



UN MODÈLE INNOVANT D'INTERVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE MOBILE DE LA COVID-19 CHEZ LES PERSONNES SANS-ABRI À MARSEILLE

[Émilie Mosnier](#), [Cyril Farnarier](#), [Marine Mosnier](#), [Camille Allaria](#), [Sandrine Loubière](#), [Elisabetta Monfardini](#), [Stanislas Rebaudet](#), [Thomas Bosetti](#), [Aurélien Tinland](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2022/0 Prépublication | pages 1e à 11

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.pr1.0005

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-0-page-1e.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Un modèle innovant d'intervention, de dépistage et de prise en charge mobile de la Covid-19 chez les personnes sans-abri à Marseille

Covid-19 innovative mobile strategy of test and care among homeless people in Marseille

Émilie Mosnier^{1,2}, Cyril Farnarier³, Marine Mosnier⁴, Camille Allaria¹, Sandrine Loubiere^{1,6}, Elisabetta Monfardini⁵, Stanislas Rebaudet², Thomas Bosetti⁴, Aurélie Tinland^{5,6}

➔ Résumé

Introduction : Les personnes en situation de sans-abrisme sont plus à risque de contracter l'infection à SARS-CoV-2, du fait notamment de leurs conditions de vie précaires qui rendent difficile le maintien des mesures barrières. Un projet de recherche portant sur la COVID parmi les personnes sans-abri (cohorte COVIDhomeless) a mis en évidence des discontinuités de recours aux soins chez les personnes incluses.

Objectif : Nous décrivons une intervention innovante, issue du projet de recherche cohorte COVIDhomeless, dont l'objectif était de proposer une action mobile de dépistage COVID-19 et de suivi adaptée aux besoins des personnes en situation de sans-abrisme (rue, squat, bidonville ou hébergement d'urgence) à Marseille.

Résultats : L'intervention comprenait 1) la coordination de 18 structures institutionnelles et associatives en lien avec ces publics, 2) la formation et la mise à disposition de tests rapides de diagnostic sérologique et antigénique auprès des acteurs de terrain, 3) la mise en place d'une équipe mobile dédiée organisant le dépistage, accompagnée par des médiateurs communautaires formés à la médiation en santé, le diagnostic rapide par test virologique PCR en « point of care », le conseil et le suivi, ainsi qu'un accompagnement adapté aux personnes positives à la COVID-19. L'acceptabilité de l'intervention a été bonne tant du point de vue des structures que des acteurs de terrain et des bénéficiaires. Le manque de disponibilité d'hébergements adaptés a été retrouvé comme un facteur central dans la limitation des prises en charge.

Conclusion : Des équipes mobiles dédiées, sur le principe de « l'aller-vers », semblent limiter l'impact de l'épidémie dans cette population à risque.

Mots-clés : COVID-19 ; Sans-abri ; Santé communautaire ; Marseille ; Mal-logement ; Politiques de santé.

➔ Abstract

Introduction: Homeless people are particularly at risk of becoming infected with COVID-19 because their precarious living conditions make prevention measure difficult.

Objective: We describe an innovative approach with the aim of implementing testing and monitoring adapted to the needs of the homeless people of Marseille (inhabitants of slums, squats or those living on the street).

Results: The intervention included 1) the coordination of 18 support organizations for homeless people, 2) the training and the provision of rapid serological and antigenic tests, 3) a mobile outreach team with community mediators in order to provide tests, including COVID-19 PCR on point of care, prevention and monitoring of positive cases. Acceptability of the intervention by participants, field organization was good. The lack of adapted places of accommodation was an important restricting factor for optimal care and support.

Conclusion: The emergence of COVID-19 has highlighted discontinuities in health care among homeless people. Specific mobile outreach teams could limit the impact on this high-risk population.

Keywords: COVID-19; Homeless people; Community health; Marseille; Poor housing; Health policies.

¹ Department of Clinical Research and Innovation, Support Unit for clinical research and economic evaluation, Assistance Publique, Hôpitaux de Marseille – France.

² Aix Marseille Univ, INSERM, IRD, SESSTIM, Sciences Économiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, Aix Marseille Institute of Public Health ISSPAM, F-13385 – Marseille – France.

Correspondance : E. Mosnier
emilie.mosnier@gmail.com

³ Projet ASSAb, Hôpital Européen – Marseille – France.

⁴ Médecins du Monde – Marseille – France.

⁵ Department of Psychiatry, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille – F-13385 – Marseille – France

⁶ Aix-Marseille University, School of medicine – La Timone Medical Campus, UR3279: CEReSS – Health Service Research and Quality of Life Center – F-13005 Marseille – France.

Réception : 19/12/2020 – Acceptation : 13/04/2021

Introduction

La pandémie à SARS-CoV2 affecte particulièrement, en termes de morbi-mortalité, les populations les plus pauvres et les minorités ethniques [1, 2]. Les résultats d'EpiCOV en France montraient, lors de la première vague, des prévalences d'infection à SARS-CoV2 plus élevées dans les quartiers prioritaires [3]. Plusieurs enquêtes ont mis également en évidence des taux d'attaque très importants dans certains centres d'hébergements d'urgence pour personnes en situation de sans-abrisme aux États-Unis d'Amérique [4-6]. Cette plus forte incidence chez les plus précaires est liée à des facteurs préexistants d'inégalités sociales, tels que la densité de population dans les hébergements ou d'accès aux ressources rendant difficile le maintien de la distanciation sociale (c.-à-d. poursuite du travail, présence aux points de distribution collective de l'aide alimentaire, etc.) [2]. À cela s'ajoute possiblement un renoncement aux soins ou une moindre offre de soins sur les territoires habités par les personnes les plus pauvres [7]. Ces renoncements aux soins peuvent être liés à une absence d'ouverture de droits à l'assurance maladie, à la mauvaise connaissance du réseau de soins, au coût financier des soins ou encore à la difficulté logistique à se rendre chez un praticien [8]. Ces populations doivent aussi faire face à une prévalence plus élevée de comorbidités entraînant un risque plus important de développer des infections sévères à la COVID-19 [9].

Marseille, seconde ville la plus peuplée en France après Paris, a un des taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté le plus élevé de métropole [10]. Le réseau ASSAb (Accès aux soins et la continuité des soins des personnes sans chez soi), qui assure une coordination sur Marseille des acteurs associatifs et institutionnels en faveur de l'accès aux soins pour les personnes sans-abri, estimait à 14 063 le nombre de personnes s'étant retrouvées au moins une fois en situation de sans-abrisme à Marseille en 2016 [11]. Dans ce contexte déjà difficile, le confinement et la crise économique récente ont majoré la précarité économique d'un nombre supplémentaire important de personnes [12, 13]. Face à cette situation, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) œuvrant dans le domaine de la précarité sociale et sanitaire et les institutions (Agence Régionale de Santé -ARS-, préfecture, collectivité territoriale) ont dû augmenter de façon majeure leurs aides sans pour autant arriver à répondre à l'ensemble des besoins [13].

Afin de contrôler l'épidémie de COVID-19, les recommandations nationales et internationales (Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) et Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)) se sont basées, dès janvier 2020, sur une stratégie associant le dépistage, la recherche de cas contacts et l'isolement des cas positifs et contacts [14, 15]. Cette stratégie est particulièrement complexe à appliquer chez les personnes en situation de sans-abrisme. En effet, ces populations n'ont pas forcément de droits ouverts à la sécurité sociale permettant une prise en charge de « droit commun » définie comme le bénéfice des biens, services et prestations disponibles pour tous les citoyens français [16]. Les personnes en situation de sans-abrisme sont parfois mobiles ou en situation irrégulière sur le territoire ; elles n'ont pas de logement permettant un isolement ; enfin, elles peuvent être allophones et comprendre partiellement les messages de prévention en français.

Dans un contexte de crise sanitaire sans précédent, où les associations tentent de poursuivre leurs activités de premier recours, une adaptation des outils et des pratiques de prévention et de prise en charge de l'infection à la COVID-19 de ces populations apparaissait nécessaire. Pour y répondre, nous avons élaboré une stratégie de dépistage reposant sur une équipe dédiée, mobile, se déplaçant à la rencontre des personnes sans-abri de manière pro-active, selon une approche de type « aller-vers ». L'« aller-vers » est une approche de soins et d'immersion auprès des populations restées à l'écart des politiques d'intervention sociale ou en santé [18]. Une intervention « d'aller vers » est centrée sur le fait que l'intervenant en santé va au-devant du public ciblé. C'est donc l'intervenant qui provoque la rencontre et se déplace au-devant et sur les lieux de vie des personnes. Cette intervention était liée à une étude de cohorte – le projet de recherche COVIDHomeless – visant à évaluer l'impact de la COVID-19 sur la santé de la population des sans-abri à Marseille [17]. Cette étude associait une étude de séroprévalence avec un dépistage par test rapide sérologique sur le terrain, et la possibilité de réalisation de PCR en cas de symptômes par un test « point of care » réalisé par une infirmière formée et mobile. Un test « point of care » est un test diagnostique de laboratoire médical destiné à être effectué à proximité directe du patient, dans un bref délai (moins de 60 minutes). Ces tests sont conçus pour être effectués par du personnel non nécessairement formé en médecine de laboratoire (infirmière, aide médicale), voire par le patient lui-même ou ses proches. Au cours de cette recherche, nous avons constaté l'efficacité de cette stratégie de dépistage auprès de la population des sans-abri, et en appui aux acteurs de terrain et à l'offre de soins existante.

Nous décrivons dans cet article le modèle d'intervention mobile pluridisciplinaire de dépistage et de suivi de type

« aller-vers », que nous avons développé à la suite de l'étude COVIDHomeless et mis en œuvre à Marseille.

Méthode

Contexte et population cible

Le projet COVIDHomeless est une étude de cohorte visant à évaluer la morbi-mortalité chez les personnes sans-abri à Marseille. Cette étude, débutée le 5 juin 2020, associe un suivi de la séroprévalence à SARS-CoV2 par test rapide de diagnostic sérologique et une évaluation de l'incidence des cas par réalisation de PCR en « point of care » à type de VitaPCR® ou par le recueil des RT-PCR SARS-CoV2 réalisés par les participants dans des laboratoires de ville ou hospitaliers. Le recueil des données a été réalisé par des questionnaires administrés en face à face par une équipe d'enquêteurs associant des médiateurs communautaires formés. Ces médiateurs étaient recrutés dans les communautés suivies (notamment Nigériane, Roms, d'Europe de l'Est) et pouvaient être usagers de drogue ou en situation de sans-abrisme. Ils étaient formés à l'orientation des personnes atteintes de COVID-19 et connaissaient le réseau de partenaires associatifs et institutionnels ainsi que les démarches administrative d'accès aux droits. Dès la première phase de l'étude en juin 2020, les équipes relevaient des difficultés multiples dans l'accès au dépistage et au suivi des personnes suivies : absence de droits ouverts à l'assurance maladie, mauvaise connaissance du réseau de soins ou impossibilité de se déplacer. Dans le même temps, l'équipe d'investigation et les tests de dépistage étaient très bien accueillis par les participants, et étaient sollicités hors du cadre de l'étude pour des personnes ne correspondant pas aux critères d'inclusion. Pour faire face à cette demande, et grâce au soutien de l'ARS PACA, l'étude s'est écartée de la visée descriptive pour intégrer un volet opérationnel en octobre 2020, *via* la création d'une équipe dédiée mobile de dépistage et de suivi.

L'intervention de l'équipe mobile s'est déroulée sur l'ensemble de la ville de Marseille et de ses 15 arrondissements. La population ciblée était composée de personnes en situation de sans-abrisme : habitants de squats, de bidonvilles, de centres hébergement, ou de personnes en situation de précarité ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge par le droit commun. Cette équipe mobile, non contrainte par les critères stricts d'inclusion de l'étude de cohorte COVIDHomeless, visait une intervention plus

inclusive et adaptable aux besoins de terrain, et pouvait donc dépister ou suivre des familles, des mineurs et même leurs communautés ou leurs travailleurs sociaux si cela était nécessaire, notamment en termes d'information/prévention ou de dépistage.

Les personnes ayant un test PCR positif bénéficiaient d'un accès aux soins renforcé et rapide, et de la mise en place d'actions de réduction des risques par des stratégies adaptées d'isolement. L'équipe procédait également au dépistage ou à l'orientation vers un dépistage par PCR pour les personnes contacts. L'équipe pouvait proposer un dépistage des travailleurs sociaux quand la situation épidémiologique l'imposait (cluster dans un centre d'hébergement notamment) ou dans le cas de symptômes évocateurs. Les personnes incluses dans l'étude de cohorte COVIDHomeless étaient revues au bout de trois mois pour évaluer le taux de séroconversion et l'impact de la COVID-19 sur la comorbidité.

Considérations éthiques

Le projet COVIDHomeless a bénéficié de l'accord d'un comité de protection aux personnes le 28 mai 2020 (Île-de-France VI, N° 44-20). Les participants ont donné leur consentement pour la réalisation des tests de dépistage et l'analyse de leurs données.

Description du modèle d'intervention en pratique

Une équipe mobile pour « aller-vers » les plus précaires

Sur ce principe « d'aller-vers », l'équipe était constituée d'un médecin, d'une infirmière diplômée d'état (IDE), d'un coordinateur et de médiateurs issus des communautés. Elle était mobile sur l'ensemble de la ville, permettant une prise en charge rapide et individualisée. L'équipe pouvait être mobilisée également rapidement en support à d'autres interventions d'aide, notamment en cas de distribution d'aide alimentaire ou d'intervention de prévention dans certains squats ou bidonvilles, ou encore en cas de suspicion de cas d'infection à COVID-19.

Une équipe qui s'appuie sur des médiateurs de santé

L'activité de médiation et la définition de médiateurs étaient entendues au sens de la HAS, désignant la fonction d'interface afin de faciliter notamment l'accès aux soins et à la prévention auprès des publics vulnérables [19]. Cinq médiateurs ont été recrutés au sein de l'équipe, dont deux

femmes originaires d'Europe de l'Est et du Nigéria, deux hommes issus de la communauté Roms de Roumanie, et un homme sans-abri français. Il existait également un partenariat avec d'autres médiateurs des différentes associations exerçant sur le territoire de Marseille auprès des populations les plus vulnérables. Ces médiateurs ont permis de faciliter les interventions auprès des différentes communautés (acceptabilité, prévention, information, dépistage et suivi). L'épidémie a fait émerger un besoin accru en médiation, notamment dans certains habitats précaires de personnes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Europe de l'Est.

Un réseau de professionnels médico-sociaux qui assurent une fonction de veille sur leurs publics et ont sollicité l'équipe mobile

L'intervention s'est appuyée sur un ensemble d'acteurs de terrain coordonnés par le réseau ASSAb. Ce réseau est constitué de 18 associations et institutions comprenant des bénévoles, des usagers et des professionnels œuvrant auprès des populations précaires à Marseille dont :

- Des équipes mobiles : ADDAP13, AMPIL, ASUD, Bus 31/32, Équipe Mobile d'Aide (EMA) Saraligisol, Équipe Mobile santé ADJ Marceau, Équipe Mobile Gare et Connexion ADJ Marceau, MARSS-APHM, Nouvelle Aube, Mission Bidonville Médecins du monde, PASS adulte APHM, Réseau Santé Marseille Sud (RSMS)
- Des foyers d'hébergements : UHU La Madrague-ville, St Louis, Sleep'in, Coco Velten, La Selonne (groupe SOS Solidarité), Forbin (Fondation St Jean de Dieu), Marius Macias (AAJT), William Booth (Armée du Salut), Le Marabout, le Mascaret (Habitat Alternatif Social), Foyer Honorat (Hospitalité pour les Femmes), Jane Pannier (Maison de la Jeune Fille), SHAS (Saraligisol) (groupe SOS Solidarité).

Des outils de dépistage adaptés

Une formation et une mise à disposition auprès des acteurs du secteur médico-social et des populations les plus vulnérables de Test de Diagnostic Rapide (TDR) sérologique et antigénique ont été réalisés par l'équipe. Les tests rapides sérologiques ont permis de connaître le statut immunitaire en cas de doute sur une infection récente, et le rattrapage de certains diagnostics à distance de la phase virémique. Les tests rapides antigéniques, malgré leur faible sensibilité, ont l'avantage d'être peu coûteux et faciles d'utilisation par les acteurs de terrain. L'équipe mobile a réalisé en plus des tests pré-cités des RT-PCR type Vita-PCR

permettant de réaliser les prélèvements nasopharyngés et de rendre au patient ses résultats sans délai, et donc d'adapter rapidement la prise en charge [19, 20]. Les tests utilisés ont été :

- Les TROD sérologiques SARS-CoV-2 de marque Biosynex (Biosynex COVID-19 BSS) détectant la présence d'IgM et/ou d'IgG en 10 minutes par une piqure au bout du doigt.
- Les TROD antigéniques SARS-CoV-2 de marque ABBOTT (ABBOTT SARS-COV2) détectant la présence d'antigène en 20 minutes par prélèvement nasopharyngé.
- Le test PCR de marque Biosynex (Biosynex VitaPCR®/SARS-CoV-2) avec recherche RT-PCR de type « point of care » par prélèvement nasopharyngé dont le résultat est disponible en 20 minutes.

Le conseil, le suivi et la mise en place de mesures adaptées (y compris en termes d'hébergement)

Une information à visée préventive et des actions de prévention auprès de la population cible ont été menées, en lien avec les médiateurs et les structures institutionnelles ou associatives, sur les gestes barrières et les mesures à prendre en cas de cas contacts ou de cas positifs.

Un suivi des cas positifs sans hospitalisation (ou à la sortie d'hospitalisation) a été réalisé au 7^e et 14^e jour de la date du début des symptômes. Ce suivi comprend une surveillance de la saturation en oxygène en air ambiant et de la mesure de la fréquence respiratoire, ainsi que la recherche d'éventuelles comorbidités associées.

Un accompagnement vers une structure de soins (urgence, hôpital ou Centre d'Hébergement Sanitaire médicalisé dédié) ou d'hébergement a été réalisée en cas de nécessité. À défaut, par exemple absence de place ou refus du participant, une information sur la réduction des risques de contamination secondaire sur son lieu de vie a été fournie au participant.

Coordination avec les tutelles et les structures de droit commun, laboratoires de ville, Santé Publique France, Agence Régionale de Santé, pour le traçage des cas contacts

Des signalements ont été réalisés directement à la cellule de veille sanitaire de l'ARS PACA en cas de cluster. Par ailleurs, les cas ont été signalés *via* la plateforme SI-DEP [21].

Un recueil quantitatif d'évaluation de l'impact

Afin d'objectiver l'impact d'une telle intervention auprès des personnes sans-abri à Marseille pendant l'épidémie de COVID-19, un recueil du nombre de participants, du nombre et des résultats des dépistages, des lieux et du nombre

d'interventions, du nombre de structures appuyées, ainsi que les caractéristiques principales des bénéficiaires ont été réalisés.

Résultats

Les résultats de l'intervention de l'équipe mobile dédiée portent sur la période du 10 octobre au 12 décembre 2020. Après une évaluation globale multi-niveaux avec, d'une part, l'évaluation des besoins avec les acteurs du réseau associatif et institutionnel, et d'autre part, auprès des populations concernées, avec l'aide des médiateurs, l'équipe mobile a mis en place un certain nombre d'actions pour une prise en charge globale dont les principes sont résumés dans le tableau I.

Résultats principaux de l'impact de l'intervention

En deux mois d'intervention, l'équipe constituée d'une infirmière et de temps additionnel de médecin infectiologue et de soutien en médiation a pu réaliser un dépistage COVID chez 152 personnes, dont 134 dépistages par PCR en « point of care », 92 sérologies par test rapide sérologique et 22 tests antigéniques rapides (figures 1 & 2). Ces actions ont permis de dépister la COVID-19 chez 38 personnes en situation de sans-abrisme, puis d'enclencher leur suivi. Ces personnes dépistées positives étaient âgées de 21 à 67 ans. Treize vivaient à la rue, 15 en CHRS et 10 en squat ou bidonville. L'ensemble de leurs cas contacts ont été dépistés directement par l'équipe, ou adressés à un laboratoire pour un dépistage. La moitié des personnes dépistées positives au SRAS-coV2 a été suivie pendant 14 jours ($n = 18$), 17 ont été suivies jusqu'à J7 et 3 personnes ont été perdues de vue directement après le

Tableau I : Description des obstacles à une prise en charge optimale des personnes précaires en contexte d'épidémie de COVID-19 et des composants des interventions mises en place pour y répondre

Domaine	Obstacles identifiés	Description des interventions potentiellement réalisées par l'équipe
Capacités psychologiques (connaissances et processus de décision)	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissances sur : <ul style="list-style-type: none"> Symptômes liés à la COVID-19 et la progression de la maladie Où se faire tester Comment protéger sa famille Rumeurs et « fake news » Renoncement aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> Information sur la maladie et les mesures de prévention dans la langue et avec l'aide de médiateurs Test directement sur place ou accompagnement vers un centre Information sur la gratuité du test et rappel à la loi auprès de certains laboratoires ne pratiquant pas la gratuité du test, si besoin Réalisation de test rapide sérologique et information sur le statut immunitaire Information et suivi médical en cas de symptômes/test positif/cas contact Information sur l'importance de poursuivre un suivi médical
Physique-Somatique (environnement, contexte, ressources)	<ul style="list-style-type: none"> Manque de nourriture Manque de produits d'hygiène Manque d'accès à l'eau Manque de masque et de gel hydroalcoolique Manque de ressources financières Manque de connexion numérique Difficulté de compréhension du fait de la langue ou d'un possible illettrisme Mobilité réduite Comorbidités et rupture de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Lien avec les structures d'aide et support alimentaire et hygiène (mais offres limitées) Information sur la cartographie des lieux de support et d'accès à l'eau, alimentaire et d'accès numérique Distribution de masques et de gel hydroalcoolique Aide et orientation vers un accompagnement social Accompagnement et négociation en cours avec le Samu social pour la réalisation des transports de cas COVID-19 positifs vers les structures de soins et d'hébergement adaptés Aide en médiation communautaire pour une meilleure compréhension
Social	<ul style="list-style-type: none"> Pas de droits ouverts à la sécurité sociale (accès aux soins difficile voire impossible) Isolément social Peur et stigmatisation si COVID-19 positif Manque d'hébergement ou logement précaire Promiscuité dans l'hébergement Nécessité de sortie pour raison de subsistance 	<ul style="list-style-type: none"> Aide et orientation vers un accompagnement social Travail avec les médiateurs pour maintenir et créer du lien au sein de la communauté, mais aussi avec les autres associations/institutions Information individuelle et communautaire pour lutter contre la stigmatisation Orientation vers une structure d'hébergement adaptée en fonction des disponibilités



Figure 1 : Médiateur communautaire en train de réaliser un test sérologique rapide sur le terrain



Figure 3 : Dépistage et information communautaire dans un squat



Figure 2 : Réalisation d'une PCR en « point of care » dans un squat

dépistage. Plus de la moitié des personnes étaient symptomatiques ($n = 20/38$), et le même nombre présentaient des comorbidités sévères. Ces comorbidités sévères étaient représentées par sept hypertensions compliquées et non

équilibrées, deux insuffisances cardiaques modérées à sévère, trois Broncho Pneumopathies Chroniques Obstructives avec insuffisance respiratoire modérée à sévère, trois obésités sévères ($IMS > 30$), cinq diabètes décompensés, deux cancers évolutifs sous chimiothérapie, une pathologie auto-immune traitée par immunosuppresseurs. Trois patients avaient plus d'une comorbidité classée comme à risque de forme de COVID-19 sévère. Cinq patients présentaient également des comorbidités psychiatriques importantes et une patiente était enceinte. Quatorze personnes ont été transférées par l'équipe vers un centre d'hébergement spécialisé (centre d'hébergement dédié aux personnes sans-abri dépistées positives à la COVID-19), pour une durée d'une semaine, puis ont été reprises en charge à la sortie par l'équipe, afin d'assurer la continuité des soins. Seuls deux patients ont été hospitalisés et les autres ont bénéficié d'un suivi sur leur lieu de vie. Aucun patient n'est décédé.

L'équipe a été mobilisée également sur des situations de crise comme lors de la survenue d'un décès d'un hébergé dû à une infection à COVID-19 dans un centre d'hébergement d'urgence. L'équipe a réalisé alors l'accompagnement des travailleurs sociaux, le dépistage, l'orientation vers un hébergement médicalisé et le suivi des cas contacts. Au total, huit structures d'hébergement (d'urgence ou CHRS) ont été accompagnées dans la prise en charge de cas isolés ou groupés.

Ce suivi individualisé a été associé à une prise en charge globale, et notamment sociale, avec des accompagnements ou orientations des personnes en vue d'un accès aux droits, ou des mises à jour des papiers administratifs directement quand cela a été possible. L'équipe a dû faire face à des ruptures de suivi, et a permis à un certain nombre de personnes perdues de vue (grossesses non suivies ou

comorbidités non traitées) de reprendre leurs soins, par exemple en prenant de nouveaux rendez-vous. Au cas par cas, et avec l'aide des médiateurs, des actions d'information et d'éducation à la santé des participants ont été conduites.

Cartographie des interventions

Les interventions ont été menées sur l'ensemble de la ville de Marseille (figure 4). Au cours des deux premiers mois, l'équipe a dû faire face à l'expulsion de squats et à la dispersion de certains des habitants préalablement suivis. Un nombre conséquent de nouveaux lieux spontanés d'habitation, pas encore repérés par les maraudes associatives, ont pu être mis en évidence, notamment grâce à l'aide des médiateurs. Du fait de la crise économique, de

nombreuses nouvelles personnes sans-abri sont apparues sur le territoire et parfois dans de nouveaux lieux, comme cela a été signalé par un collectif associatif local [13]. Enfin, l'équipe a dû également négocier des prises en charge dans des contextes sécuritaires difficiles, où la présence d'un intermédiaire communautaire et la collaboration inter-associative ont été indispensables.

Acceptabilité des structures, des acteurs médico-sociaux de terrain et des participants

L'acceptabilité de l'équipe mobile au niveau des structures associatives (MDM, Asud, Bus31/32, AAJT, MSF, ACF, Nouvelle Aube, etc.) ou institutionnelles locales (CHRS, hôtels d'hébergements, Mairie, ARS, etc.) a été très bonne,

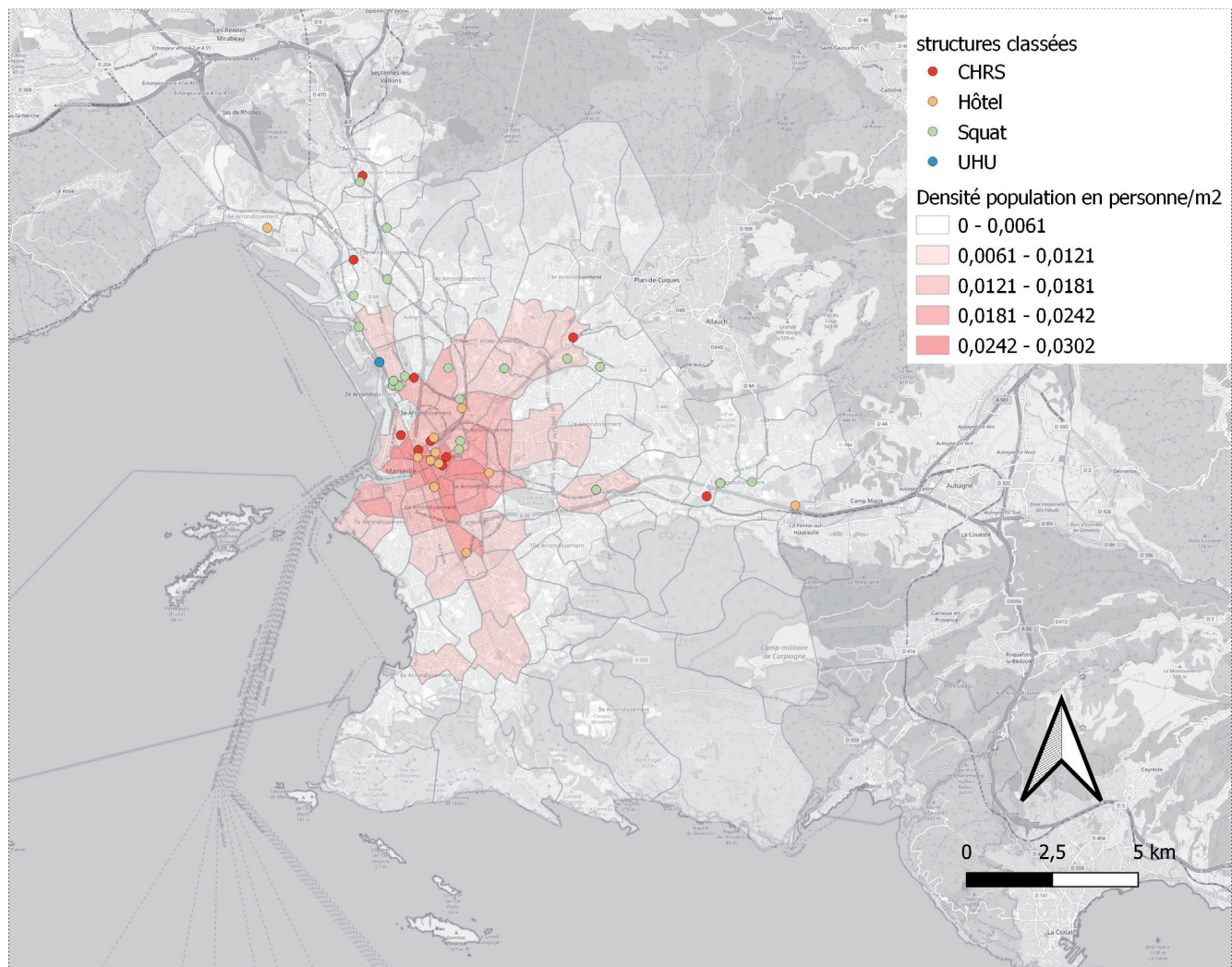


Figure 4 : Cartographie des interventions de l'équipe mobile dans la ville de Marseille. Carte réalisée grâce au logiciel libre QGIS, fond de carte OpenStreetMap et aux données démographiques de l'INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019743>

et ce d'autant plus que les actions de l'équipe ont bénéficié d'une information et d'une coordination bimensuelle par le réseau de coordination ASSAb. Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, les structures, notamment sociales, ont dû faire face à une crise sanitaire sans précédent. Sur leur demande, l'équipe a permis, en les accompagnant, d'harmoniser et de mettre à jour les pratiques vis-à-vis de la prévention de la COVID-19, mais aussi de les renforcer, à leur demande et en présence de cas suspects ou confirmés, pour des actions de dépistage et de suivi. Les acteurs médico-sociaux ont eux aussi bien accepté les interventions, d'autant plus qu'elles étaient réalisées par des acteurs biomédicaux et qu'elles étaient associées à de la médiation parfois manquante dans certaines structures. Les participants ont en grande majorité bien accepté les interventions. Un des points limitant l'acceptabilité a été une lassitude, pour certains, devant des propositions de dépistages répétés, notamment dans un squat où il a été mis en évidence des clusters à répétition nécessitant des dépistages de masse à répétition. Le volet médiation en santé ainsi que le travail en coordination avec les institutions et les associations avec qui les bénéficiaires sont en confiance ont permis une très bonne acceptabilité globale des participants de cette nouvelle équipe.

Des besoins d'expertise

En plus d'un suivi individualisé, huit structures associatives ou institutionnelles ont été accompagnées (dépistage des usagers ou des travailleurs sociaux, expertise, adaptation des mesures de prévention locales) par l'équipe. Les demandes des structures étaient principalement des demandes d'expertises, à raison de deux à dix appels téléphoniques par jour ouvrable, concernant la prise en charge de cas isolés ou groupés de leurs bénéficiaires ou de leurs travailleurs sociaux. Une mise à jour des recommandations a été réalisée au cas par cas, en fonction des demandes et besoins. Une aide à l'organisation et à la réalisation de dépistage de masse a enfin été réalisée pour un des centres d'hébergement d'urgence comptant 350 bénéficiaires.

Discussion

Nous avons décrit dans cet article un modèle d'intervention mobile et hors des murs, destiné aux publics les plus précaires, en milieu urbain. À notre connaissance, c'est la première fois qu'un programme développe un panel aussi

large d'outils de dépistage, un partenariat fort à la fois avec les autres institutions, associations, mais aussi les communautés (au sens de groupe social dont les membres vivent ensemble) pour lutter contre la COVID-19 chez les personnes en situation de sans-abrisme. Cette intervention mobile de terrain propose une approche globale tout en essayant de structurer une filière de soins adaptée à ces populations.

Face à l'épidémie, une nécessaire implication associative, institutionnelle et communautaire de terrain

La crise humanitaire provoquée par l'épidémie de COVID-19 a majoré la précarisation des publics les plus précaires et a jeté dans la pauvreté un grand nombre de nouvelles personnes [12, 13]. Face à cela, les associations, institutions et communautés ont dû s'adapter dans l'urgence. Si certains acteurs médico-sociaux issus et formés dans le milieu des ONG ont mis à profit leur expérience dans l'humanitaire, d'autres ont dû s'adapter à « l'humanitarisation » de leur travail [22]. Dans ce contexte, la coordination, la cohésion et l'optimisation des ressources sont fondamentales afin de fluidifier la prise en charge et le partage rapide de l'information.

Les directives de prévention et de prise en charge sont perçues souvent par les acteurs de terrains comme « descendantes », alors même qu'elles doivent être comprises, adaptées et réappropriées par les communautés pour être mises en œuvre [23]. L'engagement de tous étant nécessaire pour arriver à contrôler l'épidémie, l'expérience et la connaissance des acteurs de terrain, et notamment celles des médiateurs communautaires sont indispensables. Les épidémies de VIH ou d'Ebola nous ont d'ailleurs précédemment montré comment l'investissement communautaire et citoyen était central pour une réponse optimale et, à l'inverse, comment sa non-prise en compte était source de tension et de refus de soins [23, 24].

Une adaptation des stratégies de santé publique vers une organisation hors les murs

Dans un contexte de saturation des hôpitaux, et afin d'optimiser la prise en charge de personnes vulnérables, souvent en situation de renoncement ou de nonaccès aux soins, il est nécessaire de développer des stratégies de dépistage sur le terrain au sein et avec les communautés. De plus, la fréquence des formes pauci ou asymptomatiques font que les stratégies passives basées sur un dépistage

volontaire sous-estiment le nombre de cas et contribuent à la poursuite des chaînes de transmission [25]. Dans notre intervention, nous avons employé des outils de dépistage simples et rapides. La sensibilité de la VitaPCR est très légèrement inférieure à une RT-PCR conventionnelle, mais elle permet la réalisation du test directement chez les personnes suspectes, un rendu direct des résultats et donc l'absence de perdus de vue au diagnostic, et un isolement immédiat possible des cas positifs [26]. Les tests rapides sérologiques ont comme avantage dans notre expérience i) de permettre de connaître rapidement la séroprévalence dans un milieu donné, ii) de connaître l'immunité ou non d'une personne à risque, iii) de construire une prévention/information sur la maladie autour du test, comme cela peut être fait autour des tests rapides du VIH ou des hépatites dans certaines communautés. Les tests antigéniques ont été utilisés par notre équipe quand la PCR n'était pas disponible, ou dans le cadre de dépistage de masse. En cas de test antigénique négatif et de forte suspicion d'infection à COVID-19, l'équipe a recommandé la réalisation d'une PCR et/ou d'un test rapide sérologique en fonction de la date de début des symptômes. Ces tests rapides ont été utilisés facilement par les acteurs de terrain grâce à des formations en ligne ou sur le terrain que notre équipe a délivrées. Ils ont également permis de tester une partie des travailleurs médico-sociaux particulièrement à risque, leur permettant de connaître leur propre statut [17].

L'hébergement : un traitement préventif urgent et efficace à développer

Afin de limiter la transmission de COVID-19 chez les plus précaires, la stratégie « tester, tracer, isoler » doit être associée à une politique importante d'aide au logement. Sans hébergement, l'isolement est par définition impossible. Il n'est plus à démontrer que pour améliorer les soins et le pronostic des comorbidités, les stratégies de santé publique priorisant le logement ont montré leur efficacité dans cette population [27, 28]. Il s'agit cependant de proposer des logements décents et adaptés (aux familles, aux couples, aux mineurs, etc.), afin d'en favoriser l'acceptation par les usagers. De plus, des logements à faible densité d'habitants sont à privilégier. En effet, une forte densité de personnes dans une habitation a été retrouvée comme étant un risque de transmission dans notre étude de cohorte à Marseille (données en cours de publication), par Médecin Sans Frontière (MSF) en Île-de-France [29], ou aux États-Unis d'Amérique par d'autres chercheurs [4, 6]. Une modélisation en Angleterre a même montré l'évitement de

nombreuses infections, hospitalisations et décès grâce à la mise en place de logements individualisés pour les personnes en situation de sans-abrisme [30]. À Marseille, une expérience a été menée avec la mise à disposition d'un centre de vacances permettant d'accueillir des familles, des usagers de drogues ou des personnes ayant des comorbidités psychiatriques dans de très bonnes conditions d'accueil lors de la première vague [31]. Ce type d'accueil a permis aux intervenants médico-sociaux de proposer une prise en charge globale et un travail de fond de qualité (accès aux droits, dépistage, scolarisation...) avec les bénéficiaires. Cette expérience suggère également que de bonnes conditions permettent d'accueillir des personnes habituellement réticentes aux centres d'hébergements, et de « mixer » des publics de bénéficiaires, comme ici des bénéficiaires migrants avec des usagers de drogues ou des personnes avec des comorbidités psychiatriques, si cela est pensé en amont.

Limites et perspectives du projet

Ce type d'intervention nécessiterait une véritable étude d'efficacité afin d'en définir la mise en place, les critères d'évaluation et de mesurer au mieux l'impact à l'échelle du territoire. Il est d'autre part possible que nous ayons surestimé l'acceptabilité du dispositif, du fait d'une démarche de dépistage et de suivi des personnes basée sur le volontariat.

Les moyens de cette équipe ont été limités et son financement ponctuel, lié à la conduite de l'étude COVIDHomeless. Les enjeux, dans les mois qui suivent la fin de l'expérimentation, seront à la fois d'adapter la stratégie au contexte épidémique et aux besoins des populations, en y intégrant par exemple la vaccination, mais aussi de proposer différents scénarios de pérennisation de certaines actions, en s'articulant, si possible et prioritairement, au droit commun, tant pour l'accès aux soins qu'aux droits. Un autre enjeu intéressant serait de discuter de protocole de délégation de tâches, afin de simplifier l'utilisation de tests rapides et PCR en « point of care » par les acteurs de terrain.

Conclusion

Les personnes en situation de sans-abrisme sont particulièrement à risque d'infection à COVID-19 et de formes graves. La mise en place d'équipe mobile de dépistage et de

suivi auprès des publics les plus vulnérables est faisable et bien acceptée par les bénéficiaires. Cette prise en charge de type « aller vers » nécessite une mobilisation et une coordination de l'ensemble des acteurs de l'aide médico-sociale du territoire et l'adaptation des outils de dépistage et de suivi des cas.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Nous voudrions remercier les infirmières et médiateurs impliqués dans le projet COVIDhomeless : Maud Landreau, Anne Ranise and Nathalie Vuagniaux, Grace Inegbeze, Snjezana Huette, Marko Sava and Drisse Mekkaoui ; le réseau Assab ; les équipes mobiles medico-sociales suivantes : ADDAP13, AMPIL, ASUD, Bus 31/32, Équipe Mobile d'Aide (EMA) Saralogisol, Équipe Mobile santé ADJ Marceau, Équipe Mobile Gare et Connexion ADJ Marceau, MARSS-APHM, Nouvelle Aube, Mission Bidonville Médecins du monde, PASS adulte APHM, Réseau Santé Marseille Sud (RSMS) ; les centres d'hébergement suivants : UHU La Madrague-ville, St Louis, Sleep'in (groupe SOS Solidarité), Forbin (Fondation St Jean de Dieu), Marius Macias (AAJT) et les équipes impliquées dans l'aide médico-sociale auprès des personnes en situation de sans-abrisme : Marius Macias (AAJT) ; William Booth (Armée du Salut) ; Le Marabout, le Mascaret (Habitat Alternatif Social) ; Foyer Honorat (Hospitalité pour les Femmes) ; Jane Pannier (Maison de la Jeune Fille) ; SHAS (Saralogisol) Coco Velten, La Selonne (groupe SOS Solidarité) ; Forbin (St Jean de Dieu) pour l'ensemble de leur travail de soins pour les personnes les plus précaires à Marseille. Nous remercions également Agathe Allibert pour la réalisation de la carte ainsi que Sophie Gisclard pour les photographies.

Financements

Cette intervention a bénéficié du financement de la DGOS (PHRC-COVID-19 : 20-0047, N° 2020-AO1398-31) et de l'ARS PACA ainsi que du soutien structurel de Prospective Coopération, Médecins du Monde et de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Références

- Webb Hooper M, Nápoles AM, Pérez-Stable EJ. COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities. *JAMA*. 2020 Jun 23;323(24):2466-7.
- Aubert P, Dubost C-L, Lapinte A, Legendre B, Loiseau R, Papuchon A, et al. Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID-19. État des lieux et perspectives. 2020.
- Warszawski J, Bajos N, Meyer L, de Lamballerie X, Seng R, Beaumont A-L, et al. En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov. 2020.
- Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Residents of a Large Homeless Shelter in Boston. *JAMA*. 2020 Apr 27.
- Karb R, Samuels E, Vanjani R, Trimbun C, Napoli A. Homeless Shelter Characteristics and Prevalence of SARS-CoV-2. *West J Emerg Med*. 2020 Sep;21(5):1048-53.
- Mosites E, Parker EM, Clarke KEN, Gaeta JM, Baggett TP, Imbert E, et al. Assessment of SARS-CoV-2 Infection Prevalence in Homeless Shelters – Four U.S. Cities, March 27–April 15, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 May 1;69(17):521-2.
- Chauvin P, Estecahandy P. Inégalités sociales de santé et précarité. *Actualité et dossier en santé publique*. 2010;(73):17-8.
- Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 2013 Jul 29 [cited 2020 Nov 30];(6). Available from: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1078>.
- Baumer Y, Farmer N, Premeaux TA, Wallen GR, Powell-Wiley TM. Health Disparities in COVID-19: Addressing the Role of Social Determinants of Health in Immune System Dysfunction to Turn the Tide. *Front Public Health* [Internet]. 2020 Oct 8 [cited 2020 Nov 30];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7578341/>.
- Dumont G-F. Géographie urbaine de l'exclusion (Urban Geography of Exclusion). Paris, Éditions L'Harmattan. 2011.
- Daguzan A, Farnarier C, Jaubert S, Pironti G, Gentile S. Estimated number of homeless people in Marseille in 2016. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2020 Nov 30];29(Supplement_4). Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/29/Supplement_4/ckz186.016/5623411.
- Confinement : des conséquences économiques inégales selon les ménages – Insee Première – 1822 [Internet]. [cited 2020 Nov 5]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4801313>.
- Ultra-précarité en région PACA, l'avertissement du collectif ALERTE PACA [Internet]. Uriopss Paca et Corse. 2020 [cited 2020 Nov 30]. Available from: <https://www.uriopss-pacac.fr/actualites/ultra-precarite-en-region-paca-lavertissement-du-collectif-alerte-paca>.
- La Marca A, Capuzzo M, Paglia T, Roli L, Trenti T, Nelson SM. Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19): a systematic review and clinical guide to molecular and serological in-vitro diagnostic assays. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2020 Jun 14 [cited 2020 Jul 24]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7293848/>.
- DICOM_Gabriel.DS, DICOM_Gabriel.DS. Contact-COVID et SI-DEP, les outils numériques du dépistage COVID-19 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-la-covid-19/article/contact-covid-et-si-dep-les-outils-numeriques-du-depistage-covid-19>.
- Lafore R. L'accès aux droits, de quoi parle-t-on ? *Regards*. 2014;(2):21-32.
- Mosnier E, Nevissas O, Loubière S, Mosnier M, Bosetti T, Bottero J, et al. SARS-CoV-2 rapid serological tests for field-based healthcare

- workers in homeless communities: a mixed-methods exploratory analysis. *Public Health Pract.* 2021 Nov;2:100154.
18. Baillergeau É, Grymonprez H. « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales. *Revue française des affaires sociales.* 2020 Aug 10;(2):117-36.
 19. de Santé HA. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques, Rapport final. 2017.
 20. Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19 [Internet]. Haute Autorité de Santé [cited 2020 Dec 1]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179992/fr/place-des-tests-serologiques-dans-la-strategie-de-prise-en-charge-de-la-maladie-covid-19.
 21. Revue rapide sur les tests de détection antigénique du virus SARS-CoV-2 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2020 Dec 1]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213483/fr/revue-rapide-sur-les-tests-de-detection-antigenique-du-virus-sars-cov-2.
 22. AP-HP. Plateforme SI-DEP [Internet]. Available from: https://auth-sidep.aphp.fr/auth/realms/cyberlab/protocol/openid-connect/auth?response_type=code&client_id=cyberlab&redirect_uri=https%3A%2F%2Fportal-sidep.aphp.fr%2Fcyberlab%2Fso%2Fbe.mips.cyberlab.web.SSOlogin&state=49e2f1b2-0b85-411b-aca1-410b106b5cb8&login=true&scope=openid.
 23. Neviassas O, Tinland A, Farnarier C, Mosnier E. Les personnes en situation de sans-abrisme face à la COVID-19 : étude sur des éléments d'une praxis humanitaire chez des acteurs associatifs de Marseille. *Alternatives humanitaires* [Internet]. 2020 Nov; Available from: <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/11/21/les-personnes-en-situation-de-sans-abrisme-face-a-la-covid-19-etude-sur-des-elements-dune-praxis-humanitaire-chez-des-acteurs-associatifs-de-marseille/>.
 24. Sortir de la COVID-19 avec les citoyens-ne-s [Internet]. Libération.fr. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: https://www.liberation.fr/debats/2020/05/06/sortir-du-covid-19-avec-les-citoyennes_1787538.
 25. Desclaux A, Sow K. « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 2015 Nov 25 [cited 2020 Dec 10];(11). Available from: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1751>.
 26. Rogers JH, Link AC, McCulloch D, Brandstetter E, Newman KL, Jackson ML, *et al.* Characteristics of COVID-19 in Homeless Shelters. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Sep 15 [cited 2020 Dec 10]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7517131/>.
 27. Fournier P-E, Zandotti C, Ninove L, Prudent E, Colson P, Gazin C, *et al.* Contribution of VitaPCR SARS-CoV-2 to the emergency diagnosis of COVID-19. *J Clin Virol.* 2020 Dec;133:104682.
 28. Tinland A, Loubière S, Boucekine M, Boyer L, Fond G, Girard V, *et al.* Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020 Sep 30 [cited 2020 Dec 10];29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7576524/>.
 29. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health.* 2019;73(5):379-87.
 30. Roederer T, Mollo B, Vincent C, Nikolay B, Llosa A, Nesbitt R, *et al.* High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Ile de France. *medRxiv.* 2020.
 31. Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *The Lancet Respiratory Medicine* [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2020 Apr 1];0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30160-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30160-0/abstract).
 32. 120 sans-abri relogés dans le Village Club du Soleil à la Belle de Mai. *Made in Marseille* [Internet]. Available from: <https://madeinmarseille.net/67072-120-personnes-sans-abri-relogees-dans-le-village-club-du-soleil-a-la-belle-de-mai/>.
 33. Rapport sur la pauvreté en France, 2^e édition 2020-2021, Observatoire des inégalités, 2020.