



Fédération  
des acteurs de  
la solidarité

ÎLE DE FRANCE

# Enquête sur l'impact de la première vague de l'épidémie COVID-19 sur le secteur de l'hébergement en Ile-de-France : mois de mars à mai 2020

*Résultats et analyse*

Février 2021

---

**Impact de la première vague de l'épidémie COVID-19 sur le secteur de l'hébergement en Ile-de-France - mars à mai 2021**", Enquête menée par la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France, Résultats et Analyses, **Février 2021**

Enquête réalisée par Clotilde Hoppe, chargée de mission Santé à la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France

Mise en page et conception graphique : Léa Garnier, Assistante Communication

*La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France remercie l'ensemble des personnes ayant contribué à l'élaboration de l'enquête, les membres de la commission santé de la Fédération pour le suivi ainsi que l'ensemble des répondant.e.s.*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Contexte et méthodologie</b>	<b>4</b>
<b>Profil des répondant.e.s et public concerné par l'enquête</b>	<b>5</b>
Structures représentées	5
Graphique 1 : répartition des répondant.e.s par département	5
Graphique 2 : répartition des répondant.e.s par type de place	5
Graphique 3 : Répartition des structures répondant.e.s pour les réponses ne concernant qu'une structure	5
<b>Etendue de l'enquête : nombre de personnes hébergées concernées</b>	<b>6</b>
Tableau 1 : Nombre de personnes hébergées par les répondant.e.s sur les 3 mois de l'enquête par département	6
Tableau 2 : Nombre de personnes hébergées par les répondant.e.s sur les 3 mois de l'enquête par type de places	7
<b>Modalités d'hébergement proposées :</b>	<b>7</b>
Tableau 3 : Modalités d'hébergement proposées dans les structures de répondant.e.s	8
<b>De quelle manière s'est diffusée l'épidémie de COVID-19 parmi les structures répondantes ?</b>	<b>9</b>
<b>Des structures fortement touchées par l'épidémie et d'autres épargnées</b>	<b>9</b>
Graphiques 4 et 5 : structures touchées par l'épidémie parmi les répondant.e.s	9
<b>Eléments globaux liés à la prévalence des cas suspects et cas confirmés dans les structures répondantes</b>	<b>9</b>
Tableau 4 : part des personnes testées positives et « cas suspects » par mois, type de structure et modalités d'hébergement	10
<b>Taux de positivité des tests par rapport au taux de positivité régional :</b>	<b>12</b>
Tableau 5 : Taux de positivité observé à partir des remontées des répondant.e.s par rapport au taux de positivité observé en Ile-de-France	12
<b>Formes graves et décès</b>	<b>12</b>
<b>Accès aux tests et dépistages</b>	<b>13</b>
<b>Analyse des données recueillies via le recueil de données quantitatives</b>	<b>13</b>
Graphique 6 : Nombre de tests, cas suspects et tests positifs remontés par mois	13
Tableau 6 : Rapport entre le nombre de tests et le nombre de personnes hébergées par mois, type de structures et modalités d'hébergement	13
<b>Modalités d'accès aux tests -données par questionnaires :</b>	<b>14</b>
Graphique 7 : occurrence parmi les réponses des modalités de tests mobilisées sur les 3 mois concernés par l'enquête	14
<b>Possibilité d'isolement des personnes sur les structures et orientation vers les centres « COVID + »</b>	<b>15</b>
<b>Suivi médical des personnes malades</b>	<b>15</b>
Graphique 11 : Suivi médical des personnes malades par type d'hébergement	16
Graphique 12 : Suivi médical des personnes malades par département	16
<b>Dans les structures d'hébergement généralistes, identification et mesures particulières mise en œuvre à destination des personnes présentant un risque de développer une forme grave de la maladie</b>	<b>17</b>
<b>Organisation des structures en période de crise sanitaire</b>	<b>17</b>
<b>Mobilisation de ressources sanitaires pour accompagner les professionnel.le.s sociaux dans l'adaptation des procédures à la situation épidémique dans les structures d'hébergement et de logement non médicalisées</b>	<b>17</b>
Tableau 7 : Ressources sanitaires mobilisées pour accompagner les professionnel.le.s sociaux.ales des structures non médicalisées	18
<b>Outillage des professionnel.le.s sociaux.ales dans la période de crise épidémique</b>	<b>19</b>
<b>Retour sur l'évolution des pratiques du travail social liée à la crise sanitaire</b>	<b>19</b>
<b>Conclusion</b>	<b>20</b>

## Annexes

21

Tableau 8 : Impact de l'épidémie COVID-19 selon différents indicateurs selon les modalités d'hébergement proposées (Diffus ou Collectif)	21
Tableau 9 : Impact de l'épidémie COVID-19 selon différents indicateurs selon les modalités d'hébergement proposées (Chambre ou appartement partagé ou non)	22
Tableau 10 : Impact de l'épidémie COVID-19 dans les structures du secteur médico-social PDS	23
Tableau 11 : Impact de l'épidémie COVID-19 dans les structures du secteur hébergement logement	24
Graphiques 8 à 10 : Recours aux différentes modalités de test par département et par mois	25

*La table des matières est interactive*

## CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

En juin 2020, la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a diffusé auprès de son réseau une enquête destinée à évaluer l'impact de la crise sanitaire liée au SARS-CoV-2 dans les structures d'hébergement du parc généraliste, du Dispositif National d'Accueil et structures médico-sociales de soins résidentiels (LAM, LHSS, ACT).

Méthodologie : L'enquête, travaillée au sein de la Commission Santé de la Fédération, portait sur les mois de mars à mai, soit le début de la crise sanitaire et la première période de confinement. Les réponses à cette enquête ont été remontées par les répondant.e.s (responsables de structures d'hébergement sur secteur AHI ou des structures médico-sociales de soins résidentiels). L'enquête était constituée :

- D'une enquête par questionnaire via un questionnaire en ligne à destination principalement des chef.fe.s de services des structures – qui a pu être utilisé par des professionnel.le.s ayant d'autres fonctions dans les associations ;
- D'une remontée de données quantitatives à partir d'un tableau dans lequel il était demandé aux répondant.e.s d'indiquer le nombre de personnes hébergées par mois de mars à mai 2020, le nombre de personnes « cas suspects »<sup>1</sup>, « détestées », « testées positives à une infection COVID-19 »<sup>2</sup>, « hospitalisées » et « décédées ».

La forte sollicitation des structures durant cette période a conduit à un nombre de réponses limité à cette enquête, ne permettant pas de tirer une analyse globale de l'impact de la crise sanitaire sur le secteur de l'hébergement. Toutefois, les réponses apportées permettent de tirer certains enseignements de la période. 43 professionnel.le.s ont répondu à au moins une partie de l'enquête pour une ou plusieurs structures, dont 40 ont procédé à la remontée de données quantitatives et 39 à la réponse au questionnaire en ligne. Pour chaque tableau ou graphique présenté à suivre, la base sera précisée. La majeure partie des professionnel.le.s répondant.e.s sont des chef.fe.s de service.

L'enquête a été diffusée auprès des adhérents de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France. Il n'a pas été procédé à une correction ou vérification des données déclaratives transmises par les répondant.e.s.

<sup>1</sup> Les cas suspects sont les personnes qui ont présenté des symptômes évocateurs d'une infection SARS-CoV-2 qu'elles aient ou non été testée par PCR par la suite.

<sup>2</sup> Via test PCR, il ne s'agit pas d'une évaluation de la séroprévalence.

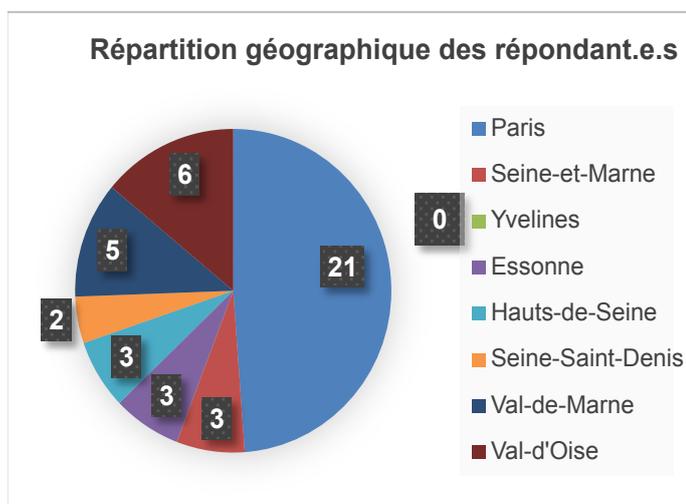
# PROFIL DES RÉPONDANT.E.S ET PUBLIC CONCERNÉ PAR L'ENQUÊTE

## Structures représentées.

Les quarante-trois réponses retenues concernent une ou plusieurs structures : 35 réponses concernent une seule structure et 8 réponses concernent plusieurs structures regroupées.

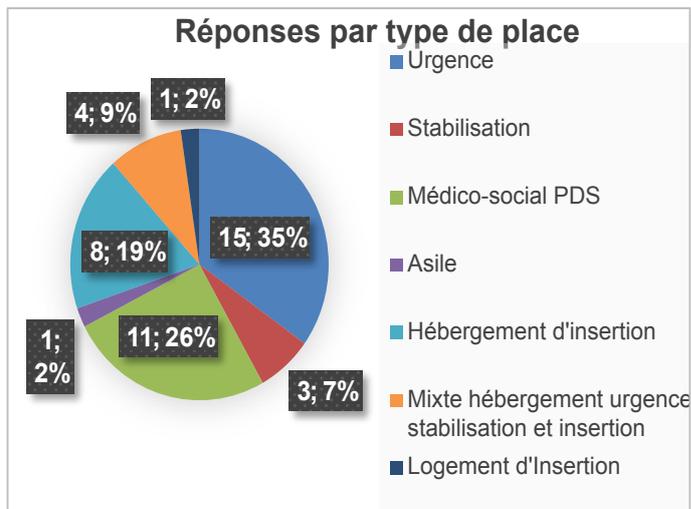
Les structures répondantes représentent 17 associations gestionnaires différentes et 7 départements français.

**Graphique 1** : répartition des répondant.e.s par département



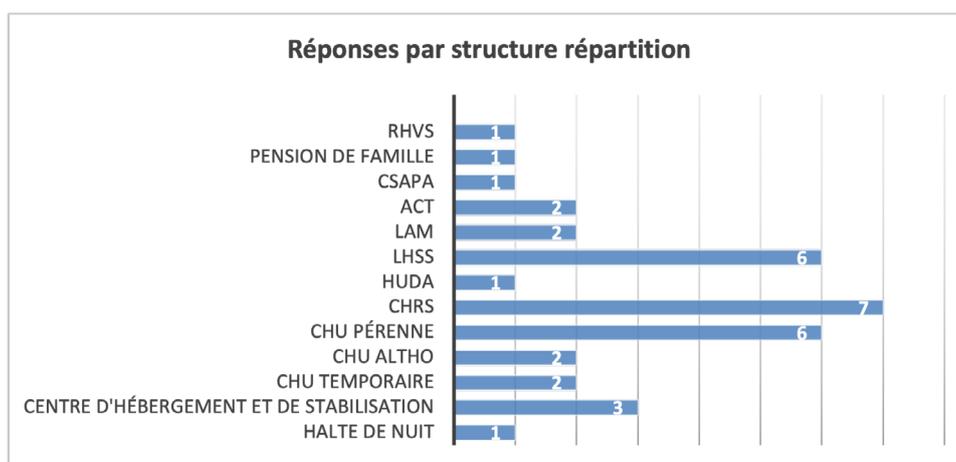
Base : 43 répondant.e.s

**Graphique 2** : répartition des répondant.e.s par type de place



Base : 43 répondant.e.s

**Graphique 3** : Répartition des structures répondant.e.s pour les réponses ne concernant qu'une structure



Base : 35 répondant.e.s

## Etendue de l'enquête : nombre de personnes hébergées concernées

Les réponses à l'enquête diffusée par la Fédération des acteurs de la solidarité concernent en moyenne 3434 personnes hébergées par mois<sup>3</sup>.

Concernant le nombre de personnes hébergées, il a été fait le choix de demander aux répondant.e.s d'indiquer un nombre de personnes hébergées plutôt qu'un nombre de places. En effet, les capacités d'accueil de certaines structures ont été réduites dans le cadre de la crise sanitaire afin de favoriser le respect des mesures de distanciation physique.

Par ailleurs, à partir du 16 mars et de la mise en œuvre du premier confinement, les structures proposant un accueil uniquement sur une nuit aux personnes les ont accueillies à plus long terme. Il est à noter que le nombre de personnes hébergées dans les structures répondantes est plus important sur le mois de mars du fait de la présence parmi les répondant.e.s de structures qui jusqu'au 16 mars accueillait les personnes sur des durées courtes, d'une nuit par exemple, ce qui implique une augmentation du nombre de personnes hébergées par la structure durant cette période.

Il est à noter une rotation faible des personnes sur la majorité des structures durant les mois de mars à mai du fait du confinement. Cela signifie que dans leur majeure partie, les personnes hébergées sur les trois mois sont les mêmes. Ainsi, pour analyser l'impact de l'épidémie sur les personnes hébergées sur les trois mois concernés par l'enquête, il a parfois été réalisé des moyennes de personnes hébergées : additionner le nombre de personnes hébergées chaque mois n'aurait pas été pertinent.

La moyenne des personnes hébergées sur les 3 mois par les structures, lorsqu'elle est à utiliser, est à interpréter au regard des éléments présentés ci-dessus. Le nombre de personnes hébergées par mois fait quant à lui référence à la file active des structures.

**Tableau 1 : Nombre de personnes hébergées par les répondant.e.s sur les 3 mois de l'enquête par département**

Département	Nombre de personnes hébergées en mars	Nombre de personnes hébergées en avril	Nombre de personnes hébergées en mai	Moyenne personnes hébergées
75	1667	1384	1365	1472
77	661	659	668	663
91	351	351	351	351
92	322	335	342	333
93	45	42	46	44
94	219	200	205	208
95	363	363	364	363
<b>Total général</b>	<b>3628</b>	<b>3334</b>	<b>3341</b>	<b>3434</b>

Base : 39 structures ayant indiqué leur nombre de personnes hébergées par mois

<sup>3</sup> A titre de comparaison, l'enquête de séroprévalence menée en juin 2020 par médecins Sans Frontières (MSF), l'Institut Pasteur et Epicentre et l'enquête ECHO de l'Inserm qui concernent l'impact de l'épidémie COVID-19 sur les personnes précaires dont hébergées, concernent respectivement 543 et 535 (sur 925 personnes hébergées dans les structures concernées par l'étude) personnes hébergées.

**Tableau 2 : Nombre de personnes hébergées par les répondant.e.s sur les 3 mois de l'enquête par type de places**

Étiquettes de lignes	Nombre de personnes hébergées en mars	Nombre de personnes hébergées en avril	Nombre de personnes hébergées en mai	Moyenne personnes hébergées
Asile	173	191	196	187
Hébergement d'insertion	817	817	816	817
Logement d'Insertion	30	30	30	30
Médico-social PDS	322	297	295	305
Mixte hébergement urgence, stabilisation et insertion	884	882	890	885
Stabilisation	110	104	106	107
Urgence	1292	1013	1008	1104
<b>Total général</b>	<b>3628</b>	<b>3334</b>	<b>3341</b>	<b>3434</b>

Base : 39 structures ayant indiqué leur nombre de personnes hébergées par mois

## Modalités d'hébergement proposées

Plusieurs catégories ont été proposées aux structures répondantes concernant les modalités d'hébergement proposées, il était possible de sélectionner plusieurs catégories :

Diffus appartements non-partagés	L'appartement est dédié à une personne ou un même ménage
Diffus appartements partagés	L'appartement est partagé entre plusieurs ménages ou plusieurs personnes isolées
Collectif chambres individuelles	L'hébergement se fait sur un centre collectif mais les chambre sont individuelles par ménage ou par personnes isolées
Collectif chambres multi-lits	L'hébergement se fait sur un centre collectif et les chambres sont partagées entre plusieurs personnes isolées ou ménages
Collectif type gymnase ou dortoir	

Sur les 42 réponses mentionnant la typologie d'hébergement, 31 répondant.e.s soit près de 74%, ont indiqué avoir au moins une partie de leur places d'hébergement proposées avec une modalité d'hébergement soit en collectif multi-lits, soit en collectif de type gymnase ou dortoir soit en appartement diffus partagé.

On peut toutefois noter, à partir du tableau 3 ci-dessous, qu'une très faible proportion de places sont en collectif de type dortoir ou gymnases, modalité d'hébergement peu propice au respect des gestes barrières, puisque seulement 48 places en moyennes sur les 3 mois sont dans cette situation. De même, le nombre de places concernées par les réponses à l'enquête, sur les 1567 places en moyennes sur lesquelles il est possible d'avoir les modalités précises d'hébergement (modalité unique sur la structure), 395 places en moyenne sont partagées contre 1172 non partagées.

A noter que sur les 10 structures médico-sociales de soin résidentiel ayant répondu à l'enquête, aucune ne proposait uniquement des modalités d'hébergement en chambre individuelle ou appartement non partagés. Trois LHSS répondant ne proposaient qu'une seule modalité d'hébergement : hébergement collectif en multi-lits. La forte prévalence de cette modalité d'hébergement dans le secteur médico-social PDS<sup>4</sup> mérite d'être soulignée car le public accueilli dans ces structures est plus vulnérable face au risque de développer une forme grave de la maladie à la suite d'une infection au SARS-CoV-2.

**Tableau 3 : Modalités d'hébergement proposées dans les structures des répondant.e.s**

		Personnes hébergées mars	Personnes hébergées avril	Personnes hébergées mai	Moyenne personnes hébergées
Modalités détaillées	Collectif chambres individuelles	1134	665	665	821
	Collectif chambres multi-lits	184	379	374	312
	Collectif et diffus mixtes	499	517	522	513
	Collectif et diffus non partagés	321	321	319	320
	Collectif individuel, Diffus Partagé	27	27	27	27
	Collectif mixte	361	337	343	347
	Collectif type dortoir / gymnase	55	47	41	48
	Diffus appartement non-partagé	30	30	30	30
	Diffus appartement partagé entre plusieurs ménages ou plusieurs personnes isolées	38	34	34	35
	Diffus mixte	979	977	986	981
Chambre et/ou appartement partagé ou non	Uniquement individuel ou non partagé	1485	1016	1014	1172
	Uniquement hébergement partagé	277	460	449	395
	Mixte	1866	1858	1878	1867
Hébergement en collectif ou diffus	Diffus	1047	1041	1050	1046
	Collectif	1734	1428	1423	1528
	Mixte	847	865	868	860
	<b>Total général</b>	<b>3628</b>	<b>3334</b>	<b>3341</b>	<b>3502</b>

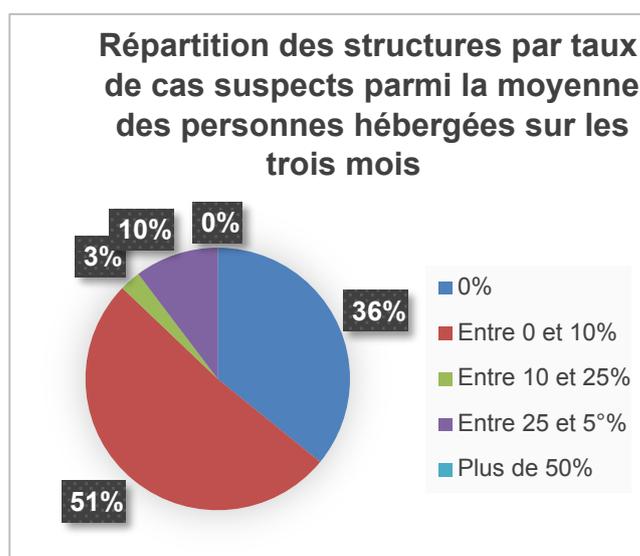
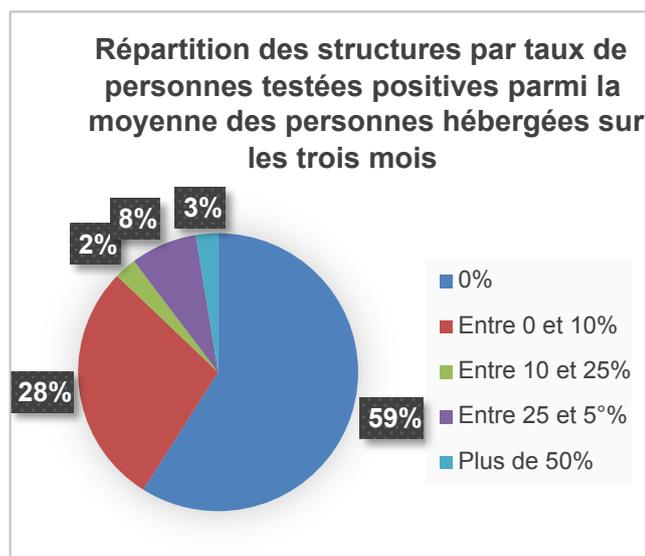
<sup>4</sup> Personnes à Difficultés Spécifiques, dénomination de la branche du secteur médico-social regroupant les structures LHSS, LAM, ACT et structures du secteur de l'addictologie

# DE QUELLE MANIÈRE S'EST DIFFUSÉE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PARMIS LES STRUCTURES RÉPONDANTES ?

## Des structures fortement touchées par l'épidémie et d'autres épargnées

Parmi les structures ayant participé à l'enquête par remontée de données quantitatives ayant renseigné le nombre de personnes hébergées (39), **la majeure partie déclarent n'avoir eu aucune personne hébergée testée positive sur la période de mars à mai 2020 (59%)**. Cependant, l'absence de tests systématiques des personnes durant cette période nous oblige à considérer le nombre de personnes déclarées « cas suspects » pour évaluer la manière dont les structures ont été touchées par l'épidémie. **Ce sont seulement 36% des structures qui déclarent n'avoir eu aucune personne « cas suspect » sur les mois de mars à mai.**

**Graphiques 4 et 5 : Répartition des structures par taux de personnes testées positives ou « cas suspects » parmi la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois**



Base : 39 répondant.e.s

Lecture : 59% des structures répondantes ont déclaré n'avoir aucune personne testée positive sur les trois mois de l'enquête.

## Éléments globaux liés à la prévalence des cas suspects et cas confirmés dans les structures répondantes

Les résultats agrégés de l'enquête font ressortir une prévalence variable selon les structures d'hébergement, avec certaines structures avec une prévalence évaluée à partir du nombre de personnes testées positives très élevée parmi les hébergé.e.s (à partir du nombre de personnes testées positives).

**La part de personnes testées positives à une infection SARS-CoV-2 par PCR parmi la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois par**

**l'ensemble des structures répondant.e.s est de 2.8%** et la part des personnes déclarées « cas suspects » est de 5.3%. **Cependant, si on considère uniquement les structures touchées par l'épidémie, ces chiffres atteignent respectivement 12.2% et 10.6%.**

A titre de comparaison, du 1er mars au 27 mai, le nombre de cas possibles et confirmés en EHPAD correspondait à 4,3% de la population francilienne de plus de 80 ans<sup>5</sup>. Par ailleurs, les données SI-DEP et les données combinées de Santé Publique France permettent d'évaluer à 0.57% la part de la population francilienne testée positive à une infection par le SARS-CoV-2 au 30 mai 2020<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Point épidémiologique hebdomadaire régional du 28 mai 2020, Santé Publique France.

<sup>6</sup> Estimations faites en rapportant à la population francilienne (12278210 personnes selon chiffres SI-Dep de mai 2020) le nombre de tests positifs en laboratoires de ville en Ile-de-France sur la période du 9 mars au 10 mai, le nombre de tests positifs en laboratoires hospitaliers en Ile-de-France sur la période du 24 janvier au 10 mai – issus du point épidémiologique hebdomadaire régional de Santé Publique France du 14 mai 2020 – additionnés aux nombres de tests positifs rapportés dans SI-DEP pour les semaines 20 à 22 de l'année 2020.

Ces données ne permettent pas de tirer de conclusion quant à la part des personnes ayant été touchées par une infection SARS-CoV-2, en effet, il s'agit du nombre de personnes testées positives par PCR et non d'une enquête de séroprévalence. Or, les enquêtes de séroprévalence réalisées sur certaines structures ont pu montrer un taux de séroprévalence deux fois plus élevé que le taux de personnes testées positives. Cependant, le taux de personnes testées positives ou cas suspects permet de comparer l'impact de l'épidémie en fonction des types de structures répondantes ainsi qu'une sur-représentativité du nombre de personnes testées positives à une infection SARS-CoV-2 dans les structures d'hébergement répondantes par rapport à la population francilienne générale, en particulier sur les mois de mars et avril (en mars 1,1% contre 0,28%, en avril 1.6% contre 0.22% et en mai 0.1% contre 0,08%). Si une partie de cette sur-représentativité pourrait être expliquée par une priorisation des personnes hébergées dans l'accès aux

tests, l'enquête montre que malgré cette priorisation les tests n'ont pas été systématiques pour les personnes présentant des symptômes. Ainsi, cette sur-représentativité peut être interprétée, au moins en partie, comme un signe que les personnes hébergées ont été plus fortement exposées au virus que la population générale.

La part des personnes testées positives ou encore cas suspects varie de manière importante selon le type de structure et les modalités d'hébergement proposées comme le montre le tableau 4 ci-contre. **Les variations peuvent également être expliquées par la pratique d'opération de dépistages collectifs. En effet, la part des personnes testées positives dans la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois est de 15% dans les structures où ont été menées des opérations de dépistage collectif : 8,0% dans les structures d'hébergement généralistes concernées et 20.9% dans les structures médico-sociales concernées.**

**Tableau 4 : part des personnes testées positives et « cas suspects » par mois, type de structure et modalités d'hébergement**

		Par type de structure			Par modalités d'hébergement	
		Général	LHSS	Ensemble des établissements médico sociaux	Collectif	Collectif ou diffus avec chambre/appartement partagé uniquement
<b>Mars</b>	Pcr+/personnes hébergées	1,10%	11,90%	9,90%	2%	4%
	Cas suspects/personnes hébergées	2,90%	<b>17,80%</b>	<b>14%</b>	4%	6,90%
<b>Avril</b>	Pcr+/personnes hébergées	1,60%	11,80%	9,10%	2,90%	8,50%
	Cas suspects/personnes hébergées	1,80%	5,20%	4,40%	3,50%	6,50%
<b>Mai</b>	Pcr+/personnes hébergées	0,40%	0,90%	0,70%	0,30%	0,90%
	Cas suspects/personnes hébergées	0,10%	0,00%	<b>30,00%</b>	0,70%	1,30%
<b>Total</b>	Pcr+/moyenne personnes hébergées	2,80%	<b>25,10%</b>	<b>20,00%</b>	5,20%	<b>13,70%</b>
	Cas suspects/moyenne personnes hébergées	5,30%	<b>24,30%</b>	<b>19,40%</b>	8,50%	<b>13,90%</b>

Base : 39 répondant.e.s

Sur la période mars-mai les tests PCR n'étaient pas systématiques dans les structures et dans plusieurs réponses, le nombre de personnes testées est inférieur au nombre de cas suspects déclarés (10 en mars, 10 en avril et 8 en mai sur 38 réponses – cf partie sur l'accès au dépistage). Cette absence de généralisation des tests justifie le choix de mettre en lumière à la fois le taux de personnes testées positives à une infection par le SARS-CoV-2 par PCR mais également le taux de personnes déclarées « cas suspects » par les structures dans leurs remontées d'information.

**Les données remontées par les structures répondantes à l'enquête montrent que le secteur a été plus fortement touché par l'épidémie en mars et en avril, avec une baisse significative du nombre de personnes présentant des symptômes ou testées positives en mai. Sur le secteur médico-social de soins résidentiels, les structures et en particulier les LHSS ont été très fortement touchées en mars comme sur l'ensemble de la première vague.**

**L'analyse par type d'hébergement montre une prévalence tant des cas suspects que des cas confirmés plus importantes dans les structures proposant uniquement des modalités d'hébergement en chambre ou appartement partagé entre plusieurs ménages ou personnes isolées par rapport aux structures proposant uniquement un hébergement non partagé en chambre individuel ou diffus non partagé<sup>8</sup>.**

Ainsi, dans l'hébergement uniquement partagé, on note une prévalence sur les 3 mois de 13,7% des personnes contre 0,4% pour les modalités d'hébergement uniquement non-partagé pour une prévalence moyenne générale de 2.8%.

A noter : la part de personnes testées parmi le nombre de personnes hébergées est également largement supérieure dans les structures avec uniquement un hébergement partagé (62% sur les 3 mois contre 15.2% sur l'ensemble des structures). Sur les structures uniquement non partagées, la différence entre la prévalence confirmée et la prévalence cas suspects est plus importante que sur les structures uniquement avec hébergement partagé (0,4% contre 3,6% vs 13,7% contre 13,9%).

De même, sur l'ensemble des structures collectives pour lesquelles les données ont été remontées, la prévalence de personnes testées positives est de 5,2% sur la moyenne des personnes hébergées contre 0,9% pour les structures uniquement en diffus.

Parmi les répondant.e.s en structures individuelles, on note 2 structures en mars 2020 et 3 en avril 2020 ayant plus de 3 personnes testées positives à une infection au Sars COV 2 ; la remontée de données étant par mois et non par semaine, on ne peut en déduire de manière certaine qu'il s'agisse de structures répondant aux critères du cluster mais c'est une hypothèse très probable. Parmi ces clusters potentiels, 4 des structures sont des LHSS. Cette sur-représentation des LHSS peut également être liée au fait que ces structures ont davantage bénéficié d'opérations de dépistage de l'ensemble des personnes hébergées que d'autres structures (cf partie sur les tests).

Sur les structures d'hébergement non médicalisées et de logement répondantes, la part des personnes testées positives par rapport à la moyenne des personnes hébergées représente 1.2% sur les trois mois avec une prévalence des cas suspects à 4.2%. L'urgence est légèrement au-dessus de la moyenne avec une prévalence à 1.8% sur les trois mois<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Cf annexes, tableaux 8 à 11

<sup>9</sup> Ces données ne peuvent être comparées aux taux de séroprévalence issus de l'enquête de séroprévalence EpiCov menée par Epicentre, Médecins sans frontières (MSF) et l'Institut Pasteur entre le 23 juin et le 2 juillet 2020. En effet, cette enquête a évalué la séroprévalence à partir de tests sérologiques, l'enquête de la Fédération n'identifie qu'un taux de personnes testées positives à une infection SARS-CoV-2

## Taux de positivité des tests par rapport au taux de positivité régional :

*Remarque sur le taux de positivité : certaines données ont été corrigées – certains répondants avaient indiqué un nombre de testés positifs supérieur au nombre de personnes dépistées, le nombre de personnes dépistées a été corrigé pour 2 structures. L'impact de cette correction semble faible par rapport à l'ensemble des données agrégées.*

**Le taux de positivité des tests à partir des données quantitatives remontées par les répondant.e.s est très largement supérieur à la moyenne régionale en mars (71,23% contre 42%), légèrement inférieur en avril et légèrement supérieure en mai.**

**Tableau 5 : Taux de positivité observé à partir des remontées des répondant.e.s par rapport au taux de positivité observé en Ile-de-France**

	Mars	Avril	Mai
Nombre de test	73	306	170
T+	52	58	13
T de positivité	<b>71,23%</b>	18,95%	7,65%
Tx de positivité pop globale en Ile-de-France	42% <sup>10</sup>	22.06% <sup>11</sup>	4.56% <sup>12</sup>

## Formes graves et décès

Parmi les données remontées, **60 personnes ont été hospitalisées sur les trois mois, dont 35 en mars et 12 en avril.**

Si l'on considère uniquement les informations remontées par les répondant.e.s ayant indiqué le nombre total de personnes hébergées, 30 personnes ont été hospitalisées sur les trois mois, dont 23 en mars et 7 en avril soit respectivement 6% et 2% des personnes hébergées. Sur le mois de mars, 17 personnes hospitalisées (74%) sont issues d'une même structure médico-sociale pour laquelle ces hospitalisations ne sont pas uniquement liées à l'infection SARS-CoV-2 mais ont permis le suivi

Cette variation importante sur le mois d'avril peut s'expliquer par le nombre de tests réalisés et en particulier le nombre de tests collectifs par structures, supérieur aux autres mois à mesure de la disponibilité des tests. En mai, le taux de positivité des tests des personnes hébergées remonte au-dessus de la moyenne régionale. Cela peut s'expliquer par une démocratisation des tests en population générale plus importante qu'auprès des personnes hébergées et une prévalence plus importante chez les personnes hébergées de l'infection SARS-CoV-2.

médical et l'isolement des personnes. **En avril, 5 des 7 personnes (71%) pour lesquelles les répondant.e.s ont indiqué une hospitalisation liée à une infection SARS-CoV-2 sont des personnes hébergées dans les structures médico-sociales de soins résidentiels (environ 9% des places).** Cette sur-représentation peut être expliquée par le fait que les personnes hébergées en LHSS ont par définition des difficultés préalables de santé et des potentielles comorbidités.

**Cette sur-représentation des structures de soins résidentiels se retrouve également dans les chiffres de décès possiblement liés au COVID-19 parmi les répondant.e.s avec 4 des 5 décès remontés pour 10% des personnes hébergées représentées<sup>13</sup>.**

<sup>10</sup> Taux de positivité entre le 9 mars et le 7 avril en Ile-de-France, Source – Point Epidémiologique Hebdomadaire Régional - Santé Publique France

<sup>11</sup> Taux de positivité calculé en moyenne à partir des taux de positivités des laboratoires de ville rapportés dans les points épidémiologiques hebdomadaires franciliens de Santé Publique France – Semaine 14 à 18

<sup>12</sup> Taux de positivité calculé en moyenne à partir des taux de positivités des laboratoires de ville rapportés dans les points épidémiologiques hebdomadaires franciliens de Santé Publique France – Semaine 14 à 22

<sup>13</sup> Ces chiffres ne prennent en compte que les décès remontés par les répondant.e.s ayant indiqué le nombre de personnes hébergées sur les trois mois. En incluant les réponses de l'association n'ayant pas indiqué le nombre de personnes hébergées, 8 décès possiblement liés à l'infection SARS-CoV-2 ont été déclarés.

# ACCÈS AUX TESTS ET DÉPISTAGES

## Analyse des données recueillies via le recueil de données quantitatives

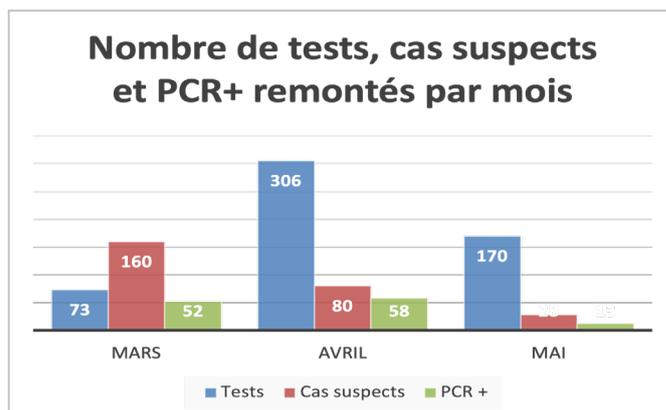
On observe dans les résultats de l'enquête une montée en charge du nombre de tests déclarés sur les structures en avril malgré une baisse du nombre de cas suspects remontés. Cette évolution est liée à une meilleure accessibilité des tests. Bien que les personnes hébergées et sans-abris étaient dès mars prioritaires pour accéder aux tests et devaient être testées en cas de symptômes, le nombre de test remontés en mars représente moins de la moitié du nombre de cas suspects identifiés.

Par ailleurs 11 structures en mars, 10 en avril et 8 en mai ont remonté un nombre de tests effectués inférieur au nombre de cas suspects remontés. 2 structures ont également indiqué via le questionnaire d'enquête ne pas avoir réussi à faire tester les personnes « Cas suspects » en avril et mai.

**Graphique 6 : Nombre de tests, cas suspects et tests positifs remontés par mois**

Base : 40 répondant.e.s

Sur les 35 réponses concernant une seule structure, des opérations de dépistage collectives ont été réalisées dans dix structures : sept en avril (un CHRS, une structure d'urgence, une structure LAM et quatre structures LHSS), trois en mai (un CHRS et deux LHSS).



Il est également observé un recours au test plus important :

- Dans les structures collectives (31% de la moyenne des personnes hébergées contre 2.3% pour les structures uniquement en diffus) ;
- Dans les structures proposant uniquement des modalités d'hébergement en chambres ou appartements partagés entre plusieurs ménages ou personnes isolées (62% de la moyenne des personnes hébergées contre 7.3% pour les structures proposant uniquement un hébergement non partagé) ;
- Dans les structures médico-sociales de soins résidentiels (93,5% en moyenne) par rapport aux structures de logement et d'hébergement généralistes (7% en moyenne).

**Tableau 6 : Rapport entre le nombre de tests et le nombre de personnes hébergées par mois, type de structures et modalités d'hébergement**

	Par type de structure			Par modalités d'hébergement	
	Général	LHSS	Ensemble des établissements médico sociaux	Collectif	Chambres ou appartement partagés entre plusieurs ménages ou personnes
Nb de tests/personnes hébergées mars	1,7%	15,0%	13,0%	2,6%	4,7%
Nb de tests/personnes hébergées avril	9,0%	60,7%	57,6%	19,3%	22,8%
Nb de tests/personnes hébergées mai	4,8%	31,5%	24,4%	10,7%	28,3%
Nb de tests /moyenne personnes hébergées	15,20%	105,30%	93,50%	31%	62%

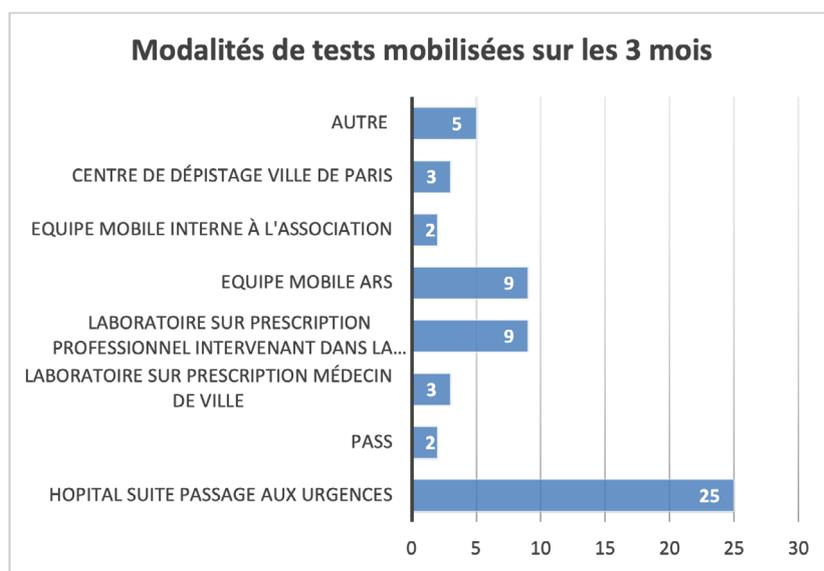
Base : 39 répondant.e.s

## Modalités d'accès aux tests -données par questionnaires

Le test à l'hôpital à la suite d'un passage aux urgences ou une hospitalisation est la modalité de test la plus récurrente dans les réponses à l'enquête (réponse par récurrence selon les structures et non par nombre de personne testées).

Parmi les 39 répondant.e.s à l'enquête par questionnaire, 27 ont mobilisé au moins une fois une des modalités de test présentées ci-dessous.

**Graphiques 7 : occurrence parmi les réponses des modalités de tests mobilisées sur les 3 mois concernés par l'enquête**



Base 39 répondant.e.s à l'enquête par questionnaire

La répartition par mois concernés par l'enquête des différentes modalités de test mobilisées par les structures montre que les possibilités de test se sont diversifiées au fil des mois :

- En mars, avec deux exceptions, la quasi-totalité des tests ayant bénéficié aux personnes se sont faits à l'hôpital, à la suite d'une hospitalisation ou un passage aux urgences. Ce résultat est cohérent avec la politique de déploiement des tests ;
- En avril, les répondant.e.s ont pu faire appel à l'intervention des équipes mobiles sanitaires mises en place par l'ARS Ile-de-France, le recours aux laboratoires de ville s'est aussi développé sur prescription de médecins de ville ou intervenant sur la structure ainsi que le test dans les PASS ;
- En mai, deux nouvelles modalités de tests apparaissent avec le recours aux structures de dépistages collectif mis en place par la Ville de Paris et le développement d'équipes mobiles sanitaire internes à une association <sup>14</sup>.

L'analyse par département des modalités de dépistage auxquelles les structures ont eu recours montre que les modalités de dépistage semblent plus diversifiées sur le département de Paris et en petite couronne que sur les départements de grande couronne. **Ainsi, alors que six modalités différentes d'accès aux tests étaient mentionnées par les répondant.e.s parisiens en mai, seul le test suite à hospitalisation était mentionné par les répondant.e.s de Seine-et-Marne.** Sur ce dernier département, aucun.e répondant.e n'a indiqué l'accès aux tests via les laboratoires de ville pour les personnes hébergées <sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Cette équipe mobile sanitaire est également intervenue sur une structure répondante d'une autre association grâce au partenariat développé entre les structures.

<sup>15</sup> Cf Annexe, graphiques 8 à 10

## POSSIBILITÉ D'ISOLEMENT DES PERSONNES SUR LES STRUCTURES ET ORIENTATION VERS LES CENTRES « COVID + »

Parmi les 39 répondant.e.s à l'enquête par questionnaire, **trois structures, proposant uniquement des modalités d'hébergement partagé ont déclaré ne pas avoir eu suffisamment de capacité d'isolement** pour isoler toutes les personnes présentant des symptômes évocateurs d'une infection SARS-COV-2. Il s'agit de deux structures d'hébergement d'urgence – qui ont indiqué avoir pu orienter les personnes vers des centres COVID + ainsi qu'une structure LHSS.

Concernant les orientations vers les structures COVID+, un.e répondant.e indique qu'en l'attente d'orientation des personnes, il n'a pas été possible de réserver des sanitaires aux personnes malades.

Les capacités d'isolement dans les structures ont été organisées de façon variable : certaines structures ont pu dédier des chambres individuelles pour créer des capacités d'isolement, d'autres ont organisé des secteurs « covid » pour isoler plusieurs personnes présentant des symptômes en chambre collectives, salles d'activités, etc. Certaines structures ont également réaffecté des locaux de bureaux en chambre d'isolement. Il est important de noter qu'y compris dans les structures ayant pu développer des capacités d'isolement individuel, il n'a pas toujours été possible de dédier des sanitaires aux personnes malades du fait du partage des sanitaires entre un grand nombre de personnes hébergées.

Un.e répondant.e a indiqué que des places d'isolement ont été créées à l'échelle du pôle de l'association, permettant une mutualisation des places d'isolement entre plusieurs structures.

Huit répondant.e.s ont indiqué avoir mis en place des « secteurs covid » dans les structures en regroupant plusieurs personnes présentant des symptômes évocateur d'une infection au SARS-COV-2, plusieurs d'entre elles sont des structures dans lesquelles le nombre de personnes testées est inférieur au nombre de personnes « Cas Suspects » en mars et pour certaines d'entre elles, en mai également. Deux de ces structures sont parmi celles dont le taux de personnes testées positives est supérieur à 10% de la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois (43.4% et 33.5%).

## SUIVI MÉDICAL DES PERSONNES MALADES

Seulement un.e des répondant.es à l'enquête par questionnaire a indiqué que les personnes malades n'ont pas pu bénéficier d'un suivi médical adapté. **Douze répondant.e.s déclarent que le suivi médical a été assuré par des professionnel.le.s de santé sur la structure** et tout autant par des médecins de ville. Un.e répondant.e a indiqué avoir dû mobiliser son réseau personnel pour permettre l'intervention de professionnel.le.s de santé sur la structure. **Un.e seul.e répondant.e a indiqué que les équipes mobiles mises en place par l'ARS ont assuré le suivi médical des personnes malades.**

La répartition des réponses à la question « Les personnes présentant des symptômes évoquant une infection au COVID-19 dans la structure ont-elles pu bénéficier d'un suivi médical adapté et si oui par quel biais ? » par type d'hébergement montre, sans surprise, **que les médecins de ville ou de proximité sont plus fréquemment sollicités dans le diffus.**

La répartition des réponses par département montre que **si dans les départements de Paris, Seine-Saint-Denis ou encore le Val-de-Marne, des professionnel.le.s de santé sont intervenu.e.s sur les structures pour la majorité ou totalité des besoins de suivi des personnes malades, ce n'est pas le cas sur les départements de grande couronne.** Pour interpréter ce résultat, il est à préciser que **pour 8 des 13 répondant.e.s ayant indiqué que le suivi médical avait été effectué par des professionnel.le.s de santé intervenant.e.s sur la structure, il s'agit de structures médico-sociales** situées dans les trois départements (Paris, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) cités ci-dessus.

Concernant le lien avec les médecins de ville et les freins éventuels au suivi médical, deux répondant.e.s ont indiqué avoir eu des difficultés à prendre rendez-vous pour les personnes accompagnées auprès des professionnel.le.s de santé de ville du territoire, un.e de ces répondant.e a indiqué que ces difficultés liées à la situation administrative des personnes les avaient contraint.e.s à un suivi à l'hôpital.

Un.e répondant.e a indiqué à l'inverse que la situation épidémique lui avait permis de créer de nouveaux liens avec le centre de santé situé à proximité de sa structure. Deux autres répondant.e.s ont également mentionné en réponse à une autre question du questionnaire que la crise sanitaire avait apporté l'opportunité de créer de nouveaux liens avec des structures du champ sanitaire (une à Paris et une en Seine-et-Marne).

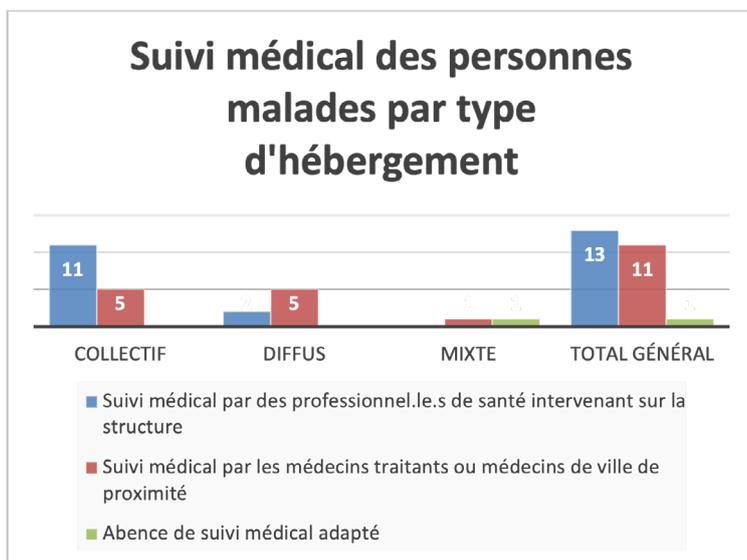
Bien que l'option ait été proposée dans le questionnaire, aucun.e répondant.e n'a évoqué un suivi des personnes malades via la plateforme téléphonique COVIDOM qui a pourtant été très largement sollicitée en population générale.

Deux répondant.e.s ont également fait part de difficultés dans la mobilisation des transports médicaux pour les personnes.

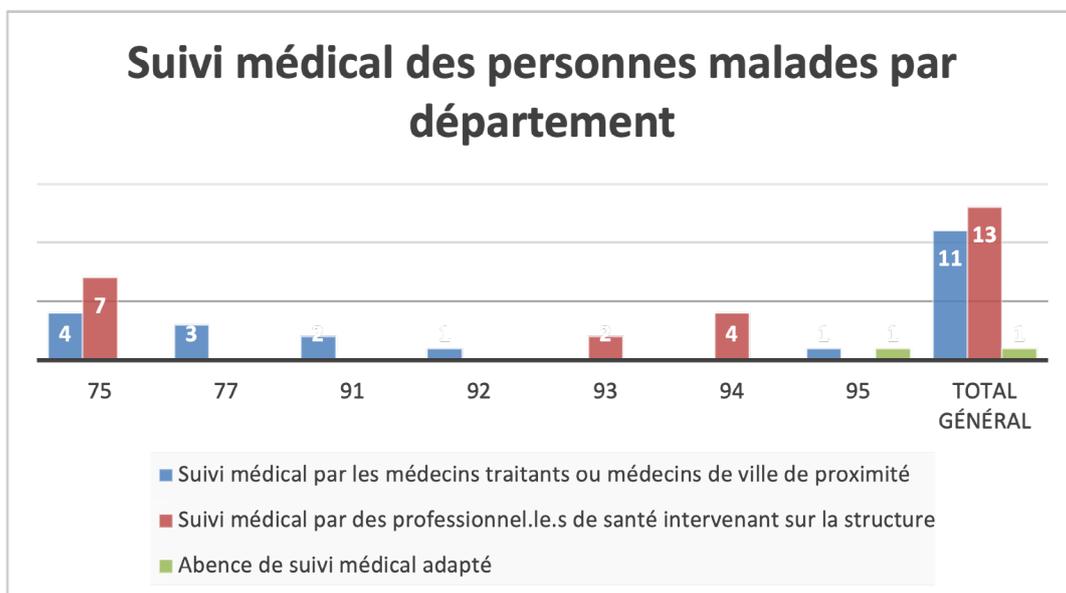
Les répondant.e.s issu.e.s de structures médico-sociales ont souligné le fait que la présence médicale et paramédicale sur site avait été un véritable atout dans la gestion de la période de crise sanitaire. A l'inverse, un.e répondant.e de structure d'hébergement d'urgence a évoqué le fait qu'en l'absence de personnel médical sur site, les professionnel.le.s sociaux avaient dû effectuer des tâches de suivi des personnes (prise de température par exemple) qui ne faisaient pas partie de leurs missions ni formation.

**Graphique 11 : Suivi médical des personnes malades par type d'hébergement**

Base : 39 répondant.e.s à l'enquête par questionnaire



**Graphique 12 : Suivi médical des personnes malades par département**



Base : 39 répondant.e.s à l'enquête par questionnaire

## DANS LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT GÉNÉRALISTES, IDENTIFICATION ET MESURES PARTICULIÈRES MISES EN ŒUVRE À DESTINATION DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE DE DÉVELOPPER UNE FORME GRAVE DE LA MALADIE

Parmi les répondant.e.s à l'enquête par questionnaire, un.e seul.e répondant.e a indiqué qu'il n'avait pas été procédé à une identification des personnes présentant un risque de développer une forme grave de la maladie consécutive à une infection SARS-CoV-2.

Parmi les autres répondant.e.s, **la majorité ont mis en place des mesures spécifiques de vigilance et de suivi des personnes présentant un risque de développer une forme grave de la maladie.** Parmi les mesures citées :

- Vigilance renforcée sur le respect des gestes barrières ;
- Appels téléphoniques réguliers voire quotidien dans certains cas ;
- Visites régulières voire quotidiennes à domicile ;
- Mise en place d'une visite régulière par un.e infirmier.e à domicile ;
- Prise quotidienne de température et dans un cas bi-quotidienne associée d'un suivi des constantes ;
- Dans une structure non médicalisée, une fiche médicale avec le rappel des traitements des malades a été mise en place ;
- Hébergement temporaire de personnes à l'extérieur de la structure.

Ces mesures mises en œuvre à destination des personnes hébergées à risque de développer une forme grave de la maladie mettent en lumière la sollicitation exceptionnelle des professionnel.le.s sociaux.ales sur les questions de santé des personnes. La situation sanitaire a parfois contraint ces professionnel.le.s à effectuer une surveillance médicale des personnes accompagnées, interrogeant le rôle des professionnel.le.s sociaux.ales

et pouvant soulever des questions éthiques liées à leur rôle. Dans les structures où cela a été possible, l'intervention d'infirmier.e.s a permis de décharger les intervenant.e.s sociaux.ales de cette surveillance médicale.

## ORGANISATION DES STRUCTURES EN PÉRIODE DE CRISE SANITAIRE

Durant les mois de mars à mai 2020, les structures d'hébergement concernées par l'enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France ont été contraint.e.s d'adapter rapidement leur organisation afin de faire face à une situation épidémique alors inédite, avec des pouvoirs publics qui s'adaptèrent alors eux aussi à un contexte nouveau. Les nouvelles modalités d'organisations et initiatives développées par les associations méritent d'être mises en valeur, afin de pouvoir également être une base de réflexion pour l'amélioration de l'accompagnement santé des personnes hébergées dans les structures non médicalisées.

### Mobilisation de ressources sanitaires pour accompagner les professionnel.le.s sociaux.ales dans l'adaptation des procédures à la situation épidémique dans les structures d'hébergement et de logement non médicalisées

**Près de deux tiers des répondant.e.s issu.e.s de structures non médicalisées d'hébergement ont indiqué avoir mobilisé des ressources sanitaires pour accompagner les professionnel.le.s sociaux.ales dans l'adaptation des procédures rendue nécessaire par la crise sanitaire.** Dans la majeure partie des cas, il s'agit de ressources interne à l'association qui ont été mobilisées – dans l'ensemble des cas il s'agit de structures portées par des associations gestionnaires de structures médico-sociales par ailleurs.

**Deux répondant.e.s ont indiqué avoir fait appel aux équipes mobiles sanitaires mises en place par l'ARS à des fins d'accompagnement des professionnel.le.s sociaux.ales.**

**Tableau 7 : Ressources sanitaires mobilisées pour accompagner les professionnel.le.s sociaux.ales des structures non médicalisées**

Centre de santé de la Ville de Paris	1
Oui, ressources internes à l'associations	<b>12</b>
Oui, professionnel.le.s de santé intervenant habituellement sur la structure	3
Oui, équipes mobiles de l'ARS	2
Bénévoles résidents dans le centre	1
<b>Non</b>	<b>10</b>

Base 29 répondant.e.s de structures non médicalisées ayant répondu à la question « Votre structure a-t-elle mobilisé des ressources humaines sanitaires pour accompagner les professionnel.le.s sociaux.ales dans l'adaptation des procédures à la situation épidémique ? »

## Outillage des professionnel.le.s sociaux.ales dans la période de crise épidémique

La question « Des outils spécifiques ont-ils été mobilisés pour outiller et accompagner les professionnel.le.s sociaux.ales dans la période épidémique ? » a été mésinterprétée par une partie des répondant.e.s. Par « outils » il était entendu les guides, fiches de recommandations, dispositifs spécifiques mis en œuvre dans les associations etc., mais plusieurs répondant.e.s ont évoqué en réponse à cette question les EPI.

Six répondant.e.s ont indiqué avoir diffusé à destination des intervenant.e.s sociaux.ales des structures des fiches de recommandations, articles ou guides produits par les pouvoirs publics. Quatre répondant.e.s ont évoqué dans leur réponse la Lettre d'Information de la Fédération des acteurs de la Solidarité Ile-de-France comme outil pour les professionnel.le.s. Un.e répondant.e déplore dans sa réponse le manque de consignes diffusées par la DGCS.

Le plan de continuité d'activité (PCA) a été évoqué par deux répondant.e.s comme outil à disposition des professionnel.le.s sociaux.ales.

Parmi les autres outils évoqués, le télétravail est cité deux fois.

Par ailleurs, certaines associations ont développé en interne des outils spécifiques liés à la crise sanitaire du Sars-Cov2 pour venir en appui aux professionnel.le.s :

- L'association Emmaüs Solidarité a mis en place une plateforme téléphonique avec des médecins bénévoles à destination interne ;
- Le Samusocial de Paris a mis en place, grâce notamment aux professionnel.le.s des établissements médico-sociaux, une ligne téléphonique médicale 24h/24 7j/7 ainsi qu'une cellule interne « COVID » qui a pu déployer des actions de formation auprès des professionnel.le.s sociaux.ales ;
- Le groupe SOS a également déployé, grâce notamment aux professionnel.le.s des établissements médico-sociaux, des équipes mobiles qui sont venues en appui aux professionnel.le.s non médicaux, ont proposé des formations (port du masque, procédures sanitaires, etc.) ainsi que des équipes mobiles qui se sont déployées pour tester les personnes hébergées à partir de mai 2020.

Nous pouvons observer une différence importante de ressources accessibles aux professionnel.le.s sociaux.ales pour les accompagner dans l'adaptation à la crise sanitaire entre les professionnel.le.s exerçant au sein d'associations qui ont dans leurs effectifs du personnel médical et paramédical et les autres. L'enquête réalisée par la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France, bien que ne concernant qu'un nombre limité de structure, **semble montrer que les équipes mobiles déployées par l'Agence Régionale de Santé n'ont pas permis de combler cette différence de ressources entre associations.**

## Retour sur l'évolution des pratiques du travail social liée à la crise sanitaire

La dernière question de l'enquête interrogeait les répondant.e.s sur les évolutions des pratiques du travail social durant la période de crise sanitaire : « Notez-vous une évolution des pratiques professionnelles des acteurs sociaux durant la période de crise sanitaire dans la prise en compte des aspects liés à la santé des personnes ou dans les moyens mis en œuvre pour l'accompagnement (développement de l'aller-vers, plus grande prise en compte dans les entretiens de la question de la santé, etc.)? ».

Si cette question, plus qualitative et prospective que les autres a recueilli un nombre limité de réponses développées, certains éléments semblent intéressants à reporter ici.

Si plusieurs répondant.e.s, en structure médico-sociale comme non médicalisées, indiquent que l'approche santé était déjà avant la crise sanitaire un élément fort du projet d'établissement et de l'accompagnement, deux répondant.e.s ont indiqué que la crise sanitaire avait entraîné une plus grande attention portée aux « maux des personnes hébergées » ou à leur bien-être. « Nous posons plus de questions liées au bien être des personnes, que ce soit un bien-être physique ou psychologique. Les questionnements concernant la santé ont été bien plus nombreux. »

L'aspect de l'attention portée à la fragilité psychologique des personnes a également été souligné par un.e répondant.e qui indique que le confinement a rendu plus visibles les fragilités psychologiques des personnes.

Un.e répondant.e évoque également le fait que la situation sanitaire a amené les intervenant.e.s sociaux.ales à faire beaucoup de pédagogie à destination des personnes, afin de déconstruire des préjugés ou mésinterprétation des recommandations sanitaires (exemple des personnes qui ont vécu la distanciation physique des professionnel.le.s comme une crainte d'être contaminées spécifiquement par les personnes accompagnées).

Enfin, la question de l'accompagnement social à distance est abordée dans les réponses à plusieurs questions de l'enquête. Si dans certaines structures il est mentionné que les intervenant.e.s sociaux.ales ont continué à travailler sur place pendant la période de mars à mai 2020, d'autres modalités d'accompagnement des personnes ont également été développées, souvent en complément des visites sur site. Dans certaines structures, des appels quotidiens ont été adressés aux personnes à risque de développer une forme grave de la maladie liée au SARS-Cov2, dans d'autres toutes les personnes hébergées ont été appelées à échéances régulières. En réponse à la dernière question de l'enquête autour des évolutions du travail social, un.e répondant.e a indiqué que cette crise avait contraint les intervenant.e.s sociaux.ales à adopter plus de flexibilités dans les manières d'entrer en lien avec les personnes du fait de l'usage des outils numériques et de l'accompagnement à distance.

## CONCLUSION

L'enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France sur l'impact de la première vague de l'épidémie liée au SARS-CoV-2 sur le secteur de l'hébergement en Ile-de-France permet de mettre en lumière une exposition importante des personnes hébergées au virus, ainsi qu'une diffusion plus importante de celui-ci dans les structures d'hébergement collective. La situation épidémique met en lumière les limites de l'hébergement collectif et partagé et invite à réfléchir à nouveau à l'humanisation des structures d'hébergement et au développement de solutions d'hébergement individuelles, en limitant le partage des sanitaires.

Les observations de cette enquête concernant les différences entre structures, départements et associations concernant les ressources sanitaires mobilisables auprès des personnes sont le reflet de l'inégalité d'accès aux ressources sanitaires observées en dehors de la période de crise sanitaire ainsi que des inégalités territoriales de santé. Si la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France promeut l'accès à un suivi en santé de droit commun pour les personnes hébergées, il est nécessaire de prendre en compte dans la politique de santé que la marche vers le droit commun peut être très haute pour les publics en situation de rue ou hébergés, et plus ou moins aisée à franchir selon l'offre de santé de droit commun sur les territoires.

Par ailleurs, les études ECHO<sup>16</sup> et PréCares<sup>17</sup> ainsi que les nombreux travaux menés sur le sujet de la santé des personnes en situation de rue ou hébergées, notamment par la Fédération des acteurs de la solidarité, mettent en lumière le caractère multifactoriel des difficultés d'accès aux soins et à la santé rencontrées par ces publics : absence de droits ouverts à une couverture maladie ou non recours, faible niveau de littératie en santé, difficultés à se repérer dans le système de soin, faible maîtrise de la langue française, confrontation aux refus de soins, etc. Le développement d'équipes mobiles sanitaires pérennes, telles que préconisées par la mesure 27 du Ségur de la Santé, pourra permettre d'apporter une partie de la réponse aux difficultés d'accès aux soins des personnes hébergées et des inégalités territoriales. Ces équipes pourraient intervenir lorsque les structures de soins de droit commun ne sont pas mobilisables, ou que la personne a besoin d'être accompagnée vers le droit commun – sur le modèle des EMPP<sup>18</sup> - mais également pour accompagner les équipes sociales dans l'appréhension des difficultés de santé des personnes. Cependant il paraît nécessaire que cette mesure soit accompagnée d'un renforcement de l'offre de soins de droit commun sur les territoires sous-dotés, de mesures pour faciliter l'accès aux droits à une couverture maladie quelle que soit la situation administrative des personnes ainsi que de mesures visant à favoriser l'accès aux services de soins de droit commun pour les personnes (lutte contre les refus de soins, développement des actions de médiations et de promotion de la santé, développement de partenariats entre les centres de santé et les structures d'hébergement, etc.).

<sup>16</sup> Cécile Longchamps et coll., « Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO », INSERM, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé Publique, BEH 12 janvier 2021, Paris

<sup>17</sup> Médecins sans Frontières, « Précarité et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé » Ile-de-France mars -juin 2020, Décembre 2020

<sup>18</sup> Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

## ANNEXES

**Tableau 8 : Impact de l'épidémie COVID-19 selon différents indicateurs selon les modalités d'hébergement proposées (Diffus ou Collectif)**

		Collectif	Diffus	Mixte	Total général
Mars	Personnes hébergées	1779	1350	499	3628
	Cas suspects	71	33	2	106
	Prévalence Cas suspects	4,0%	2,4%	0,4%	2,9%
	Personnes dépistées	47	14	0	61
	Personnes PCR +	35	5	0	40
	<b>Prévalence cas confirmés</b>	2,0%	0,4%	0,0%	1,1%
Avril	Personnes hébergées	1473	1344	517	3334
	Cas suspects	52	9	0	61
	Prévalence Cas suspects	3,5%	0,7%	0,0%	1,8%
	Personnes dépistées	284	13	4	301
	Personnes PCR +	42	7	4	53
	<b>Prévalence cas confirmés</b>	2,9%	0,5%	0,8%	1,6%
Mai	Personnes hébergées	1466	1353	522	3341
	Cas suspects	10	3	1	14
	Prévalence Cas suspects	0,7%	0,2%	0,2%	0,4%
	Personnes dépistées	157	4	0	161
	Personnes PCR +	4	0	0	4
	<b>Prévalence cas confirmés</b>	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
TOTAL Cas suspects		133	45	3	181

**Tableau 9** : Impact de l'épidémie COVID-19 selon différents indicateurs selon les modalités d'hébergement proposées (Chambre ou appartement partagé ou non)

*Attention : le faible nombre de places identifiées comme uniquement partagées et l'importance des modalités d'hébergement mixte dans les réponses à l'enquête font que s'il est possible de déduire une différence probable d'exposition au SARS-CoV-2 entre les modalités d'hébergement partagées ou non partagées, les échantillons ne permettent pas de conclure sur une différence statistique représentative.*

		Mixte	Uniquement non partagé	Uniquement partagé	Total général
Mars	Personnes hébergées	1866	1485	277	3628
	Cas suspects	67	20	19	106
	Prévalence Cas suspects	3,6%	1,3%	6,9%	2,9%
	Personnes dépistées	40	8	13	61
	Personnes PCR +	27	2	11	40
	<b>Prévalence cas confirmés</b>	1,4%	0,1%	4,0%	1,1%
Avril	Personnes hébergées	1858	1016	460	3334
	Cas suspects	12	19	30	61
	Prévalence Cas suspects	0,6%	1,9%	6,5%	1,8%
	Personnes dépistées	121	75	105	301
	Personnes PCR +	11	3	39	53
	<b>Prévalence cas confirmés</b>	0,6%	0,3%	8,5%	1,6%
Mai	Personnes hébergées	1878	1014	449	3341
	Cas suspects	5	3	6	14
	Prévalence Cas suspects	0,3%	0,3%	1,3%	0,4%
	Personnes dépistées	31	3	127	161
	Personnes PCR +	0	0	4	4
	<b>Prévalence cas confirmés</b>	0,0%	0,0%	0,9%	0,1%
TOTAL Cas suspects		84	42	55	181
Prévalence cas suspects		4,5%	3,6%	13,9%	5,3%
TOTAL Personnes dépistées		192	86	245	523
Part de personnes dépistées dans la moyenne des hébergés		10,3%	7,3%	62,0%	15,2%
TOTAL PCR+		38	5	54	97
Prévalence par rapport à la moyenne des hébergé.e.s		2,0%	0,4%	13,7%	2,8%
Moyenne hébergé.e.s		1867	1172	395	3434

Base : 40 répondant.e.s à l'enquête par remontée de données quantitative ayant indiqué le nombre de personnes hébergées

**Tableau 10 : Impact de l'épidémie COVID-19 dans les structures du secteur médico-social PDS**

	Valeurs	ACT	LAM	LHSS	Total général
Mars	Personnes hébergées	37	32	253	322
	Cas suspects		0	45	45
	Prévalence Cas suspects	0,0%	0,0%	17,8%	14,0%
	Personnes dépistées	3	1	38	42
	Personnes PCR +	2	0	30	32
	<b>Prévalence confirmée</b>	<b>5,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>11,9%</b>	<b>9,9%</b>
	Hospitalisations	0	0	19	19
	Décès	0	0	3	3
Avril	Personnes hébergées	36	32	229	297
	Cas suspects		1	12	13
	Prévalence Cas suspects	0,0%	3,1%	5,2%	4,4%
	Personnes dépistées	2	30	139	171
	Personnes PCR +	0	0	27	27
	<b>Prévalence confirmée</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>11,8%</b>	<b>9,1%</b>
	Hospitalisations	0	0	5	5
	Décès	0	0	1	1
Mai	Personnes hébergées	36	37	222	295
	Cas suspects		1	0	1
	Prévalence Cas suspects	0,0%	2,7%	0,0%	0,3%
	Personnes dépistées	0	2	70	72
	Personnes PCR +	0	0	2	2
	<b>Prévalence confirmée</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,7%</b>
	Hospitalisations	0	0	0	0
	Décès	0	0	0	0
	TOTAL CS	0	2	57	59
	Dont part dans moyenne hébergés	0,0%	5,9%	24,3%	19,4%
	TOTAL D	5	33	247	285
	Dont part dans moyenne hébergés	13,8%	98,0%	105,3% <sup>19</sup>	93,5%
	TOTAL T+	2	0	59	61
	Dont part dans moyenne hébergés	5,5%	0,0%	25,1%	20,0%
	TOTAL H	0	0	24	24
	<b>Dont part dans moyenne hébergés</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>10,2%</b>	<b>7,9%</b>
	TOTAL D	0	0	4	4
MOYENNE Hébergés	36	34	235	305	

Base : 40 répondant.e.s à l'enquête par remontée de données quantitative ayant indiqué le nombre de personnes hébergées

<sup>19</sup> Des personnes ont pu être testées à plusieurs reprises.

**Tableau 11 : Impact de l'épidémie COVID-19 dans les structures du secteur hébergement logement**

		Asile	Hébergement d'insertion	Logement d'insertion	Mixte urgence, stabilisation et insertion	Stabilisation	Urgence	Total général
Mars	Personnes hébergées	173	817	30	884	110	1292	3306
	Cas suspects	2	13	0	31	0	15	67
	Prévalence Cas suspects	1,2%	1,6%	0,0%	3,5%	0,0%	1,2%	2,0%
	Personnes dépistées	0	3	0	8	0	8	21
	Personnes PCR +	0	0	0	3	0	5	8
	<b>Prévalence confirmée</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,4%	0,2%
	Hospitalisations	0	2	0	0	0	2	26
	Décès	0	1	0	0	0	0	1
Avril	Personnes hébergées	191	817	30	882	104	1013	3037
	Cas suspects	0	20	0	7	0	21	48
	Prévalence Cas suspects	0,0%	2,4%	0,0%	0,8%	0,0%	2,1%	1,6%
	Personnes dépistées	0	53	0	7	0	70	130
	Personnes PCR +	0	6	0	6	0	14	26
	<b>Prévalence confirmée</b>	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%	0,0%	1,4%	0,9%
	Hospitalisations	0	2	0	0	0	0	2
	Décès	0	0	0	0	0	0	0
Mai	Personnes hébergées	196	816	30	890	106	1008	2806
	Cas suspects	0	6	0	3	1	3	13
	Prévalence Cas suspects	0,0%	0,7%	0,0%	0,3%	0,9%	0,3%	0,5%
	Personnes dépistées	0	75	0	3	2	9	89
	Personnes PCR +	0	1	0	0	0	1	2
	<b>Prévalence confirmée</b>	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
	Hospitalisations	0	0	0	0	0	0	0
	Décès	0	0		0	0	0	0
	Total Cas suspects	2	39	0	41	1	39	128
	Prévalence cas suspects	1,1%	4,8%	0,0%	4,6%	0,9%	3,5%	4,2%
	Total personnes dépistées	0	128	0	10	2	79	219
	Part de la moyenne des hébergé.e.s testé.e.s	0%	16%	0%	1%	2%	7%	7%
	Total personnes testées positives	0	7	0	9	0	20	36
	Prévalence	0,0%	0,9%	0,0%	1,0%	0,0%	1,8%	1,2%
	Total hospitalisations	0	4	0	0	0	2	28
	Part hospitalisation dans la moyenne des hébergé.e.s	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,9%
	Total décès	0	1	0	0	0	0	1
	Part décès dans moyenne des hébergé.e.s	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Moyenne personnes hébergées	187	817	30	885	107	1104	3050

Base : 40 répondant.e.s à l'enquête par remontée de données quantitative ayant indiqué le nombre de personnes hébergées

## Graphiques 8 à 10 : Recours aux différentes modalités de test par département et par mois

Base 39 répondants à l'enquête par questionnaire

