébergement pour personnes en situation d'exclusion) menée par l'Inserm auprès de 535 personnes dans des centres d'hébergement pour personnes en situation de précarité gérés par des associations (12 en Île-de-France, 5 dans le Rhône et 1 à Strasbourg).

Entretiens auprès des acteurs

Les acteurs nationaux ont été identifiés en sollicitant dans un premier temps les partenaires nationaux habituellement en relation avec Santé publique France, qui à leur tour ont désigné d'autres acteurs (technique « boule de neige »). Dix entretiens d'une durée d'une heure environ ont ainsi été réalisés par l'équipe de Santé publique France en octobre et novembre 2020 auprès d'acteurs institutionnels ou de têtes de réseau associatives, à l'aide d'une grille d'entretien (voir annexe 1). Différents thèmes ont été abordés, tels que les activités mises en place pour lutter contre la propagation du COVID-19 suivant les différents protagonistes (bénéficiaires, équipes, partenaires) ou encore l'organisation de la prévention et la prise en charge des malades. L'entretien se terminait par une analyse de la situation à l'issue de la première vague, les pistes d'amélioration dégagées pour la suite, ainsi que les perspectives à venir.

Organisation d'un webinaire

Le 20 novembre 2020, un webinaire a ensuite réuni les chercheurs, les acteurs associatifs et les décideurs pour partager les résultats de la synthèse de la littérature scientifique à l'étranger, les résultats des premières études réalisées en France et les expériences sur le terrain lors de la première vague. Le webinaire a été enregistré pour permettre une restitution fidèle des échanges.

RÉSULTATS

Synthèse des connaissances à l'étranger

La revue de la littérature a montré que les stratégies de lutte contre la propagation du coronavirus dans les centres d'hébergement sont fondées sur le risque. Il existe des stratégies bien définies et publiées, en particulier au Royaume-Uni (et pour la ville de Boston). Ces stratégies sont appliquées grâce à une nouvelle organisation des centres d'hébergement, en séparant les personnes avec et sans symptômes, et les personnes à risque de forme grave de la COVID-19 : en centre COVID-CARE (si symptômes) ou en centre COVID-PROTECT (personnes à risque de forme grave de COVID-19 en l'absence de symptômes) [5, 6].

Une modélisation théorique a permis d'estimer que cette stratégie, mise en place du 1^{er} février au 31 mai 2020 pour 46 565 sans-abri en Angleterre, avec une incidence cumulative dans la population générale de 5,4 % et un R_0 de 0,75 dans les centres d'hébergement aurait permis d'éviter 21 092 infections, 266 morts, 1 164 admissions hospitalières et 338 admissions aux soins intensifs ; moyennant l'ouverture de 8 609 lits par jour dans les centres COVID-PROTECT et de 153 lits par jour dans les centres COVID-CARE [7]. Ces stratégies sont complémentaires des mesures d'hygiène que sont la distanciation physique dans les espaces communs, les têtes de lits distancées d'au moins 2 mètres, l'utilisation programmée des douches et des espaces partagés. D'autres mesures d'hygiène ont été utilisées au Canada et aux États-Unis, comme la mise en place de douches, de toilettes et d'installations temporaires pour le lavage de mains/gel désinfectant, le nettoyage et désinfection fréquents des surfaces, le transport des cas graves à l'hôpital avec véhicule et conducteur dédiés [8] et le port du masque obligatoire étendu aux résidents et aux travailleurs dans les centres.

Les études ont mis en évidence de nombreux cas asymptomatiques (jusqu'à plus de 88 %) et l'absence de différences de symptômes parmi les personnes sans-abri testées positives et négatives pour SARS-CoV-2 ($p = 0,34$) [9, 10]. Il ressort par ailleurs, que les facteurs contextuels influencent davantage le taux de séroprévalence que les facteurs individuels. C'est notamment la densité élevée de population autour du centre d'hébergement, le type de centre d'hébergement (gymnase vs chambre individuelle) et la mobilité de la population à l'intérieur du centre (« turn-over ») qui est positivement associée à une séroprévalence élevée [9, 11-13].

À la lumière de ces résultats, les stratégies de dépistage ont évolué vers un dépistage systématique et itératif des cas par RT-PCR dès l'entrée en centre d'hébergement dans plusieurs grandes villes aux États-Unis afin de capter les cas asymptomatiques et pré-symptomatiques. En présence de foyer de cas, cette stratégie a permis de retrouver jusqu'à 67 % de cas positifs parmi les personnes sans-abri et 30 % parmi les travailleurs, tandis que ce chiffre atteignait en l'absence de foyer, 35 % de cas positifs parmi les personnes sans-abri et 2 % parmi les travailleurs [9, 11, 14]. La modélisation de la stratégie adaptée selon le taux de reproduction du virus dans la population générale autour des centres d'hébergement en appliquant conjointement l'évaluation quotidienne des symptômes, le test RT-PCR deux fois par semaine, et le port du masque obligatoire, a montré que cela permettait d'éviter 68 % des cas de transmissions au sein des centres d'hébergements si le R_0 était modéré à 1,5 et plutôt 40 % des cas si le R_0 était plus élevé à 2,9 et seulement 8 % des cas si le R_0 était très élevé à 6,2 [15].

Synthèse des études menées en France

La plupart des études étant encore en cours d'exploitation et de valorisation en France, seules les grands enseignements sont présentés dans cette synthèse. Les études menées dans les centres d'hébergement en Île-de-France et à Marseille font état d'une séroprévalence plus élevée qu'en population générale avec de nombreux cas asymptomatiques (au moins 50 %). Les études montrent un risque plus élevé de formes graves qu'en population générale (près de 20 % d'hospitalisation parmi les personnes infectées).

Le type de centre (risque plus élevé dans les centres d'urgence et en dortoir), la densité de population, la proximité entre les personnes et le temps passé dans le centre sont les principaux facteurs de risque

identifiés. Ainsi les personnes qui sortaient davantage de leur lieu de vie étaient moins à risque d'être infectées. Certaines études ont mis en place des dispositifs adaptés avec les médiateurs en santé pour des campagnes de dépistage TDR (test diagnostique rapide) antigénique et PCR mobile (prélèvement naso-pharyngé avec la technique d'amplification des acides nucléiques par la réaction en chaîne par polymérase) en « point of care » mobile [16], permettant une intervention rapide et une prise en charge globale. Enfin, les études soulignent que le manque d'accès à des ressources essentielles (eau, logement, denrées alimentaires) et à des services de santé était flagrant et amplifié par la crise économique. Les personnes devaient faire face aux nombreuses conséquences de l'épidémie, comme la perte d'activité avec des difficultés financières accrues et des problèmes alimentaires aggravés. Une altération de la santé mentale était notée, ainsi qu'un retard de prise en charge pour des maladies autres que la COVID-19.

Synthèse des entretiens

Malgré la crise et le confinement, les entretiens ont révélé que de nombreuses innovations ont vu le jour durant la première vague, que ce soit sur le **plan organisationnel**, sur les **dispositifs déployés** ou via les **partenariats mis en place**. Chaque acteur s'est organisé en cellule de crise, ce qui a permis de tisser des liens étroits notamment entre les acteurs et les décideurs, avec de nombreux ajustements au fil de l'eau. Cette interaction, à la fois auprès des usagers et des équipes a permis par exemple l'émission de fiches réflexes adaptées au terrain et la mise en place de cellules d'écoute spécifiques.

La réorganisation du travail s'est faite avec le télétravail, la mise en place de téléconsultations sociales et médicales, de permanences médicales et surtout avec une nouvelle forme de mutualisation des personnels médicaux et sociaux (habituellement impossible compte tenu des contraintes organisationnelles et budgétaires spécifiques à chaque établissement). Ceci a grandement contribué à rassurer les équipes des travailleurs sociaux sur le terrain, alors qu'ils travaillaient dans un contexte d'incertitude majeure. Les acteurs ont unanimement souligné le renforcement du lien opérationnel entre le monde sanitaire et le monde social et l'apport considérable des équipes mobiles. L'accès à l'eau, à la distribution alimentaire a été assuré ainsi que l'accès à internet, ce qui a permis de conserver certaines activités, comme les cours de français en langue étrangère via le réseau social WhatsApp par exemple.

Concernant les addictions, des démarches de réduction des risques ont été proposées. De plus, différents points d'écoute ont été déployés : points d'écoute psychologique, points d'écoute sur la prise en charge des consommations excessives et points d'écoute concernant le soutien parental, le numéro national mis en place n'étant pas adapté à cette population, en raison d'un message perçu comme formel et uniquement en français. Beaucoup d'innovations concernant l'hébergement ont également été développées, avec une réorientation vers les hôtels et de nouvelles solutions comme les mobiles homes ou centres de vacances, notamment pour les jeunes, avec des bénéfices secondaires (motivation accrue des jeunes concernant leur réinsertion).

Enfin cette période a mis en évidence de nouvelles populations vulnérables, populations jusque-là moins visibles des dispositifs d'aide, telles que les travailleurs du sexe, les étudiants et les travailleurs pauvres ou non déclarés, échappant aux mesures gouvernementales, ou encore les personnes ayant recours à la mendicité. Les acteurs ont par ailleurs souligné la grande diversité des supports proposés pour lutter contre la propagation de la COVID-19 (traductions, langue des signes française, formats variés : affiches, vidéos, audio...), notamment ceux élaborés par Santé publique France. Un retard dans la mise à disposition de ces supports a été évoqué par certains, amenant ces structures à produire dans l'urgence des supports en fonction de leurs publics et des contextes d'intervention. Une profusion d'informations a parfois entraîné une difficulté de sélection et a révélé un besoin d'accompagnement des professionnels de terrain, notamment du secteur social, pour permettre l'appropriation des informations par les usagers, qui passe aussi par la formation des équipes. L'utilité et le savoir-faire des médiateurs en santé ont été davantage appréciés et leur mobilisation a pu être rapide compte tenu de leur implantation préexistante auprès des populations.

Synthèse des échanges durant le webinaire

Lors du webinaire, les participants ont pu échanger des informations sur la concordance entre les données probantes à l'étranger et les premiers résultats des études menées en France, soulignant que la stratégie efficace était de diminuer la densité de population en mobilisant des centres d'hébergement alternatifs et d'« isoler » correctement les personnes, le plus précocement possible, avant le résultat des tests. Or, le terme d'isolement renvoie

pour ces populations éprouvées à des contraintes et des réminiscences traumatiques (notamment pour les migrants passés par la Libye) difficiles à vivre, comme l'ont souligné les résultats qualitatifs et les retours de terrain. La peur de se retrouver isolé(e) et éloigné(e) de la communauté de vie est prégnante à la fois pour des raisons symboliques et pratiques, comme la perte d'un rendez-vous avec la préfecture, la perte du contact avec les compatriotes ou du réseau de proximité soutenant, la crainte de perdre sa chambre en foyer, ou de ne plus pouvoir exercer des activités rémunératrices permettant les rentrées financières.

En France, la stratégie « tester, tracer, isoler », remplacée par « tester, informer et protéger » souligne un questionnement éthique légitime. Les autorités sanitaires soulèvent la nécessité de trouver un équilibre entre d'un côté, des conditions d'hébergement permettant un isolement pour des raisons sanitaires (comme l'a montré le modèle théorique présenté dans la revue des connaissances) et de l'autre, ce qui est acceptable par les personnes concernées (maintien du lien familial, sécurité, etc.). Autre question délicate : celle de ne pas conditionner le dépistage à la conservation au maintien de l'hébergement, dans la mesure où une angoisse forte était souvent liée à la peur de perdre son hébergement en cas de résultat positif. Les personnes sans logement avaient un risque d'être positif au test équivalent à celui de la population générale, mais ce risque était décuplé en cas d'hébergement d'urgence collectif.

La stratégie de dépistage présentée dans les études concernait le test PCR et n'intégrait pas les tests antigéniques, tout juste disponibles au moment de l'analyse, même si leur sensibilité est plus limitée. Le travail concernant l'utilisation des TROD antigéniques et sérologiques reste ainsi encore à coproduire, en partant des savoirs et en tenant compte de la compétence des personnes et de l'importance d'un accompagnement par la médiation en santé.

Les outils en « français facile » et traduits, avec des visuels adaptés et les vidéos ont été utiles pour les usagers et largement diffusés. Ils sont incontournables pour faciliter l'accès à l'information. Toutefois, on dispose de peu d'informations et de retours permettant d'évaluer la compréhension et l'appropriation par les publics concernés. De plus, les professionnels ont dû travailler à l'élaboration de nombreux guides pour capitaliser et adapter les informations issues de leurs pratiques aux contextes particuliers des structures et lieux d'accueil. Le besoin d'avoir une information réactive et stabilisée s'est fait sentir, en tenant compte des spécificités de

ces populations et notamment de leurs représentations, perceptions, freins et leviers socio-culturels. Si la démarche de consultation des acteurs de terrain engagée par Santé publique France malgré les difficultés du contexte est saluée, elle devrait aussi être renforcée et élargie pour prendre en compte plus directement les personnes concernées, notamment concernant les enjeux de la vaccination. En ce sens, le lien entre Santé publique France et le Conseil national des personnes accompagnées ou accueillies³ pourrait permettre de travailler plus étroitement en amont, en tenant compte du vécu de ces personnes. Par ailleurs, il apparaît essentiel de sensibiliser et former les professionnels pour qu'ils prennent en compte les capacités de ces publics, leurs besoins, leurs représentations ou leurs fausses croyances.

Le webinaire a permis aux acteurs d'aborder des actions controversées et polémiques, comme le démantèlement des campements à Calais avec orientation vers les centres d'hébergement sans dépistage préalable ; ou encore l'évacuation récente d'un camp de migrants en Seine-Saint-Denis, suscitant les interrogations des acteurs sur la possibilité de tracer et isoler les personnes évacuées. Les autorités sanitaires ont souligné que les tests ont bien eu lieu pour au moins 2/3 d'entre elles avec comme résultat très peu de positifs. Les acteurs ont souligné que les évacuations manu militari et les contraintes sécuritaires visant à éviter les regroupements ont entravé le travail des équipes mobiles, empêchant la distribution alimentaire et les consultations médicales sur le terrain. Ils ont aussi attiré l'attention sur le manque d'accès aux soins et le fait de ne pas pouvoir se soigner en dehors de la COVID-19, avec le risque important de perte des personnes dans le dispositif de soin alors qu'elles vivent dans des conditions sanitaires très difficiles. Le télescopage des enjeux sécuritaires et sanitaires a pris de l'ampleur. On note une capillarité de la rue et de l'hébergement précaire et, à la différence de la première vague, les menaces d'expulsion se manifestent aussi dans les habitats précaires, ce qui se traduit par une confiance altérée entre acteurs et personnes hébergées dans les foyers de migrants et *in fine* par un renoncement aux soins. La tragédie se joue à huis clos bien au-delà des personnes à la rue. Ceci est d'autant plus regrettable que les expériences menées, notamment à Marseille, montrent qu'il est possible de fournir un isolement qualitatif en préservant un accès aux soins global (centre de vacances reconverti avec prise en compte dans la stratégie d'isolement d'une action

3. <http://cnpa-crpa.org/content/pr%C3%A9sentation-du-conseil-national-des-personnes-accueillies-etou-accompagn%C3%A9es-le-cnpa>

sur la remise dans le parcours de soins et d'accès aux droits). La question sécuritaire se confronte à la prise en charge sanitaire et sociale surtout pour la seconde vague. Le travail social est plus difficile du fait de cette question sécuritaire. La défiance des populations envers les pouvoirs publics s'accroît et l'augmentation des dispositifs sécuritaires limitent l'articulation entre sanitaire et social. La crise sanitaire, exacerbée au sein de ces populations, risque d'être amplifiée par ce déploiement sécuritaire.

Tous les participants soulignent que la logique en silo qui sépare la santé d'un côté et le social de l'autre ne fonctionne pas. Comment s'occupe-t-on de sa santé si on n'a pas de logement ? La précarité s'aggrave et il est primordial d'anticiper car la France va être confrontés à un afflux supplémentaire de personnes en situation de précarité du fait de la crise sociale : où va-t-on les héberger dans le système actuel ? Les acteurs s'interrogent à très court terme sur la coordination des mesures au niveau national pour organiser le transfert de ces publics avec l'application immédiate de mesures de prévention. Les personnes arrivent souvent par dizaine, parfois sans test ni bilan de santé et la question de l'encadrement du suivi sanitaire avant hébergement se pose. Toutes les données présentées interrogent sur l'organisation de l'hébergement à plus long terme et l'organisation de l'espace en particulier. Comment prendre en compte les mesures sanitaires avec les cuisines ou des WC collectifs ? Comment les pouvoirs publics vont-ils s'emparer de ces questions pour envisager autrement l'hébergement, l'orientation et l'accueil ? Les constats menés pendant la première vague indiquent que le logement constitue un déterminant majeur de la santé. Les capacités des personnes ont été constatées par les acteurs. Si l'on met en place un environnement favorable, elles réagissent différemment. Le rôle essentiel de l'environnement a fait l'objet d'une prise de conscience forte. Santé et logement constituent un binôme indissociable (sécurité, intimité). Pouvoir construire un service public de la rue et du logement pose des questions d'acceptabilité sociale et implique de prévoir des campagnes de santé positives et pertinentes pour ces personnes. Les équipes mobiles doivent être un trait d'union entre actions de prévention et de promotion en santé et mises en perspective des difficultés des personnes concernées.

Les échanges ont porté aussi sur l'inquiétude par rapport à la situation actuelle et la prolongation de la crise sur le long terme. S'il y a eu beaucoup d'innovations citoyennes, l'une des difficultés actuelles est celle la relève de ces acteurs par le service public. Les équipes sur le terrain sont épuisées et il semble y avoir moins de moyens pour le second confinement

(les distributions alimentaires sont bloquées ou plutôt ralenties) avec une massification des problèmes sans les mêmes moyens ni la même dynamique.

De leur côté, les autorités sanitaires confirment que le partenariat était très réactif et très fort avec le déploiement des équipes mobiles, y compris pour les foyers de travailleurs migrants lors de la première vague. Pour la seconde vague, le principal problème provient du fait que la logique est différente. Une pérennisation de la dynamique entreprise lors de la première vague implique que cela soit bénéfique pour la santé publique au-delà de la COVID-19, avec intégration de la mesure 27 du Ségur de la santé : « *Lutter contre les inégalités de santé* ». « *Annoncé le 9 septembre 2019 comme mesure du Pacte pour la refondation des urgences, le Service d'accès aux soins (SAS) est un service universel, accessible en ligne et reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux* ».

Ce qui s'est mis en place dans un périmètre expérimental doit pouvoir se pérenniser, comme les équipes hors les murs qui ont été déployées par le monde hospitalier. Les acteurs confirment unanimement que les bénéfices des équipes mobiles qui partageaient des compétences sociales et de santé ont permis d'affronter efficacement le défi de cette première vague, permettant une articulation en temps réel entre les problématiques de santé et problématiques sociales. Il faut en effet trouver des modalités de débouchés et de partenariats qui soient moins dépendantes des personnes et plus institutionnalisées pour la pérennisation de ces structures. En ce sens, une proposition de service public de la santé des personnes en insertion et à héberger a été évoquée, pour permettre une stabilisation des partenariats du monde de l'insertion et du monde sanitaire.

SYNTHÈSE ET MISE EN PERSPECTIVE

La démarche de partage de connaissances et d'expériences acquises sur le terrain a été très bien accueillie par les acteurs, malgré une actualité toujours chargée et conséquente et en dépit de la multiplicité des échanges ayant déjà eu lieu entre les partenaires sur le terrain, la prise de décision politique déjà amorcée concernant le plan hivernal à la suite des résultats des premières études en France, et la mobilisation des acteurs. La structuration de la démarche et la préparation conséquente en amont, notamment par la revue de la littérature étrangère et les entretiens préalables, ont fourni à l'ensemble des participants un cadre scientifique mobilisateur

et transparent. Les échanges du webinaire, riches, animés et tenus dans un climat de confiance ont permis un partage d'informations constructif et fédérateur.

Principaux enseignements tirés par l'ensemble des acteurs et Santé publique France à l'issue de l'exercice

- La stratégie de dépistage reste essentielle, avec un dépistage systématique par TROD, tests qui vont devenir essentiels chez ces populations pour tenir compte des nombreux cas asymptomatiques et s'adapter au contexte, notamment à la densité de population et à la dynamique de l'épidémie alors que les hôpitaux et le parc d'hébergement sont saturés en France.
- La synthèse souligne que pendant l'épidémie, les besoins fondamentaux (eau, nourriture, hygiène) de cette population mais aussi ses besoins concernant l'accès au numérique, à l'enseignement, aux soins, à une meilleure prise en charge en santé mentale se sont encore accrus ou ont été plus difficilement couverts.
- Le lien entre le secteur social et celui de la santé, les innovations des équipes mobiles sont à consolider et à pérenniser, dans la mesure où l'orientation de ces populations vers des dispositifs de droit commun, en situation de crise, reste insuffisante pour une prise en charge optimale des personnes en grande précarité et que les crises sont amenées à se répéter.
- Un service public de la rue au logement pourrait être étudié par les services publics pour permettre la mobilisation de moyens ad hoc.
- Les modalités d'hébergement et d'isolement soulèvent des questions éthiques juridiques, mises en lumière par les témoignages des acteurs. La question sécuritaire qui entrave le travail social et la démarche de l'« aller vers » ces populations apparaît explicitement.
- L'accompagnement des professionnels, notamment du secteur social, dans le temps, par des outils appropriés, en valorisant les capacités des personnes à s'adapter du mieux qu'elles le peuvent et le développement des interventions appropriées en co-construction et en intégrant les aspects participatifs doivent mobiliser Santé publique France.

- L'application du programme de vaccination en cours de préparation doit intégrer cette démarche afin de prendre en compte les risques, besoins et contextes spécifiques à ces populations et associer étroitement les acteurs qui interviennent auprès d'elles. Elle doit s'appuyer sur une meilleure connaissance des attitudes et des comportements.

Perspectives

Selon Cooper et Levin [17], la mobilisation de connaissances est une démarche composée d'une production de connaissances sous une forme utilisable pour accroître l'utilisation de données de recherche pour l'adoption de politiques et de pratiques efficaces. La littérature scientifique fait état d'un ensemble de déterminants utilisés comme repères pour structurer les actions facilitant le transfert de connaissances ou limitant les obstacles possibles. Il est à noter que le transfert de connaissances consiste en un processus qui peut être séquencé et adapté aux besoins, à la temporalité de la réponse recherchée. La démarche a ainsi été adaptée à l'urgence de la crise sanitaire, en débutant la réflexion sur les stratégies de dépistage et elle est actuellement poursuivie sur les besoins en cours comme la vaccination, et étendue aux problématiques plus générales d'accès aux soins et aux droits.

Ainsi, il apparaît légitime à l'ensemble des participants et à Santé publique France de poursuivre la démarche de la lutte contre la COVID-19 (dépistage, vaccination) pour ces populations avec les partenaires, et d'intégrer systématiquement une prise de décision à chaque étape du processus. Ceci permettrait aux parties prenantes de convenir au fur et à mesure de la finalité de chaque phase et de la poursuite de cette démarche de transfert de connaissances. Des éléments tels que l'utilité perçue des connaissances transférées, leur contribution à la résolution de problèmes ou à l'amélioration des services, leur applicabilité ou encore la perspective d'innovation dans les pratiques de première ligne font partie du travail à poursuivre en vue d'orienter efficacement le processus de transfert de connaissances. Un questionnaire pour recueillir ces informations a été envoyé à cet effet (voir annexe 1). Les acteurs ont notamment noté les sujets de la vaccination et de la santé mentale comme des orientations prioritaires dans cette démarche. Une seconde adaptation pourrait se faire par l'ajout d'une étape d'application et de pérennisation des actions structurantes, à la suite de l'utilisation des connaissances. Elle pourrait se référer à la mise en place

de conditions et d'actions structurantes pour que les connaissances mises en pratique durant la crise sanitaire puissent se transposer dans le temps et s'adapter à d'autres contextes et problématiques, choisies par les parties prenantes.

Santé publique France est actuellement en cours de réitération de cet exercice pour s'adapter à l'évolution de l'épidémie et de ses effets sociaux et notamment pour la phase de la vaccination pour ces populations surexposées dans un cadre éthique clair quant à l'information et à leur adhésion, avec des outils adaptés (information, assurance de confidentialité, proposition de suivi des effets immédiats de la vaccination).

Enfin, dans le cadre de l'action coordonnée « Sciences humaines et sociales (SHS) et COVID » mise en place par la nouvelle agence autonome de l'Inserm : l'agence ANRS-Maladies infectieuses émergentes, il pourra être utile de poursuivre la mobilisation des équipes de recherche sur les enjeux soulevés, de façon à ce que des projets de recherche soient proposés et financés dans les prochains appels d'offre.

CONCLUSIONS

Cette première démarche de mobilisation et de transfert des connaissances a permis d'identifier les équipes de recherche travaillant sur la grande précarité, les besoins des acteurs de terrain et ceux des décideurs. Elle se base sur une méthodologie qui permet de structurer et partager les connaissances concernant la grande précarité afin d'éclairer les

actions sur le terrain et de stimuler de nouveaux travaux de recherche et d'études. Elle a fait apparaître de façon très claire des enjeux sociaux et sanitaires interdépendants concernant les populations en grande vulnérabilité et les attentes des parties prenantes, non seulement dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 et des crises sanitaire et économique qu'elle engendre mais aussi pour toutes les crises à venir, en vue d'une amélioration durable de la santé de ces populations.

Ainsi, cette première phase de l'épidémie perçue comme une crise temporaire, a permis des mobilisations spontanées et inédites avec une bonne réactivité et efficacité des différents acteurs. Cependant, le contexte a beaucoup évolué depuis. Il est à présent marqué par une crise qui s'inscrit dans la durée avec des conséquences importantes et une sollicitation accrue des services sociaux et de santé par des populations nouvelles qui voient leurs conditions d'existence durablement déstabilisées, basculant dans la précarité. Cet échange d'expériences et de partage de connaissances a montré son utilité dans la crise que nous traversons. Il a permis de souligner l'efficacité mais aussi la fragilité de ces nouvelles collaborations et initiatives qui sortent des cadres institutionnels organisant classiquement l'action sociale et la santé séparément. Il serait désormais important de décrire ce qu'il en est de la capacité des initiatives à s'inscrire dans la durée et à apporter aux populations les services attendus ainsi que d'analyser en quoi ces expériences pourraient servir de base à des innovations institutionnelles et/ou professionnelles durables pour répondre à la profondeur et à la diversité des besoins exacerbés par cette crise inédite.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Longchamps C, Ducarroz S, Crouzet L, El Aarbaoui T, Allaire C, Colleville AC, *et al.* Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO. *Bull Epidemiol Hebd.* 2021;(Cov_1):2-9. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2021/Cov_1/2021_Cov_1_1.html
- [2] Chagnon F et Gervais MJ. Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale : Partie II étude de validation. Québec : Fonds de recherche du Québec – Société et culture ; 2011. 109 p. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/1954614/Rapport_Phase_II_Chagnon_Gervais_2011.pdf/1c441cd3-9cac-48da-805f-07c62ebc1645
- [3] Proulx R. Le transfert des connaissances et les guides de pratique comme leviers d'amélioration des services. *Revue CNRIS.* 2011;2(2):8-12.
- [4] Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. Animer un processus de transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outil d'animation. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2009. 69 p. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- [5] Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):447-9. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30160-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30160-0)
- [6] Baggett TP, Racine MW, Lewis E, De Las Nueces D, O'Connell JJ, Bock B, *et al.* Addressing COVID-19 Among People Experiencing Homelessness: Description, Adaptation, and Early Findings of a Multiagency Response in Boston. *Public Health Rep.* 2020;135(4):435-41. <https://doi.org/10.1177/0033354920936227>
- [7] Lewer D, Braithwaite I, Bullock M, Eyre MT, White PJ, Aldridge RW, *et al.* COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. *Lancet Respir Med.* 2020;(20):30396-9. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30396-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30396-9).
- [8] Bodkin C, Mokashi V, Beal K, Wiwcharuk J, Lennox R, Guenter D, *et al.* Pandemic Planning in Homeless Shelters: A pilot study of a COVID-19 testing and support program to mitigate the risk of COVID-19 outbreaks in congregate settings. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa743. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa743>
- [9] Karb R, Samuels E, Vanjani R, Trimburo C, Napoli A. Homeless Shelter Characteristics and Prevalence of SARS-CoV-2. *West J Emerg Med.* 2020;21(5):1048-53. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48725>
- [10] Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Residents of a Large Homeless Shelter in Boston. *Jama.* 2020; 323(21):2191-2. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6887>
- [11] Imbert E, Kinley PM, Scarborough A, Cawley C, Sankaran M, Cox SN, *et al.* Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in a San Francisco Homeless Shelter. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa1071. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1071>
- [12] Rogers JH, Link AC, McCulloch D, Brandstetter E, Newman KL, Jackson ML, *et al.* Characteristics of COVID-19 in Homeless Shelters: A Community-Based Surveillance Study. *Ann Intern Med.* 2021;174(1):42-9. <https://doi.org/10.7326/M20-3799>
- [13] Ly TDA, Hoang VT, Goumballa N, Louni M, Canard N, Dao TL, *et al.* Screening of SARS-CoV-2 among homeless people, asylum seekers and other people living in precarious conditions in Marseille, France, March-April 2020. medRxiv. *Int J Infect Dis.* 2021;105:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.026>
- [14] Mosites E, Parker EM, Clarke KEN, Gaeta JM, Baggett TP, Imbert E, *et al.* Assessment of SARS-CoV-2 Infection Prevalence in Homeless Shelters - Four U.S. Cities, March 27-April 15, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(17):521-2. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6917e1>
- [15] Chapman LAC, Kushel M, Cox SN, Scarborough A, Cawley C, Nguyen T, *et al.* Comparison of infection control strategies to reduce COVID-19 outbreaks in homeless shelters in the United States: a simulation study. medRxiv. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.09.28.20203166>
- [16] Mosnier E, Farnarier C, Mosnier M, Allaria C, Loubiere S, Monfardini E, *et al.* Description d'un modèle innovant d'intervention de dépistage et de prise en charge mobile de la Covid-19 chez les sans abris à Marseille. *Revue de santé publique* [en cours de publication].
- [17] Cooper A et Levin B. Research use by leaders in Canadian school districts. *Int J Educ Organ Leadersh.* 2013;8(7):1-15. <https://doi.org/10.22230/ijepl.2013v8n7a449>

Annexe 1 : Questionnaire utilisée par Santé publique France lors de ses entretiens avec les acteurs institutionnels et les têtes de réseau associatives

- Qu'avez-vous mis en place dans les grandes lignes ?
 - o Comment la crise s'est-elle manifestée dans vos activités habituelles (hébergement, accueil et maraudes) et comment y avez-vous répondu concrètement sur le terrain ? (ouverture des services ? recours aux bénévoles ? quels changements par rapport à d'habitude et à d'autres situations de crises ?)
 - o La crise vous a-t-elle conduit à mettre en place de nouvelles activités envers les populations SDF ou déjà hébergées dans vos centres ?
 - Lesquelles ? Pour quel public ? Comment ? Mise en place ? Avez-vous eu des moyens supplémentaires ? Avez-vous travaillé en partenariat avec d'autres acteurs ?
- Par rapport aux bénéficiaires
 - o Quels sont les effets bénéfiques de l'hébergement pour les personnes ? Pour personnes à la rue/ personnes déjà hébergées (lien avec les acteurs sociaux ? rythme structuré dans la journée ? des repas ? meilleur sommeil ?) - Plus-value pour des personnes à la rue ?
 - o Quid de ceux qui n'ont pas pu en bénéficier ? Ya-t-il des gens qui ont refusé l'hébergement et pourquoi ?
 - o Quels ont été les effets négatifs ?
- Par rapport aux équipes
 - o Avez-vous rencontré des difficultés pour être opérationnel (recrutement en urgence, travailleurs en chômage partiel, accès aux masques, équipement de protection individuelle (EPI), dépistage...), des difficultés de mise en œuvre (mesures d'hébergement) ? Que faudrait-il éviter ou renforcer à l'avenir ? Une fenêtre de revitalisation des équipes ? Une opportunité ? Un financement supplémentaire ? Avez-vous fait des découvertes ? Un espace d'innovation ?
- Par rapport à l'organisation de gestion de malades/prévention
 - o Quels étaient vos partenaires dans la prise en charge des cas de COVID ? dans les actions de prévention ? Où avez-vous trouvé de l'information ? Vers quel réseau avez-vous pu vous retourner ?
 - o Avez-vous rencontré des obstacles ? Des choses vous ont-elles interpellés dans l'organisation ?
 - o Qu'avez-vous mis en place ?
 - o Les effets positifs et négatifs
- Question spécifique sur le COVID
 - o Prévention
 - Affiches et flyers : les avez-vous utilisés ? Avez-vous eu un retour d'expérience à leur sujet ? Les traductions ? Les vidéos sont-elles utiles ? l'appli TousAntiCovid fait désormais partie des mesures de prévention de prévention préconisées, que pensez-vous de son utilisation par vos publics ? Quels besoins éventuels pour permettre aux publics d'y avoir accès ? De façon générale, il y a-t-il de(s) (nouveaux) sujets sur lesquels il y a aujourd'hui des besoins d'information ?
 - Quels ont été les obstacles à l'application des gestes barrières (connaissance, emploi, peur de la stigmatisation...) ?
 - o Prise en charge
 - Que se passe-t-il en cas de suspicion de la maladie ? Quand quelqu'un tousse ? Stigmatisation ? Isolement ? Y a-t-il un système de « screening » des symptômes dès l'entrée dans l'hébergement ?
 - Dépistage des cas de suspicion et par qui ? Refus d'être dépister ?
 - Suivi des cas de suspicion ? Perte de vue en matière de traitement ? Suivi des données (symptômes, dépistage, traitement, décès) des cas de suspicion, cas confirmé, etc.
 - Suivi des cas contact ?
- Question finale
 - o Selon vous, pour aider les personnes sans domicile, que nous apprend la crise ? Quelle est votre analyse de la situation ? (cadre prescriptif). Quelle est la source de vos recommandations ? À quelles expériences renvoient elles ? (précisément ? Observations au fil de l'eau ?) Y a-t-il des partenariats à établir (avec les labos, les hôpitaux) ? Besoin d'appui d'autres acteurs ? Lesquels ?

Annexe 2 : Évaluation de la première séance de la « Mobilisation des connaissances sur la Covid-19 chez les personnes en situation de grande précarité »

AUTEURS

Stéphanie Vandentorren, Anne Laporte, Gilles Delmas, Emmanuelle Hamel, Jalpa Shah, Cécile Allaire, Zoé Héritage, Jean-Claude Desenclos
Santé publique France

RELECTEUR

France Lert
ANRS | Maladies infectieuses émergentes

PARTICIPANTS AU WEBINAIRE DU 20 NOVEMBRE 2020

Sylvie Pionchon, Virginie Ringler (ARS Haut-de-France), Christelle Lemaire (Réseau Solidarité Santé Lille Métropole), Barbara Bertini, Laurence Desplanques, Frédéric Goyet, Magali Guegan, Luc Ginot (ARS Île-de-France, Zahia Bedrani, Bernadette Lhuillier, Anne-Laure Vautier, Florence Stromboni (ARS Provence-Alpes-Côtes d'Azur), Pascale Estecahandy (Dihal), Emmanuel Brasseur, Nordine Djebart (Coallia), Laetitia Dulion (DRJSCS), Marie-Aude Créach (DGS/CCS), Hugo Si Hassen (FAS), Meryem Belkacemi, Bruno Morel (Emmaüs Solidarités), Marianne Auffret (Aurore), Stefania Parigi (Adoma), Louiza Daci (Groupe SOS Solidarités), Sophie Lascombe (Groupe SOS Solidarités), Lionel Pourtau (Habitat et Humanisme), Armelle Pasquet, Christine Laconde (Samu social de Paris), Odile Macchi (Observatoire du Samu social de Paris), Thomas Roederer (Epicentre), Corinne Torre, William Hennequin (MSF), Maria Melchior, Cécile Longchamps (Inserm), Emilie Mosnier (AP-HM, Sesstim), Jean Gaudart, Aurélie Tinland, Sandrine Loubière (APHM/Ceress/Sesstim), Alfred Spira.

REMERCIEMENTS

Harold Noël, Laetitia Haroutunian, Philippe Malfait, Pascal Chaud, Anne Catherine Viso, Grégoire Deleforterie, Hélène Therre et Asli Kilinc.
Santé publique France

Erwan Le Mener et Odile Machi
Observatoire du Samu social de Paris

MOTS CLÉS
POPULATIONS VULNÉRABLES
PRÉCARITÉ
CENTRES D'HÉBERGEMENT
STRATÉGIES DE DÉPISTAGE
MOBILISATION DE CONNAISSANCES