



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

Synthèse

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, Synthèse des résultats, **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.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a réalisé entre juin et octobre 2020 une enquête à destination des centres d'hébergement et structures médico-sociales de soins résidentiels franciliens, dans l'optique d'évaluer l'impact de la première vague de l'épidémie liée au SARS-CoV-2 dans ce secteur. Cette enquête s'est composée d'une enquête par questionnaire et d'une enquête par remontées de données quantitatives.

Cette synthèse présente les éléments saillants des résultats de l'enquête, en les mettant parfois en lien avec d'autres études et enquêtes menées sur le sujet.

Les réponses à l'enquête concernent pour les mois de mars, avril et mai 2020 respectivement : 3628, 3334 et 3341 personnes hébergées, soit un peu plus de 2,5% du parc d'hébergement francilien à cette période.

Éléments concernant la diffusion de l'épidémie dans les structures d'hébergement répondantes :

L'enquête par remonté de données quantitatives permet une estimation de la part des personnes ayant présenté des symptômes évoquant une infection au SARS-CoV-2 et testées positives durant les trois mois de l'enquête.

Parmi les répondant.e.s, **59%, ont indiqué ne pas avoir eu de personnes hébergées testées positives à une infection SARS-CoV-2, mais seulement 36% d'entre eux/elles ont indiqué ne pas avoir eu de personnes « cas suspect »** parmi les personnes hébergées sur la période de mars à mai.

Rapporté à la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois, le nombre de personnes testées positives par test PCR à une infection SARS-CoV-2 constitue une part 2,8% et le nombre de personnes déclarées « cas suspects » par les répondant.e.s correspond à une part de 5.3%. En comparaison, en mai 2020, il est possible d'estimer que 0,57% de la population francilienne avait été testé positive à une infection SARS-CoV-2¹.

Ces données ne permettent pas d'émettre 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 séroprévalences

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, mais également de mettre en valeur la 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. Si une partie de cette sur-représentativité pourrait être expliquée par une priorisation des personnes hébergées dans l'accès aux tests, elle peut également être interprétée comme le signe d'une surexposition au virus des personnes hébergées, en comparaison à la population générale francilienne. Cette surexposition semble également être indiquée par un taux de positivité supérieur au taux de positivité régional en mars – période où l'accès aux tests était fortement limité – **avec 71,23% de tests positifs parmi ceux réalisés dans les structures répondantes contre 42% des tests à l'échelle francilienne.**

Il est observé que les structures semblent avoir été plus fortement touchées par l'épidémie sur le mois de mars 2020, avec 2,9% des personnes hébergées par les structures répondantes déclarées comme « cas suspects »² contre 1.8% en avril et 0.4% en mai. En considérant uniquement les personnes hébergées dans les structures ayant déclaré des « cas suspects », ce taux atteint 8,8%.

¹ Estimations faites en rapportant à la population francilienne (12 278 210 personnes selon les 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.

² En mars 2020, l'absence de test systématique des personnes, y compris dans les structures d'hébergement, fait de la prévalence des « cas suspects » une indication plus pertinente que le taux de personnes testées positives (1,1%) pour illustrer l'impact de l'épidémie.

Le rapport entre le nombre de personnes testées positives et le nombre de personnes hébergées montre également **une prévalence plus importante de l'infection SARS-CoV-2 chez les personnes hébergées dans des structures d'hébergement collectives** (5,2% de la moyenne des personnes hébergées sur trois mois) **ainsi qu'une prévalence probablement plus importante dans les structures proposant uniquement un hébergement partagé entre plusieurs ménages ou personnes isolées** (13.7% de la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois). **Quatre des cinq structures répondantes indiquant un taux de personnes testées positives supérieur à 10% de la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois, sont des structures collectives proposant uniquement des modalités d'hébergement partagé.** Cette surexposition des personnes hébergées dans des structures proposant uniquement des modalités d'hébergement partagé a également pu être démontré par l'enquête de séroprévalence menée par Médecins sans frontières (MSF), Epicentre et l'Institut Pasteur entre le 23 juin et le 2 juillet 2020 sur quatorze lieux d'intervention de MSF.

En effet, cette enquête a démontré que la séroprévalence SARS-CoV-2 était trois fois plus élevée chez les personnes qui avaient été hébergées dans des structures collectives de type gymnase, par rapport aux personnes qui avaient directement accédé à un hébergement en centre d'hébergement³.

Les structures médico-sociales de soins résidentiels ont été très fortement touchées par l'épidémie, avec 25.1% de personnes testées positives par PCR à une infection SARS-CoV-2 sur la moyenne des personnes hébergées. Les enquêtes de séroprévalence qui ont pu être menées sur certains de ces établissements montrent par ailleurs que ce taux de positivité des personnes hébergées peut être bien inférieur à la séroprévalence.

Un accès aux tests limités malgré la priorisation des personnes à la rue ou hébergées :

Depuis mars 2020, la doctrine nationale et régionale d'accès aux tests de dépistage d'une infection SARS-CoV-2 prévoyait un accès prioritaire et systématique aux tests pour les personnes en situation de rue ou hébergées. Malgré cela, l'enquête menée par la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France permet de mettre en lumière le fait que **toutes les personnes hébergées présentant des symptômes évoquant une infection SARS-CoV 2 n'ont pu accéder aux tests de dépistage.** Ainsi, sur l'enquête par remontée de données quantitatives, 10 répondant.e.s en mars, 8 en avril et 8 en mai, font part d'un nombre de personnes testées inférieur au nombre de cas suspects. Sept d'entre elles en mars, six en avril et mai, sont des structures collectives.

Le nombre de tests réalisés en mars 2020 dans les structures est largement inférieur au nombre de cas suspects déclarés par les répondant.e.s à l'enquête, avec 73 tests pour 160 cas suspects. A l'inverse, en avril, il est observé une montée en charge des tests avec 301 tests réalisés et 80 cas suspects. Ceci est dû à des opérations de dépistage massives sur plusieurs structures et également à une meilleure accessibilité des tests, tant via les équipes mobiles mises en place par l'Agence Régionale de Santé que par le déploiement des tests dans les laboratoires de ville et les PASS. En avril, le nombre de personnes testées représente 9% des personnes hébergées dans les structures répondantes.

L'ensemble des structures LHSS a bénéficié d'opérations de dépistage collectif. Les tests réalisés représentent en général 15,2% de la moyenne des personnes hébergées sur les trois mois, 31% dans les structures d'hébergement collectives et 62% dans les structures proposant un hébergement uniquement partagé.

³ L'enquête de séroprévalence EpiCov menée par Epicentre, Médecins sans Frontières et l'Institut Pasteur auprès de personnes en situation de précarité hébergées ou fréquentant des lieux de distribution alimentaire ne précise pas les modalités précises d'hébergement.

Les LHSS, les structures répondantes les plus touchées par l'épidémie

Les LHSS ont été particulièrement touchés par l'épidémie, avec un taux de 17,8% de « cas suspects » sur l'ensemble des personnes hébergées en mars (11,9% de personnes testées positives) et 11,8% de personnes testées positives par PCR en avril. Sur les trois mois, le nombre de personnes testées positives représente plus de 25% de la moyenne des personnes hébergées.

Les modalités d'hébergement proposées par les structures médico-sociales de soins résidentiels sont essentiellement collectives. **Toutes les structures répondantes proposaient au moins certaines places d'hébergement partagées entre plusieurs personnes isolées ou ménages** et trois structures LHSS ne proposaient qu'une seule modalité d'hébergement : hébergement collectif en multi-lits. Ces modalités d'hébergement ont limité, voire empêché les possibilités d'isolement individuel des personnes présentant des symptômes évoquant une infection SARS-CoV-2. Ces modalités d'hébergement se sont révélées inadaptées en période de crise sanitaire. Les structures médico-sociales répondantes ont pu bénéficier d'opérations de dépistage collectif sur l'ensemble de l'établissement. Ainsi, le nombre de tests réalisés sur l'ensemble des structures médico-sociales sur les mois de mars à mai représente 95% de la moyenne des personnes hébergées. Sur le mois d'avril, cinq structures médico-sociales répondantes ont bénéficié d'opérations de tests ponctuels de l'ensemble des personnes hébergées puis une en mai.

Les structures médico-sociales de soins résidentiels accueillent par définition des personnes qui présentent des fragilités de santé et susceptibles de développer des formes graves de la maladie à la suite d'une infection SARS-CoV-2. Parmi les réponses à l'enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France, quatre des cinq décès remontés comme possiblement liés aux conséquences d'une infection SARS-CoV-2 le sont par des structures médico-sociales. A titre indicatif, les personnes hébergées dans ces structures représentent environ 10% des personnes hébergées dans les structures répondantes⁴.

Entre grande et petite couronne, des divergences territoriales concernant la mobilisation des partenaires du secteur sanitaire

L'enquête menée par la Fédération permet de mettre en lumière des différences en termes de ressources sanitaires mobilisées par les répondant.e.s, tant concernant le suivi médical des personnes, les modalités de tests mobilisées, que les ressources sanitaires mobilisées pour venir en appui aux professionnel.le.s sociaux.ales dans les établissements non médicalisés.

A l'inverse des structures répondantes des départements de Paris et, en moindre mesure de petite couronne, **aucune structure d'hébergement non médicalisée répondante des départements de Seine-et-Marne, Essonne ou Val d'Oise, n'a indiqué avoir pu bénéficier de professionnel.le.s de santé intervenant sur leur structure** pour le suivi des personnes malades. Certain.e.s répondant.e.s de ces départements ont également souligné dans l'enquête les difficultés à obtenir des rendez-vous auprès des médecins de ville. De même, aucune structure de ces départements n'a indiqué dans la réponse à l'enquête bénéficier d'interventions de professionnel.le.s de santé sur la structure, ayant pu orienter les personnes vers des tests en laboratoire de ville. **Les équipes mobiles mise en œuvre par l'Agence Régionale de Santé sont toutefois citées dans les modalités de tests mobilisées par les répondant.e.s de ces départements.**

De même, **parmi les dix répondant.e.s de structures d'hébergement non médicalisées ayant indiqué ne pas avoir mobilisé de ressources humaines sanitaires pour venir en appui aux équipes sociales sur la question de l'adaptation à la situation épidémique, six sont situées sur des départements de grande couronne**, qui ne représentent qu'un quart des réponses à l'enquête.

Les équipes mobiles sanitaires mises en œuvre par l'Agence Régionale de Santé ont pu permettre, concernant l'accès aux tests, de compenser les difficultés de mobilisation des ressources sanitaires sur les départements de grande couronne. Cependant, elles sont peu mentionnées par les répondant.e.s concernant les ressources pour le suivi médical des personnes (une occurrence) et le soutien aux équipes sociales. Toutefois, les deux répondant.e.s ayant mentionné ce dernier motif de mobilisation des équipes mobiles sanitaires sont situés en grande couronne.

⁴ Le nombre remonté de décès possiblement liés au COVID 19 est de 8 en prenant en compte les réponses à l'enquête d'une association n'ayant pas indiqué le nombre total de personnes hébergées sur la période.

Des structures qui ont dû faire preuve d'une grande adaptabilité face à une crise sanitaire qui questionne les modes d'accueil et d'hébergement des personnes

Les structures d'hébergement sociales et médico-sociales de soins résidentiels ont dû s'adapter et se réorganiser très rapidement face à la première vague de l'épidémie liée au SARS-CoV-2, avec des équipes et structures qui n'étaient ni adaptées ni suffisamment préparées pour y faire face.

Face à la nécessité de permettre l'isolement des personnes qui présenteraient des symptômes évocateurs d'une infection SARS-CoV-2 les structures collectives ont dû s'adapter malgré l'inadéquation du bâti. Certaines ont ainsi transformé des bureaux en chambre d'isolement ou ont été contraintes d'isoler les personnes qui présentaient des symptômes ensemble, y compris en l'absence de possibilité de confirmer qu'il s'agisse bien d'une infection SARS-CoV-2. Trois structures répondantes ont indiqué ne pas avoir eu de capacités d'isolement suffisante par rapport au nombre de personnes « cas suspects ». Bien que les personnes aient pu être orientées vers des structures dédiées aux personnes testées positives à une infection SARS-CoV-2 il n'a pas toujours été possible d'isoler suffisamment les personnes en attente d'orientation. Enfin, le partage des sanitaires entre un grand nombre de personnes sur les structures collectives a rendu d'autant plus difficile voire impossible le fait de dédier des sanitaires aux personnes malades.

Au-delà de l'adaptation des structures en termes d'application des mesures barrière et d'isolement, les équipes non médicalisées ont été amenées à apporter une attention renforcée aux questions de santé des personnes. « 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'absence de professionnel.le.s médicaux ou paramédicaux intervenants sur les structures a été souligné par certain.e.s répondant.e.s comme ayant mis en difficulté les équipes sociales, les amenant à assurer la surveillance médicale de certaines personnes à risque de développer des formes graves de la maladie liée au SARS-CoV-2 sans compétences spécifiques pour cela. Enfin, l'enquête réalisée par la Fédération indique que les structures non médicalisées gérées par des associations porteuses de structures médico-so-

ciales ont pu bénéficier de l'expertise médicale et paramédicale interne à l'association. De même, des associations d'ampleur et jouissant d'une visibilité accrue dans la société civile ont pu mettre en place des dispositifs de soutien aux équipes, via le recours à des professionnel.le.s de santé bénévoles. A l'inverse, les répondant.e.s n'ayant pu bénéficier de ces dispositifs internes dans leur association, ont fait part dans l'enquête d'un manque d'information et d'accompagnement des équipes face à la crise sanitaire.

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 collectif. La situation épidémique met en exergue 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 individuel, en limitant le partage des sanitaires.

Les observations de cette enquête relatives aux 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 ECHO⁵ et PréCares⁶ 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.

⁵ 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

⁶ Médecins sans Frontière, « Précarité et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé » Ile-de-France mars -juin 2020, Décembre 2020

Le développement d'équipes mobiles sanitaires pérennes, tel que préconisé 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 EMPP⁷ - mais également pour accompagner les équipes sociales dans l'appréhension des difficultés de santé des personnes. Cependant, il paraît néces-

saire 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 et 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 médiation et de promotion de la santé, développement de partenariats entre les centres de santé et les structures d'hébergement, etc.).

⁷ Equipe Mobile Psychiatrie Précarité