

PréCARES

Précarités et Covid-19 : Évolution de l'Accès et du Recours à la Santé

**Paris, Île-de-France
mars-juin 2020**



© Agnès Varraine-Leca / MSF

Étude réalisée par Jean-François Vérant, Marianne Viot, Bastien Mollo et Charline Vincent

Projet d'urgence MSF « Covid-19 et populations précaires »
en Île-de-France, France.

Document final	8 décembre 2020
Étude réalisée par	Jean-François Véran <i>jfveran@gmail.com</i> Marianne Viot <i>Marianne.viot@paris.msf.org</i> Bastien Mollo <i>Bastien.mollo@gmail.com</i> Charline Vincent <i>Charlinevincent4@gmail.com</i>
Type d'étude	Étude mixte transversale
Population de l'enquête	Personnes en situation de précarité rencontrées sur les lieux d'intervention du projet d'urgence MSF « Covid-19 et populations précaires » en Île-de-France, France.
Période de l'étude	Mai – juin 2020
Site de l'étude	Île-de-France, France
Comité de suivi	Corinne Torre, cheffe de mission <i>Corinne.torre@paris.msf.org</i> Emilie Fourrey, responsable médicale (mars – juin 2020) <i>Emilie.fourrey@paris.msf.org</i> Anneliese Coury, coordinatrice de projet (mars – juillet 2020) <i>anneliesecoury@hotmail.com</i> William Hennequin, responsable de programmes <i>William.hennequin@paris.msf.org</i>
Les auteurs remercient	Sandrine Y. Halfen pour les références bibliographiques Thomas Roederer et l'équipe d'Epicentre pour la configuration de « KoBo Collect » et l'appui technique au traitement de la base de données Les enquêteurs pour leur dynamisme et leur implication sur le terrain L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et les organismes gestionnaires pour leur accès au terrain Et bien sûr, les participants à l'enquête pour le temps de partage de leurs expériences de vie.

Présentation de l'étude PréCARES et des enjeux de la production de connaissances en temps de Covid-19.

L'enjeu de la production de connaissances utiles pour l'action.

Début mai 2020, au lancement de l'étude PréCARES, les connaissances portant sur l'accès aux services de santé, l'expérience vécue et située de personnes en situation de fragilité sociale et d'exposition au virus sont rares dans le contexte de crise épidémique de Covid-19 en France. D'un côté, les connaissances produites sur l'expérience vécue par les personnes en situation de précarité « en temps de Covid-19 » ne sont pas alimentées par des données de première main, c'est-à-dire directement issues de l'expérience des personnes concernées, ni situées ou disons localisées à une échelle fine et opérante (par territoire, par hébergement ou cluster...) (Espace Éthique, 2020). De l'autre côté, les connaissances en cours de production en sciences humaines et sociales portant sur l'expérience de la Covid-19 et les types de réponses ne portent pas sur les publics les plus précaires ni sur une échelle micro-locale, telles que l'enquête EPICOV de l'INSERM (Bajos et al., 2020).

Une étude mixte en sciences humaines et sociales.

Ce travail est destiné aux responsables opérationnels de Médecins Sans Frontières, ainsi qu'aux acteurs œuvrant auprès des personnes en situation de précarité dans le contexte de crise épidémique : associations ou autorités publiques, des secteurs de la santé, du médico-social, des politiques de logement et de fonctions administratives ou territoriales. L'étude a été réalisée avec le concours de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS-IdF) et les partenaires concernés : opérateurs de Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU), coordinateurs de distributions alimentaires et gestionnaires de Foyers de Travailleurs Migrants (FTM).

Qu'est-ce que ce rapport comprend ?

Ce document propose des analyses relatives à l'expérience des personnes en situation de précarité rencontrées par les équipes de MSF pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19, comprenant la vie pendant le confinement et l'évolution de l'accès aux soins, la perception des symptômes associés à la Covid-19 et des éléments concernant leur santé mentale. Le rapport présente des axes d'approfondissement à travailler collégialement au regard des types de situation de précarité (vivre dans un FTM, à la rue) et des types de services d'urgence : CHU, distributions alimentaires. Ce travail propose aussi des pistes d'action et de plaidoyer à instruire sans attendre, dans le contexte de seconde vague épidémique en France.

Quelles sont les autres connaissances produites par MSF sur « Covid-19 et précarité » ?

- **Un travail interne de capitalisation par activité** (équipes mobiles, cliniques mobiles, centres COVID+, télé-conseil/veille des dispositifs sanitaires, rapport médical...) a été réalisé par l'équipe du projet d'urgence de MSF (MSF-France, 2020,1).
- **Un rapport analytique des explorations et observations de terrain** réalisées par l'équipe d'Outreach du projet d'urgence relatant les situations de vie rencontrées et les axes opérationnels discutés dans le contexte singulier de crise (Véran et Viot, 2020).
- **L'enquête « PréPreC » de séroprévalence du SARS-COV2** dans la population cible de la Mission France en Île-de-France coordonnée avec Epicentre. Les résultats de l'enquête sont publiés dans l'article : « High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Île-de-France », publié dans la revue MedRxiv (Roederer et al., 2020)¹.

1. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.07.20207795v1>, consulté le 01/11/2020.

Table des matières

Présentation de l'étude PréCARES et des enjeux de la production de connaissances en temps de Covid-19	4
Liste des acronymes	7
Introduction	8
Une étude pour mieux comprendre l'impact du confinement sur les conditions de vie, le recours aux soins, les barrières d'accès et l'exposition au virus des personnes en situation de précarité pendant la première crise sanitaire de la Covid-19 (mars-juin 2020)	
Méthode : sites et participants à l'étude	9
 1. Typologies de situations de précarité selon les conditions d'hébergement : des pistes de réflexion sur les dispositifs de réponse	 11
1.1. De quelles précarités parle-t-on ?	12
1.1.1. Avant le confinement, une population qui vivait déjà souvent dans la pauvreté	13
1.1.2. Pendant le confinement, la dégradation de la situation de l'emploi formel a surtout affecté les foyers de travailleurs	13
1.1.3. La condition des migrants en situation irrégulière : un cumul de fragilités et précarités	14
1.1.4. Fréquenter un point de distribution alimentaire : la bascule ou l'enfoncement dans la précarité ?	15
1.2. Les enjeux sociaux et de politique publique de la mise à l'abri	15
1.2.1. Héberger les personnes en situation de précarité au moment du confinement	16
1.2.2. Les conditions de vie en Centre d'Hébergement d'Urgence	18
1.2.3. L'accès à la nourriture pendant le confinement : une sécurité alimentaire préservée, mais pas toujours adaptée	19
 2. Quels recours aux soins et quelles barrières d'accès ont été rencontrés pendant le confinement ?	 21
2.1. Recours aux soins, avant et pendant le confinement	22
2.1.1. L'impact du confinement sur le recours aux soins hors Covid : une relation de cause à effet	24
2.1.2. Le recours aux soins en cas de symptômes Covid-19	25
2.1.3. Illustration de l'évolution des pratiques spatiales et du recours aux soins	28
2.2. Les barrières d'accès à la santé pendant la crise sanitaire	32
2.2.1. Des motifs de non consultation : pragmatisme et « renoncement altruiste »	33
2.2.2. « 10 % » : une part structurelle de renoncement aux soins par absence de couverture maladie qui s'accroît pour les symptômes Covid-19	34
2.2.3. Le virus circule, l'information beaucoup moins	35
2.2.4. Quelques expériences de refus de soins	36
2.3. Les limitations d'accès liées au contexte de crise sanitaire	37
2.3.1. L'hyper-confinement comme évitement des contrôles policiers	37
2.3.2. Le sentiment d'insécurité : une barrière d'accès à la santé	39
2.3.3. Les Centres d'Hébergement d'Urgence, un levier d'accès aux soins ?	39
2.3.4. Focus sur l'acuité des questions de santé mentale	41

Table des matières

3. Les personnes vulnérables à la Covid-19	45
3.1. Qui sont les plus de 65 ans ?	46
3.2. Les résidents des FTM : vulnérables ou pas vulnérables ?.....	47
3.3. Maladies chroniques : une bonne continuité d'accès aux soins ou un report de suivi ?.....	47
4. Quels facteurs de risque de contamination l'étude PréCARES permet-elle retrospectivement de soulever au vu des résultats de l'enquête de séroprévalence ?	50
4.1. Politiques de santé et Covid-19 : applicabilité des mesures barrières et du confinement	51
4.1.1. Respect déclaré des mesures barrières	51
4.1.2. L'adhésion aux règles sanitaires du déconfinement	53
4.2. Les «hyper-confinés» et les «mobiles» : une analyse des modes de mobilité et de confinement face au risque de Covid-19	54
4.2.1. Les «hyper-confinés», les «confinés» et les «mobiles» : de qui parle-t-on ?	54
4.2.2. L'hyper-mobilité des «inconfinés»	54
4.2.3. Les inconfinés	55
4.2.4. Entre hyper-mobilité et hyper-confinement : un contraste très marqué entre les CHU	55
4.3. Les réseaux de sociabilité : illustrations de la part humaine du virus	57
4.3.1. Le réseau dense de l'HUDA1	57
4.3.2. Le réseau dense et ramifié du FTM1	58
4.3.3. Le réseau lâche de CHU4	59
 Réflexion transversale. Viser l'équité : dépasser des approches très territorialisées et sectorisées, et assurer la coordination des acteurs ?	 61
 Conclusion générale. La reprise en main au carrefour des urgences épidémiologiques, cliniques et sociales	 65
 Bibliographie	 67
Table des illustrations.....	69
 Annexes	 70
Annexe 1 - Méthodes	70
Annexe 2 – Pour aller plus en profondeur	74
Le livret des analyses statistiques de l'étude PréCARES	
L'atlas de l'évolution des pratiques spatiales avant et pendant le confinement par site d'enquête	93

Liste des acronymes

ADP	Aéroports de Paris
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS-IdF	Agence Régionale de Santé – Île-de-France
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CASO	Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CM	Clinique Mobile
CMS	Centre Municipal de Santé
CTC	Centre de Traitement du Choléra
Covid-19	CoronaVirus Disease 2019
DD-ARS	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
EM	Équipe Mobile
FTM	Foyer de Travailleurs Migrants
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPC	Infection Prevention Control ou Prévention et Lutte contre les Infections
IRIS	Ilot Regroupé pour l'Information Statistique
MdM	Médecins du Monde
MNA	Mineur non accompagné
MSF	Médecins Sans Frontières
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Service de Protection Maternelle et Infantile
PréCARES	Précarité et Covid-19 : Évolution de l'Accès et du Recours à la Santé
PréPreC	Précarité et Prévalence de la Covid-19
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
Test PCR	Test Polymerase Chain Reaction
TDS	Travailleur.se du sexe
UASA	Unité d'Assistance aux Sans-Abris
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Introduction

Une étude pour mieux comprendre l'impact du confinement sur les conditions de vie, le recours aux soins, les barrières d'accès et l'exposition au virus des personnes en situation de précarité pendant la première crise sanitaire de la Covid-19 (mars-juin 2020)

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, depuis le 22 mars 2020, Médecins Sans Frontières (MSF) a renforcé ses activités en France notamment en direction des populations en situation de précarité, dont la crise sanitaire a creusé les inégalités. En Île-de-France, MSF a diversifié, étendu et médicalisé ses activités opérationnelles traditionnellement centrées sur le soutien aux mineurs non accompagnés (MNA) et accès aux soins (clinique mobile) pour les personnes en campement à Paris et dans des départements d'Île-de-France passant "dans un mode médical d'urgence". Ce dispositif d'intervention répond à une demande d'intervention de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS – IdF) pour établir les diagnostics de cas Covid-19 suspects. C'est ce mandat initial et ce partenariat au cours de cette première phase de la crise sanitaire qui a permis à MSF d'accéder aux sites et de déployer ses opérations médicales.

Concrètement, une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, logisticiens...) a déployé des interventions mobiles : des cliniques mobiles adossées à des distributions alimentaires tournées vers les personnes à la rue ou en très grande précarité, des équipes mobiles en maraude pour des personnes à la rue, dans des lieux de vie informels, etc. La réponse des équipes mobiles comprenait aussi un large volet d'intervention médicale et de support aux équipes intervenant dans les centres d'hébergement d'urgence (CHU – comprenant hôtels réquisitionnés, gymnases...) et des hébergements collectifs, tels les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM). Enfin, la réponse intégrait une hotline à destination des centres d'hébergement et d'autres acteurs associatifs et des interventions dans les centres COVID+.

Dans ce contexte de crise inédite, les données ou remontées de terrain se sont révélées très partielles, en particulier à destination des personnes vivant en marge des dispositifs « grand public » ou dans l'informalité. En vue d'appuyer le dispositif opérationnel et dans une logique d'apprentissage et de plaidoyer

en cas de seconde vague épidémique, l'équipe de terrain de MSF a proposé la réalisation de l'enquête PréCARES, avec la volonté de décrire, d'analyser et de partager des situations mal connues et encore non documentées par ailleurs. Ce travail est parti de l'hypothèse que certains groupes de populations précaires ont été davantage confrontés à l'épidémie en fonction des conditions de vie, des possibilités réelles de confinement et d'observation des gestes barrières et de l'accès effectif à la santé dans les conditions de crise sanitaire. Les équipes de terrain rapportaient en outre une forte présence des symptômes de la Covid-19 au sein des sites d'intervention. De plus, le confinement semblait avoir rapidement accentué et multiplié les situations de précarité et les barrières d'accès à la santé, à mesure que se rétrécissaient les ressources économiques et les dispositifs habituels d'assistance sociale et médicale.

L'analyse des données est ici rassemblée autour de quatre grandes questions :

1. Comment les dispositifs d'urgence et en particulier de mise à l'abri ont fonctionné d'un point de vue de politique publique et selon les types de situation de précarité ?
2. Quels recours aux soins et quelles barrières d'accès ont été rencontrés pendant le confinement ? Dans quelle mesure l'épisode du confinement permet-il de mettre en lumière des questions plus structurelles d'accès aux soins pour certaines catégories de population ?
3. Dans l'objectif de mieux protéger les personnes vulnérables à la Covid-19, quelles pistes se dégagent dans la compréhension de leur situation / comportement / recherche de soins pendant le confinement ?
4. Quels facteurs de risque de contamination l'étude PréCARES permet-elle rétrospectivement de soulever au vu des résultats de l'enquête de séroprévalence ?

Méthode : sites et participants à l'étude

La méthode incluant les modalités de recueil et d'analyse de données, les choix et la sélection des sites et populations d'étude ainsi que les considérations éthiques sont détaillées dans l'**annexe 1**. Sont ici présentés de façon synthétique les sites et populations d'étude afin de faciliter la lecture et l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport.

La collecte des données quantitatives sous la forme de questionnaires a eu lieu entre le **12 et le 20 juin 2020 dans onze (11) sites. 433 personnes** ont accepté de participer à l'étude.

Les sites d'enquête ont fait l'objet d'un choix raisonné à savoir là où MSF a développé des activités sanitaires. Ils ont été déterminés selon un critère de convenance reposant sur les éléments suivants : 1) les choix opérationnels d'intervention de MSF ; 2) la diversité des types d'habitat et d'hébergement ; 3) des populations en situation économique et / ou administrative précaire (incluant de nouvelles précarités liées à la crise sanitaire) ; 4) la capacité d'accès, l'acceptabilité et la qualité des contacts avec les partenaires dont les autorisations d'enquête pourront être nécessaires ; 5) une unité de territoire.

Les 11 sites – localisés dans Paris et en Seine-Saint-Denis – sont de trois types différents :

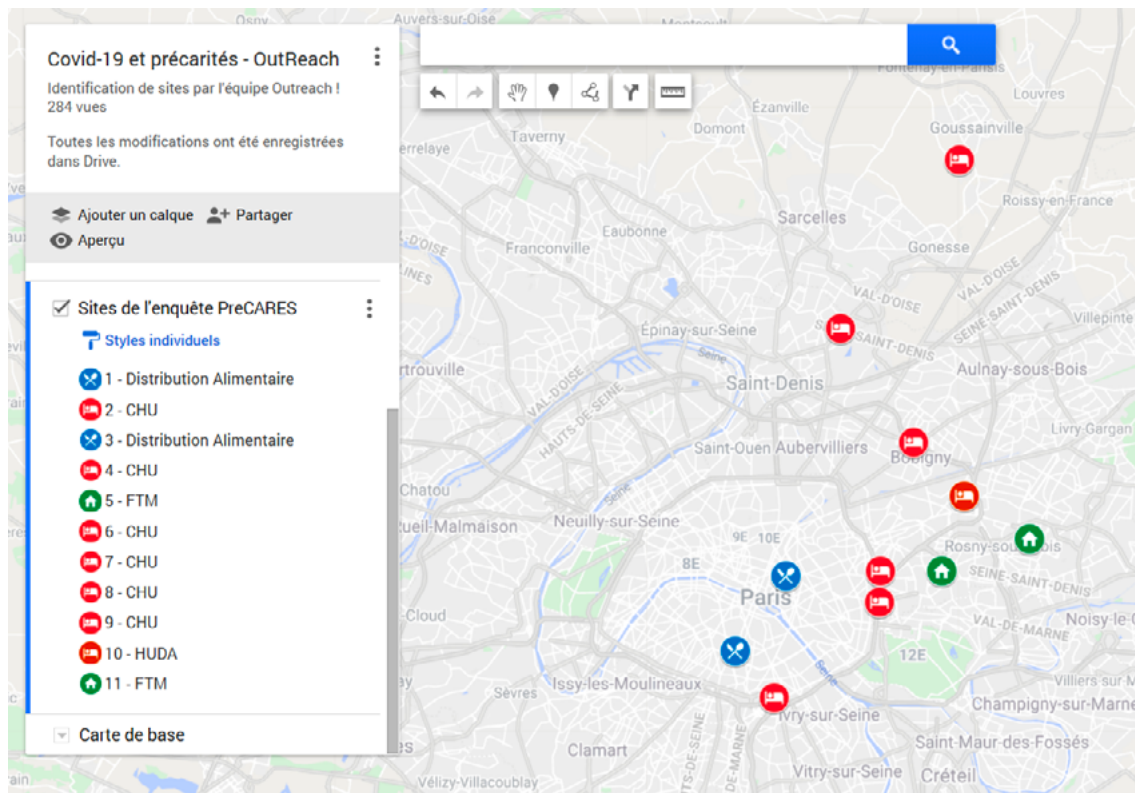
1. Deux (2) points de **distributions alimentaires** auprès desquels MSF avait installé ses cliniques mobiles,
2. Six (6) **Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU)**, le plus souvent des hôtels de classe moyenne réquisitionnés par les préfectures au début du confinement pour mettre à l'abri des personnes sans domicile ou hébergées dans des conditions ne permettant pas l'application des mesures sanitaires et de distanciation sociale, ainsi qu'un (1) **Centre d'Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA)** qui existait avant la crise,
3. Deux (2) **foyers de travailleurs migrants (FTM)**, dont un FTM (FTM1) vétuste accueillant une large population de personnes dites surnuméraires. FTM2 accueille pour sa part une forte proportion de personnes âgées dans un habitat rénové. La présence des surnuméraires y est très limitée.

Il est important de noter que l'enquête n'a pas concerné les **gymnases** – qui pour la plupart ont fermé pendant le confinement à la faveur d'un hébergement dans des hôtels réquisitionnés (CHU). Les **squats, campements informels et autres bidonvilles** n'ont pas fait l'objet de cette étude.

Tableau 1: Nombre d'enquêtés par type de site

Nombre d'enquêtés par type de site			
	Nombre de sites = 11	Nombre d'enquêtés = 433	%
Distributions alimentaires	2	65	15
Centres d'hébergement/hôtel	7	286	66
Foyers de Travailleurs Migrants	2	82	19

Carte 1. Les 11 sites d'enquête de l'étude PréCARES



1



© Agnès Varraine-Leca / MSF

Typologies de situations de précarité
selon les conditions d'hébergement :
des pistes de réflexion sur les dispositifs
de réponse d'urgence

Cette partie s'attache à décrire des typologies de situations de précarité selon les conditions d'hébergement pendant le confinement. Il s'agira de poser des pistes de réflexion sur les dispositifs publics de réponse d'urgence.

1.1. De quelles précarités parle-t-on ?

Avant d'entrer dans les dispositifs de mise à l'abri et de réponse d'urgence, il convient de revenir sur les définitions et les acceptions de la précarité et de s'intéresser à la façon dont les mesures sanitaires induites par la crise de la Covid-19 du printemps 2020 ont déplacé, remodelé et finalement interrogé ce que nous – les intervenants, les autorités publiques, les hébergeurs... - appelons les publics en situation de précarité.

Personne "n'est" précaire tout seul. C'est l'enseignement de l'approche situationnelle utilisée notamment en sciences humaines et sociales (Clarke, 2007 ; Van Velsen, 1979). La précarité (du latin *precarious* : qui s'obtient par la prière) y est toujours décrite comme une relation entre une personne ayant des besoins et des modes de satisfaction dépendant d'autrui, d'institutions, de l'État (le *precarious* latin). Ce qui caractérise la précarité est que cette relation est révocable. Elle n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, et peut toujours être remise en cause.

Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, cette approche situationnelle de la précarité a été particulièrement utile pour rendre compte des dynamiques multiples d'entrée, puis d'enfoncement dans la précarité. Un enjeu du travail embarqué sur le terrain a

été de montrer que "les précaires" ne se limitaient pas aux publics habituels de l'action sociale publique ou de l'action humanitaire de MSF. Bien-sûr, il y avait les migrants en situation irrégulière, les populations de rue, les habitants des squats, les résidents des Foyers de travailleurs migrants (FTM), les usagers de drogues en situation d'exclusion (consommateurs de crack en particulier), les travailleurs du sexe, les habitants des bidonvilles/campements, les mineurs non accompagnés, *les gens du voyage*, etc. Mais dans le cadre du volet qualitatif de PréCARES, nous avons rencontré en situation précaire : des familles vivant en immeubles mais à bout de ressources, des personnes isolées coupées de leurs visites de convivialité, des voyageurs en transit qui se retrouvaient sans point de chute, des livreurs Uber Eats tombés malades et se retrouvant sans ressources, des personnes à la santé fragile ou avec des maladies chroniques, paniquées à l'idée de consulter un médecin et de se contaminer. Il y a eu aussi tous ceux qui, rompus à la vie dans la rue, se sont retrouvés dans des Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) entre des murs partagés avec des co-hébergés qu'ils n'avaient jamais fréquentés. Le confinement a ainsi multiplié les situations de précarité. Parfois, la pauvreté des conditions initiales a fait place à la misère, quand la rupture du quotidien a laissé les personnes sans option ou sans savoir comment survivre, entraînant le basculement dans l'insécurité alimentaire, domestique, sanitaire et bien sûr épidémique.

La précarité en temps de confinement est bel et bien une multiplicité de situations de brèche entre des personnes, des services et l'accès à des ressources. C'est cette multiplication des précarités qui a constitué l'axe principal du projet

Tableau 2. Source de revenus déclarée avant le confinement par type de site d'enquête

Type de site d'enquête / Source de revenu (n=429)	Distribution alimentaire %	CHU %	FTM %	TOTAL %
Sans Revenus	30,8	41,5	12,2	34,3
Autres allocations (CAF, Adulte Handicapé, Arrêt Maladie)	10,8	19,5	4,9	15,4
Travail déclaré stable (CDD, CDI)	10,8	5,3	28	10,5
Travail non déclaré / Activité informelle	9,2	6,4	20,7	9,6
RSA	15,4	8,9	3,7	8,9
Retraite	9,2	1,4	15,9	5,4
Travail déclaré en intérim, ou instable	1,5	4,3	8,5	4,7
Aides associatives (ou religieuses)	4,6	3,5	0	3
Famille / amis	0	4,3	2,4	3,3
Mendicité/manche	1,5	2,5	2,4	2,3
Allocations chômage	1,5	1,1	1,2	1,2
RSA + compléments	3,1	0,7	0	0,9
Travail déclaré instable + autres	1,5	0,7	0	0,7
TOTAL	100	100	100	100

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 119,7$, ddl = 24, $1-p = >99,9\%$.

Les pourcentages en gras sont ceux pour lesquels l'effectif réel est nettement supérieur (ou inférieur) à l'effectif théorique

“Urgence COVID et Populations Précaires en Île-de-France” de MSF. Ce sont ces situations dont nous nous sommes efforcés de rendre compte et d’opérationnaliser, au sens de fournir un service de santé d’urgence. Telle est la mission sociale de Médecins Sans Frontières.

1.1.1. Avant le confinement, une population qui vivait déjà souvent dans la pauvreté

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.

La pauvreté est généralement définie comme un manque durable de ressources pour vivre décemment et subvenir aux besoins de base (Martin & Gilbert, INSEE 2016). Ainsi que le montre le tableau 2 page précédente, 33,9% des répondants de l’étude PréCARES n’avaient aucune source de revenus avant le confinement. Si l’on ajoute ceux vivant du Revenu de Solidarité Active (RSA), d’aides ponctuelles, de mendicité ou de petits boulots informels, 77,4% des répondants vivent vraisemblablement en-dessous du seuil de pauvreté (c’est-à-dire moins de 990 euros par mois pour une personne seule).

Les FTM se distinguent nettement avec une part plus importante de répondants ayant un emploi stable (28%) ou étant à la retraite (15,9%). Nous verrons au fil de l’analyse comment la perte de cette stabilité va bouleverser l’écosystème de certains FTM pendant le confinement.

Les CHU sont les sites d’enquête où la population est la plus pauvre : 84,2% vit en-dessous du seuil de pauvreté. On notera le peu de personnes mentionnant la mendicité comme source de revenu (2,3%), la plupart préférant en déclarer la pratique comme une « activité informelle ».

1.1.2. Pendant le confinement, la dégradation de la situation de l’emploi formel a surtout affecté les foyers de travailleurs

83,8% (n=78) des répondants qui avaient une activité formelle ou informelle avant le confinement ont perdu une partie ou la totalité de leurs ressources au cours du confinement.

De significatives différences apparaissent toutefois entre les modalités de travail. Le fait d’avoir un travail formel est resté un facteur de protection relatif, 82,9% ayant conservé une source de revenu, même réduite

Tableau 3. Evolution de l’emploi et des activités génératrices de revenus pendant le confinement

Situation avant / Situation pendant le confinement (n=93)	Travail déclaré (CDD, CDI) %	Travail non déclaré %	Travail déclaré ou instable %	TOTAL %
Vous avez travaillé comme avant	24,4	5,9	5,6	14
Vous avez travaillé en télétravail	4,9	0	0	2,2
Vous avez été mis au chômage partiel	26,8	8,8	16,7	18,3
Vous avez perdu votre emploi et êtes au chômage	9,8	8,8	22,2	11,8
Vous avez perdu votre emploi et n’avez plus de revenus	7,3	35,3	33,3	22,6
Vous n’avez pas pu exercer votre activité comme avant	26,8	41,2	22,2	31,2
TOTAL	100	100	100	100

La dépendance est significative. $\chi^2 = 23,0$, $ddl = 10$, $1-p = 98,9\%$.

Les pourcentages en gras sont ceux pour lesquels l’effectif réel est nettement supérieur (ou inférieur) à l’effectif théorique

Tableau 4. Changement de situation pendant le confinement par type d’hébergement enquêté

Type d’hébergement / Changement de situation pendant le confinement (n=432)	Distribution alimentaire	CHU	FTM
Vous avez travaillé comme avant	3,1	2,1	6,1
Vous avez travaillé en télétravail	1,5	0,3	0
Vous avez été mis au chômage partiel	0	2,1	13,4
Vous avez perdu votre emploi et êtes au chômage	0	1,7	7,3
Vous avez perdu votre emploi et n’avez plus de revenus	4,6	3,5	9,8
Vous n’avez pas pu exercer votre activité comme avant	10,8	3,1	15,9
TOTAL	80	86,9	46,9

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 74,2$, $ddl = 12$, $1-p = 99,9\%$.

Les pourcentages en gras sont ceux pour lesquels l’effectif réel est nettement supérieur (ou inférieur) à l’effectif théorique

dans le cadre du chômage partiel ou de la réduction d'activité. Ceux qui vivaient d'activités informelles ou de travail intérimaire ont plus massivement perdu leur travail ou vu leur activité diminuer. Ce sont eux qui ont les premiers basculé dans la grande précarité.

Le tableau 4 s'intéresse plus spécifiquement à la manière dont le confinement a affecté la situation professionnelle parmi ceux des répondants qui avaient une activité avant le confinement et par type de lieu d'enquête. **Ce sont logiquement les foyers de travailleurs qui ont le plus subi de perte de ressources liées aux activités formelles, car ce sont ces sites d'enquête dans lesquels la proportion de répondants en activité professionnelle avant le confinement était la plus élevée (cf. tableau 2).**

Par ailleurs, tous les répondants vivant en FTM qui avaient des activités informelles avant le confinement (n=17) ont perdu leur source de revenu.

Ces pertes de ressources vont profondément bouleverser l'organisation sociale des foyers de travailleurs. Ajoutant à la densité initiale de la population de ces sites, l'intensité des réseaux sociaux, décuplée par les impératifs de survie, a créé des conditions de circulation particulièrement active du virus (cf. partie 4.3.2)

Pour leur part, et toujours selon le tableau 4, la grande majorité des hébergés des CHU qui vivaient déjà massivement dans l'indigence ont donc peu vu leur situation changer (86,9%, n=245). Ils ont dépendu entièrement des prestations des gestionnaires.

Rappelons enfin que le tableau 4 ne concerne que les répondants ayant exercé une activité professionnelle avant le confinement et ne reflète donc pas l'importance de la perte des revenus de la mendicité (largement sous-notifiée) pour beaucoup des hébergés en CHU.

1.1.3. La condition des migrants en situation irrégulière: un cumul de fragilités et précarité

Sans accès à l'emploi formel, les migrants en situation irrégulière (N=131) ont été les plus frappés par la perte des ressources informelles provoquée par le confinement. Sans le filet de sécurité des aides compensatoires de l'État, et sans solution durable d'hébergement pour 74,1% d'entre eux, le dispositif des CHU est venu répondre à un réel besoin.

75,6% de ces migrants sont arrivés il y a plus d'un an et seulement trois d'entre eux sont arrivés il y a

moins de trois mois². Tandis que la moitié d'entre eux (51,9%) étaient sans revenu avant le confinement, l'autre moitié vivait de travaux informels desquels ils tiraient l'essentiel de leurs ressources, auxquelles s'ajoutaient ponctuellement des ressources issues des réseaux de solidarité. Hors des circuits de l'emploi formel et des allocations, cette population n'a pas bénéficié des dispositifs d'accompagnement liés aux pertes d'activité pendant le confinement. Il n'est pas surprenant que la perte de revenus ou d'activité soit alors mentionnée comme l'une des trois principales préoccupations pendant le confinement par 37,4% d'entre eux, alors qu'elle n'a été mentionnée que par 14,9% des répondants de nationalité française.

Un quart des migrants parmi les répondants est analphabète ou alphabétisé mais sans instruction : 14,6% ont fait des études supérieures (contre 30,1% pour les personnes ayant la nationalité française). Pour 42% des migrants (n=150), l'entretien n'a pas pu être réalisé en français. Dans le contexte de la crise sanitaire, ceci met en lumière l'importance de rendre disponible les messages en langues étrangères (arabe, farsi, anglais...). La réalisation de l'enquête ainsi que l'expérience des cliniques mobiles mettent en lumière les enjeux de l'interprétariat lors des consultations médicales.

En revanche, et malgré l'existence du droit formel à l'Aide Médicale d'État (AME) au-delà de trois mois de séjour, **près de la moitié des migrants en situation irrégulière n'avait ouvert aucun droit d'accès à la santé.** Ce point fera l'objet d'un développement spécifique.

Les CHU, unique alternative de confinement pour 67% des migrants en situation irrégulière. Enfin, seulement 7 sur les 131 migrants en situation irrégulière avaient un logement personnel. Si l'on considère que les 20,6% (n=27) qui étaient hébergés comme « surnuméraires » en FTM (cf. point suivant) avaient une option pour se confiner, 74,1% des en situation irrégulière n'avaient pas d'hébergement. Que ces migrants dormaient avant à la rue, en squat, en gymnase, dépendant de solidarités ponctuelles ou déjà en hébergement d'urgence, les CHU mis en place pendant le confinement se sont révélés pour beaucoup l'unique alternative pour vivre le confinement. **Le dispositif des CHU a été inclusif pour des migrants en situation irrégulière très touchés par la perte de leurs activités informelles :** 67% des 131 en situation irrégulière rencontrés pendant l'enquête étaient hébergés dans des CHU, 23,7% dans les FTM. Les 9,3% (n=12) qui ont été interrogés sur un lieu de distribution

2. Ceci s'explique du fait de la temporalité de l'enquête. Celle-ci a eu lieu en juin 2020, les mouvements migratoires avaient largement diminué pendant la période de crise sanitaire.

alimentaire ont dormi pour l'essentiel à la rue avant et pendant le confinement (n=7), ou dans un squat (n=2).

1.1.4. Fréquenter un point de distribution alimentaire : la bascule ou l'enfoncement dans la précarité ?

Près de la moitié (46,2%) des personnes interrogées à un point de distribution alimentaire³ avait la nationalité française, par contraste avec les FTM où ils ne sont que 4,9%. Symétriquement, peu de en situation irrégulière ont fréquenté ces points de distribution : on verra que l'espace public désert est devenu un facteur de surexposition aux contrôles policiers, engendrant donc possiblement un effet d'évitement de ces sites.

Après des distributions alimentaires, on retrouve trois types de population :

- **Une population plutôt française avec un cadre de vie stable bien que précaire et plus âgée** (9,2% est à la retraite). Elle possède un domicile et est davantage ancrée dans les dispositifs publics d'assistance (35,4% bénéficie du RSA). Elle est inscrite à la sécurité sociale. Elle s'est retrouvée précarisée par la perte d'activité et d'emploi et, semaine après semaine, a vu ses ressources diminuer puis disparaître au point de venir grossir les files d'attente des distributions alimentaires.
- **Une population de rue qui, pour un ensemble de raisons qui seront développées plus loin, n'a pas été hébergée en CHU.** Il s'agit là encore de personnes majoritairement françaises, avec de longs parcours de rue, et qui ont déclaré n'avoir aucune source de revenu avant le confinement. Dépendant de la mendicité et des réseaux locaux de solidarité, elles ont vu leur capacité à survivre dans la rue fortement impactée par la disparition des ressources offertes par la rue (surplus de restaurants, poubelles, mendicité...).
- **Ceux que nous avons appelé les «pris au piège du confinement».** Pendant les activités de clinique mobile et au cours de l'enquête, nous avons fréquemment rencontré des personnes dont la situation de précarité découlait directement du confinement. Nous prenons ici l'exemple de quatre personnes interrogées sur un point de distribution. Arrivées en France depuis moins de trois mois, leur trajectoire a été brisée, par une promesse de stage qui n'a pas été honorée, par des vols annulés ou plus simplement par l'épuisement des ressources qui auraient permis un retour au pays. Originaires de Colombie, d'Arabie Saoudite ou de Roumanie, ils sont déconnectés des réseaux de solidarité

existants, dorment à la rue et n'ont aucun accès à la santé. Nous avons fréquemment rencontré ce type de personnes aux trajectoires brisées dans les cliniques mobiles⁴ : une femme brésilienne touchée par un cancer qui devait rentrer dans son pays pour y subir une chirurgie à vu son vol annulé, puis s'est trouvée sans ressources. Sa situation clinique n'est pas ici ce dont il est question, mais bien le fait qu'elle a révélé dans son entretien ce sentiment abasourdi d'être prise au piège. D'une manière plus générale, toute une population vivant de petite domesticité (femmes de ménage, employées domestiques, gardes d'enfants) et vivant en situation irrégulière s'est retrouvée prise au piège en perdant pour certaines leur travail pendant le confinement et sans non plus pouvoir rentrer chez elles. Une partie du travail d'exploration de terrain pendant le confinement⁵ a été de tenter de référer ces femmes aux cliniques mobiles par les biais des réseaux WhatsApp® auxquelles elles étaient connectées.

Au terme de la présentation de ces situations induites par le confinement et vécues différemment selon le statut administratif, l'accès au logement, la durée de séjour en France, le niveau d'éducation et l'accès à des ressources, **nous mesurons toute l'importance de décrire et d'analyser les situations de précarité comme autant de «situations particulières».**

En effet, les facteurs de précarité se cumulent et produisent des situations d'aggravation, de protection, d'exposition ou d'isolement. C'est donc en croisant les types de personnes, leur vulnérabilité à la maladie, leur exposition spatiale et leurs interactions sociales que l'on peut co-construire des mesures de protection adaptées. C'est l'analyse qui est produite dans les parties suivantes.

1.2. Les enjeux sociaux et de politique publique de la mise à l'abri

S'agissant du volet de politique publique, les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) ont largement rempli leur objectif quantitatif d'héberger une population précaire n'ayant pas les moyens de

3. 65 personnes ont été interrogées dans deux sites de distribution alimentaire.

4. Pour rappel, les cliniques mobiles de MSF étaient adossées à certaines distributions alimentaires dans Paris.

5. Equipe OutReach MSF – Vêran & Viot, 2020.

se confiner⁶. En revanche, sur le plan qualitatif des conditions d'hébergement, les CHU semblent avoir posé autant de problèmes qu'ils en ont résolu. Une analyse plus fine de certains sites permet de montrer que les politiques locales de gestion et les modes de sociabilité impactent fortement sur la manière dont les hébergés ont vécu leur confinement et ont été exposés au virus.

1.2.1. Héberger les personnes en situation de précarité au moment du confinement

Tableau 5 : Lieux où les répondants hébergés en CHU dormaient avant le confinement

Où avez-vous dormi avant le confinement?	CHU	
	n=	%
À la rue	101	35,3
Centre d'hébergement	67	23,4
Squat	29	10,1
Ami/Connaissance	28	9,8
Campement	19	6,6
Logement personnel	9	3,1
Aéroport	9	3,1
Hôpital	8	2,8
Foyer de Travailleur Migrant	6	2,1
Gymnase	5	1,7
Autre	5	1,7
TOTAL	286	100

Le tableau 5 montre que sur les 286 répondants hébergés en CHU au moment de l'enquête, 55,1% dormaient dans un lieu précaire (rue, squat, campement, aéroport). Ils dormaient donc en dehors des structures d'accueil et dans des conditions ne permettant pas de vivre le confinement selon les règles sanitaires. **Plus de la moitié des hébergés en CHU ont donc été directement « mis à l'abri », c'est-à-dire rendus confinables.**

S'ajoutent les 23,4% (n=67) qui étaient déjà hébergés temporairement dans une structure d'accueil, la plupart à travers le SAMU social. Il s'agit donc de personnes en situation de précarité dont l'hébergement s'est stabilisé et pérennisé pendant la durée du confinement.

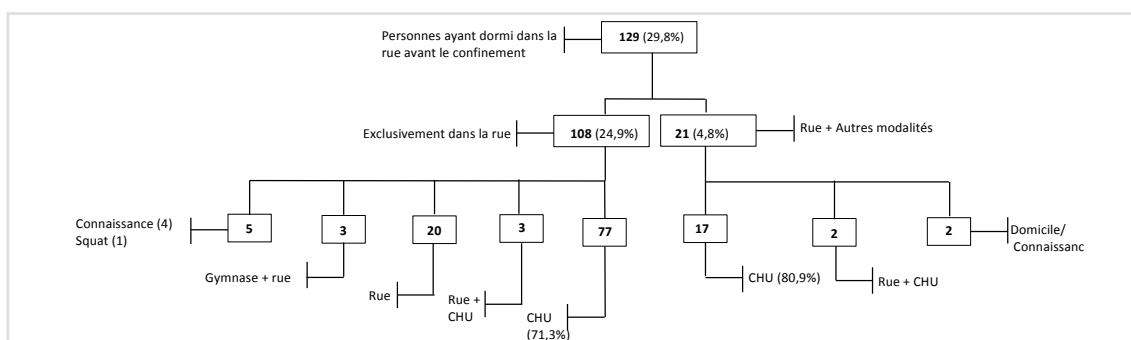
Avant le confinement, 129 personnes, soit 29,8% des répondants à l'enquête dormaient dans la rue : 108 exclusivement, 21 avec un "parcours de rue" alterné avec d'autres modalités, notamment dans des campements (n=4), chez des connaissances (n=4) ou dans un aéroport (n=9). Où ces personnes ont-elles dormi pendant le confinement ?

Le diagramme ci-dessous permet d'établir deux constats :

- Rappelons que l'enquête a été essentiellement conduite en CHU (286/433 personnes soit 65,9% des répondants – 7/11 sites d'enquête), il y a donc une sur-représentativité des populations en situation de rue hébergées pendant le confinement. Il n'en reste pas moins que **78,9% des répondants ayant dormi dans la rue avant le confinement (n=101) ont été hébergés dans un CHU**. Le CHU a été la modalité unique d'hébergement pour 74,4% (n=96) des répondants ayant dormi dans la rue avant le confinement. Le dispositif de mise à l'abri en CHU a donc largement fonctionné dans son objectif d'offrir une alternative aux personnes ne disposant pas d'un lieu pour se confiner.

- **23 répondants ayant dormi dans la rue avant le confinement ont dormi dans la rue au moins une fois pendant.** Trois y sont retournés après un séjour en gymnase, cinq autres ont finalement quitté la rue pour rejoindre un CHU. Au final, 18 répondants n'ont jamais quitté la rue. Une analyse est consacrée à cette population spécifique ci-dessous.

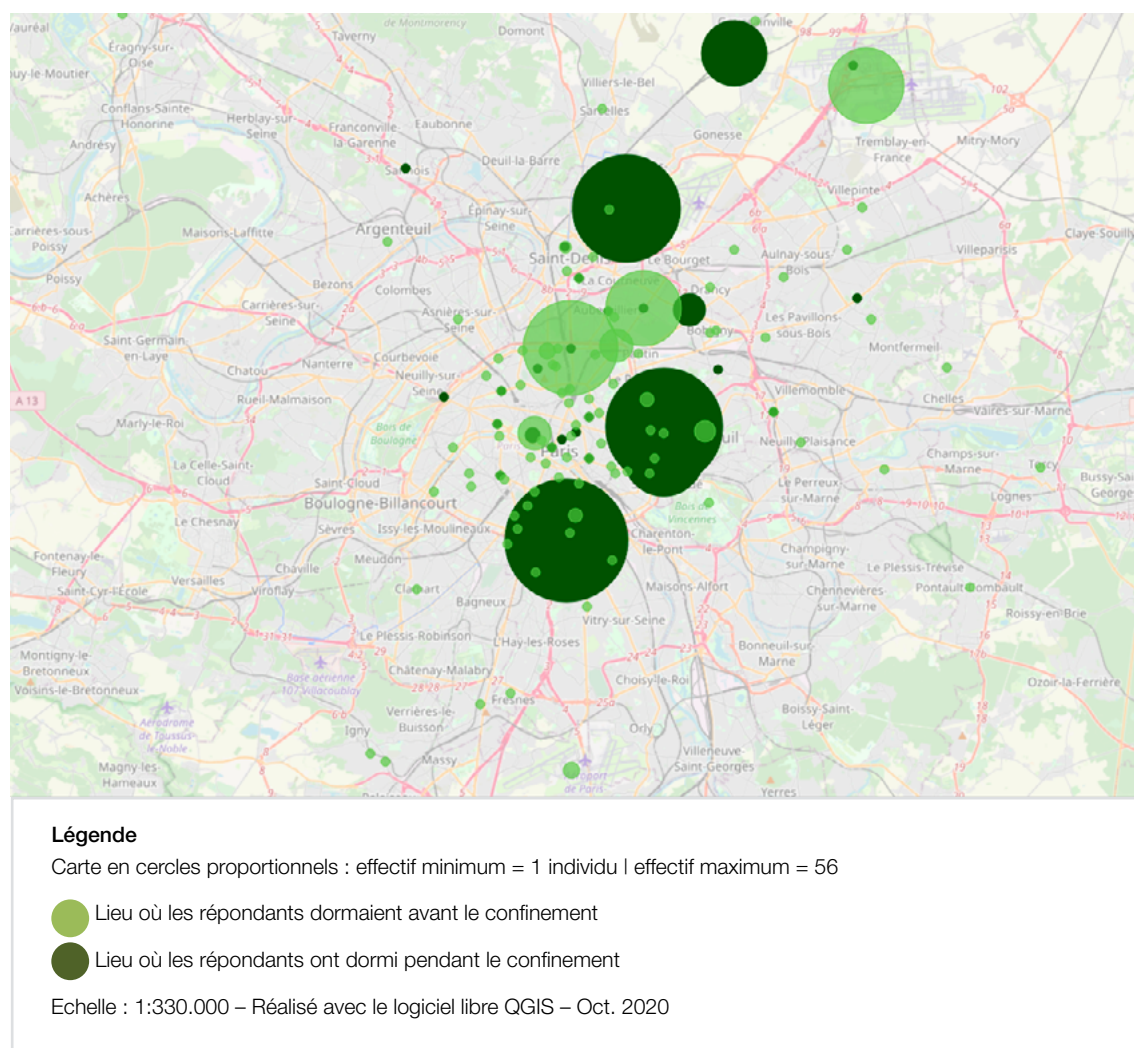
Diagramme 1. Comparatif des modalités d'hébergement pendant le confinement des répondants qui dormaient à la rue avant.



6. Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, en réponse à la question des hébergements d'urgence : « Les services de l'État s'organisent pour mettre à l'abri les plus démunis en mobilisant des places d'hôtels supplémentaires dans toute la France et en ouvrant les premiers sites de « confinement » pour les

SDF malades de la Covid-19, mais ne relevant pas d'une hospitalisation. L'enjeu est d'éviter toute remise à la rue de personnes dans le contexte sanitaire actuel. Le principe de solidarité nationale envers les personnes les plus démunies est ainsi placé au cœur du dispositif de l'État pour répondre à l'épidémie. » <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/covid-19-hebergement-durgence> [consulté le 19.10.2020]

Carte 2 . La mise à l'abri en Centre d'Hébergement d'Urgence : comparatif avant et pendant le confinement des lieux où les répondants ont dormi.



La carte illustre les données précédentes sur le mouvement de mise à l'abri dans les CHU : à la dispersion initiale des points verts clairs qui correspondent aux lieux où les répondants dormaient avant le confinement, se substitue leur concentration dans les CHU, représentés ici avec des points verts foncés. L'effet attractif et centralisateur des CHU apparaît clairement.

Discussion

“La cloche, la zone, la galère”. Le dispositif de CHU a bousculé certains cadres d'analyse de la sociologie du « sans-abrisme » (Bresson, 1997 ; Castel, 2014). L'idée portée par certaines polémiques d'un « mode de vie » non négociable de personnes qui vivraient la rue comme un choix inconditionnel ne résiste pas à l'analyse en temps de Covid-19⁷. Le dispositif exceptionnel des CHU interroge sur la « normalité » : il

appelle à une réflexion sur les réelles alternatives à la rue avant le confinement qui viendraient en support à l'idée de « choix » et d'un « mode de vie » parfois romantisé.

L'idée « d'inconfinables » appelle à pousser la réflexion sur les causes réelles du maintien à la rue de ceux qui n'en sont pas sortis. Les données qualitatives recueillies pendant l'enquête, et l'expérience opérationnelle issue de la réponse d'urgence médicale de MSF, mettent en évidence la question de l'accès aux produits (alcool et drogues illicites), qui est revenue de manière récurrente comme un obstacle au confinement. C'est ce qu'a aussi montré, en marge de l'enquête, l'expérience de mise

⁷ **Rédaction de l'Obs** (05.02.2018). *Les SDF dorment dans la rue « par choix » : les propos hors-sol d'un député LREM*. L'Obs. [\[en ligne, consulté le 29.10.2020\]](#).

à l'abri de 300 usagers de crack dans le quartier de Stalingrad (19^{ème} arrondissement⁸). Certains Centres d'Hébergement d'Urgence affichaient une politique de tolérance zéro sur cet aspect, fonctionnant comme repoussoir pour les populations dépendantes. D'autres, souvent par assouplissement pragmatique des règles initiales, ont fini par tolérer l'achat d'alcool, et parfois même envoyé des personnels de sécurité ou des travailleurs sociaux réaliser ces achats pour protéger les populations hébergées. S'agissant des usagers de drogues illicites, le confinement a en revanche été globalement impossible. La réduction de l'activité des associations spécialisées, conjuguée à la dispersion des points d'approvisionnement et à la raréfaction de l'argent pour acheter les produits a provoqué une véritable errance pour ces populations. Chassées régulièrement de la "colline du crack" (Porte de la Chapelle, Paris 18^{ème}), on les trouvait parfois à consommer dans les stations de métro désertées ou le long des jardins publics fermés (Véran, Viot : 2020). Une errance qui n'est pas inédite mais dont l'ampleur pendant le confinement a été démultipliée.

En termes de politique publique, il est essentiel de reprendre la « déclaration » du Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales sur les CHU qui stipule que *« l'enjeu est d'éviter toute remise à la rue de personnes dans le contexte sanitaire actuel. Le principe de solidarité nationale envers les personnes les plus démunies est ainsi placé au cœur du dispositif de l'État pour répondre à l'épidémie »*. En regardant le dispositif de près, il apparaît donc que ce principe de solidarité a fonctionné en situation d'urgence épidémique.

Cela questionne donc les modalités de pérennisation de dispositifs solidaires auprès des plus précaires, non plus seulement en période de crise, mais dans le temps long des politiques de solidarité.

Cette réflexion s'inscrit dans le cadre plus général de celle portant sur les aspects qualitatifs de l'hébergement en CHU pendant le confinement et que nous poursuivons dans la section suivante.

8. MITOYEN Julien (22.04.2020). « La rue leur appartient » : dans le quartier de Stalingrad, le confinement ne freine pas les trafics de drogue. BFM TV. [\[en ligne, consulté le 29.10.2020\]](#)

1.2.2. Les conditions de vie en Centre d'Hébergement d'Urgence

L'hébergement est la première et la plus citée des difficultés rencontrées par les personnes interrogées (24,2%). Cette difficulté est davantage rapportée dans les Centres d'Hébergement d'Urgence (37,1% - avec une amplitude de 20,4 à 48,7% selon les sites) et sur les lieux de distributions alimentaires (41,5%) que dans les Foyers de Travailleurs. S'agissant des populations rencontrées dans les distributions alimentaires, cette préoccupation autour de l'hébergement est cohérente avec la population enquêtée qui, par essence, est mal logée. En revanche, comment expliquer cette préoccupation majeure liée au logement en Centre d'Hébergement d'Urgence ? On aurait pu s'attendre en effet, à ce que cette problématique soit neutralisée par l'offre de service. Pour rappel, les Centres d'Hébergement d'Urgence sont des hôtels de classe moyenne réquisitionnés par l'État et opérés par des hébergeurs (associations partenaires de l'État) fournissant le « gîte et le couvert ». Nous posons à cela deux hypothèses.

La première porte sur les conditions d'hébergement appliquées site par site, à savoir comment dans chaque hôtel les professionnels ont su avec le cahier des charges qu'ils avaient en main déployer en urgence un dispositif inclusif qui ne se limitait pas à de l'hôtellerie.

En d'autres termes, le dispositif de mise à l'abri a pu dans certains sites être perçu comme un dispositif d'enfermement anxiogène. Cette analyse est conduite dans la partie portant sur les mobilités. Des problèmes de mixité sociale forcée ont fréquemment été reportés comme une source d'inquiétude, voire de souffrance. Par exemple, pour certains, la proximité avec des hébergés ayant de longs parcours de rue et des dépendances a été ressentie comme un facteur de préoccupation. La peur a pu être liée aux préjugés sociaux, envers les gens du voyage ou les travailleurs. se.s du sexe par exemple, mais surtout vis-à-vis de personnes hébergées et non référées en Centres Covid+ ayant potentiellement contracté le virus.

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 l'épreuve de devoir « vivre sans » les autres. Nous verrons dans le fil du texte, comment la gestion des mobilités (politique interne d'admission et de gestion des flux), les types de ressources (nourriture...) et les services mis à disposition (accès à la santé, aux droits, soutien psycho-social) ont permis aux personnes hébergées de vivre – ou pas – le confinement dans des conditions « normales » et surtout de protection face au virus.

La seconde hypothèse tient au calendrier spécifique dans lequel l'étude a été conduite : en plein mois de juin 2020. Pour rappel, le déconfinement a été amorcé le 11 mai 2020 avec une reprise partielle des activités économiques et sociales en Île-de-France. La trêve hivernale, pour sa part, avait été étendue jusqu'au 10 juillet 2020. Le calendrier de révocation des services d'urgence était donc calqué sur cette reprise de l'activité (fin de l'utilisation des cantines scolaires où étaient préparées certaines distributions alimentaires, retour des clients dans les hôtels...) et la fin de la trêve hivernale. Certains hébergeurs avaient réussi à négocier avec les hôteliers et leurs financeurs quelques semaines de transition pour assurer une sortie graduée à leurs hébergés mais ce n'était pas le cas de tous les sites. Lors de la collecte des données, l'hébergement apparaissait donc comme une préoccupation majeure. Il s'est agi de la fin d'une période de sérénité pour certains (qui ont vu dans la période d'hébergement une opportunité de se remettre en selle) ou la continuité d'une période d'incertitude pour d'autres (qui ont vécu l'hébergement comme un moment d'enfermement, de mixité forcée, de possible exposition au virus...).

1.2.3. L'accès à la nourriture pendant le confinement : une sécurité alimentaire préservée, mais pas toujours adaptée

Dans le contexte d'urgence, les services de distribution alimentaire ont été orchestrés à Paris, essentiellement par les associations partenaires de la ville, ainsi que les acteurs associatifs issus de la société civile ; et dans certaines communes de banlieue avec des acteurs locaux. **En cette période de confinement, il est important de rappeler et de remettre en contexte le caractère aigu de**

la crise, lorsque les services les plus visibles et finalement les plus actifs sont ceux de distribution alimentaire d'urgence. Par ailleurs, les services de distribution alimentaire n'ont cessé de s'étoffer tout au long et même à l'issue de la période de confinement accueillant un public de plus en plus large, dont de nombreuses familles ayant basculé dans une situation de précarité financière (Véran, Viot : 2020).

Le premier constat est que les trois quart (92,84%) des personnes interrogées n'ont pas déclaré avoir sauté des repas au cours du confinement ou très occasionnellement (moins d'une fois par semaine). S'agissant de populations particulièrement précaires, et dans un contexte de crise aiguë, ce résultat est positif, mais déconcertant. Il démontre que les repas servis dans les CHU, les distributions alimentaires et les marmites communes dans certains FTM (cf. 4.2.1) ont bel et bien empêché la rupture de la sécurité alimentaire. Mais il nous fait mettre le doigt sur la fragilité de la situation. En effet, c'est dans les points de distributions alimentaires que la question de l'alimentation a été la plus posée : 35,48% des personnes interrogées sur ces sites ont rapporté avoir sauté des repas. Sur ce point, les données qualitatives renseignent que les distributions alimentaires ont mis quelques semaines à s'organiser, que l'information a mis du temps à être centralisée et communiquée, et que la navigation d'un point de distribution à l'autre n'a pas toujours été facile. Sans surprise, les personnes qui ont été maintenues dans leur cadre de vie habituel et notamment dans les FTM sont celles pour lesquelles la question de l'alimentation s'est la moins posée. On remarque encore que l'accès à l'alimentation dans les CHU a fonctionné pour 93,33% des hébergés (n=267) **Quelles sont les raisons invoquées par ceux ayant déclaré avoir sauté des repas, et qui sont-ils ?**

Tableau 6. Nombre de repas sautés par semaine

Situation avant / Situation pendant le confinement (n=93)	CHU		Distribution alimentaire		FTM		TOTAL	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Jamais	215	75,2	42	64,6	70	85,4	327	75,5
Moins d'une fois par semaine	52	18,2	16	24,6	7	8,5	75	17,3
Entre 1 et 3 par semaine	15	5,6	7	10,8	3	3,7	26	6,0
Entre 4 et 8 par semaine	3	1,1	0	0,0	2	2,4	5	1,2
Total	286	100	65	100	82	100	433	100

Tableau 7. Raisons invoquées pour avoir sauté des repas

Raisons pour le saut des repas	effectifs n = 53
Parce que vous n'aviez pas d'argent	16
Parce que vous ne pouviez pas sortir par peur de l'épidémie	4
Difficultés d'approvisionnement (trop loin, trop de queue)	10
Parce que vous ne pouviez pas sortir par peur des contrôles de police	2
Parce-que les associations de distribution alimentaire étaient fermées	8
Parce que vous n'aviez pas d'appétit	8
Parce que c'était le ramadan	3
Autre	7

Tel que le montre le tableau ci-dessus, plusieurs raisons ont été invoquées qui ne tiennent pas seulement à des problèmes d'accès ou d'argent, tel le manque d'appétit, l'observation du ramadan et la qualité nutritionnelle des repas fournis.

Manque d'argent et pas d'accès. En revanche, la totalité des personnes ayant déclaré avoir sauté plus de 10 repas par semaine (N=26) ont bien invoqué des difficultés financières le plus souvent associées à des difficultés d'accès. On s'aperçoit que ces personnes ayant rencontré de telles difficultés sont celles dont la source de revenu était soit inexistante, soit précaire. On entend par là que ces personnes avaient des sources de revenus provenant de structures associatives ou familiales et dont le lien s'est distendu pendant la crise. Ce sont aussi le plus souvent des personnes qui n'avaient pas d'hébergement avant le confinement et qui dormaient à la rue. Il s'agirait donc de personnes qui étaient « désaffiliées » (Castel, 2014) avant le confinement et qui n'ont réussi à se brancher sur les dispositifs d'urgence existants que par intermittence. La réalité exprimée par ces « désaffiliés » serait alors d'ordre structurel et donc pas directement imputable à la crise sanitaire.

Qualité nutritionnelle. Lors d'entretiens informels ou d'observations de terrain pendant l'enquête ou avec les équipes médicales de MSF, les participants et certains intervenants sociaux ont rapporté que la qualité nutritionnelle des repas (nombre de calories, sucre/sel...) et leur diversité (pain, riz, adaptation

aux pratiques alimentaires) étaient largement inadaptées, voire délétères. En effet, les paniers repas distribués quotidiennement dans les sites de distribution alimentaire étaient composés d'un sandwich, un yaourt et une bouteille d'eau, parfois de salades industrielles et de biscuits. Dans les Centres d'Hébergement d'Urgence, il s'agissait le plus souvent de barquettes industrielles livrées et réchauffées sur site. Des modifications imposées des régimes alimentaires, éloignées des pratiques de nombreuses personnes, ont généré pour certains des douleurs abdominales et des privations de repas pour d'autres. Ceci expliquerait une partie des repas déclarés non pris. Certaines personnes interrogées ont admis jeter la totalité ou partie des repas reçus, ou tout simplement les avoir refusés.

Dans un tel contexte de crise, la question de la qualité alimentaire peut sembler secondaire. Nous livrons ces éléments sans davantage de commentaire à l'intention des acteurs solidaires qui se sont montrés sur le terrain souvent tout à fait conscients des limites et points d'amélioration des dispositifs. Nous suggérons ici que l'adaptation des repas peut être un facteur important de rétention des individus au sein de dispositifs impliquant qu'on y reste et appelés à être reconduits.

2



Quels recours aux soins
et quelles barrières d'accès ont été rencontrés
pendant le confinement ?

L'accès à la santé des populations en situation de précarité pendant le confinement est vite devenu une préoccupation centrale autour de laquelle MSF a organisé son action. L'observation de la « bascule » dans la grande précarité, qui a fait l'objet de la première partie de ce rapport, s'est accompagnée d'une préoccupation quant à la continuité de l'accès aux soins dans le contexte de l'épidémie. En partenariat avec l'ARS Île-de-France, le déploiement d'unités mobiles de santé et de cliniques mobiles s'est effectué dans le souci d'inscrire la réponse à l'épidémie dans le cadre plus large d'une offre de soin ponctuelle en santé primaire. L'idée étant que ces unités mobiles déployées auprès des populations les plus précaires fonctionneraient comme des actions de recherche active de cas Covid-19 tout en comblant de manière ciblée les ruptures de service du réseau associatif et de l'offre publique de soin.

L'enquête PréCARES s'est attachée à comprendre la manière dont l'accès aux soins a fonctionné pour les populations auprès desquelles MSF est intervenue à partir de quatre « radiographies ». Les répondants ont été invités à détailler leur gestion du dernier problème de santé survenu durant le confinement (hors symptômes Covid-19), leur accès aux traitements pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, leur comportement de recherche de soins face à l'apparition de symptômes Covid-19. Sans période de rappel spécifique et afin d'inscrire la question de l'accès aux soins dans un contexte de « normalité », les répondants ont encore été interrogés sur la gestion de leur dernier problème de santé antérieur au confinement.

2.1. Recours aux soins, avant et pendant le confinement

Trois périodes ont été retenues pour le développement de l'analyse du recours aux soins lors du dernier problème de santé :

- **Le temps long** : du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019. Période de rappel de « temps long » visant à mieux appréhender les effets de la crise de la Covid-19 sur l'accès et le recours aux soins.
- **L'avant confinement** : du 1^{er} janvier au 16 mars 2020. Période de rappel précédant immédiatement le confinement. D'une durée de 11 semaines et comprenant des recours aux soins pour des symptômes évoquant la Covid-19.
- **Le confinement** : du 17 mars au 1^{er} juin 2020. Période du confinement (17 mars – 11 mai 2020) incluant les trois semaines de déconfinement progressif (12 mai – 1^{er} juin 2020). Également d'une durée de 11 semaines.

Les données présentent la limite méthodologique qu'elles portent sur le problème de santé évoqué par les répondants, et reposent sans doute sur des perceptions très différentes de ce qui constitue un « problème de santé ». Elles ont ici une valeur purement illustrative des modes de recours aux soins des répondants de l'enquête.

Le tableau 8 permet une vision synoptique du recours aux soins⁹ avant le confinement et de l'impact de la crise sanitaire sur le recours au soin.

On y voit tout d'abord la part importante des consultations médicales dans le recours aux soins lors du dernier problème de santé mentionné avant le confinement puisque **84,8% des répondants ont consulté** selon les modalités suivantes : médecin traitant ou centre de santé, médecin généraliste en première consultation, spécialiste, urgences, PASS, association / clinique mobile. **Non seulement les personnes – dans la période de temps long – ont eu accès à des services de santé, et ceux-ci relèvent plutôt de la médecine de ville** (Tableau 9).

Se référant à une population en situation de précarité, cette donnée appelle à une réflexion ciblée et détaillée sur les conditions et donc les situations de non-recours aux soins. C'est ce à quoi ce rapport s'attachera dans la partie consacrée aux barrières et aux leviers d'accès.

Concernant le recours à la consultation médicale lors d'un événement de santé avant le confinement, le statut administratif est un facteur majeur. Le recours aux soins est beaucoup plus rare pour les personnes en situation irrégulière (OR=0,2) ou avec titre de séjour (OR=0,1) par rapport aux personnes de nationalité française. Un second facteur important est le fait d'avoir une couverture sociale : la consultation médicale lors d'un événement de santé avant le confinement est beaucoup plus fréquente chez ceux bénéficiant de l'AME (OR=7,0) ou de la sécurité sociale (OR=5,4), par rapport à ceux sans aucune couverture maladie.

Le modèle est aussi ajusté sur l'état de santé de ces personnes. Les personnes avec une maladie chronique avaient consulté davantage pour leur dernier événement de santé avant le confinement (OR=4,6), ainsi que les personnes dont l'événement de santé était chirurgical/traumatologique, dentaire ou concernait la santé mentale.

9. Nous avons choisi des acceptions. L'accès à la santé réfère à la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale (Picheral : 2001). Il convient également de tenir compte de la disponibilité, des conditions d'accueil, du coût. Tandis que le recours aux soins réfère à l'utilisation effective d'un service existant.

Tableau 8. Tableau de bord des recours aux soins avant et pendant le confinement

Tableau de bord des problèmes de santé	Consultations médicales	Autres recours au soin	Aucun recours au soin	Total pbs. médicaux
Avant le confinement	176 (83,8%)	15 (8,5%)	19 (9%)	210 (100%)
Durant le confinement (hors Covid)	47 (49,5%)	11 (11,6%)	37 (38,9%)	95 (100%)
Durant le confinement (Covid)	48 (36,9%)	6 (4,6%)	42 (32,3%)	130 (100%)
Total durant confinement	95 (42,2%)	17 (7,5%)	79 (35,1%)	225 (100%)

La dépendance est significative. $\chi^2 = 23,0$, $ddl = 10$, $1-p = 98,9\%$.

Les pourcentages en gras sont ceux pour lesquels l'effectif réel est nettement supérieur (ou inférieur) à l'effectif théorique

Tableau 9. Périodes d'analyse des recours aux soins

Période	Dates	Durée	Caractéristique	Nbre épisodes
Temps long	01 Janvier 2018 / 31-Déc-2019	2 ans	Période de «temps long» définie comme période de contrôle	91
L'avant confinement	01 janvier / 16 Mars 2020	11 semaines	Période initialement «normale» comprenant les cas de symptômes de Covid-19 déclarés	104 + 42 (Covid) = 146
Le confinement	17 mars/ 01 Juin 2020	11 semaines	«Période de de confinement + 2 semaines de déconfinement progressif»	95 + 88 (Covid) = 183
Total épisodes considérés				420

On y voit encore la réduction de moitié des consultations médicales pendant le confinement (de 83,8% avant à 42,2% pendant). Ce résultat n'est pas contre-intuitif compte tenu de l'ampleur de la crise sanitaire incluant les effets globaux du confinement sur la recherche de soins de santé. L'impact de la crise sur le recours aux soins auprès des personnes interrogées sera analysé.

Enfin, ces données très sommaires doivent être précisées. D'une part, nous verrons que le recours aux soins dans le cadre de symptômes Covid¹⁰ tient à une faible symptomatologie et aux recommandations des autorités sanitaires, qui,

rappelons-le, encourageaient à n'appeler le 15 qu'en cas d'urgence. Ceci explique partiellement la diminution de la part des consultations médicales sur la période du confinement. **D'autre part, le bon niveau des consultations médicales comme recours aux soins avant le confinement ne doit pas masquer la réalité structurelle qu'autour de 10% des questions de santé mentionnées par les répondants ne trouvent pas de réponse médicale.** Ce point sera développé dans la partie consacrée aux barrières d'accès.

Les données du tableau ci-dessous sont présentées sans et avec les cas de symptômes Covid-19 déclarés pour mieux appréhender leur impact spécifique sur la distribution générale du recours aux soins. **Il est important de rappeler que toutes les informations synthétisées ici sont des auto-déclarations et ne comportent donc aucun élément clinique ou d'analyse médicale.**

10. On entend par «symptômes Covid» les cas déclarés par les répondants de symptômes évoquant la Covid-19 pendant la période de circulation du virus, à savoir entre janvier 2020 (premières informations concernant le virus) et juin 2020 (période de réalisation de l'enquête).

Tableau 10. Recours aux soins pour le dernier problème de santé rencontré, avant et pendant le confinement, avec ou sans les symptômes Covid-19

Période / Recours au soin	Du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2019 n= 91	Avant le confinement (01 janvier - 15 mars) n=146			Pendant le confinement (16 mars - 1 juin) n=183		
		Hors Covid	Inc. Covid	Covid Seul	Hors Covid	Inc. Covid	Covid seul
Rien	7,7	8,7	15,8	33,3	38,9	35,5	31,8
Médecin traitant ou centre de santé	27,5	24,0	20,5	11,9	15,8	17,5	19,3
Médecin généraliste en première consultation	13,2	10,6	8,9	4,8	5,3	4,9	4,5
Spécialiste	14,3	16,3	11,6	NA	10,5	5,5	NA
Urgence	18,7	16,3	13,7	7,1	10,5	7,7	4,5
PASS	7,7	4,8	3,4	16,7	3,2	1,6	0,0
Pharmacie/auto-médication	5,5	4,8	12,3	14,3	9,5	13,7	13,6
Aide familiale/ entourage	1,1	1,9	1,4	0,0	0,0	0,0	4,5
Association/clinique mobile/	4,4	11,5	8,2	0,0	4,2	8,7	13,6
Autre	0,0	1,0	2,7	4,8	2,1	2,7	3,4
Appel du SAMU (15)	0,0	0,0	1,4	7,1	0,0	1,6	3,4
Téléconsultation	0,0	NA	0,0	0,0	0,0	0,5	1,1
Total	100	100	100	100	100	100	100

D'une manière générale, l'étude des liens favorables à un « bon accès aux soins », c'est-à-dire les variables liées au fait d'avoir pu consulter au moins une fois un médecin conventionnel pour au moins un évènement de santé révèle que seule la variable « assurance maladie » est statistiquement significative.

Ainsi, chez les personnes ayant eu au moins un évènement de santé, 40 (44,4%) parmi celles sans aucune assurance ont déjà consulté un médecin conventionnel, alors qu'elles sont 25 (71,4%) chez les personnes ayant l'AME et 141 (72,3%) chez les personnes ayant une sécurité sociale.

2.1.1. L'impact du confinement sur le recours aux soins hors Covid : une relation de cause à effet ?

L'impact de la crise sanitaire sur le recours au soin hors Covid commence avec le confinement et non avant : le recours aux soins est globalement stable entre la période longue de référence et la période immédiate avant le confinement pour les problèmes de santé hors symptômes Covid-19 alors même que le virus circulait déjà sans doute activement sur les sites des populations interrogées¹¹.

11. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 131 (30,2%) ont présenté au moins un symptôme compatible avec la Covid-19. 42% de ces personnes ont indiqué avoir ressenti leurs symptômes au cours de la période du 1^{er} au 15 mars, soit avant le confinement.

Le non-recours au soin est à un niveau comparable (respectivement 7,7% et 8,7%), ainsi que les principales modalités de consultation comme la visite d'un médecin traitant (de 27,4% à 24%) ou celle d'un spécialiste (de 14,3% à 16,3%).

→ **En dépit de la rapide circulation du virus avant le confinement, la part du recours à la consultation médicale lors du dernier problème de santé a été globalement préservée.**

→ Dans les mois précédant le confinement, le système de santé n'est donc encore que faiblement impacté tandis que la population n'est pas encore confinée et peut donc se déplacer facilement pour consulter. La bascule s'opère très clairement avec le confinement.

50% de consultations médicales de moins (hors-Covid) : un accès aux soins fortement impacté pendant le confinement.

→ **La part des consultations médicales (médecin traitant / centres de santé, première consultation en médecine générale, spécialiste, urgence, PASS, cliniques mobiles) lors du dernier problème de santé hors Covid-19 pendant le confinement chute brusquement.** 83,8 % des répondants avaient consulté lors de leur dernier problème de santé au cours de la période de rappel longue. Ils étaient encore 83,5% à avoir consulté dans les mois précédant

le confinement. Ils ne seront plus que 41,9% à le faire pendant le confinement, soit une réduction de moitié entre la période précédant immédiatement le confinement et la période de confinement. Ce résultat fera l'objet d'une analyse spécifique.

- **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%.

2.1.2. Le recours aux soins en cas de symptômes Covid-19

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 131 (30,2%) ont présenté au moins un symptôme compatible avec la Covid-19. Concernant les symptômes plus spécifiques, 88 (20,3%) personnes ont présenté au moins soit de la fièvre, soit de la toux, soit une anosmie et / ou une agueusie (perte d'odorat et / ou perte de goût).

Concernant ces cas déclarés de symptômes Covid-19, le non-recours aux soins de santé est la modalité principale, dès les mois qui précèdent (33,3%) et tout au long du confinement (31,8%). Le non-recours est beaucoup plus marqué dans le cas des symptômes de Covid-19 que pour les autres questions de santé antérieurement au confinement (entre 7 et 8% pour les questions de santé générales). Il s'agit donc d'une spécificité du recours aux soins des personnes présentant des symptômes de Covid-19.

Face aux symptômes Covid-19 expérimentés, les personnes interrogées se sont nettement plus auto-médiquées que lors de problèmes de santé hors Covid-19 et ce, dès les mois avant le confinement (14,3%) et tout au long du confinement (13,6%). Hors Covid-19 et période de confinement, l'automédication ne concernait qu'entre 5,5% (période longue) et 4,8% (mois antérieurs au confinement) des répondants. Le non-recours et l'automédication coïncident d'ailleurs dans 45% des cas (n=29) avec la perception que les symptômes ne sont pas du tout ou peu inquiétants.

En poursuivant dans cette logique, 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. Les premiers cas n'ayant été recensés qu'à partir du 24 janvier 2020, on peut aussi faire l'hypothèse

que la découverte tardive de la présence du virus en France associée à un très faible niveau d'information général sur la symptomatologie a eu un effet sur le faible nombre de consultations médicales. Pendant le confinement, la proportion des consultations pour des symptômes associés à la Covid-19 reste stable à 41,9%. Les modalités de l'offre de santé à destination des personnes en situation de précarité vont changer pendant le confinement à la faveur du déploiement de services ciblés sur la Covid-19.

- **Quelle que soit la période, parmi les répondants ayant eu des symptômes de la Covid-19, 45,4% des répondants (n=124) ont indiqué ne pas avoir consulté un professionnel de santé et avoir eu recours à l'automédication.** Les personnes interrogées ont indiqué avoir eu à peu près le même type de recours aux soins avant ou pendant le confinement lorsqu'elles ont eu des symptômes évoquant la Covid-19. Même si la réduction générale de l'offre de soins (cf. point suivant) pendant le confinement a impacté négativement l'accès aux consultations, **il reste 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 (orientées vers l'identification des formes les plus sévères)¹² et aux codes de conduite individuels et collectifs.** Le confinement a peu impacté la distribution du recours aux soins pour les personnes interrogées ayant présenté des symptômes compatibles avec la Covid-19.

Un tiers des prises en charge médicales de personnes présentant des symptômes de la Covid-19 pendant le confinement a été réalisé dans une clinique mobile. Les formes mobiles d'accès à la santé existaient avant le confinement et l'apparition de l'épidémie. Certains acteurs solidaires en partenariat avec l'ARS offraient notamment des « maraudes sociales » auprès de publics ciblés (travailleurs du sexe, sans-abri, usagers de drogue...) permettant une mise en relation avec

12. D'après le **Ministère des Solidarités et de la Santé**, en mai 2020, il était recommandé, lors de l'admission dans une structure d'hébergement, une auto-surveillance par la prise de température durant 15 jours, puis « en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C, ou de sensation de fièvre (frissons) ou de syndrome grippal (rhume, mal de gorge), ou en cas d'apparition d'une fatigue intense, de douleurs musculaires inhabituelles, de maux de tête [...] d'informer un personnel de la structure [...] de, contacter immédiatement le centre 15 en mentionnant que vous êtes suivi(e) suite à un contact possible avec une personne malade du nouveau coronavirus ». Ces consignes et recommandations sont applicables lors du déconfinement progressif des accueils de jour, centres d'hébergement (y compris dispositif national d'asile) et des logements adaptés. Date d'application des consignes : à compter du 11 mai 2020.

les acteurs de santé pour des personnes ayant de multiples barrières d'accès. Des associations ou des accueils de jour offraient des permanences. Les PASS, enfin, garantissaient un accès aux soins pour les personnes n'ayant aucun droit ouvert. MSF, pour sa part, avait opérationnalisé une clinique mobile dans le périmètre du camp d'Aubervilliers bien avant son dernier démantèlement le 24 mars 2020¹³. Dans la période longue de rappel (1er janvier 2018 – 31 décembre 2019), ces diverses activités apparaissent peu comme modalité de recours aux soins (4,4% des derniers problèmes de santé rencontrés sur la période, n=4). Davantage axées sur la prise en charge sociale et la référence au système de santé, elles sont sans doute sous-notifiées car elles ne sont pas le plus souvent l'acteur de santé qui a finalement pris en charge le problème rencontré. La part des acteurs solidaires de santé dans le recours aux soins avait toutefois augmenté sensiblement au cours des derniers mois avant le confinement, passant de 4,4% à 11,5% des consultations réalisées (n=17).

L'intervention sur les camps de explique en partie cette remobilisation. A ce stade, aucune personne présentant des symptômes de Covid-19 n'est détectée et prise en charge. Au cours du confinement, la clinique mobile est proportionnellement devenue une modalité importante de consultation pour les personnes présentant des symptômes Covid, alors même que le nombre de tests (disponibles et donc réalisés) était marginal. Sur les 38 personnes ayant été prises en charge médicalement, 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 solution de prise en charge et outil de détection active de cas.

Les PASS¹⁴, un dispositif en manque de visibilité ? Si donc les cliniques mobiles apparaissent dans l'étude comme une modalité de recours aux soins

effectivement utilisée dans le cadre de symptômes Covid-19, les PASS, elles, n'apparaissent pas. Les données sont très anecdotiques. Elles suggèrent toutefois qu'entre la période de rappel longue et les semaines avant le confinement, la part des PASS dans le recours aux soins avait déjà baissé de 7,7% à 4,8%. Cette tendance s'accroît pendant le confinement, alors qu'un seul répondant a consulté une PASS, et aucun pour des symptômes évoquant la Covid-19. Une réflexion peut être utile sur cette modalité importante de recours aux soins, en lien avec les observations déjà réalisées dans les rapports de la Mission France de MSF. Ces observations relatent une discontinuité de l'ouverture des PASS et une difficulté collective des acteurs sociaux et de santé à suivre cette évolution. Une telle discussion concernant ce dispositif majeur dépasse toutefois le cadre de cette étude.

Chez les personnes ayant présenté des symptômes de la Covid-19, la situation sociale est nettement liée au fait de consulter un médecin : les personnes en situation irrégulière ont nettement moins consulté de médecin (OR=0,1) que les personnes de nationalité française, tandis que celles bénéficiant d'une couverture maladie ont pu davantage consulter (OR=6,2 si AME, et OR=4,5 si sécurité sociale).

Le site de confinement est aussi très lié à cet accès à la consultation. Les personnes interrogées en CHU ou en FTM ont pu d'avantage consulter que celles enquêtées sur les sites de distributions alimentaires (OR=7,5 et OR=15,1). S'agissant des CHU, nous verrons qu'ils ont souvent facilité l'accès aux soins pendant le confinement. Aussi, indépendamment du type de site, celles vivant dans des conditions plus densément peuplées semblent avoir moins consulté (OR=0,3), ainsi que celles ayant déclaré ne pas avoir accès aux mesures barrières (OR=0,1).

Enfin, le modèle prend aussi en compte l'inquiétude devant les signes de la Covid-19, les personnes moins inquiètes ayant alors moins consulté (OR=0,3).

13. PASCUAL Julia (31.03.2020). « Les gymnases ne sont pas des lieux appropriés ». Le Monde. [en ligne, consulté le 29.10.2020]

14. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, créées par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion, ont pour

mission de faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes en situation de précarité, en les aidant dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les PASS sont régies par la circulaire DGOS/R4 no 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

S'agissant de la population de l'enquête, **la situation de confinement se révèle avoir eu davantage 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 en complément de la lutte contre l'épidémie¹⁵.

L'examen des barrières d'accès permet d'avancer dans cette discussion.

Le faible taux de consultation médicale en cas de symptômes Covid-19 constitue une limite aux dispositifs sanitaires de contrôle de l'épidémie. Non détectées, ces personnes n'ont pas bénéficié d'un accompagnement médical et des possibilités d'isolement en centre Covid+. La protection des personnes à risque dans leur entourage n'a pu être garantie autrement que par les mesures prises elles-mêmes par les répondants dans des contextes de confinement difficiles.

15. DUBOST Claire-Lise, POLLAK Catherine, REY Sylvie (juillet 2020), *Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - Etat des lieux et perspectives*, Les Dossiers de la DREES, n°62. [\[en ligne\]](#). La baisse du recours aux soins pour d'autres problèmes de santé (y compris des urgences vitales) que la Covid-19 a été quantifiée par différents travaux

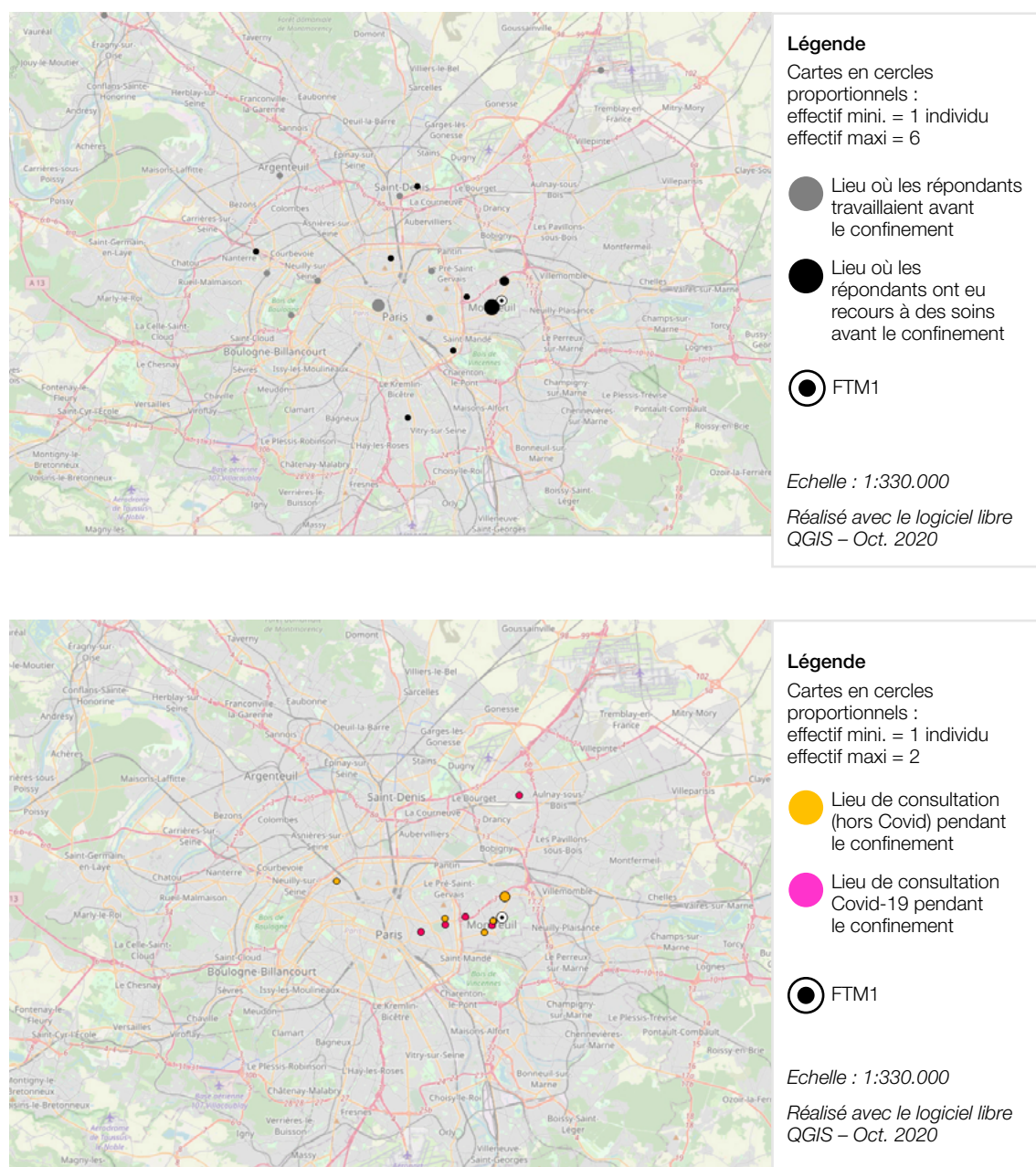
cités dans une publication de la DREES sur les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. Il y est par ailleurs indiqué que «*les pathologies nécessitant des soins réguliers ou urgents étant elles-mêmes traversées par des inégalités sociales, certaines populations moins favorisées ont pu pâtir plus que d'autres de ces difficultés de recours aux soins (pathologies chroniques, soins ou prises en charge urgents, handicaps)*».

2.1.3. Illustration de l'évolution des pratiques spatiales et du recours aux soins

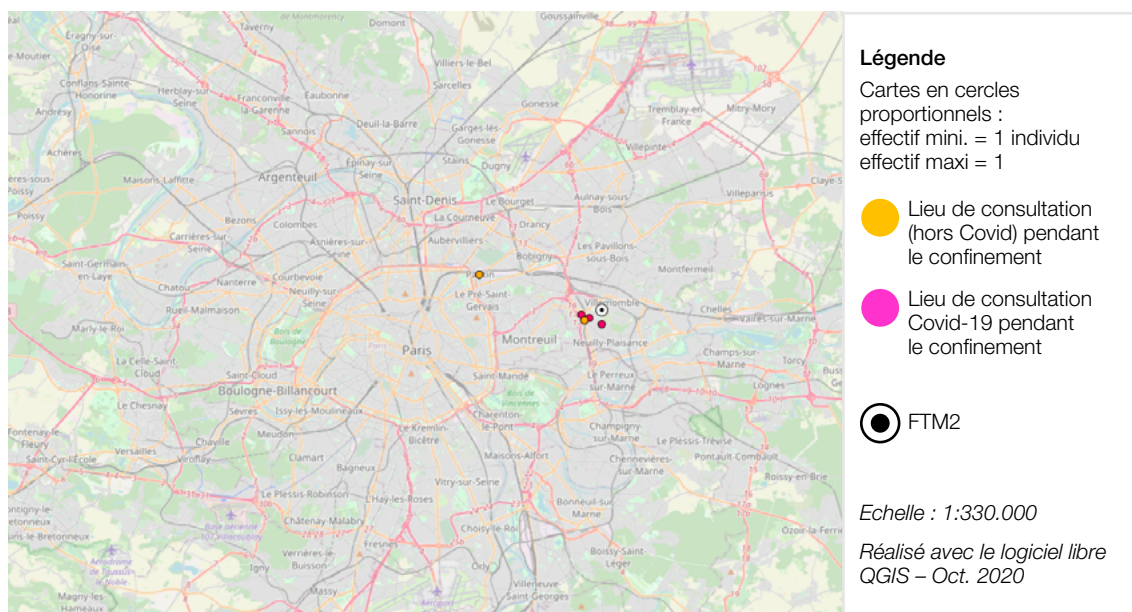
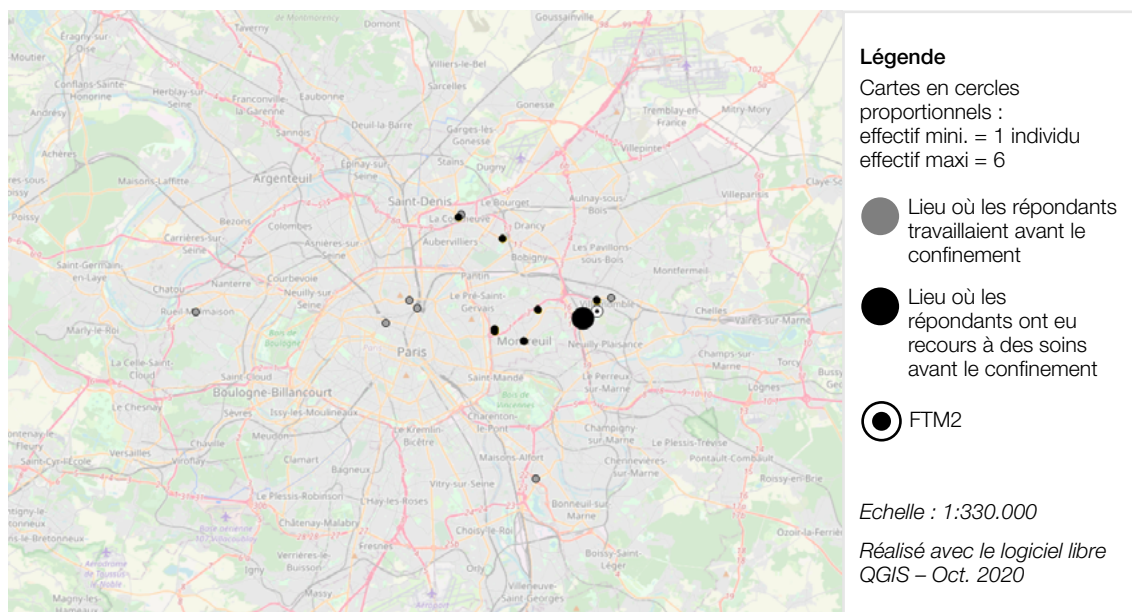
Les mobilités spatiales incluant les pratiques de soins se sont, sans surprise, ajustées aux contraintes induites par le confinement. Les cartes suivantes illustrent les différences de pratique entre deux Foyers de Travailleurs Migrants et entre deux Centres d'Hébergement d'Urgence ; avant et

pendant le confinement. Dans les FTM, on observe un recentrage des mobilités spatiales autour du bassin de vie (Cartes 3, 4, 5 et 6). Alors que dans les CHU, dispositifs par définition temporaires, on voit des configurations diverses selon l'origine (avant le confinement) et les catégories d'hébergés et également en fonction de l'intégration du centre dans le maillage local et sa distance aux services existants (Cartes 7, 8, 9 et 10).

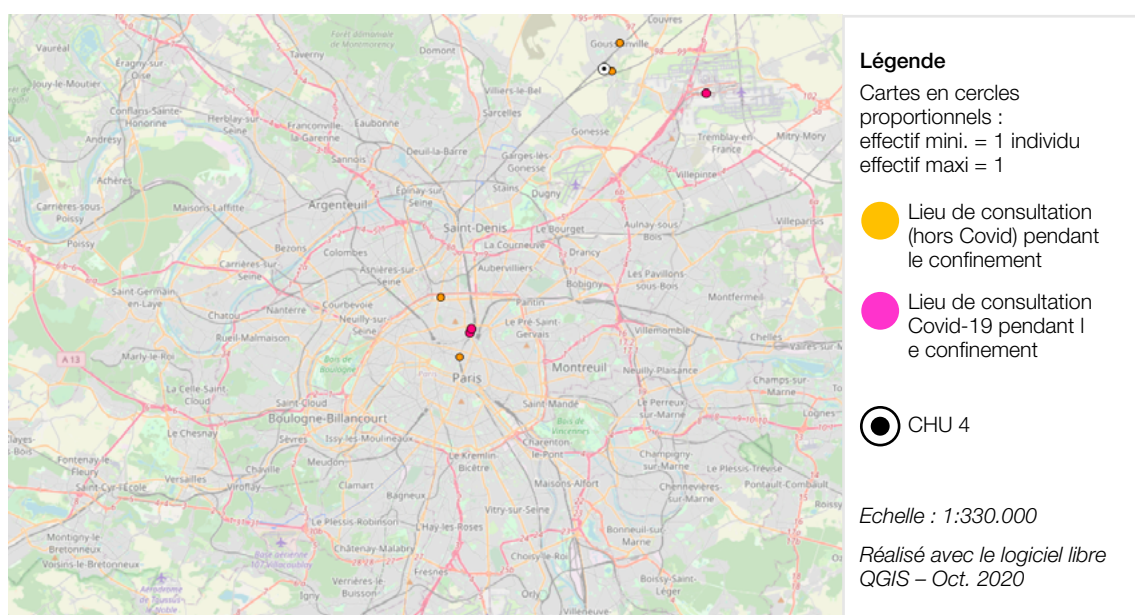
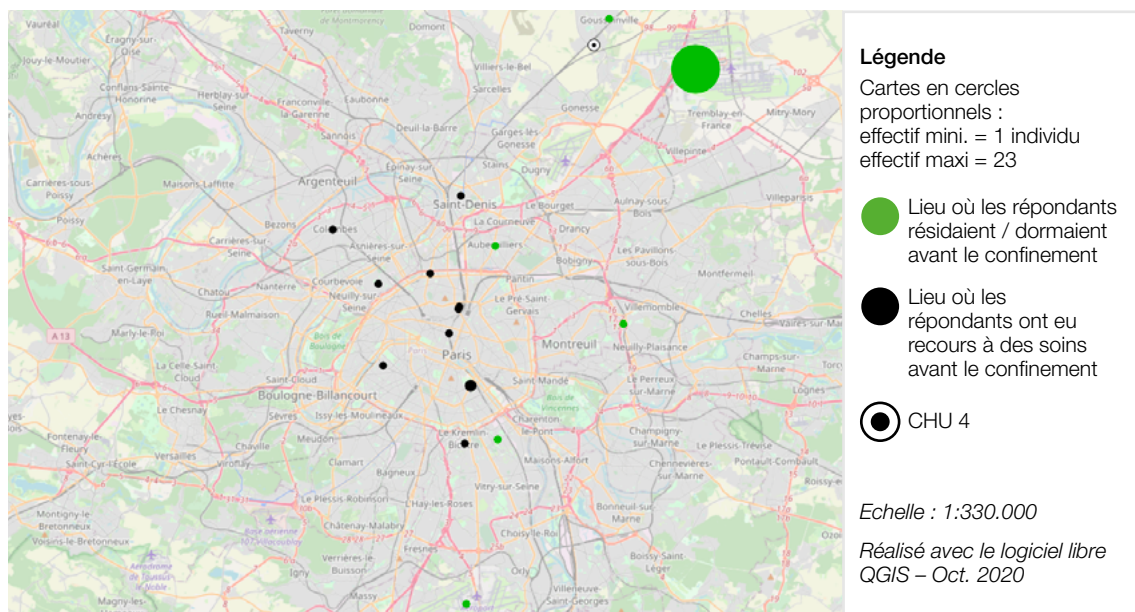
Cartes 3 et 4. Consultations de santé, lieux de travail et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au FTM 1



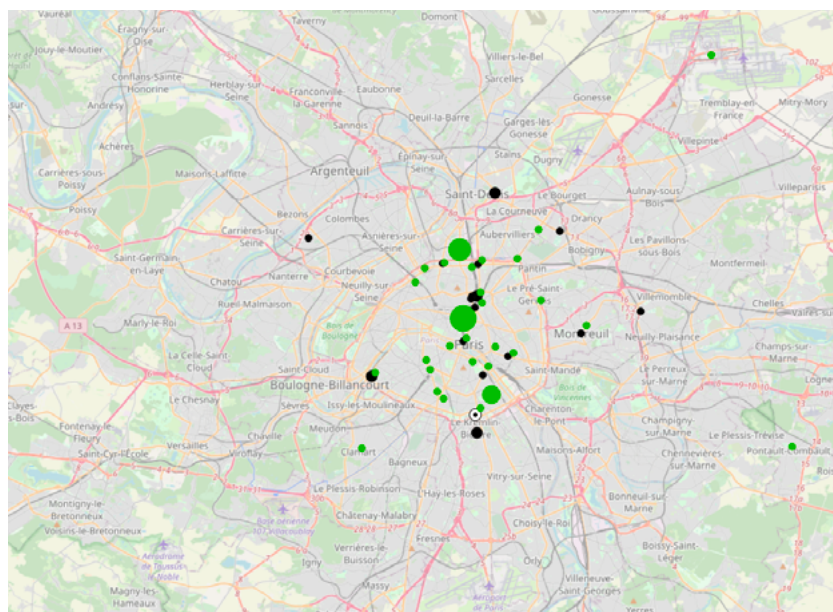
Cartes 5 et 6. Consultations de santé, lieux de travail et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au FTM 2



Cartes 7 et 8. Consultations de santé et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au CHU4



Cartes 9 et 10. Consultations de santé et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au CHU 8



Légende

Cartes en cercles
proportionnels :
effectif mini. = 1 individu
effectif maxi = 7

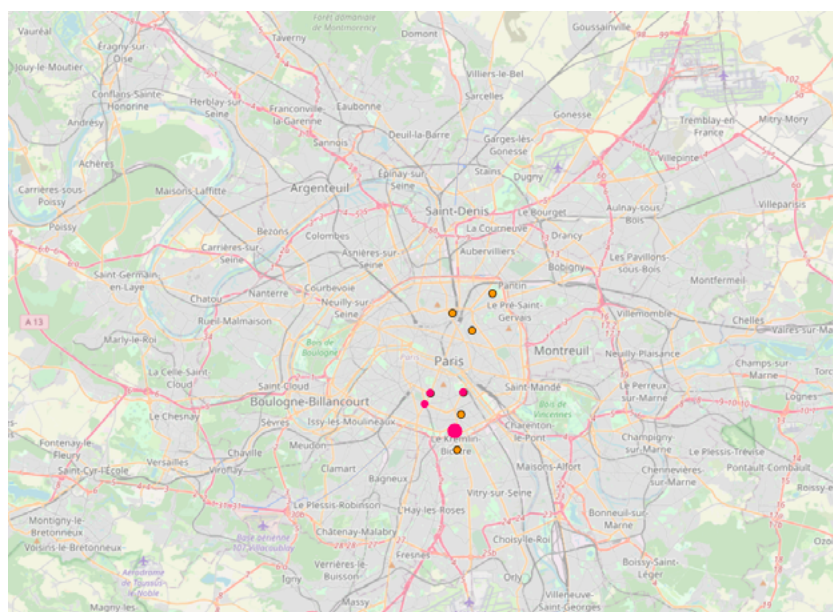
● Lieu où les répondants
résidaient / dormaient
avant le confinement

● Lieu où les
répondants ont eu
recours à des soins
avant le confinement

● CHU 8

Echelle : 1:330.000

Réalisé avec le logiciel libre
QGIS – Oct. 2020



Légende

Cartes en cercles
proportionnels :
effectif mini. = 1 individu
effectif maxi = 4

● Lieu de consultation
(hors Covid) pendant
le confinement

● Lieu de consultation
Covid-19 pendant
le confinement

● CHU 8

Echelle : 1:330.000

Réalisé avec le logiciel libre
QGIS – Oct. 2020

Les configurations spatiales et les mobilités sont différentes selon que le site d'hébergement était un dispositif préexistant au confinement ou d'urgence et selon la capacité de s'inscrire dans le territoire et d'en utiliser les ressources.

Dans les Foyers de Travailleurs Migrants, en partant du principe que les résidents interrogés pendant l'enquête PréCARES vivaient tous dans le FTM avant et pendant le confinement, il est intéressant de regarder leurs pratiques en lien avec leur lieu d'exercice professionnel. Les habitants des FTM travaillent loin de leur lieu de résidence et certains apparaissent comme avoir recours aux soins selon leur lieu d'exercice professionnel, tout comme la population générale. Le FTM étant un lieu de résidence stable, les recours aux soins se font aussi en proximité et plutôt en médecine de ville (CMS, cabinet, pharmacies...) dans un territoire connu et pratiqué (Cartes 3 et 5).

Au CHU 4, ayant hébergé essentiellement des personnes vivant de longue date dans l'aéroport Charles de Gaulle, les lieux de recours aux soins avant le confinement étaient diffus et éclatés et plutôt centrés sur la capitale, directement accessible en RER (Carte 7). Alors qu'on observe au CHU 8 situé dans le sud de la capitale une origine des hébergés très distribuée dans Paris et en proche banlieue. Pour ces personnes, même en situation de grande précarité avant le confinement les recours aux services de santé se faisaient visiblement dans leur proximité (Carte 9).

Pendant le confinement, les modalités de recours aux soins se sont naturellement modifiées : les distances de recherche de soins se sont réduites et recentrées sur les services déjà connus.

Pour les personnes vivant dans un FTM, on voit aussi apparaître pendant le confinement un resserrement du recours aux soins : la réduction des activités professionnelles resserre la sphère des mobilités, recours aux soins inclus. Peu de différences apparaissent entre les recherches de soin Covid-19 et non Covid, avec tout de même une tendance vers les hôpitaux pour les soins Covid-19. Ce qui apparaît clairement dans les FTM ce sont les ancrages locaux des pratiques en santé. Par exemple, dans le FTM 2, les habitants évoluent dans leur territoire et leurs recours à la santé et pour l'alimentation (cf. Atlas en Annexe) se fait essentiellement à Rosny Sous-Bois (supermarchés, centre municipal de santé...) (Carte 6).

Globalement le volume de recours a diminué, ce qui s'explique aussi par la période de rappel avant le confinement (deux ans) versus la durée du confinement (deux mois). Des spécificités apparaissent entre les

sites et entre les types d'hébergement d'urgence. Si on sait que davantage de consultations Covid-19 ont été fournies en CHU – ceci était bien un des principes des interventions d'urgence – peu de ces consultations sont rapportées dans l'enquête. Ceci est un implicite dans la façon dont les questions sont posées.

Reste que pour les consultations en dehors des CHU, des différences de pratiques sont notables entre le CHU 4 et le CHU 8. Pour le CHU 4, quelques répondants se sont rendus directement dans la commune disposant de services de santé de proximité ou bien directement à Paris, rappelons-le facilement accessible en transports malgré la distance. Pour les participants du CHU 8, on voit clairement que leurs sites de recours suivent les lignes de métro et sont essentiellement des hôpitaux de l'AP-HP, certainement connus avant le confinement par une population hétéroclite. Quelques recours sont faits en proximité, grâce aux acteurs du territoire qui se sont impliqués.

Pour les personnes qui sont restées dans leur cadre de vie habituel pendant le confinement, leurs pratiques locales ont été visiblement préservées voire renforcées. Alors que les personnes relogées en urgence ont dû composer avec une perte d'ancrage. Certaines sont restées dans la sphère ultra restreinte du CHU, d'autres ont continué de fréquenter les sites qui étaient déjà connus (ex. hôpitaux AP-HP du nord parisien).

La distance entre les lieux d'origine et les sites d'hébergement d'urgence semble moins critique que la connaissance du territoire et des services existants et disponibles, tant par les hébergés que les hébergeurs. Le manque d'information locale comme limitation d'accès aux soins peut être lié à la perte des repères du cadre de vie habituel. Il est donc important de penser les lieux d'hébergement (urgence ou régulier) dans le territoire et de penser la réponse avec des services « hors-les-murs » permettant de réduire les déplacements et de rapprocher les soins au plus près des besoins.

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

L'analyse des facteurs de non-recours aux soins dans le contexte de la crise sanitaire et du confinement est ici rapportée au temps long des derniers problèmes de santé avant le confinement mentionnés par les répondants¹⁶.

¹⁶. La totalité des problèmes de santé mentionnés est ici comptabilisée, sans période de rappel. Certains répondants ont mentionné des problèmes remontant parfois à plusieurs années. Un biais possible est qu'ils aient eu tendance à rapporter des problèmes de santé plus marquants.

Tableau 11. Les raisons de non consultation d'un médecin avant et pendant le confinement

Situation avant / Situation pendant le confinement (n=93)	Avant confinement (n=19/91)		Pendant confinement n=130/225**		Symptômes Covid (n=82/130)	
Raisons générales	n	%	n	%	n	%
Coût	3	3,3	15	6,7	6	4,6
Pas de couverture maladie	7	7,7	24	10,7	19	14,6
Pas d'informations, ne sait pas où aller/qui consulter	3	3,3	42	18,7	16	12,3
Parce que j'ai l'habitude de faire comme ça	1	1,1	5	2,2	5	3,8
Délai d'attente pour avoir un rendez-vous	1	1,1	4	1,8	0	0,0
Manque de temps pour s'y rendre	2	2,2	0	0,0	0	0,0
Parce qu'il s'agissait d'une urgence	NA	NA	3	1,3	3	2,3
Peur des autorités	0	0,0	4	1,8	2	1,5
Barrières de la langue	0	0,0	4	1,8	4	3,1
Peur pour des raisons de confidentialité	0	0,0	1	0,4	0	0,0
Ce n'était pas nécessaire, pas grave	6	2,9	47	20,9	34	26,2
Raisons liées à la crise sanitaire	n	%	n	%	n	%
Absence de mon médecin	NA	NA	5	2,2	0	0,0
Attitude du personnel de santé	NA	NA	2	0,9	0	0,0
Pour ne pas déranger les professionnels de santé	NA	NA	2	0,9	0	0,0
Renoncement aux soins par respect du confinement	NA	NA	3	1,3	3	2,3
Peur de l'épidémie	NA	NA	4	1,8	4	3,1
Pas eu accès à la téléconsultation	NA	NA	1	0,4	1	0,8
Autre	1	0,5	16	7,1	2	1,5
A consulté	72	79,1	95	42,2	48	36,9

* Question à choix multiple. Le total est supérieur à 100% car il est calculé sur le nombre des observations

** Total regroupant les problèmes généraux de santé et les symptômes Covid durant le confinement

2.2.1. Des motifs de non consultation : pragmatisme et « enoncement altruiste »

Premièrement, on retrouve dans le tableau 11, le fait que les symptômes Covid-19 ont moins donné lieu à une consultation que les autres problèmes de santé. En effet, 26,2% (n=34) des répondants évoquant des symptômes Covid-19 ont invoqué le caractère bénin de leurs symptômes comme raison de non consultation. Ceci pourrait être qualifié de décision pragmatique.

Plus généralement, le tableau 11 montre que 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 problèmes de santé a été réévaluée par les répondants à l'aune de la crise, provoquant ce qu'on pourrait qualifier des situations de « renoncement altruiste »¹⁷.** En d'autres termes, les informations reçues quant à la pression sur le système de santé, associées à la peur de consulter ou de déranger les praticiens de santé, ont eu un

effet non seulement sur la gravité ressentie de ces symptômes, mais aussi sur le recours aux soins. Cette dernière remarque suggère que dans un contexte de crise le curseur de perception de la gravité se déplace et provoque bel et bien des renoncements aux soins¹⁸. Un effet « rattrapage » a marqué la période post-Covid¹⁹. Ces observations ne sont que partiellement observées en population générale : la hausse du recours à des consultations de médecine générale n'a pas permis de retrouver l'activité habituelle (Monziols et al., 2020) et l'usage de médicaments en ville, dix-huit semaines après le confinement, montre notamment un déficit de mise en route des traitements pour les nouveaux malades ou de vaccinations pour les enfants²⁰.

17. DUBOST Claire-Lise, POLLAK Catherine, REY Sylvie (juillet 2020), Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives, Les Dossiers de la DREES, n°62, [\[en ligne\]](#). Parmi les causes de non recours/renoncement, il est évoqué les renouvellements automatiques d'ordonnance en pharmacie, la crainte d'être contaminé dans un lieu de soins et des difficultés à se repérer dans un système de soins modifié par la crise.

18. Observatoire des non recours aux droits et services. [\[en ligne\]](#), consulté le 30.10.2020]

19. GERE (communiqué de presse du 10.06.2020), Baromètre de l'impact de la COVID-19 sur la consommation médicale, [\[en ligne\]](#), consulté le 30.10.2020]

20. Dr CUENOT François, Dr DESPLAT David, Dr DRAY-SPIRA Rosemary, Dr DROUIN Jérôme, Dr WEILL Alain, Dr ZUREIK Mahmoud, (05.10.2020), Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020, EPI-PHARE - Groupement d'intérêt scientifique (GIS) ANSM-CNAM [\[en ligne\]](#)

2.2.2. « 10 % » : une part structurelle de renoncement aux soins par absence de couverture maladie qui s'accroît pour les symptômes Covid-19

10% des répondants ont évoqué l'absence de couverture maladie comme raison de non-recours aux soins aussi bien avant que pendant le confinement. S'agissant des seuls épisodes Covid, cette proportion monte à 14,6%. Il s'agirait là d'une situation structurelle.

L'écart entre droits formels et droits réels : une question au-delà de la crise. On observe que parmi les 127 personnes ayant déclaré n'avoir aucune couverture maladie, seules quatre semblent ne pouvoir être éligibles à aucun droit²¹ (visa touristique ou sur le territoire en situation irrégulière depuis moins de trois mois). Tous les autres participants apparaissent être dans une situation administrative qui devrait leur permettre l'ouverture de droits. En effet, 56 sont de nationalité française ou ont un titre de séjour, et 60 sont certes en situation irrégulière, mais sur le territoire depuis plus de trois mois (Tableau 12). La question qui se pose ici est bien celle de l'accès aux services d'ouverture de droits. La condition de la domiciliation reste intangible. S'agissant de personnes sans domicile fixe, le suivi par des associations est souvent la seule manière d'obtenir une domiciliation et ainsi faire leur demande d'AME. Il s'agit d'un problème déjà largement identifié : « l'Aide Médicale d'État, en faisant du contrôle de la résidence des étrangers le point de fixation de toute ouverture de droits, conduit les caisses à considérer l'étranger comme un perpétuel "entrant" dans le système » (Maille et Toulhier, 2009, p.25 ; Olm et Warin, 2019).

En période de crise sanitaire, les difficultés d'ouverture ou de renouvellement de droits ont accentué l'écart entre droits formels et droits réels. Les guichets habituels d'ouverture de droits à la sécurité sociale (AMELI) ou les permanences associatives (comme le Secours Populaire) étaient pour la plupart fermés ou fortement ralentis. Le tableau 11 montre bien la situation de « nasse » de ces 23 personnes interrogées (5,3%) : entre un droit formel pour lequel ils ont fait des démarches et un droit réel qui tarde à se concrétiser. C'est l'expérience des personnels de MSF (infirmiers, médecins, assistants sociaux) qui se sont retrouvés face à des difficultés majeures pour accompagner les patients dans le besoin à l'ouverture de droits pendant le confinement. Les

raisons étaient : la fermeture des associations de domiciliation, le manque d'information sur les services encore ouverts en temps réel ou leur reconfiguration pendant la période de crise, la quasi impossibilité pour les personnes de compléter leur dossier administratif (ex. obtention de documents officiels...) et la complexité et les délais de traitement des dossiers par l'administration.

De manière générale et tous épisodes de santé confondus, les répondants sans couverture maladie rencontrent trois fois plus souvent de barrières d'accès liées aux dispositifs de santé que ceux qui en disposent d'une (60% contre 20%). Le fait d'avoir une couverture maladie, si elle ne garantit pas une prise en charge médicale effective, est bien resté un élément de protection pendant la première phase de la crise sanitaire (avril 2020). À ce titre, rapporté à l'ensemble de nos répondants, les femmes (OR=1,8)²² et les personnes plus âgées (OR=3,9 pour les 40-55 ans, et OR=3,4 pour les plus de 55 ans) ont une meilleure couverture maladie. Sans surprise, on voit apparaître dans les données le thème des inégalités sociales de santé (Lombrail et al, 2004) : la couverture maladie est nettement moins accessible pour les personnes en situation irrégulière (OR=0,3), non francophones (OR=0,4), et arrivées en France depuis moins d'un an (OR=0,2) par rapport à celles arrivées il y a plus de 10 ans. Les personnes sans revenus ni allocations sont aussi les moins bien couvertes (OR=0,3).

L'absence de couverture médicale en temps de Covid a été un facteur supplémentaire individuel et collectif de vulnérabilité. Les répondants présentant des symptômes Covid ont plus souvent invoqué l'absence de couverture maladie comme barrière d'accès (14,6%, n=19) que ceux présentant d'autres problèmes de santé (10,7%, n=24). **Un tiers des personnes ayant fait l'expérience d'un refus de soin pendant le confinement (10/29) ont invoqué l'absence de couverture médicale ou d'une couverture insuffisante.** Ceci suggère que l'absence de couverture ait pu aggraver la vulnérabilité des personnes présentant des symptômes Covid-19. Au niveau épidémiologique et de politique de santé publique, il s'agirait là d'une faiblesse dans la stratégie de contrôle. La politique de tests massifs, gratuits, avec ou sans ordonnance ou symptômes qui a été mise en place à l'été 2020 aura-t-elle permis de réduire cette barrière d'accès ?

Enfin, notons que le coût apparaît peu comme motif exclusif de barrière d'accès. D'une part, il est

21. Pour bénéficier de l'AME, le demandeur doit être en situation irrégulière de séjour, justifier résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (ce qui constitue fréquemment un frein à son obtention, faute de justificatifs à fournir) et ne pas percevoir de ressources au-delà de plafonds fixés en fonction du nombre de personnes dans le foyer et du fait de résider en France hexagonale ou dans un département ou une région d'Outre-mer.

22. Selon Wikipédia, « l'odds ratio (OR), également appelé rapport des chances, rapport des cotes ou risque relatif rapproché, est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives ». [\[en ligne\]](#)

Tableau 12. Situation administrative des personnes sans couverture médicale

Droits à la santé/ Situation administrative	Droit théorique	Ouvert	Aucun droit ouvert	Droits non renouvelés ou en attente	TOTAL
Nationalité française	100% (74)	83,8% (62)	2,6% (11)	0,2% (1)	17,2% (74)
Situation irrégulière (dont débouté de la demande d'asile)	97,7% (128)	44,3% (58)	14,6% (63)	2,3% (10)	30,4% (131)
Titre de séjour (et/ou demandeur d'asile en cours d'instruction)	100% (226)	71,2% (161)	12,1% (52)	2,8% (12)	52,2% (226)
Visa touriste	0% (0)	0,0% (0)	0,2% (1)	0,0% (0)	0,2% (1)
TOTAL	99,07% (428)	65,2% (281)	29,5% (127)	5,3% (23)	100% (432)

davantage invoqué pendant le confinement qu'avant (de 1,9% à 6,7%) : des renoncements aux soins pour motif financier²³ sont apparus quand des répondants ont été réorientés vers des services privés, lorsque certains services publics ont fermé. D'autre part, la question du coût est toujours sous-jacente à la question de la couverture maladie. **Si celle-ci est aussi cruciale, c'est bien parce qu'il n'y a pas d'alternative : l'accès à la médecine privée de ville est hors d'atteinte.**

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 réel et effectif à une couverture médicale, ou à des services gratuits assortis d'une information accessible et ciblée, l'une des priorités stratégiques de la lutte contre l'épidémie.

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 médicale. La concentration en temps de crise de ces personnes dans des lieux déjà identifiés offre une « opportunité ». En partenariat avec les services sociaux et administratifs de l'État, il y aurait une forte valeur ajoutée à mettre en place des guichets mobiles d'ouverture de droits comme un important levier d'accès aux soins.

2.2.3. Le virus circule, l'information beaucoup moins

Si avoir une couverture médicale a bien un effet protecteur, celle-ci ne vaut pas garantie effective d'accès à la santé : **une personne sur cinq ayant la sécurité sociale et ayant eu au moins un événement de santé a témoigné au moins une fois avoir été confrontée à une barrière d'accès.**

²³ **Assurance Maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services**, (31.07.2020), Covid-19 : une enquête en ligne sur le renoncement aux soins pendant le confinement, Ameli.fr, [en ligne](#). L'objectif de l'enquête est double : « d'une part, [...] estimer l'ampleur de ces phénomènes de renoncement et, d'autre part, [...] mieux identifier le

profil des personnes concernées par les difficultés d'accès aux soins ». Les résultats sont attendus mais il est peu probable que cette enquête, basée sur le volontariat via un questionnaire en ligne, ait inclut les personnes les plus éloignées du soin, et qui potentiellement sont les plus nombreuses à avoir été en situation de renoncement aux soins pendant la période de confinement.

D'autres facteurs limitants apparaissent donc. Et, dans le cas de cette crise sanitaire, c'est l'accès à l'information concernant spécifiquement l'ouverture effective des services qui a constitué la principale limitation (Tableau 12).

Une personne sur 10 avec un problème de santé a renoncé aux soins par manque d'information pendant le confinement. Sur la période longue précédant le confinement, le manque d'information n'a été mentionné que par six personnes, soit 2,9% des personnes ayant rapporté un épisode de santé (n=195). Pendant le temps court du confinement, ce sont désormais 26 personnes sur les 225 ayant eu un problème de santé qui disent ne pas avoir su où s'adresser, soit 11,6%. Dans un moment de crise aiguë, alors que de nombreuses structures de prise en charge des personnes en situation de précarité avaient cessé ou diminué fortement leurs activités, l'accès à l'information était de fait particulièrement difficile. Le thème revient avec insistance dans les rapports de capitalisation de MSF France, par exemple lorsqu'il s'est agi d'orienter des patients venus à des cliniques mobiles pour des examens ou des soins spécifiques (dentaire, santé mentale, maladies chroniques...). Enfin, une initiative telle le Soliguide²⁴ est à saluer. Cette application en ligne répertoriant en temps réel les services de solidarité existants a été un des seuls outils de coordination et de communication effectifs pendant le début de la crise. Celui-ci était porté par une jeune association : Solinum.

Les enjeux de la veille sanitaire et des moyens de transmettre l'information auprès de publics en situation de vulnérabilité 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 MSF France (MSF-F, 2020, 1) de créer un numéro d'information par l'État sur Santé-Précarité-Covid-19. Il convient également de s'interroger sur les faiblesses de l'action publique en matière de coordination des acteurs et des actions de santé publique et de solidarité. Comment revoir les mécanismes de ces dispositifs pourtant existants ?

24. Soliguide, rassemble tous les services, initiatives et ressources pour les personnes en difficulté. <https://soliguide.fr> Consulté le 29 octobre 2020..

2.2.4. Quelques expériences de refus de soins

Au cours des deux derniers mois précédant l'enquête (c'est-à-dire pendant le confinement), parmi les personnes qui ont cherché à se faire soigner, 29 ont dit avoir été confrontés à un refus direct de soins.

Dans un tiers des cas (n=10), le motif perçu était celui de ne pas avoir de couverture maladie suffisante.

Il est à noter que la couleur de peau, l'origine, l'apparence physique ou vestimentaire n'ont pas été invoquées comme des raisons de refus de soin. Les raisons directement liées au contexte de crise sanitaire (8/29) sont anecdotiques mais expriment la tension sur l'offre de soins. L'impasse était mise sur les états de santé jugés non graves, ou encore des services s'étaient resserrés sur le traitement des patients présentant des symptômes Covid. Par exemple, un répondant a été refusé d'une PASS dont le service dentaire avait été discontinué. Il avait été renvoyé vers un centre privé qu'il ne pouvait pas payer. Il a renoncé aux soins. Les répondants font parfois part de leur incompréhension face à une situation de refus de soin : *" j'ai été orienté par les travailleurs sociaux de l'hôtel. J'ai la CMU et je suis en situation régulière, je parle le français et anglais suffisamment pour communiquer mais on m'a tout de même refusé le soin parce que je n'étais pas accompagné par le personnel de l'hôtel "*.

L'analyse de certaines variables permet enfin de mieux qualifier les barrières et les leviers d'accès aux soins. Les données statistiques sont présentées dans l'annexe 2 (livret des analyses statistiques). Ces éléments sont ici partagés en vue d'approfondir les éléments analytiques non détaillés dans ce texte.

Aucune analyse n'est véritablement contre-intuitive :

Revenu, conjugalité et ancienneté sur le territoire : la protection par la stabilité. Plus les éléments biographiques indiquent une forme de stabilité, moins les répondants ont fait l'expérience de barrières d'accès. Le fait d'avoir un revenu, stable ou instable, a réduit de 40% l'exposition à des barrières. Enfin, les barrières d'accès sont beaucoup plus souvent rapportées chez les personnes arrivées récemment en France : 47% pour celles arrivées depuis moins d'un an, contre 16% pour celles arrivées il y a plus de dix ans, ceci étant en lien avec l'existence d'une couverture maladie.

Lien entre la langue, le niveau d'éducation et la situation administrative. Ces variables semblent aussi liées, mais ne sont pas statistiquement représentatives.

Tableau 13. : Motifs perçus de refus de soins

Raisons de refus de soin	n=29
Ma couverture d'assurance maladie insuffisante (CMU/AME/Aucune couverture)	10
Il n'y avait que des consultations concernant la Covid	5
Mon état de santé jugé non grave ni urgent	3
Le fait que je ne parle pas français	2
Pas de Pièce d'identité	1
Mon incapacité à payer un dépassement d'honoraires	1
Couverture insuffisante	1
Ignore la raison	2
Autre	2
Non réponse	2

Pourtant d'autres facteurs ne sont pas corrélés. Étonnamment, certaines variables, telles que le logement ou la présence d'une maladie chronique ne semblent pas avoir de lien avec les barrières d'accès aux soins.

2.3. Les limitations d'accès liées au contexte de crise sanitaire

2.3.1. L'hyper-confinement comme évitement des contrôles policiers

Avec ses 150 points de contrôle dans Paris et la petite couronne²⁵, la mise en application des mesures sanitaires s'est faite par un important dispositif de contrôle policier. **De fait, au total, 195 sur 434 répondants ont été contrôlés au moins une fois pendant le confinement, soit 44,9% d'entre eux.** 82 répondants ont été contrôlés entre deux et cinq fois, 21 plus de cinq fois.

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, ces contrôles de police ont été fortement corrélés à la mobilité : les personnes mobiles interrogées sur un site de distribution alimentaire ont été près de quatre fois plus contrôlées que celles en situation d'hyper-confinement. Au-delà de son aspect logique, ce résultat montre rétrospectivement que la crainte des contrôles policiers par les personnes en situation irrégulière était fondée : l'importance des dispositifs de contrôle augmentait bien proportionnellement le risque. Par ailleurs, le confinement général de la

population, en faisant disparaître l'anonymat de la foule, a fait de la rue un espace d'hyper-visibilité et a augmenté mécaniquement la probabilité d'être contrôlé.

Sur un plan qualitatif, c'est ce que nous avons par exemple observé auprès des résidents de certains squats pour qui la sortie du squat signifierait la fin du combat politique pour la régularisation de leurs droits. L'obligation de présenter une autorisation dérogatoire de déplacement assortie d'une pièce d'identité matérialisait en quelque sorte l'interdit dont elles se sont soudain senties frappées dès l'annonce du confinement.

Nous avons aussi rencontré des travailleuses du sexe, par exemple des transsexuelles péruviennes prises au piège dans des studios partagés dont elles se sentaient incapables de sortir en raison des risques de contrôle – mais aussi de crainte d'agression – que représentait leur apparence physique dans un espace public déserté. L'enquête corrobore ces observations. Le tableau ci-dessous montre « l'évitement » des contrôles de police par l'hyper-confinement ou la réduction de la mobilité : ce sont bien les personnes en situation irrégulière qui ont été très largement moins contrôlées.

35,9% des répondants en situation irrégulière ont été contrôlés alors que c'est le cas pour 61,1% des répondants de nationalité française. 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%). On notera symétriquement que les personnes de nationalité française, mobiles à 66,7%, ont significativement été plus contrôlées par

25. BLANCHARD Carole (17.03.2020), Confinement : 150 points de contrôles dans Paris et la petite couronne, BFM TV, [en ligne](#), consulté le 29.10.2020]

Tableau 14. Evitement des contrôles de police par l'hyper-confinement

Mobilité / A été Contrôlé par la police	%	Effectifs
Les mobiles	49,8%	111
Les confinés	54,5%	55
Les hyperconfinés	26,7%	28
TOTAL	45,2%	194

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 20,2$, $ddl = 2$, $1-p = >99,9\%$.

Tableau 15. Fréquence des contrôles de police pendant le confinement selon les situations administratives

Situation administrative / Contrôle de police	Nationalité Française	Situation irrégulière (dont débouté de la demande d'asile)	Titre de séjour (et/ou demandeur d'asile en cours d'instruction)	TOTAL
Jamais	44,6% (33)	64,1% (84)	49,1% (111)	52,5% (228)
1 fois	21,6% (16)	11,5% (15)	27,0% (61)	21,4% (92)
2 à 5 fois	25,7% (19)	18,3% (24)	16,8% (38)	18,9% (81)
Plus de 5 fois	8,1% (6)	3,1% (4)	4,9% (11)	4,8% (21)
TOTAL	100% (74)	100% (127)	100% (221)	100% (422)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 18,9$, $ddl = 6$, $1-p = 99,6\%$.

la police. Il est significatif que parmi les principales préoccupations évoquées, la crainte des contrôles de police est sept fois plus mentionnée par les en situation irrégulière (8,4%) que par ceux en situation régulière (1,3%).

Des particularités par site apparaissent. Le CHU7 (Seine Saint-Denis) et le point de distribution alimentaire du Carreau du Temple (Paris, 3^e arrondissement) ressortent de manière significative. Respectivement 73,1% et 81,1% des répondants de ces deux sites ont été contrôlés contre, par exemple 29,7% au FTM de Villemomble. S'agissant de CHU7, on note que la population originaire d'Afghanistan a été 4,2 fois plus contrôlée que la moyenne des hébergés du même hôtel : 89,3% (n=25) ont été contrôlés. Il s'agit là d'une situation micro-locale. Une hypothèse serait que l'arrivée soudaine de 80 Afghans dans un quartier d'immigration d'Afrique de l'Ouest et avec une présence policière soutenue tout au long du confinement, conjuguée à une mobilité élevée de ces hébergés (36% sont sortis tous les jours ou presque) peut expliquer cette fréquence plus élevée des contrôles²⁶.

On notera enfin que les contrôles ont été jugés «normaux, rien à signaler» par 83,6% des répondants ayant été contrôlés (n=163). Les contrôles portaient presque exclusivement sur les attestations de déplacement dérogatoire et, dans le contexte de crise sanitaire, le consentement au contrôle était élevé. Vingt personnes, en revanche,

ne se sont «pas senties à l'aise», principalement des Afghans (n=8) et des Français (n=5). Pour neuf autres enfin, le contrôle s'est «très mal passé». De ces neuf personnes, quatre sont Françaises et deux Européens (Belgique, Portugal). Toutes sauf une étaient en situation de rue. Une jeune femme de 27 ans originaire de Côte d'Ivoire et hébergée à l'HUDA s'est plainte d'un contrôle violent.

L'hyper-confinement des personnes en situation irrégulière serait donc en partie explicable par la pression des contrôles policiers. La prolongation automatique de la validité de tous les documents de séjour arrivés à expiration entre le 16 mars et le 15 juin 2020 (de trois mois prolongée à 6 mois), la délivrance d'une autorisation provisoire de séjour pour les personnes détentrices d'un visa court séjour²⁷, le principe de non-verbalisation des personnes en situation de rue, l'appel au «discernement» lancé par la préfecture de Paris aux forces de l'ordre, etc. : ces mesures n'auront pas suffi à dissiper les craintes. Ceci met à nouveau

26. Au sujet de la présence policière, on peut mentionner que sur cette commune, la police nationale a interrompu une distribution alimentaire le 1^{er} mai 2020 et a verbalisé les personnes qui avaient organisé la distribution.

27. La prolongation de la durée de validité des titre de séjour a fait l'objet de différentes lois et ordonnances. La [Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020](#) [en ligne] relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne, l'[Ordonnance n° 2020-460 du 22 avril 2020](#) [en ligne] portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de Covid-19, l'[Ordonnance n° 2020-328 du 25 mars 2020](#) [en ligne] portant prolongation de la durée de validité des documents de séjour, la [Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020](#) [en ligne] d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19.

en lumière les enjeux de circulation de l'information pendant le confinement. Il reste que les orientations de la politique migratoires ont pesé sur la politique de santé publique : la France n'a pas emprunté la voie ouverte par le Portugal d'un droit de résidence temporaire²⁸ qui aurait permis de lever les barrières d'accès aux soins des hyper-confinés.

Du point de vue des opérations médicales menées par MSF, la question de la défiance des personnes en situation irrégulière envers les autorités administratives et sanitaires a constitué un défi. En effet, cela a renforcé des difficultés dans l'accès physique à ses bénéficiaires (notamment dans les squats), dans la prise en charge des patients en Centre Covid+, pour l'accès aux soins de manière plus générale pendant le confinement. L'idée d'un «couloir humanitaire» garanti par 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 de lier et prioriser le transfert - et surtout le retour - de personnes issues de sites d'intervention où la question migratoire se posait particulièrement (FTM, CHU) dans un centre Covid+ dont le volet médical était entièrement géré par MSF.

2.3.2. Le sentiment d'insécurité : une barrière d'accès à la santé ?

Pendant le confinement, le sentiment d'insécurité a peu varié selon les types d'hébergement. Il est légèrement plus élevé sur les points de distribution alimentaire : 26,2% des personnes interrogées y ont reporté s'être senties toujours ou souvent en insécurité contre 15,9% des répondants hébergés en FTM. Les Centres d'hébergement d'urgence n'ont pas non plus été une garantie de sentiment de sécurité : 18,9% des répondants s'y sont senti toujours ou souvent en insécurité. Le sentiment d'insécurité est en revanche significativement corrélé avec les difficultés mentionnées par les répondants pendant le confinement. Tout d'abord, le sentiment d'insécurité

n'est pas un problème perçu comme secondaire par les répondants. 57,9% de ceux qui se sont sentis toujours ou souvent en insécurité ont bien désigné l'insécurité et la violence comme l'une de leurs trois principales préoccupations. Le sentiment d'insécurité est aussi fortement corrélé avec les difficultés liées au logement pendant le confinement, confirmant l'idée que la mise à l'abri n'a souvent pas été perçue comme un élément protecteur. 30,9% de ceux qui se sont sentis toujours ou souvent en insécurité ont aussi désigné l'hébergement comme un problème important, et principalement dans les CHU.

Enfin, parmi ceux ayant rapporté l'accès à la santé comme l'un des trois principaux problèmes du confinement, 35,9% (n=14. Chi2 86,3, 1-p=99,7%) ont aussi indiqué se sentir toujours ou souvent en insécurité. Il s'agit de personnes très hétérogènes, aucun critère ne semble permettre de les qualifier plus avant. Ce chiffre est trop anecdotique mais rentre en écho avec des données qualitatives sur la perception de la rue désertée comme un espace qui serait devenu «dangereux». Aux dires de certains répondants, c'est bien la peur de sortir qui a provoqué un renoncement aux soins.

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

Dans quelles mesures les conditions d'hébergement ont-elles impacté le recours aux soins pendant le confinement ?

Les personnes interrogées dans un CHU ont deux fois plus consulté que celles interrogées dans un site de distribution alimentaire. Le tableau ci-après montre que dans le cadre de problèmes de santé hors Covid-19 rencontrés pendant le confinement, **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%). On remarque encore que dans les FTM, le recours à une

Tableau 16. Conditions d'hébergement et accès aux soins pendant le confinement

Recours au soin / Type de site	Rien	Consultation médicale	Autres recours aux soins	TOTAL
Distribution alimentaire	33,3% (9)	22,4% (6)	44,4% (12)	100% (27)
CHU	31,9% (51)	44,4% (71)	23,8% (38)	100% (160)
FTM	30% (12)	37,5% (15)	32,5% (13)	100% (40)

28. Rédaction de RFI (29.03.2020), Le Portugal régularise ses immigrés pour les protéger du coronavirus, RFI, [en ligne](#)

consultation médicale a également été légèrement moins fréquent que dans les CHU, alors même que les FTM constituent le cadre de vie habituel de la plupart de leurs hébergés. Bien sûr, plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences de recours aux soins, comme les caractéristiques des publics ou les types de problèmes qui se sont posés à eux. L'hypothèse reste toutefois possible que l'hébergement en CHU ait pu être un levier d'accès aux soins.

Dans le fil de cette hypothèse, les données qualitatives suggèrent que l'accès aux consultations médicales a pu varier significativement d'un CHU à l'autre en fonction du niveau d'orientation et de présence médicale au sein des sites et selon les politiques des gestionnaires. Un site n'a bénéficié que des visites ponctuelles de l'équipe mobile MSF. Un autre a développé plus tardivement une routine de consultations médicales au sein même de l'hôtel avec une équipe issue de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS²⁹) accompagnée initialement par MSF, et notoirement active dans le 13^{ème} arrondissement de Paris, porteur d'une tradition interventionnelle en santé.

Lors de la réalisation de l'enquête PréCARES, l'équipe enquêtrice a réalisé 108 orientations médicales, médico-sociales ou de santé mentale, soit près d'un quart des personnes interrogées. Ce chiffre est une mesure des problèmes d'information et d'accès à la santé rencontrés sur les sites d'enquête. Sur l'ensemble des participants, 108 (24,9%) ont demandé des informations pour une orientation via le dispositif de référencement médical ou psychologique mis en place pour l'enquête de terrain (infirmière, médecin, psychologue), avec parmi ceux-ci respectivement 73 personnes (16,9%) pour des questions somatiques et 35 (8,1%) pour des questions de santé mentale. Précisons que nous entendons par «référence» la situation dans laquelle un problème de santé a été verbalisé et une assistance demandée ou proposée et acceptée. Plusieurs types de références ont été réalisées, par téléphone ou en présentiel avec un professionnel de santé de l'équipe MSF. Celles-ci ont permis d'orienter les participants vers le système de santé existant et opérant, par la réalisation d'un appel préalable ou d'un courrier d'orientation manuscrit.

Ce chiffre de 108 références montre la part importante des besoins exprimés pendant cette période succédant au confinement et en

particulier dans les Centres d'Hébergement d'Urgence. Il est à mettre en perspective avec nos observations du terrain qui rappellent la grande difficulté initiale des opérateurs hébergeurs pour répondre aux besoins en santé de leurs hébergés, alors même que leur cahier des charges ne le prévoyait pas. Malgré la mise en place progressive de services en santé (intervention ponctuelle d'équipes mobiles MSF et/ou suivi infirmier de professionnels du territoire), les besoins exprimés lors de l'enquête se sont révélés encore importants. Le nombre de références montre également que l'enquête a été réalisée dans une temporalité particulièrement éprouvante, qui faisait non seulement suite aux deux mois du confinement, mais aussi à l'incertitude concernant la fermeture annoncée des centres d'hébergement. Dans un tel contexte, les répondants manifestaient souvent un besoin de parler débordant largement les objectifs du questionnaire et le temps de passation initialement prévu. Il est à noter que les références en santé mentale ont été proposées lorsque le répondant mentionnait avoir des pensées suicidaires dans le module correspondant du questionnaire (PHQ9), correspondant à des situations perçues comme aigües.

Enfin, le nombre des références montre que ce type d'enquête réalisée directement sur les lieux de vie en population et non auprès de patients interrogés dans une structure de santé fonctionne aussi comme une opération de détection active de cas.

Elle démontre, peut-être mieux encore que les résultats de l'enquête elle-même, la réalité des barrières d'accès aux soins que rencontrent les populations en situation de précarité. C'est la rencontre provoquée avec un enquêteur de MSF qui aura permis la verbalisation d'un problème de santé, l'acceptation d'initier une démarche et la mise à disposition de l'information adéquate pour tenter de le résoudre.

La présence d'une assistance médico-sociale dans les CHU, lorsque cela a été le cas, apparaît comme un levier important d'accès à l'information et à la santé. S'agissant de personnes le plus souvent déplacées de leur cadre de vie habituel, les problèmes d'information liés à la crise ont été décuplés.

En dépit du développement le plus souvent tardif d'une orientation et / ou de services médicaux au sein des CHU, **il demeure 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.** Cette valeur ne tient pas compte de ceux pour qui le fait de n'avoir pas consulté est attribué au caractère bénin du problème de santé.

29. Ministère des Solidarités et de la santé (09.07.2018). *Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville*, [en ligne, consulté le 29.10.2020]

Elle montre la marge de progrès à accomplir pour une meilleure prise en charge des questions de santé des hébergés. **Une insertion systématique d'un volet santé et santé mentale dans le cahier des charges des questionnaires ainsi que la recherche d'acteurs de santé locaux devraient permettre de faire des CHU des espaces importants de lutte contre les inégalités sociales de santé auprès des populations les plus vulnérables.**

2.3.4. Focus sur l'acuité des questions de santé mentale

L'impact du confinement sur la santé mentale auprès de la population générale est déjà l'objet d'une intense activité de recherche. Les effets psychologiques de l'isolement ont déjà été décrits dans la littérature (expéditions polaires, sous-marins, prison). Les premières recherches publiées mettent l'accent sur l'ampleur inédite des troubles : l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la dépression et les conduites suicidaires, les conduites addictives, les violences domestiques sont des effets décrits du confinement. Leurs mécanismes d'émergence dans les conditions particulières de la pandémie restent à élucider (Mengin et al., 2020). L'enquête PréCARES a été conduite auprès d'une population déjà en souffrance : longs parcours de rue, traumatismes de l'exil, les conditions même de la précarité. La manière dont le confinement est venu se superposer à ces couches antérieures de souffrance laissées par des vécus difficiles est hors de portée d'analyse. Il n'est possible que de partager de manière brute les quelques informations recueillies, comme contribution au champ d'étude qui s'ouvre.

Confinement et dépression.

26 personnes ont rapporté des troubles psychologiques chroniques (6% des répondants). Deux seulement en FTM, avec une nette surreprésentation des personnes interrogées sur un site de distribution alimentaire et sur certains CHU.

Le score du PHQ9 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.

Les facteurs significativement liés à une dépression modérée ou sévère dépistée par le score PHQ-9 sont peu nombreux : un état de santé jugé mauvais par le participant et le refus de soins pour un événement de santé pendant le confinement semblent associés à une dépression sévère.

Nous pouvons cependant remarquer une tendance pour certaines variables (p-valeur proche de 0,1) : les femmes semblent plus dépressives que les

hommes et les personnes résidant en France depuis plus de 10 ans semblent plus dépressives que les personnes plus récemment arrivées. Il en va de même pour les personnes ayant rapporté une pathologie chronique et pour celles n'ayant aucune couverture médicale.

La mobilité pendant le confinement, le lieu d'hébergement pendant le confinement, la situation administrative, le contact avec les proches et le sentiment de solitude n'ont aucun lien avec la dépression, en tout cas dans notre échantillon.

Anxiété et perte d'appétit.

En dépit donc de la plutôt bonne préservation de la sécurité alimentaire mentionnée précédemment, des éléments relatifs à la qualité de la nourriture conjugués au stress émotionnel ressenti pendant le confinement ont fait que 36,8% des personnes interrogées ont rapporté des troubles de l'appétit pendant le confinement. Toujours dans l'ensemble de la population enquêtée, une personne sur cinq a ressenti ces troubles tous les jours ou plus de la moitié du temps. Il s'agit donc d'un dysfonctionnement installé dans la durée. Ces troubles de l'appétit sont plus fréquemment rapportés au sein même des CHU, jusqu'à plus de la moitié des hébergés (56,67%) dans CHU8.

53 personnes, soit 12,2% 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.

Quelques indicateurs permettent d'apprécier cette donnée en fonction des types d'hébergement :

Parmi l'ensemble des participants de l'enquête, 45% se sont sentis plus seuls qu'avant. La sensation de solitude est plus marquée chez les 18-24 ans, (OR=1,32) que chez les 65 ans et plus (-1,35). Sans doute la solitude est-elle plus familière à ces derniers.

Au sein des foyers de travailleurs, la marque de réseaux de sociabilité plus denses (cf. 4^{ème} partie) se donne à voir : 47,6% des personnes se sont senties bien entourées alors qu'elles ne représentaient qu'un quart (25,9%) des personnes au sein des centres d'hébergements et le tiers (32,3%) en distributions alimentaires. Dans les deux foyers où l'enquête a été conduite, seulement 15,8% des personnes n'ont jamais/rarement eu de contacts avec leurs proches, alors qu'ils représentent le tiers des personnes au sein des distributions alimentaires et des CHU (37% et 38,1%).

Les bénéfices de l'enquête : une détection active de patients souffrants de santé mentale

Selon le rapport de la psychologue disponible en soutien pendant toute la durée de collecte des données, 23 appels téléphoniques ont été reçus et deux personnes ont été directement écoutées sur sites, soit 25 personnes au total (5,8% de répondants). Le recours à la psychologue s'est fait à 80% (20 personnes) suite au questionnaire PHQ-9. Les 20% restants correspondent à des effondrements en pleurs lors de l'enquête et avant la passation du PHQ-9, ou à des récits envahissants (en terme technique nous parlerions d'une logorrhée ou plus familièrement d'une «diarrhée verbale») rendant difficile la suite de la passation pour les enquêteurs. **C'est donc bien l'enquête qui a fonctionné comme un dispositif de détection active de cas.**

Sur les 25 personnes soutenues et écoutées, la psychologue a évalué un besoin de **14 orientations**.

La psychologue indique que «sur les 14 orientations effectuées, les sujets relataient certains événements à caractère traumatique³⁰. Ces derniers étaient souvent reliés aux raisons du départ du pays, et/ou

au chemin d'exil, puis à ce qu'ils avaient pu rencontrer et vivre sur le territoire européen. Ces derniers éléments et la fatigue de l'errance pouvaient donner des résultats inquiétants quant au test PHQ-9. Dès lors, les vécus de tristesse, de déprime, les pensées liées à la mort sont ressortis. Le test semble être une invitation, pour eux, de partage et d'expression de ce qui leur est envahissant. Autrement dit, quelqu'un – l'enquêteur – s'intéresse à ce qu'ils peuvent ressentir, penser ou vivre. C'est l'occasion, oserions-nous dire pour eux de «libérer», un vécu».

Dans les CHU et aux points de distribution alimentaire, la détection active de personnes en souffrance sur le plan mental est d'autant plus fondamentale que le confinement vient ajouter une épreuve supplémentaire à des personnes déjà affectées. L'intégration d'un volet santé mentale dans le cahier des charges des CHU est primordiale 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 seraient des apports importants.

³⁰. Nous parlons « d'événements à caractère traumatique » car le sujet décrit un choc suite à un moment particulier qui fait toujours irruption dans la psyché de ce dernier et entraîne un changement de comportement sur plus de six semaines (cauchemars, flashback, rumination).

Synthèse sur le dispositif des Centres d'Hébergement d'Urgence

Que nous apprend l'enquête PréCARES sur le dispositif de mise à l'abri en CHU ?

1- Sur le plan de la politique publique

Le dispositif apparaît comme une réussite sur le plan quantitatif : un nombre significatif de nos répondants ont été interrogés en CHU et non en distribution alimentaire parce qu'ils avaient quitté la rue, c'est-à-dire accepté d'être mis à l'abri. Cette observation est convergente avec les données produites par la Préfecture³¹ et nos observations de terrain (Véran, Viot : 2020). La réussite n'est toutefois que partielle : certains sont restés à la rue. Nos données sur une population très réduite pointent vers l'hypothèse que les dispositifs de mise à l'abri ont moins fonctionné pour les populations en dehors des guichets traditionnels (État, associations...)

L'enquête démontre les effets positifs de l'instauration de Centres d'Hébergement d'Urgence par les pouvoirs publics notamment sur l'accès aux soins des personnes (Covid-19 et hors Covid-19). Ainsi, pendant le premier confinement :

- Les CHU ont sorti de la rue 87% des répondants ceux qui s'y trouvaient
- Les CHU ont facilité le recours aux soins : deux fois plus de consultation (y compris Covid) pour les hébergés en CHU que pour les personnes à la rue.
- Les CHU ont hébergés 78% des migrants en situation irrégulière interrogés dans l'enquête : il y a eu un fort niveau de consentement au confinement dans les CHU.
- Les hébergés en CHU sont beaucoup moins sortis que les personnes rencontrées sur les autres lieux d'intervention, permettant un meilleur respect du confinement.
- La mise en place de Centre d'Hébergement d'Urgence a également permis l'accès à la nourriture des personnes anciennement à la rue

durant le premier confinement. (92,84% des personnes interrogées n'ont pas déclaré avoir sauté de repas au cours du confinement)

L'enquête montre que les CHU ont posé des problèmes d'hébergement autant qu'ils en ont résolu : promiscuité, violence, qualité des repas, anxiété. Les indicateurs de santé mentale montrent que l'expérience a pu être traumatisante (violence sociale, institutionnelle, etc.). Cette expérience est très variable site par site. Elle est en partie fonction des règles de fonctionnement des hébergeurs. Les données fournies dans ce rapport permettent d'établir un cadre réflexif à partir duquel une réforme du dispositif pourra être pensée en partenariat avec les autorités sanitaires, en charge du logement et des territoires.

En termes d'accès à la santé : après une mise en route désastreuse, les initiatives locales montrent que le CHU offre une piste intéressante sur le plan de l'accès à la santé auprès de populations rencontrant de multiples barrières. Il faudrait, pour s'engager dans cette voie, une bien meilleure intégration du volet santé dans le cahier des charges des gestionnaires : permanence, ouverture de droits systématique, gestion des dépendances et des maladies chroniques, santé mentale, etc. Le CHU peut ouvrir une fenêtre d'opportunité pour réduire les barrières d'accès.

En synthèse, c'est en améliorant considérablement les conditions d'hébergement des CHU (en tenant compte des dynamiques sociales) que l'on améliorera le risque épidémique. C'est possiblement un cercle vertueux et « quand on veut, on peut ». Il conviendra donc de proposer aux hébergeurs de s'interroger sur les conditions d'hébergement : entre isolement en chambre individuelle qui limite le risque de transmission et espaces de sociabilité ainsi qu'un accès aux services de santé et administratifs qui garantissent une forme d'inclusion des individus dans « l'espace social ».

31. <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/covid-19-hebergement-durgence> Consulté le 19 octobre 2020.

Conclusion de la 2^{ème} partie : l'accès à une couverture maladie, une barrière transversale

Au long de cette analyse des recours aux soins et des barrières d'accès, l'existence ou non d'une couverture médicale reste la variable statistiquement la plus explicative des comportements de recherche de soins. Schématiquement, son absence pèse sur 10% des difficultés de santé rencontrées avant et pendant le confinement : 10% de renoncements aux soins par manque de couverture maladie, 10% de refus de soin par manque ou insuffisance de couverture maladie. Ce résultat ne constitue en rien une surprise : la problématique des barrières à l'ouverture de droits est déjà bien sillonnée. Cependant, en période de crise épidémique, ce sont ces 10% qui peuvent faire la différence : une personne qui renonce aux soins face à des symptômes Covid-19 est un drame individuel et un enjeu épidémiologique important : c'est de la bonne gestion des situations individuelles que dépend le contrôle des chaînes de contamination. Le poids de l'existence ou non d'une couverture maladie dans le recours effectif aux soins suggère que l'ouverture d'un droit n'est pas qu'une formalité administrative. Auprès des populations de l'enquête, l'existence d'un droit ouvert a des conséquences « actanciennes », c'est-à-dire qu'il motive et provoque au niveau individuel des décisions de recourir aux soins.

Les résultats renseignent aussi sur l'écart entre les droits formels et les droits réels. Ils correspondent au nombre de répondants qui ont ouvert des droits, mais qui n'en rencontrent pas moins des barrières d'accès. Cet écart se manifeste particulièrement auprès des migrants. L'accès à l'information, la langue, parfois la peur des autorités, sont des éléments clés. Si la dépendance envers les réseaux d'associations semble si importante dans l'accès aux soins, c'est parce que le parcours de soin a encore besoin de « traducteurs institutionnels » ou « débroussailliers » pour que certaines populations y aient accès. L'expérience des unités mobiles de santé de MSF, certes en période de crise, suggère qu'une façon de réduire les barrières d'accès est de localiser l'offre de soins là où se trouvent les populations en situation de précarité. **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 l'on ne vient à eux. Ceci suggère que le concept même de PASS, en quelque sorte, doit lui-même devenir mobile.**

3



Les personnes vulnérables
à la Covid-19

La population ciblée en priorité par le projet médical de MSF était « les précaires », définis sur des critères de vulnérabilité sociale. En définitive, les données en population générale combinées à l'expérience des interventions de l'équipe MSF ont engagé à revoir les priorités d'intervention : d'une vulnérabilité sociale à une vulnérabilité épidémiologique. Il s'est avéré la plupart du temps que l'une et l'autre ne coïncidaient pas : les jeunes migrants demandeurs d'asile sont vulnérables socialement, mais le sont moins au virus. Inversement les travailleurs migrants en fin de carrière, insérés socialement et ayant accès aux soins sont plus exposés au risque de contracter des formes graves de la Covid-19. Il s'agit désormais de mettre le braquet sur les inégalités sociales de facteurs de risque au virus.

3.1. Qui sont les plus de 65 ans ?

6,92% des répondants ont 65 ans et plus (n=30) soit un peu plus que la population générale française (5,8%, données INSEE 2020). Elle est plus présente dans les Foyers de Travailleurs Migrants (36,7%), aux points de distribution alimentaire (26,6%) et au CHU4, qui a abrité les personnes sans domicile de l'aéroport de Roissy et dont beaucoup avaient un long parcours de rue (16,7%).

Une population en situation régulière et installée de longue date : Français (21,1%) ou détenteurs d'un titre de séjour (68,4%), leur profil sociodémographique est celui d'une population en situation régulière (89,5%). Tous sont nés en France ou arrivés en France depuis plus de 10 ans.

L'exception d'un Congolais (RDC) de 68 ans : il est arrivé plus récemment (entre 1 et 10 ans) et est en situation irrégulière. Il bénéficie de la CMU et a déjà été pris en charge à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre pour des problèmes cardiaques. Hébergé en CHU pendant le confinement, il dormait dans des squats ou des campements avant. Bien qu'atypique, son cas attire l'attention sur l'importance d'une politique de détection active des situations de vulnérabilité au moment de l'admission en CHU.

Aux points de distribution alimentaire, les huit répondants âgés de 65 ans et plus étaient en situation régulière : cinq sur huit sont français, avec un titre de séjour et en France depuis plus de 10 ans pour les trois restants. Cinq ont un logement personnel où ils sont restés pendant le confinement. Le seul qui était à la rue avant a été hébergé par un ami pendant. 6/8 se plaignent de la solitude et de l'ennui. Aux points de distribution alimentaire, les travailleurs sociaux nous ont souvent indiqué que la prise du repas était le seul moment de sociabilité de la journée. Certains repartaient aussitôt, d'autres trouvaient un endroit pour s'asseoir et rester parmi les autres.

83,3% ont été mobiles durant le confinement, soit plus que la population globale de l'enquête (52%, n=25, Chi2=37,2, 1-p=99,9%). Ces répondants ont rencontré plus de problèmes de santé, mais moins de difficultés d'accès, en cohérence avec le fait que la quasi-totalité est en situation régulière. Des six répondants de plus de 65 ans qui dormaient à la rue avant le confinement, un seul y est resté. Cinq ont reporté des pathologies cardio-vasculaires et deux des pathologies respiratoires.

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, ils sont quasiment absents de l'autre, peu nombreux dans les CHU, mais très présents dans l'un d'entre eux. Ils étaient présents sur les points de distribution alimentaire, mais vraisemblablement moins exposés au virus (logement individuel). Seule une recherche active permettra d'identifier les endroits où les personnes de plus de 65 ans sont en risque de surexposition au virus.

S'agissant des points de distribution alimentaire, offrir la possibilité de prendre les repas en commun dans des espaces aménagés, à l'arrivée de l'hiver, serait un moment de sociabilité bienvenu et utile. L'exemple des Ephad montre à quel point l'isolement social peut être aussi une souffrance extrême. Des conditions maîtrisées du point de vue des risques de

contamination n'est toutefois pas quelque chose de facile à réunir. Des travailleurs sociaux pourraient y faire une détection active de personnes à fort risque de contracter une forme grave de Covid-19 et vérifier quelles seraient les conditions éventuelles de leur confinement. De tels moments seraient aussi importants pour renforcer la notoriété et améliorer la perception des centres COVID+ dans le cas où ces personnes viendraient à présenter des symptômes.

Nous recommandons l'administration d'un questionnaire court à l'admission en CHU et aux points de distribution alimentaire permettant de 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 devrait pouvoir être mise en place.

3.2. Les résidents des FTM : vulnérables ou pas vulnérables ?

FTM de jeunes « surnuméraires » et FTM de travailleurs âgés : s'agissant des foyers, nos données concernant l'un des deux sites étudiés renvoie à l'expression « EPHAD déguisé » utilisée parfois pour rendre compte du vieillissement des populations dans certains FTM : l'état des lieux réalisé en 2010 à Paris montrait en effet qu'un tiers des résidents dans les foyers parisiens avait plus de 60 ans³², et que ceci correspondait bien à une dynamique accélérée de vieillissement : 6% en 1982, 17% en 2002 et 32% en 2010. C'est exactement ce que nous avons trouvé dans le FTM de Villemomble où 43,24% (n=16) de nos répondants avaient plus de 60 ans (37,5% plus de 65 ans). Par contraste, FTM1 a une population « rajeunie » du fait du nombre très important de « surnuméraires » (parmi lesquels, des mineurs), estimés à 600, soit autant que les hébergés officiellement inscrits. Nous n'avons interrogé que trois personnes au-delà de 60 ans et aucune personne de plus de 65 ans, ce qui tient aussi à la faible taille de l'échantillon (n=65).

Cette disparité des profils démographiques, bien connue par les acteurs urbains, doit être intégrée dans la définition des sites d'intervention : les FTM les plus saturés et présentant les conditions de vie les plus dégradées ne sont pas nécessairement ceux où les personnes à risque en cas de contamination sont les plus nombreuses. Les enjeux de la précarité sociale et ceux de la vulnérabilité épidémique ne se croisent souvent pas. Le profil sociodémographique des FTM doit être étudié avant toute décision d'intervention.

3.3. Maladies chroniques : une bonne continuité d'accès aux soins ou un report de suivi ?

Au total, 119 (27,5%) personnes ont déclaré avoir une maladie chronique. Parmi elles, huit n'ont pas pu suivre leur traitement correctement. Pour six personnes, les barrières d'accès sont perçues comme liées au dispositif de santé³³ : l'absence de couverture maladie (n=2), le coût (n=1), le manque

d'argent (n=1) ou le manque d'information (n=1). Les deux autres évoquent l'un la peur de l'épidémie, l'autre la peur des autorités.

Le nombre de personnes ayant déclaré avoir une maladie chronique semble légèrement plus important dans les lieux de distributions alimentaires (36,9%) que dans les CHU (25,9%) et les FTM (25,6%). Parmi ces maladies, l'hypertension artérielle (6,5%), le diabète (5,1%), et les maladies respiratoires chroniques (4,6%), sont les comorbidités à risque pour la Covid-19 les plus fréquemment retrouvées. On note également 6% de personnes déclarant un problème relatif à la santé mentale. Enfin, 18 de ces personnes ont plus de 65 ans, donc un double facteur de risque pour la Covid-19. **Au total, près du tiers de la population d'enquête (131 personnes (30,3%)) a un facteur de risque pour la Covid-19 (âge supérieur à 65 ans et/ou comorbidité(s)).**

34 personnes (28,6%) avec une pathologie chronique ont rapporté avoir présenté des signes compatibles avec la Covid-19, et par ailleurs 28 (23,5%) ont déclaré avoir eu un autre problème de santé que la Covid-19 pendant le confinement.

Concernant les maladies chroniques, il ne semblerait pas que l'accès au traitement de suite eut été une difficulté majeure pendant le confinement. L'analyse statistique confirme que la présence d'une maladie chronique ne semble pas avoir de lien avec les barrières d'accès aux soins. Une hypothèse serait que le suivi médical des personnes avec une maladie chronique serait plus régulier qu'au sein de la population générale à la recherche de soins en situation aiguë. Les données semblent confirmer cette hypothèse : les répondants ayant une maladie chronique consultaient déjà significativement plus que ceux qui n'en n'avaient pas (OR = 4,6). A titre anecdotique, lors d'une intervention d'une équipe pluridisciplinaire de MSF dans un immeuble hébergeant 78 travailleuses du sexe transsexuelles, la plupart continuaient d'être suivies pour leur séropositivité au VIH à l'hôpital Bichat (Paris 18). La quasi-totalité aurait développé des symptômes évoquant la Covid-19 et auraient été médicalement accompagnées. Deux avaient été hospitalisées par précaution avant le passage en phase 3 de l'épidémie. Aucun cas de décès n'avait été reporté sur ce site au moment de la visite de l'équipe de MSF en avril 2020.

Mais ce suivi des pathologies chroniques par un médecin n'a été que partiellement maintenu pendant le confinement. Même si les faibles effectifs sur ces derniers échantillons ne nous permettent pas de conclure statistiquement, et que les événements avant et pendant le confinement ne sont pas forcément comparables, on peut quand même remarquer que

32. Atelier parisien d'urbanisme, (septembre 2011), Les foyers de travailleurs migrants à Paris. Etat des lieux en 2010 et inventaires des interventions sociales, sanitaires et culturelles, [en ligne](#)
33. Barrières d'accès aux soins considérées : voir note de bas de page 19.

89,3% de ces personnes ont consulté un médecin avant le confinement, contre 48,3% lors du problème de santé pendant le confinement, et **25,7% quand il s'agissait de symptômes de la Covid-19.**

Il est possible que les personnes ayant des comorbidités aient pu davantage renoncer à la consultation. Il y a peut-être là le fait du « report de soins » (le problème de santé étant potentiellement plus souvent chronique et la consultation jugée comme « reportable »). Une seconde hypothèse est que le faible report de rupture de soins tiendrait à la temporalité limitée de la question. On sait en effet qu'un suivi de maladie chronique s'effectue tous les trois, six ou douze mois parfois. Il y a eu aussi des appels officiels à reporter son suivi. Il est donc attendu que la majorité des personnes n'ait pas eu besoin de suivi pour leur pathologie, pendant cette période. L'hypothèse haute d'un système de santé calibré pour les suivre pendant le confinement doit donc être pondérée par l'hypothèse basse que les dates de suivi ne tombaient pas pendant les deux mois de confinement. Enfin, la décision par les autorités sanitaires d'étendre de six mois la validité des ordonnances a pu faciliter l'accès aux médicaments et ainsi éviter des ruptures de suivi, dans la mesure où les personnes étaient informées de cette disposition prise en début de confinement.

Cette première vague de la Covid-19 ne semble pas avoir posé de problèmes majeurs d'accès aux soins pour les malades chroniques, pendant une période circonscrite de deux mois de confinement. Cependant plusieurs éléments indiquent que ces patients comorbides ont probablement davantage renoncé ou reporté leurs soins, et que ce faible recours à la santé, notamment devant des signes de la Covid-19, constitue une problématique majeure à l'aube de cette seconde vague, amenée à durer, où les reports de soins pourraient alors aboutir à des conséquences cliniques. **Aussi, il semble urgent d'adapter les dispositifs créés lors de cette crise aux situations spécifiques de précarité (barrières linguistiques, numériques, éducatives) et de renforcer l'information des bénéficiaires sur les initiatives mises en œuvre (renouvellement de droits automatiques, dispositifs de soins ouverts...).**

Sur un plan plus scientifique, la proportion importante de facteurs de risques de Covid-19 sévère, mise en parallèle avec les séroprévalences élevées observées dans l'enquête PréPreC (Roederer et al. : 2020), interroge sur la morbi-mortalité encore très mal déterminée dans ces populations. Une documentation fiable de cette morbi-mortalité, même rétrospective, semble à présent un enjeu central pour comprendre cette « épidémie silencieuse ».

Conclusion de la 3^{ème} partie sur les personnes vulnérables à la Covid-19

Quelques pistes se dégagent de l'analyse de la manière dont les personnes ayant des facteurs de risque de développer des formes graves en cas de contamination à la Covid-19 se sont comportées pendant le confinement.

Les personnes atteintes de maladie chronique semblent avoir plutôt bien garanti la continuité de leur traitement. Pour autant, la baisse des consultations pendant le confinement pose la question du recours aux soins dans le cadre d'une extension des mesures de restriction de mouvements liées à la crise sanitaire. Le fait que ces personnes aient peu consulté face à des symptômes Covid-19 demeure inquiétant. Il indiquerait un alignement du comportement de cette population sur celui de la population générale qui tendrait à minimiser le risque de comorbidité. Ceci pointe vers la nécessité d'une information ciblée et de l'adaptation des consignes sanitaires à ce type de public : tant sur les gestes protecteurs que sur l'instauration d'un suivi médico-social systématique incluant des mesures préventives pour faciliter l'accès aux services en cas d'urgence.

La plus grande mobilité des répondants de plus de 65 ans pendant le confinement est aussi un facteur de préoccupation. Il tient bien sûr à ses spécificités (Français ou d'installation ancienne, possédant un logement, vivant dans le cadre de vie habituel). L'hypothèse posée par l'enquête PréPrec selon laquelle la séroprévalence diminuerait avec la fréquence des sorties ne s'applique à priori pas à la partie de ce public qui vit dans des conditions contrôlées de confinement (hébergement individuel) et pour laquelle donc, ce sont bien les sorties fréquentes qui constituent un facteur de risque. S'agissant des autres, vivant notamment en FTM, il importe de caractériser en premier lieu la configuration socio-spatiale : quelles sont les conditions de vie réelles des résidents et leurs interactions sociales concrètes ? Certains FTM fonctionnent comme une résidence avec appartements indépendants et dans lequel les hébergés vivent seuls ou à deux personnes. La fréquence des sorties sera aussi davantage un facteur de risque qu'un facteur de protection. Dans le cas de FTM à forte densité et des réseaux de sociabilité denses, il y a peu de chances que les sorties fréquentes soient un facteur suffisant de protection. C'est bien l'isolement « vertical » des populations vulnérables qui offre la meilleure garantie.

4



Quels facteurs de risque de contamination
l'étude PréCARES permet-elle
rétrospectivement de soulever
au vu des résultats de l'enquête
de séroprévalence ?

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?

Cette discussion a été lancée par l'enquête de séroprévalence SARS-CoV-2 intitulée PréPreC et lancée immédiatement dans la foulée l'étude PréCARES³⁴.

Publiés en septembre 2020, les résultats de l'enquête de séroprévalence PréPreC proposent une base importante à cette discussion.

- Des niveaux élevés à très élevés de séroprévalence variant de manière significative selon le type de site et entre les sites de même type : de 23 à 62% au sein des Centres d'Hébergements d'Urgence (CHU), 18% et 35% dans les deux sites de distribution alimentaire, et 82% et 94% dans les deux Foyers de Travailleurs Migrants (FTM).
- La probabilité de séropositivité était plus élevée chez les individus vivant dans des sites sur-occupés (moyenne : RC adj. 2,7, 95 % IC 1,5-5,1, p=0,001 ; élevée : RC adj. 3,4, 95 % IC 1,7-6,9, p<0,001) par rapport aux individus des sites peu sur-occupés³⁵.
- Le principal facteur associé à une plus faible exposition au virus était la fréquence de sortie du lieu de résidence, où les chances de séropositivité étaient significativement plus faibles chez les personnes qui quittaient parfois la résidence (RC 0,6, 95%CI 0,4-0,8, p=0,001) ou qui quittaient la résidence presque tous les jours (RC 0,4, 95%CI 0,2-0,6, p<0,001) par rapport à celles qui déclaraient ne jamais quitter la résidence pendant la période de confinement (Roederer et. Al., 2020).

Malgré le fait qu'elles ont été conduites dans neuf sites similaires (sur les onze que comptent l'étude PréCARES), les deux enquêtes n'ont pas intentionnellement et donc nécessairement recruté les mêmes individus. Aucune inférence de l'une à l'autre ne peut être faite. Les résultats sont spécifiques à chaque enquête, ce qui était intentionnel dans leur montage originel en avril 2020. Pour autant le dialogue est important et l'enquête PréPreC livre d'importantes pistes pour orienter et guider l'analyse de la présente étude.

C'est la variation importante de séroprévalence entre les types de site et entre les sites de même type qui retient ici l'attention. Quels sont les facteurs de cette variation ?

34. L'étude PréCARES s'est déroulée dans 11 sites d'intervention de MSF et l'enquête PréPreC dans 14 sites. Au total, l'enquête PréPreC se superpose à neuf sites d'enquête de l'étude PréCARES.

35. La «sur-occupation» est à appréhender selon des critères légaux qualifiant les normes d'hébergement.

Les paramètres ici examinés sont :

- **Le respect des mesures barrières pendant le confinement tel que déclaré par les répondants.** Le fait de respecter la distanciation sociale a un effet direct sur le réseau social : renoncement à des moments en commun, modification des « rites d'interaction » qui guident les rencontres « face à face » (Goffman, 1974).
- **L'adhésion aux règles sanitaires au moment du déconfinement :** le niveau d'adhésion déclaré est important car il exprime un code de conduite personnel face au virus et donc au risque d'exposition.
- **La mobilité pendant le confinement.** L'hypothèse faite ici est celle sur laquelle repose la stratégie de confinement : moins les individus circulent, moins le virus circule. De manière contre-intuitive, l'enquête PréPreC identifie que le principal facteur, associé à une réduction de l'exposition au virus, serait la fréquence de sortie. Il est donc pertinent de s'intéresser plus précisément à l'ensemble des facteurs de la mobilité pendant le confinement, l'idée principale étant que c'est site par site – cluster par cluster – que les données trouvent pleinement leur sens.
- **Les formes de sociabilité à l'intérieur de chaque cluster.** Reposant sur des données qualitatives et des indices quantitatifs, il s'agira de qualifier la nature des réseaux de sociabilité internes aux sites d'étude.

4.1. Politiques de santé et Covid-19 : applicabilité des mesures barrières et du confinement

4.1.1. Respect déclaré des mesures barrières

Appréhendées comme facteur de protection quand elles sont respectées et d'exposition au virus quand elles ne le sont pas, les règles sanitaires ont fait l'objet d'un ensemble de questions déclaratives pendant l'enquête. Au total, plus de trois quarts des personnes interrogées ont déclaré appliquer les mesures barrières contre la Covid-19 la plupart du temps ou toujours (Tableau 17). Les réponses sont sans doute très largement biaisées par l'effet de désirabilité sociale, qui veut que le respect des normes sanitaires est globalement perçu comme une marque de soin pour soi-même et de considération envers les autres. Il est toutefois possible d'appréhender la plausibilité de ces réponses à partir d'une connaissance plus objective des différents sites d'enquête développée au cours du projet MSF et de la réalisation de l'enquête de terrain.

Tableau 17. Respect des mesures barrières contre la Covid-19

Respect des mesures barrières face à la Covid-19								
	Lavage de main		Distanciation		Masque		Nettoyer/Aérer	
	n=433	%	n=433	%	n=433	%	n=433	%
Toujours	349	80,8	250	57,9	251	58,1	269	62,3
La plupart du temps	43	9,9	71	16,4	92	21,3	66	15,3
De temps en temps	20	4,6	46	10,6	47	10,9	27	6,2
Rarement	3	0,7	19	4,4	22	5,1	12	2,7
Jamais	6	1,4	11	2,6	18	4,2	28	6,5
Inapplicable	11	2,5	32	7,4	2	0,5	26	6
NR	0	0	3	0,7	0	0	4	1

La mesure barrière la plus systématiquement appliquée (80,79%, [71,2% à 94,4%]) est le lavage des mains. Elle est aussi la seule règle sanitaire qui ne connaît aucune variation statistique entre les types de site d'enquête et les différents sites entre eux. C'est encore la seule règle sanitaire qui dépend strictement de la volonté individuelle et non aussi du cadre d'hébergement ou de la disponibilité matérielle (contrairement aux masques par exemple). Elle indiquerait un niveau élevé d'adhésion au principe même que des règles sanitaires doivent être observées en temps d'épidémie.

Deux autres règles sanitaires (distanciation sociale, aération de l'hébergement) dépendent plus strictement de conditions collectives d'hébergement. **La distanciation sociale** a toujours été respectée par 57% des répondants et de manière plus ou moins fréquente par 27,3%. De fortes variations apparaissent entre les sites, qui correspondent aux différences connues des conditions d'hébergement. A titre anecdotique, six sur dix personnes ayant dormi à la rue pendant le confinement ont indiqué avoir rarement ou jamais respecté la règle de distanciation sociale. Le maintien d'une sociabilité de rue pourrait être une hypothèse explicative. Sans surprise, dans celui des deux FTM où la promiscuité était forte, 30% déclarent n'avoir pas pu ou que rarement respecter la distanciation sociale. Il est noté que huit sur dix sont en situation irrégulière, des « surnuméraires » dont la plupart dormaient dans des couloirs. Dans les CHU, le pourcentage de personnes ayant toujours respecté la distanciation sociale varie de 48,4% à 94,4% : dans l'un comme dans l'autre, les repas étaient pris collectivement (dans le maintien de la distanciation) et les chambres étaient individuelles ou partagées avec une seule personne. Il semble que le respect de la distanciation sociale repose aussi sur d'autres facteurs comme celui du type de sociabilité.

L'aération des espaces dépend pour sa part des conduites individuelles pour les espaces personnels et des conduites collectives pour les parties gérées par des gestionnaires ou par des groupes. Il est

notable que le respect de cette règle varie peu entre les sites. Au total, ce sont tout de même 84,6% des répondants qui ont indiqué avoir respecté cette règle toujours ou la plupart du temps.

Au moment de la réalisation de l'enquête PréCARES, dans les semaines qui ont suivi le début du confinement, le port du masque n'était pas encore obligatoire. Son usage était à la mesure de sa disponibilité : parcimonieux. A cette époque, les 58,1% qui ont déclaré utiliser toujours un masque auquel s'ajoutent les 21,3% qui ont déclaré l'utiliser la plupart du temps expriment sans doute davantage leur volonté de se protéger que la réalité des pratiques. D'ailleurs, au moment du déconfinement, ils sont 82,6% à approuver le port obligatoire dans les transports (Tableau 15). Il est notable que dans un FTM, 83,8% ont déclaré toujours utiliser un masque contre 37,8% dans le second. Le premier avait bénéficié d'une distribution de masque, pas le second.

Enfin, face aux difficultés d'application des gestes barrières dans leurs conditions réelles d'hébergement, **de nombreux répondants nous ont fait part d'initiatives ou d'un code de conduite personnel pour se protéger.** Ainsi, les uns ou les autres : « a jeté son sac de couchage qu'on craignait contaminé », « s'est lavé le visage avec du gel hydro-alcoolique », « a fabriqué un masque à partir d'un sac d'aspirateur », « a utilisé du papier pour ne pas toucher les objets », « a mis les chaussures devant sa porte », « a renoncé aux prières collectives », « a mangé de l'ail ou des citrons », « a frotté son corps avec du beurre de karité », etc... **Il a fallu faire face avec créativité à la rareté des ressources pour se protéger.**

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. **La disposition des répondants à l'enquête est globalement en faveur du respect des règles sanitaires** (ce qui se confirme dans le module relatif au degré d'adhésion aux règles du déconfinement),

même si, **s'agissant de la distanciation sociale, des modes de sociabilité ont pu finalement conduire à une baisse de vigilance, voire au non-respect.** Le contexte d'hébergement varie de site en site selon la distribution des chambres, le mode de prise des repas, l'usage des parties communes. La disponibilité matérielle, pour sa part, ne dépend pas de l'adhésion individuelle. **Au final, pendant le confinement, les codes de conduite à l'égard des gestes barrières ont reposé sur le pragmatisme : si tout ne peut être respecté, il est toujours possible de respecter ce qui peut l'être.**

Par ailleurs, il n'y a pas de **liens statistiques significatifs entre le respect déclaré de ces mesures barrières** (en particulier le lavage des mains et le port du masque) **et le fait d'avoir présenté des symptômes compatibles avec la Covid-19.** L'exception est que des symptômes plus spécifiques du Covid-19 (toux, fièvre, anosmie-agueusie) sont surreprésentés chez les personnes ayant déclaré ne jamais pouvoir aérer et nettoyer leur environnement. En effet, 10 sur les 28 personnes (35,7%) ayant des symptômes plus chez celles pouvant aérer/nettoyer la plupart du temps ou toujours spécifiques versus 66/335 (19,7%). Cette dernière donnée étant trop anecdotique, il ne nous est pas possible de conclure sur le rapport entre le respect déclaré des gestes barrières et le fait d'avoir rapporté des symptômes Covid-19. En revanche, l'absence de corrélation entre le respect déclaré des mesures barrières et la séroprévalence est confirmé par l'enquête PréPreC (Roederer et. al. 2020).

4.1.2. L'adhésion aux règles sanitaires du déconfinement

La question de la mobilité pendant le confinement fera l'objet de la sous-section suivante. Dans le

contexte de déconfinement progressif du mois de juin 2020, l'étude PréCARES s'est attachée à mesurer le niveau d'adhésion aux nouvelles règles sanitaires annoncées le 11 mai 2020. Celles-ci concernent notamment l'accès au test de dépistage, le port du masque obligatoire dans les transports, le traçage des cas contacts avec le lancement de l'application « Stop Covid ».

Opinions sur les politiques mises en œuvre

Plus de 85% des personnes interrogées sont plutôt ou tout à fait d'accord avec les principales mesures réglementaires et stratégiques pour lutter contre la Covid-19 (Tableau 16). Il n'y a pas de différence dans cette adhésion si les répondants ont présenté ou non des symptômes de la Covid-19. Ainsi, même les personnes ayant présenté des symptômes assez spécifiques de la Covid-19 adhèrent très majoritairement aux mesures réglementaires qui auraient pu directement les concerner, notamment sur les politiques de tests, de contact-tracing ou de mise en confinement. Comme indiqué dans la section précédente sur le respect des règles barrières durant le confinement, ceci reste à nuancer en termes de « désirabilité sociale » du fait qu'il s'agit d'une question d'opinion.

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 perdure au moment de la mise en œuvre du déconfinement. Une nuance est toutefois utile.

S'agissant du port du masque obligatoire dans les transports en commun, 93,2% (n=234) de ceux qui disent avoir toujours utilisé le masque pendant le confinement sont aussi ceux qui sont tout à fait d'accord avec la mesure au moment du déconfinement. Ils ne plus que 60% (n=24) à

Tableau 18. Opinions sur les stratégies et mesures réglementaires de lutte contre la Covid-19

	Respect des mesures barrières face à la Covid-19							
	Lavage de main		Distanciation		Distanciation Masque		Nettoyer / Aérer	
	n=433	%	n=433	%	n=433	%	n=433	%
Toujours	349	80,8	250	57,9	251	58,1	269	62,3
La plupart du temps	43	9,9	71	16,4	92	21,3	66	15,3
De temps en temps	20	4,6	46	10,6	47	10,9	27	6,2
Rarement	3	0,7	19	4,4	22	5,1	12	2,7
Jamais	6	1,4	11	2,6	18	4,2	28	6,5
Inapplicable	11	2,5	32	7,4	2	0,5	26	6
NR	0	0	3	0,7	0	0	4	1

approuver la mesure parmi ceux qui ont déclaré ne l'utiliser que rarement ou jamais et 27,8% à ne pas l'approuver du tout. Même s'il s'agit d'une petite minorité, il faut acter certaines résistances parmi les répondants, comme du reste auprès de la population générale. Il est notable que 10/16 répondants opposés au port du masque obligatoire ont été interrogés sur un site de distribution alimentaire (OR 4,16). Ces répondants se sont montrés le plus souvent opposés à l'ensemble des mesures sanitaires au sujet desquels ils étaient interrogés.

Finalement, il semblerait que le caractère obligatoire de ces mesures ne contraigne vraiment qu'une petite minorité de 7% à 11% des répondants qui ne sont plutôt pas ou pas d'accord du tout avec les mesures sanitaires au moment du déconfinement. Il s'agit d'une majorité de profils atypiques (plutôt Français ou Européens et plus souvent avec des études supérieures) par rapport à la population de l'enquête. La grande majorité a été interrogée sur un site de distribution alimentaire.

En résumé, dans la limite des conditions de vie réelles dans laquelle les répondants se trouvaient pendant le confinement, les gestes barrières auraient été respectés, les mesures sanitaires du déconfinement étaient massivement approuvées et de nombreuses initiatives ont été recensées pour pallier au manque de moyens de protection. **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 qu'il s'agit maintenant d'examiner.**

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

4.2.1. Les « hyper-confinés », les « confinés » et les « mobiles » : de qui parle-t-on ?

Un score de mobilité pendant le confinement a été construit sur la base de la fréquence reportée 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).

L'analyse de la fréquence déclarée de la mobilité pendant le confinement permet d'établir une typologie en trois catégories. Par « hyper-confinés », nous désignons les répondants qui ont déclaré n'être jamais sortis ou au maximum une fois par semaine (n=105, 24,2%). À l'opposé, les « mobiles » sont ceux étant sortis tous les jours ou de quatre à six fois par semaine (n=223, 51,4%). Entre ces deux catégories, les « confinés » sont ceux dont la mobilité s'est limitée à deux ou trois sorties hebdomadaires au maximum (n= 101, 23,3%).

L'intérêt de cette typologie est qu'elle permet de décrire des expériences très contrastées du confinement et d'en identifier des variables claires.

4.2.2. L'hyper-mobilité des « inconfinés »

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, le type d'hébergement est corrélé à la mobilité et donc au niveau de confinement. Sans surprise, 81,5% des répondants rencontrés sur les sites de distribution alimentaire ont été mobiles pendant le déplacement. Ce sont aussi ceux qui disent le plus avoir rencontré de problèmes d'accès à l'alimentation, au logement et à l'hygiène (Tableau 17). La raréfaction des ressources offertes par la rue s'est parfois traduite par une hyper-mobilité de cette catégorie de population (Véran et Viot, 2020 :15-17). Pour elle, le confinement n'a pas été possible. Il s'agit d'une population restée largement en marge des dispositifs de mise à l'abri.

Tableau 19. Types de mobilités selon le type d'hébergement

Mobilité / Types d'hébergement n=432	Les « mobiles »	Les « confinés »	Les « hyper-confinés »	TOTAL
CHU 2	24,5%	36,7%	38,8%	100%
CHU 4	74,2%	22,6%	3,2%	100%
CHU 6	50,8%	23,8%	25,4%	100%
CHU 7	38,5%	33,3%	23,1%	100%
CHU 8	40,0%	6,7%	51,7%	100%
CHU9	22,2%	61,1%	16,7%	100%
HUDA1	50%	23,1%	26,9%	100%
TOTAL	51,4%	23,3%	24,2%	100%

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 54,7$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

4.2.3. Les inconfinés

Qui sont les personnes qui n'ont pas quitté la rue pendant le confinement ? Il s'agit d'un profil exclusivement masculin et plus âgé que la population générale: leur âge moyen est de sept ans supérieur (46 ans contre 39 ans, 2/ 18 ont plus de 65 ans). Tous sont célibataires (n=14) ou divorcés (n=3) à l'exception d'un migrant de Guinée Conakry en situation régulière arrivé en France peu avant le confinement et qui était marié au pays. Rapportés à la population générale de l'enquête, ils sont près de deux fois plus à ne recevoir aucun revenu (66,6% contre 37,1%). Certains reçoivent ponctuellement des aides associatives, deux touchent le RSA, les autres ont des activités informelles. Il est significatif qu'au-delà des cinq Français, l'Europe et plus spécifiquement l'Europe de l'Est est fortement surreprésentée (un Albanais, un Croate, un Estonien, un Polonais), auxquels s'ajoute un Belge. La moitié a donc un passeport européen. Le niveau d'instruction est d'ailleurs plus élevé que la population générale (6 /18 ont un diplôme d'enseignement supérieur). En revanche, on retrouve proportionnellement peu de personnes d'Afrique subsaharienne (n=5). La population restée dans la rue est largement en marge des circuits d'accueil et d'accompagnement des migrants et demandeurs d'asile. A l'exception d'un Américain, tous parlent français, ce qui est cohérent avec le fait que l'autonomie linguistique dans la rue est une condition importante de survie. La barrière de la langue ne peut donc pas être considérée comme une difficulté d'accès aux services d'assistance. La grande majorité est en situation régulière (14/18, 6 de nationalité française, huit avec un titre de séjour). Les quatre personnes en situation irrégulière restées dans la rue sont d'Afrique subsaharienne, et sont arrivés en France depuis plus d'un an. Tous les quatre ont rapporté des difficultés à être hébergés. Aucun n'a rapporté de difficulté en santé mentale.

La population restée à la rue pendant le confinement était très largement en marge des principaux dispositifs d'assistance à destination des migrants et demandeurs d'asile. La plupart "atypiques" par rapport à la population générale de l'enquête, leur situation montre les limites du système de mise à l'abri quand il porte sur des populations qui ne sont pas déjà insérées dans des "guichets", dispositifs et réseaux d'assistance ou "populations cibles" des organisations sociales et humanitaires.

La nature des difficultés rencontrées contraste fortement avec la population générale: la question de l'hébergement est nettement plus citée (52,1% contre 32%), ce qui tend à indiquer que pour une moitié au moins des personnes restées à la rue, il ne s'agit pas d'un choix mais de barrières d'accès. L'accueil

en CHU n'a pas fonctionné pour eux. Pendant le confinement, l'insécurité a été ressentie toujours ou souvent par 8/18 répondants, soit deux fois plus que dans la population générale (44,4% contre 19,3%), une plus grande proportion a été contrôlée par la police (13/18, soit 72,2% contre 24,6% de la population générale). Ces données incitent à prendre la "mise à l'abri" tout au moins dans un sens littéral: la sortie de la rue a été un facteur de protection face à l'insécurité et aux contrôles policiers. S'agissant de l'exposition 15/18 répondants n'ont rapporté aucun symptôme et un seul répondant se dit « sûr d'avoir eu le Covid ». A défaut d'avoir été mis à l'abri en CHU, les répondants n'ayant jamais quitté la rue semblent avoir été à l'abri de la contamination.

Les personnes vivant à la rue pendant le confinement estiment leur état de santé général plus mauvais en moyenne que les autres, avec 76% l'estimant moyen ou mauvais contre 65% sinon. En revanche, elles déclaraient moins souvent une pathologie chronique que les autres (22% contre 29%).

Les personnes ayant vécu à la rue pendant le confinement sont allées bien moins souvent consulter un médecin conventionnel (avant ou pendant le confinement) que les autres (43% contre 60%) et rapportent globalement quasiment deux fois plus de barrières d'accès (84% contre 45%).

Enfin, les personnes vivant à la rue ne diffèrent pas particulièrement vis-à-vis du score PHQ-9 de dépistage de la dépression : 32% sont classées comme dépressives modérées ou sévères, contre 44% chez celles qui n'y ont pas vécu.

4.2.4. Entre hyper-mobilité et hyper-confinement : un contraste très marqué entre les CHU

Dans les CHU globalement, les répondants ont été plus confinés que dans les autres modalités d'hébergement. Plusieurs pistes d'explication peuvent être avancées : les hébergés des CHU ont souvent été déplacés au moment du confinement, voire pendant. Ils n'étaient donc pas dans leur cadre de vie habituel. A cette perte du territoire quotidien s'ajoute le déplacement dans des hôtels souvent situés dans des espaces périphériques avec des accès difficiles à la ville. Certains CHU, enfin, avaient des règles strictes de limitation des sorties.

Les hyper-confinés de CHU8. CHU8 – au sud de Paris – est un hôtel de classe moyenne situé sur le boulevard circulaire («maréchaux») à proximité immédiate de la porte d'Italie. 51,7% (n=31) des répondants de CHU8 ont déclaré n'être jamais sortis ou au maximum une fois par semaine. Parmi ces

Tableau 20. Qualification des mobilités entre les sept centres d'hébergement enquêtés

Mobilité / CHU n=286	Les «mobiles»	Les «confinés»	Les «hyper- confinés»	TOTAL
Distribution alimentaire	81,5%	10,8%	6,2%	100%
FTM	57,3%	24,4%	18,3%	100%
CHU	43,0%	25,9%	30,1%	100%
TOTAL	51,4%	23,3%	24,2%	100%

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 35,3$, $ddl = 4$, $1-p = >99,9\%$.

«hyper-confinés», le critère du statut administratif peut être l'un des facteurs significatifs : 13, tous originaires d'Afrique subsaharienne, sont en situation irrégulière. Situé dans Paris à proximité de la zone passante du métro, les enjeux de la mobilité des hébergés étaient sans doute plus prégnants. Toujours est-il que l'hôtel a appliqué un contrôle strict des sorties, ne délivrant qu'un quota limité d'attestations par jour. Face à la pression des demandes de sortie pour l'achat de cigarettes ou d'alcool, les gardes de sécurité et les travailleurs sociaux ont fini par se charger eux-mêmes des commissions pour garantir le principe de la moindre circulation des hébergés. Des sept centres d'hébergement où l'étude a été conduite, c'est celui où les hébergés se sont le plus plaints de l'enfermement (mentionné par 11,7% des répondants, $n=7$, $\chi^2=305,2$, $1-p = >99,9\%$) et de l'hébergement lui-même, cité par 43,3% des répondants ayant séjourné dans cet hôtel. Deux des répondants ont confié aux enquêteurs qu'ils s'étaient sentis «séquestrés». C'est d'ailleurs sur des signalements similaires que nous avons été enjoins de proposer une intervention par d'autres acteurs de solidarité. Enfin, les hébergés étaient d'origines très diverses³⁶ : personnes très âgées, familles, demandeurs d'asiles, migrants, usagers de drogue. Beaucoup se sont plaints de la règle d'attribution des chambres selon l'ordre d'arrivée sans prise en compte des affinités et incompatibilités. C'est ainsi qu'un musulman pratiquant a dû partager sa chambre avec une personne alcoolique. L'hyper-confinement conjugué à une sociabilité souvent conflictuelle voire, parfois violente, a pesé sur les conditions d'hébergement. Sur les 31 répondants, près d'un tiers ($n=9$) ont été référés pour des problèmes de santé mentale. Le cas d'un homme de 31 ans interrogé sur un point de distribution alimentaire mérite l'attention. Souffrant de troubles

psychiatriques pour lesquels il avait été interné avant le confinement, il explique qu'il a subi une rupture de son traitement lorsqu'il était «séquestré» à CHU8, selon ses propres termes. Ses conditions d'hébergement lui ont été insupportables au point de décider de quitter l'hôtel et retourner dans la rue. En effet, les règles mises en place dans ce CHU – certainement par souci de préserver les hébergés dans la durée du confinement – impliquaient qu'une personne quittant l'hôtel ne pourrait plus y être admise.

En synthèse, il apparaît que la mobilité des hébergés en CHU est fortement corrélée aux caractéristiques des sites eux-mêmes et celle de leurs occupants. 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 les mobilités et donc les conditions du confinement.

En conclusion sur les mobilités, les principes suivants nous semblent être importants à respecter dans le cadre d'une pérennisation ou renouvellement de ces dispositifs de mise à l'abri :

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 d'une éventuelle seconde phase.

³⁶. La carte 3 relatant les lieux où les personnes dormaient avant le confinement illustre bien la dispersion spatiale des personnes hébergées au CHU8.

Privilégier des sites d'hébergement à distance des hyper-centres urbains.

La mobilité dans des espaces à faible densité de population à l'extérieur permet de flexibiliser les règles de sortie. La proximité d'espaces verts et de promenades peut compenser l'éloignement urbain des sites.

Organiser les espaces de sociabilité 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. Les parties communes comme les halls et salles de réunion doivent être aménagées pour que la sociabilité soit encouragée et non combattue. Il est plus judicieux de permettre des jeux de société dans le respect des gestes barrières que de laisser dix amis se réfugier dans une chambre de 8m² pour jouer aux cartes.

Garantir un périmètre autour des sites de non-contrôle administratif, sur le principe par exemple des auberges de migrants au Mexique.

Volet santé et volet dépendances.

Les questions de santé doivent faire partie du cahier des charges. Il convient d'avoir une équipe présente sur place et de s'appuyer sur les compétences du territoire et les expertises thématiques, en particulier pour l'addiction, le dentaire et la psychiatrie.

Systématiser l'apport de la santé mentale, pas nécessairement en consultation individuelle. Le confinement est une expérience collective. La mutualisation en ateliers des problèmes que posent cette situation est sans doute plus adaptée et moins onéreuse.

Enfin, s'intéresser systématiquement aux ressources du territoire.

Afin de limiter les déplacements et de faciliter les modes de vies resserrés, il est essentiel de connaître et utiliser les ressources locales : lieux d'approvisionnement en nourriture, références (PMI, santé mentale, dentaire...). Ceci a un effet tant sur la limitation possible de la contamination due au transport, que sur l'effet protecteur de trouver des ressources locales.

4.3. Les réseaux de sociabilité : illustrations de la part humaine du virus

Parmi les facteurs de contamination à la Covid-19, il y a « la part du virus » lui-même, c'est-à-dire son mode de transmission, qui en fait une épidémie à cluster. Ceci signifie qu'une fois rentré au sein d'une unité sociale déterminée, comme une rencontre religieuse, le porte-avion Charles-de-Gaulle ou le camp naturiste du Cap d'Agde, le virus va circuler selon les réseaux de sociabilité de ces unités (Véran, Vandenberghe, 2020). Dans le cas de l'enquête PréCARES, l'unité sociale considérée est l'unité de résidence. Empruntant à la sociologie des réseaux (Degenne, Forsé, 2004), ces réseaux de sociabilité peuvent être qualifiés selon leur densité (la fréquence des rencontres), leur ramification (la dispersion des contacts dans l'espace et dans le temps) et leur taille (nombre des individus en contact au sein d'un réseau). Rapporté à l'idée de cluster de contamination, ceci signifie 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**. La contribution de l'enquête PréCARES

va être d'illustrer, au-delà de la stricte densité de population au sein d'un même site d'enquête, l'importance des réseaux sociaux comme facteur de compréhension des niveaux de séroprévalence ou en d'autres termes, la « part humaine » du virus.

4.3.1. Le réseau dense de l'HUDA1

Situé en proche banlieue parisienne dans un quartier pavillonnaire et à proximité de commerces et d'une gare de RER, l'Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile 1 (HUDA1) est un dispositif regroupant 15 appartements partagés allant du T3 au T6. Les appartements sont répartis sur deux bâtiments et sur quatre étages. L'hébergement accueille des personnes seules ou des familles le temps de leur demande d'asile. Au moment de la réalisation de l'étude, 98 personnes étaient réparties en 46 chambres, soit une moyenne de 2,1 personnes par chambre. Les toilettes ainsi que la cuisine étaient partagées par cinq à neuf personnes. En région parisienne, le nombre moyen d'occupants par appartements de cinq pièces est de 3,5 personnes (Léger, 2019). La densité démographique de l'HUDA1 est supérieure à la moyenne

régionale selon la taille des appartements mais ceux-ci répondent aux normes d'occupation du code de la sécurité sociale³⁷. Aucun n'est sur-occupé. Les répondants de l'étude PréCARES (n=26) sont pour partie originaires d'Afghanistan (n=6), d'Erythrée (n=3), de Somalie (n=3), du Tibet (n=3), une dizaine d'Afrique de l'Ouest. Il ne s'agit donc pas d'une « communauté d'origine ».

Les appartements fonctionnent comme des unités résidentielles indépendantes, abritant dans chaque chambre une ou deux personnes, parfois une mère avec enfants et les espaces de cuisine et sanitaires sont partagés. Ils constituent chacun une unité domestique.

En accord avec la mission sociale d'accompagnement des hébergés demandeurs d'asile, le dispositif propose un accompagnement global (soutien dans les démarches administratives et juridiques, accompagnement au sein de l'hébergement, accompagnement social) aux ménages accueillis et prépare avec eux leur sortie du dispositif. Unies par une communauté de destin (tous sont demandeurs d'asile), les hébergés sont aussi unis par une « communauté de processus ». Ils sont suivis par groupe de 15 par des travailleurs sociaux et ont en commun des ateliers et des activités. Une minorité est arrivée récemment (entre trois mois et un an) mais la plupart sont des hébergés de plus longue date (de une à plusieurs années). Renforcée par les activités collectives, l'interconnaissance est grande et le plus souvent établie dans la durée. L'HUDA1 n'est pas qu'une unité de résidence ; il s'agit aussi d'une unité de vie sociale. Les travailleurs sociaux s'accordent à dire que la qualité des relations au sein du dispositif est excellente. La vie sociale s'est encore accentuée durant le confinement par effet de concentration du réseau.

La moitié des répondants de l'HUDA1 sont des « mobiles », c'est-à-dire qu'ils sont sortis tous les jours ou presque (13/26). Six sont des « confinés » qui ne sont sortis que deux à trois fois par semaine, sept sont des hyper-confinés qui ne sont jamais sortis ou au maximum une fois par semaine.

A la différence des CHU, les hébergés de l'HUDA1 ont vécu leur confinement dans un lieu de vie déjà « habituel » même si transitoire. C'est ce que montrent les cartes présentées en Annexe (Site 10) où l'on voit clairement l'ancrage local des pratiques du quotidien. Ils ont évolué dans un réseau dense d'interconnaissance noué au cours de plusieurs mois et parfois même des années. Intégrés dans leur quartier et responsables de la gestion de leurs espaces domestiques, ils ont été plutôt mobiles.

Ni sur-occupé, ni sur-confiné, le site de l'HUDA1 a pourtant été « sur-contaminé ». 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 ici est que c'est bien la densité du réseau social qui a été l'un des principaux facteurs de constitution de ce cluster de contamination.**

Le « réseau dense » est la modalité par définition des unités domestiques comme une maison familiale, un appartement en collocation, ou un studio habité par un jeune couple. Le taux de contamination ne doit pas être appréhendé par rapport à celui d'une unité territoriale large comme la Région Île-de-France mais par rapport à deux indicateurs : le taux d'attaque micro-territorial (au niveau des IRIS de l'INSEE par exemple) et le taux d'attaque secondaire dans les ménages.

4.3.2. Le réseau dense et ramifié du FTM1

Construit à la fin des années 60, FTM1 était conçu pour accueillir 430 travailleurs migrants isolés, ressortissants d'Afrique du Nord, venus répondre au besoin du marché du travail dynamique des Trente glorieuses. Composé d'une succession de chambres dortoirs de huit lits prolongés par des douches et sanitaires communs, ce foyer a été pensé comme un logement transitoire pour des travailleurs temporaires employés dans des industries lourdes, manufactures ou chantiers BTP. Aujourd'hui, selon un rapport de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, la structure est fortement dégradée et avec une sur-occupation importante (environ 1200 lors de la réalisation de l'étude). Jugeant que les conditions de logement y sont « difficiles », le foyer est classé comme « prioritaire à transformer ». Les conditions de vie seront bien pires pendant le confinement.

En effet, 37,8% (n=31) des répondants en FTM1 étaient des migrants en situation irrégulière. La proportion varie toutefois entre les deux sites d'enquête de 21,6% à 51,1%. Avant le confinement, un quart de ces migrants n'avait pas de revenus. La moitié d'entre eux (48,4%) avait des activités informelles pour survivre : tous ont déclaré avoir perdu leur source de revenus pendant le confinement.

La morphologie socio-spatiale, c'est-à-dire l'utilisation de l'espace et les interactions sociales, a été transformée par la réduction ou la perte d'activité de l'ensemble des résidents. Les couloirs encombrés de matelas n'étaient plus dégagés comme avant le confinement laissant leurs occupants désormais désœuvrés s'y reposer. Le réfectoire avait été réservé à ceux qui seraient malades de la Covid-19 : il était vide au moment de nos visites, personne ne se

37. Article D542-14, code de la sécurité sociale du 21 février 2015 [\[en ligne\]](#)

déclarant malade. Concernant les repas, un système collectif «de marmites communes» avait été maintenu et renforcé, permettant à l'ensemble des résidents d'avoir accès à la nourriture pour 2 € le plat. Le temps social s'est allongé. Faute d'activité professionnelle, la rotation de l'occupation des espaces et des matelas s'est stoppée. Il a fallu «vivre les uns sur les autres». Il ne fait aucun doute que les logiques collectives de survie conjuguées à la saturation des espaces ont impacté la circulation du virus : de tous les sites de l'enquête PréPREC, ce foyer est celui où la séroprévalence est la plus élevée.

A FTM1, la mobilité a été particulièrement importante : 55,6% ont été des «mobiles». 17,8% ont plutôt été confinés (deux à trois sorties hebdomadaires) tandis que 26,7% ont vécu en «hyper-confinés». C'est cette mobilité qu'exprime la notion de réseau ramifié : il est par excellence la forme des réseaux d'entraide, lorsque les ressources doivent être captées et mobilisées par-delà les espaces locaux. C'est le réseau des diasporas qui caractérise le foyer subsaharien (la totalité sauf un des répondant de FTM1 sont d'origine subsaharienne), «symbole de solidarité internationale, de tensions intergénérationnelles et d'engagement dans les luttes sociales» (Guérin, 2019, p.1). Une étude plus précise des mobilités durant le confinement dans FTM1 établirait sans doute que le réseau ramifié dans l'espace urbain a été l'un des leviers de la survie. Il a peut-être été l'un des vecteurs de la contamination. Si l'on suit cette hypothèse, en connaissance du taux particulièrement élevé de séroprévalence et en discussion avec l'enquête PréPreC, la fréquence des sorties dans ce foyer n'aura sans doute pas été un facteur de protection contre le virus.

La «sur-occupation» ne doit pas être réduite à un seul point de vue technique, comme un taux d'occupation de l'espace. Une telle vision conduirait à une analyse mécanique des facteurs de séroprévalence. En temps normal, la «sur-occupation» a été potentialisée par le mode de sociabilité dense et ramifié qui caractérise le «foyer subsaharien» (Guérin, 2019). En période de confinement, la contamination a été décuplée par les logiques de survie et de solidarité qui mobilisaient le foyer tout entier. 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.

4.3.3. Le réseau lâche de CHU4

Le Centre d'Hébergement d'Urgence 4 (CHU4) est un hôtel situé dans une zone industrielle de la grande couronne parisienne. Les 86 personnes hébergées au moment de la réalisation de l'étude sont pour la plupart des personnes qui étaient en situation de rue

avant le confinement (29/31), certains d'entre eux dans les aérogares de Roissy-Charles-de-Gaulle.

Les «mobiles» de CHU4. 74,2% des 31 répondants ont déclaré être sortis tous les jours ou de quatre à six fois par semaine. La quasi-totalité des occupants sont des «SDF» identifiés par la maraude sociale des aéroports de Paris (ADP). Ils ont été déplacés par ADP au début du confinement. La plupart d'entre eux étaient «originaires» de l'aéroport Charles-de-Gaulle situé à seulement moins de dix kilomètres. De fait, 29 des 31 répondants ont déclaré avoir dormi dans la rue ou en squat/ campement avant le confinement. D'abord, ces hébergés avaient souvent de longs parcours de rue et beaucoup ont vécu leur séjour en hôtel comme une expérience difficile, tempérée par des sorties fréquentes, malgré des «success stories» relatées par nos collègues de MSF : une personne a été remise en lien avec sa famille, une autre a trouvé un emploi. Parmi les répondants, l'hébergement est d'ailleurs le problème le plus fréquemment cité (13/31), suivi par l'ennui et la solitude (12/31).

Leur plus grande mobilité tient ensuite aux règles souples d'entrée et sortie concédées par l'organisme gestionnaire du CHU. L'hôtel est très éloigné du centre et de toute vie sociale : d'un point de vue sanitaire, les promenades apparaissaient donc peu risquées. Connaisseurs de leur public, les gestionnaires savaient aussi qu'un strict contrôle des sorties ne serait pas tenable et qu'il fallait établir des accords raisonnables. D'origines très différentes, les hébergés, eux, ne se connaissaient pas pour la plupart. Les sorties étaient d'autant plus fréquentes que la sociabilité interne était limitée. Enfin, à la différence d'autres CHU dans lesquels près de la moitié des occupants étaient en situation irrégulière (ex. CHU6 ou CHU7), un seul des 31 répondants de CHU4 était en situation irrégulière et 16 étaient de nationalité française. La crainte des contrôles de police comme frein à la mobilité était donc peu pressante. La fréquence des sorties semble être fonction de règles formelles souples, de l'isolement géographique du site, d'un mode de vie antérieur souvent à la rue et d'une sociabilité interne inexistante car ne reposant pas sur des affinités ou des réseaux d'interconnaissance antérieurs. De fait, cette population est décrite par l'équipe MSF qui est intervenue sur place comme «très marginalisée et isolée. Chacun vivait dans son coin à l'aéroport CDG. On a rencontré beaucoup de parcours de vie extrêmement difficiles. Les hébergés ne se connaissaient pas avant, ils ne sont pas contents d'être ici et manquent de repères».

Les hébergés du CHU4 ont été précédemment décrits comme des «mobiles». Ils sont maintenant décrits comme constituant un réseau lâche. Ils se croisent lors des services de repas qu'ils prennent dans une salle commune dans le respect de la

«distanciation sociale». La distance n'est pas que physique, les moments de sociabilité sont rares. Ils sont le plus souvent seuls dans leur chambre. L'ennui et la solitude reviennent fréquemment parmi les difficultés évoquées (12/31). Un ennui qu'ils tempèrent par des sorties fréquentes. Ils retrouvent alors dans ces moments la rue dont ils ont été extraits. En termes d'analyse de réseau, l'hypothèse serait que les sorties étaient d'autant plus fréquentes que la sociabilité interne était limitée. De tous les sites CHU l'étude PréPreC, le CHU4 est celui où la séroprévalence était la plus faible³⁸.

Cette faible séroprévalence peut être corrélée à la faible densité des conditions de vie souvent en chambre individuelle et malgré les repas pris en commun. Sans doute est-elle aussi corrélée dans le cas présenté ici à la fréquence des sorties. L'hypothèse serait donc que la fréquence des sorties serait elle-même facteur d'un réseau lâche de sociabilité.

Les hébergés de CHU4 ne se seraient pas alors moins contaminés parce qu'ils sortaient plus mais parce qu'ils ne se fréquentaient pas.

Conclusion de la 4^{ème} partie : les facteurs de risque de contamination

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 par individu ou par type de site ne fonctionne pas toujours bien avec la notion et la réalité épidémiologique de cluster.**

L'analyse site par site à partir du couplage réseau social /cluster de contamination permet de dialoguer de manière complémentaire l'hypothèse selon laquelle la densité démographique est un facteur associé à l'exposition du virus. D'une manière générale et ainsi que le montre la géographie générale de diffusion du virus (Grésillon, 2020), ce sont bien les hypercentres de l'activité humaine qui ont été les plus touchés. Mais ce principe général n'est que faiblement explicatif de la manière dont le virus, concrètement, se diffuse d'abord en cluster. La densité doit être qualifiée par le recours à l'analyse des réseaux. A HUDA1, ce n'est pas la densité démographique mais bien la densité du réseau qui semble avoir joué dans le taux élevé de séroprévalence. Au FTM1, la densité démographique bien réelle doit être appréhendée avec la densité relationnelle pour rendre compte d'un niveau particulièrement élevé de séroprévalence. Symétriquement, au CHU4, la relative faible séroprévalence dans un hôtel de 75 chambres semble devoir être associée à la nature lâche des réseaux sociaux dans l'hôtel.

L'analyse site par site dialogue en revanche de manière contradictoire avec l'hypothèse de l'étude PréPreC selon laquelle la fréquence des sorties serait un facteur associé à une réduction de l'exposition au virus. Ce qui peut être vrai au niveau statistique à l'échelle des comportements individuels doit être replacé dans le contexte des réseaux dans lesquels les individus sont, ou non, intégrés. A HUDA1 et au FTM1, les répondants étaient particulièrement « mobiles » et la séroprévalence particulièrement élevée. A CHU4, la mobilité était effectivement importante et la séroprévalence plus faible mais présenter la mobilité comme facteur associé peut masquer la compréhension de ce que l'on appellera un facteur de sociabilité. La prise en compte de ce **facteur est un élément important dans la détermination des stratégies au niveau des sites d'intervention.** En synthèse, ces remarques ne constituent pas une remise en cause des facteurs associés identifiés dans l'enquête PréPreC, mais une contribution à en éviter les risques de contre-sens ou les surinterprétations par agrégat.

38. Pour préserver la confidentialité des informations par site, nous ne pouvons indiquer ici la séroprévalence exacte mais seulement une indication déterminée de la façon suivante : séroprévalence inférieure à la moyenne et intervalles de confiance qui ne se chevauchent pas avec la moyenne : très faible. Séroprévalence inférieure à la moyenne

mais intervalles de confiance qui se chevauchent de peu (tendance à la différence) : faible. Séroprévalence autour de la moyenne et intervalles de confiance qui se chevauchent complètement : dans la moyenne/modérée. Séroprévalence supérieure à la moyenne mais intervalles de confiance qui se chevauchent de peu : élevée. Séroprévalence supérieure à la moyenne et IC qui ne se chevauchent pas (différence significative) : très élevée.



Réflexion transversale

Viser l'équité : dépasser des approches très territorialisées et sectorisées, et assurer la coordination des acteurs

Cette section sort du seul cadre de l'étude PréCARES et s'appuie sur l'expérience de terrain des membres de l'équipe opérationnelle de MSF entre mars et juillet 2020.

L'exemple de la sous-utilisation des centres de desserrement dits « centres COVID+ »

Appuyons-nous sur le fait que les personnes interrogées lors de l'enquête PréCARES sont d'accord à plus de 85% avec le principe d'isolement en « Centres COVID+ » des personnes contagieuses ne pouvant être isolées dans leur hébergement actuel pour vivre leur épisode de maladie non sévère. Ces « centres de desserrement Covid-19 » ont rapidement été déployés dans plusieurs villes d'Île-de France (Argenteuil, Paris, Chatenay-Malabry, Athis-Mons, Aulnay-sous-Bois...) et se sont révélés très largement sous utilisés, avec des taux

d'occupation ne dépassant souvent pas plus de dix à douze personnes pour 50 places disponibles. Ce fût notamment le cas des deux centres Covid+ d'Aulnay-sous-Bois et de Chatenay-Malabry dans lesquels MSF s'est impliqué.

Malgré le constat partagé des opérateurs et des potentiels bénéficiaires de l'utilité d'un tel dispositif, qu'avons-nous collectivement appris de sa faible utilisation ?

Parmi les éléments ou pistes d'explication, on retient la méconnaissance des acteurs et des individus des conditions de prise en charge dans les centres COVID+, et non pas l'ignorance du dispositif en tant que tel. Les centres COVID+ ont pu être perçus comme un lieu mouroir ou inconfortable renvoyant à des imaginaires historiques marqués (léproseries, sanatoriums, centre de traitement du choléra ou d'Ebola, « sidatoriums »). Les images venues notamment d'Italie de centres COVID+ installés dans des gymnases se sont

imposées dans les esprits, au détriment de la réalité que les centres proposés en Île-de-France étaient, eux, en chambre individuelle (Véran & Viot, 2020).

Ensuite, les conditions initiales d'admission et les circuits de validation (par un formulaire PDF à imprimer puis à envoyer par email, sans possibilité de téléphoner directement) et de transfert par l'Agence Régionale de Santé (plusieurs jours d'attente du résultat du test PCR, pas de choix dans le site d'accueil) et le manque d'explications ou de certitudes sur les conditions de retour ont découragé les références. Les ajustements postérieurs comme l'admission en centre COVID+ sur la base des seuls symptômes et non plus sur le critère unique du test positif n'auront pas permis de combler la sous-occupation. Selon le personnel médical ayant travaillé en centre COVID+, certaines des personnes avaient été acheminées sur un argument d'autorité médicale comme "ce qui devait être fait", mais sans qu'elles n'aient véritablement compris ce qu'étaient ces centres et le caractère optionnel du transfert. Certaines pratiques à la limite de la coaction (au sens de l'action de contraindre une personne ou un groupe de personnes à faire ou à ne pas faire quelque chose) nous ont été rapportées, relevant sans doute de la volonté d'améliorer le taux d'occupation des centres. Il est arrivé que des personnes ainsi transférées soient ressorties aussitôt, comme le cas d'un jeune Afghan testé positif mais que des amis sont venus chercher le jour-même de son admission (Véran & Viot, 2020).

- Du côté de MSF, avait été retenu le principe d'offrir aux populations en situation de précarité une solution de prise en charge avec un « label » MSF de neutralité et garantissant, notamment aux « personnes en situation irrégulière », un « couloir humanitaire » sécurisant et sécurisé. C'est notamment sur cette voie que l'équipe s'était engagée en cours de projet avec le centre COVID+ d'Aulnay-Sous-Bois, finalement soudainement fermé en juin 2020.
- Du côté des Centres d'Hébergement d'Urgence, ont été observées de nombreuses situations d'adaptation très pragmatiques de protection et d'isolement au sein même des hôtels avec des étages réservés avec des chambres individuelles pour les personnes testées positives.

39. Agence Régionale de la Santé Ile-de-France (18.11.2019), *Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)*. Il est indiqué que « Dans un contexte de vieillissement de la population, les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en particulier les médecins traitants, font face à des situations de plus en plus complexes, souvent liées à des personnes vivant à domicile et cumulant diverses difficultés (polyopathologies, difficultés sociales, isolement...) ». [en ligne, consulté le 30.10.2020]

Questionnements sur la coordination des acteurs et le partage de l'information sur les dispositifs

Ces difficultés de régulation – au sens de l'accès à l'information des services publics existants et fonctionnels – ont également été rapportées par l'équipe opérationnelle de MSF dans l'orientation des patients sans couverture santé pour effectuer des tests PCR Covid-19, pour se procurer des masques avant le déconfinement (Véran & Viot, 2020, p.35), pour bénéficier d'un suivi par l'application COVIDOM, pour faire des téléconsultations, ou encore tout simplement pour réaliser une référence vers une structure de santé ouverte.

Aussi, les membres de l'équipe de MSF ont pu être des observateurs parmi d'autres de la démultiplication d'initiatives solidaires, voire salutaires mais parfois redondantes et non coordonnées entre elles, en particulier entre certains dispositifs créés par l'AP-HP et d'autres par l'ARS IDF, et ce alors même que l'investissement de ces structures s'est révélé intense pendant cette période. L'équipe de MSF relate par exemple des initiatives labélisées différemment avec pourtant des cahiers des charges similaires : des « centres de desserrement Covid » par l'ARS et des « hôtels Covid » via l'application Covisan pour l'AP-HP. Le manque de lisibilité s'était également fait ressentir sur le terrain concernant les pratiques de dépistage PCR et sérologiques, de « contact tracing ».

C'est par ailleurs, bien après la première période de crise que nous avons pris connaissance de dispositifs existants tels le DAC (le Dispositif d'Accompagnement et de Coordination) soutenu par l'ARS pour fluidifier les parcours de santé complexes et organiser les prises en charge dans les territoires³⁹. Certes, le DAC est centré sur les personnes âgées et les questions d'autonomie, mais il s'agit typiquement du type d'organe de coordination essentiel à activer en situation d'urgence afin de s'appuyer sur les ressources des territoires (ville – hôpital, public – privé, acteurs privés, associatifs, de la société civile...) et ceci a cruellement manqué.

Sur le terrain, l'équipe a également été confrontée dans la seconde partie du confinement, la période initiale de sidération passée, au maintien de rigidités dans la façon dont les acteurs ont déployé leurs services auprès de « leurs publics ». Deux logiques se sont alors opposées : d'un côté une dynamique d'acteurs nouveaux issus de la crise (associations bénévoles, société civile, MSF, etc.), de l'autre un système sectorisé (par type de public : sans-abri, travailleur.se.s du sexe, ...; par champ d'action : santé, santé mentale, social...), territorialisé et hiérarchisé qui a fait apparaître des cloisonnements. Dans le

cas précis de cette crise sanitaire, un défi majeur de coordination des acteurs présents a pu générer une inertie de l'action. S'est ajoutée l'incertitude du maintien des activités d'urgence (bénévoles, fonds, lieux disponibles) et de la reprise des financements pour les activités régulières en lien ou non avec la Covid-19⁴⁰. Enfin, outre les distributions alimentaires qui ont été très visibles (et se sont avérées être un marqueur de l'acuité de la crise), **cette crise sanitaire et sociale a été un révélateur, voire un amplificateur de situations préexistantes : à savoir une coordination d'acteurs et d'actions laborieuses dans un système rigide structuré hiérarchiquement et par territoire ; laissant peu de marge de manœuvre pour l'innovation ou la recomposition, même temporaire, même dans l'urgence** (Véran & Viot, 2020).

Pour autant, la crise a aussi été l'illustration de nouveaux partenariats à souligner. Des médecins de Centres Municipaux de Santé (CMS) ont ainsi pu organiser des consultations délocalisées dans des Centres d'Hébergements d'Urgence, notamment avec l'appui de MSF. Les travailleurs sociaux ont aussi pu jouer un rôle majeur dans l'accès aux soins de leurs résidents, en facilitant leurs orientations, comme en témoigne notamment cette étude montrant davantage d'accès à la consultation médicale pour les personnes en centre d'hébergement que pour celles fréquentant les distributions alimentaires. Enfin, une piste pertinente est aussi celle des «PASS ambulatoires», c'est-à-dire des Permanences d'Accès aux Soins de Santé étant effectuées par des Centres Municipaux de Santé. Là encore MSF s'est rendu compte que plusieurs CMS, pourtant

volontaires, n'étaient tout simplement pas au courant des démarches possibles d'accréditation pour ouvrir ainsi un dispositif de PASS. Ceci révèle là encore la nécessité de renforcer le système de régulation et d'information des acteurs sanitaires et sociaux.

MSF était en quelques sortes à l'épreuve d'une situation tout à fait connue et largement décrite dans la littérature associative ou issue de recherches en politiques publiques (Loncle, 2011 ; Callon, 2001 ; Boussaguet, 2010), et qui continue de l'être. En effet, en septembre 2020, des sociologues des organisations et de l'action publique⁴¹ publiaient une analyse rétrospective – pourtant quasiment en temps réel – sur l'impréparation des autorités françaises, le foisonnement organisationnel et son corollaire, l'augmentation des problèmes de coordination et enfin les enfin sur les modalités de prise de décision et l'efficacité de l'action publique (Bergeron et al, 2020, p.9), afin de faire émerger au plus vite des apprentissages dans la temporalité que nous savons aujourd'hui est celle d'une seconde vague épidémique.

Nous retenons notamment de cette crise l'importance de s'appuyer sur le maillage territorial médico-social et associatif présent en Île-de-France. Pour ce faire, deux éléments nous apparaissent essentiels, d'un côté de façon verticale de permettre à l'ARS et ses délégations départementales de jouer leur rôle de coordinateur de l'action et de façon horizontale de permettre aux acteurs de dépasser leurs champs d'actions et de créer des espaces de collaboration originaux et inclusifs.

40. Cette incertitude a perduré dans la période de sortie de confinement.

41. Centre de Sociologie des Organisations (CSO – Sciences po Paris)

Quelques pistes de réflexion sur la coordination de l'action publique

Nous proposons de réfléchir à un renforcement du système de régulation sanitaire et administrative des tutelles (ARS) pour répondre aux besoins sanitaires des populations en situation de précarité, qu'il s'agisse de la prise en charge de la Covid-19 ou des autres problèmes de santé, incluant :

→ Une régulation connue, adaptée, simple et réactive des dispositifs :

- Connue, par une information auprès des différents acteurs sanitaires et sociaux, et en lien avec les systèmes déjà mis en place (régulation du SAMU, numéro vert Covid).
- Adaptée, par l'actualisation régulière des informations, une veille permanente concernant les dispositifs sanitaires, et une pérennisation de la communication avec un réseau médico-social « sentinelle ».
- Simple, par des procédures faciles pour l'utilisateur : par une plateforme numérique (site internet/application), mais surtout par un numéro de téléphone joignable (sur le modèle de la régulation SAMU).
- Réactive, par un accès à l'information immédiat (téléphone et Internet), et un processus de décision directe.

→ Une réelle coordination des acteurs sanitaires et sociaux (institutionnels, médecine de ville et associatifs), avec un rôle dynamique pour le renforcement de partenariats et le développement des initiatives pertinentes (notamment ouverture de PASS ambulatoires) en s'inspirant ou en mobilisant des organes tels que le Dispositif d'Appui et de Coordination.

→ Une coordination intersectorielle entre les différentes tutelles en charge de subvenir aux personnes en situation de précarité : santé, logement, droits administratifs.

→ De s'appuyer concrètement sur les approches en santé publique portant sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et mobilisant les notions d'équité en santé⁴², de justice sociale (Dubet, 2014), d'universalisme proportionné (Affeltranger, 2018) et de déterminants sociaux de la santé (Marmot, 2013) (incluant les questions de logement, de droit administratifs...) afin de replacer les personnes en situation de précarité au cœur des mécanismes des politiques publiques. Cela implique d'apporter des mesures ciblées et renforcées de protection individuelle et collective à destination de celles et ceux qui sont les plus éloignés des soins et des services sociaux.

42. Colloque de l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société à Toulouse (du 23.05.2018 au 25.05.2018), Santé : équité ou égalité ? Définir, mesurer, agir. [\[en ligne\]](#), consulté le

28.10.2020]. [Equité Santé \[en ligne\]](#), consulté le 28.10.2020]. Agence de la santé publique du Canada (octobre 2020), *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*, [\[en ligne\]](#), consulté le 28.10.2020]



Conclusion générale

La reprise en main au carrefour des urgences épidémiologiques, cliniques et sociales

MSF a construit son projet médical en région parisienne autour des questions d'accès à la santé des populations migrantes à partir du constat que les situations de marge plongeaient ces dans des zones de non-droit sanitaire et social. Attachée à agir depuis 2017 auprès des mineurs non accompagnés, MSF a étendu ses activités dès le début de la crise sanitaire actuelle (mars 2020) à une assistance médicale mobile dans des campements informels tel que celui d'Aubervilliers.

C'est ce focus opérationnel sur la condition des qui a constitué le prisme initial de l'engagement de MSF dans la bataille contre la pandémie. Les « précaires » visés initialement par son intervention étaient bien pour l'essentiel les qui constituaient ces « minorités visibles » : sous les ponts, dans des camps de fortune, dans des squats ou entassés dans les couloirs de foyers décatés. Calquée sur les sites d'intervention du projet d'urgence MSF, c'est donc à nouveau ces que l'étude PréCARES a rencontré : ils constituent 84,4% des répondants.

L'enquête retrouve et précise ce qui avait déjà été acté dans le rationnel initial du projet médical de MSF. C'est d'abord la condition

migratoire indissociable des drames nationaux et géopolitiques en raison desquels MSF intervenait déjà, qui est la première des causes de la « précarité » sur le plan de l'accès à la santé. Pendant la première vague de Covid-19, la condition de « migrant » traverse en effet l'analyse de PréCARES comme un fil rouge : des droits théoriques mais non ouverts, des comportements plus fréquents d'hyper-confinement, des refus de soins. La part de renoncement aux soins est difficile à appréhender dans l'enquête. Elle reste dans la sourdine des décisions individuelles et de l'intimité des craintes, celle du virus, des contrôles ou tout simplement de déranger les personnels de santé. Traversée par la crise pandémique, la dénonciation routinière des barrières d'accès aux soins par les acteurs associatifs, les militants et les personnes migrantes elles-mêmes, prend alors ici des accents d'urgence. Symptomatiques ou pas, populations à risque ou pas, nous sommes tous dans une chaîne de contamination dont les faiblesses sont les limites de notre système de santé à réellement protéger les personnes les plus fragiles. L'enquête PréCARES a montré, une fois encore, l'impact de droits effectivement ouverts sur l'accès et le recours aux soins. Au moment du second confinement, il y

a urgence à combler le fossé entre droits formels et droits effectivement ouverts car il ne s'agit pas que d'une formalité mais bien d'un moyen important de lutter contre les « chaînes de contamination ». Il s'agit aussi de la réalisation du principe de commune humanité face au virus. **La « mise à l'abri » dans des dispositifs tels que les Centres d'Hébergement d'Urgence sera d'autant plus utile et légitime qu'elle fonctionnera davantage et aussi comme un espace d'accompagnement médical, social et juridique et pas seulement un espace de confinement et de mise à distance du reste de la population.**

Pourtant, les « maillons faibles », c'est-à-dire les exclus de la veille épidémiologique se sont – souvent – révélés ne pas être les « personnes à risque » sur le plan clinique. L'enquête PréCARES offre peu d'éléments sur ce point si ce n'est le fait que très peu de ses répondants semblent avoir contracté une forme grave de la Covid-19, basée sur leur propre évaluation de leurs symptômes. C'est plutôt l'enquête PréPreC qui est éclairante sur ce point. Elle confirme la part prépondérante des formes asymptomatiques ou bénignes de la maladie. Rapportées aux caractéristiques sociodémographiques de ces répondants, les deux enquêtes aboutissent somme toute au même constat que celui fait par les équipes médicales durant leurs interventions sur le terrain. Les formes graves étaient rares, même si elles « échappaient » sans doute au dispositif mobile de MSF, étant surtout captées par le 115. « L'effet de l'immigrant en bonne santé » (Healthy Immigrant Effect, HIE) est connu depuis longtemps : il renvoie au constat fréquent que les personnes en situation de migration sont en meilleure santé et affichent une mortalité plus faible que les personnes nées dans le pays d'accueil. Ce constat va à l'encontre de l'idée ancienne selon laquelle des conditions socioéconomiques moins favorables vont de pair avec un moins bon état de santé et un risque de surmortalité⁴³. L'urgence épidémiologique de meilleure intégration de ces dans la lutte contre l'épidémie ne coïncide donc nécessairement pas avec l'urgence telle que définie par la médecine clinique, d'où l'importance d'une recherche active site par site des personnes à risque. Lutter contre le chaînes de contamination et prioriser les urgences cliniques se présente parfois sous la forme d'injonction paradoxale.

L'enquête PréCARES a enfin contribué à dresser le portrait en constante recomposition des situations de précarité au temps du confinement. Là encore, l'enquête n'a fait que suivre le mouvement déjà initié par les équipes médicales mobiles pendant le premier confinement : en accompagnant les situations de bascule dans la précarité au moment où elles s'opéraient, MSF

a intégré dans le champ de ses interventions des personnes qui n'entraient pas dans son prisme initial. Ce n'était plus nécessairement, seulement, ni même d'abord, les en situation irrégulière, mais l'ensemble de ceux rencontrés dans la rue, qui venaient dans les cliniques mobiles adossées aux distributions alimentaires et dont l'enquête PréCARES ébauche les multiples visages. Hébergés en CHU ou en situation de rue, ces nouvelles figures de la précarité étaient celles de l'urgence sociale diffractée par ces multiples situations de « bascule » ou d'enfoncement dans la précarité.

Au final, donc, ce sont bien trois configurations de l'urgence qui se sont dessinées et se redessinent à l'heure du second confinement. L'urgence épidémiologique commande un accès effectif aux droits à une couverture sociale à ceux qui n'en n'ont pas, assorti des informations utiles pour l'utiliser immédiatement. L'urgence épidémiologique s'associe à l'urgence clinique dans la nécessité prioriser les « clusters » qui se formeraient justement là où les personnes sont les plus vulnérables, car porteuses de comorbidités et vivant dans des zones de forte circulation du virus. D'où l'importance d'utiliser les données désormais disponibles à l'échelle infra-communale⁴⁴ permettant un ciblage fin de l'action en lien avec les acteurs des territoires. La prise en compte de ce que l'enquête PréCARES a appelé « le facteur de socialité » est crucial pour déterminer le type de protection et le mode d'intervention. L'urgence sociale, enfin, est d'autant plus pressante et incontournable qu'elle découle directement des choix de priorisation sanitaire. La « bascule » dont il est souvent question dans le rapport n'est autre que le sol qui se dérobe sous les pieds de ceux dont les conditions de vie habituelles, déjà fragiles, ne permettent plus de « tenir », du fait des options prises par les politiques publiques. **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, à l'âge de la Covid-19, est celle des inégalités sociales du confinement. Leur croisement dessine de nouveaux périmètres d'intervention d'urgence, là où se croisent dans un triangle redoutable, les urgences épidémiologiques, cliniques et sociales. C'est de la mobilité des réponses médicales et sociales, de la réactivité des acteurs de terrain et de la capacité effective des tutelles à les coordonner que réside la reprise en main.**

43. ICHOU Matthieu, WALLACE Matthew, « L'effet de l'immigrant en bonne santé » : le rôle de la sélection par le niveau d'instruction, Institut national d'études démographiques, [en ligne](#), consulté le 30.10.2020]

44. Indicateurs de Géodes, **Géo données en santé publique en France** [en ligne](#) Données à l'échelle de l'IRIS, 2000 habitants (INSEE).

Bibliographie

- Affeltranger, B., Potvin, L., Ferron, C., Vandewalle, H., & Vallée, A. (2018). Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? *Sante Publique*, S1(HS1), 13 24.
- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020* [Éducation et sensibilisation]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>
- Bajos, N., Warszawski, J., Pailhé, A., & Lydié, N. (2020). Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *IRESP Questions de santé, numéro spécial* (40), 12.
- Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., & Dedieu, F. (2020). *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Sciences Po, les presses, 131 p.
- Bernardot, M. (2008). De SONACOTRA à ADOMA (1992-2006). Eléments de cartographie des nouvelles institutions de gestion de l'immigration et de l'intégration. *Revue Asylon(s)*, 4.
- Boirin-Fargues, F. (2020). *Rapport santé mentale – Enquête PréCARES*, Rapport interne, MSF, Mission France, 6.
- Boussaguet, L., Jacquot, S., Ravinet, P., Muller, P., & Hall, P. A. (2010). *Dictionnaire des politiques publiques* (Vol. 1.1). Presses de Sciences Po, DL 2010.
- Bresson, M. (1997). *Les SDF et le nouveau contrat social L'importance du logement pour combattre l'exclusion* (Harmattan).
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 18.
- Castel, R. (2014). *Les Métamorphoses de la question sociale* (Fayard). <https://www.fayard.fr/sciences-humaines/les-metamorphoses-de-la-question-sociale-9782213594064>
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*. Éd. du Seuil.
- Dubet, F. (2014). *Inégalités et justice sociale*. La Découverte.
- Espace Ethique. (2020). Au cœur de la pandémie du coronavirus - Vivre, décider, anticiper. *Les cahiers de l'espace éthique, Hors-Série*, 111.
- Grésillon, B. (2020). Géopolitique du Covid-19. AOC. <https://aoc.media/analyse/2020/05/06/geopolitique-du-covid-19/>

Le Bras, H. (2020). L'épidémie et son terrain social. Fondation Jean Jaurès.
<https://jean-jaures.org/nos-productions/l-epidemie-et-son-terrain-social>

Lombrail, P., Lang, T., & Pascal, J. (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé: que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, société et solidarité*, 3(2), 61-71.

Loncle, P. (2011). La jeunesse au local : sociologie des systèmes locaux d'action publique. *Sociologie*, 2(2), 129-147.

Maille, D., & Toullier, A. (2009). Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants. *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, 1282, 24-33.

Marmot, M., Bell, R., & Goldblatt, P. (2013). Action on the social determinants of health. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 Suppl 3, S127-132.

Martin, M., & Gilbert, A. (2016). *Des territoires inégaux face à la précarité - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 25*. INSEE.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128987>

Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P. A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A., & Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encephale*, 46(3), S43-S52.

MSF-France (2020,1). *Projet Urgence Covid et Populations Précaires en Île-de-France – Rapport de Capitalisation – Mars/ Juin 2020*, Rapport interne, MSF, 6 (+ annexes).

MSF-France (2020,2). *Projet Urgence Covid et Populations Précaires en Île-de-France – Synthèse Interne*, MSF, 33. Monziols, M., Chaput, H., Verger, P., Scronias, D., Ventelou, B., Barlet, M., ... & Garnier, M. (2020). Olm, C., & Warin, P. (2019). *Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France. Contributions des chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits : Vol. Tome 1*. La documentation française.

Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé* (Université Paul Valéry). Roederer, T., Mollo, B., Vincent, C., Nikolay, B., Ilosa, A., Nesbitt, R., ... & Fourrey, E. (2020). High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Ile de France. *medRxiv*.

Véran, J. F., Vandenberghe, F. (2021). The Pandemic as a Global Total Social Fact, in Delanty, G., *Pandemics, Society and Politics: Critical Reflections on Covid-19*, De Gruyter, Berlin.

Véran, J-F. & Viot M. (2020). *On avait tout prévu sauf l'humanitaire*. Rapport d'Outreach, MSF, Mission France, 71.
<https://www.msf.fr/decouvrir-msf/nos-operations/france-face-a-la-covid-19-assistance-aux-personnes-precaires-et-soutien-aux-hopitaux>

Table des illustrations

Tableau 1.	Nombre d'enquêtés par type de site	9
Carte 1.	Les 11 sites d'enquête de l'étude PréCARES	10
Tableau 2.	Source de revenus déclarée avant le confinement par type de site d'enquête	12
Tableau 3.	Evolution de l'emploi et des activités génératrices de revenus pendant le confinement	13
Tableau 4.	Changement de situation pendant le confinement par type d'hébergement enquêté	13
Tableau 5.	Lieux où les répondants hébergés en CHU dormaient avant le confinement	16
Diagramme 1.	Comparatif des modalités d'hébergement pendant le confinement des répondants qui dormaient à la rue avant.	16
Carte 2.	La mise à l'abri en Centre d'Hébergement d'Urgence : comparatif avant et pendant le confinement des lieux où les répondants ont dormi.	17
Tableau 6.	Nombre de repas sautés par semaine	19
Tableau 7.	Raisons invoquées pour avoir sauté des repas	20
Tableau 8.	Tableau de bord des recours aux soins avant et pendant le confinement	23
Tableau 9.	Périodes d'analyse des recours aux soins	23
Tableau 10.	Recours aux soins pour un problème de santé, avant et pendant le confinement, avec ou sans les symptômes Covid-19	24
Carte 3 et 4.	Consultations de santé, lieux de travail et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au FTM 1	28
Cartes 5 et 6.	Consultations de santé, lieux de travail et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au FTM 2	29
Carte 7 et 8.	Consultations de santé et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au CHU4	30
Carte 9 et 10.	Consultations de santé et lieux d'hébergement avant et pendant le confinement au CHU 8	31
Tableau 11.	Les raisons de non consultation d'un médecin avant et pendant le confinement	33
Tableau 12.	Situation administrative des personnes sans couverture médicale	35
Tableau 13.	Motifs perçus de refus de soins	37
Tableau 14.	Evitement des contrôles de police par l'hyper-confinement	38
Tableau 15.	Fréquence des contrôles de police pendant le confinement selon les situations administratives	38
Tableau 16.	Conditions d'hébergement et accès aux soins pendant le confinement	39
Tableau 17.	Respect des mesures barrières contre la Covid-19	52
Tableau 18.	Opinions sur les stratégies et mesures réglementaires de lutte contre la Covid-19	53
Tableau 19.	Types de mobilités selon le type d'hébergement	54
Tableau 20.	Qualification des mobilités entre les sept centres d'hébergement enquêtés	56

- ANNEXES -

ANNEXE 1 - Méthodes

Les objectifs de l'étude PréCARES

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 et les parcours de soins pendant l'épidémie de Covid-19 en Île-de-France auprès des populations destinataires du programme d'urgence "Covid-19 et populations précaires" de MSF France.

L'étude PréCARES entend compléter les données que le programme d'urgence a déjà collectées dans le cadre de ses opérations médicales en fournissant une image plus large et documentée des difficultés et de la dynamique vécue dans les espaces d'intervention du programme d'urgence. Elle est une occasion unique de fournir des analyses issues de données de première main sur l'expérience vécue par les personnes entrées en contact avec nos services. En effet, depuis le début de la crise sanitaire, il existe peu de remontées de terrain permettant d'éclairer les dynamiques à l'œuvre et de capitaliser sur les réponses possibles.

L'étude "PréCARES" est un dispositif mixte. Elle comporte un volet qualitatif documentant des situations de vulnérabilités liées à la Covid-19 permettant de guider l'analyse des données quantitatives, afin de mieux explorer les perceptions, représentations et logiques d'action qui informent d'un point de vue sociologique et spatial les dynamiques épidémiologiques.

L'étude s'est donnée comme objectif d'enquêter et de documenter la manière dont les populations en situation précaire ont vécu la période d'enfermement induite par la gestion de la crise épidémique de Covid-19 au regard des trois axes suivants :

- 1) Les effets de la réduction de l'espace public, de l'accès aux ressources et de l'offre de services et de soins limitant la capacité des populations en situation précaire à répondre à leurs besoins, notamment en matière de santé.
- 2) La manière dont les politiques publiques face à l'épidémie de Covid-19 ont été appliquées - ou non - face aux situations concrètes dans lesquelles se sont trouvées les populations précaires.

- 3) La capacité des acteurs - dont MSF - à apporter une réponse aux problèmes sanitaires qui se sont posés au sein de ces populations, tant en termes d'épidémie que de besoins sanitaires plus généraux.

Méthodes générales

La méthodologie de l'enquête PréCARES est mixte. Elle comprend deux modalités de recueil et d'analyse de données : quantitatif et qualitatif.

Aspects qualitatifs

Données recueillies :

Le matériau qualitatif a été collecté via trois sources différentes : via l'expérience de l'équipe projet, par observation et sous la forme d'entretiens formels ou informels ouverts et structurés via une grille d'analyse. Ce matériau a été analysé en routine par les membres de l'équipe Outreach du projet (composée d'un anthropologue et d'une géographe) expérimentés en analyse de données qualitatives en sciences sociales. Les détails méthodologiques sont présentés dans le protocole, et seront repris dans le rapport final (Annexe 2 : Grille d'analyse qualitative).

Analyses qualitatives :

Les données qualitatives vont permettre d'apporter des éléments de contexte et de compléter et enrichir les analyses statistiques et spatiales.

Aspects quantitatifs

Type d'étude :

Une enquête transversale a été effectuée par questionnaires structurés modulaires administrés en face-à-face, de manière anonyme et pendant 45 minutes environ, dans la langue du participant (via l'enquêteur-traducteur ou par traduction téléphonique), et enregistré sur tablette numérique. Celle-ci a été réalisée pendant huit jours ouvrés (du 12 au 20 juin 2020) par neuf enquêteurs formés.

Données recueillies :

Les données recueillies portaient sur des informations sociodémographiques, sur le parcours de soins avant et pendant le confinement, sur l'expérimentation de symptômes compatibles avec la Covid-19 et enfin sur l'applicabilité et l'acceptabilité des mesures préconisées par le dispositif sanitaire en place. Un volet était aussi consacré au dépistage standardisé de besoins en santé mentale (PHQ9). Enfin, des données de localisation relatives aux lieux de recherche de services (alimentation, logement, soins, avant et pendant le confinement) ont également été recueillies permettant de produire des analyses spatiales et de visualiser l'évolution des modes de recours aux services, en complément des analyses statistiques (Annexe 1 : questionnaire).

Sites et populations :

La population d'étude concernait les personnes en situation de précarité, âgées de plus de 15 ans, sélectionnées de manière aléatoire et proportionnellement à chaque site d'enquête. Les sites d'enquête ont été choisis par convenance, pour correspondre aux critères suivants : sites encore ouverts et pour lesquels le projet Covid-Précarité MSF est intervenu au moins un fois pour apporter des soins médicaux et paramédicaux, dans les départements de Paris et de Seine Saint-Denis (zone géographique principale du projet MSF), accueillant des populations en situation de précarité économique et/ou administrative, représentant une diversité d'habitats et d'hébergements, où les conditions sécuritaires au moment de l'enquête le permettaient, et après accord du responsable de l'association ou de la structure d'hébergement.

Relevés et analyses statistiques :

Pour une population d'enquête totale estimée, *in fine*, à 3732 personnes, le nombre de participants nécessaires, calculé avec Epi Info 9, pour obtenir des intervalles de confiance de 10% (centrés sur des proportions par item égales à 50%), avec des niveaux de confiance de 95%, est de **349 participants**.

Les données ont été enregistrées directement sur le logiciel Kobo-Collect® sur tablettes numériques, puis analysées avec les logiciels statistiques Stata-14 et « R ». Pour les analyses univariées, le test du Chi-2 a été utilisé pour ce rapport, avec un risque $\alpha=5\%$. Des tests permettant des analyses sur des effectifs plus faibles (Fisher exact), pour démontrer des relations proportionnelles, et/ou des analyses multivariées sont également appliqués.

Méthodologie statistique :

Analyses descriptives : les Intervalles de Confiance [IC] sont données à 95%.

Analyses uni et multivariées. Construction des modèles :

- Toutes les variables pouvant avoir un lien d'intérêt avec la variable principale ont été incluses dans l'analyse.
- Une analyse univariée a été effectuée avec la loi binomiale, pour permettre de présenter des Odds Ratio (OR) bruts avec des Intervalles de Confiance à 95%.
- Ensuite, toutes les variables en partie corrélées, avec une p-value <0.30 , ont été intégrées dans le modèle multivarié.
- Le modèle multivarié a également été systématiquement ajusté sur le sexe, l'âge ainsi que le lieu de vie (lieu d'hébergement avant le confinement pour les questions portant sur l'avant, et type de site d'enquête pour les questions portant sur la période du confinement).
- Le modèle multivarié présente ainsi l'ensemble des OR ajustés pour les variables retenues.
- Pour plus de lisibilité, nous avons mis en gras les OR ajustés significatifs ($p<0,05$) ainsi que ceux très proches de la significativité ($p<0,10$), témoignant donc d'une tendance nette mais dont nos effectifs sont probablement trop faibles pour démontrer entièrement le lien.

Les variables avec un OR >1 apparaissent en vert, et celles avec un OR <1 en rouge.

Outils : les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata v14.0.

Considérations éthiques

L'enquête PréCARES a été approuvée par le Comité d'éthique de MSF international (ERB n°1941), par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Paris (CER N° 2020-57) et autorisée par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France. En outre, aucune donnée nominative de participant n'a été recueillie.

Sites d'enquête

La collecte des données a eu lieu entre le 12 et le 20 juin 2020 dans onze (11) sites choisis selon les critères énoncés dans la méthode.

Le choix des sites d'enquête est raisonné. L'enquête a recueilli des données dans les sites où MSF développe ou a développé des activités sanitaires et médicales. Les lieux d'enquête ont été déterminés selon un critère de convenance reposant sur les éléments suivants :

- 1- les choix opérationnels de MSF,
- 2- la diversité des types d'habitat et d'hébergement,
- 3- des populations en situation économique et / ou administrative précaire (incluant de nouvelles précarités liées à la crise sanitaire),
- 4- la capacité d'accès, l'acceptabilité et la qualité des contacts avec les partenaires dont les autorisations d'enquêter pourront être nécessaires et
- 5- L'unité de territoire

Les sites concernaient deux points de distributions alimentaires auprès desquels MSF avait installé ses cliniques mobiles, six Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU), le plus souvent des hôtels réquisitionnés par les Préfectures au début du confinement pour mettre à l'abri des personnes sans domicile ou hébergées dans des conditions ne permettant pas l'application des mesures sanitaires et de distanciation sociale, un Centre d'Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA) et deux Foyers de Travailleurs (FTM). Les sites sont situés dans Paris et en Seine Saint-Denis.

Il est important de noter que l'enquête n'a pas concerné les gymnases – qui pour la plupart ont fermé pendant le confinement à la faveur d'un hébergement dans des hôtels réquisitionnés, c'est ce qui est nommé CHU. Les squats, campements informels et autres bidonvilles n'ont pas fait l'objet de cette étude.

Population ciblée par site

Site d'enquête	Population / site d'enquête
Site 1	350
Site 2	92
Site 3	350
Site 4	86
Site 5	830
Site 6	369
Site 7	180
Site 8	350
Site 9	27
Site 10	98
Site 11	1000
Population totale de l'enquête	3732
Taille de l'échantillon 95/5	349
Enquêtes réalisées	433

Sur une population d'enquête totale estimée à 3732 personnes, nous avons pu interroger **433** personnes, soit plus que le nombre de personnes nécessaires (N= 349) pour être statistiquement représentatif à l'échelle de l'ensemble de la population d'étude.

Nombre d'enquêtés par type de site

Nombre d'enquêtés par type de site			
	Nombre de sites = 11	Nombre d'enquêtés = 433	%
Distributions alimentaires	2	65	15.01
Centres d'hébergement/hôtel	7	286	66.05
Foyers de Travailleurs	2	82	18.94

Le taux d'acceptation de l'enquête a été de 84,9% et le taux de refus de 15,1%. Un refus correspond à une personne à qui le terme de consentement a pu être présenté et qui a déclaré ne pas consentir.

La sélection de l'échantillon

Les sites enquêtés ont été choisis notamment en fonction des contraintes opérationnelles et ne peuvent donc représenter l'ensemble des situations de précarité en Île-de-France. De plus, les participants n'ont pas pu être tirés au sort, du fait de l'absence de recensement sur ce public cible, et du caractère assez sensible d'intervenir auprès de personnes parfois en situations irrégulières. Dans les faits, beaucoup de ceux qui se présentaient aux distributions alimentaires ne faisaient que passer, compliquant le recrutement

des participants et réduisant l'échantillonnage à ceux disposant du temps nécessaire à l'enquête. Dans les Foyers de Travailleurs, la liste des hébergés ne pouvait être utilisée, car ne tenant pas compte des nombreux « surnuméraires ». L'échantillonnage a donc dû se limiter aux personnes présentes au foyer et disponibles le jour de l'enquête. Enfin, dans les Centres d'Hébergement d'Urgence, l'équipe des enquêteurs s'est heurtée aux difficultés inhérentes aux premières semaines post-déconfinement à savoir une moins grande disponibilité des hébergés pouvant désormais sortir librement et souvent affairés à organiser leur « monde d'après ». En somme, les caractéristiques des populations de l'enquête ont rendu difficile le respect d'un échantillonnage strictement aléatoire. La disponibilité inégale des individus en constitue le biais initial. Ces circonstances étaient connues. Les 84 questionnaires réalisés au-delà du seuil de représentativité ne compensent qu'imparfaitement ce biais de sélection.

Néanmoins, les enquêteurs ont été formés à éviter au maximum cette sélection, et se sont efforcés de proposer l'enquête aux personnes de manières aléatoires, à différents moments de la journée et dans différents espaces de chaque établissement. De plus, les enquêteurs recrutés parlaient notamment anglais, arabe, persan, espagnol et portugais, et avaient accès à toutes les langues en traduction téléphonique pour veiller à éviter une sélection sur la langue parlée. Enfin, le caractère multicentrique de l'étude (11 sites) et le nombre de personnes interrogées (433) statistiquement représentatif permettent de consolider la validité de nos résultats.

La temporalité de l'enquête

L'enquête a pu être effectuée qu'après la sortie du confinement. Ceci induit inévitablement un biais de mémoire, et de confusion des moments évoqués. Ceci peut se percevoir notamment sur la question

d'application des mesures barrières, pour laquelle les participants ont répondu probablement plus sur l'application de la mesure « le jour de l'enquête » et non « pendant le confinement » : on sait lors de nos opérations que plusieurs centres n'avaient pas accès aux masques pendant une grande partie du confinement, ce qui ne ressort alors pas dans le questionnaire. Ceci peut aussi expliquer que tous les répondants n'aient pas su rappeler un dernier événement de santé avant le confinement. Néanmoins, nous avons ciblé nos questions sur des événements de santé en particulier, et non sur « l'habitude », afin de s'assurer d'avoir certaines informations précises, dont les personnes se souviennent réellement. Aussi, le questionnaire de 45 minutes offrait suffisamment de temps aux participants pour cet effort de réminiscence.

La désirabilité sociale

Un autre biais attendu dans ce type d'enquête est celui de la « désirabilité sociale ». Nous avons choisi de minimiser ce biais en interrogeant les participants sur des faits précis, et non sur l'habitude ni sur des questions au conditionnel. Ainsi, seules les questions sur les politiques de santé de lutte contre la Covid-19 étaient des questions d'opinion, et interprétées comme telles.

Le manque d'effectif pour une stratification

Enfin, une limitation reste le nombre parfois trop faible de participants recrutés sur certains sites pour permettre certaines analyses stratifiées.

L'étude PréCARES reste néanmoins une des rares études de cette ampleur produite en France permettant de décrire et d'analyser les situations réelles auxquelles ont été confrontées les personnes dites précaires en Île-de-France. En effet, à ce jour, dans ce contexte singulier de crise sanitaire accentuée par la situation de confinement, très peu de connaissance de première main à la fois opérante et analytique a été produite.

– ANNEXES –

ANNEXE 2

Pour aller plus en profondeur

Le livret des analyses statistiques de l'étude PréCARES

Ce travail quantitatif présente ici plusieurs éléments :

- Une approche descriptive :
 - Données sociodémographiques
 - Conditions de vie pendant le confinement
 - Acceptabilité et accessibilité des mesures préventives contre la Covid-19
 - Expérimentation de la Covid-19 et recours aux soins
 - Accès aux soins avant le confinement
 - Accès aux soins pendant le confinement (autre que pour la Covid-19)
- Une approche analytique (recherche de facteurs associés à chaque variable d'intérêt)
 - Le recours et l'accès aux soins :
 - Facteurs liés au fait d'avoir consulté un médecin devant des signes de la Covid-19
 - Facteurs liés au fait d'avoir consulté un médecin avant le confinement
 - Facteurs liés au fait d'avoir consulté un médecin pendant le confinement (autre que pour la Covid-19)
 - Facteurs liés à l'accès à la couverture maladie
 - Les variables liées à la forte séroprévalence observée dans PréPreC :
 - La fréquence de sortie du lieu de confinement
 - La densité sur le lieu de confinement
 - Les facteurs liés aux symptômes de dépression

Des analyses en sous-groupes sont aussi proposées :

- Une description approfondie des personnes étant restées à la rue ou dans un camp pendant le confinement
- Une description approfondie des personnes n'ayant pas de couverture maladie

Méthodologie statistique :

Analyses descriptives :

- Les Intervalles de Confiance [IC] sont données avec un risque de première espèce (alpha) de 95%. Pour la lecture : si deux intervalles de confiance ne se chevauchent pas, la différence statistique est significative.

Analyses uni et multivariées. Construction des modèles :

- Toutes les variables pouvant avoir un lien plausible avec la variable d'intérêt ont été incluses dans l'analyse.
- Les analyses bivariées entre les différents cofacteurs et la variable d'intérêt ont été effectuées au moyen d'une régression logistique mixte utilisant la loi binomiale, pour permettre de présenter des Odds Ratio (OR) bruts avec leurs Intervalles de Confiance à 95%, prenant en compte la variabilité entre les sites (effet aléatoire) et l'échantillonnage aléatoire.
- Ensuite, toutes les variables associées significativement (avec une p-value <0.30) ont été intégrées dans le modèle multivarié.

- Le modèle multivarié a également été systématiquement ajusté sur le sexe, l'âge ainsi que le lieu de vie (lieu d'hébergement avant le confinement pour les questions portant sur l'avant, et type de site d'enquête pour les questions portant sur la période du confinement).
 - Chaque analyse multivariée a consisté en un modèle généralisé linéaire mixte (GLM) avec lien binomial, prenant en compte l'échantillonnage aléatoire et la variabilité entre les sites (effet aléatoire). Les résultats sont présentés sous la forme d'OR ajustés pour toutes les variables retenues.
 - Pour plus de lisibilité, nous avons mis en gras les OR ajustés significatifs ($p < 0,05$) ainsi que ceux très proches de la significativité ($p < 0,10$), témoignant donc d'une tendance nette (effets probablement trop faibles pour démontrer entièrement l'association).
- Les facteurs de protection/moindre association ($OR < 1$) apparaissent en vert, et les facteurs de risque/ association accrue ($OR > 1$) en rouge.
- Outils :
- Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata v14.0

Carte des tableaux

Tableau 1. Description sociodémographique de la population d'étude	77
Tableau 2. Description des conditions de vie pendant le confinement	78
Tableau 3. Acceptabilité et accessibilité des mesures préventives contre la COVID-19	79
Tableau 4. Expérimentation et recours aux soins pour la COVID-19	81
Tableau 5. Accès aux soins avant le confinement	82
Tableau 6. Accès aux soins pendant le confinement	83
Tableau 7. Facteurs liés au fait de consulter un médecin pour des symptômes de la Covid-19	84
Tableau 8. Facteurs liés au fait de consulter un médecin avant le confinement	86
Tableau 9. Facteurs liés au fait de consulter un médecin pendant le confinement (hors Covid-19)	87
Tableau 10. Facteurs liés au fait d'avoir une couverture santé (sécurité sociale ou AME)	89
Tableau 11. Facteurs liés au fait d'être sorti plus fréquemment (>4 fois par semaine)	90
Tableau 12. Facteurs liés au fait de vivre dans un lieu avec une plus forte densité (>2pers/espace)	92

Tableau 1. Description sociodémographique de la population d'étude

	Distributions Alimentaires			Centres d'hébergement			Foyers de Travailleurs			TOTAL		
	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES												
Sexe	n=65			n=286			n=82			n=433		
Homme	54	83,1	[72,7-90,1]	227	79,4	[74,6-83,5]	82	100		363	83,8	[80,3-86,8]
Femme	11	16,9	[9,9-27,3]	59	20,6	[16,5-25,4]	0	0		70	16,2	[13,2-19,7]
Age	n=65			n=286			n=82			n=433		
< 18 ans	0	0	0	4	1,4	[0,6-3,5]	3	3,7	[1,3-10,1]	7	1,6	[0,8-3,2]
18-24 ans	3	4,6	[1,6-12,6]	55	19,2	[15,3-23,9]	6	7,3	[3,5-14,8]	64	14,8	[11,9-18,2]
25-34 ans	15	23,1	[14,8-34,1]	110	38,5	[33,3-43,9]	20	24,4	[16,7-34,2]	145	33,5	[29,4-37,8]
35-44 ans	13	20	[12,3-30,7]	46	16,1	[12,5-20,5]	17	20,7	[13,6-30,2]	76	17,6	[14,4-21,2]
45-54 ans	15	23,1	[14,8-34,1]	32	11,2	[8,2-15,1]	10	12,2	[6,9-20,6]	57	13,2	[10,4-16,5]
55-64 ans	11	16,9	[9,9-27,3]	28	9,8	[7,0-13,6]	15	18,3	[11,7-27,5]	54	12,5	[9,8-15,7]
>= 65 ans	8	12,3	[6,5-22,0]	11	3,8	[2,2-6,6]	11	13,4	[7,8-22,0]	30	6,9	[5,0-9,6]
Statut Marital	n=65			n=286			n=82			n=433		
Célibataire	45	69,2	[57,8-78,7]	149	52,1	[46,6-57,5]	30	36,6	[27,4-46,9]	224	51,7	[47,3-56,2]
Divorcé	2	3,1	[0,8-10,7]	15	5,2	[3,3-8,3]	0	0	0	17	3,9	[2,5-6,1]
Pacsé ou marié	9	13,8	[7,6-23,8]	93	32,5	[27,6-37,8]	47	57,3	[47,0-67,0]	149	34,4	[30,3-38,8]
Union libre	9	13,8	[7,6-23,8]	23	8	[5,5-11,6]	5	6,1	[2,7-13,2]	37	8,5	[6,4-11,4]
Veuf	0	0	0	6	2,1	[1,0-4,4]	0	0	0	6	1,4	[0,7-2,9]
Origine	n=65			n=286			n=82			n=433		
France	27	41,5	[30,8-53,1]	29	10,1	[7,3-14,0]	2	2,4	[0,7-8,6]	58	13,4	[10,6-16,7]
Europe (autre)	8	12,3	[6,5-22,0]	18	6,3	[4,1-9,5]	1	1,2	[0,2-7,4]	27	6,2	[4,4-8,8]
Afrique du Nord	13	20	[12,3-30,7]	25	8,7	[6,1-12,4]	2	2,4	[0,7-8,6]	40	9,2	[7,0-12,2]
Afrique sub saharienne	10	15,4	[8,8-25,6]	116	40,6	[35,3-46,0]	76	92,7	[85,2-96,5]	202	46,7	[42,2-51,1]
Asie centrale	4	6,2	[2,5-14,6]	87	30,4	[25,6-35,7]	1	1,2	[0,2-7,4]	92	21,2	[17,8-25,1]
Autre	3	4,6	[1,6-12,6]	11	3,8	[2,2-6,6]	0	0	0	14	3,2	[2,0-5,2]
Délai depuis l'arrivée en France	n=39			n=257			n=80			n=376		
Plus de 10 ans	16	41	[27,5-56,1]	41	16	[12,1-20,7]	37	46,3	[36,1-56,7]	94	25	[21,1-29,4]
Entre 1 an et 10 ans	15	38,5	[25,3-53,6]	142	55,3	[49,4-61,0]	34	42,5	[32,6-53,0]	191	50,8	[46,0-55,6]
Entre 3 mois et 1 an	4	10,3	[4,1-23,5]	65	25,3	[20,6-30,7]	8	10	[5,2-18,2]	77	20,5	[16,9-24,6]
Moins de 3 mois	4	10,3	[4,1-23,5]	8	3,1	[1,6-5,9]	0	0	0	12	3,2	[1,9-5,4]
Non Réponse	0	0	0	1	0,4	[0,1-2,5]	1	1,3	[0,2-7,7]	2	0,5	[0,1-2,0]
Situation administrative	n=65			n=286			n=82			n=433		
Nationalité Française	31	47,7	[36,5-59,1]	40	14	[10,6-18,2]	4	4,9	[1,9-11,7]	75	17,3	[14,2-21,0]
Titre de séjour/demande d'asile	21	32,3	[22,6-43,8]	158	55,2	[49,8-60,6]	47	57,3	[47,0-67,0]	226	52,2	[47,7-56,6]
Visa touristique	1	1,5	[0,2-9,2]	0	0	0	0	0	0	1	0,2	[0,0-1,5]
Situation irrégulière	12	18,5	[11,1-29,0]	88	30,8	[26,0-36,0]	31	37,8	[28,5-48,1]	131	30,3	[26,3-34,5]
Langues parlées	n=65			n=286			n=82			n=433		
Français	57	87,7	[78,0-93,5]	143	50	[44,5-55,5]	80	97,6	[91,4-99,3]	280	64,7	[60,3-68,8]
Anglais	3	4,6	[1,6-12,6]	38	13,3	[10,0-17,5]	1	1,2	[0,2-7,4]	42	9,7	[7,4-12,7]
Arabe	3	4,6	[1,6-12,6]	39	13,6	[10,3-17,8]	0	0	0	42	9,7	[7,4-12,7]
Persan	0	0	0	59	20,6	[16,5-25,4]	0	0	0	59	13,6	[10,8-17,0]
Autre	2	3,1	[0,8-10,7]	7	2,4	[1,2-4,8]	1	1,2	[0,2-7,4]	10	2,3	[1,3-4,1]
CARACTERISTIQUES SOCIALES												
Education	n=64			n=286			n=82			n=432		
Analphabète	4	6,3	[2,5-14,8]	43	15	[11,5-19,4]	19	23,2	[15,7-32,9]	66	15,3	[12,3-18,8]
Alphabétisé, sans instruction	1	1,6	[0,2-9,3]	19	6,6	[4,4-9,9]	7	8,5	[4,3-16,3]	27	6,3	[4,4-8,8]
Primaire	7	10,9	[5,5-20,5]	52	18,2	[14,3-22,8]	16	19,5	[12,6-28,9]	75	17,4	[14,2-21,0]
Collège	11	17,2	[10,1-27,7]	51	17,8	[14,0-22,4]	13	15,9	[9,7-24,8]	75	17,4	[14,2-21,0]
Lycée	13	20,3	[12,5-31,2]	59	20,6	[16,5-25,4]	12	14,6	[8,8-23,4]	84	19,4	[16,2-23,2]
Enseignement supérieur	21	32,8	[23,0-44,4]	47	16,4	[12,8-20,9]	7	8,5	[4,3-16,3]	75	17,4	[14,2-21,0]
Autre	7	10,9	[5,5-20,5]	15	5,2	[3,3-8,3]	8	9,8	[5,1-17,7]	30	6,9	[5,0-9,6]
Travail et revenus (QCM)	n=65			n=283			n=82			n=430		
Sans revenus	22	33,8	[23,9-45,4]	126	44,1	[38,7-49,5]	12	14,6	[8,8-23,4]	160	37	[32,8-41,3]
Mendicité	1	1,5	[0,2-9,2]	7	2,4	[1,2-4,8]	2	2,4	[0,7-8,6]	10	2,3	[1,3-4,1]
Aide associatives	4	6,2	[2,5-14,6]	14	4,9	[3,0-7,9]	0	0	0	18	4,2	[2,7-6,3]
Aide de la famille ou amis	1	1,5	[0,2-9,2]	13	4,5	[2,7-7,5]	5	6,1	[2,7-13,2]	19	4,4	[2,9-6,6]
Chômage	1	1,5	[0,2-9,2]	3	1	[0,4-3,0]	1	1,2	[0,2-7,4]	5	1,2	[0,5-2,6]
RSA	13	20	[12,3-30,7]	27	9,4	[6,7-13,2]	3	3,7	[1,3-10,1]	43	9,9	[7,6-12,9]
Autre allocations (ADA, CAF, AAH...)	10	15,4	[8,8-25,6]	55	19,2	[15,3-23,9]	4	4,9	[1,9-11,7]	69	15,9	[12,9-19,5]
Travail non déclaré	6	9,2	[4,4-18,4]	22	7,7	[5,2-11,2]	17	20,7	[13,6-30,2]	45	10,4	[8,0-13,4]
Travail déclaré instable	2	3,1	[0,8-10,7]	15	5,2	[3,3-8,3]	7	8,5	[4,3-16,3]	24	5,5	[3,8-8,0]
Travail déclaré stable	7	10,8	[5,4-20,2]	16	5,6	[3,5-8,7]	23	28	[19,8-38,1]	46	10,6	[8,2-13,7]
Retraite	6	9,2	[4,4-18,4]	5	1,7	[0,8-3,9]	13	15,9	[9,7-24,8]	24	5,5	[3,8-8,0]
Donnée agrégée : revenus	n=65			n=283			n=82			n=430		
Aucun/aides/mendicité/informel	30	46,2	[35,1-57,6]	164	58	[52,4-63,3]	31	37,8	[28,5-48,1]	225	52,3	[47,9-56,8]
Allocation (Chômage, RSA, autres)	20	30,8	[21,3-42,2]	84	29,7	[24,9-34,9]	8	9,8	[5,1-17,7]	112	26	[22,3-30,2]
Travail déclaré/retraite	15	23,1	[14,8-34,1]	35	12,4	[9,2-16,5]	43	52,4	[42,3-62,4]	93	21,6	[18,2-25,5]
Couverture santé	n=65			n=286			n=81			n=432		
Aucune	22	33,8	[23,9-45,4]	91	31,8	[26,9-37,1]	14	17,3	[10,8-26,5]	127	29,4	[25,5-33,6]
Droits non renouvelés / en attente	2	3,1	[0,8-10,7]	19	6,6	[4,4-9,9]	2	2,5	[0,7-8,7]	23	5,3	[3,6-7,7]
AME	6	9,2	[4,4-18,4]	26	9,1	[6,4-12,8]	8	9,9	[5,2-17,9]	40	9,3	[7,0-12,2]
Sécurité sociale	35	53,8	[42,4-64,9]	150	52,4	[47,0-57,9]	57	70,4	[60,2-78,8]	242	56	[51,6-60,4]
Logement avant le confinement	n=65			n=285			n=82			n=432		
Logement personnel	18	27,7	[18,6-39,0]	9	3,2	[1,7-5,8]	7	8,5	[4,3-16,3]	34	7,9	[5,8-10,6]
Ami ou connaissance	9	13,8	[7,6-23,8]	28	9,8	[7,0-13,6]	2	2,4	[0,7-8,6]	39	9	[6,8-11,9]
Foyer de Travailleurs	0	0	0	6	2,1	[1,0-4,4]	64	78	[68,4-85,4]	70	16,2	[13,2-19,8]
Centre d'hébergement	2	3,1	[0,8-10,7]	65	22,8	[18,5-27,7]	1	1,2	[0,2-7,4]	68	15,7	[12,8-19,3]
Gymnase	0	0	0	5	1,8	[0,8-4,0]	6	7,3	[3,5-14,8]	11	2,5	[1,5-4,4]
Squat ou campement	4	6,2	[2,5-14,6]	47	16,5	[12,8-21,0]	1	1,2	[0,2-7,4]	52	12	[9,4-15,3]
A la rue	28	43,1	[32,2-54,6]	101	35,4	[30,4-40,8]	0	0	0	129	29,9	[25,9-34,1]
Autre	4	6,2	[2,5-14,6]	24	8,4	[5,8-12,0]	1	1,2	[0,2-7,4]	29	6,7	[4,8-9,3]

Tableau 2. Description des conditions de vie pendant le confinement

	Distributions alimentaires			Centres d'hébergement			Foyers de Travailleurs			TOTAL		
	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]
DIFFICULTES RAPPORTEES												
Difficultés rapportées spontanément (QCM)	n=65			n=286			n=82			n=433		
Accès à la santé	4	6,2	[2,5-14,6]	28	9,8	[7,0-13,6]	6	7,3	[3,5-14,8]	38	8,8	[6,6-11,6]
Hébergement	27	41,5	[30,8-53,1]	106	37,1	[31,9-42,5]	6	7,3	[3,5-14,8]	139	32,1	[28,1-36,4]
Problème de santé	4	6,2	[2,5-14,6]	33	11,5	[8,5-15,5]	7	8,5	[4,3-16,3]	44	10,2	[7,8-13,2]
Insécurité/violence	1	1,5	[0,2-9,2]	13	4,5	[2,7-7,5]	3	3,7	[1,3-10,1]	17	3,9	[2,5-6,1]
Perte de revenus	3	4,6	[1,6-12,6]	36	12,6	[9,4-16,7]	10	12,2	[6,9-20,6]	49	11,3	[8,8-14,5]
Contrôle de police	3	4,6	[1,6-12,6]	14	4,9	[3,0-7,9]	0	0	0	17	3,9	[2,5-6,1]
Racisme/discrimination	1	1,5	[0,2-9,2]	2	0,7	[0,2-2,6]	0	0	0	3	0,7	[0,2-2,0]
Accès à l'alimentation	18	27,7	[18,6-39,0]	27	9,4	[6,7-13,2]	5	6,1	[2,7-13,2]	50	11,5	[9,0-14,7]
L'ennui	5	7,7	[3,4-16,5]	57	19,9	[15,9-24,7]	10	12,2	[6,9-20,6]	72	16,6	[13,6-20,2]
La solitude	15	23,1	[14,8-34,1]	47	16,4	[12,8-20,9]	15	18,3	[11,7-27,5]	77	17,8	[14,6-21,4]
Peur du virus	6	9,2	[4,4-18,4]	41	14,3	[10,9-18,6]	29	35,4	[26,3-45,6]	76	17,6	[14,4-21,2]
Autre	26	40	[29,4-51,6]	75	26,2	[21,7-31,3]	28	34,1	[25,2-44,4]	129	29,8	[25,9-34,0]
LE TRAVAIL												
Poursuite du travail (QCM)	n=13			n=41			n=44			n=98		
Travail comme avant	2	15,4	[3,8-45,2]	6	14,6	[6,7-29,0]	5	11,4	[4,8-24,6]	13	13,3	[7,8-21,6]
Télétravail	1	7,7	[1,1-39,3]	1	2,4	[0,3-15,5]	0	0	0	2	2	[0,5-7,8]
Chômage partiel	0	0	0	6	14,6	[6,7-29,0]	11	25	[14,4-39,8]	17	17,3	[11,0-26,2]
Perte d'emploi et chômage	0	0	0	4	9,8	[3,7-23,4]	6	13,6	[6,2-27,3]	10	10,2	[5,6-18,0]
Perte d'emploi et du revenu	3	23,1	[7,6-52,3]	11	26,8	[15,5-42,3]	8	18,2	[9,3-32,4]	22	22,4	[15,2-31,8]
Pas le même exercice qu'avant	7	53,8	[28,1-77,7]	9	22	[11,8-37,2]	15	34,1	[21,7-49,2]	31	31,6	[23,2-41,5]
NR	0	0	0	5	12,2	[5,1-26,2]	1	2,3	[0,3-14,6]	6	6,1	[2,8-13,0]
LE LOGEMENT												
Mobilité d'hébergement pendant le confinement	n=54			n=284			n=82			n=430		
Changement d'hébergement	24	37,5	[27,1-49,2]	162	57	[51,5-62,4]	2	2,4	[0,7-8,6]	188	43,7	[39,3-48,2]
Nouvel hébergement pendant le confinement (QCM)	n=24			n=162			n=2			n=188		
Logement personnel	4	16,7	[6,5-36,5]	1	0,6	[0,1-4,1]	0	0	0	5	2,7	[1,1-6,1]
Ami ou connaissance	5	20,8	[9,1-41,0]	6	3,7	[1,7-7,9]	0	0	0	11	5,9	[3,3-10,2]
Foyer de Travailleurs	0	0	0	1	0,6	[0,1-4,1]	0	0	0	1	0,5	[0,1-3,6]
Centre d'hébergement	6	25	[11,8-45,3]	139	85,8	[79,7-90,3]	1	50	[6,1-93,9]	146	77,7	[71,3-83,0]
Gymnase	0	0	0	4	2,5	[0,9-6,3]	0	0	0	4	2,1	[0,8-5,4]
Squat ou campement	0	0	0	1	0,6	[0,1-4,1]	0	0	0	1	0,5	[0,1-3,6]
A la rue	7	29,2	[14,8-49,5]	9	5,6	[2,9-10,2]	0	0	0	16	8,5	[5,3-13,3]
Autre	2	8,3	[2,1-27,4]	1	0,6	[0,1-4,1]	1	50	[6,1-93,9]	4	2,1	[0,8-5,4]
Nombre de personnes partageant l'hébergement	n=65			n=286			n=82			n=433		
Aucune autre personne (Seul)	41	63,1	[51,5-73,3]	123	43	[37,7-48,5]	50	61	[50,7-70,4]	214	49,4	[45,0-53,9]
1 autre personne	8	12,3	[6,5-22,0]	40	14	[10,6-18,2]	6	7,3	[3,5-14,8]	54	12,5	[9,8-15,7]
2 à 4 autres personnes	9	13,8	[7,6-23,8]	40	14	[10,6-18,2]	11	13,4	[7,8-22,0]	60	13,9	[11,1-17,2]
4 à 9 autres personnes	0	0	0	14	4,9	[3,0-7,9]	4	4,9	[1,9-11,7]	18	4,2	[2,7-6,3]
>= 20 autres personnes	7	10,8	[5,4-20,2]	69	24,1	[19,8-29,1]	11	13,4	[7,8-22,0]	87	20,1	[16,8-23,9]
Nombre de personnes partageant la chambre	n=65			n=286			n=82			n=433		
Aucune autre personne (Seul)	30	46,2	[35,1-57,6]	92	32,2	[27,3-37,5]	34	41,5	[31,9-51,8]	156	36	[31,9-40,4]
1 autre personne	22	33,8	[23,9-45,4]	142	49,7	[44,2-55,1]	12	14,6	[8,8-23,4]	176	40,6	[36,4-45,1]
2 à 4 autres personnes	13	20	[12,3-30,7]	51	17,8	[14,0-22,4]	20	24,4	[16,7-34,2]	84	19,4	[16,1-23,2]
5 à 9 autres personnes	0	0	0	1	0,3	[0,1-2,2]	10	12,2	[6,9-20,6]	11	2,5	[1,5-4,4]
10 autres personnes ou plus	0	0	0	0	0	0	6	7,3	[3,5-14,8]	6	1,4	[0,7-2,9]
Nombre de personnes partageant les sanitaires	n=65			n=286			n=82			n=433		
Aucune autre personne (Seul)	27	41,5	[30,8-53,1]	42	14,7	[11,2-19,0]	27	32,9	[24,1-43,1]	96	22,2	[18,7-26,1]
1 autre personne	11	16,9	[9,9-27,3]	145	50,7	[45,2-56,1]	5	6,1	[2,7-13,2]	161	37,2	[33,0-41,6]
2 à 4 autres personnes	24	36,9	[26,7-48,5]	56	19,6	[15,6-24,3]	8	9,8	[5,1-17,7]	88	20,3	[17,0-24,1]
5 à 9 autres personnes	0	0	0	19	6,6	[4,4-9,9]	3	3,7	[1,3-10,1]	22	5,1	[3,4-7,4]
10 autres personnes ou plus	3	4,6	[1,6-12,6]	24	8,4	[5,8-12,0]	39	47,6	[37,6-57,7]	66	15,2	[12,3-18,7]
Nombre de personnes partageant la cuisine	n=65			n=286			n=82			n=433		
Aucune autre personne (Seul)	25	38,5	[28,0-50,1]	142	49,7	[44,2-55,1]	38	46,3	[36,4-56,6]	205	47,3	[42,9-51,8]
1 autre personne	8	12,3	[6,5-22,0]	74	25,9	[21,4-31,0]	2	2,4	[0,7-8,6]	84	19,4	[16,1-23,2]
2 à 4 autres personnes	30	46,2	[35,1-57,6]	13	4,5	[2,7-7,5]	6	7,3	[3,5-14,8]	49	11,3	[8,8-14,5]
5 à 9 autres personnes	0	0	0	18	6,3	[4,1-9,5]	1	1,2	[0,2-7,4]	19	4,4	[2,9-6,6]
10 autres personnes ou plus	2	3,1	[0,8-10,7]	39	13,6	[10,3-17,8]	35	42,7	[33,0-53,0]	76	17,6	[14,4-21,2]
Donnée agrégée sur la densité : Partage des espaces	n=65			n=286			n=82			n=433		
tous les espaces avec <= 1 autre personne	29	44,6	[33,7-56,1]	93	32,5	[27,6-37,8]	4	4,9	[1,9-11,7]	126	29,1	[25,2-33,3]
ou moins un espace avec >= 2 autres personnes	36	55,4	[43,9-66,3]	193	67,5	[62,2-72,4]	78	95,1	[88,3-98,1]	307	70,9	[66,7-74,8]
L'ALIMENTATION												
Alimentation : nb de jours sans repas par semaine	n=57			n=241			n=72			n=370		
Jamais	34	59,6	[47,1-71,0]	170	70,5	[64,8-75,7]	60	83,3	[73,5-90,0]	264	71,4	[66,8-75,5]
< 1 jour par semaine	16	28,1	[18,4-40,4]	52	21,6	[17,0-26,9]	7	9,7	[4,9-18,5]	75	20,3	[16,6-24,5]
1 à 2 jours par semaine	6	10,5	[5,0-20,9]	12	5	[2,9-8,4]	2	2,8	[0,7-9,9]	20	5,4	[3,6-8,1]
>= 2 jours par semaine	1	1,8	[0,3-10,5]	7	2,9	[1,4-5,8]	3	4,2	[1,4-11,6]	11	3	[1,7-5,2]
Raison du saut de repas	n=23			n=71			n=12			n=106		
Manque d'argent	9	39,1	[21,7-59,8]	31	43,7	[32,6-55,4]	7	58,3	[30,7-81,6]	47	44,3	[35,2-53,9]
Peur de sortir à cause de l'épidémie	1	4,3	[0,6-25,3]	0	0	0	3	25	[8,3-55,3]	4	3,8	[1,4-9,6]
Difficultés d'approvisionnement (trop loin, trop de queue)	8	34,8	[18,4-55,8]	12	16,9	[9,8-27,5]	1	8,3	[1,2-41,4]	21	19,8	[13,3-28,5]
Peur de sortir à cause des contrôles de police	0	0	0	1	1,4	[0,2-9,4]	1	8,3	[1,2-41,4]	2	1,9	[0,5-7,2]
Fermeture de distributions alimentaires	8	34,8	[18,4-55,8]	4	5,6	[2,1-14,1]	0	0	0	12	11,3	[6,5-18,9]
Absence d'appétit	5	21,7	[9,3-42,9]	26	36,6	[26,3-48,4]	4	33,3	[13,1-62,5]	35	33	[24,7-42,5]
Jeûn du Ramadan	2	8,7	[2,2-29,0]	1	1,4	[0,2-9,4]	0	0	0	3	2,8	[0,9-8,4]
Autre	5	21,7	[9,3-42,9]	17	23,9	[15,4-35,2]	3	25	[8,3-55,3]	25	23,6	[16,5-32,6]
LA SECURITE												
Sensation d'insécurité dans le lieu de vie	n=65			n=286			n=82			n=433		
Toujours	14	21,5	[13,6-32,4]	34	11,9	[8,8-15,9]	9	11	[6,0-19,2]	57	13,2	[10,4-16,5]
Souvent	3	4,6	[1,6-12,6]	20	7	[4,7-10,4]	4	4,9	[1,9-11,7]	27	6,2	[4,4-8,8]
De temps en temps	6	9,2	[4,4-18,4]	22	7,7	[5,2-11,2]	6	7,3	[3,5-14,8]	34	7,9	[5,8-10,6]
Rarement	4	6,2	[2,5-14,6]	11	3,8	[2,2-6,6]	0	0	0	15	3,5	[2,2-5,5]
Jamais	37	56,9	[45,4-67,8]	195	68,2	[62,9-73,1]	60	73,2	[63,2-81,2]	292	67,4	[63,1-71,5]
NR	1	1,5	[0,2-9,2]	4	1,4	[0,6-3,5]	3	3,7	[1,3-10,1]	8	1,8	[1,0-3,5]
Contrôle par la Police pendant le confinement	n=65			n=286			n=82			n=433		
Jamais	18	27,7	[18,6-39,0]	160	55,9	[50,5-61,3]	55	67,1	[56,9-75,9]	233	53,8	[49,4-58,2]
1 fois	11	16,9	[9,9-27,3]	68	23,8	[19,4-28,7]	14	17,1	[10,7-26,2]	93	21,5	[18,0-25,4]
2 à 5 fois	28	43,1	[32,2-54,6]	44	15,4	[11,8-19,8]	10	12,2	[6,9-20,6]	82	18,9	[15,7-22,7]
>5 fois	8	12,3	[6,5-22,0]	11	3,8	[2,2-6,6]	2	2,4	[0,7-8,6]	21	4,8	[3,3-7,2]
Ne se prononce pas	0	0	0	3	1	[0,4-3,0]	1	1,2	[0,2-7,4]	4	0,9	[0,4-2,3]
Ressenti des contrôles de police	n=48			n=120			n=26			n=194		
Normal, rien à signaler	39	81,3	[68,0-89,8]	99	82,5	[74,8-88,2]	25	96,2	[77,8-99,4]	163	84	[78,3-88,5]
S'est senti mal à l'aise	5	10,4	[4,5-22,4]	14	11,7	[7,1-18,6]	1	3,8	[0,6-22,2]	20	10,3	[6,8-15,3]
Très mal passé	3	6,3	[2,1-17,4]	6	5	[2,3-10,5]	0	0	0	9	4,6	[2,5-8,6]
NR	1	2,1	[0,3-13,0]	1	0,8	[0,1-5,5]	0	0	0	2	1	[0,3-3,9]

Tableau 3. Acceptabilité et accessibilité des mesures préventives contre la COVID-19

	Distributions alimentaires			Centres d'hébergement			Foyers de Travailleurs			TOTAL		
	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]
RESPECT DES MESURES BARRIERES INDIVIDUELLES												
Lavage des mains	n=65			n=286			n=82			n=433		
Toujours	43	66,2	[54,6-76,1]	238	83,2	[78,7-86,9]	69	84,1	[75,2-90,3]	350	80,8	[77,1-84,1]
La plupart du temps	11	16,9	[9,9-27,3]	23	8	[5,5-11,6]	9	11	[6,0-19,2]	43	9,9	[7,6-12,9]
De temps en temps	4	6,2	[2,5-14,6]	13	4,5	[2,7-7,5]	3	3,7	[1,3-10,1]	20	4,6	[3,1-6,9]
Rarement	0	0		3	1	[0,4-3,0]	0	0		3	0,7	[0,2-2,0]
Jamais	2	3,1	[0,8-10,7]	3	1	[0,4-3,0]	1	1,2	[0,2-7,4]	6	1,4	[0,7-2,9]
Inapplicable dans les conditions de vie	5	7,7	[3,4-16,5]	6	2,1	[1,0-4,4]	0	0		11	2,5	[1,5-4,4]
Distanciation sociale	n=65			n=286			n=82			n=433		
Toujours	27	41,5	[30,8-53,1]	180	62,9	[57,5-68,1]	43	52,4	[42,3-62,4]	250	57,7	[53,3-62,1]
La plupart du temps	16	24,6	[16,1-35,8]	43	15	[11,5-19,4]	12	14,6	[8,8-23,4]	71	16,4	[13,4-20,0]
De temps en temps	12	18,5	[11,1-29,0]	29	10,1	[7,3-14,0]	6	7,3	[3,5-14,8]	47	10,9	[8,4-13,9]
Rarement	2	3,1	[0,8-10,7]	9	3,1	[1,7-5,7]	8	9,8	[5,1-17,7]	19	4,4	[2,9-6,6]
Jamais	4	6,2	[2,5-14,6]	3	1	[0,4-3,0]	4	4,9	[1,9-11,7]	11	2,5	[1,5-4,4]
Inapplicable dans les conditions de vie	4	6,2	[2,5-14,6]	20	7	[4,7-10,4]	8	9,8	[5,1-17,7]	32	7,4	[5,4-10,1]
NR	0	0		2	0,7	[0,2-2,6]	1	1,2	[0,2-7,4]	3	0,7	[0,2-2,0]
Port du masque	n=65			n=286			n=82			n=433		
Toujours	25	38,5	[28,0-50,1]	172	60,1	[54,7-65,4]	55	67,1	[56,9-75,9]	252	58,2	[53,8-62,5]
La plupart du temps	16	24,6	[16,1-35,8]	65	22,7	[18,5-27,6]	11	13,4	[7,8-22,0]	92	21,2	[17,8-25,1]
De temps en temps	14	21,5	[13,6-32,4]	22	7,7	[5,2-11,2]	11	13,4	[7,8-22,0]	47	10,9	[8,4-13,9]
Rarement	4	6,2	[2,5-14,6]	14	4,9	[3,0-7,9]	4	4,9	[1,9-11,7]	22	5,1	[3,4-7,4]
Jamais	6	9,2	[4,4-18,4]	11	3,8	[2,2-6,6]	1	1,2	[0,2-7,4]	18	4,2	[2,7-6,3]
Inapplicable dans les conditions de vie	0	0		2	0,7	[0,2-2,6]	0	0		2	0,5	[0,1-1,7]
Nettoyer / Aérer les espaces de vie	n=65			n=286			n=82			n=433		
Toujours	24	36,9	[26,7-48,5]	192	67,1	[61,8-72,1]	53	64,6	[54,4-73,7]	269	62,1	[57,7-66,3]
La plupart du temps	9	13,8	[7,6-23,8]	46	16,1	[12,5-20,5]	11	13,4	[7,8-22,0]	66	15,2	[12,3-18,7]
De temps en temps	3	4,6	[1,6-12,6]	17	5,9	[3,8-9,1]	7	8,5	[4,3-16,3]	27	6,2	[4,4-8,8]
Rarement	5	7,7	[3,4-16,5]	5	1,7	[0,8-3,9]	2	2,4	[0,7-8,6]	12	2,8	[1,6-4,7]
Jamais	10	15,4	[8,8-25,6]	15	5,2	[3,3-8,3]	4	4,9	[1,9-11,7]	29	6,7	[4,8-9,3]
Inapplicable dans les conditions de vie	12	18,5	[11,1-29,0]	11	3,8	[2,2-6,6]	3	3,7	[1,3-10,1]	26	6	[4,2-8,5]
Ne se prononce pas	2	3,1	[0,8-10,7]	0	0		2	2,4	[0,7-8,6]	4	0,9	[0,4-2,3]
Donnée agrégée : respect des mesures barrières	n=65			n=286			n=82			n=433		
Toujours toutes	15	23,1	[14,8-34,1]	99	34,6	[29,6-40,0]	31	37,8	[28,5-48,1]	145	33,5	[29,4-37,8]
Au moins la plupart du temps pour toutes	11	16,9	[9,9-27,3]	70	24,5	[20,1-29,5]	12	14,6	[8,8-23,4]	93	21,5	[18,0-25,4]
De temps en temps/rarement/jamais pour certaines	25	38,5	[28,0-50,1]	89	31,1	[26,3-36,4]	29	35,4	[26,3-45,6]	143	33	[29,0-37,3]
Inapplicable dans les conditions de vie	14	21,5	[13,6-32,4]	28	9,8	[7,0-13,6]	10	12,2	[6,9-20,6]	52	12	[9,4-15,2]
SORTIES DU LIEU DE CONFINEMENT												
Achats de premières nécessités	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tous les jours	36	55,4	[43,9-66,3]	57	19,9	[15,9-24,7]	25	30,5	[22,0-40,6]	118	27,3	[23,5-31,4]
4 à 6 fois par semaine	8	12,3	[6,5-22,0]	37	12,9	[9,7-17,1]	11	13,4	[7,8-22,0]	56	12,9	[10,2-16,2]
1 à 3 fois par semaine	11	16,9	[9,9-27,3]	72	25,2	[20,7-30,2]	22	26,8	[18,8-36,8]	105	24,2	[20,6-28,3]
Maximum 1 fois par semaine	3	4,6	[1,6-12,6]	43	15	[11,5-19,4]	10	12,2	[6,9-20,6]	56	12,9	[10,2-16,2]
Jamais	7	10,8	[5,4-20,2]	76	26,6	[22,0-31,7]	14	17,1	[10,7-26,2]	97	22,4	[18,9-26,3]
Ne se prononce pas	0	0		1	0,3	[0,1-2,2]	0	0		1	0,2	[0,0-1,5]
Promenade / Sport	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tous les jours	28	43,1	[32,2-54,6]	51	17,8	[14,0-22,4]	16	19,5	[12,6-28,9]	95	21,9	[18,5-25,8]
4 à 6 fois par semaine	4	6,2	[2,5-14,6]	23	8	[5,5-11,6]	8	9,8	[5,1-17,7]	35	8,1	[6,0-10,9]
1 à 3 fois par semaine	9	13,8	[7,6-23,8]	39	13,6	[10,3-17,8]	10	12,2	[6,9-20,6]	58	13,4	[10,6-16,7]
Maximum 1 fois par semaine	3	4,6	[1,6-12,6]	15	5,2	[3,3-8,3]	2	2,4	[0,7-8,6]	20	4,6	[3,1-6,9]
Jamais	20	30,8	[21,3-42,2]	155	54,2	[48,7-59,6]	46	56,1	[45,8-65,9]	221	51	[46,6-55,5]
Ne se prononce pas	1	1,5	[0,2-9,2]	3	1	[0,4-3,0]	0	0		4	0,9	[0,4-2,3]
Motif familial	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tous les jours	0	0		7	2,4	[1,2-4,8]	2	2,4	[0,7-8,6]	9	2,1	[1,1-3,8]
4 à 6 fois par semaine	0	0		3	1	[0,4-3,0]	0	0		3	0,7	[0,2-2,0]
1 à 3 fois par semaine	5	7,7	[3,4-16,5]	3	1	[0,4-3,0]	5	6,1	[2,7-13,2]	13	3	[1,8-5,0]
Maximum 1 fois par semaine	1	1,5	[0,2-9,2]	5	1,7	[0,8-3,9]	2	2,4	[0,7-8,6]	8	1,8	[1,0-3,5]
Jamais	59	90,8	[81,6-95,6]	268	93,7	[90,5-95,9]	73	89	[80,8-94,0]	400	92,4	[89,7-94,4]
Travail	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tous les jours	0	0		7	2,4	[1,2-4,8]	5	6,1	[2,7-13,2]	12	2,8	[1,6-4,7]
4 à 6 fois par semaine	3	4,6	[1,6-12,6]	0	0		4	4,9	[1,9-11,7]	7	1,6	[0,8-3,2]
1 à 3 fois par semaine	2	3,1	[0,8-10,7]	2	0,7	[0,2-2,6]	3	3,7	[1,3-10,1]	7	1,6	[0,8-3,2]
Maximum 1 fois par semaine	2	3,1	[0,8-10,7]	0	0		0	0		2	0,5	[0,1-1,7]
Jamais	58	89,2	[79,8-94,6]	277	96,9	[94,3-98,3]	70	85,4	[76,6-91,2]	405	93,5	[91,0-95,4]
Donnée agrégée : Fréquence des sorties	n=65			n=286			n=82			n=433		
Pour aucun motif plus de 3 fois par semaine	12	18,5	[11,1-29,0]	163	57	[51,5-62,3]	35	42,7	[33,0-53,0]	210	48,5	[44,1-52,9]
Pour au moins un motif plus de 4 fois par semaine	53	81,5	[71,0-88,9]	123	43	[37,7-48,5]	47	57,3	[47,0-67,0]	223	51,5	[47,1-55,9]

Tableau 3. Acceptabilité et accessibilité des mesures préventives contre la COVID-19 (suite)

	Distributions alimentaires			Centres d'hébergement			Foyers de Travailleurs			TOTAL		
	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]
OPINION SUR LES POLITIQUES DE PREVENTION												
Port du masque obligatoire dans transports	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tout à fait d'accord	41	63,1	[51,5-73,3]	244	85,3	[81,0-88,8]	73	89	[80,8-94,0]	358	82,7	[79,0-85,8]
Plutôt d'accord	10	15,4	[8,8-25,6]	29	10,1	[7,3-14,0]	5	6,1	[2,7-13,2]	44	10,2	[7,8-13,2]
Plutôt pas d'accord	3	4,6	[1,6-12,6]	7	2,4	[1,2-4,8]	3	3,7	[1,3-10,1]	13	3	[1,8-5,0]
Pas d'accord du tout	10	15,4	[8,8-25,6]	5	1,7	[0,8-3,9]	1	1,2	[0,2-7,4]	16	3,7	[2,3-5,8]
Ne se prononce pas	1	1,5	[0,2-9,2]	1	0,3	[0,1-2,2]	0	0	0	2	0,5	[0,1-1,7]
Test COVID obligatoire si symptômes	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tout à fait d'accord	43	66,2	[54,6-76,1]	237	82,9	[78,3-86,6]	52	63,4	[53,1-72,6]	332	76,7	[72,7-80,2]
Plutôt d'accord	10	15,4	[8,8-25,6]	28	9,8	[7,0-13,6]	20	24,4	[16,7-34,2]	58	13,4	[10,6-16,7]
Plutôt pas d'accord	3	4,6	[1,6-12,6]	6	2,1	[1,0-4,4]	5	6,1	[2,7-13,2]	14	3,2	[2,0-5,2]
Pas d'accord du tout	8	12,3	[6,5-22,0]	12	4,2	[2,5-7,0]	4	4,9	[1,9-11,7]	24	5,5	[3,8-8,0]
Ne se prononce pas	1	1,5	[0,2-9,2]	3	1	[0,4-3,0]	1	1,2	[0,2-7,4]	5	1,2	[0,5-2,6]
Confinement obligatoire si test positif	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tout à fait d'accord	40	61,5	[49,9-72,0]	219	76,6	[71,6-80,9]	61	74,4	[64,5-82,3]	320	73,9	[69,8-77,6]
Plutôt d'accord	12	18,5	[11,1-29,0]	34	11,9	[8,8-15,9]	13	15,9	[9,7-24,8]	59	13,6	[10,8-17,0]
Plutôt pas d'accord	4	6,2	[2,5-14,6]	21	7,3	[4,9-10,8]	2	2,4	[0,7-8,6]	27	6,2	[4,4-8,8]
Pas d'accord du tout	8	12,3	[6,5-22,0]	10	3,5	[2,0-6,2]	4	4,9	[1,9-11,7]	22	5,1	[3,4-7,4]
Ne se prononce pas	1	1,5	[0,2-9,2]	2	0,7	[0,2-2,6]	2	2,4	[0,7-8,6]	5	1,2	[0,5-2,6]
Centre COVID si confinement impossible et test positif	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tout à fait d'accord	38	58,5	[46,9-69,2]	209	73,1	[68,0-77,7]	59	72	[61,9-80,2]	306	70,7	[66,5-74,6]
Plutôt d'accord	12	18,5	[11,1-29,0]	40	14	[10,6-18,2]	15	18,3	[11,7-27,5]	67	15,5	[12,5-19,0]
Plutôt pas d'accord	6	9,2	[4,4-18,4]	14	4,9	[3,0-7,9]	2	2,4	[0,7-8,6]	22	5,1	[3,4-7,4]
Pas d'accord du tout	9	13,8	[7,6-23,8]	13	4,5	[2,7-7,5]	1	1,2	[0,2-7,4]	23	5,3	[3,6-7,7]
Ne se prononce pas	0	0	0	10	3,5	[2,0-6,2]	5	6,1	[2,7-13,2]	15	3,5	[2,2-5,5]
Partage de la liste des cas-contacts	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tout à fait d'accord	30	46,2	[35,1-57,6]	201	70,3	[65,0-75,0]	61	74,4	[64,5-82,3]	292	67,4	[63,1-71,5]
Plutôt d'accord	17	26,2	[17,4-37,4]	51	17,8	[14,0-22,4]	11	13,4	[7,8-22,0]	79	18,2	[15,1-21,9]
Plutôt pas d'accord	6	9,2	[4,4-18,4]	7	2,4	[1,2-4,8]	1	1,2	[0,2-7,4]	14	3,2	[2,0-5,2]
Pas d'accord du tout	11	16,9	[9,9-27,3]	19	6,6	[4,4-9,9]	6	7,3	[3,5-14,8]	36	8,3	[6,2-11,1]
Ne se prononce pas	1	1,5	[0,2-9,2]	8	2,8	[1,5-5,3]	3	3,7	[1,3-10,1]	12	2,8	[1,6-4,7]
Donnée agrégée : opinion sur les politiques de prévention	n=65			n=286			n=82			n=433		
Tout à fait d'accord pour tout	22	33,8	[23,9-45,4]	152	53,1	[47,7-58,6]	40	48,8	[38,7-58,9]	214	49,4	[45,0-53,9]
Au moins plutôt d'accord pour tout	12	18,5	[11,1-29,0]	67	23,4	[19,1-28,4]	22	26,8	[18,8-36,8]	101	23,3	[19,8-27,3]
Plutôt pas d'accord voire pas de tout d'accord pour certaines	31	47,7	[36,5-59,1]	67	23,4	[19,1-28,4]	20	24,4	[16,7-34,2]	118	27,3	[23,5-31,4]
VOLONTÉ D'EFFECTUER UN TEST COVID	n=65			n=286			n=82			n=433		
Test Nasal PCR	17	26,2	[17,4-37,4]	60	21	[16,9-25,8]	22	26,8	[18,8-36,8]	99	22,9	[19,3-26,8]
Test Sérologique	5	7,7	[3,4-16,5]	28	9,8	[7,0-13,6]	11	13,4	[7,8-22,0]	44	10,2	[7,8-13,2]
Test Nasal PCR + Sérologique	17	26,2	[17,4-37,4]	85	29,7	[25,0-35,0]	14	17,1	[10,7-26,2]	116	26,8	[23,0-30,9]
Aucun Test	25	38,5	[28,0-50,1]	106	37,1	[31,9-42,5]	32	39	[29,6-49,3]	163	37,6	[33,4-42,0]
Ne se prononce pas	1	1,5	[0,2-9,2]	7	2,4	[1,2-4,8]	3	3,7	[1,3-10,1]	11	2,5	[1,5-4,4]

Tableau 4. Expérimentation et recours aux soins pour la COVID-19

	Distributions alimentaires			Centres d'hébergement			Foyers de Travailleurs			TOTAL		
	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]
EXPERIMENTATION DE SYMPTOMES DE LA COVID-19												
Symptômes rapportés	n=65			n=286			n=82			n=433		
Fièvre	5	7,7	[3,4-16,5]	48	16,8	[13,1-21,3]	6	7,3	[3,5-14,8]	59	13,6	[10,8-17,0]
Toux	8	12,3	[6,5-22,0]	34	11,9	[8,8-15,9]	6	7,3	[3,5-14,8]	48	11,1	[8,6-14,2]
Anosmie et/ou agueusie	2	3,1	[0,8-10,7]	16	5,6	[3,5-8,7]	3	3,7	[1,3-10,1]	21	4,8	[3,3-7,2]
Difficultés respiratoires	8	12,3	[6,5-22,0]	17	5,9	[3,8-9,1]	2	2,4	[0,7-8,6]	27	6,2	[4,4-8,8]
Rhinite/rhume	4	6,2	[2,5-14,6]	23	8	[5,5-11,6]	5	6,1	[2,7-13,2]	32	7,4	[5,4-10,1]
Asthénie intense (nouvelle)	4	6,2	[2,5-14,6]	29	10,1	[7,3-14,0]	5	6,1	[2,7-13,2]	38	8,8	[6,6-11,6]
Myalgies (nouvelle)	5	7,7	[3,4-16,5]	22	7,7	[5,2-11,2]	3	3,7	[1,3-10,1]	30	6,9	[5,0-9,6]
Céphalées	4	6,2	[2,5-14,6]	29	10,1	[7,3-14,0]	6	7,3	[3,5-14,8]	39	9	[6,8-11,9]
Dysphagie	5	7,7	[3,4-16,5]	34	11,9	[8,8-15,9]	3	3,7	[1,3-10,1]	42	9,7	[7,4-12,7]
Autres symptômes ou ne se souvient plus	3	4,6	[1,6-12,6]	9	3,1	[1,7-5,7]	1	1,2	[0,2-7,4]	13	3	[1,8-5,0]
Aucun symptôme (semble sûr de lui / d'elle)	46	70,8	[59,4-80,0]	186	65	[59,6-70,1]	62	75,6	[65,8-83,3]	294	67,9	[63,6-71,9]
Donnée agrégée symptômes COVID	n=65			n=286			n=82			n=433		
Nombre de personnes ayant rapporté au moins un symptôme compatible avec la COVID	17	26,2	[17,4-37,4]	96	33,6	[28,6-38,9]	19	23,2	[15,7-32,9]	132	30,5	[26,5-34,7]
Perception de la gravité déclarée de ces symptômes	n=17			n=94			n=19			n=130		
Très graves	1	5,9	[0,8-31,9]	9	9,6	[5,1-17,3]	1	5,3	[0,7-29,2]	11	8,5	[4,8-14,6]
Plutôt graves	4	23,5	[9,2-48,4]	23	24,5	[16,9-34,1]	3	15,8	[5,2-39,0]	30	23,1	[16,7-31,1]
Plutôt sans gravité	6	35,3	[16,8-59,5]	30	31,9	[23,3-41,9]	5	26,3	[11,4-49,7]	41	31,5	[24,2-40,0]
Sans aucune gravité	6	35,3	[16,8-59,5]	32	34	[25,2-44,1]	10	52,6	[31,2-73,1]	48	36,9	[29,1-45,5]
Niveau d'inquiétude engendré	n=17			n=94			n=19			n=130		
Très inquiet	5	29,4	[12,8-54,1]	32	34	[25,2-44,1]	8	42,1	[22,7-64,3]	45	34,6	[27,0-43,1]
Plutôt inquiet	3	17,6	[5,8-42,6]	29	30,9	[22,4-40,8]	2	10,5	[2,7-33,6]	34	26,2	[19,3-34,3]
Plutôt pas inquiet	5	29,4	[12,8-54,1]	12	12,8	[7,4-21,1]	2	10,5	[2,7-33,6]	19	14,6	[9,5-21,7]
Pas inquiet du tout	4	23,5	[9,2-48,4]	21	22,3	[15,1-31,8]	7	36,8	[18,7-59,6]	32	24,6	[18,0-32,7]
RECOURS AUX SOINS FACE A DES SYMPTOMES												
Descriptif du recours aux soins	n=17			n=94			n=19			n=130		
Rien fait	6	35,3	[16,8-59,5]	31	33	[24,3-43,0]	7	36,8	[18,7-59,6]	44	33,8	[26,3-42,4]
Médecin traitant (cabinet ou centre de santé)	2	11,8	[3,0-36,7]	16	17	[10,7-26,0]	6	31,6	[15,0-54,7]	24	18,5	[12,7-26,0]
Médecin généraliste en première consultation	0	0		6	6,4	[2,9-13,4]	0	0		6	4,6	[2,1-9,9]
Urgence	0	0		7	7,4	[3,6-14,8]	0	0		7	5,4	[2,6-10,8]
PASS	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Pharmacie/auto-médication	5	29,4	[12,8-54,1]	14	14,9	[9,0-23,6]	9	47,4	[26,9-68,8]	28	21,5	[15,3-29,4]
Médecine non-conventionnelle	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auto-médication traditionnelle	3	17,6	[5,8-42,6]	11	11,7	[6,6-19,9]	1	5,3	[0,7-29,2]	15	11,5	[7,1-18,2]
Recherche d'information sur Internet	0	0		2	2,1	[0,5-8,1]	0	0		2	1,5	[0,4-5,9]
Aide familiale/ entourage	0	0		2	2,1	[0,5-8,1]	1	5,3	[0,7-29,2]	3	2,3	[0,7-6,9]
Association/clinique mobile	0	0		10	10,6	[5,8-18,6]	0	0		10	7,7	[4,2-13,7]
Appel du SAMU (15)	2	11,8	[3,0-36,7]	3	3,2	[1,0-9,4]	1	5,3	[0,7-29,2]	6	4,6	[2,1-9,9]
Numéro vert/conseil COVID	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Téléconsultation	0	0	0	1	1,1	[0,2-7,1]	0	0		1	0,8	[0,1-5,2]
Donnée agrégée : consultation d'un médecin	n=17			n=94			n=19			n=130		
Nombre de personnes ayant consulté un médecin conventionnel	2	11,8	[3,0-36,7]	30	31,9	[23,3-41,9]	6	31,6	[15,0-54,7]	38	29,2	[22,1-37,6]
Raison de non-consultation d'un médecin	n=15			n=55			n=13			n=83		
Coût	2	13,3	[3,6-38,6]	3	5,5	[1,9-14,8]	1	7,7	[1,2-36,5]	6	7,2	[3,4-14,6]
Pas de couverture maladie	2	13,3	[3,6-38,6]	13	23,6	[14,7-35,8]	4	30,8	[12,7-57,5]	19	22,9	[15,5-32,5]
Pas d'informations, ne sait pas où aller/qui consulter	2	13,3	[3,6-38,6]	10	18,2	[10,4-29,8]	1	7,7	[1,2-36,5]	13	15,7	[9,6-24,5]
Parce que j'ai l'habitude de faire comme ça	2	13,3	[3,6-38,6]	1	1,8	[0,3-10,7]	1	7,7	[1,2-36,5]	4	4,8	[1,9-11,6]
Délai d'attente pour avoir un rendez-vous	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Manque de temps pour s'y rendre	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Distance géographique	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Parce qu'il s'agissait d'une urgence	1	6,7	[1,0-32,8]	2	3,6	[1,0-12,6]	0	0		3	3,6	[1,2-10,0]
Renoncement aux soins par respect du confinement	1	6,7	[1,0-32,8]	3	5,5	[1,9-14,8]	0	0		4	4,8	[1,9-11,6]
Peur de l'épidémie	1	6,7	[1,0-32,8]	4	7,3	[2,9-17,0]	1	7,7	[1,2-36,5]	6	7,2	[3,4-14,6]
Attitude du personnel de santé	0	0		1	1,8	[0,3-10,7]	1	7,7	[1,2-36,5]	2	2,4	[0,7-8,5]
Refus de soins	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Peur des autorités	0	0		1	1,8	[0,3-10,7]	0	0		1	1,2	[0,2-7,3]
Barrières de la langue	1	6,7	[1,0-32,8]	3	5,5	[1,9-14,8]	0	0		4	4,8	[1,9-11,6]
Pas eu accès à la téléconsultation	0	0		1	1,8	[0,3-10,7]	0	0		1	1,2	[0,2-7,3]
Peur pour des raisons de confidentialité	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Ce n'était pas nécessaire, pas grave	6	40	[20,1-63,9]	22	40	[28,6-52,6]	7	53,8	[29,4-76,6]	35	42,2	[32,6-52,4]
Autre	2	13,3	[3,6-38,6]	8	14,5	[7,7-25,7]	1	7,7	[1,2-36,5]	11	13,3	[7,7-21,8]
Ne se prononce pas	2	13,3	[3,6-38,6]	1	1,8	[0,3-10,7]	0	0		3	3,6	[1,2-10,0]
Donnée agrégée	n=15			n=55			n=13			n=83		
Nombre de personnes ayant rapporté au moins une barrière d'accès aux soins	5	33,3	[14,5-59,7]	27	49,1	[36,1-62,2]	5	38,5	[16,8-65,9]	37	44,6	[34,2-55,5]

Tableau 5. Accès aux soins avant le confinement

	Distributions alimentaires			Centres d'hébergement			Foyers de Travailleurs			TOTAL		
	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]
ETAT DE SANTE DECLARE												
Etat de santé auto-perçu	n=65			n=286			n=82			n=433		
Excellent	13	20	[12,3-30,7]	91	31,8	[26,9-37,1]	23	28	[19,8-38,1]	127	29,3	[25,4-33,5]
Bon	25	38,5	[28,0-50,1]	108	37,8	[32,6-43,2]	40	48,8	[38,7-58,9]	173	40	[35,7-44,4]
Moyen	20	30,8	[21,3-42,2]	59	20,6	[16,5-25,4]	14	17,1	[10,7-26,2]	93	21,5	[18,0-25,4]
Mauvais	7	10,8	[5,4-20,2]	28	9,8	[7,0-13,6]	5	6,1	[2,7-13,2]	40	9,2	[7,0-12,2]
Antécédent de maladie chronique (QCM)												
Hypertension artérielle	5	7,7	[3,4-16,5]	15	5,2	[3,3-8,3]	8	9,8	[5,1-17,7]	28	6,5	[4,6-9,0]
Maladie cardio-vasculaire (autre)	5	7,7	[3,4-16,5]	6	2,1	[1,0-4,4]	2	2,4	[0,7-8,6]	13	3	[1,8-5,0]
Diabète	5	7,7	[3,4-16,5]	12	4,2	[2,5-7,0]	5	6,1	[2,7-13,2]	22	5,1	[3,4-7,4]
Infection par le VIH	0	0		2	0,7	[0,2-2,6]	0	0		2	0,5	[0,1-1,7]
Maladie rénale	0	0		4	1,4	[0,6-3,5]	0	0		4	0,9	[0,4-2,3]
Cancer	1	1,5	[0,2-9,2]	2	0,7	[0,2-2,6]	0	0		3	0,7	[0,2-2,0]
Maladie respiratoire chronique	2	3,1	[0,8-10,7]	13	4,5	[2,7-7,5]	5	6,1	[2,7-13,2]	20	4,6	[3,1-6,9]
Trouble psy	6	9,2	[4,4-18,4]	18	6,3	[4,1-9,5]	2	2,4	[0,7-8,6]	26	6	[4,2-8,5]
Trouble addictologique	1	1,5	[0,2-9,2]	4	1,4	[0,6-3,5]	2	2,4	[0,7-8,6]	7	1,6	[0,8-3,2]
Autre	9	13,8	[7,6-23,8]	22	7,7	[5,2-11,2]	6	7,3	[3,5-14,8]	37	8,5	[6,4-11,4]
Donnée agrégée : Maladies chroniques	n=65			n=286			n=82			n=433		
Nombre de personnes ayant une maladie chronique	24	36,9	[26,7-48,5]	74	25,9	[21,4-31,0]	21	25,6	[17,7-35,5]	119	27,5	[23,7-31,6]
EVENEMENTS DE SANTE avant le confinement												
Type d'événements de santé rapporté	n=35			n=148			n=39			n=222		
Médical	23	65,7	[49,2-79,1]	107	72,3	[64,7-78,8]	35	89,7	[76,1-96,0]	165	74,3	[68,3-79,5]
Chirurgical et/ou traumatologique	5	14,3	[6,2-29,6]	16	10,8	[6,8-16,8]	3	7,7	[2,6-20,9]	24	10,8	[7,4-15,5]
Gynéco-obstétrical	1	2,9	[0,4-17,1]	4	2,7	[1,0-6,8]	0	0		5	2,3	[1,0-5,2]
Ophthalmologique	0	0		3	2	[0,7-6,0]	0	0		3	1,4	[0,4-4,0]
Santé mentale	2	5,7	[1,5-19,7]	8	5,4	[2,8-10,3]	0	0		10	4,5	[2,5-8,1]
Dentaire	4	11,4	[4,5-26,3]	10	6,8	[3,7-12,0]	1	2,6	[0,4-15,5]	15	6,8	[4,2-10,8]
Période de rappel de ces événements de santé	n=35			n=148			n=39			n=222		
Dans les 3 mois précédents le confinement	11	31,4	[18,9-47,4]	70	47,3	[39,8-54,9]	14	35,9	[23,2-51,0]	95	42,8	[36,8-49,0]
Entre 3 mois et 1 an avant le confinement	11	31,4	[18,9-47,4]	40	27	[20,8-34,3]	5	12,8	[5,7-26,3]	56	25,2	[20,2-31,0]
Plus d'un an avant le confinement	12	34,3	[21,2-50,2]	32	21,6	[16,0-28,5]	17	43,6	[29,8-58,4]	61	27,5	[22,3-33,4]
Non renseignée	1	2,9	[0,4-16,2]	6	4,1	[1,9-8,4]	3	7,7	[2,7-20,2]	10	4,5	[2,5-7,9]
RECOURS AU SOINS												
Rien	4	11,4	[4,6-25,7]	12	8,1	[4,8-13,4]	2	5,1	[1,4-17,2]	18	8,1	[5,3-12,2]
Médecin traitant (cabinet ou centre de santé)	5	14,3	[6,4-29,0]	34	23	[17,2-30,0]	26	66,7	[51,6-79,0]	65	29,3	[24,0-35,2]
Médecin généraliste en première consultation	4	11,4	[4,6-25,7]	21	14,2	[9,7-20,4]	2	5,1	[1,4-17,2]	27	12,2	[8,6-16,8]
Spécialiste	6	17,1	[8,3-32,2]	27	18,2	[13,1-24,9]	4	10,3	[4,1-23,3]	37	16,7	[12,5-21,8]
Urgence	9	25,7	[14,5-41,5]	26	17,6	[12,5-24,1]	3	7,7	[2,7-20,2]	38	17,1	[12,9-22,3]
PASS	1	2,9	[0,4-16,2]	10	6,8	[3,8-11,7]	1	2,6	[0,4-14,7]	12	5,4	[3,2-9,0]
Pharmacie/auto-médication	5	14,3	[6,4-29,0]	7	4,7	[2,4-9,2]	3	7,7	[2,7-20,2]	15	6,8	[4,2-10,6]
Médecine non-conventionnelle	0	0		0	0		0	0		0	0	
Auto-médication traditionnelle	2	5,7	[1,5-18,9]	2	1,4	[0,4-4,9]	0	0		4	1,8	[0,7-4,5]
Aide familiale/ entourage	1	2,9	[0,4-16,2]	1	0,7	[0,1-4,2]	0	0		2	0,9	[0,2-3,3]
Association/clinique mobile	0	0		19	12,8	[8,5-18,8]	0	0		19	8,6	[5,7-12,7]
Autre	1	2,9	[0,4-16,2]	2	1,4	[0,4-4,9]	2	5,1	[1,4-17,2]	5	2,3	[1,0-5,1]
Donnée agrégée : consultation d'un médecin conventionnel	n = 35			n = 148			n = 39			n = 222		
Nombre de personnes ayant consulté un médecin conventionnel	25	71,4	[55,6-83,3]	113	76,4	[69,3-82,2]	34	87,2	[73,7-94,3]	172	77,5	[71,9-82,2]
Raisons de non-consultation d'un médecin conventionnel	n=10			n=20			n=5			n=35		
Coût	0	0		3	15	[5,2-36,1]	0	0		3	8,6	[3,0-22,3]
Pas de couverture sociale	3	30	[10,6-60,7]	13	65	[43,7-81,6]	1	20	[3,0-66,6]	17	48,6	[33,5-63,9]
Pas d'informations	2	20	[5,4-52,0]	3	15	[5,2-36,1]	0	0		5	14,3	[6,4-29,0]
Habitude de faire comme ça	1	10	[1,5-44,0]	0	0		0	0		1	2,9	[0,4-16,2]
Délai d'attente	1	10	[1,5-44,0]	1	5	[0,8-26,1]	0	0		2	5,7	[1,5-19,0]
Manque de temps	0	0		0	0		0	0		0	0	
Distance géographique	0	0		0	0		0	0		0	0	
Parce qu'il s'agissait d'une urgence	0	0		0	0		1	20	[3,0-66,6]	1	2,9	[0,4-16,2]
Attitude du personnel de santé	0	0		0	0		0	0		0	0	
Refus de soins dans le passé	0	0		0	0		1	20	[3,0-66,6]	1	2,9	[0,4-16,2]
Peur des autorités	0	0		1	5	[0,8-26,1]	0	0		1	2,9	[0,4-16,2]
Barrière de langue	0	0		1	5	[0,8-26,1]	0	0		1	2,9	[0,4-16,2]
Peur raison de confidentialité	0	0		0	0		0	0		0	0	
Ce n'était pas nécessaire / pas grave	6	60	[31,2-83,3]	1	5	[0,8-26,1]	3	60	[21,6-89,1]	10	28,6	[16,6-44,5]
Autre	1	10	[1,5-44,0]	0	0		2	40	[10,9-78,4]	3	8,6	[3,0-22,3]
NR	0	0		2	10	[2,7-30,7]	0	0		2	5,7	[1,5-19,0]
Donnée agrégée : barrière d'accès aux soins	n=10			n=20			n=5			n=35		
Nombre de personnes ayant rapporté au moins une barrière d'accès aux soins parmi celle ayant eu un problème de santé avant le confinement et n'ayant alors pas consulté de médecin	5	50	[23,6-76,4]	17	85	[63,9-94,8]	2	40	[10,9-78,4]	24	68,6	[52,6-81,1]

Tableau 6. Accès aux soins pendant le confinement

	Distributions alimentaires			Centres d'hébergement			Foyers de Travailleurs			TOTAL		
	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]	n	%	[95% CI]
EVENEMENTS DE SANTE pendant le confinement												
Type d'événements de santé rapportés	n=13			n=66			n=16			n=95		
Médical	10	76,9	[47,7-92,4]	43	65,2	[52,9-75,7]	12	75	[49,0-90,3]	65	68,4	[58,4-77,0]
Chirurgical et/ou traumatologique	1	7,7	[1,1-39,3]	2	3	[0,8-11,4]	0	0		3	3,2	[1,0-9,4]
Gynéco-obstétrical	0	0		3	4,5	[1,5-13,2]	0	0		3	3,2	[1,0-9,4]
Ophthalmologique	1	7,7	[1,1-39,3]	5	7,6	[3,2-17,0]	1	6,3	[0,9-33,8]	7	7,4	[3,5-14,7]
Santé mentale	1	7,7	[1,1-39,3]	4	6,1	[2,3-15,1]	1	6,3	[0,9-33,8]	6	6,3	[2,9-13,4]
Dentaire	0	0		9	13,6	[7,2-24,3]	2	12,5	[3,1-38,8]	11	11,6	[6,5-19,8]
RECOURS AU SOINS pendant le confinement												
Rien	5	38,5	[17,9-64,2]	25	37,9	[27,6-49,4]	7	43,8	[23,4-66,4]	37	38,9	[30,2-48,5]
Médecin traitant (cabinet ou centre de santé)	2	15,4	[4,2-43,0]	11	16,7	[9,8-26,9]	2	12,5	[3,4-36,7]	15	15,8	[10,0-24,0]
Médecin généraliste en première consultation	0	0		4	6,1	[2,4-14,4]	1	6,3	[1,0-31,1]	5	5,3	[2,3-11,5]
Spécialiste	0	0		7	10,6	[5,4-19,9]	3	18,8	[6,6-43,0]	10	10,5	[6,0-17,9]
Urgence	1	7,7	[1,2-36,4]	9	13,6	[7,5-23,5]	0	0		10	10,5	[6,0-17,9]
PASS	1	7,7	[1,2-36,4]	2	3	[0,8-10,6]	0	0		3	3,2	[1,1-8,8]
Pharmacie/auto-médication	2	15,4	[4,2-43,0]	5	7,6	[3,3-16,2]	2	12,5	[3,4-36,7]	9	9,5	[5,2-16,7]
Association/clinique mobile	2	15,4	[4,2-43,0]	2	3	[0,8-10,6]	0	0		4	4,2	[1,7-10,2]
Autre	0	0		1	1,5	[0,2-9,0]	1	6,3	[1,0-31,1]	2	2,1	[0,6-7,5]
Donnée agrégée : consultation d'un médecin conventionnel												
Nombre de personnes ayant consulté un médecin conventionnel	4	30,8	[12,7-57,5]	33	50	[38,8-61,2]	6	37,5	[18,7-61,0]	43	45,3	[36,1-54,8]
Raisons de non-consultation d'un médecin conventionnel												
Coût	0	0		7	22,6	[11,6-39,3]	1	10	[1,6-43,9]	8	16	[8,5-28,0]
Délai d'attente	1	11,1	[1,7-47,1]	0	0		1	10	[1,6-43,9]	2	4	[1,1-13,7]
Manque de temps	0	0		0	0		0	0		0	0	
Pas d'informations	0	0		15	48,4	[32,5-64,6]	3	30	[10,7-60,6]	18	36	[24,6-49,3]
Absence du médecin habituel	0	0		3	9,7	[3,4-24,8]	1	10	[1,6-43,9]	4	8	[3,2-18,6]
Attitude du personnel de santé	0	0		2	6,5	[1,7-21,1]	0	0		2	4	[1,1-13,7]
Peur des autorités	0	0		2	6,5	[1,7-21,1]	0	0		2	4	[1,1-13,7]
Peur raison de confidentialité	0	0		1	3,2	[0,5-18,0]	0	0		1	2	[0,3-11,7]
Ce n'était pas nécessaire / pas grave	3	33,3	[11,9-65,0]	4	12,9	[5,2-28,6]	1	10	[1,6-43,9]	8	16	[8,5-28,0]
Ne pas déranger les professionnels de santé	0	0		1	3,2	[0,5-18,0]	1	10	[1,6-43,9]	2	4	[1,1-13,7]
Autre (dont pas de couverture maladie)	6	66,7	[35,0-88,1]	5	16,1	[7,2-32,2]	3	30	[10,7-60,6]	14	28	[17,8-41,1]
NR	0	0		1	3,2	[0,5-18,0]	1	10	[1,6-43,9]	2	4	[1,1-13,7]
Donnée agrégée : barrière d'accès aux soins												
Nombre de personnes ayant rapporté au moins une barrière d'accès aux soins	1	11,1	[1,7-47,1]	24	77,4	[60,7-88,4]	6	60	[31,2-83,2]	31	62	[48,7-73,7]
REFUS DIRECT DE SOINS pendant le confinement												
Nombre de personnes rapportant un refus de soins	13	20	[12,3-30,7]	15	5,4	[3,3-8,5]	3	3,7	[1,3-10,1]	31	7,3	[5,3-10,0]
Motif perçu du refus												
Le fait de ne pas parler Français	0	0		2	13,3	[3,1-42,5]	0	0		2	6,5	[1,5-23,8]
La couleur de peau, les origines	0	0		0	0		0	0		0	0	
Le genre	0	0		0	0		0	0		0	0	
L'âge	0	0		0	0		0	0		0	0	
L'incapacité à payer un dépassement d'honoraire	1	7,7	[1,0-41,8]	3	20	[6,2-48,7]	0	0		4	12,9	[4,7-31,0]
Une couverture d'assurance maladie insuffisante	5	38,5	[16,1-67,0]	5	33,3	[13,9-60,8]	2	66,7	[13,7-96,2]	12	38,7	[22,8-57,5]
L'apparence physique et vestimentaire	0	0		0	0		0	0		0	0	
L'état de santé jugé non grave ni urgent	1	7,7	[1,0-41,8]	1	6,7	[0,8-37,8]	0	0		2	6,5	[1,5-23,8]
Les consultations sont réservées à la Covid-19	3	23,1	[7,1-53,9]	4	26,7	[9,8-54,9]	0	0		7	22,6	[10,7-41,5]
SANTE MENTALE pendant le confinement												
Questionnaire PHQ9 - dépistage de la dépression												
Absence de dépression	21	38,9	[27,7 - 51,0]	127	51,4	[46,0 - 56,9]	40	54,1	[43,9 - 64]	188	50,1	[45,8 - 54,5]
Dépression légère	24	44,4	[32,8 - 56,50]	71	28,7	[24,0 - 33,9]	23	31,1	[22,3 - 41,1]	118	31,5	[27,5 - 35,6]
Dépression modérée	6	11,1	[4,9 - 20,8]	29	11,8	[8,5 - 15,7]	8	10,8	[5,5 - 18,7]	43	11,5	[8,9 - 14,5]
Dépression modérément sévère	1	1,9	[0,0 - 8,5]	15	6,1	[3,8 - 9,2]	0	0		16	4,3	[2,7 - 6,4]
Dépression sévère	2	3,7	[0,7 - 11,2]	5	2	[0,01 - 4,2]	3	4	[1,1 - 10,1]	10	2,7	[1,4 - 4,5]
Sentiment de solitude pendant le confinement												
Plus seul.e qu'avant	31	47,7	[36,5-59,1]	140	49	[43,5-54,4]	24	29,3	[20,9-39,3]	195	45	[40,7-49,5]
Autant seul.e qu'avant	12	18,5	[11,1-29,0]	67	23,4	[19,1-28,4]	18	22	[14,6-31,6]	97	22,4	[18,9-26,3]
Pas du tout seul.e / Bien entouré.e	21	32,3	[22,6-43,8]	74	25,9	[21,4-31,0]	39	47,6	[37,6-57,7]	134	30,9	[27,0-35,2]
Ne se prononce pas	1	1,5	[0,2-9,2]	5	1,7	[0,8-3,9]	1	1,2	[0,2-7,4]	7	1,6	[0,8-3,2]
Contact avec l'entourage familial pendant le confinement												
Jamais/Comme d'habitude	17	26,2	[17,4-37,4]	82	28,7	[24,0-33,9]	11	13,4	[7,8-22,0]	110	25,4	[21,7-29,5]
Rarement	7	10,8	[5,4-20,2]	27	9,4	[6,7-13,2]	2	2,4	[0,7-8,6]	36	8,3	[6,2-11,1]
De temps en temps	23	35,4	[25,3-47,0]	85	29,7	[25,0-35,0]	21	25,6	[17,7-35,5]	129	29,8	[25,9-34,0]
Tous les jours	18	27,7	[18,6-39,0]	91	31,8	[26,9-37,1]	48	58,5	[48,2-68,1]	157	36,3	[32,1-40,6]
Ne se prononce pas	0	0		1	0,3	[0,1-2,2]	0	0		1	0,2	[0,0-1,5]

Tableau 7. Facteurs liés au fait de consulter un médecin pour des symptômes de la Covid-19

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait de consulter un médecin devant des symptômes de la Covid					
	Pas de consult (n=92)	Consult méd (n=38)	% ayant consulté	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
	n	n	%	OR	[95% CI]	P	OR	[95% CI]	P
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES									
Sexe									
Homme	78	34	30,4%	Ref.			Ref.		
Femme	14	4	22,2%	0.7	0.3 - 1.4	0.284	0.4	0.1 - 2.0	0.275
Age									
< 25 ans	20	5	20,0%	Ref.			Ref.		
25-40 ans	45	23	33,8%	2.0	0.9 - 4.7	0.088*	2.7	0.7 - 11.0	0.164
40-55 ans	16	5	23,8%	1.2	0.4 - 3.6	0.675	1.0	0.1 - 7.4	0.983
>55 ans	11	5	31,3%	1.8	0.4 - 8.5	0.445	1.2	0.3 - 4.8	0.762
Statut Marital									
Seul (célibataire, divorcé, veuf)	62	25	28,7%	Ref.					
En couple (marié, concubinage)	30	13	30,2%	1.1	0.4 - 2.8	0.881			
Origine									
Europe	19	7	26,9%	Ref.					
Hors Europe	73	31	29,8%	1.2	0.5 - 2.8	0.748			
Délai depuis l'arrivée en France									
Plus de 10 ans (et/ou français)	26	10	27,8%	Ref.					
Entre 1 an et 10 ans	45	21	31,8%	1.2	0.4 - 3.8	0.737			
Moins de 1 an	21	7	25,0%	0.9	0.3 - 2.5	0.791			
Situation administrative									
Nationalité Française	13	6	31,6%	Ref.			Ref.		
Titre de séjour /demande d'asile	41	26	38,8%	1.4	0.4 - 4.6	0.602	0.3	0.1 - 1.5	0.153
Situation irrégulière	38	6	13,6%	0.3	0.1 - 1.3	0.122	0.1	0.0 - 0.5	0.006***
Langues parlées									
Francophone	51	18	26,1%	Ref.					
Non Francophone	41	20	32,8%	1.4	0.7 - 2.6	0.310			
CARACTERISTIQUES SOCIALES									
Education									
Sans instruction	17	8	32,0%	Ref.					
Primaire/Collège/Autre	40	13	24,5%	0.7	0.3 - 1.9	0.468			
Lycée/Supérieur	34	17	33,3%	1.1	0.5 - 2.4	0.885			
Travail et revenus									
Travail déclaré/retraite	19	6	24,0%	Ref.			Ref.		
Allocation	19	12	38,7%	2.0	0.9 - 4.6	0.104	2.3	0.6 - 9.2	0.252
Aucun/mendicité/activité informelle	52	20	27,8%	1.2	0.6 - 2.4	0.577	2.6	0.7 - 9.4	0.145
Couverture santé									
Aucune (ou en attente)	43	8	15,7%	Ref.			Ref.		
Aide Médicale d'Etat	8	3	27,3%	2.0	0.7 - 5.6	0.181	6.2	1.0 - 39.8	0.055*
Sécurité Sociale	41	27	39,7%	3.5	1.2 - 10.2	0.019**	4.5	1.8 - 11.4	0.002***
Sites d'enquête									
Distributions alimentaires	15	2	11,8%	Ref.			Ref.		
Centre d'hébergement	64	30	31,9%	3.5	2.1 - 6.0	0.000***	7.5	1.5 - 38.5	0.016**
Foyer de Travailleurs	13	6	31,6%	3.5	2.0 - 5.9	0.000***	15.1	1.1 - 215.4	0.045**
Densité dans le lieu de vie pendant le confinement									
Partage des espaces avec <= 1 autre pers	27	17	38,6%	Ref.			Ref.		
Partage d'au moins un espace avec >= 2 autres	65	21	24,4%	0.5	0.3 - 1.0	0.061*	0.3	0.2 - 0.7	0.005***
ATTITUDE VIS-À-VIS DES MESURES BARRIÈRES									
Respect déclaré des mesures barrières									
Toujours pour toutes	25	14	35,9%	Ref.			Ref.		
La plupart du temps pour toutes	21	13	38,2%	1.1	0.3 - 3.5	0.865	0.5	0.1 - 1.8	0.283
De temps en temps/rarement/jamais pour certaines	35	10	22,2%	0.5	0.2 - 1.7	0.269	0.4	0.1 - 1.6	0.199
Inapplicable dans les conditions de vie	11	1	8,3%	0.2	0.0 - 1.0	0.046**	0.1	0.0 - 0.7	0.017**
Opinion sur les politiques sanitaires									
Tout à fait d'accord pour toutes	44	17	27,9%	Ref.					
Plutôt d'accord pour toutes	24	12	33,3%	1.3	0.5 - 3.6	0.619			
Peu ou pas d'accord pour certaines	24	9	27,3%	1.0	0.4 - 2.3	0.947			

Tableau 7. Facteurs liés au fait de consulter un médecin pour des symptômes de la Covid-19 (suite)

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait de consulter un médecin devant des symptômes de la Covid					
	Pas de consult (n=92)	Consult méd (n=38)	% ayant consulté	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
MOBILITE									
Fréquence des sorties pendant le confinement									
Pour aucun motif plus de 3 fois par semaine	48	19	28,4%	Ref.					
Pour au moins un motif plus de 4 fois par semaine	44	19	30,2%	1.1	0.7 - 1.8	0.738			
ANTECEDENTS MEDICAUX ET SYMPTOMATOLOGIE									
Etat de santé auto-perçu									
Excellent ou bonne	22	7	24,1%	Ref.					
Moyenne ou mauvaise	62	27	30,3%	1.3	0.7 - 2.7	0.417			
Antécédents de maladie chronique									
Aucune maladie chronique déclarée	66	29	30,5%	Ref.					
Maladie chronique déclarée	26	9	25,7%	0.8	0.4 - 1.7	0.554			
Symptôme du Covid									
Non spécifiques	32	9	22,0%	Ref.			Ref.		
Spécifiques (Toux, Fièvre et/ou Anosmie/Ague)	60	29	32,6%	1.7	0.9 - 3.4	0.112	1.1	0.3 - 4.1	0.882
Inquiétude pendant l'épisode									
Très/plutôt inquiet	51	28	35,4%	Ref.			Ref.		
Pas/peu inquiet	41	10	19,6%	0.4	0.2 - 0.9	0.023**	0.3	0.1 - 1.0	0.060*
Sévérité auto-évaluée des symptômes									
Très/plutôt graves	27	14	34,1%	Ref.					
Pas/peu graves	65	24	27,0%	0.7	0.3 - 1.5	0.376			
Durée des symptômes									
< 7 jours	57	20	26,0%	Ref.			Ref.		
>= 7 jours	35	18	34,0%	1.5	0.8 - 2.7	0.225	1.1	0.5 - 2.5	0.779

Tableau 8. Facteurs liés au fait de consulter un médecin avant le confinement

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait de consulter un médecin lors de l'évènement de santé avant le confinement					
	Pas de consult (n=50)	Consult méd (n=172)	% ayant consulté	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
	n	n	%	OR	[95% CI]	P	OR	[95% CI]	P
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES									
Sexe									
Homme	43	140	76,5%	Ref.			Ref.		
Femme	7	32	82,1%	1.3	0.4 - 4.4	0.635	0.5	0.1 - 2.5	0.384
Age									
< 25 ans	10	21	67,7%	Ref.			Ref.		
25-40 ans	26	64	71,1%	1.2	0.6 - 2.2	0.563	0.4	0.2 - 0.9	0.031**
40-55 ans	9	46	83,6%	2.5	1.1 - 5.3	0.024**	0.6	0.2 - 1.8	0.393
>55 ans	5	41	89,1%	3.8	0.8 - 17.3	0.087*	0.4	0.1 - 3.3	0.404
Statut Marital									
Seul (célibataire, divorcé, veuf)	34	103	75,2%	Ref.			Ref.		
En couple (marié, concubinage)	16	69	81,2%	1.5	0.9 - 2.7	0.140	1.0	0.5 - 2.3	0.921
Origine									
Europe	10	37	78,7%	Ref.					
Hors Europe	40	135	77,1%	1.0	0.4 - 2.2	0.976			
Délai depuis l'arrivée en France									
Plus de 10 ans (et/ou français)	13	75	85,2%	Ref.			Ref.		
Entre 1 an et 10 ans	21	73	77,7%	0.7	0.3 - 1.5	0.333	2.1	0.8 - 5.9	0.140
Moins de 1 an	16	24	60,0%	0.3	0.1 - 0.9	0.032**	1.5	0.2 - 13.2	0.716
Situation administrative									
Nationalité Française	5	40	88,9%	Ref.			Ref.		
Titre de séjour /demande d'asile	28	86	75,4%	0.4	0.2 - 0.8	0.013**	0.2	0.0 - 0.9	0.036**
Situation irrégulière	17	46	73,0%	0.3	0.1 - 0.9	0.033**	0.1	0.0 - 0.5	0.007***
Langues parlées									
Francophone	25	120	82,8%						
Non Francophone	25	52	67,5%	0.4	0.2 - 1.0	0.046**	0.8	0.3 - 2.4	0.682
CARACTERISTIQUES SOCIALES									
Education									
Sans instruction	11	36	76,6%	Ref.					
Primaire/Collège/Autre	22	63	74,1%	0.9	0.5 - 1.8	0.739			
Lycée/Supérieur	17	72	80,9%	1.3	0.5 - 3.4	0.655			
Travail et revenus									
Travail déclaré/retraite	3	41	93,2%	Ref.			Ref.		
Allocation	12	52	81,3%	0.3	0.0 - 2.5	0.275	0.2	0.0 - 1.1	0.068*
Aucun/mendicité/activité informelle	35	78	69,0%	0.2	0.0 - 1.3	0.083*	0.4	0.1 - 3.0	0.382
Couverture santé									
Aucune (ou en attente)	30	35	53,8%	Ref.			Ref.		
Aide Médicale d'Etat	4	21	84,0%	4.8	1.9 - 12.2	0.001***	7.0	3.1 - 16.0	0.000***
Sécurité Sociale	16	116	87,9%	6.3	3.3 - 11.9	0.000***	5.4	2.8 - 10.6	0.000***
Logement avant le confinement									
Logement personnel	4	16	80,0%	Ref.			Ref.		
Foyer de Travailleurs	3	31	91,2%	2.4	0.7 - 8.3	0.174	3.0	0.7 - 13.1	0.138
Centre d'hébergement	5	39	88,6%	1.8	0.7 - 4.5	0.197	5.4	1.2 - 24.1	0.028**
Rue/Squat/Campement	33	57	63,3%	0.3	0.1 - 1.0	0.041**	0.7	0.2 - 3.0	0.650
Ami, connaissance, et autre	5	29	85,3%	1.2	0.5 - 2.9	0.714	3.7	0.9 - 15.0	0.068*
ANTECEDENTS ET EVENEMENT DE SANTE									
Etat de santé auto-perçu									
Bon ou excellent	10	34	77,3%	Ref.					
Moyen ou mauvais	33	115	77,7%	1.0	0.4 - 2.9	0.963			
Antécédents de maladie chronique									
Aucune maladie chronique déclarée	42	105	71,4%	Ref.			Ref.		
Maladie chronique	8	67	89,3%	3.3	1.8 - 6.3	0.000***	4.6	2.0 - 10.6	0.000***
Type de problème de santé rapporté									
Médical	45	120	72,7%	Ref.			Ref.		
Chirurgical et/ou Traumatologique	2	22	91,7%	4.1	0.7 - 25.5	0.127	10.0	1.6 - 60.9	0.013**
Gynéco-Obstétrical	1	4	80,0%	1.7	0.3 - 8.5	0.516	1.9	0.3 - 12.8	0.529
Ophtalmologique	1	2	66,7%	0.6	0.0 - 8.4	0.679	2.8	0.5 - 15.7	0.245
Santée mentale	1	9	90,0%	3.7	0.8 - 17.1	0.092*	6.3	1.6 - 24.6	0.008***
Dentaire	0	15	100,0%	Sup	NA	***	-	NA	-

Tableau 9. Facteurs liés au fait de consulter un médecin pendant le confinement (hors Covid-19)

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait de consulter un médecin lors de l'évènement de santé pendant le confinement					
	Pas de consult (n=52)	Consult méd (n=43)	% ayant consulté	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
	n	n	%	OR	[95% CI]	P	OR	[95% CI]	P
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES									
Sexe									
Homme	45	29	39,2%	Ref.			Ref.		
Femme	7	14	66,7%	3.1	0.8 - 12.1	0.101	2.7	0.4 - 19.5	0.323
Age									
< 25 ans	11	9	45,0%	Ref.			Ref.		
25-40 ans	23	21	47,7%	1.1	0.5 - 2.7	0.806	1.0	0.3 - 3.2	0.942
40-55 ans	9	8	47,1%	1.1	0.5 - 2.3	0.829	0.8	0.3 - 2.0	0.577
>55 ans	9	5	35,7%	0.7	0.2 - 2.9	0.602	0.4	0.0 - 4.1	0.418
Statut Marital									
Seul (célibataire, divorcé, veuf)	35	27	43,5%	Ref.					
En couple (marié, concubinage)	17	16	48,5%	1.2	0.6 - 2.6	0.599			
Origine									
Europe	8	10	55,6%	Ref.			Ref.		
Hors Europe	44	33	42,9%	0.6	0.3 - 1.4	0.241	0.2	0.0 - 2.2	0.169
Délai depuis l'arrivée en France									
Plus de 10 ans (et/ou français)	16	13	44,8%	Ref.					
Entre 1 an et 10 ans	22	21	48,8%	1.2	0.7 - 2.0	0.567			
Moins de 1 an	14	9	39,1%	0.8	0.3 - 2.3	0.667			
Situation administrative									
Nationalité Française	8	8	50,0%	Ref.			Ref.		
Titre de séjour /demande d'asile	24	23	48,9%	1.0	0.4 - 2.1	0.913	2.3	0.2 - 23.1	0.460
Situation irrégulière	20	12	37,5%	0.6	0.3 - 1.1	0.100*	1.1	0.1 - 8.3	0.919
Langues parlées									
Francophone	33	26	44,1%	Ref.					
Non Francophone	19	17	47,2%	1.1	0.5 - 2.4	0.737			
CARACTERISTIQUES SOCIALES									
Education									
Sans instruction	15	12	44,4%	Ref.			Ref.		
Primaire/Collège/Autre	27	16	37,2%	0.7	0.3 - 1.7	0.462	0.7	0.2 - 2.3	0.526
Lycée/Supérieur	10	15	60,0%	1.9	0.8 - 4.3	0.134	1.6	0.5 - 5.0	0.413
Travail et revenus									
Travail déclaré/retraite	8	8	50,0%	Ref.			Ref.		
Allocation	16	12	42,9%	0.7	0.5 - 1.2	0.222	0.6	0.2 - 1.8	0.330
Aucun/mendicité/activité informelle	28	22	44,0%	0.8	0.4 - 1.5	0.440	1.0	0.3 - 3.1	0.963
Couverture santé									
Aucune (ou en attente)	24	11	31,4%	Ref.			Ref.		
Aide Médicale d'Etat	4	4	50,0%	2.2	0.7 - 6.4	0.152	3.5	0.6 - 22.7	0.180
Sécurité Sociale	24	28	53,8%	2.5	1.3 - 4.9	0.006***	3.0	1.0 - 9.5	0.055*
Sites d'enquête									
Distributions alimentaires	9	4	30,8%	Ref.			Ref.		
Centre d'hébergement	33	33	50,0%	2.2	1.1 - 4.4	0.019**	7.8	3.2 - 19.0	0.000***
Foyer de Travailleurs	10	6	37,5%	1.3	0.7 - 2.8	0.412	5.9	1.4 - 26.1	0.019**
Densité dans les espaces de vie									
Partage des espaces avec max 1 autre pers	18	14	43,8%	Ref.			Ref.		
Partage d'au moins un espace avec 2 autres pers	34	29	46,0%	1.1	0.7 - 1.7	0.659	1.2	0.6 - 2.4	0.567
MOBILITE									
Fréquence des sorties pendant le confinement									
pour tout motif <4 fois/sem	25	20	44,4%	Ref.					
pour au moins un motif >= 4 fois/sem	27	23	46,0%	1.1	0.5 - 2.4	0.877			

Tableau 9. Facteurs liés au fait de consulter un médecin pendant le confinement (hors Covid-19) (suite)

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait de consulter un médecin lors de l'évènement de santé pendant le confinement					
	Pas de consult (n=52)	Consult méd (n=43)	% ayant consulté	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
ANTECEDENTS MEDICAUX ET EVENEMENT DE SANTE									
Etat de santé auto-perçu									
Bon ou excellent	7	8	53,3%	Ref.					
Moyen ou mauvais	37	28	43,1%	0.7	0.2 - 2.1	0.488			
Antécédents de maladie chronique									
Aucune maladie chronique déclarée	37	29	43,9%	Ref.					
Maladie chronique déclarée	15	14	48,3%	1.2	0.6 - 2.4	0.615			
Type de problème de santé rapporté									
Médical	38	27	41,5%	Ref.					
Chirurgical et/ou Traumatologique	1	2	66,7%	2.8	0.3 - 29.2	0.382			
Gynéco-Obstétrical	1	2	66,7%	2.8	0.2 - 34.1	0.412			
Ophtalmologique	3	4	57,1%	1.9	0.4 - 8.6	0.415			
Santée mentale	4	2	33,3%	0.7	0.1 - 5.6	0.738			
Dentaire	5	6	54,5%	1.7	0.4 - 7.9	0.502			

Tableau 10. Facteurs liés au fait d'avoir une couverture santé (sécurité sociale ou AME)

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait d'avoir une Couverture Santé (Sécurité Sociale ou AME)					
	Sans couv. Santé (n=150)	Avec couv. Santé (n=283)	% avec couv. santé	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
	n	n	%	OR	[95% CI]	P	OR	[95% CI]	P
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES									
Sexe									
Homme	133	230	63,4%	Ref.			Ref.		
Femme	17	53	75,7%	1.8	1.0 - 3.1	0.039**	1.8	1.1 - 3.1	0.025**
Age									
< 25 ans	44	27	38,0%	Ref.			Ref.		
25-40 ans	80	109	57,7%	2.1	1.4 - 3.3	0.000***	1.5	0.8 - 2.7	0.193
40-55 ans	16	73	82,0%	8.1	4.7 - 14.1	0.000***	3.9	2.0 - 7.5	0.000***
>55 ans	10	74	88,1%	13.7	6.5 - 28.8	0.000***	3.4	1.9 - 6.1	0.000***
Statut Marital									
Seul (célibataire, divorcé, veuf)	101	166	62,2%	Ref.					
En couple (marié, concubinage)	49	117	70,5%	1.4	0.9 - 2.3	0.123			
Origine									
Europe	18	67	78,8%	Ref.			Ref.		
Hors Europe	132	216	62,1%	0.4	0.2 - 0.6	0.000***	1.8	0.8 - 4.0	0.128
Délai depuis l'arrivée en France									
Plus de 10 ans (et/ou français)	22	131	85,6%	Ref.			Ref.		
Entre 1 an et 10 ans	63	128	67,0%	0.3	0.1 - 0.7	0.006***	1.3	0.4 - 4.2	0.652
Moins de 1 an	65	24	27,0%	0.0	0.0 - 0.1	0.000***	0.2	0.1 - 0.5	0.001***
Situation administrative									
Nationalité Française	12	63	84,0%	Ref.			Ref.		
Titre de séjour /demande d'asile	64	162	71,7%	0.4	0.2 - 0.8	0.009***	1.4	0.6 - 3.4	0.462
Situation irrégulière	74	58	43,9%	0.1	0.0 - 0.2	0.000***	0.3	0.2 - 0.7	0.004***
Langues parlées									
Francophone	69	211	75,4%	Ref.			Ref.		
Non Francophone	81	72	47,1%	0.3	0.2 - 0.6	0.000***	0.4	0.2 - 0.7	0.002***
CARACTERISTIQUES SOCIALES									
Education									
Sans instruction	32	61	65,6%	Ref.					
Primaire/Collège/Autre	68	112	62,2%	0.9	0.6 - 1.6	0.823			
Lycée/Supérieur	50	109	68,6%	1.2	0.6 - 2.4	0.538			
Travail et revenus									
Travail déclaré/retraite	10	83	89,2%	Ref.			Ref.		
Allocation	17	95	84,8%	0.7	0.3 - 1.7	0.481	1.4	0.5 - 3.9	0.569
Aucun/mendicité/activité informelle	121	104	46,2%	0.1	0.1 - 0.2	0.000***	0.3	0.1 - 0.7	0.009***
Logement avant le confinement									
Logement personnel	5	29	85,3%	Ref.			Ref.		
Foyer de Travailleurs	15	55	78,6%	0.5	0.2 - 1.3	0.151	1.3	0.4 - 4.7	0.684
Centre d'hébergement (et gymnases)	19	60	75,9%	0.5	0.2 - 1.0	0.053*	1.3	0.4 - 4.4	0.686
Rue/Squat/Campement	88	93	51,4%	0.2	0.1 - 0.5	0.002***	0.5	0.1 - 2.7	0.443
Ami, Logement solidaire, Autre	22	46	67,6%	0.3	0.2 - 0.7	0.004***	0.9	0.3 - 2.9	0.845
Département (lieu d'enquête)									
Paris	44	81	64,8%	Ref.					
Seine-Saint-Denis	106	202	65,6%	1.2	0.7 - 2.3	0.506			

Tableau 11. Facteurs liés au fait d'être sorti plus fréquemment (>4 fois par semaine)

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait d'être sorti plus fréquemment (> 4 fois par semaine pour au moins un motif)					
	Sorties < 4x /sem (n=210)	Sorties >= 4 fois /sem (n=223)	Proportion étant souvent sorties	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
	n	n	%	OR	[95% CI]	P	OR	[95% CI]	P
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES									
Sexe									
Homme	182	181	49,9%	Ref.			Ref.		
Femme	28	42	60,0%	1.6	1.1 - 2.2	0.012**	1.7	0.9 - 3.2	0.102
Age									
< 25 ans	49	22	31,0%	Ref.			Ref.		
25-40 ans	104	85	45,0%	1.6	0.9 - 2.9	0.079*	1.6	0.9 - 2.7	0.092*
40-55 ans	31	58	65,2%	3.3	1.9 - 5.6	0.000***	3.0	1.4 - 6.5	0.006***
>55 ans	26	58	69,0%	4.0	1.8 - 8.7	0.001***	2.3	0.8 - 7.3	0.142
Statut Marital									
Seul (célibataire, divorcé, veuf)	131	136	50,9%	Ref.			Ref.		
En couple (marié, concubinage)	79	87	52,4%	1.2	1.0 - 1.5	0.061*	1.1	0.9 - 1.4	0.430
Origine									
Europe	23	62	72,9%	Ref.			Ref.		
Hors Europe	187	161	46,3%	0.4	0.3 - 0.6	0.000***	0.6	0.3 - 1.3	0.204
Délai depuis l'arrivée en France									
Plus de 10 ans (et/ou français)	48	105	68,6%	Ref.			Ref.		
Entre 1 an et 10 ans	101	90	47,1%	0.5	0.4 - 0.7	0.000***	0.8	0.4 - 1.7	0.624
Moins de 1 an	61	28	31,5%	0.3	0.2 - 0.5	0.000***	0.5	0.2 - 1.2	0.111
Situation administrative									
Nationalité Française	19	56	74,7%	Ref.			Ref.		
Titre de séjour /demande d'asile	122	104	46,0%	0.4	0.2 - 0.7	0.002***	0.8	0.4 - 1.4	0.427
Situation irrégulière	69	63	47,7%	0.4	0.2 - 0.8	0.004***	1.7	0.7 - 4.1	0.256
Langues parlées									
Francophone	109	171	61,1%	Ref.			Ref.		
Non Francophone	101	52	34,0%	0.4	0.3 - 0.5	0.000***	0.7	0.4 - 1.3	0.295
CARACTERISTIQUES SOCIALES									
Education									
Sans instruction	50	43	46,2%	Ref.					
Primaire/Collège/Autre	91	89	49,4%	1.0	0.7 - 1.5	0.896			
Lycée/Supérieur	69	90	56,6%	1.2	0.7 - 2.3	0.489			
Travail et revenus									
Travail déclaré/retraite	24	69	74,2%	Ref.			Ref.		
Allocation	52	60	53,6%	0.4	0.2 - 0.7	0.001***	0.7	0.4 - 1.3	0.248
Aucun/mendicité/activité informelle	131	94	41,8%	0.3	0.2 - 0.4	0.000***	0.4	0.2 - 0.7	0.005***
Couverture santé									
Aucune (ou en attente)	87	63	42,0%	Ref.			0.9	0.5 - 1.5	0.590
Aide Médicale d'Etat	23	17	42,5%	0.9	0.6 - 1.5	0.654	0.5	0.2 - 0.9	0.030**
Sécurité Sociale	100	142	58,7%	1.7	1.2 - 2.6	0.007***	Ref.		
Sites d'enquête									
Distributions alimentaires	12	53	81,5%	Ref.			Ref.		
Centre d'hébergement	163	123	43,0%	0.2	0.1 - 0.4	0.000***	0.3	0.1 - 0.7	0.007***
Foyer de Travailleurs	35	47	57,3%	0.3	0.2 - 0.6	0.000***	0.2	0.1 - 0.5	0.001***
Densité dans le lieu de vie pendant le confinement									
Partage des espaces avec <= 1 autre pers	53	73	57,9%	Ref.			Ref.		
Partage d'au moins un espace avec >= 2 au	157	150	48,9%	0.6	0.3 - 1.0	0.050**	0.8	0.4 - 1.6	0.569
Logement avant le confinement									
Logement personnel	7	27	79,4%						
Foyer de Travailleurs	30	40	57,1%	0.5	0.2 - 1.4	0.193	1.0	0.3 - 3.0	0.971
Centre d'hébergement (et gymnases)	42	37	46,8%	0.3	0.2 - 0.8	0.008***	0.5	0.2 - 1.7	0.284
Rue/Squat/Campement	99	82	45,3%	0.3	0.1 - 1.0	0.044**	0.6	0.1 - 2.6	0.497
Ami, Logement solidaire, Autre	31	37	54,4%	0.3	0.1 - 1.1	0.067*	0.8	0.1 - 4.1	0.773

Tableau 11. Facteurs liés au fait d'être sorti plus fréquemment (>4 fois par semaine) (suite)

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait d'être sorti plus fréquemment (> 4 fois par semaine pour au moins un motif)					
	Sorties < 4x /sem (n=210)	Sorties >= 4 fois /sem (n=223)	Proportion étant souvent sortis	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
ATTITUDE VIS-À-VIS DES MESURES BARRIERES									
Respect déclaré des mesures barrières									
Toujours pour toutes	78	67	46,2%	Ref.			Ref.		
La plupart du temps pour toutes	47	46	49,5%	1.3	0.7 - 2.3	0.465	2.5	1.0 - 5.9	0.040**
De temps en temps/rarement/jamais pour certaines	70	73	51,0%	1.1	0.8 - 1.6	0.534	1.2	0.8 - 1.8	0.386
Inapplicable dans les conditions de vie	15	37	71,2%	2.9	1.2 - 7.0	0.017**	3.4	1.1 - 10.6	0.038**
Opinion sur les politiques sanitaires									
Tout à fait d'accord pour toutes	114	100	46,7%	Ref.			Ref.		
Plutot d'accord pour toutes	48	53	52,5%	1.2	0.7 - 2.1	0.578	1.2	0.5 - 2.6	0.709
Peu ou pas d'accord pour certaines	48	70	59,3%	1.4	1.0 - 1.8	0.025**	1.1	0.7 - 1.6	0.677
ANTECEDENTS MEDICAUX									
Etat de santé auto-perçu									
Excellent ou bonne	56	71	55,9%	Ref.			Ref.		
Moyenne ou mauvaise	131	135	50,8%	0.7	0.4 - 1.2	0.222	0.5	0.3 - 0.9	0.015**
Antécédents de maladie chronique									
Aucune maladie chronique déclarée	161	153	48,7%	Ref.			Ref.		
Maladie chronique déclarée	49	70	58,8%	1.3	0.9 - 1.9	0.122	1.1	0.8 - 1.5	0.607
SENTIMENT DE SOLITUDE OU D'INSECURITE									
Sensation de solitude									
Davantage ou autant seul qu'avant	149	143	49,0%	Ref.					
Bien entouré	59	75	56,0%	1.2	0.8 - 1.6	0.323			
Contact de la famille (tél, etc...)									
Rarement ou jamais	77	69	47,3%	Ref.					
De temps en temps	66	63	48,8%	1.0	0.6 - 1.6	0.969			
Tous les jours	67	90	57,3%	1.3	0.8 - 2.0	0.350			
Sensation d'insécurité									
Rarement à toujours	58	75	56,4%	Ref.					
Jamais	149	143	49,0%	0.8	0.5 - 1.3	0.365			
Contrôle de police									
Jamais	124	109	46,8%	Ref.					
>= 1 fois	85	111	56,6%	1.4	1.1 - 1.8	0.018**			

Tableau 12. Facteurs liés au fait de vivre dans un lieu avec une plus forte densité (>2pers/espace)

	Caractéristiques des populations			Facteurs liés au fait d'être dans un lieu avec une plus forte densité de personnes					
	Densité faible <=2 pers /espace (n=126)	Densité élevée >2 pers /espace (n=307)	% étant en lieu dense	Analyse bivariée			Analyse Multivariée		
	n	n	%	OR	[95% CI]	P	OR	[95% CI]	P
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES									
Sexe									
Homme	105	258	71,1%	Ref.			Ref.		
Femme	21	49	70,0%	0.6	0.3 - 1.2	0.174	0.9	0.3 - 2.6	0.848
Age									
< 25 ans	23	48	67,6%	Ref.			Ref.		
25-40 ans	49	140	74,1%	1.3	0.8 - 2.1	0.285	1.8	1.0 - 3.2	0.058*
40-55 ans	26	63	70,8%	0.9	0.5 - 1.5	0.567	1.2	0.6 - 2.3	0.578
>55 ans	28	56	66,7%	0.5	0.2 - 1.3	0.169	0.8	0.3 - 1.8	0.593
Statut Marital									
Seul (célibataire, divorcé, veuf)	81	186	69,7%	Ref.			Ref.		
En couple (marié, concubinage)	45	121	72,9%	0.8	0.5 - 1.2	0.246	0.8	0.4 - 1.3	0.347
Origine									
Europe	40	45	52,9%	Ref.			Ref.		
Hors Europe	86	262	75,3%	2.8	1.6 - 5.0	0.000***	2.2	1.4 - 3.5	0.001***
Délai depuis l'arrivée en France									
Plus de 10 ans (et/ou français)	48	105	68,6%	Ref.			Ref.		
Entre 1 an et 10 ans	55	136	71,2%	1.6	1.0 - 2.9	0.074*	0.8	0.4 - 1.7	0.559
Moins de 1 an	23	66	74,2%	2.0	0.7 - 5.6	0.163	0.9	0.3 - 2.7	0.790
Situation administrative									
Nationalité Française	36	39	52,0%	Ref.			Ref.		
Titre de séjour /demande d'asile	60	166	73,5%	2.8	1.2 - 6.6	0.015**	1.9	0.9 - 3.9	0.077*
Situation irrégulière	30	102	77,3%	2.8	1.1 - 6.7	0.024**	2.1	0.6 - 7.7	0.273
Langues parlées									
Francophone	75	205	73,2%	Ref.			Ref.		
Non Francophone	51	102	66,7%	1.8	1.0 - 3.3	0.049**	1.1	0.6 - 1.9	0.807
CARACTERISTIQUES SOCIALES									
Education									
Sans instruction	27	66	71,0%	Ref.			Ref.		
Primaire/Collège/Autre	48	132	73,3%	1.6	1.0 - 2.7	0.068*	2.5	1.5 - 3.9	0.000***
Lycée/Supérieur	51	108	67,9%	1.3	0.6 - 2.9	0.535	2.5	1.0 - 6.3	0.060*
Travail et revenus									
Travail déclaré/retraite	25	68	73,1%	Ref.			Ref.		
Allocation	26	86	76,8%	3.1	1.5 - 6.3	0.002***	3.1	1.4 - 7.1	0.006***
Aucun/mendicité/activité informelle	74	151	67,1%	1.8	0.7 - 4.6	0.252	1.0	0.4 - 2.6	0.928
Couverture santé									
Aucune (ou en attente)	47	103	68,7%	Ref.			Ref.		
Aide Médicale d'Etat	10	30	75,0%	0.8	0.4 - 1.7	0.521	0.9	0.3 - 2.7	0.879
Sécurité Sociale	69	173	71,5%	0.7	0.4 - 1.2	0.157	0.8	0.5 - 1.1	0.165
Sites d'enquête									
Distributions alimentaires	29	36	55,4%	Ref.			Ref.		
Centre d'hébergement	93	193	67,5%	1.9	0.7 - 4.8	0.200	1.1	0.3 - 3.7	0.899
Foyer de Travailleurs	4	78	95,1%	18.0	8.8 - 36.9	0.000***	5.4	1.4 - 20.4	0.013**
Logement avant le confinement									
Logement personnel	19	15	44,1%	Ref.			Ref.		
Foyer de Travailleurs	1	69	98,6%	64.2	3.6 - 1,137.0	0.005***	45.1	2.0 - 1,033.0	0.017**
Centre d'hébergement (et gymnases)	16	63	79,7%	4.6	1.6 - 13.4	0.006***	5.1	1.1 - 24.4	0.043**
Rue/Squat/Campement	64	117	64,6%	4.8	2.0 - 11.3	0.000***	4.5	1.1 - 18.7	0.041**
Ami, Logement solidaire, Autre	26	42	61,8%	2.3	1.1 - 4.9	0.035**	2.0	0.6 - 6.5	0.245
ANTECEDENTS MEDICAUX									
Etat de santé auto-perçu									
Excellent ou bonne	39	88	69,3%	Ref.					
Moyenne ou mauvaise	72	194	72,9%	1.3	0.7 - 2.5	0.433			
Antécédents de maladie chronique									
Aucune maladie chronique déclarée	84	230	73,2%	Ref.			Ref.		
Maladie chronique déclarée	42	77	64,7%	0.6	0.4 - 1.0	0.052*	0.8	0.4 - 1.7	0.618

L'atlas de l'évolution des pratiques spatiales avant et pendant le confinement par site d'enquête

Dans le questionnaire, sept (7) questions avaient trait à des lieux. Interroger les participants sur leurs pratiques spatiales avait pour but de tester plusieurs hypothèses et surtout de compléter les analyses issues des données statistiques et observationnelles.

Une première hypothèse portait sur une possible « hyper-mobilité » des personnes en situation de précarité pendant le confinement en partant du principe que la raréfaction des ressources entraînerait une augmentation de la mobilité à la recherche de celles disponibles.

Une deuxième hypothèse était de tester l'ancrage local et l'accès aux ressources existantes dans un bassin de proximité en particulier autour des Centres d'Hébergement d'Urgence et des Foyers de Travailleurs. En d'autres termes, que les sites d'hébergement soient anciens ou d'urgence, comment ceux-ci se sont-ils intégrés à la carte sanitaire et sociale locale et comment ces ressources ont-elles été utilisées ? Les personnes en situation de précarité ont-elles été davantage isolées ou au contraire intégrées localement ?

Une troisième hypothèse était de tester le rôle protecteur des dispositifs d'urgence. Les CHU ont-ils joué leur rôle protecteur en fournissant les services nécessaires (alimentation, support sanitaire et social) permettant aux hébergés de vivre leur confinement comme tout un chacun ? Ou au contraire, les hébergés ont-ils du sortir pour accéder aux ressources qui ne leur étaient finalement pas fournies. On pense par exemple aux soins de santé qui ne faisaient initialement pas partie du cahier des charges des CHU.

Une quatrième hypothèse – et peut être la plus naïve dans un contexte de crise inédite – était de suivre la recomposition des recours aux soins. Les recours aux soins Covid-19 et hors Covid ont-ils eu lieu au même endroit ? Lesquels apparaissent plus compliqués ?

Les cartes présentées dans cet atlas, par site d'enquête, permettent de montrer des tendances qui varient tant selon les sites que les types d'hébergement. Les effectifs (systématiquement mentionnés) de répondants étant très faibles, il convient de lire ces cartes comme des tendances.

Types d'analyses

Le site d'enquête était considéré comme point de référence.

1. Lieu de travail – généralement avant le confinement

Pourquoi ? Informer sur l'aire de déplacement des individus : nous avons très peu de réponses à cette question, la question du travail étant trop floue auprès de ces publics, sauf pour les deux FTM.

2. Lieu où les personnes ont le plus souvent eu accès à l'alimentation pendant le confinement – Il peut s'agir du CHU, d'un supermarché, d'une cantine locale, de sites de distribution alimentaire...

Hypothèse. 1) Le confinement et la raréfaction des ressources ont fait augmenter la distance à parcourir pour avoir accès aux biens de première nécessité ; 2) Malgré une mise à l'abri en CHU, les personnes ont continué de sortir pour trouver accès à la nourriture.

3. Lieu où les participants dormaient le plus généralement juste avant le confinement.

4. Lieu où les participants dormaient le plus généralement pendant le confinement

Pourquoi. Informer sur l'aire de « ratissage » des CHU en particulier. Les questions sous-jacentes portent sur la diversité des publics aux origines sociales, migratoires variées qui se sont retrouvées hébergées ensemble. Egalement, il s'est agi de questionner les effets d'une possible distance entre le lieu de vie habituel et le lieu d'hébergement comme possible frein à l'acceptation d'un hébergement d'urgence

temporaire. Cette question n'est pas applicable pour les FTM, en partant du principe que les résidents (qu'ils soient ou pas surnuméraires) y vivaient avant.

5. Lieu où les participants consultaient généralement avant le confinement

Pourquoi. Avoir des données de base (même si le recueil est rétrospectif) sur les volumes estimés et les sites de recours « en temps normal » et ce en lien avec le lieu « habituel » de vie des participants.

6. Lieu où les participants ont consulté pour une question de santé aiguë ou chronique non liée à des symptômes évoquant la Covid-19 pendant le confinement

7. Lieu où les participants ont consulté pour une question de santé liée à des symptômes évoquant la Covid-19 pendant le confinement

Hypothèse. Les modes de recours ont été différents selon les soins recherchés. On partait de l'hypothèse qu'il serait plus aisé d'avoir recours à des soins Covid-19 et que les soins hors Covid seraient plus difficiles d'accès pour les personnes en demande.

Distribution alimentaire 1 (Sud de Paris)

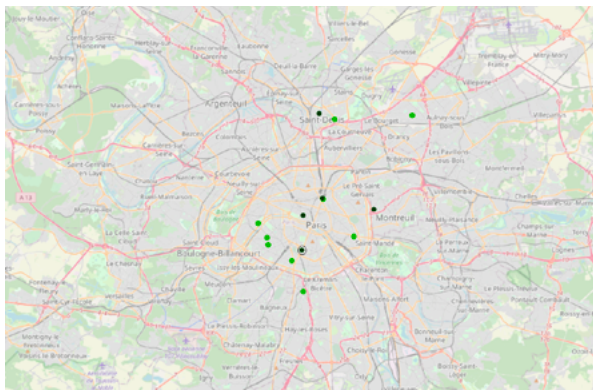
Nombre de participants à l'étude dans ce site de distribution = 13

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 5 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

La distribution alimentaire 1 proposait pendant le confinement divers services : une distribution alimentaire (l'opérateur était financé par la mairie de Paris), un accompagnement social et juridique, un lien avec les services psychiatriques de l'hôpital Sainte-Anne et une clinique mobile de MSF une fois par semaine. Ce site était plutôt perçu comme un

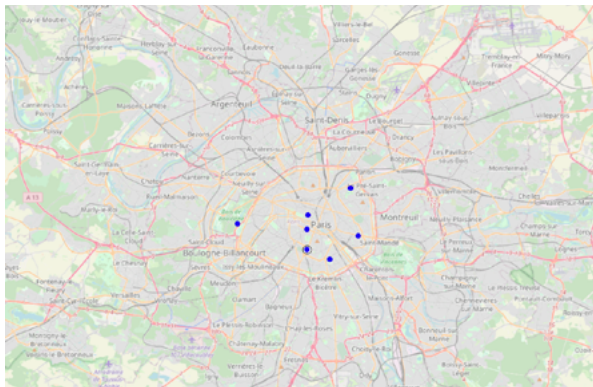
lieu d'ouverture / un sas de décompression pour les personnes qui souhaitaient une forme de sociabilité. Les personnes fréquentant la distribution alimentaire 1 se rendaient aussi dans d'autres lieux, se déplacent dans Paris et ont fait partie d'une population à la fois isolée et mobile pendant le confinement.



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Hébergement avant le confinement (n=9)
- Hébergement pendant le confinement (n=5)

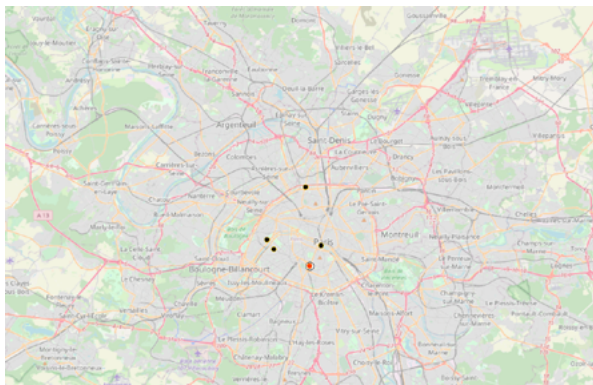
Les points représentent un individu. On observe non seulement un changement de lieu de résidence entre avant et pendant le confinement et aussi une grande dispersion des répondants.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=12)

Malgré une solution d'offre alimentaire, le recours à la distribution alimentaire 1 n'est pas l'option principale chez les répondants. Ils restent largement mobiles dans Paris.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors-Covid-19 pendant le confinement

- Lieu de consultation avant le confinement (n=4)
- Lieu de consultation pendant confinement (n=1)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=0)

Les répondants n'ont pas rapporté avoir recherché des soins Covid-19. Parmi les consultations avant le confinement, les participants ont rapporté recourir à l'AP-HP ou à la médecine de ville. Pendant le confinement, le seul participant ayant déclaré avoir eu recours aux soins l'a fait à la distribution alimentaire 1, certainement auprès de la clinique mobile de MSF.

CHU 2 (Seine Saint-Denis, 93)

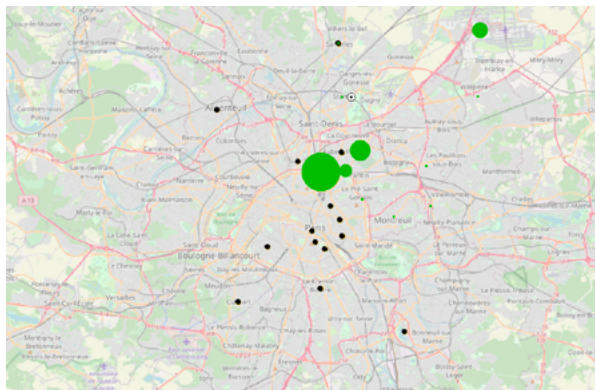
Nombre de participants à l'étude dans ce CHU = 49

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 42 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Le CHU2 a accueilli essentiellement des personnes issues du démantèlement du camp d'Aubervilliers. Les résidents, logés dans des chambres doubles avec sanitaires, ne se connaissaient pas avant. L'équipe de MSF a réalisé au moins une visite par semaine, incluant des prises en charge psychologiques par

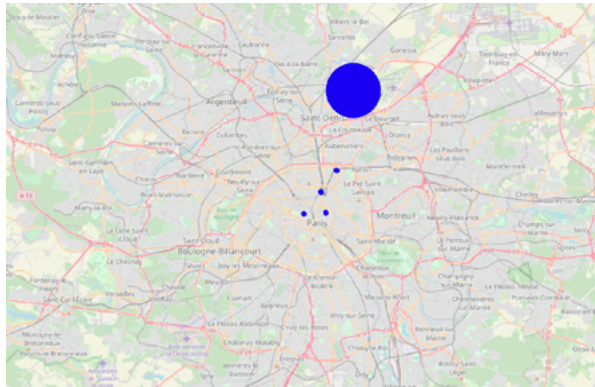
l'équipe mobile de psychologues du département et la psychologue du projet MSF. CHU2 est assez isolé de Paris, les personnes qui se rendaient dans la capitale pour des rendez-vous en préfecture ou pour des raisons médicales se sont inscrits en proximité du CHU.



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Hébergement avant le confinement (n=48)
- Lieu consultation avant confinement (n=23)

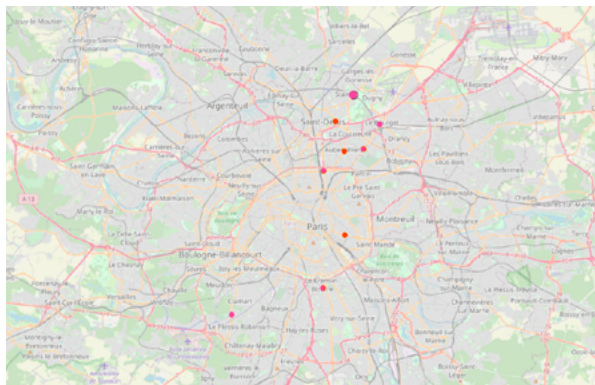
La plupart des répondants hébergés à CHU2 sont d'origine plutôt circonscrite : les aéroports de Paris (n=9) et les portes de Chapelle et d'Aubervilliers (n=23). Pour autant les lieux de consultations sont très éclatés ce qui témoigne de parcours de recherche de soins et d'hébergement visiblement complexes avant même le confinement.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=47)

La solution d'hébergement en CHU2 a semble-t-il permis d'assurer une subsistance alimentaire pour la plupart des répondants (n=42). Quelques-uns ont recouru à des sites d'approvisionnement dans Paris.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors-Covid-19 pendant le confinement

- Lieu de consultation générale (n=6)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=8)

Les consultations de santé sont réalisées de façon éclatées dans Paris et en proche banlieue et plutôt dans les hôpitaux de l'AP-HP. Similairement pour les consultations Covid-19, outre trois cas reportés comme ayant été directement traités en consultation au CHU.

Distribution alimentaire 2 (centre de Paris)

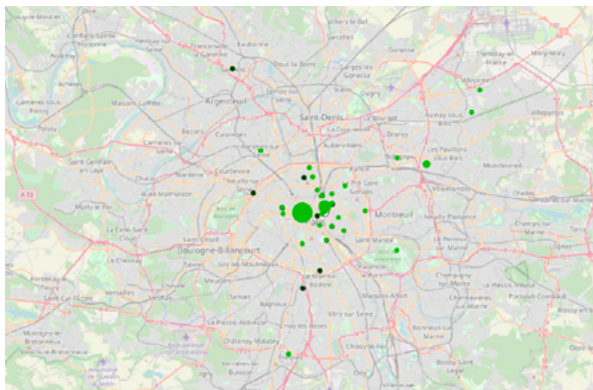
Nombre de participants à l'étude dans ce site de distribution = 52

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 27 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Dans le quartier parisien central de « République », la distribution alimentaire accueillait essentiellement des personnes plutôt âgées dormant dans la rue. D'autres vivaient seuls dans leur appartement, certains étaient toxicodépendants. Les services en santé étaient assurés par MSF une fois par semaine avec la clinique mobile stationnée devant le bâtiment.

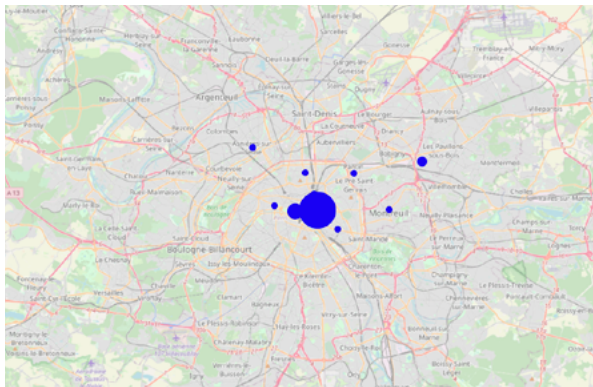
On observe clairement sur les cartes un recentrage des pratiques dans le centre de Paris, quels que soient les services recherchés et même pour se loger, aussi précaires que les modes d'hébergement puissent être. C'était à la fois une population mobile, mais aussi une population qui semble-t-il a suivi les services disponibles pendant le confinement.



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Hébergement avant le confinement (n=49)
- Hébergement pendant le confinement (n=18)

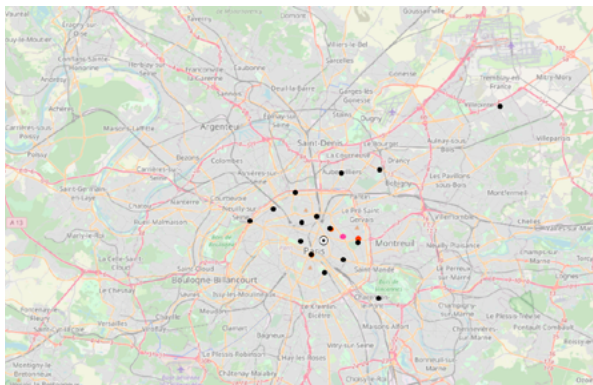
Les répondants ont rapporté se rapprocher de Paris au moment du confinement. Nombreux sont ceux à avoir déclaré résider dans Paris, sans plus de précisions. Peu de personnes résidant hors de Paris ont fait partie des répondants pendant le confinement.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=45)

Les deux tiers (n=27) des répondants ont eu recours à la distribution alimentaire 2 comme source principale d'alimentation pendant le confinement, ce qui marque le caractère et l'importance de ce service pour ces personnes.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors-Covid-19 pendant le confinement

- Lieu de consultation avant le confinement (n=21)
- Lieu de consultation pendant confinement (n=3)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=2)

Les répondants ont largement moins rapporté de comportement de recherche en santé pendant le confinement. Qu'il s'agisse de symptômes Covid-19 ou d'autres besoins de santé, c'est davantage vers l'APHP qu'ils se sont tournés.

CHU 4 (Val d'Oise, 95)

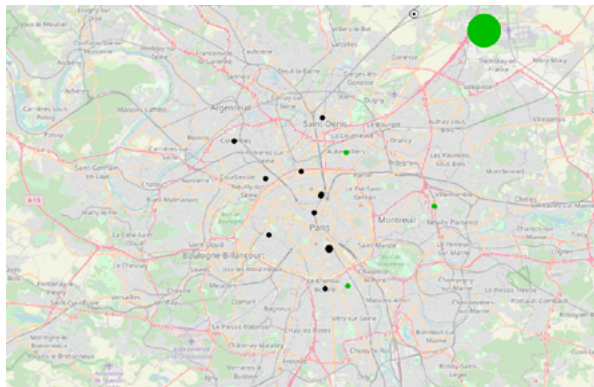
Nombre de participants à l'étude dans ce CHU = 31

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 23 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Le CHU4 a eu la spécificité de recevoir des personnes sans abri résidant dans l'aéroport Charles de Gaulle. Essentiellement des personnes aux long parcours de rue, elles ne se connaissaient pas et ont bénéficié d'un hébergement en proximité de leur lieu de vie habituel. Pour autant, situé dans une zone d'activité en grande banlieue parisienne, le CHU4 a fait apparaître plusieurs logiques en termes de mobilité : une logique de proximité avec les repas

au CHU (dans la salle commune avec distanciation d'un mètre entre chaque table), un accès aux soins en ville ou directement au CHU (équipes mobiles de MSF) et une logique d'accès direct à Paris (ligne RER D). Les personnes étaient logées en chambres simples le plus souvent et doubles avec sanitaires et le gestionnaire, très expérimentée avec ce public a accompagné les résidents dans leur prise en charge sociale et administrative.

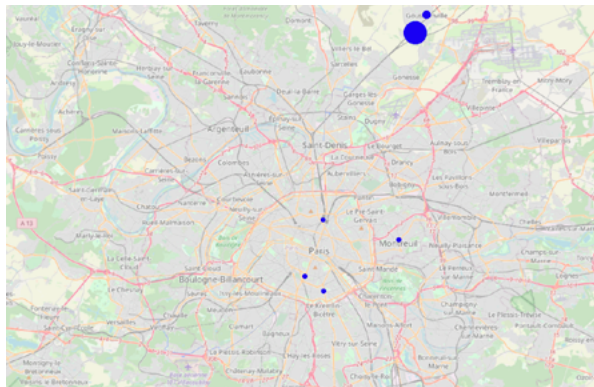


Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

● Hébergement avant le confinement (n=31)

● Lieu de consultation avant le confinement (n=15)

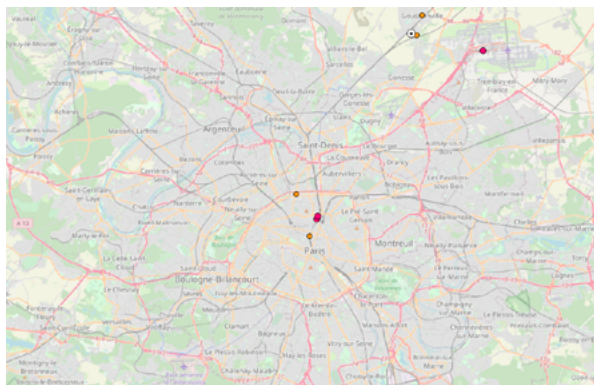
La plupart des personnes hébergées à CHU4 sont des personnes sans abri résidant dans les aéroports de l'aéroport Charles de Gaulle (n=23). Malgré la présence d'un centre de santé dans l'aéroport, on observe des recours aux soins variés dans Paris : quelques sites de l'AP-HP et d'autres sites variés.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

● Lieu d'approvisionnement (n=30)

Malgré une solution de restauration en CHU seuls 17 personnes se sont principalement nourries à l'hôtel, 9 ont plutôt acheté des aliments à CHU4 et quatre personnes à Paris ou en banlieue.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors-Covid-19 pendant le confinement

● Lieu de consultation générale (n=4)

● Lieu de consultation Covid-19 (n=4)

Pendant le confinement, les recours aux soins ont plutôt eu lieu soit en proximité à CHU4 en ville ou directement dans le CHU, soit dans Paris et plutôt dans les hôpitaux AP-HP.

FTM 1 (Seine Saint-Denis, 93)

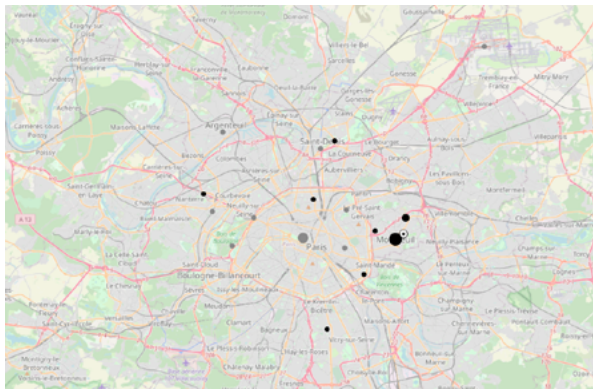
Nombre de participants à l'étude dans ce FTM = 45

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 29 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Le FTM 1 est un foyer historique d'une commune populaire limitrophe de Paris. Le FTM est très intégré dans son quartier. Une véritable vie sociale s'y déroule. C'est un vieux foyer décati hébergeant de nombreux sumuméraires. La relation avec le gestionnaire est purement administrative. Organisés en comités, les résidents avaient changé leurs pratiques avant même les déclarations officielles de confinement : fermant mosquée et cuisine commune. La nourriture était alors accessible sous forme de plats communs partagés et l'espace de vie s'est

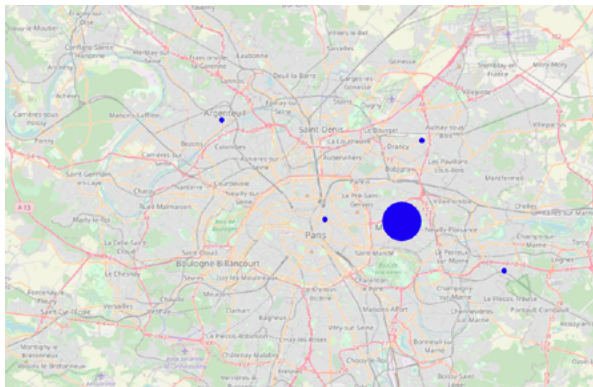
recentré sur le foyer. Ce que les cartes indiquent clairement sont les distances que parcouraient ces travailleurs modestes dans la région parisienne et comment le confinement a réduit les distances de déplacement. En toute logique, en termes d'accès aux soins, les résidents recourent aux services en proximité (Hôpital, Hôpitaux AP-HP du 20^{ème} arrondissement de Paris), CMS de la commune voisine ou médecine de ville. En somme les mobilités des habitants de ce FTM montrent un resserrement logique des pratiques de vie.



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Lieu de travail avant le confinement (n=24)
- Lieu de consultation avant le confinement (n=15)

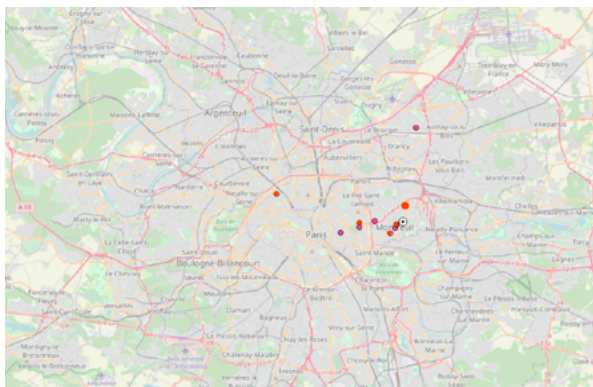
Dans le cas de ce FTM, on observe sans surprise les grandes distances parcourues par les résidents vers leurs lieux de travail. On observe même des corrélations entre le lieu de travail et le lieu de consultation. Les consultations avant le confinement se font plutôt dans la proximité.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=43)

L'approvisionnement en nourriture s'est fait essentiellement dans le quartier et au sein du FTM sous forme de marmites partagées.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors-Covid-19 pendant le confinement

- Lieu de consultation générale (n=6)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=7)

Les consultations Covid-19 ou hors-Covid se sont faites en proximité et notamment dans les CMS, certains hôpitaux AP-HP de l'est parisien.

CHU 6 (Seine Saint-Denis, 93)

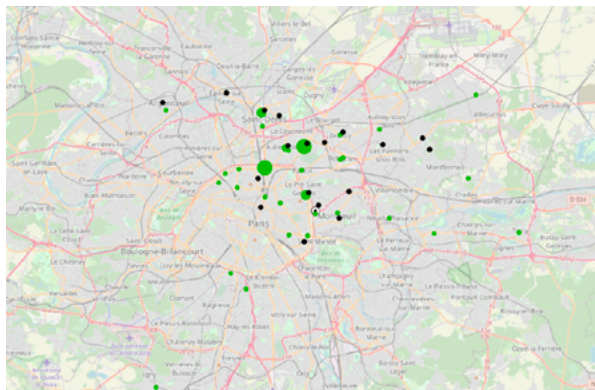
Nombre de participants à l'étude dans ce CHU = 63

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 25 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Au CHU 6, les résidents ont largement demandé du soutien social aux travailleurs sociaux du gestionnaire. Les services de santé ont été assurés par des équipes mobiles de MSF. CHU6 a accueilli des populations variées et notamment des familles

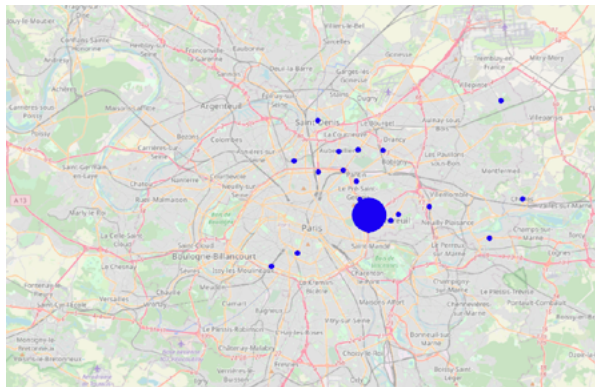
qui étaient dispersées en Île-de-France avant le confinement. Malgré une provision de services de base, les résidents ont continué de se déplacer à la recherche de nourriture et de soins en dehors du site.



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Hébergement avant le confinement (n=61)
- Lieu consultation avant confinement (n=25)

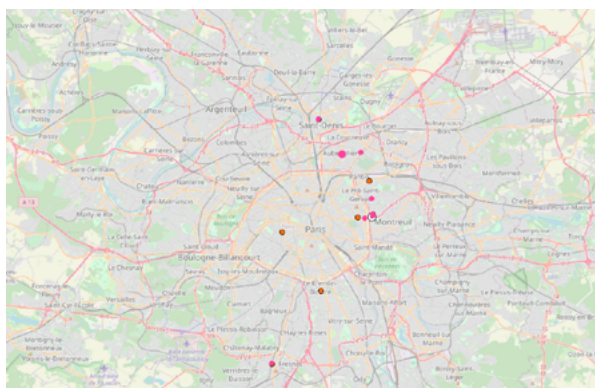
Les petits points représentent un individu. Il n'y a pas de corrélation directe entre les points. En revanche, on observe une distribution spatiale corrélée entre là où les gens vivaient et là où des consultations ont été réalisées.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=59)

Malgré une solution de restauration en CHU, 24 personnes ont continué de se nourrir en dehors de l'hôtel, la plupart du temps.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors-Covid-19 pendant le confinement

- Lieu de consultation générale (n=7)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=9)

Les recours ont été variés dans des sites différents qu'il s'agisse de la Covid-19 ou de soins hors Covid-19.

CHU 7 (Seine Saint-Denis 93)

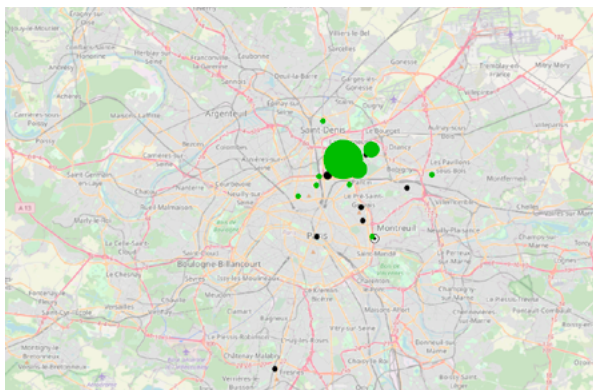
Nombre de participants à l'étude dans ce CHU = 39

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 15 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Au CHU 7, les résidents étaient originaires du démantèlement du camp d'Aubervilliers (demandeurs d'asile) ou placés par le SAMU social. La plupart de ces personnes étaient à deux par chambre avec accès à la nourriture dans le logement.

Les demandes en assistance administrative et sociale étaient fortes. MSF a réalisé quelques visites de santé. Malgré l'existence de services dans le CHU, les résidents sont restés assez mobiles.

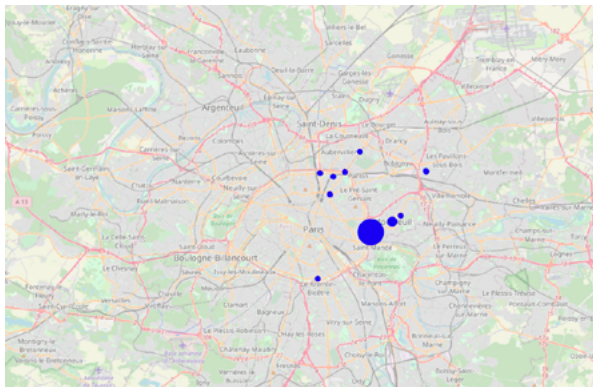


Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

● Hébergement avant le confinement (n=37)

● Lieu de consultation avant le confinement (n=15)

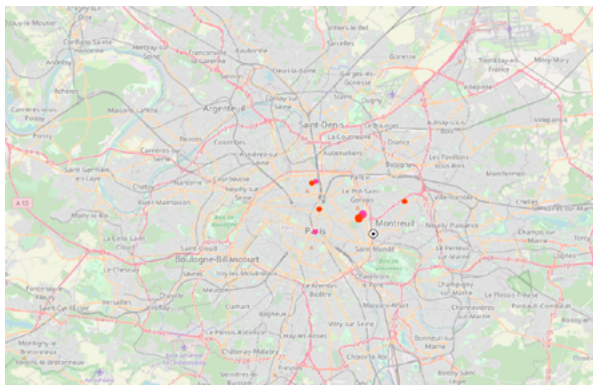
Dans le cas de ce CHU, on observe que les participants viennent essentiellement des mêmes sites (portes de Chapelle et d'Aubervilliers, n=21) et que leurs pratiques de recours aux soins se faisaient plutôt dans une logique de proximité.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

● Lieu d'approvisionnement (n=38)

Malgré une solution de restauration en CHU, seule la moitié (n=18) des personnes ont déclaré s'être essentiellement nourries à l'hôtel. D'autres ont déclaré avoir recours à la nourriture dans la commune où est situé le CHU.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors-Covid pendant le confinement

● Lieu de consultation générale (n=5)

● Lieu de consultation Covid-19 (n=4)

Les recours se sont faits dans le nord et l'est parisien et plutôt en hôpital.

CHU 8 (Sud de Paris)

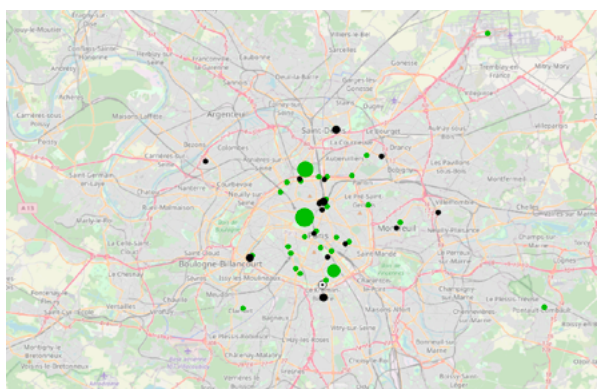
Nombre de participants à l'étude dans ce CHU = 60

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 39 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Au CHU8, dans le Sud de Paris, la politique d'hébergement stricte du gestionnaire n'a pas empêché des mobilités relativement importantes. Les services sociaux et de santé ont été mis en place dans le temps du confinement et avec des acteurs de proximité. Pour autant cette population résidente extrêmement hétéroclite, tant socialement que

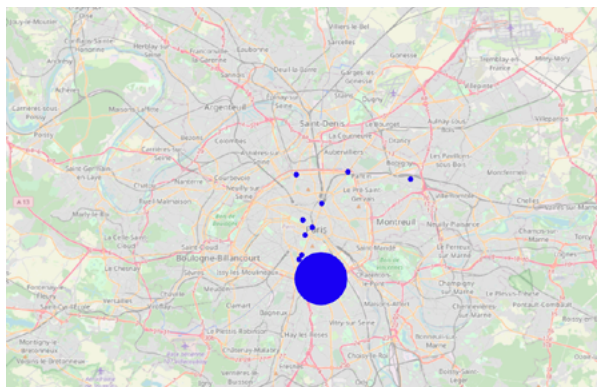
d'origine géographique précédant le confinement, a continué de se mouvoir pour chercher des services. Parmi les recours aux soins, on observe des recours plus importants dans les hôpitaux de l'AP-HP et le long des lignes de métro / bus parisiens accessibles depuis sa localisation dans le sud de Paris.



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Hébergement avant le confinement (n=53)
- Lieu de consultation avant le confinement (n=22)

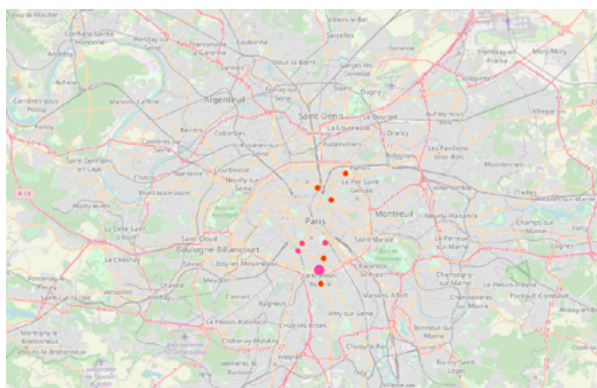
Les points représentent un individu. Il n'y a pas de corrélation directe entre les points. En revanche, on observe une distribution spatiale corrélée entre là où les gens vivaient et là où des consultations ont été réalisées. On observe aussi une extrême diversité des lieux d'origine des personnes hébergées dans ce CHU.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=56)

Avec cette solution d'hébergement en CHU, deux tiers (n=39) des personnes ont déclaré s'être essentiellement nourries à l'hôtel. S'ajoutent 7 personnes ayant déclaré avoir recours à l'alimentation porte d'Italie.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors Covid pendant le confinement

- Lieu de consultation générale (n=6)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=8)

4 consultations covid-19 ont été réalisées au CHU et 2 à la Pitié (Hôpital APHP directement accessible). Les consultations hors Covid-19 ont eu lieu dans des hôpitaux APHP parisiens et plutôt accessibles en transport.

CHU 9 (Seine Saint-Denis, 93)

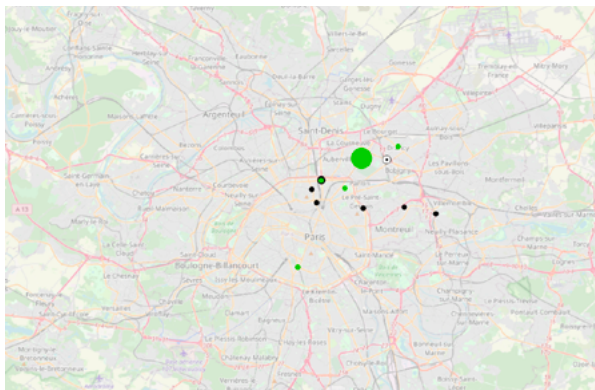
Nombre de participants à l'étude dans ce CHU = 18

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 14 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Au CHU 9, on observe un resserrement des aires de mobilité autour de l'hôtel. L'accompagnement fin (avec un personnel nombreux) de ce petit CHU a permis aux hébergés essentiellement originaires

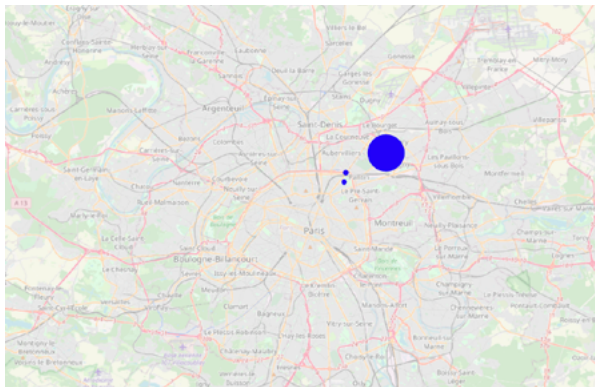
du démantèlement du camp d'Aubervilliers de rester en proximité, en dehors de mobilités spécifiques (non représentées ici) de rdv en préfecture pour des demandes de droits.



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Hébergement avant le confinement (n=15)
- Lieu de consultation avant le confinement (n=8)

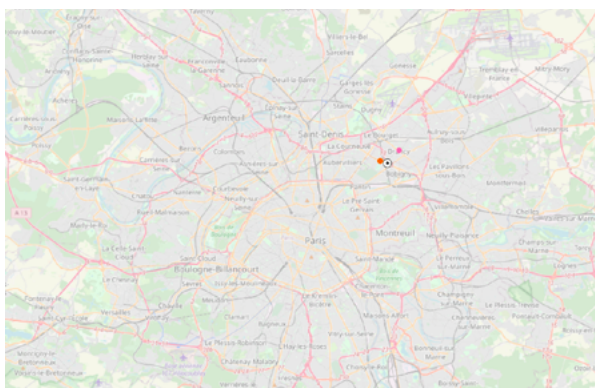
Les points représentent un individu. Il n'y a pas de corrélation directe entre les points. En revanche, on observe une distribution spatiale corrélée entre là où les gens vivaient et là où des consultations ont été réalisées. On observe aussi une relative faible diversité des lieux d'origine des hébergés.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=16)

Avec cette solution d'hébergement en CHU, la quasi-totalité (n=14) des hébergés ont pris leurs repas à l'hôtel.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors Covid pendant le confinement

- Lieu de consultation générale (n=1)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=2)

Les consultations en dehors du CHU ont eu lieu dans une immédiate proximité.

Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (Seine Saint-Denis, 93)

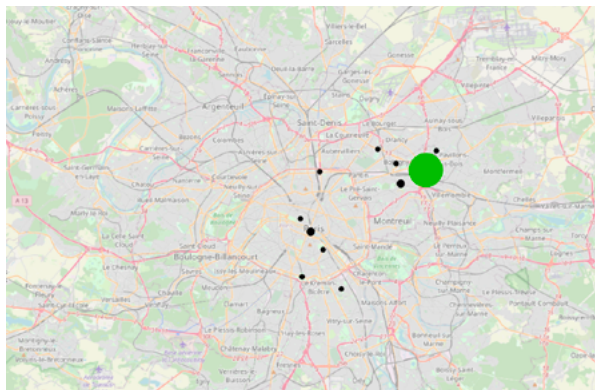
Nombre de participants à l'étude dans cet HUDA = 26

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 25 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

L'HUDA n'est pas un centre d'urgence : il existait avant le confinement et les résidents se connaissaient et pour certains avaient un lien social entre eux. Les recours aux services se sont resserrés pendant le confinement avec des mobilités essentiellement en proximité de la commune. Les résidents sont logés dans de grands appartements avec plusieurs

chambres. Dans chaque chambre cohabitent une ou deux personnes, parfois une mère avec enfants et dans cet appartement les espaces de cuisine, sanitaires sont partagés. Les résidents sont non seulement accompagnés par le gestionnaire mais aussi autonomes dans leurs modes de vie déjà intégrés localement.

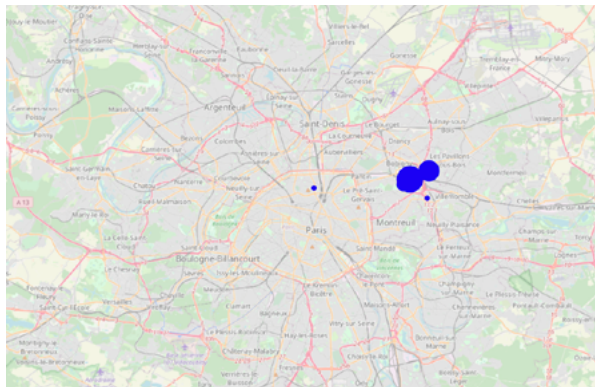


Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

● Hébergement avant le confinement (n=25)

● Lieu de consultation avant le confinement (n=12)

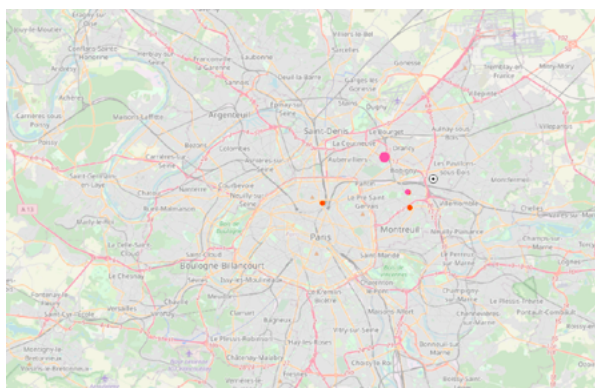
Dans le cas de cet HUDA, on remarque des recours aux soins très variés. L'ensemble des hébergés résidait dans l'HUDA avant le confinement et la diversité des lieux de recours peut être attribué au parcours migratoire de ces personnes. Six d'entre elles ont eu recours à des hôpitaux AP-HP.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

● Lieu d'approvisionnement (n=26)

La plupart des hébergés ont déclaré s'approvisionner en nourriture dans la commune à proximité de l'HUDA. Les hébergés ont donc dû sortir pour accéder régulièrement à la nourriture.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors Covid pendant le confinement

● Lieu de consultation générale (n=5)

● Lieu de consultation Covid-19 (n=6)

Les consultations Covid-19 ou hors Covid se sont faites dans des hôpitaux de proximité.

FTM 2 (Seine Saint-Denis, 93)

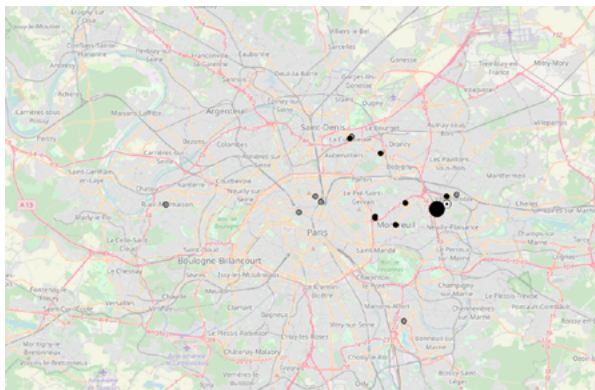
Nombre de participants à l'étude dans ce FTM = 37

Carte en cercles proportionnels : effectif minimum = 1 individu | effectif maximum = 10 individus

Echelle : 1:330.000 – Réalisé avec le logiciel libre QGIS – Oct. 2020

Le FTM 2 n'est pas un FTM décati. Il est un lieu de vie, de résidence de travailleurs. De même que pour FTM1, on observe de grandes distances parcourues vers les lieux d'exercice professionnel. Pendant le confinement, ceux-ci se sont naturellement réduits. Les résidents du FTM 2 fréquentent les supermarchés

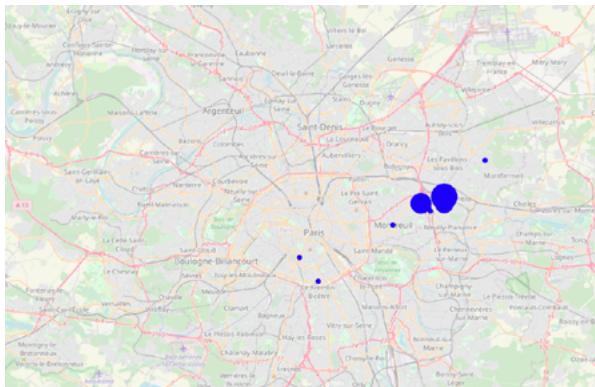
de Rosny sous-Bois et c'est également là qu'ils se soignent en CMS ou médecine de ville. En d'autres termes, leurs mobilités se sont réduites, comme l'ensemble de la population en temps de confinement. Ils ont recouru aux services habituels en proximité ».



Lieux où les participants dormaient et lieux de recours aux soins avant le confinement

- Lieu de travail avant le confinement (n=9)
- Lieu de consultation avant le confinement (n=17)

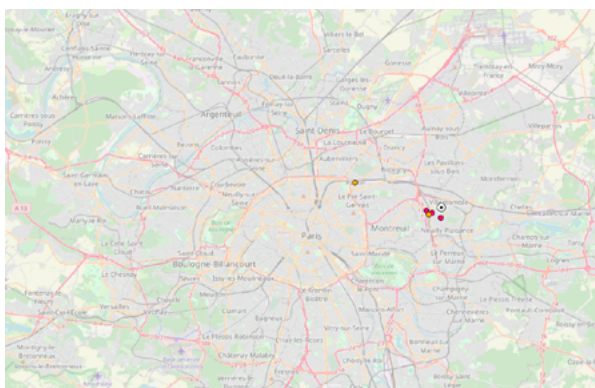
Dans le cas de ce FTM, on observe sans surprise les grandes distances parcourues par les résidents vers leurs lieux de travail. On observe même des corrélations entre le lieu de travail et le lieu de consultation. Les consultations avant le confinement se font plutôt dans la proximité à Rosny sous-Bois.



Lieux d'approvisionnement en nourriture pendant le confinement

- Lieu d'approvisionnement (n=37)

L'approvisionnement en nourriture s'est fait dans les supermarchés de proximité, en particulier à Rosny sous-Bois.



Lieux où les participants ont consulté pour un problème de santé Covid-19 ou hors Covid pendant le confinement

- Lieu de consultation générale (n=2)
- Lieu de consultation Covid-19 (n=3)

Les consultations Covid-19 ou hors Covid se sont faites en proximité et notamment dans une pharmacie ou au CMS de Rosny sous-Bois.

