

SYNTHÈSE ETUDE PréCARES

« Précarité et Covid-19 : Evolution de l'Accès
et du Recours à la Santé »

**Île-de-France
mars-juin 2020**



Présentation	L'étude « Précarité et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé » (PréCARES) est une étude transversale sur les pratiques de prévention, la recherche de soins, les barrières d'accès en lien avec le confinement (mars – mai 2020) et les parcours de soins pendant l'épidémie de Covid-19 en Ile-de-France auprès des populations destinataires du programme d'urgence "Covid-19 et populations précaires" de MSF France.
Méthodologie	L'étude est mixte : composée d'une enquête transversale effectuée par questionnaires structurés modulaires administrés en face-à-face, de manière anonyme et d'un volet d'observations de terrain et d'entretiens ouverts.
Implémentation	<p>La collecte des données quantitative sous forme de questionnaire a eu lieu entre le 12 et le 20 juin 2020. 433 personnes ont accepté de participer à l'étude (taux d'acceptation : 84,8%).</p> <p>L'étude a été conduite sur 11 sites, répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux (2) points de distribution alimentaire - Six (6) Centres d'hébergement d'Urgence (CHU) - Deux (2) Foyers de travailleurs migrants (FTM) - Un (1) Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA)
1^{ère} Partie	Typologies de situations de précarité selon les conditions d'hébergement : des pistes de réflexion sur les dispositifs de réponse d'urgence
<p>La mise à l'abri</p> <p><i>Un dispositif inclusif pour les plus pauvres et les migrants en situation irrégulière</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 84,2% des hébergés en CHU vivaient en-dessous du seuil de pauvreté : ce sont bien les plus précaires qui ont été mis à l'abri. • 83,8% (n=78) des hébergés en CHU qui avaient une activité formelle ou informelle avant le confinement ont perdu une partie ou la totalité de leurs ressources au cours du confinement. • Le dispositif des CHU a été inclusif pour les migrants en situation irrégulière très touchés par la perte de leurs activités informelles : 67% des 131 migrants en situation irrégulière y ont été accueillis. • 76,7% des répondants ayant dormi dans la rue avant le confinement (n=99) ont été hébergés dans un CHU. <p>→ Sur le plan quantitatif, le dispositif de CHU semble avoir été un succès, qui appelle à une réflexion sur les alternatives à la rue avant le confinement.</p>
<p>La bascule des FTM</p> <p><i>La perte de ressources des travailleurs en emploi stable conjuguée à la perte d'activité des « surnuméraires » a provoqué une situation de grande urgence sociale et sanitaire</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 46,4% des résidents en FTM avec un emploi stable ont perdu leur emploi ou on réduit leurs activités pendant le confinement. • Les « surnuméraires » (21,6 à 51,1% selon sites) qui avaient une activité l'ont tous perdue pendant le confinement. • L'équilibre socio-économique du site FTM1 dans lequel la proportion de « surnuméraires » est très importante a été bousculé : la saturation des espaces de ce site vétuste et l'organisation collective dégradée ont multiplié les situations de contacts (suroccupation des chambres et couloirs en journée...). Ce FTM est le site où la séroprévalence a été la plus élevée (Roederer et al., 2020). <p>→ Dans le contexte de la seconde vague épidémique, l'isolement en hôtel en chambre individuelle des plus de 65 ans de ce FTM (une trentaine) ainsi que des personnes avec des comorbidités devrait pouvoir être proposé sur la base du consentement éclairé. Ce dispositif pourrait s'étendre à l'ensemble des foyers présentant des caractéristiques sociodémographiques similaires (nombre important de surnuméraires, faible nombre de personnes de plus de 65 ans et réseau de sociabilité dense) avec une priorisation des sites dans lesquels le virus circule activement.</p>

Trois types de population aux points de distribution alimentaire

Des situations différentes nécessitant des interventions ciblées

- Les « pauvres du quartier » : une population plutôt Française, plus âgée (9,2% est à la retraite) avec un cadre de vie stable bien que très fragile.
- Les inconfinables : Une population de rue qui, pour un ensemble de raisons abordées dans le rapport d'étude n'a pas été hébergée en CHU. Il s'agit là encore de personnes majoritairement Françaises, avec de longs parcours de rue.
- Les « pris au piège du confinement » : personnes aux trajectoires brisées par le confinement (retour au pays impossible, promesse de stage non honorée, épuisement des ressources).

→ Les facteurs de précarité se cumulent et produisent des situations d'aggravation, de protection, d'exposition ou d'isolement. Les situations de précarité doivent faire l'objet d'interventions ciblées et notamment pour les personnes avec des addictions. L'identification des personnes âgées isolées du quartier à leur passage à un point de distribution alimentaire et l'accompagnement de leur confinement est une priorité.

Les conditions de vie en CHU

L'épreuve de vivre ensemble et séparés

- L'hébergement est la première et la plus citée des difficultés rencontrées en Centres d'Hébergement d'Urgence (37,1%).
- La forte variation de séroprévalence selon les sites de 20,4 à 48,7% (Roederer et al., 2020) tient en partie à la manière dont les professionnels ont su ou pu déployer en urgence un dispositif inclusif qui ne se limitait pas à de l'hôtellerie, souvent au-delà du cahier des charges initial. Les règles d'entrée et de sortie, parfois jugées trop strictes (« on vit séquestrés ») sont une source fréquente de mécontentement.
- Une autre source de problème est la mixité sociale imposée (par exemple, une personne dépendante à l'alcool partageant la chambre d'un musulman pratiquant) : le fait est que l'expérience de l'hébergement en CHU a été une épreuve paradoxale de « vivre avec » les autres alors que pour la majorité de la population elle a été au contraire de devoir « vivre sans » les autres.

L'accès à la nourriture pendant le confinement

Une sécurité alimentaire préservée, mais de qualité problématique

- Les trois quart (75,5%) des personnes interrogées n'ont pas déclaré avoir sauté des repas au cours du confinement. S'agissant de populations particulièrement précaires, et dans un contexte de crise aigüe, ce résultat apparaît positif.
- De nombreuses questions se sont cependant posées sur le plan de l'adaptation et la qualité des repas (barquettes industrielles, sandwiches, impossibilité de cuisiner, non-respect des régimes et pratiques alimentaires) servis tant dans les CHU qu'aux distributions alimentaires.
- 36,8% des personnes interrogées ont rapporté des troubles de l'appétit pendant le confinement et jusqu'à 56,6% dans l'un des CHU.

→ Dans un tel contexte de crise, la question de la qualité alimentaire peut sembler secondaire. Or, c'est un élément central du respect des besoins primaires de personnes à qui on porte assistance. C'est aussi un argument clé de rétention des individus au sein de dispositifs appelés à être reconduits et impliquant « d'y rester ». Sans offre de repas adaptée, les hébergés ne resteront pas confinés.

2^{ème} Partie

Les recours aux soins et les barrières d'accès pendant le confinement

Recours aux soins avant et pendant le confinement (hors Covid-19)

Le confinement a engendré une chute des consultations médicales

- Avant le confinement, 84,8% des répondants avaient pu consulter un praticien lors de leur dernier problème de santé.
- En revanche, lors du dernier problème de santé rencontré pendant le confinement, la part des consultations chute de moitié (42,2%).
- Pendant le confinement, la part de non-recours aux soins (hors Covid-19) explose de 8,7% à 38,9%. L'automédication, pour sa part, double de 4,8% à 9,5%.

→ Au cours des 11 semaines précédant le confinement, la part des consultations médicales dans le recours aux soins reste stable rapportée aux deux années antérieures, et ce malgré la rapide circulation du virus dès février 2020. Une hypothèse serait que ce soit le confinement lui-même qui ait induit la forte chute des consultations médicales, et non la pression de l'épidémie elle-même.

Le recours aux soins pour des symptômes évoquant la Covid-19

Face à la Covid-19 s'est développé un profil particulier de recours aux soins qui peut faire obstacle à la détection des personnes vulnérables et des formes graves

- Le non-recours aux soins est nettement plus marqué pour des symptômes Covid-19 (31,8%) que des problèmes de santé généraux (entre 7 et 8%).
- L'automédication est aussi plus fréquente : 13,6% pour des symptômes Covid-19 contre 4,8% pour les autres questions de santé dans les mois qui précèdent le confinement.
- La consultation pour des symptômes Covid-19 a été moins fréquente que lors d'autres problèmes de santé. Pendant les semaines précédant le confinement, 83,5% des personnes ont consulté pour leur dernier problème de santé alors qu'ils n'étaient que 40,5% à l'avoir fait face à des symptômes évoquant la Covid-19, soit moitié moins.

→ Que ce soit avant ou pendant le confinement, il semble qu'il y ait une spécificité « Covid-19 » dans le recours aux soins qui tient sans doute à la fois à la symptomatologie (proportion élevée de formes bénignes), aux préconisations sanitaires (en cas de forme simple : « rester chez soi ») et aux codes de conduite individuels et collectifs face à l'épidémie (« renoncement altruiste » : ne pas peser sur le système de soin). Ce mode de recours aux soins est potentiellement problématique pour les personnes âgées ou avec des maladies chroniques qui ont elles aussi sous-consulté. Au cours d'une prochaine vague épidémique, un ciblage pratique du message sur le recours aux soins et les comorbidités pourrait être utile.

Afin de limiter la résistance au dépistage, le message doit aussi être clarifié quant aux garanties sur le maintien dans les dispositifs d'hébergement des personnes testées positives. Une clarification des conditions d'hébergement dans les centres Covid+ est un élément important.

La part croissante des unités mobiles de santé

- Sur les 38 personnes ayant été prises en charge médicalement pour des symptômes Covid-19 pendant le confinement, 12 l'ont été en clinique mobile, soit près d'un tiers des cas.

- Il y a un fort biais de surreprésentation tenant au fait que l'étude a été réalisée dans les sites où MSF a conduit ses activités médicales. Les résultats n'en montrent pas moins que ces cliniques ont effectivement fonctionné comme une solution de prise en charge et un outil de détection active de cas.
- Face aux paysages de la précarité en constante recomposition aux temps de la Covid-19, la réactivité et la mobilité de l'offre de soins sont fondamentales. Elles impliquent de sortir de la politique du guichet où l'on attend les patients plutôt que d'aller vers eux. Ceci suggère que le concept de PASS, en quelque sorte, doit lui-même devenir mobile. En complément d'une démarche de recherche active de personnes à risque et de test de ces personnes, les unités mobiles doivent avoir accès en temps réel aux informations sur les structures médicales ouvertes.

En synthèse sur le recours aux soins

- S'agissant de la population de l'enquête, la situation de confinement se révèle avoir eu d'avantage d'impact négatif sur le recours aux soins pour les problèmes généraux de santé que pour les épisodes liés à la Covid-19. Le comportement face aux symptômes Covid-19 est resté stable avant et pendant le confinement, alors que le recours aux soins médicaux a diminué de moitié.
- Ceci vient en support à la discussion sur la continuité d'accès aux soins pour les populations en situation de précarité en complément de la lutte contre l'épidémie.

Les barrières d'accès à la santé pendant la crise sanitaire

L'absence de couverture maladie a renforcé la vulnérabilité face aux symptômes de la Covid-19

- Parmi les raisons de non consultation d'un médecin, l'idée que « ce n'est pas nécessaire/ ce n'est pas grave » est multipliée par quatre entre la période antérieure au confinement et la période de crise sanitaire (de 5,7 à 20,9%). Cette évolution suggère que la perception de la gravité de ses symptômes ou de son événement de maladie a été réévaluée par les répondants à l'aune de la crise provoquant ce qu'on pourrait qualifier des situations de « renoncement altruiste ».
- « 10 % » : une part structurelle de renoncement aux soins par absence de couverture maladie, qui s'accroît pour les symptômes Covid-19.
- L'écart entre droits formels et droits réels : ceci est une question qui dépasse le contexte de crise. Parmi les 127 personnes ayant déclaré n'avoir aucune couverture maladie, seules 4 semblent ne pouvoir être éligibles à aucun droit. En d'autres termes, si les droits formels existent, nombreux sont ceux qui n'y ont réellement pas accès.
- De manière générale et tous épisodes de santé confondus, les répondants sans couverture maladie rencontrent trois fois plus souvent une barrière d'accès liée au dispositif de santé que ceux en disposant d'une (60% contre 20%).
- Un tiers des personnes ayant fait l'expérience d'un refus de soin pendant le confinement (10/29) ont invoqué l'absence ou l'insuffisance de la couverture maladie.

- L'adage selon lequel une chaîne ne serait pas plus forte que le plus faible de ses maillons ne fonctionne pas avec la Covid-19. C'est le contraire : plus les maillons de la transmission sont faibles, plus la chaîne de contamination se renforce. D'où l'impératif de renforcer le niveau de protection des plus vulnérables et de faire de l'accès à une couverture maladie l'une des priorités stratégiques de la lutte contre l'épidémie. En application du Plan d'accès aux soins, le maintien en temps de crise des structures accueillant les personnes en situation de précarité (de type PASS, CMS) est fondamental.
- Respectivement 37,7% et 38,4% des personnes interrogées dans les points de distribution alimentaire et dans les CHU ont déclaré n'avoir aucune couverture maladie. La concentration en temps de crise de ces personnes en des lieux déjà identifiés offre une « opportunité ». En partenariat avec les services sociaux et administratifs de l'Etat et des collectivités territoriales, il y aurait une forte valeur ajoutée à mettre en place des guichets mobiles d'ouverture de droits comme levier d'accès aux soins. Le principe d'« accès à la santé pour tous » adopté en déclaration commune en 2019 par les membres du G7 à l'initiative de la France pourrait faire l'objet d'une déclaration spécifique en temps de crise : « l'accès pour tous à la santé en temps de crise sanitaire ».

Le virus circule, l'information beaucoup moins

- Tandis que sur la période longue avant le confinement, le manque d'information n'a été mentionné que par 6 personnes, soit 2,9% des personnes ayant rapporté un épisode de maladie, une personne sur 10 (11,6%) avec un problème de santé a renoncé aux soins par manque d'information pendant le confinement.

- Les enjeux de la veille sanitaire, de la coordination des acteurs et des dispositifs et des moyens d'information auprès de publics en situation de vulnérabilité et de précarité se sont posés avec particulièrement d'acuité en période de crise épidémique. Dans le but d'aider l'ensemble des partenaires travaillant auprès de ces publics, les données de l'étude PréCARES viennent en appui à la recommandation du rapport de capitalisation de l'équipe projet de MSF de créer un numéro d'information par l'Etat sur Santé-Précarité-Covid-19. Les enjeux d'interprétariat doivent aussi être pris en compte.
- Une application telle que www.soliguide.fr est encourageante et devrait être centralisée, coordonnée et mieux développée tant auprès des acteurs que des personnes en situation de précarité connectées.

L'hyper-confinement comme évitement des contrôles policiers, mais générant des renoncements aux soins ?

- 195 sur 433 répondants ont été contrôlés au moins une fois pendant le confinement, soit 44,9% d'entre eux. La « peur du contrôle » était raisonnablement fondée.
- Les personnes de nationalité française ont été deux fois plus contrôlées par la police que les migrants en situation irrégulière (61,1% contre 35,9%). Sans surprise, c'est bien la mobilité qui est ici la véritable variable explicative : les personnes en situation irrégulière et qui n'ont jamais été contrôlées étaient significativement plus « hyper-confinées » (47%) que la population générale de l'enquête (24,5%).
- Les contrôles ont été jugés « normaux, rien à signaler » par 83,6% des répondants ayant été contrôlés (n=163). Pour 9 personnes, le contrôle s'est « très mal passé ».

- La défiance des personnes en situation irrégulière envers les autorités administratives et sanitaires a constitué un défi dans l'accès, même pour les équipes des MSF pourtant habituées de travailler avec ces publics notamment dans les squats. Ceci a également été marqué dans la prise en charge des patients en Centre Covid+ (transfert, conditions de prise en charge, garanties de retour) et pour l'accès aux soins de manière plus

générale pendant le confinement. L'idée de proposer un « couloir humanitaire » garantissant la neutralité de MSF pour lever les barrières d'accès aux soins s'est imposée comme stratégie. Elle a conduit notamment – en partenariat avec l'ARS-IdF à revoir les conditions d'orientation en Centre Covid+. Par exemple avait été négocié avec l'Agence que MSF assure la prise en charge de personnes issues de sites d'intervention où la question migratoire se posait particulièrement (FTM, CHU) dans un centre Covid+ où le volet médical était entièrement géré par MSF. En l'absence d'un discours clair, pédagogique et protecteur des autorités sur les conditions de prise en charge (incluant les politiques de test) des personnes en situation irrégulière, des tensions et des refus de soins vont se poser de nouveau avec acuité lors d'un second confinement.

Les Centres d'Hébergement d'Urgence, un levier d'accès aux soins ?

- Les personnes interrogées dans un CHU ont deux fois plus consulté que celles interrogées dans un site de distribution alimentaire (de 44,4% à 22,2%).
- Lors de la réalisation de l'enquête PréCARES, l'équipe a réalisé 108 orientations médicales, médico-sociales ou de santé mentale, soit auprès d'un quart des personnes interrogées (25%). Ce chiffre est une mesure des besoins d'information et d'accès à la santé rencontrés sur les sites d'enquête, et particulièrement dans les CHU.
- En dépit du déploiement le plus souvent tardif d'une orientation et/ ou de services médicaux au sein des CHU, il reste que 42,5% (n=68) des personnes hébergées en CHU qui ont eu un problème de santé pendant le confinement ont rencontré une barrière d'accès comme la couverture maladie, le coût ou le manque d'information.

→ Une insertion systématique d'un volet santé et santé mentale dans le cahier des charges des questionnaires ainsi que l'identification d'acteurs de santé locaux devraient permettre de faire des CHU un espace important de lutte contre les inégalités de santé auprès des populations les plus vulnérables.

Focus sur l'acuité des questions de santé mentale

- 26 personnes ont rapporté des troubles psychologiques chroniques (6% des répondants).
- Le score du questionnaire PHQ-9 (présence et l'intensité des symptômes dépressifs) a permis de dépister une dépression, au moins légère, chez la moitié (49,5%) des participants, et au moins modérée-sévère chez 7% d'entre-deux.
- 53 personnes, soit 12,2% des répondants ont indiqué que « pendant le confinement, et par rapport à avant, ils ont pensé qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de se faire du mal d'une manière ou d'une autre ». Parmi ces personnes 9 ont indiqué qu'ils avaient ces pensées tous les jours ou presque.

→ L'intégration d'un volet santé mentale dans le cahier des charges des CHU est primordial pour détecter et accompagner ces personnes. De nombreux réseaux de professionnels de santé mentale se sont organisés pour venir en appui aux personnes en souffrance pendant le confinement. Centraliser ces informations et les partager avec les personnes aux points de distribution alimentaire et dans les halls d'accueil des CHU serait un apport important.

Les + de 65 ans

Les plus de 65 ans ont été beaucoup plus mobiles pendant le confinement que le reste des répondants : ceci constitue potentiellement un enjeu au moment du reconfinement

- 6,9% des répondants ont 65 ans et plus (n=30) soit un peu plus que la population générale française (5,8%, données INSEE 2020). La part des plus de 65 ans est proportionnellement plus présente dans les foyers de travailleurs migrants, aux points de distribution alimentaire et dans un CHU spécifique, qui a abrité des personnes sans-abris de l'aéroport Charles-de-Gaulle.
- 89,5% des 65 ans et plus est en situation régulière. Tous sont nés en France ou arrivés en France depuis plus de 10 ans. 4/30 n'ont aucune couverture maladie, les autres ont la sécurité sociale (18/30) ou la CMU/AME (8/30).
- 83,3% ont été « mobiles » (ils sont sortis plus de 4 fois par semaine) durant le confinement, soit plus que la population globale de l'enquête (52%). Ces répondants ont rencontré plus de problèmes de santé, mais moins de difficultés d'accès.

- L'identification des plus de 65 ans est une priorité stratégique. Leur distribution sur les sites d'enquête a été inégale : très concentrés dans un FTM (37,5% ont 65 et plus), ils sont quasiment absents de l'autre, peu nombreux dans les CHU, mais très présents dans l'un d'entre eux. Présents sur les points de distribution alimentaire, ils sont vraisemblablement moins exposés au virus (logement individuel). Seule une recherche active site par site permettra d'identifier les endroits où les personnes de plus de 65 ans sont à risque de surexposition au virus.
- Nous recommandons l'administration d'un questionnaire court (ou d'un entretien informel) à l'admission en CHU et aux points de distribution alimentaire pour détecter des facteurs de risque et la mise en place d'une routine de suivi pour ces personnes. Le même dispositif devrait être possible en FTM avec l'appui des gestionnaires et des délégués. Une stratégie verticale de détection active des personnes présentant des facteurs de risque avec bilan médical complet indépendamment du critère d'âge devrait pouvoir être mise en place.

Les résidents des FTM : vulnérables ou pas vulnérables ?

Cela dépend...

- Dans le second FTM enquêté, 43,2% (n=16) des répondants avaient plus de 60 ans (37,5% plus de 65 ans). Dans le premier FTM, nous n'avons interrogé qu'une seule personne de plus de 60 ans. Certains FTM sont des « EPHAD déguisés », d'autres sont fortement « rajeunis » par la présence massive de « surnuméraires ».
- Les stratégies doivent être adaptées au profil sociodémographique de chaque FTM : accompagner, voire isoler les plus de 65 ans dans les FTM où ils sont peu nombreux, héberger « ailleurs » les « surnuméraires » dans les FTM où ils sont majoritaires, en leur garantissant un retour dans leur lieu de vie quel que soit leur statut administratif. L'acceptabilité de ce type de mesures reste très incertaine. A minima, une « assistance au confinement » devrait être fournie comprenant une organisation du lieu de vie, une orientation et des garanties d'accès au 115.

Maladies chroniques

Une bonne continuité d'accès aux soins ou un report de suivi ?

- Au total, 119 (27,5%) répondants ont déclaré avoir une maladie chronique et 8 ont déclaré n'avoir pas pu suivre leur traitement pendant le confinement. Ceci indiquerait une bonne continuité d'accès aux soins. Ils ont tout de même beaucoup moins consulté, indiquant de possibles reports de suivi et de soins.
- 34 (28,6%) personnes avec une pathologie chronique ont rapporté avoir présenté des signes compatibles avec la Covid-19, et seulement 1/4 a consulté un médecin à l'occasion de ces symptômes.

→ Il s'agit d'une problématique majeure de la seconde vague épidémique et amenée à durer : il pourrait être utile de communiquer de manière ciblée auprès des personnes porteuses de facteurs de risque sur le comportement de recherche de soins face aux symptômes évoquant la Covid-19, même les plus bénins.

→ L'impact des reports de soins sur les risques de décompensation est déjà connu. Il semble urgent d'adapter les dispositifs créés lors du premier confinement aux situations spécifiques de précarité (barrières linguistiques, numériques, éducatives, littératie en santé), et de renforcer l'information des bénéficiaires sur les initiatives mises en œuvre (renouvellement de droits automatiques, dispositifs de soins ouverts...).

4^{ème} Partie

Les facteurs de risque de contamination : un dialogue entre les enquêtes PréPreC et PréCARES

Dans quelle mesure l'étude PréCARES peut-elle contribuer à la discussion sur les facteurs et risques de contamination des personnes en situation de précarité en Île de France ?

- Rappel : L'enquête de sérologie PréPreC a identifié des niveaux élevés à très élevés de séroprévalence variant de manière significative selon le type de site et entre des sites de même type : de 23 à 62% au sein de centres d'hébergements d'urgence, 18% et 35% dans deux sites de distribution alimentaire, et 82% et 94% entre deux foyers de travailleurs. La probabilité de séropositivité était plus élevée chez les individus vivant dans des sites qualifiés de « surpeuplés » et le principal facteur associé à une réduction de l'exposition au virus était la fréquence de sortie du lieu de résidence (Roederer, et al., 2020).
- L'enquête PréCARES a cherché à qualifier et illustrer les facteurs de la variation importante entre les types de site et entre les sites de même type. Il est important de préciser que si les critères de sélection des sites des deux enquêtes étaient l'intervention médicale de MSF, les études PréCARES et PréPREC ne se superposent pas entièrement (9 sites / 11 que compte PréCARES).

Respect des gestes barrières et code de conduite personnel

- L'analyse montre que l'adhésion effective aux gestes barrières au moment de l'enquête doit être appréhendée dans une triangulation entre la disposition des individus, le contexte d'hébergement et la disponibilité matérielle. Au final, pendant le confinement, les codes de conduite à l'égard des gestes barrières ont reposé sur le pragmatisme que « si tout ne peut être respecté, il est toujours possible de respecter ce qui peut l'être ».
- En revanche, l'absence de corrélation entre le respect déclaré des mesures barrières et la séroprévalence est confirmé par l'enquête PréPreC.

L'adhésion aux règles sanitaires du déconfinement : une minorité de réfractaires

- Plus de 85% des personnes interrogées sont plutôt ou tout à fait d'accord avec les principales mesures réglementaires et stratégies pour lutter contre la Covid-19.
- D'une manière générale, le respect déclaré des règles sanitaires pendant le confinement s'inscrit donc dans un niveau élevé de consentement aux règles qui a perduré au moment du déconfinement.

Les « hyper confinés » et les « mobiles » : une analyse des modes de mobilité et de confinement face au risque de Covid-19

- Il semblerait que le caractère obligatoire des mesures au moment du déconfinement n'a contraint qu'une petite minorité de 7% à 11% des répondants qui se disaient plutôt pas ou pas d'accord avec tout ou une partie de ces mesures. Il s'agit d'une majorité de profils atypiques par rapport à la population de l'enquête, plutôt Français ou Européens et plus souvent avec des études supérieures. La majorité d'entre eux a été interrogée sur un site de distribution alimentaire.

→ Les hauts niveaux de séroprévalence rapportés par l'enquête PréPreC dans les sites de l'enquête PréCARES ne découleraient pas d'un manque de prise au sérieux de l'épidémie mais d'un ensemble de conditions et circonstances examinées dans le rapport.

- L'enquête PréPREC propose un score de mobilité pendant le confinement. Celui-ci a été construit sur la base de la fréquence rapportée des sorties en fonction des motifs autorisés et donnant droit à une autorisation dérogatoire (achats / activité sportive / motifs familiaux / travail) et selon le barème suivant (base hebdomadaire) (Roederer, et al. 2020).
- La typologie des mobilités de PréCARES :
 - Les « confinés » : 2-3 sorties/ semaine (n= 101, 23,3%).
 - Les « hyper-confinés » : 0-1 sortie / semaine (n=105, 24,2%)
 - Les « mobiles » : > 4 sorties/semaine (n=223, 51,4%).
- Dans les CHU globalement, les répondants ont été plus confinés que dans les autres modalités d'hébergement.

→ En synthèse, il apparaît que la mobilité des hébergés en CHU est fortement corrélée aux caractéristiques des occupants et des politiques appliquées dans les sites eux-mêmes. Les règles formelles d'entrée et sortie, le type de sociabilité interne des hébergés, leur statut administratif, la localisation géographique des hôtels sont des facteurs qui ont impacté sur les mobilités et donc les conditions du confinement.

→ Plusieurs recommandations sont faites. Parmi elles, l'idée que l'hyper-confinement est contreproductif : les règles internes d'hébergement doivent être alignées avec les règles sanitaires qui s'appliquent à l'ensemble de la population, ni plus strictes, ni plus lâches. L'hyper-confinement comme conséquence de règles abusives de contrôle de la mobilité sont des entraves au droit commun et sont contre-productives du point de vue des objectifs mêmes de la mise à l'abri. Le contrôle du risque sanitaire ne peut se traduire par des conditions de vie telles que les hébergés de la première phase de l'épidémie fuiront les CHU lors de la seconde phase déjà initiée.

Organiser les espaces de sociabilité dans le respect des gestes barrières pour réduire la contamination dans les hébergements collectifs : appliquant le principe que l'unité de confinement est l'espace de vie quotidienne des hébergés, l'espace de vie doit être aménagé et non interdit d'accès comme cela a été parfois le cas.

La théorie des réseaux de sociabilité permet d'appréhender la part humaine du virus

- Il s'agit ici de tester la théorie des réseaux sociaux comme facteur de compréhension des niveaux de séroprévalence ou en d'autres termes, la « part humaine » du virus. Quelques études de cas (site par site) permettent de discuter l'hypothèse que le virus va circuler d'autant plus vite que le réseau est dense, d'autant plus loin que le réseau est ramifié, et toucher d'autant plus d'individus que le réseau est large.

HUDA1 : le réseau dense

- Ni suroccupé, ni surconfiné, le site de l'HUDA1 a pourtant été « surcontaminé ». De tous les Centres d'Hébergement dans lesquels l'enquête PréPreC a été conduite, c'est celui où le taux de séroprévalence a été le plus élevé. L'hypothèse que nous faisons dans le rapport est que c'est bien la densité d'un réseau social de type domestique qui a été l'un des principaux facteurs de constitution de ce cluster de contamination. A l'HUDA1, les hébergés partagent de grands appartements, sont intégrés dans des activités coordonnées par un éducateur spécialisé et se connaissaient avant le confinement, parfois depuis plus d'un an.
- L'idée défendue est que pour apprécier la séroprévalence de l'HUDA1, il faut la rapporter aux autres « réseaux denses » que sont par définition les unités domestiques comme une maison familiale, un appartement en collocation, ou un studio habité par un jeune couple.

→ Il est suggéré que le taux de contamination ne doit pas être appréhendé par rapport à la population générale ou à une unité territoriale départementale mais par rapport à deux indicateurs : le taux d'attaque micro-territorial (au niveau des IRIS de l'INSEE par exemple dont les données sont désormais disponibles sur le site de SPF : <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=home>) et le taux d'attaque secondaire au sein des ménages. Cette mesure évitera utilement des risques de stigmatisation.

Le réseau dense et ramifié du FTM1

- De l'analyse des données du FTM1 ressort que la « suroccupation » du foyer ne doit pas être réduite à un seul point de vue technique de la densité, comme un taux d'occupation de l'espace. Une telle vision conduirait à une analyse mécanique de la très forte séroprévalence de ce site. En temps normal, la « suroccupation » était potentialisée par le mode de sociabilité dense et ramifié qui caractérise le foyer : les jeunes « surnuméraires » installaient le soir leurs lits de camp dans les couloirs et les enlevaient le matin pour vaquer à leurs occupations. En période de confinement, la contamination a été décuplée par les logiques de survie et de solidarité qui ont mobilisé le foyer dans son ensemble : les surnuméraires se sont retrouvés dans le foyer avec des difficultés associées à un manque de ressources et de plus grandes difficultés d'accès à la nourriture. S'il est vrai que les épreuves peuvent parfois rapprocher les humains « comme en temps de guerre », la très forte contamination du FTM1 est l'empreinte virale des synergies pour survivre.

Le réseau lâche de CHU4

- L'hypothèse testée ici pour rendre compte de la séroprévalence modérée du CHU4 est de tester la corrélation entre la fréquence des sorties et l'existence au CHU4 d'un réseau lâche de sociabilité, renforcé par la politique d'hébergement, essentiellement en chambres individuelles. Les hébergés du CHU4 ne se seraient pas alors moins contaminés parce qu'ils sortaient plus mais parce qu'ils ne se fréquentaient pas.

En synthèse de l'analyse des réseaux site par site

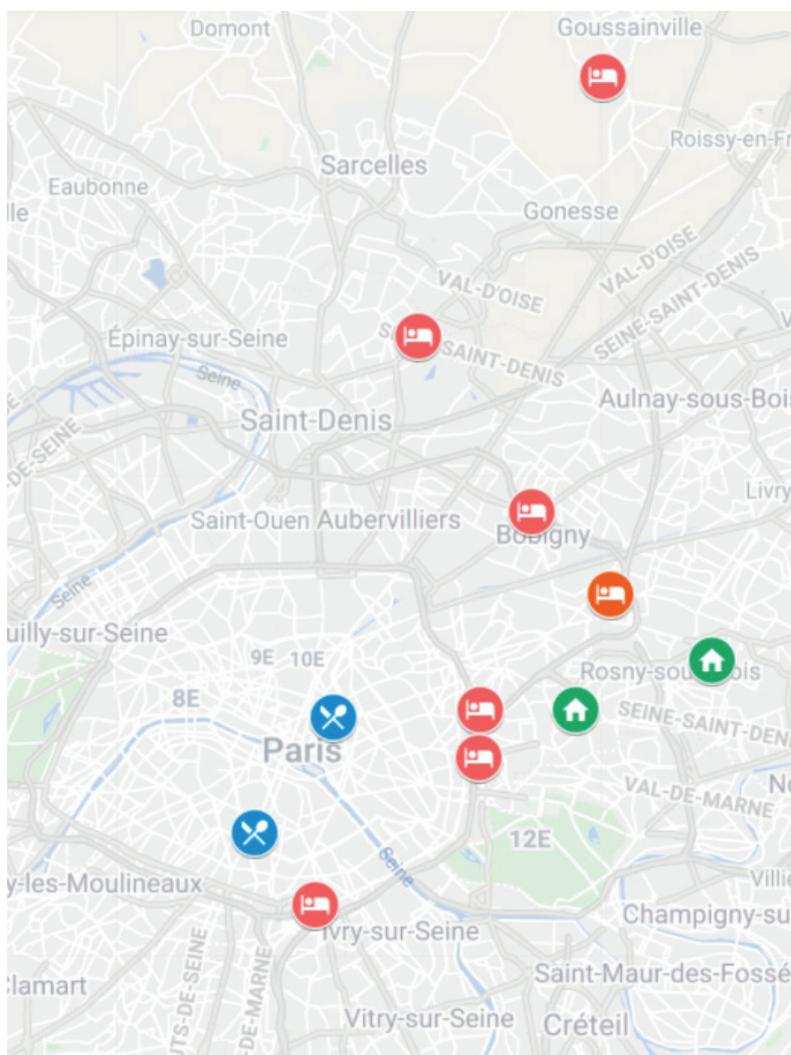
- L'enquête PréPreC avait attiré l'attention sur la forte variation de séroprévalence entre les types de site et à l'intérieur de chaque type. Ce que l'analyse site par site semble indiquer, c'est que l'analyse statistique – agrégée – par population ou par type de site ne dialogue pas toujours bien avec la notion et la réalité épidémiologique de cluster (impliquant les relations et pratiques sociales qui se jouent à l'intérieur).
- L'analyse de PréCARES propose l'introduction dans la compréhension des niveaux de séroprévalence d'un facteur de socialité. Celui-ci ne remet pas en cause les facteurs associés identifiés dans l'enquête PréPreC mais contribue à identifier finement les stratégies de protection des personnes à risque.

Conclusion

- **Sur un plan analytique**, les conclusions de l'étude PréCARES indiquent que les enjeux de la deuxième vague épidémique doivent être ajustés au croisement de deux problématiques. L'une, bien connue, est celle des inégalités sociales et territoriales de santé. L'autre au temps de la Covid-19, est celle des inégalités sociales du confinement. Leur croisement dessine de nouveaux périmètres d'intervention d'urgence au carrefour des urgences épidémiologiques, cliniques et sociales.
- **Sur un plan opérationnel**, l'enquête PréCARES fait ressortir trois enjeux :
 - 1- Sur le plan strict de la mise à l'abri, les CHU ont été un succès pendant la première vague. **Des limites importantes sont cependant apparues** dans la capacité de ces dispositifs à protéger de la contamination, à répondre aux besoins de santé plus généraux, à gérer les conséquences en santé mentale importantes d'un public déjà fragilisé, à garantir des conditions d'alimentation adaptées, à gérer les espaces de sociabilité. **Des potentialités importantes n'ont pas été suffisamment explorées.** La concentration dans un même espace-temps de publics en situation de grande précarité est une opportunité pour réduire les barrières d'accès aux services administratifs (ouverture de droits, notamment à la santé), à l'intégration sociale (santé mentale, travail social) et à la santé en utilisant les ressources locales (permanence garantie par des réseaux de type CPTS). Ceci indique la nécessité de repenser le dispositif des CHU au-delà de la mise à l'abri, comme un espace de protection épidémique, de détection des personnes à risque, et d'intégration de services. La détection et l'offre de services doit s'étendre aux principaux points de distribution alimentaire.
 - 2- L'action sanitaire auprès des publics en situation de précarité comme ceux rencontrés dans l'étude PréCARES repose sur **une analyse site par site des caractéristiques épidémiologiques (cluster), sociodémographiques, d'habitat et de socialité ainsi que sur une recherche active des personnes à risque de développer des formes graves de la maladie.** La mobilité des équipes et des dispositifs est une condition de détection et protection de ces publics.
 - 3- **Les stratégies de détection et de protection des personnes à risque parmi les populations en situation de précarité doivent être adaptées site par site.** Selon les caractéristiques locales, trois principales modalités d'intervention sont logiquement possibles : i) « l'assistance au confinement » pour les personnes fragiles sur leur lieu de résidence lorsque les conditions de confinement sont appropriées. Cette assistance comprend : La distribution de masques et de solution hydroalcoolique (SHA), des recommandations réalistes d'application des gestes barrières suite à l'étude des conditions d'application, l'information sur le 15, des informations spécifiques et individuelles sur la conduite à tenir en cas de symptômes pour les personnes à risque, l'identification des barrières d'accès aux soins, la communication sur le mapping des structures qui fonctionnent pour favoriser le recours aux soins, l'orienter sur l'ouverture de droits pour les personnes sans AME/CMU ; ii) l'hébergement en CHU (chambre individuelle) dans les sites où les personnes fragiles sont minoritaires (par exemple, un FTM avec un nombre important de « surnuméraires ») ; iii) l'hébergement en centre Covid+ pour les personnes âgées et porteuses de comorbidités détectées et atteintes de la Covid-19.

Caractéristiques de l'échantillon et carte des sites de l'enquête

Description de l'échantillon N=433	%
Hommes	83,8
Femmes	16,2
Origine	
France	13,4
Afrique Sub-Saharienne	47,2
Asie Centrale	21,2
Europe (autre)	6,2
Afrique du Nord	9,2
Situation administrative	
Nationalité française	17,3
Titre de séjour / asile	52,2
Situation irrégulière	30,3
Couverture santé	
Aucune	29,2
Droits non-renouvelés / attente	5,3
AME	9,3
Sécurité sociale	56
Revenus	
Aucune aide / mendicité / informel	52,3
Allocation (chômage, RSA...)	26
Travail déclaré / retraite	21,6
Caractéristiques diverses	
65 ans et plus	6,9
Personnes avec une maladie chronique	27,5
Personnes ayant rapporté au moins un symptôme Covid	30,5



Auteurs : Jean-François Véran : jfveran@gmail.com
Marianne Viot, marianne.viot@paris.msf.org
Bastien Mollo, bastien.mollo@gmail.com
Charline Vincent : charlinevincent4@gmail.com

Contact : Corinne Torre, cheffe de Mission France Médecins Sans Frontières :
corinne.torre@paris.msf.org