



HAL
open science

Isolement des personnes en situation de vulnérabilité pendant la pandémie Covid-19 : que retenir de l'expérience du centre d'hébergement spécialisé de Bordeaux, Nouvelle-Aquitaine ?

Clémence Mungroo

► To cite this version:

Clémence Mungroo. Isolement des personnes en situation de vulnérabilité pendant la pandémie Covid-19 : que retenir de l'expérience du centre d'hébergement spécialisé de Bordeaux, Nouvelle-Aquitaine ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03508707

HAL Id: dumas-03508707

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03508707v1>

Submitted on 3 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse N°166

THÈSE

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 décembre 2021

Par **Clémence MUNGROO**

Née le 18 décembre 1990 à Saint Pierre (974)

**Isolement des personnes en situation de vulnérabilité
pendant la pandémie Covid-19 :
Que retenir de l'expérience du centre d'hébergement spécialisé
de Bordeaux, Nouvelle-Aquitaine ?**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Christophe ADAM

Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Denis MALVY

Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Juge

Monsieur le Professeur Patrick DEHAIL

Juge

Monsieur le Professeur Christophe ADAM

Juge

Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON

Juge

Monsieur le Docteur Ronan TANTOT

Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Denis MALVY, Président du jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail venant clôturer plusieurs années d'études médicales. Votre expertise en infectiologie est un atout considérable pour juger ce manuscrit. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON, rapporteur de thèse et membre du jury,

Jamais je n'oublierai notre premier semestre ensemble aux Urgences de l'hôpital de Blaye. Ce stage d'internat m'a permis de devenir autonome, d'assumer mes décisions, d'apprendre énormément sur la Médecine d'Urgence et m'a surtout permis de te rencontrer. On s'est croisé à nouveau à l'hôpital de Libourne, échangeant autour d'un café nos péripéties des gardes d'étages. Depuis le premier jour où on s'est rencontré, je suis admirative de ta détermination, de tes performances intellectuelles et de ton parcours professionnel. Tu m'as fait l'honneur de rapporter et juger ce travail. Ton expertise dans la recherche médicale est un atout considérable pour juger ce manuscrit. Je te remercie pour le temps que tu y as consacré. Sois assurée de toute ma reconnaissance et ma considération.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger aujourd'hui ce travail. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et ma considération.

A Monsieur le Professeur Patrick DEHAIL, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et d'y apporter un regard critique de conseiller médical et scientifique de l'ARS Nouvelle Aquitaine. Un grand merci pour le temps que vous y avez consacré. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et ma considération.

A Monsieur le Docteur Ronan TANTOT, membre du jury,

Merci beaucoup d'avoir accepté de juger ce travail. En tant que médecin à la PASS, votre expérience est un réel atout pour juger ce manuscrit. Recevez toute ma reconnaissance et ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Christophe ADAM, directeur de thèse et membre du jury,

Je te remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse sur un sujet qui te tient à cœur et dont tu es l'un des experts à Bordeaux. Je te remercie pour ta disponibilité, ta présence et l'encadrement que j'ai reçu pour mener à bien ce travail. Sois assuré de mon profond respect et de toute ma considération.

A Monsieur Uriel THOLLAS, directeur du Centre d'hébergement spécialisé de Bordeaux, Monsieur Axel De BOUSSIERS, coordinateur, ainsi que tous les autres professionnels du centre, je vous remercie pour le très bon accueil que j'ai reçu lors de mes visites ainsi que l'aide apportée dans mes démarches de recherche. Je remercie également les 11 personnes interrogées pour le précieux temps qu'ils et elles m'ont accordé.

A mes amis,

A Pauline et Alexandre, vous aurez toujours dans mon cœur une très grande place. Pauline, nous qui nous sommes rencontrés pendant notre externat et qui avons sympathisé dès la première minute. J'ai beaucoup d'affection et tu le sais. Je viendrai dès que possible vous voir à Périgueux.

A Steph et Sammy, bien que les circonstances fassent qu'on se voit moins qu'auparavant, mon amitié envers vous est toujours aussi sincère. Merci ma Steph, d'être toujours là et merci pour ton immense bienveillance. Je suis si contente de d'avoir rencontré et de te compter dans mes amis chers.

A Laura et Samuel, mes amis réunionnais avec qui je partage toujours avec grand plaisir un bon repas créole. Nos emplois du temps ne nous permettent pas de se voir comme on le souhaiterait mais sachez que vous avez une grande place dans mon cœur.

A Johanna et Leandro, j'ai été si honorée que vous m'ayez permise d'assister à l'un des plus beaux jours de votre vie. Johanna, tu as été la plus belle rencontre lors de mon stage d'interne à l'hôpital d'Agen. Je serai toujours disponible pour qu'on fasse un restaurant ou un brunch ensemble.

A Julie, ma rencontre la plus atypique de mon internat. Quand on apprend à te connaître, on se rend compte que tu as un très grand cœur et que tu es une personne exceptionnelle. Merci d'avoir été là et de m'avoir fait vivre des soirées inoubliables.

A Virginie, je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée en me permettant de te remplacer. Merci pour tes conseils précieux. Tu es devenue une amie pour moi.

A Lucile et Robin, vous êtes des personnes que j'adore. Passer des weekends ensemble me remplit toujours de bonheur. A quand notre prochaine soirée champagne à la campagne ? Je vous apprécie très sincèrement.

A Quentin, tu es mon ami d'enfance, mon pharmacien préféré (après ton père bien sûr). Depuis peu, tu es parti vivre dans les îles. Mon amitié envers toi restera toujours infaillible. Je te souhaite tout le bonheur du monde.

A Alice, tu es une très belle personne. Notre rencontre en fin de première année de médecine, avec les soirées qui vont avec, resteront gravées dans ma mémoire.

A Grégory, mon kaf', je te connais depuis si longtemps. Ta présence le jour des résultats de la première année de médecine restera pour moi une réelle marque d'amitié. Nos si nombreuses soirées me manquent. Je te souhaite plein de bonheur.

A ma famille,

A ma mère Odile, ton amour et ton soutien sans faille depuis toujours m'ont permis de devenir qui je suis. Si je suis prête à devenir médecin, c'est en grande partie grâce à toi. Je n'ai jamais manqué de rien et je suis consciente des sacrifices que tu as dû faire. Je t'aime profondément.

A mon père Soob, ta réussite et ta persévérance sont des exemples pour moi. Ton parcours force le respect. Ma réussite, c'est la tienne aussi et je suis fière d'être ta fille. Je t'aime profondément.

A mon frère Valentin, tu as suivi mon parcours de près comme de loin. Tu es une personne avec un grand cœur qui mérite tout l'amour du monde. Sache que je serai toujours là pour toi. Je suis fière que tu sois mon frère. Je t'aime sincèrement.

A tatie Mayou et tonton Jean-Claude, ma famille de Châteaurenard, vous avez toujours été là pour moi. Votre amour et votre gentillesse sont une grande source de réconfort. Je vous aime tendrement. Je suis triste qu'on ne puisse pas se voir autant qu'on ne le voudrait. Vous avez une grande place dans mon cœur.

A tatie Flo et tonton Jean-Luc, merci pour le soutien que vous m'avez donné. Je vous aime fort. Tatie, je ne te remercierai jamais assez de nous avoir offert à moi et à Mélanie, ce voyage si extraordinaire en Californie. Cela nous a permis de créer des souvenirs ensemble inoubliables. J'espère qu'un jour on pourra repartir ensemble.

A mes cousines, Mélanie et Lucie, vous retrouver est toujours un immense bonheur pour moi. Je vous aime fort.

A Tonton Alain et Papé Dédé, j'aurai aimé que vous soyez là aujourd'hui. Sachez que je vous aime.

A Mamé Lolo, de là-haut je suis certaine que tu nous observes. On ne t'oubliera jamais.

A tonton Sunil et Valérie, un grand merci pour votre bonne humeur et votre amour. Je vous aime si fort aussi. On essaye de se voir le plus souvent possible et c'est toujours avec grand plaisir de venir dans le Nord boire une bonne bière et déguster les spécialités locales.

A mes cousins, Vinatee et Shaan, je vous souhaite plein de courage et bonheur dans vos études. Vous comptez beaucoup pour moi. Prenez soin de vous.

A Daddy, ma grand-mère paternelle, qui aurait été probablement fière de sa petite fille.

A mon grand-père paternel, que je n'ai presque pas connu et qui est parti trop vite.

A toute la famille MUNGROO

A mes beaux-parents, Sandrine et Jacky, je suis si contente de vous compter dans ma famille. Prenez bien soin de vous.

A tous mes beaux-frères et toutes mes belles-sœurs (et leurs enfants), Clément POTEAU et Camille (la petite Juliette et Paul), Clément et Camille POTEAU, Julien et Julie. Vous avez une immense place dans mon cœur.

A Micheline et Guito, je vous connais depuis si longtemps. Mon amour pour vous n'a jamais cessé de grandir. A toi Micheline, ma maîtresse d'école maternelle, j'ai toujours eu beaucoup d'admiration envers toi. Tu es pour moi un modèle à tous les niveaux. Vous ferez toujours partie de ma famille.

A Corinne et Marc, ma famille adoptive de Casteljaloux. Vous avez toujours été bienveillants avec moi. Mes séjours dans votre si belle maison sont à chaque fois très ressourçant. Je vous considère réellement comme ma famille.

A Jules, toi qui es un petit garçon intelligent, espiègle et si gentil. Un grand frère aimant pour Marius. Tu m'as appris qu'il n'y a pas que les gênes qui font les familles. Du moment qu'on s'aime, il n'y a que ça qui compte réellement. Je t'aime fort.

A mon bébé Marius, mon petit cœur de beurre, mon titi, mon minimoy, mon petit lutin, tu as bouleversé ma vie à un point que tu ne saurais imaginer. Ton arrivée a changé mes priorités. Je suis tellement fière de toi mon petit bonhomme. Sache que je serai toujours là pour toi. Je t'aime d'un amour inconditionnel.

Et enfin, à **Maxime**, mon homme, et je l'espère un jour mon mari. Ma vie a pris un tournant lorsque nous nous sommes rencontrés, elle est devenue si belle. Tout ce que nous avons fait ensemble était extraordinaire et tout ce que nous ferons le sera d'autant plus. Merci de m'avoir permise d'être maman et de m'avoir offert un si beau bébé, notre bébé, Marius. J'ai beaucoup d'admiration pour toi et je ne cesse d'apprendre à tes côtés. Tu as été d'un soutien sans faille depuis le premier jour. Je ne te remercierai jamais assez pour l'aide précieuse que tu m'as apportée pour mon travail de thèse, mon assistant préféré. A notre avenir, de tout mon cœur. Je t'aime.

Table des matières

Index des tableaux, figures & annexes	7
Abréviations	8
Résumé	9
I. Introduction	11
1. Maladie à Coronavirus 2019	11
2. Covid-19 et personnes en situation de vulnérabilité	14
3. L'hébergement social en temps de Covid-19	16
II. Matériels et méthodes	19
A. Étude descriptive	19
B. Etude qualitative	21
i. Choix du type d'étude	21
ii. Les entretiens semi-dirigés	21
iii. Choix de l'échantillon interrogé	22
iv. Recueil des données	22
v. Analyse des données	24
III. Résultats	25
A. Étude descriptive :	25
B. Étude qualitative : données générales sur les entretiens	31
C. Étude qualitative : analyse thématique	33
IV. Discussion	56
V. Conclusion	63
VI. Bibliographie	68
VII. Serment d'Hippocrate	72

Index des figures

Figure 1 : Nombre d'admission par mois entre Mars 2020 et Mars 2021	26
Figure 2 : Origine géographique des personnes hébergées	28
Figure 3 : Centres d'hébergement d'origine sur la région Nouvelle-Aquitaine	29
Figure 4 : Centres d'origine sur Bordeaux et Bordeaux Métropole	29
Figure 5 : Un dispositif fonctionnel	38
Figure 6 : Un dispositif juste	40
Figure 7 : Les spécificités du dispositif	46
Figure 8 : Les bénéficiaires du dispositif	52
Figure 9 : Les perspectives d'amélioration	54
Figure 10 : Synthèse de l'étude qualitative	55

Index des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée	27
Tableau 2 : Caractéristiques médicale de la population étudiée	31
Tableau 3 : Caractéristiques des personnes interrogées	33

Index des annexes :

Annexe 1 : L'orientation en centre d'hébergement spécialisé	64
Annexe 2 : Guide d'entretien	66

Abréviations :

AME : Aide Médicale d'État

ARS : Agence Régional de Santé

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CHS : Centre d'Hébergement Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées et Dépendantes

EMA : Agence Européenne des Médicaments

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SIAO : Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation

SPF : Santé Publique France

Résumé

Introduction : La pandémie de Covid-19 a modifié le quotidien des personnes en situation de vulnérabilité et des professionnels leur venant en aide. La concertation des acteurs sociaux et médico-sociaux, notamment des structures d'hébergement, joue un rôle majeur dans les stratégies d'isolement et de protection des personnes en situation de vulnérabilité. C'est dans ce contexte que les centres d'hébergement spécialisés (CHS) ont ouvert leur porte afin d'isoler ces personnes atteintes ou suspectes de Covid-19. L'objectif de l'étude est de participer à l'amélioration de l'aide médicale et sociale apportée aux personnes en situation de vulnérabilité hébergées dans un centre spécialisé du fait du risque lié à la Covid-19.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'un travail en deux parties. La première partie est une étude descriptive, rétrospective, des caractéristiques médico-sociales de la population accueillie au sein du centre d'hébergement spécialisé de Bordeaux de mars 2020 à mars 2021, colligées à partir des dossiers PAACO-Globules et des données collectées auprès de l'équipe professionnel du CHS. La deuxième partie est une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens semi-dirigés individuels des professionnels de santé du CHS de Bordeaux. Onze entretiens ont été réalisés en présentiel ou visio-conférence entre les mois d'août et octobre 2021. Un guide d'entretien donnait la ligne de conduite de chaque interview. Chaque entretien a été enregistré, retranscrit et analysé grâce à la méthode de verbatim.

Résultats : 246 personnes ont été isolées au CHS de Bordeaux entre mars 2020 et mars 2021. Après codage des verbatims, la catégorisation a permis d'obtenir cinq grands thèmes récurrents abordés : la fonctionnalité du dispositif, un dispositif juste, les spécificités du dispositif, les bénéfices du CHS et les perspectives d'amélioration. Les professionnels interrogés sont unanimes sur le caractère utile et la pertinence du dispositif mis en place. Des bénéfices personnels pour les patients et plus largement collectifs pour la société ont été mis en évidence. Une certaine adaptabilité de la part des professionnels a permis d'établir des stratégies face aux spécificités de la population hébergée. Des perspectives d'amélioration ont pu émerger de cette expérience comme l'amélioration de la prise en charge des problématiques spécifiques de santé de cette population ou favoriser un accompagnement social durable.

Conclusion : Le CHS a rempli sa mission de protection des personnes en situation de vulnérabilité face au risque de Covid-19 en isolant celles suspectes ou contaminées et en facilitant le travail des autres structures d'hébergement. Ce travail de recherche souligne l'importance du CHS au sein de l'organisation de l'hébergement des personnes en situation de vulnérabilité pendant la pandémie Covid-19.

I. Introduction

1. Maladie à coronavirus 2019

i. Chronologie

En décembre 2019, une zoonose est signalée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme responsable de pneumopathies qui seraient en rapport avec la fréquentation d'un marché d'animaux vivants de la ville de Wuhan, en Chine [1]. Ce virus, désigné SARS-CoV-2 en raison de sa proximité avec le virus SARS-CoV-1 (décrit lors d'une épidémie en Chine 2002-2003) est responsable d'une maladie infectieuse émergente, dénommée Covid-19, qui va dès lors, très rapidement se propager dans le monde entier dès janvier 2020. Les premiers cas européens sont déclarés en France à la date du 24 janvier 2020, sur des patients hospitalisés à Bordeaux et à Paris. Il s'agit de touristes en provenance de Wuhan. L'OMS déclare alors l'épidémie comme « Urgence de santé publique de portée internationale » le 30 janvier 2020, majorée au stade de pandémie mondiale le 11 mars 2020. En France la phase de circulation active du virus (phase 3 de l'épidémie) est décrétée, un confinement généralisé de la population est mis en place le 17 mars 2020.

Dans l'hexagone, le déconfinement débute le 11 mai 2020 de manière progressive, basé sur la baisse de la circulation active du virus ainsi que celle de la tension hospitalière sur les lits de réanimation par département. Cependant, après une rapide période d'accalmie, une recrudescence des cas apparaît en juillet 2020 avec une accélération au début de l'automne 2020 responsable de la « deuxième vague épidémique ». Un second confinement est mis en place du 30 octobre au 15 décembre 2020. Fin 2020 une souche mutante du virus appelée variant VOC202012/01, plus communément nommée variant « anglais » ou variant « alpha » est apparue outre-Manche, faisant craindre une troisième vague épidémique. Dans le même temps l'Agence européenne des médicaments (EMA) donne son feu vert pour le début de la vaccination. Les premières doses de vaccins sont administrées le dimanche 26 décembre 2020.

Fin mars 2021, malgré le début de la campagne de vaccination, un an après son apparition, la pandémie est responsable de 92 000 décès en France. Face à la flambée de l'épidémie en lien avec le nouveau variant anglais, le pays est de nouveau confiné le 1^{er} avril 2021 jusqu'au 16 juin 2021. Début juillet 2021, un nouveau variant fait son apparition en France, le variant delta ou variant « indien », observé dès octobre 2020 en Inde. Celui-ci est responsable d'une hausse des cas de contamination en juillet 2021 puisqu'il représente 82,3 % des nouveaux cas [2].

ii. L'infection à SARS-CoV-2

L'infection à SARS-CoV-2 est responsable d'une nouvelle maladie : Maladie à Coronavirus 2019 (COVID 19). Les patients infectés peuvent présenter des symptômes bénins comme de la fièvre, un syndrome pseudo-grippal avec des signes respiratoires comme la toux (78-88%) et la dyspnée (31-41%). De manière plus rare, une anosmie, une agueusie (16%) ou des symptômes intestinaux (13%) peuvent être observés pour les formes bénignes. Les formes graves sont essentiellement représentées par des syndromes de détresse respiratoire aiguë (SDRA) caractérisée par des besoins majeurs en oxygène et dont la prise en charge s'effectue en service de réanimation.

La transmission du SARS-CoV-2 est interhumaine, avec une contagiosité maximale en phase pré-symptomatique dans les 48h précédant l'apparition des signes cliniques. Le mode le plus fréquent de contagion est la transmission par gouttelettes. Ces gouttelettes oropharyngées sont émises lors d'éternuements et de toux et peuvent infecter une personne via contact avec la muqueuse respiratoire ou oculaire ou lors d'un contact direct avec une partie du corps contaminée (une poignée de main par exemple). Une personne peut également être contaminée par l'inhalation d'air contaminé par aérosolisation. Cet air est constitué de particules en suspension de diamètre inférieure à 100 microns. Cette transmission est majorée dans les espaces mal ventilés et les espaces clos. En France, c'est ce mode de transmission qui fera instaurer le port du masque obligatoire à partir du 20 juillet 2020 dans les espaces publics clos, insuffisamment ventilés et à l'extérieur lorsque la distanciation physique ne peut être respectée [3].

iii. Stratégie de limitation de propagation du virus dans le monde

Les stratégies de limitation de propagation du virus de la Covid-19 dans le reste du monde, outre le port du masque obligatoire dans les espaces publics et la distanciation sociale, sont hétérogènes d'un pays à l'autre. En Chine, des mesures exceptionnelles ont été prises pour tenter de contenir le virus : blocage de la ville de Wuhan, restriction de circulation, arrêt des transports en communs, construction de sites hospitaliers dédiés, fermetures des monuments emblématiques, fin du commerce des animaux. En Corée du Sud, des campagnes massives de dépistage et des stations de dépistage express ont permis de dépister des milliers de personnes en quelques semaines. Aux États-Unis, les mesures de restrictions sont très variables d'un état à l'autre. Certains états comme le Nouveau Mexique et l'Illinois ont choisi un confinement de la population avec port du masque obligatoire dans les lieux publics. D'autres états comme le Michigan ont pris la décision de fermer les écoles. La Californie a quant à elle choisi de fermer ou limiter à 25% les activités commerciales en intérieur. A Boston, des stratégies différentes ont été mises en place : ouverture de multiples stands de dépistage rapide, de tentes pour isoler les patients contaminés asymptomatiques et d'hôpitaux de campagnes pour la Covid-19 avec boxes individuels pour les patients atteints de la Covid-19 [4]. En Italie, afin de protéger la population en situation de vulnérabilité face à la Covid-19 et de limiter la propagation du virus au sein de cette population, le gouvernement a choisi d'appliquer strictement les mesures barrières dans les centres d'hébergement collectif, de faire de la prévention, et de distribuer des kits d'hygiène aux personnes qui vivent à la rue [5].

iv. Épidémiologie

De manière hebdomadaire, Santé Publique France (SPF) publie un bilan des données épidémiologiques de surveillance de l'infection à Covid-19. Entre le 1^{er} mars 2020 et le 29 juin 2021, le virus a contaminé plus de 191 millions de personnes et fait 4,1 millions de morts dans le monde. En France au 1^{er} juillet 2021, le virus était responsable de 6 millions de contaminations, 111 086 décès dont 84 613 survenus au cours d'une hospitalisation et 26 473 en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). 93% des cas de Covid-19 décédés étaient

âgés de 65 ans ou plus [6]. En Nouvelle-Aquitaine à la même période, le nombre de cas depuis le début l'épidémie s'élève à 339 166. 5339 personnes sont décédées de la maladie à Covid-19 [7].

2. COVID-19 et personnes en situation de vulnérabilité

i. Les chiffres du mal-logement en France

Dans son 26^{ième} rapport sur l'état du mal-logement en France de février 2021, la fondation Abbé Pierre estime à 1 068 000 le nombre de personnes privées de logement personnel. Parmi elles, il est recensé 300 000 personnes sans domicile, qu'elles vivent en hébergement généraliste, en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), à l'hôtel, en abri de fortune ou à la rue. S'il est impossible de comparer l'évolution du nombre total de mal-logés, entre 2006 et 2013, il est en revanche possible, pour la plupart des indicateurs de mal-logement de dégager des tendances significatives. La plupart de ces chiffres montrent une dégradation de la situation. Le nombre de personnes sans domicile a doublé depuis 2012 et même triplé depuis 2001 [8]. Le secteur associatif estime à environ 250 000 le nombre de sans domicile, c'est-à-dire les personnes qui sont soit en centre d'hébergement, soit à la rue [9].

ii. Majoration des vulnérabilités

Comment expliquer la plus grande vulnérabilité des personnes en situation de précarité lors de l'épidémie de Covid-19, avec des conséquences plus importantes, tant sur le plan sanitaire que sur le plan socio-économique ? La pandémie a modifié le quotidien des personnes sans domicile et des personnes leur venant en aide. Le premier confinement a été une surprise à laquelle les acteurs du milieu associatif n'étaient pas préparés. Du jour au lendemain la majorité des distributions alimentaires s'est arrêtée et les associations ont manqué de bénévoles. De plus alors que les personnes en situation de précarité étaient confrontées à de nombreux problèmes psycho-sociaux et somatiques, tant sur le plan des dépendances aux substances psychoactives et des risques associés comme le sevrage et les

surdosages, que sur celui de la santé physique et mentale, la diminution des services durant les périodes de confinement est devenue un enjeu pour leur survie. Lors du second confinement, les structures d'accueil ont dû se conformer à certaines règles contraignantes pour les personnes sans domicile. Celles-ci n'ont pu recevoir autant de personnes que d'habitude afin de garantir les distanciations physiques. En outre, certains centres d'hébergement d'urgence ont dû gérer une tension importante avec des personnes déjà psychologiquement fragiles ou sujettes à de nombreuses addictions. Ces centres d'hébergement ont dû faire face à de nombreux défis inédits : mise en place de protocoles d'hygiène avec répartition des cas contacts et individus sains sur des étages distincts, isolement des cas probables et confirmés, formation du personnel, formation des hébergés aux gestes barrières, adaptation des soins habituels et réduction des risques de sevrage notamment. En dépit de ces mesures prises, l'impact somatique et psychique a été réel chez le personnel comme chez les hébergés.

iii. Conséquences psychiques et somatiques

Les personnes en situation de vulnérabilité, sujettes aux nombreuses comorbidités médicales présentent des facteurs de risque pour les formes graves de Covid-19 [10]. En effet le cumul de plusieurs facteurs, comme la précarité financière, la taille des logements, le statut migratoire, une maîtrise faible de la langue française, peut être un frein à l'application des mesures de protection vis-à-vis du SARS-CoV-2 et au suivi du circuit de soins prévu chez les personnes précaires [11]. De plus, les personnes en situation de précarité et/ou les migrants présentent un risque plus élevé d'exposition au virus, de présenter des facteurs de risques d'aggravation de l'infection et de présenter une dégradation de leur santé mentale [12]. Les personnes sans domicile sont particulièrement vulnérables et ont un risque de comorbidités et de décès supérieur à la population générale. Leur espérance de vie est en moyenne diminuée de 17,5-30 ans [13]. Cependant en dépit de leur grande vulnérabilité, il n'existe que très peu d'études disponibles sur l'impact de la pandémie Covid-19 dans cette population.

3. L'hébergement social en temps de COVID 19

i. Les centres d'hébergement spécialisés

La crise sanitaire a rendu impératif de proposer un hébergement à toutes les personnes sans abri. Lors de son allocution du 16 mars 2020, le président de la République a déclaré « pour les plus précaires, pour les plus démunis, pour les personnes isolées, nous ferons en sorte, avec les grandes associations, avec aussi les collectivités locales et leurs services, qu'ils puissent être nourris, protégés, que les services que nous leur devons soient assurés. » [14]. En effet, dès l'annonce du confinement, les pouvoirs publics ont trouvé, dans l'urgence, de nouvelles solutions de mise à l'abri. En complément des 157 000 places d'hébergement déjà financées et des 14 000 places hivernales prolongées, plus de 20 000 places d'hébergement supplémentaires ont ainsi été ouvertes durant le confinement, dont 11 000 à l'hôtel.

Un premier centre d'isolement sanitaire dédié aux sans-abris atteints du coronavirus a ouvert à Paris mi-mars 2020. Ces centres dits de « desserrement » sont à destination des SDF contaminés par le coronavirus mais dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation. Le dispositif s'est progressivement déployé sur tout le territoire. Les autorités prévoyaient d'établir un centre de desserrement par région, voire plus dans les régions les plus étendues. Il y aurait plus de 80 sites dans toute la France pour un total de 2900 places [15]. L'accès à ces centres se fait sur avis médical en lien avec les Agences régionales de santé (ARS).

En fonction de la situation clinique du patient et de ses comorbidités, une personne sans domicile pourra être orientée vers un des CHS Covid dédié à la prise en charge des malades non graves dans le département ou au niveau régional en fonction des places disponibles. Ces centres sont réservés à des personnes pour qui une présomption ou une confirmation d'infection par le coronavirus a été posée par le médecin (traitant ou référent du centre ou de l'équipe sanitaire mobile) et pour lesquelles il n'est pas possible d'organiser sur place le confinement dans les conditions requises. La place en hébergement reste gelée pendant la période en CHS. Le retour de la personne ne pourra donc pas être refusé. Pour les personnes à la rue, orientées dans les CHS, il est demandé à ce qu'une solution d'hébergement

soit impérativement identifiée en lien avec les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO) avant la sortie du CHS. L'accueil des personnes au sein des CHS est réalisée après validation par l'agence régionale de santé (ARS), avec le consentement de la personne. Elles y bénéficient d'un hébergement et d'une prise en charge médico-sociale par une équipe médicale et paramédicale dédiée, dans des conditions d'isolement et de suivi sanitaire correspondant aux recommandations du ministère de la santé. (**Annexe 1**)

ii. Procédure d'admission

Selon la définition de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) : « une personne est dite « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune...)» [16]. Lors des passages des maraudes auprès de ces personnes, des symptômes évocateurs d'une infection à SARS-CoV-2 sont recherchés. En l'absence de symptômes, les maraudeurs fournissent aux SIAO une demande d'hébergement afin de permettre aux personnes à la rue d'être orientées vers un lieu de confinement prévu pour les personnes non malades (exemple : hôtels). En cas de symptômes évocateurs, un signalement est effectué au professionnel de santé, à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), ou à l'équipe sanitaire mobile identifiée afin de bénéficier d'une évaluation médicale et d'une orientation adaptée. Dès lors, en cas de confirmation de présomption d'infection par le coronavirus, la personne pourra être orientée vers un centre d'hébergement spécialisé Covid-19 (CHS). Les modalités d'orientation seront organisées localement ainsi que leur transport vers le centre spécialisé. Cette prise en charge dans les CHS, PASS ou établissement de santé au titre des soins urgents et vitaux n'est pas conditionnée par une couverture maladie (Aide Médicale d'État (AME), Complémentaire Santé Solidaire (CSS)) [17].

iii. Situation en Nouvelle-Aquitaine

Dès le mois de mars 2020, la municipalité de Bordeaux a mis à disposition de l'État un CHS, initialement ouvert sur un site à Lormont, puis transféré à la Boétie. Au bout de

quelques semaines le CHS a déménagé à l'auberge de jeunesse Barbey située 22 cours Barbey, à proximité de la gare Saint Jean, devenu très vite centre de recours régional, puis a déménagé une 4^e fois au Cours Saint Louis dans le quartier des Chartrons. Le centre, dont la capacité d'accueil est de 39 lits, est ouvert 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Les personnes originaires de Gironde sont conduites par un véhicule de la protection civile, celles venant des autres départements de la région Nouvelle Aquitaine sont transportées par la Croix Rouge. Une fois à l'intérieur, les personnes occupent une chambre individuelle ou à plusieurs lorsqu'il s'agit d'une même famille. Les personnes ne peuvent sortir du centre, sauf pour fumer et sont alors toujours accompagnées par un agent d'hébergement. Les personnes admises bénéficient d'un suivi médical avec prise de température et observation quotidienne. Les repas leur sont fournis midi et soir par le prestataire du Diaconat de Bordeaux. La prise en charge des personnes admises est assurée par un médecin référent, 2 infirmières diplômées d'état, 8 agents d'hébergements, un directeur et un coordinateur. Le CHS est financé à 100% par l'État, la préfecture, la Direction départementale de la Cohésion sociale et l'ARS Nouvelle Aquitaine. C'est le Diaconat de Bordeaux qui en assure la direction. Depuis son ouverture lors du premier confinement, le centre a accueilli un total de 541 personnes. En outre, l'Hôtel de La Boétie, en centre-ville, est aussi mis à disposition pour accueillir le grand public touché par la Covid-19 et qui n'a pas d'endroit où s'isoler.

Les personnes sans domicile, vivant dans la rue, en squat, en bidonville ou en habitat mobile nécessitent une attention particulière, d'autant qu'en plus de présenter des fragilités sur le plan de la santé en raison de leurs conditions de vie, certaines sont porteuses de comorbidités. En outre leur environnement de vie ne permet pas de limiter la transmission de la maladie de Covid-19. Les structures d'hébergement d'urgence ne sont donc pas adaptées aux mesures barrières préconisées. C'est pour cela que les CHS ont été créés.

Que pouvons-nous retenir de l'expérience du centre d'hébergement spécialisé de Bordeaux, Nouvelle Aquitaine, concernant l'isolement des personnes en situation de vulnérabilité pendant la pandémie de Covid-19 ?

II. Matériels et Méthodes

- Objectifs de l'étude :

Objectif principal : Participer à l'amélioration de l'aide médicale et sociale apportée aux patients en situation de précarité, hébergés dans un centre spécialisé pendant la pandémie de Covid-19.

Objectifs secondaires : Nous avons également souhaité :

- Identifier les spécificités des personnes sans-abris lors de leur isolement au CHS en décrivant leurs caractéristiques médicaux-sociales
- Connaître les stratégies mise en place par les professionnels
- Mettre en avant les bénéfices et les limites de l'isolement dans ce type de structure

A. Etude descriptive

La première partie de ce travail de recherche est une analyse descriptive rétrospective de 246 dossiers patients. Elle consiste à décrire les caractéristiques médico-sociales des personnes hébergées au CHS de Bordeaux du 1^{er} mars 2020 au 31 mars 2021.

La population étudiée est celle accueillie au centre d'hébergement spécialisé.

- Ont été inclus tous les patients accueillis au CHS quel que soit leur statut et leur nationalité (demandeurs d'asile, personnes en situation irrégulières, personnes sans droit).
- Ont été exclus les patients qui ont refusé d'être isolés à leur arrivée et donc n'ayant pas eu de prise en charge par les équipes du CHS (patients n'ayant pas voulu signer le contrat, partis avant leur prise en charge).

Les données ont été recueillies à partir du dossier PAACO-Globule et de données collectées par l'équipe du CHS. Ces dossiers étaient mis à jour tout le long du séjour grâce aux renseignements médicaux remplis par l'infirmière et les agents d'hébergement. Les données sur les dossiers papiers ont ensuite été saisies sur le logiciel Microsoft EXCEL afin d'être exploitées. Une déclaration de conformité de notre base de données a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Toutes nos données ont été anonymisées de telle sorte qu'aucun nom et prénom n'apparaisse dans notre fichier. Les données recueillies étaient les suivantes :

- La date de naissance et l'âge du patient
- Le sexe du patient
- La nationalité du patient
- La langue parlée
- La maîtrise du français
- Le statut familial (statut conjugal et enfant(s))
- Couverture sociale
- Niveau d'éducation
- Profession
- Antécédents médicaux et chirurgicaux du patient
- Traitement médical du patient
- Grossesse en cours
- Consommation addictive (tabac/alcool/stupéfiants)
- Détresse psychologique
- Infection Covid-19 (test PCR positif/cas contact/symptômes)
- Hospitalisation
- Structure d'origine
- Lieu d'accueil
- Refus d'isolement
- Temps d'accueil
- Nombre de séjour au CHS

Pour les variables quantitatives, l'analyse a été présentée par la médiane et l'écart type. Pour les variables qualitatives, l'analyse a été présentée en pourcentage.

B. Etude qualitative

i. Choix du type d'étude

La recherche qualitative a fait son apparition en 1920 et a d'abord été utilisée dans la recherche en sciences humaines et sociales. Elle est plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux et permet d'en comprendre l'existence et la signification.

Il faut déterminer le type de méthode qualitative le plus adapté au sujet. Nous avons choisi la méthode de la théorisation ancrée, encore appelée « *grounded theory* » par les Anglo-saxons. C'est une méthode de recherche issue, à la fin des années 1960, des sciences sociales (Ethnographie et Sociologie notamment) visant à construire des théories non pas à partir d'hypothèses prédéterminées mais à partir des données du terrain ou de situations de terrain que le chercheur a collectées. Elle consiste à développer une théorie basée sur la réalité construite par les personnes étudiées, en réalisant simultanément l'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse. Elle permet une comparaison permanente des données établies, pour arriver jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens.

ii. Les entretiens semi-dirigés

Le recueil des données doit aussi s'adapter à l'étude réalisée. Dans notre cas, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens individuels sont la méthode la plus adéquate afin de permettre à chaque professionnel du CHS de s'exprimer librement sur un thème lié à son expérience individuelle. En effet, cette méthode permet de collecter des données riches et diverses sur les ressentis de l'équipe du CHS. Cela favorise la spontanéité de leurs réponses lors d'une conversation autour de différents thèmes.

Cette méthode d'analyse paraît également plus appropriée que le *focus group* où les personnes auraient pu se sentir jugées par leurs collègues en exprimant leur vécu et leur ressenti.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés s'avère une méthode plus adaptée que celle des entretiens directifs ou libres. En effet, le caractère semi-directif permet de garder une certaine liberté durant l'entretien, tant pour l'intervieweur que pour l'interviewé, tout en ayant un

canevas préétabli et évolutif sur lequel s'appuyer.

iii. Choix de l'échantillon interrogé

Les participants de l'étude ont été recrutés au sein des structures d'hébergement d'urgence de Bordeaux. La taille finale de l'échantillon a été de 11 professionnels.

Dans le but de remplir le critère de diversification des participants à l'étude, nous avons inclus des participants aux caractéristiques variées qui étaient des professionnels du Diaconat de Bordeaux participant à l'organisation du CHS, des professionnels de structures d'hébergement d'urgence et de la PASS du CHU de Bordeaux :

- De sexes féminin et masculin ;
- De tous âges ;
- De qualifications différentes ;
- Ayant tous une expérience dans le milieu de la prise en charge des personnes en situation de précarité ;

Initialement, le recrutement des personnes a été fait à partir de la liste du personnel travaillant au CHS, puis de potentiels participants ont été indiqués par le coordinateur, par le directeur et par le médecin référent du CHS. Les personnes ont toutes été recrutées par téléphone.

iv. Recueil des données

a. Guide d'entretien

Le guide d'entretien, qui a pour but de structurer l'entretien, a été créé principalement avec des questions ouvertes. Il contenait également quelques questions de relance, afin de recentrer la discussion si l'interviewé s'éloignait trop du thème ou si la discussion n'avancait pas. Il a été validé par le directeur du CHS et testé lors du premier entretien. IL a évolué au cours de l'étude selon la pertinence des questions posées et l'émergence de nouvelles idées. Le guide d'entretien nous a permis de garder en vue l'objectif principal durant les entretiens

en suivant le plan suivant :

- Vision globale du dispositif d'isolement
- Difficultés rencontrées lors de l'isolement
- Organisation au centre
- Perspectives d'amélioration

A la fin de l'entretien, une question d'ouverture permettait aux professionnels de discuter sur des thèmes qui n'auraient pas été abordés. Le guide d'entretien utilisé est présenté en **Annexe 2**.

b. Déroulement des entretiens

Le choix de la date et de l'horaire de l'entretien a été laissé libre pour chacun des participants. Chaque participant a choisi son mode d'entretien : directement au centre ou par visioconférence depuis le lieu de son choix.

Les entretiens ont été conduits du mois d'août au mois d'octobre 2021. Les lieux, connus des participants, étaient propices à l'atmosphère détendue et de confiance nécessaire à la réalisation des entretiens. Préalablement aux entretiens, des explications sur les objectifs et le sujet de l'étude ont été données oralement à chaque participant. Une demande d'accord oral préalable a été faite avant chaque entretien pour l'enregistrement de l'interview et l'exploitation des données.

Une seule personne a conduit chaque interview, prenant à la fois le rôle d'animateur et d'observateur. C'est une décision logique dans un contexte de crise sanitaire de Covid-19 où la distanciation sociale était de mise. Il aurait également été difficile de trouver une tierce personne disponible et intéressée pour aider l'intervieweur. Les entretiens ont tous été enregistrés vocalement via le logiciel *Zoom* sur un ordinateur et par l'application *Dictaphone* sur un téléphone pour ne pas avoir de perte de données. Ces deux supports ont été retenus compte-tenu de leur simplicité d'utilisation. Nous les avons déjà en notre possession avant la réalisation de ce travail, ce qui a permis de minimiser les frais liés à la conception de cette étude.

c. Retranscription des données

L'enregistrement vocal de chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription écrite, immédiatement après l'entretien, appelée verbatim. Toutes les retranscriptions ont été réalisées manuellement par ordinateur et de manière intégrale au mot à mot grâce à la plateforme *Office* en ligne via l'application *Word*.

Le temps de transcription moyen a été de quatre heures par entretien.

v. Analyse des données

- Analyse de contenu de type thématique et codage

L'obtention des verbatims a permis une analyse par codage ouvert. Ce codage était réalisé quelques jours après les entretiens. Ceci permettait de restituer l'ambiance de l'entretien. Une fois le codage ouvert réalisé, les différents codes sont regroupés en catégories puis en grands thèmes.

- Le logiciel NVivo 10.1.10

Pour réaliser ce travail, un logiciel de traitement de données qualitatives a été utilisé : NVivo 10.1.10. Ce logiciel informatique permet de collecter et d'analyser le contenu des verbatims tout en gardant une vision globale et ordonnée des codes ainsi obtenus. Ceci permet ensuite la classification en catégories et sous-catégories. A noter que le codage initial des données incombe au chercheur.

III. Résultats

A. Étude descriptive

i. L'organisation du CHS

Concernant le CHS de Bordeaux, Nouvelle Aquitaine, l'équipe de professionnels se compose de 2 infirmières diplômées d'état titulaires, 8 agents d'hébergement, 2 veilleurs de nuit, 1 médecin référent, 1 coordinateur du centre et 1 directeur Pôle hébergement.

En journée, une infirmière est présente au centre ainsi que 2 binômes d'agents d'hébergement (un premier binôme est présent de 6h45 à 16h45 et un deuxième binôme de 11h15 à 21h45). Les missions de l'infirmière sont d'accueillir les personnes hébergées à leur arrivée au CHS, de maintenir à jour les dossiers médicaux à l'aide de la plateforme PAACO Globule, de contrôler leur état de santé deux à trois fois par jour, d'assurer la distribution de leurs traitements médicaux et de maintenir la coordination paramédicale. Les agents d'hébergement assurent la partie hygiène et nettoyage des chambres ainsi que des locaux. De plus, ils s'occupent du portage des repas en chambre. Le veilleur de nuit garantit une présence professionnelle au CHS chaque nuit. Le médecin référent fait une visite hebdomadaire au CHS pour examiner les patients symptomatiques et garantir leur suivi médical. Le coordinateur du CHS est présent 5 jours sur 7 et assure les astreintes d'admission avec l'aide du directeur du CHS. La restauration est assurée par un prestataire extérieur qui fait livrer chaque jour les repas au centre.

Les différents partenaires du CHS de Bordeaux, Nouvelle Aquitaine, sont l'ARS, les urgences de l'hôpital Saint-André, la PASS de Saint-André, la PASS mobile, Info Globule, l'équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) Bordeaux, l'EMPP Cadillac et le laboratoire du CHU de Bordeaux.

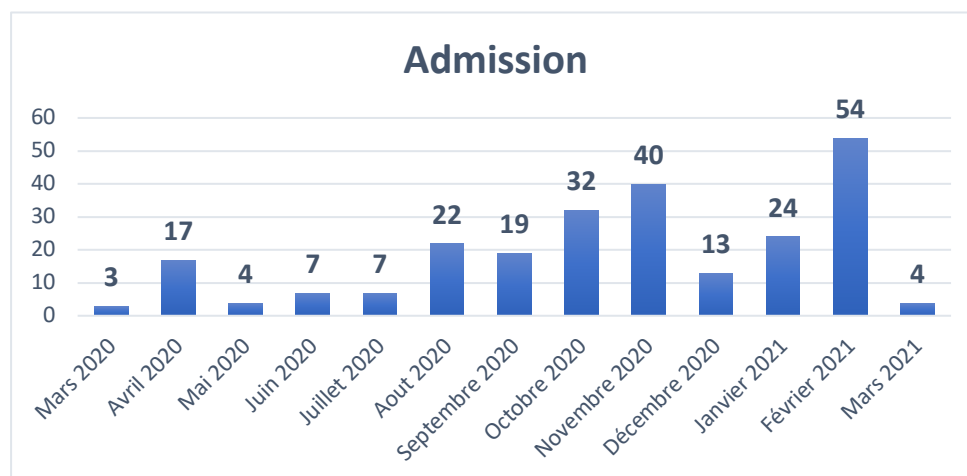
Chaque personne admise dispose d'une chambre pour être isolée des autres résidents. Les déplacements en dehors de la chambre sont limités. Les repas sont servis en chambre par du personnel dédié. Toutes les mesures de prévention sanitaires préconisées sont respectées. Des protocoles d'hygiène (nettoyage, habillage/déshabillage, désinfection des surfaces) et de portage de repas ont été mis en place pour faciliter les mesures de protection.

A la date du 2 décembre 2021, 541 personnes ont été pris en charge par le CHS de Bordeaux.

ii. Caractéristiques démographiques

Durant la période étudiée, du 1^{er} mars 2020 au 31 mars 2021, 246 personnes en situation de précarité ont été accueillies au sein du CHS, dont 186 hommes (75,6%). Environ la moitié des admissions a été observée entre les mois d'août et décembre 2020, période correspondant à la seconde vague épidémique. Outre le mois de mars 2021 qui est la période d'ouverture du centre, les mois de mai, juin, juillet, septembre, décembre de l'année 2020, ainsi que le mois de mars 2021 sont les périodes où le nombre d'admission était le plus bas. La répartition des entrées sur la période d'étude est représentée sur la **figure 1**.

Figure 1 : Nombre d'admission par mois entre Mars 2020 et Mars 2021



L'âge médian était de 31,5 ans [25-41,75]. Seules 29 personnes (11,8%) étaient de nationalité française mais 197 (80,1%) avaient une bonne maîtrise de la langue française. Sur le plan familial, 161 personnes (65,4%) étaient célibataires, 68 vivaient avec un ou plusieurs enfants. Le CHS a accueilli 23 mineurs (9,3%). Concernant la protection sociale des personnes admises, 133 (54%) bénéficiaient de la CSS, 23 (9,3%) de l'AME et 57 personnes (23,2%) ne disposaient pas de couverture sociale. Ces données démographiques sont résumées dans le **tableau 1**.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée

Total (n=246)	
Caractéristiques démographiques	
Age	31,5 [25-41,75]
Sexe masculin	186 (75,6)
Nationalité française	29 (11,8)
Maîtrise langue française	197 (80,1)
Célibataire	161 (65,4)
Vit avec un ou plusieurs enfants	68 (27,6)
Grossesse en cours	6 (2,4)
CMU-CSS	133 (54)
AME	23 (9,3)
Absence de couverture sociale	57 (23,2)
Affilié sécurité sociale	33 (13,4)
Activité professionnelle	55 (22,3)

Résultats exprimés sous forme de médiane [interquartile 25-75%] ou nombre (pourcentage)

Concernant leur origine géographique, 91 personnes étaient originaires du continent Africain (37%), avec notamment 21 personnes originaires des pays du Maghreb et 14 Guinéens. 79 (32%) venaient du continent Asiatique avec une large majorité de sujets d'origine afghane, 43 personnes (17,5%). 60 personnes étaient originaires du continent Européen dont presque la moitié d'entre elles de nationalité française (29 personnes soit 11,8%). Enfin 3 personnes venaient du continent Sud-américains, il s'agissait de 3 brésiliens (1,2%). Les données concernant l'origine géographique des personnes hébergées sont résumées dans la **figure 2**.

La plupart des personnes admises au CHS étaient transférées depuis un établissement de Bordeaux ou de la communauté urbaine de Bordeaux soit 179 patients (72,8%). Ainsi 67 patients venaient d'autres centres situés dans la grande région Nouvelle-Aquitaine, 16 patients (6,5%) étaient transférés depuis le Pays Basque, 17 (6,9%) de la région de Pau, 8 (3,2%) d'Agen et enfin 21 personnes (8,5%) de Poitiers. Ces données sont représentées dans les figures 3 et 4.

Figure 2 : Origine géographique des personnes hébergées

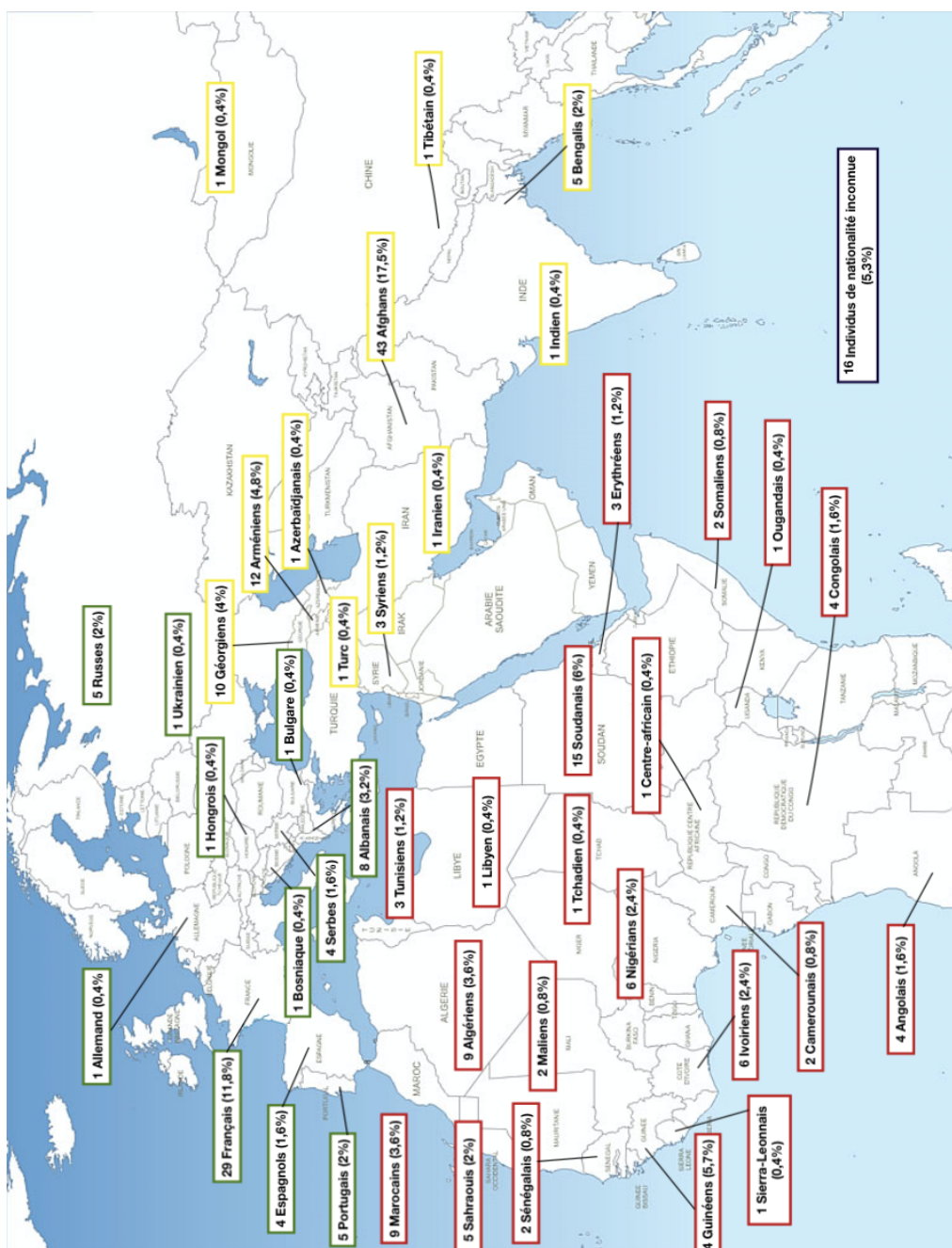


Figure 3 : Centres d'hébergement d'origine sur la région Nouvelle-Aquitaine

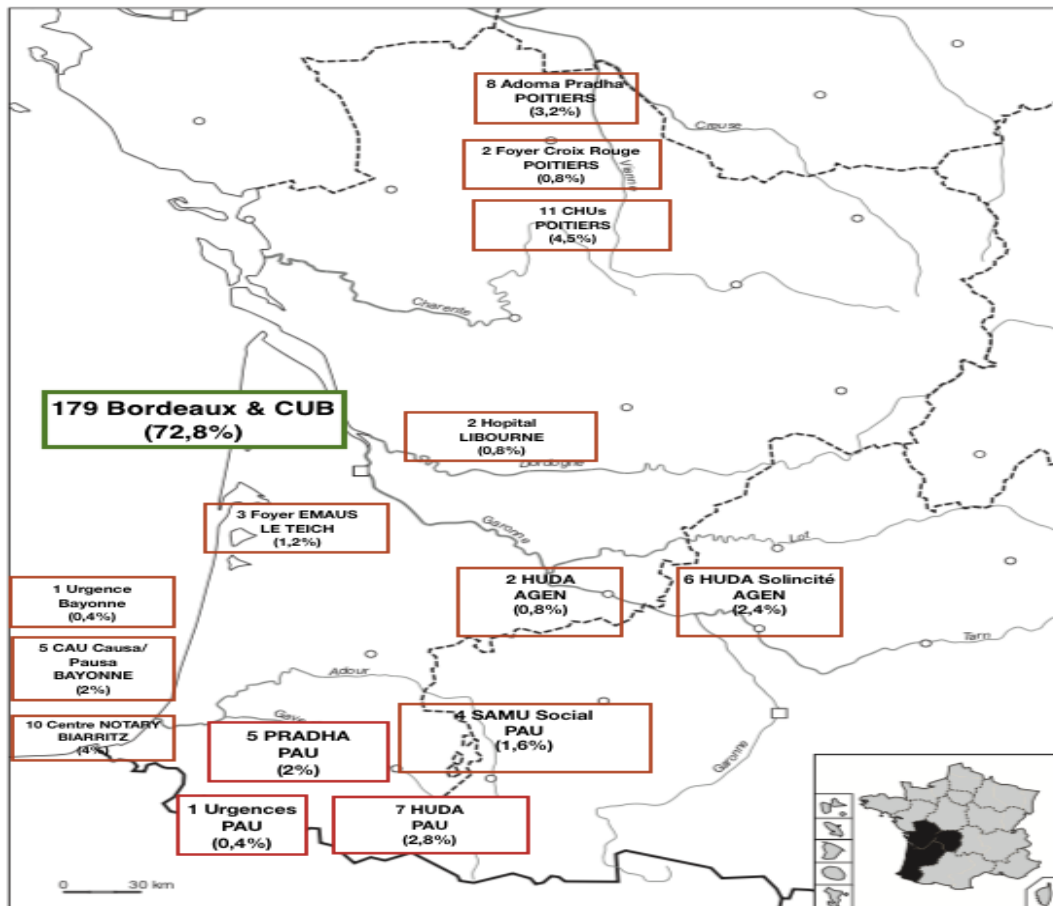
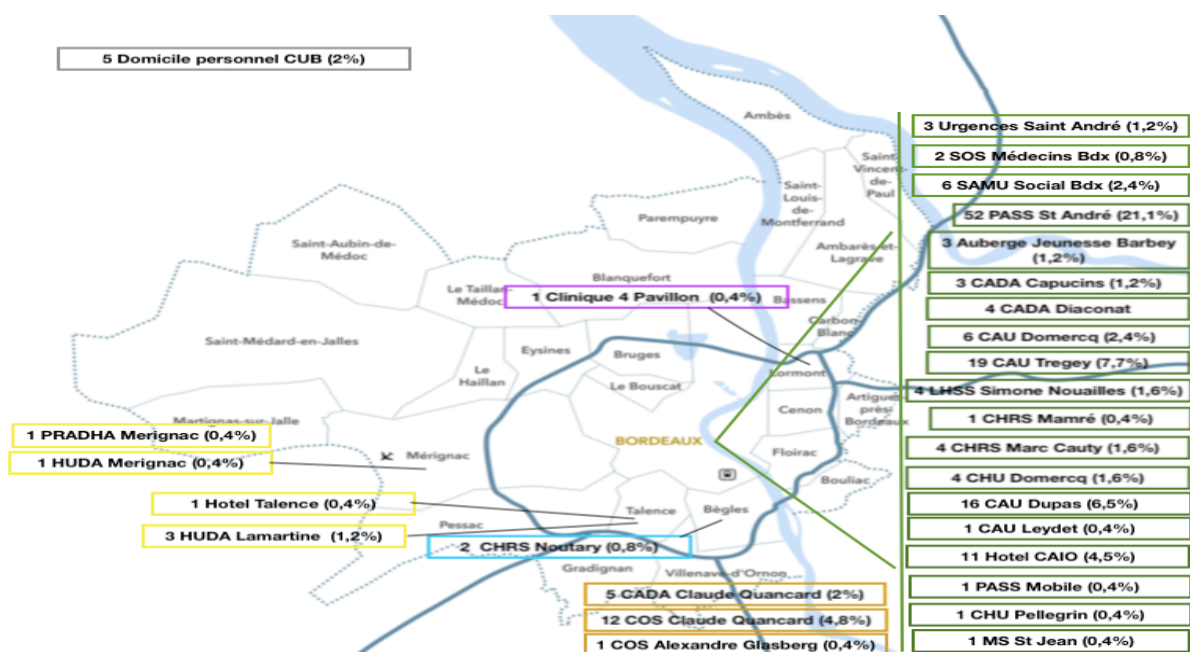


Figure 4 : Centres d'hébergement d'origine sur Bordeaux et Bordeaux Métropole



iii. Caractéristiques médicales

▪ Caractéristiques médicales générales

Parmi les 246 personnes, 69 (28%) étaient porteuses de comorbidités médicales (comorbidités de type cardio-vasculaires, respiratoires, diabète ou néoplasiques). 91 personnes prenaient un traitement chronique (37%).

▪ Covid-19

Sur le plan de l'infection à Covid-19, 139 personnes avaient été testées positives (56,5%), 63 étaient recensées comme cas contact (25,6%) et parmi elles 15 étaient devenues Covid positif. Sur le plan des symptômes, il fut recensé principalement une symptomatologie bénigne de type symptômes pseudos-grippaux tels que la toux, des céphalées, des myalgies, odynophagies et asthénie chez 137 patients (55,7%). 107 patients étaient asymptomatiques (43,5%). Seulement 4 patients ont été hospitalisés compte tenu d'une dégradation de leur état de santé (1,7%). On dénombrait la survenue de symptômes psychiques liés à l'isolement, de type anxiété, chez 23 personnes admises (9,3%). La durée médiane d'isolement au CHS était de 8 jours [6-11]. Ces données sont colligées dans **le tableau 2**. Chaque personne isolée au CHS disposait d'une chambre pour être isolé des autres résidents. Les déplacements étaient limités. Les repas étaient servis en chambre par du personnel dédié. Toutes les mesures de prévention sanitaires préconisées étaient respectées. Nous noterons qu'aucun cluster au sein du CHS n'a été signalé depuis son ouverture.

▪ Addictions

Sur le plan des addictions, une large proportion, 161 patients soit 65,4% étaient fumeurs, 6 déclaraient fumer régulièrement du cannabis et 10 rapportaient un alcoolisme chronique (4%). Le personnel du CHS répondait dans la mesure du possible aux sollicitations des résidents pour pouvoir fumer à l'extérieur du CHS ou à la fenêtre des chambres si celles-ci n'étaient pas dotées de balcon. Afin d'éviter des syndromes de sevrage, le personnel a délivré de

l'alcool, dans un cadre très strict, aux personnes dépendantes qui ne pouvaient pas s'en procurer du fait de leur isolement.

Tableau 2 : Caractéristiques médicales de la population étudiée

Total (n=246)	
Caractéristiques médicales	
Comorbidités médicales	69 (28)
Comorbidités chirurgicales	15 (6)
Prise d'un traitement chronique	91 (37)
Fumeur	161 (65,4)
Cannabis	6 (2,4)
Alcoolisme chronique	10 (4)
Poly-intoxication	10 (4)
COVID positif	139 (56,5)
Cas contact	63 (25,6)
Cas contact devenu COVID positif	15 (6,1)
Symptomatique	137 (55,7)
Asymptomatique	107 (43,5)
Anxiété liée à l'isolement	23 (9,3)
Durée d'isolement (jours)	8 [6-11]
Patient hospitalisé	4 (1,7)

Résultats exprimés sous forme de médiane [interquartile 25-75%] ou nombre (pourcentage)

B. Étude qualitative : données générales sur les entretiens

Onze entretiens ont été réalisés entre août 2021 et octobre 2021 :

- Lieu : les professionnels ont été interrogés soit au centre d'hébergement sécurisé, soit depuis leur domicile ou leur lieu de travail en visioconférence.
- Durée : Les entretiens ont duré entre vingt-deux minutes et trente-neuf minutes sauf pour l'un d'entre eux qui a duré 50 min à cause d'un appel téléphonique professionnel qui a interrompu l'entretien.
- Les entretiens sont classés par ordre chronologie de réalisation, et sont désignés par la lettre M suivie d'un chiffre. La notation M1 correspond donc au premier professionnel interrogé.

S'agissant d'une étude qualitative, notre échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale des professionnels de santé mais de refléter sa diversité. Les caractéristiques générales des personnes interrogées étaient les suivantes :

- **Sexe des professionnels**

L'échantillon compte 5 hommes et 6 femmes.

- **Age des professionnels**

Tous sexes confondus, l'âge de la population interrogée s'échelonne de 23 ans à 65 ans. La moyenne d'âge de celle-ci est de 34,3 ans.

- **Lieu d'exercice**

La majorité des professionnels interrogés travaille au CHS. Deux d'entre eux sont rattachés à des centres d'hébergement d'urgence et un autre, à la PASS Saint André.

- **Poste de travail**

L'ensemble des professionnels interrogés avait une expérience dans le social avant la crise sanitaire Covid-19 en dehors d'une des infirmières du centre d'hébergement sécurisé.

Les caractéristiques des personnes interrogées sont résumées dans **le tableau 3**.

Tableau 3 : Caractéristiques des personnes interrogées

Professionnel	Sexe	Age	Poste de travail	Lieu d'exercice	Durée d'exercice (mois)
M1	M	27	Coordinateur des dispositifs covid-19	CHS	10
M2	M	28	Agent d'hébergement	CHS	7
M3	F	65	Agent d'hébergement	CHS	17
M4	F	23	IDE	CHS	17
M5	F	34	infirmière coordinatrice d'un centre d'hébergement d'urgence	CAU Tregey	17
M6	F	58	IDE	CHS	17
M7	F	33	Opératrice téléphonique	CHS	17
M8	F	24	Agent d'hébergement	CHS	16
M9	M	32	Directeur du pôle hébergement	CHS, pôle hébergement du Diaconat	17
M10	M	29	Médecin de la coordinateur PASS, LHSS	PASS, CHS, LHSS	17
M11	M	25	Chef de service du centre d'hébergement d'urgence	CAU Domercq	17

C. Étude qualitative : analyse thématique

L'obtention des verbatims a permis une analyse par codage ouvert. Une fois le codage ouvert réalisé, les différents codes sont regroupés en catégories puis en grands thèmes.

La catégorisation nous a permis d'obtenir cinq grands thèmes récurrents abordés face à l'isolement des patients en situation de précarité :

- Fonctionnalité du dispositif
- Un dispositif juste
- Les spécificités de ce dispositif
- Les bénéfices
- Les perceptives d'amélioration

1. Un dispositif fonctionnel

i. Utilité et pertinence du dispositif

- **Les professionnels ont mis en avant l'utilité de ce dispositif d'isolement**

L'analyse des entretiens fait ressortir l'utilité du dispositif d'isolement pour les personnes sans-abris à différents niveaux. Sans CHS, les personnes sans-abris auraient dû être isolées dans les structures d'accueil d'urgence :

M11 : « *Ça a vraiment apporté une solution dans le contexte pandémique ... S'il n'y avait pas eu le CHS on aurait dû isoler les personnes, mais en fait on aurait pu accueillir que la moitié des personnes.* »

L'accueil des personnes sans-abris au CHS aura permis de leur donner une certaine visibilité :

M9 : « *La seule particularité ... c'est que l'ARS et la DPCS ont travaillé main dans la main. Grâce à la COVID 19 ça a permis que les acteurs sociaux travaillent avec l'ARS, que l'ARS se rende compte des problématiques qu'on peut avoir sur nos dispositifs.* »

M11 : « *Peut-être que ça aura éveillé les consciences et montrer la vulnérabilité de notre public.* »

Le dispositif d'isolement a permis de protéger cette population grâce à un encadrement qu'ils n'ont pas en dehors du dispositif.

M1 : « *mettre en place un cadre auprès d'un adulte, pas forcément ce qui a de plus facile, avec un public qui, issu de la rue, qui est un peu marginalisée.* »

M7 : « *C'est vrai que ça permet de leur fixer une sorte de cadre pour les protéger.* »

M8 : « *Je pense que quelque part, c'est ce qui a permis... un meilleur encadrement des patients.* »

L'utilité et la praticité du dispositif dans cette population précarisée ont été mises en avant.

M8 : « *Donc pour nous, il a été très utile.* »

M10 : « *C'est d'abord un outil pratique au service des patients... Donc j'en ai une vision finalement de quelque chose qui nous a vraiment été énormément utile ... Et ben je pense ça avait son rôle vraiment bien établi et ça a été utilisé à mon sens, la plupart du temps à bon escient. »*

- **Les professionnels étaient unanimes face à la pertinence de ce dispositif d'isolement**

Ce qui ressort des entretiens est la pertinence de ce dispositif. Il a bien été élaboré en amont en fonction des besoins de cette population et les moyens qu'il fallait mettre en œuvre pour la protéger.

M4 : « *Je pense que c'est un dispositif qui était indispensable d'un point de vue précaire. »*

M5 : « *Mais bon, globalement, c'était judicieux c'était très bien ce qui a été fait. »*

M8 : « *D'un point de vue purement sanitaire je trouve que les choses ont été bien faites et bien pensées. »*

M11 : « *Je crois que la mission du CHS est quand même largement remplie quoi. »*

ii. Une simplicité de recours

La recours au dispositif était simple et direct.

M8 : « *directement, on repère, on alerte, on isole dans un endroit ... autorisé. Mais là en 15 min, je peux avoir tout, tout de fait, avoir vu le médecin de la PASS qui m'envoie le certificat ... je vous envoie tout... c'est fini. »*

iii. Une sérénité paradoxale face à la Covid-19

Travailler au sein d'un centre Covid-19 n'a pas été un problème pour la plupart des professionnels.

M3 : « *Je n'étais pas réticente à l'idée d'être avec ce public, de travailler dans le milieu Covid*

avec les risques que ça engendre. »

M4 : *« Aucun problème. Je n'ai pas eu peur. »*

M8 : *« Je n'ai pas eu d'à priori particulier et moi cette question du Covid, j'ai été imprégné dedans... Donc je n'avais pas forcément d'à priori. Ça fait partie du boulot »*

D'autres ont pu montrer une certaine réticence face à la Covid-19 mais qui n'a pas été un frein pour travailler au CHS.

M5 : *« le Covid il a fait peur à tout le monde en fait. »*

M6 : *« Alors j'ai accepté tout de suite. Après je me suis dit, Ouh là !!! Là, mais t'es peut-être un peu folle parce que finalement t'en sais rien, tout le monde meurt autour, on entend que parler de mort. C'est vrai qu'on était un peu fous de se lancer là-dedans. On ne connaissait rien à cette maladie. »*

iv. Une organisation qui a facilité le travail des professionnels

- **Multiples outils de communication**

Afin de faciliter la coordination et la communication entre les équipes, différents outils étaient à la disposition des équipes (*PAACO Globule*, cahier de transmission, application mobile *WhatsApp*). L'équipe pouvait avoir recours à *PAACO-Globule* qui est un outil numérique de coordination utilisé par les professionnels pour le suivi du parcours de santé de leurs patients. Un cahier de transmission permettait de faire le lien entre l'équipe de jour et le veilleur de nuit concernant la prise en charge et le suivi des patients.

M1 : *« On a également une application qui s'appelle PAACO-Globule qui permet aux équipes d'échanger sur les patients. »*

M3 : *« On avait un cahier de transmission pour faire le lien entre les équipes de jour et les veilleurs de nuit. »*

De plus, une conversation *WhatsApp* avait été créée afin de transmettre des informations du centre d'ordre général à tout le personnel.

M7 : « *S'il y avait des informations qu'on voulait que tout monde sache, il y avait une conversation WhatsApp... où on note les éléments dessus comme ça tout le monde voit et ça a plus de résonance. »*

- **Un soutien du management**

Les équipes du CHS ont été épaulées par leur hiérarchie.

M3 : « *On était assez appuyés. »*

M4 : « *Je pense que c'est ...nom du directeur ... qui a été une réponse, un soutien pour absolument pour tout le monde. »*

M6 : « *C'est vrai qu'il connaît tout, il connaît toutes les personnes qu'il faut appeler, donc je trouve que ça a été vraiment une ressource pour moi qui connaissais pas du tout ce milieu-là »*

M7 : « *On a quand même un directeur qui est présent, qui est à notre écoute et qui nous aide et ça nous rassurait par rapport à la vision globale qu'on pouvait avoir liée au centre. »*

- **Des ressources médicales**

Le CHS avait des partenaires de santé comme la PASS et le médecin coordinateur.

M5 : « *C'est arrivé plusieurs fois qu'on fasse appel... au médecin. »*

M8 : « *La PASS intervenait tous les 15 jours chez nous, on avait quand même des rapports privilégiés. »*

Dans l'organisation du centre, comme dans un service médical, des protocoles ont été mise en place pour faciliter le travail des équipes.

M5 : « *il y avait des protocoles de désinfection... ça nous a quand même grandement aidé. »*

- **Une réactivité du dispositif au profit de tous**

Le dispositif a pu réagir rapidement aux besoins de ses résidents et de ses équipes. Il a su évoluer et s'adapter au fil des mois et des nouvelles recommandations.

M8 : « Toute problématique a trouvé ses solutions assez rapidement. »

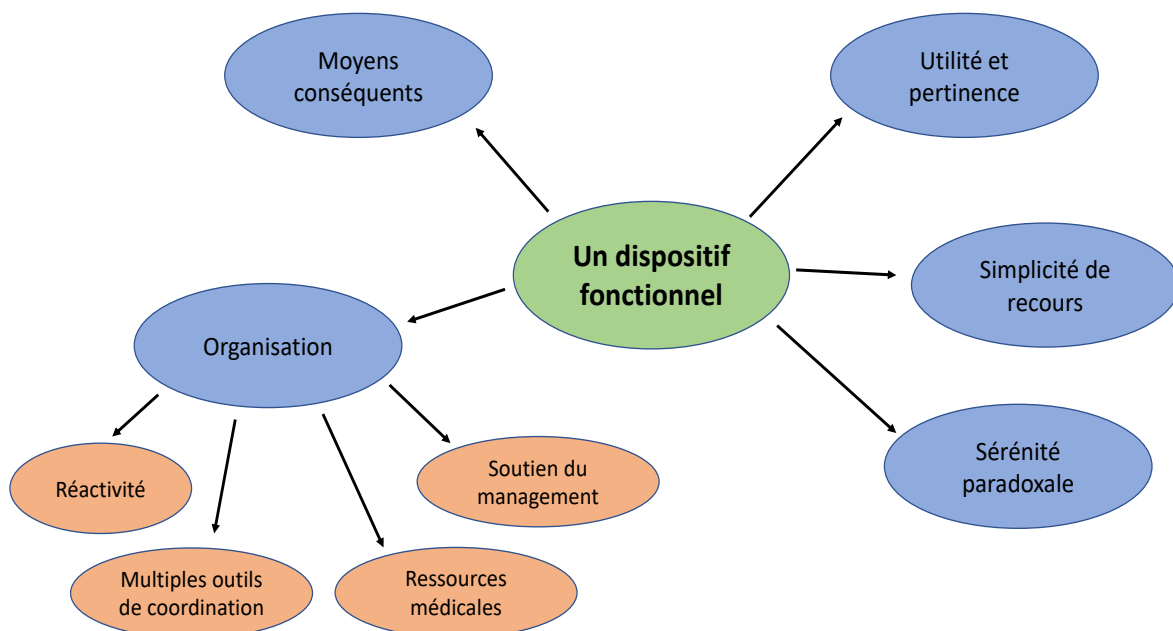
M9 : « On avait un interlocuteur régulier rapide pour pouvoir extraire une personne sur laquelle il y a un doute, sur une évaluation médicale. »

v. Des moyens conséquents mis à disposition

Devant l'ampleur de la crise, des moyens importants ont été mis en place pour faire face à la pandémie de Covid-19. Un grand nombre de places étaient disponibles au centre d'hébergement sécurisé pour accueillir la population en situation de précarité de la région Nouvelle Aquitaine qui nécessitait un isolement. Le centre n'a jamais manqué de place pour l'isolement des patients.

M3 : « c'est arrivé qu'on reste pendant un certain temps sans personne ... au final on n'accueille personne pendant tout ce temps-là. »

Figure 5 : Un dispositif fonctionnel



2. Un dispositif juste

i. Des valeurs éthiques

Les professionnels ont souligné les valeurs éthiques du dispositif d'isolement de par la reconnaissance de l'individu et de son existence dans la société, la dignité des conditions d'accueil et l'humanité de ce dispositif.

M3 : « *C'est quand même bien qu'on se soit intéressés à ces gens-là... Moi, je suis satisfaite parce qu'on peut leur apporter du matériel ou de l'humain, moi, ce que j'ai fait de mon travail, des échanges que j'ai pu avoir avec eux, de ce que j'ai pu leur apporter. Puis je pense que j'ai tenté de leur apporter quelque chose.* »

M4 : « *On a pu leur donner un petit peu de bonheur ... c'est hyper important* »

M5 : « *Ce sont des êtres humains avant tout ... on essaie de faire quelque chose pour leur rendre peut-être la vie un peu plus douce...c'est pour moi, tout à fait normal. Si on ne l'avait pas fait ça aurait été grave à mon sens... c'est avant tout des êtres humains.* »

M10 : « *le fait de leur reconnaître ce besoin et de les prendre en charge... ça apporte une dimension de reconnaissance de l'individu et de son existence dans la société.* »

M11 : « *Ils ont été accueillis de manière digne* »

ii. Juste sur le plan social

Pouvoir proposer un centre pour s'isoler, se protéger face à la Covid-19, c'est rétablir une certaine justice sociale.

M2 : « *parce que bon, ce sont des personnes qui ont des situations difficiles et c'est vrai que pour la plupart du temps sans abri, c'est important de pouvoir les reloger dans le cadre de la convalescence Covid quoi, bien sûr...* »

M11 : « *les personnes pouvaient avoir un toit à ce moment-là... ça a permis une certaine justice sociale* »

Travailler au sein du centre d'hébergement sécurisé Covid-19 c'est contribuer à l'aide des personnes sans-abri qui y sont isolées et leur apporter un accompagnement.

M4 : « je pense que c'est un dispositif qui était indispensable d'un de vue précaire... Du coup on pouvait essayer de leur apporter l'accompagnement qu'il n'avait plus... En fait tout a été fait pour les aider dès le départ, très rapidement. »

Figure 6 : Un dispositif juste



3. Les spécificités du dispositif

i. Les caractéristiques d'une population vulnérable

- **Barrière de la langue**

Le problème majeur rencontré par l'ensemble des professionnels était la barrière de la langue. Les explications et la compréhension des consignes du CHS ont été complexifiées par l'absence de maîtrise de la langue française d'une partie des personnes isolées.

M1 : « quand on parlait des différents facteurs d'isolement et du coup l'isolement vis-à-vis de la langue et là du coup clairement ça a un impact »

M2 : « La barrière de la langue ça a été difficile. ...ils ne comprenaient pas ...ils étaient perdus. »

M5 : « Ce n'est pas toujours facile parce qu'il y a la barrière de la langue ... on ne comprend pas enfin ce qu'ils veulent dire. Ce n'est pas facile pour nous parce qu'on ne peut pas

répondre ...Et ça c'est problématique. »

M11 : *« c'était très compliqué à leur faire comprendre, notamment quand il y avait la barrière de la langue*

- **Addictions**

- **Alcool**

Un des autres problèmes rencontrés lors de l'isolement de certains patients était leur addiction à l'alcool. En effet, l'accès plus limité à l'alcool pendant la période d'isolement a révélé les addictions de certains. Les équipes professionnelles ont dû distribuer de l'alcool aux personnes qui le nécessitaient afin d'éviter des sevrages brutaux.

M1 : *« On a un stock permanent de bière forte du coup, ...qui nous permet de répondre aux besoins d'addiction lorsque cela nous est communiquée à l'entretien initial...c'est vraiment pour répondre aux besoins. »*

M5 : *« Sincèrement, au début, moi je ne l'aurais pas fait parce que je n'avais pas confiance, je n'ai jamais été confronté à quelqu'un qui est en manque. ...on comprend en fait que ces gens-là, ils ont une certaine consommation d'alcool que si la consommation d'alcool ils ne l'ont pas, ça peut provoquer des troubles particuliers chez eux, ...que s'ils réclament, il faut leur donner. »*

M6 : *« ça a été difficile à certains moments de gérer l'alcool quand même avec certains qui étaient très demandeurs et on avait envie de les restreindre un peu, mais en fait ce n'était pas vraiment la solution. »*

M10 : *« Je pense qu'en terme de réduction des risques, ça reste cohérent, on ne peut pas se permettre des sevrages brutaux et l'alcool n'est pas une substance interdite en France. »*

- **Tabac**

Parmi les patients accueillis au CHS, plusieurs étaient fumeurs. Dans certaines des structures, les chambres d'isolement ne bénéficiaient pas de balcon. Afin que les patients ne ressentent pas de manque dû à la nicotine, ils les faisaient sortir à tour de rôle de leur chambre pour qu'ils puissent aller fumer à l'extérieur du bâtiment.

M3 : « *Le 2e gros frein pour l'isolement de ces personnes, c'est qu'il y a pas mal de fumeurs ...les structures où on était, ils devaient nous contacter, nous appeler pour aller sur la terrasse et parfois c'était très compliqué. »*

M5 : « *Fallait les laisser fumer de façon à ce que à la contrainte d'être enfermé se rajoute pas une contrainte du manque de tabac. »*

- **Isolement social**

Cette population déjà isolée de manière générale, aurait pu se sentir encore plus mise à l'écart avec ce dispositif. La peur de se précariser sur le plan social a pu être un frein à l'isolement de certaines personnes.

M1 : « *La première contrainte, sans parler de privatisation des libertés, c'est l'isolement. »*

M3 : « *Le plus gros problème, je dirais que c'est qu'ils n'ont pas de lien social à part le nôtre. Ils se plaignaient beaucoup de ça, c'est qu'ils sont tout seuls dans une chambre, ils n'ont pas de lien social. »*

M5 : « *Les problèmes qu'on rencontre nous, ce sont des gens qui ont l'habitude d'être dehors, de ne pas avoir forcément de restrictions, de règles et au départ on leur demandait de rester enfermés dans une chambre, c'est compliqué pour eux... »*

M11 : « *je pense que ça a favorisé l'isolement des personnes »*

- **Barrière culturelle**

Les équipes ont été confrontées à une barrière culturelle illustrée par des habitudes alimentaires différentes entre chaque communauté. En effet, les repas à choix unique servis au CHS ont pu bouleverser les habitudes alimentaires de certaines personnes hébergées.

M5 : « *...mais c'est au niveau de la nourriture en fait, parce que on reçoit beaucoup de gens qui sont de Turquie, sont Afghans, ...Si on propose des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de manger, c'est vrai que c'est compliqué !! »*

M6 : « *Alors, la nourriture ! Moi, j'ai trouvé que c'était compliqué pour eux parce que surtout les Afghans, ...La nourriture, ça a été un peu problématique. Bah, parce que dans leur culture, ils ne mangent pas ce qu'on mange. »*

- **Parcours atypique**

Les personnes avec un passé carcéral, les migrants, les travailleurs clandestins, les demandeurs d'asile peuvent être des populations fragiles psychologiquement du fait de leur parcours atypiques et ainsi avoir plus de réticence à devoir être enfermé.

M9 : « ils avaient cette impression d'être enfermés à clé dans la chambre et qu'ils ne pouvaient pas en sortir. Donc ça a pu réveiller des choses pour certaines personnes qui ont aussi des traumatismes, notamment sur des personnes en situation de migration qui ont vécu des choses pas simples, des personnes qui ont un passé carcéral. »

M10 : « il y avait d'autres obligations, d'autres préoccupations qui sont compétitives ...on va aller taffer au noir quand on n'a pas de revenu, on ne peut pas avoir des revenus officiels ...On a des rendez-vous avec les institutions pour des papiers administratifs »

M11 : « Pour ceux qui avaient un passé carcéral notamment, ils avaient peur de se sentir comme en prison. »

- **Pathologie psychiatrique**

Il a été soulevé la complexité de prendre en charge des personnes qui présentent pour certaines d'entre elles des pathologies psychiatriques.

M9 : « on a eu aussi des personnes avec des pathologies psy un peu lourdes... »

ii. **La nécessité de stratégies spécifiques**

Les équipes ont dû avoir recours à certaines stratégies pour faire face à ces difficultés liées à l'isolement des patients SDF. Elles ont ainsi dû :

- **Favoriser le lien social**

Le lien social est un pilier pour faire face à la solitude qu'engendre automatiquement l'isolement des personnes.

M1 : « Ça nous permettait de créer du lien social à chaque fois que les gens nous contactaient. Ils sont au quotidien avec eux donc ils essayent de répondre au maximum de questions, de rassurer avec un sourire, un dialogue de choses comme ça. »

M3 : « ça m'arrivait de passer 1h dans une chambre à parler. Mais voilà, c'est au cas par cas aussi. Donc, personnellement je le gère beaucoup dans la relation et l'échange, l'écoute. »

M5 : « ... en prenant le temps d'aller discuter avec les gens, de prendre le temps d'essayer de leur faire comprendre que c'est pour eux, mais c'est aussi pour les autres. Avec la discussion et du temps on y arrive. »

M7 : « Donc on essaie quand même de socialiser les choses. Après on avait une grande terrasse, on les a emmenés fumer, donc comme ça hein qu'on pouvait parler, discuter avec eux. »

- **Maintenir un dialogue**

La parole a permis de rassurer les personnes isolées au CHS qui pouvaient présenter une inquiétude ou de l'anxiété face à cet isolement et ainsi pouvoir leur expliquer le contexte de leur prise en charge. La réassurance passe par une attitude et un dialogue qui est primordial.

M1 : « On essaie d'échanger, de discuter, de rassurer... C'est par le premier entretien qu'on essaye de les apaiser, après au besoin. A travers un dialogue lors de l'entretien »

M2 : « oui, parce que dès le début, quand on fait l'entretien, on discute avec eux, on, on établit un peu ce lien de confiance et surtout, on n'hésite pas à leur dire c'est si vous avez besoin, n'hésitez pas à nous appeler »

M5 : « La discussion, leur expliquer pourquoi on leur impose ça, parce que pour certains, ils ne comprenaient pas non plus pourquoi on les avait obligés à venir s'isoler à cet endroit-là. »

M7 : « la parole permet de rassurer bien sûr, de bien faire attention au mot, au terme qu'on emploie ça va de soi, mais que les mots des fois peuvent apaiser. »

- **Faire appel à un interprète/traducteur**

Les professionnels ont dû faire face à la barrière de la langue dans certains cas. Ils ont pu faire appel à des traducteurs. Si cela n'était pas possible, ils ont pu avoir recours à l'application *Google Traduction*.

M1 : « *Google traduction est notre meilleur allié.* »

M2 : « *Quand on ne pouvait pas avec le téléphone, on appelle un traducteur. Voilà on ne pouvait pas toujours appeler parce que du coup c'est un service payant, donc on faisait au maximum. Sur le moment de l'appel, là, on prend un maximum d'informations on expliquait tout.* »

- **Proposer des activités**

Une des stratégies pour occuper les personnes pendant leur isolement était de proposer des activités. Pour certaines cela a permis de diminuer leur consommation de produit addictif.

M4 : « *Mais je sais qu'avec certaines personnes, on a réussi à diminuer leur consommation, en leur proposant d'autres choses, des activités.* »

- **Avoir recours à l'aide médicale**

Dans certains cas, les professionnels ont eu recours à des prescriptions anticipées et ont dû faire appel au médecin référent pour prendre en charge certaines pathologies des personnes isolées au CHS.

M1 : « *ça se passe par les infirmières via des prescriptions anticipées du médecin pour répondre aux besoins de stress...* »

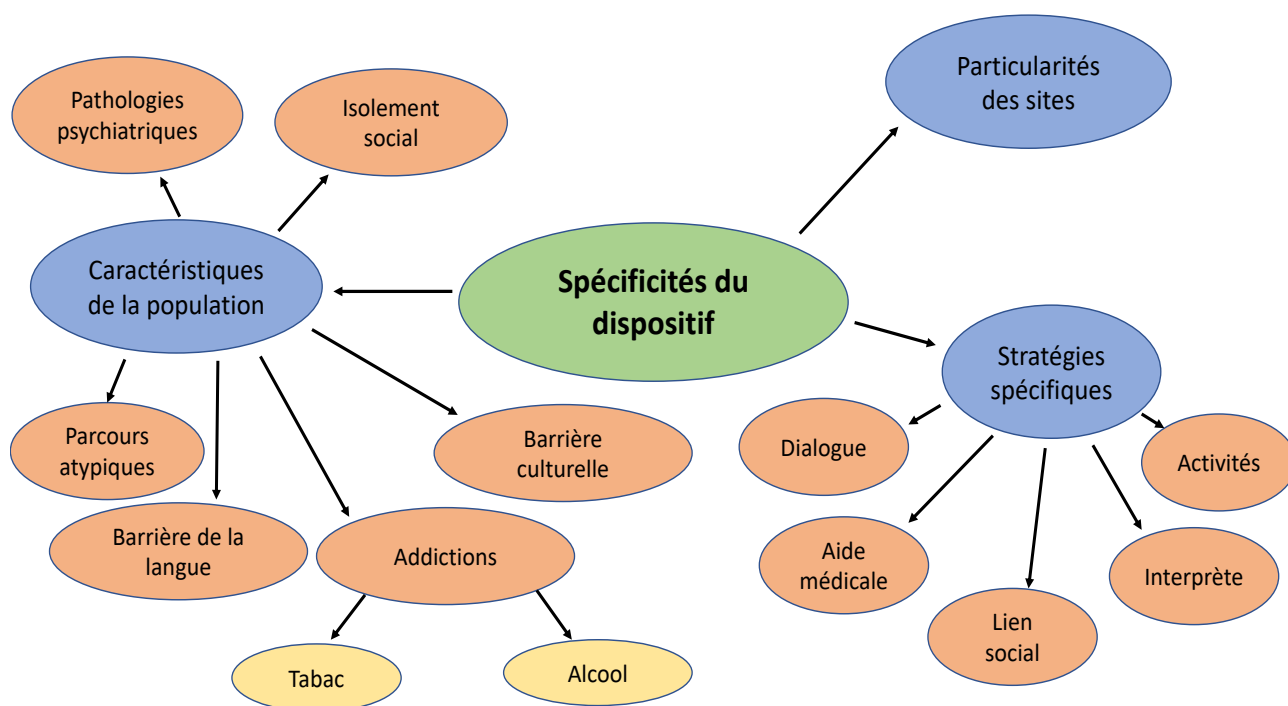
M3 : « *on essaie de gérer, des fois avec traitement...* »

iii. Particularités des sites du CHS

Les équipes ont dû s'adapter à chaque site du CHS. En effet depuis son ouverture en Mars 2020, le CHS a déménagé 4 fois sur des sites différents avec des structures qui avaient chacune leur particularité.

M9 : « On a eu 4 sites. Et en fait, chaque site a eu ses particularités. Pour le deuxième site, il y avait la complexité : pas d'extérieur; des chambres petites, pas de kitchenette. Enfin, ils ne pouvaient pas sortir fumer. Plus les étages qui étaient compliquées pour les équipes, parce qu'en fait il n'y a pas d'ascenseur; tout devait se faire à pied : monte, descend, monte, descend, monte, descend. Et le dernier pas trop mal, mais du fait que les gens sont complètement autonomes. Je pense qu'il y a moins de lien avec les résidents. »

Figure 7 : Les spécificités du dispositif



4. Les bénéfices du CHS

i. Les bénéfices individuels

a. *Pour les patients*

Leur prise en charge au centre d'hébergement sécurisé leur a permis d'avoir :

- **Du repos**

M1 : « *le bénéfice de la personne qui du coup ...se retrouve dans le CHS, seul dans sa chambre pendant 10 jours avec la télé durant son hébergement donc du coup il y voit un petit peu, même une soupe de repos. »*

M2 : « *Ça leur a permis de se reposer... on va les chouchouter au maximum pour qu'ils repartent d'ici en forme. »*

M4 : « *Mais je pense que quelque part, ça leur faisait prendre un peu une bouffée d'air... ça permet de vous reposer aussi donc. »*

M5 : « *Mais d'un autre côté peut être que pendant ce temps-là ils ont peut-être plus de gens qui ont fait attention à eux, on leur proposait des repas tous les jours, ils étaient au chaud. Ils avaient une attention qui n'ont pas quand ils sont dehors, quoi. Ils dormaient dans un lit au chaud... Je trouve que c'était bien de permettre que ces gens-là puissent se reposer au calme tranquille pendant le temps qu'ils se refassent une petite santé. »*

- **Une solution temporaire**

Cela a permis à ces personnes issues pour la majorité de la rue, d'avoir une solution temporaire d'hébergement. La plupart des personnes étaient satisfaites d'être isolées au centre car elles avaient accès à des services qu'elles n'ont pas facilement dans la rue (chambre, douche, repas).

M1 : « *L'autre bénéfice qu'il peut y avoir aussi, c'est le bénéfice de la personne qui vivait à la rue, qui passe par chez nous et qui au final on lui explique qu'en passant par chez nous, il va repartir directement sur un centre d'hébergement s'il en fait la demande parce que du coup, on ne les lâche pas... En effet, il voit un bénéfice, c'est que du coup il a chopé le Covid, il a*

été mis en isolement, ça n'a pas été forcément facile, mais derrière, à la clé, il part sur un centre d'hébergement d'urgence pour 15 jours, un mois... On a fait le lien avec le 115 sur d'hébergement pour éviter de faire des sorties, ce qu'on appelle des sorties sèches, des remises à la rue immédiates. »

M2 : *« Oui, tant au niveau justement de leur rétablissement au niveau de leur réorientation dans d'autres centres pour trouver des solutions, au niveau social, au niveau de leur réinsertion... Mais certains les ont aidés à trouver des solutions d'hébergement, et cetera, donc ils partaient quand même satisfaits d'ici. »*

M3 : *« Ah oui, du coup ça a permis aussi à certaines personnes qui en arrivant, n'avaient pas de solutions, de ressortir avec au moins un hébergement d'urgence ou une solution pour la nuit... Oui, mais dans tous les cas, quand ils sortaient de chez nous, ils avaient une solution temporaire mais c'était minimum 2 semaines en général, selon les centres. »*

M3 : *« de manière générale les gens étaient assez satisfaits d'être isolé de par les services qu'on proposait, je le mets entre guillemets, c'est à dire qu'ils avaient les repas, ils avaient la douche, ils mangeaient, ils avaient un endroit pour dormir, on leur proposait des vêtements quand ils arrivaient, sans rien, on leur donner de quoi se laver, les addictions étaient prises en compte aussi dans ce sens-là... c'est un moment de répit... Il y a tout le côté confort aussi qu'ils n'ont pas quand ils sont à la rue ou quand ils sont à 8 dans une chambre, le calme, le silence, le repos, qui est possible aussi, l'hygiène, beaucoup pour l'hygiène. »*

- **Une structure dédiée**

L'un des autres avantages du CHS pour les personnes sans abri, c'est qu'ils aient une structure dédiée à cet isolement afin de ne pas être en contact avec d'autres personnes.

M1 : *« ... de pouvoir les mettre en isolement dans une structure adaptée... »*

M5 : *« ...parce que ces gens-là, ils étaient dehors, ou en centre d'hébergement le soir, et que si, par rapport à la maladie elle-même la contamination, il n'était pas judicieux de laisser repartir les gens dans les structures d'accueil, dans les centres d'hébergement d'urgence et que d'un autre côté, on ne pouvait pas les laisser dehors. »*

M8 : *« Aussi, puisque le fait, d'avoir du personnel dédié un peu plus disponible à ce moment-là ...il fallait créer une structure dédiée à l'isolement, à la surveillance. »*

- **Une amélioration de leur prise en charge globale**

Leur isolement a permis de repérer certains problèmes sociaux et médicaux qui n'auraient peut-être pas été identifiés si la personne était restée à la rue. Ainsi un suivi spécialisé pouvait être proposé par la suite.

M1 : « ...on a pu mettre en place un repérage d'une personne qui était vulnérable en santé ou vulnérable socialement derrière on fait le lien avec les partenaires, donc c'est à dire qu'une personne qui va avoir des grosses précarités en santé, on va essayer de faire en sorte que derrière il y a un suivi qui se met en place, on va faire des liens avec la structure d'hébergement dans laquelle elle est venue »

M8 : « ...donc ça a permis je pense et ça permet encore d'avoir quand même une attention particulière sur des personnes ou bien au niveau santé. Ils sont un peu noyés dans la masse et on a pu repérer les choses, donc je pense que ça, c'est plutôt positif. »

M4 : « Du coup on pouvait essayer de leur apporter l'accompagnement qu'ils n'avaient plus au moins... »

- **Une expérience positive**

Concernant la plupart des personnes isolées au CHS, elles ont été satisfaites de leur prise en charge lors de leur séjour

M2 : « quand ils partaient, ils étaient contents et ils nous remerciaient... On a vraiment des patients très gentils, hyper reconnaissants... il y en a qui sont partis en étant satisfaits. »

M4 : « Je pense qu'il y a des personnes qui étaient très heureuses...Il y en a s'ils avaient pu rester plus longtemps, ils seraient restés plus longtemps. »

M5 : « Quand les gens s'en vont en nous disant merci pour tout ...ils sont contents dans l'ensemble. »

M6 : « ils étaient vachement reconnaissants en fait. »

M7 : « Quand on les ramène, ils nous remercient 30 fois et ils se sont sentis en sécurité, confiants et aussi rassurés. »

b. Pour les professionnels

Les professionnels interrogés sont unanimes sur le fait que cette expérience a été positive sur le plan professionnel. Ils en ont tiré une satisfaction personnelle de pouvoir contribuer à l'aide de cette population. Certains ont été satisfaits de pouvoir participer à la création du dispositif.

M3 : « *Moi je suis satisfaite de ce qu'on a fait. C'était une chouette expérience... »*

M4 : « *... je trouvais ça très intéressant de pouvoir y participer parce qu'on a été inclus de façon active à la création du dispositif... »*

M5 : « *sur le plan humain, je trouve, c'est une super expérience qui permet aussi de relativiser certaines choses à notre égard. »*

M6 : « *... et en fait, je me suis vraiment épanouie avec ces gens-là quoi. Je, je ne pensais pas que ça pourrait autant me plaire. Le travail social et j'ai bien aimé. Voilà enfin j'aime bien, j'y suis toujours, donc j'aime bien. »*

M7 : « *... d'un point de vue personnel, c'est enrichissant de voir différentes cultures, différentes façons de voir les choses. C'est une très bonne expérience. »*

ii. Les bénéfices des autres structures d'hébergement

Il ressort clairement des entretiens que le dispositif d'isolement qui a été mis en place pour les personnes sans abri a permis d'apporter une réelle solution aux autres structures d'hébergement pendant la pandémie de Covid-19. Il a permis d'isoler les personnes positives à la Covid-19 ou cas contacts dans une structure avec du personnel dédié et ainsi faciliter le travail des autres centres d'hébergement et du Samu Social, mais aussi d'éviter les clusters dans ces centres d'hébergement.

M1 : « *... un bénéfice justement pour ces structures d'hébergement ...de pouvoir les mettre en isolement dans une structure adaptée ...C'est un confort pour les structures clairement d'avoir une structure comme ça ... Mais une réponse à une problématique globale de la gestion de cette crise et de la gestion des structures d'hébergement et soupe du 115. »*

M2 : « *Souvent les patients qui viennent d'autres structures sont contaminés, donc ils sont isolés chez nous donc ça évite d'alimenter le virus.... Ça a même allégé leur travail du coup. »*

M3 : « *Alors je trouve que le dispositif est intéressant dans le sens où dans les foyers*

notamment les CAU le virus se propage relativement vite puisqu'ils sont dans des chambres doubles... Oui, parce que dans les autres structures d'hébergement, les professionnels étaient un peu désemparés, un peu stressés... on a reçu ...plus de personnes du foyer de Tregey, les haltes de nuit que de personnes SDF pur et qui passe par la PASS de Saint-André. »

M4 : « ... un accompagnement supplémentaire pour les structures d'accueil... »

M5 : « Ben oui, ça a permis d'éviter justement que les autres, les foyers d'accueil, les structures qui accueillent les ces gens-là en temps normal, se trouve complètement contaminées »

M7 : « je pense que ça permet de soulager les structures d'urgence sociale. »

M8 : « Alors oui, j'ai vu, je l'ai beaucoup et souvent sollicité. Moi, je travaille sur un centre, il y a 94 SDF au centre d'accueil d'urgence de Tregey ... Donc pour nous, il a été très utile... Je pense que quelque part, c'est ce qui a permis d'éviter qu'on ait trop de cluster aussi et une épidémie au sein des centres »

M9 : « ça a soulagé des dispositifs d'hébergement d'urgence, notamment avec, ça a aussi rassuré sur des grosses structures collectives. »

De plus, les activités de certaines structures sociales ont pu être mise en lumière grâce à ce dispositif et ainsi montrer le manque important de moyens de ce secteur.

M9 : « alors ça a même permis à la PASS et la PASS mobile de montrer l'intérêt de leurs activités et on a besoin de moyens supplémentaires parce que ce n'est pas simple. »

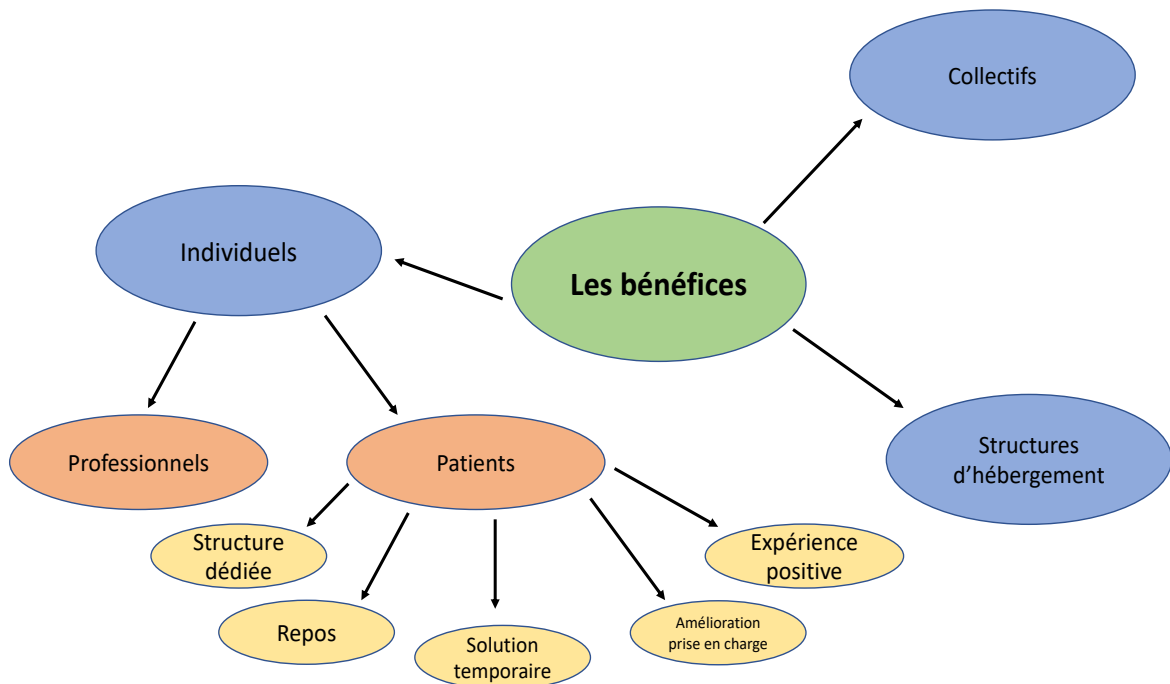
iii. Le bénéfice collectif

La mise en place du dispositif d'isolement a permis de protéger l'intérêt commun en limitant la propagation du virus dans la population en générale.

M6 : « Je pense que c'était vraiment utile. Voilà après un an et demi d'isolement, oui, je pense que c'était la meilleure solution pour essayer d'enrayer l'épidémie au niveau des personnes précaires. Moi, je pense que c'était un peu pour protéger la société aussi finalement. Pour pas qu'il y ait une flambée de l'épidémie, protéger un peu l'intérêt commun. »

M10 : « Ça permet un accès finalement très temporaire dans l'urgence. Aussi dans la menace sur la collectivité...on a des responsabilités vis-à-vis de ce collectif »

Figure 8 : Les bénéfices du dispositif



5. Les perspectives d'amélioration

Au cours des entretiens, plusieurs professionnels ont pu proposer des axes d'amélioration du dispositif d'isolement :

- Faire de l'accompagnement social afin de proposer des solutions pérennes

M3 : « On aurait pu faire intervenir des gens, peut être sur place ... des assistantes sociales. »

M4 : « Essayez d'utiliser cette période d'isolement pour les rediriger vers un médecin, vers une assistante sociale, une structure plus adaptée pour eux. »

M11 : « La possibilité de faire de l'accompagnement social. »

- Apporter des solutions aux problématiques de santé de cette population

M9 : « Dans le secteur de la précarité, il y a des grosses problématiques de santé comme dans la population en général. Il faut peut-être avoir des réponses adaptées. Le CHS en était une. Mais ça permet de se dire, il y a peut-être d'autres choses à inventer aussi pour ces personnes-là »

- Organiser des réunions de santé précarité pour mieux organiser le parcours de soin des personnes SDF

M8 : « Il manque une instance où l'on puisse tous en discuter, avant on avait des réunions de santé précarité mais qui n'étaient pas forcément dirigées par des acteurs, professionnels de santé. »

- Ouvrir d'autres centres d'accueil pour répondre à la demande d'hébergement

M2 : « Il faudrait plus de moyens, mais aussi, plus de personnel aussi, former plus de personne dans le social pour répondre au mieux à cette problématique ...Créer plus de structures... Les centres sont débordés. »

- Majorer les aides des besoins primaires de cette population

M10 : « Plus de d'aide à l'accès aux besoins primaires. L'alimentation et l'hygiène. Et au premier plan, l'alimentation. »

- Revaloriser le travail des salariés du secteur social

M1 : « Les axes d'amélioration ça serait peut-être revaloriser le travail, ces salariés, qui ne sont pas forcément, enfin dans ce dispositif, ultra reconnus. »

- Élargir la proposition vaccinale anti-covid-19

M6 : « avec la vaccination, je pense que on peut aller un peu plus loin avec ces personnes

précaires. »

M10 : « *On est loin du compte en termes de couverture vaccinale de ces personnes. »*

Figure 9 : Les perspectives d'amélioration

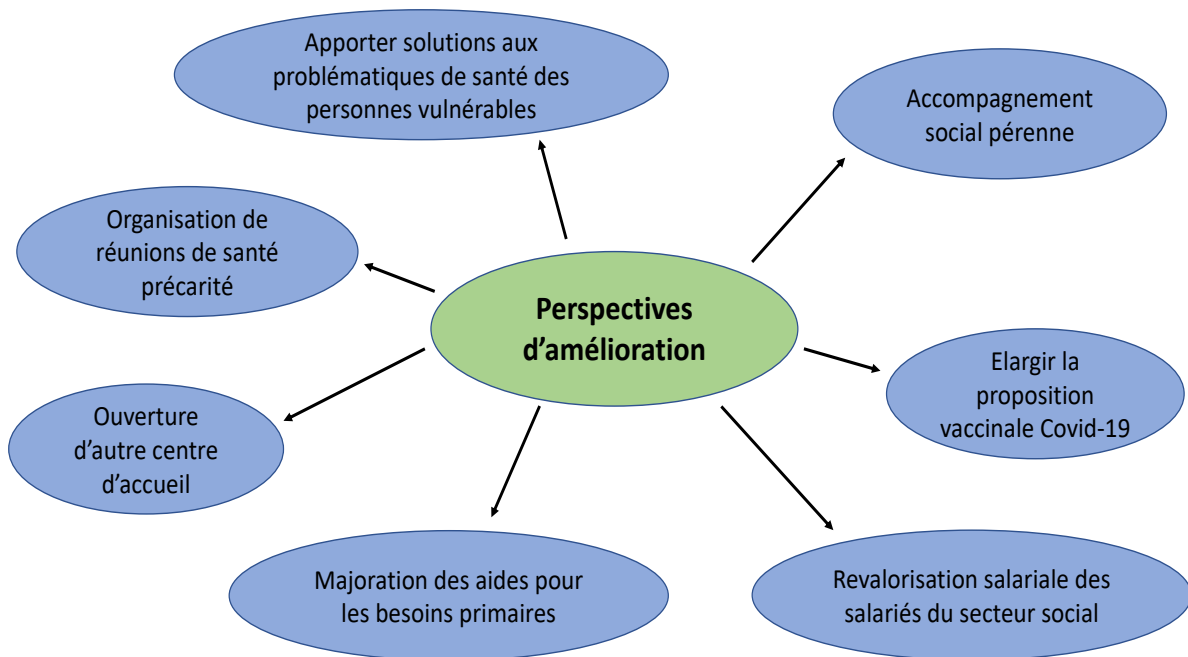
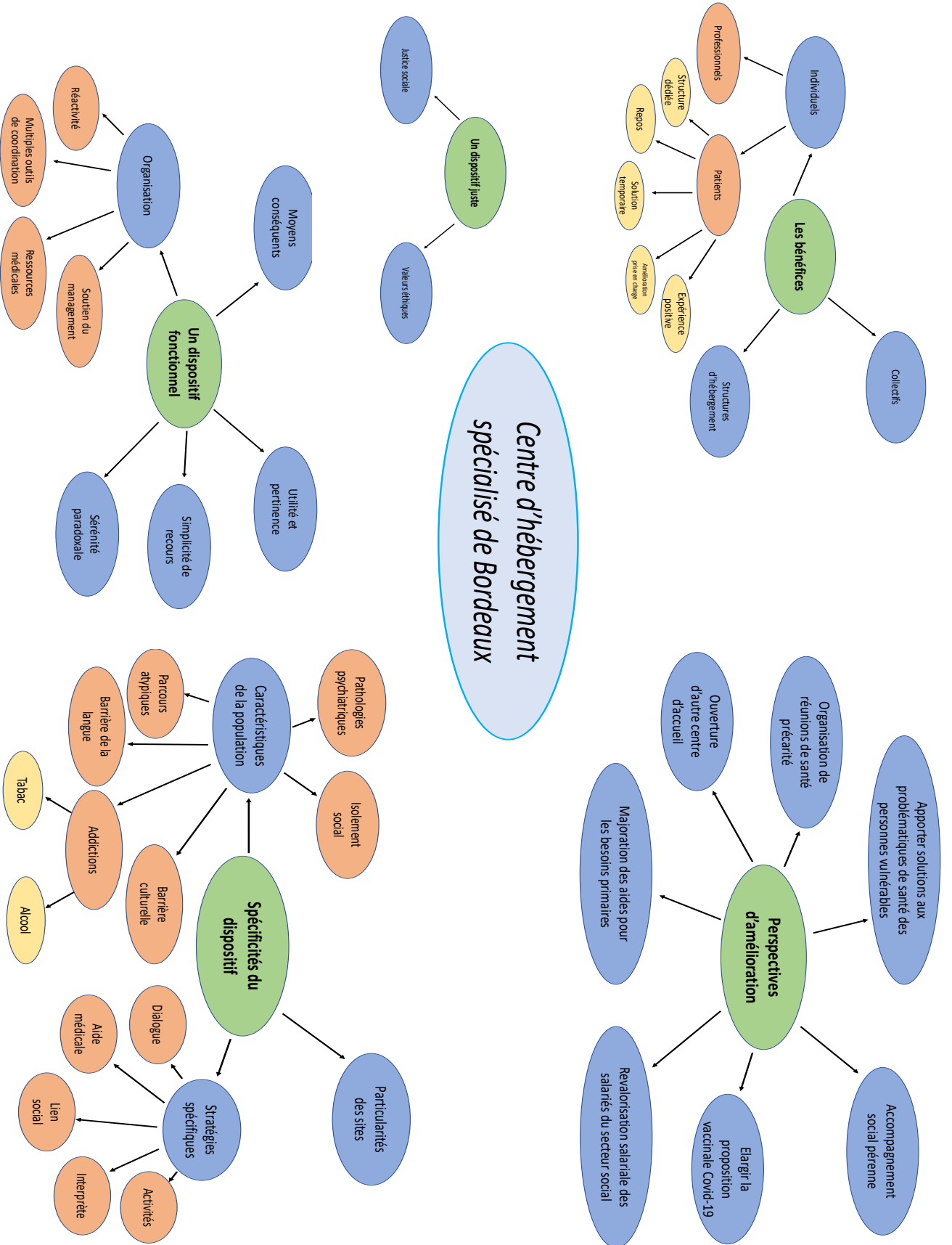


Figure 10 : Synthèse de l'étude qualitative



IV. Discussion

Le centre d'hébergement spécialisé de Bordeaux a permis, lors de la pandémie de Covid-19, d'isoler et de protéger les personnes en situation de vulnérabilité. En effet, le personnel du CHS a qualifié ce dispositif d'isolement d'utile et même d'indispensable pour la prise en charge cette population. Ce centre a permis d'isoler sur la période de mars 2020 à mars 2021, 246 personnes au total. A la date du 2 décembre 2021, 541 personnes ont été prises en charge par le CHS de Bordeaux. Chaque personne au CHS disposait d'une chambre pour être isolé des autres résidents. Toutes les mesures de prévention sanitaires préconisées étaient respectées. Des protocoles d'hygiène (nettoyage, habillage/déshabillage, désinfection des surfaces) et de portage de repas ont été mis en place pour faciliter les mesures de protection. Ces protocoles ont été validés par le ministère des solidarités et de la santé [18]. L'application des mesures de protection devait tenir compte de la fragilité de la plupart des résidents de la structure en raison de leurs parcours d'errance et des conditions de vies précaires rencontrées dans la rue [19]. Nous noterons qu'aucun cluster au sein du CHS n'a été signalé depuis son ouverture, témoignant d'une application rigoureuse des mesures de protection. La durée médiane d'isolement au CHS était de 8 jours ce qui correspond aux recommandations nationales du ministère [18].

Au début de la pandémie, il a été pointé du doigt l'absence de lieu où référer les personnes qui avaient des symptômes et le manque de structures d'hébergement adaptées pour les isoler. Des effectifs nécessaires et des moyens conséquents ont ainsi été sollicités afin de protéger efficacement les personnes sans-abris et le personnel en charge de ceux-ci face au coronavirus. Notre étude semble montrer que l'accès à l'isolement et le droit d'être protégé dans un CHS au même titre que la population générale a pu rétablir une certaine justice sociale envers cette population en situation de vulnérabilité. Comme le souligne *Leblanc* dans son article, les conséquences de la pandémie sur les personnes sans-abris étaient un véritable enjeu de justice sociale pour les pouvoirs politiques. En effet cette population n'a pas accès aux mêmes ressources que la population générale et l'égalité des chances n'est pas la même pour tous [20]. Le plan « Grand Froid » mis en place pour lutter contre les effets sanitaires et sociaux liés aux températures hivernales (places d'hébergement supplémentaires, renforcement des maraudes, subventions d'urgence) rappelle dans une moindre mesure ce

dispositif inédit d'isolement des personnes en situation de vulnérabilité [21] [22]. Des moyens conséquents, humains et financiers ont été déployés par les pouvoirs publics dès le début de la crise sanitaire et ce dans un contexte de grande incertitude. En effet le dispositif du CHS a été rapidement mis en place bien que nous ne disposions que de peu d'informations concernant la pathologie, son incidence ou encore le nombre de patients qui y seraient admis. On observe d'ailleurs dans notre étude que le taux d'occupation du CHS est relativement bien corrélé aux différentes vagues épidémiques de Covid-19 avec des pics d'admissions lors des 2^{ème} et 3^{ème} vagues. En outre, on constate également que durant les périodes d'accalmie de la pandémie, le nombre d'admission diminuait (14 admissions entre juin et juillet 2020) et un grand nombre de lits restait inoccupé. Le taux d'occupation maximal n'a jamais été atteint ce qui laisse penser que cette population pourtant vulnérable n'a peut-être pas été aussi impactée qu'on l'avait imaginé.

Selon *Perri et al.* les personnes en situation de précarité et les personnes sans-abris sont plus vulnérables que la population générale [23]. Elles présentent des caractéristiques qui leur sont spécifiques. Le personnel a ainsi dû s'adapter à ces spécificités. En France, 6,4% des personnes sont d'origine étrangère. Le fait d'être étranger sous-entend souvent des difficultés de communication du fait d'une barrière de la langue mais aussi un isolement social [24]. En effet, les personnes qui vivent à la rue, en squat ou bidonville ne maîtrisent pas toutes la langue française. Cependant dans notre étude, 80,1% des personnes hébergées au CHS maîtrisaient la langue française. Malgré un faible pourcentage (19,9%) de personnes ne maîtrisant pas le français, la barrière de la langue a été un problème soulevé par les équipes. Elle a été mentionnée à plusieurs reprises dans les entretiens. Elle constitue le problème majeur rencontré lors de l'isolement au CHS. En effet, les équipes ont éprouvé des difficultés pour faire passer certains messages ou consignes concernant les modalités de réalisation des tests, les règles d'isolement et mode de fonctionnement du CHS. Il était même parfois difficile d'engager une discussion pour rassurer les personnes admises. Le recours aux interprètes n'a pu se faire que très rarement malgré la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a introduit la notion d'interprétariat linguistique pour « améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités » [25]. L'inscription dans cette loi de la place des interprètes professionnels en santé, est une avancée incontestable mais qu'il s'agirait de traduire davantage au quotidien notamment dans les structures d'hébergement. Parmi les autres difficultés rencontrées par le personnel, certains

centres d'hébergement ont dû gérer une tension forte, notamment avec les personnes déjà psychologiquement fragiles ou sujettes à des addictions comme nous le montre l'article *Coronavirus: la tension devient forte dans certains centres d'hébergement d'urgence à cause du confinement* paru en Avril 2020 [26]. La pandémie est venue affecter de manière disproportionnée la situation de vie et la santé des personnes sans-abri. La rupture dans leur routine est venue amplifier leurs difficultés psychologiques (manifestations anxieuses et dépressives, irritabilité, trouble du sommeil) [20]. De plus, plusieurs études et médecins psychiatres pointent du doigt l'isolement social et la distanciation physique qui ont pu entraîner un impact négatif sur les individus contraints à l'isolement. Dans notre étude, il n'a pas été relevé de problème majeur de décompensation psychiatrique des résidents du CHS. De manières surprenantes, seules 9,3% des personnes hébergées au CHS ont montré des manifestations anxieuses en lien avec l'isolement. Ces personnes isolées au CHS ont pu avoir une structure dédiée à leur isolement avec du personnel formé, disponible et présent au quotidien, ce qu'il leur a permis de maintenir un lien social et ainsi de mieux vivre leur période d'isolement. Concernant les addictions, cette forte exposition des patients en difficultés sociales (65,4% de fumeurs, 2,4% de consommateurs de cannabis, 4% de patients alcoolique chronique et 4% de patients présentant une poly-intoxication), notamment au tabac, est bien connue puisqu' on parle même « d'anxiolytique du pauvre » pour désigner la cigarette [27]. Les mesures de confinement imposées par le gouvernement pour répondre à la crise sanitaire du Covid-19 affectent particulièrement les usagers de drogues les plus précaires en les privant d'une de leurs principales sources de revenu : la mendicité. Certains n'ayant plus accès à des sources de revenu, ont dû faire face à un sevrage forcé [28]. Afin de diminuer l'incidence des syndromes de sevrage, notamment concernant les personnes dépendantes à l'alcool, il a été décidé au CHS de délivrer de l'alcool à ces personnes qui ne pouvaient pas se fournir du fait de l'isolement. Au niveau national, la Fédération Addiction, la Fédération des acteurs de solidarités et la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) ont élaboré une note qui identifie les risques liés au confinement au sein des établissements d'hébergement (violence, décompensation de troubles psychiatriques, situation de manque, syndrome de sevrage). Le document fourni un ensemble de recommandations à adopter au sein d'une structure d'hébergement en terme de prévention, d'accompagnement et de réduction des risques en matière d'usage de substances psychoactives (permissivité des consommations d'alcool, continuité d'accès au traitement de substitution aux opiacés) [29]. Grâce à ces recommandations et les explications données au personnel, la gestion des personnes dépendantes aux substances psychoactives et à l'alcool

s'est déroulée sans difficulté notable au sein du CHS. Aucun problème majeur n'a été relevé par le personnel concernant la délivrance de l'alcool.

L'hébergement des personnes en situation de vulnérabilité, atteinte de la Covid-19 ou cas contacts en centre non spécialisé, sans mesures spécifiques fait courir le risque de survenue d'épidémie au sein même de ces établissements. C'est d'ailleurs ce que nous montre *Rolland et al.* dans son article qui retrouve un taux d'incidence du Covid-19 élevé dans 3 centres d'hébergement collectifs et de soins pour personnes vulnérables, non spécialisés, probablement en lien avec les conditions d'hébergement collectif et le confinement responsable d'une promiscuité prolongée [30]. En effet, les structures sont composées pour la majeure partie d'entre elles, de chambres avec dortoirs. Lorsque qu'un cas de Covid-19 est suspecté ou confirmé dans une structure d'hébergement collective parmi les résidents, on doit lui proposer d'être isolé en CHS. *Bagett et al* ou encore *Kirby et al* ont mis en avant l'intérêt de séparer les résidents atteints ou suspects de Covid 19 des autres résidents dans les structures d'hébergement afin d'éviter la formation de clusters [4] [31] . Ce qui ressort essentiellement de la plupart des entretiens, est que le bénéfice majeur de la mise en place du CHS revient aux autres structures d'hébergement non spécialisées. En effet, face à des structures d'hébergement qui n'avaient pas les moyens d'isoler leurs résidents atteints de Covid-19, le CHS a pu être une réponse adaptée pour limiter les clusters au sein de ces structures. Les structures d'hébergements doivent repérer les résidents les plus vulnérables, symptomatiques ou cas contacts afin de les envoyer vers le CHS comme nous le montre *Ralli et al.* dans son article italien sur les particularités et les stratégies de prévention des personnes sans-abris pendant la pandémie de Covid 19 [5]. Dans notre étude, parmi les 246 patients hébergés, 107 patients ont finalement présenté un test négatif. Ces patients, cas contacts ou ayant une symptomatologie compatible avec la Covid-19, ont pu être hébergés aux CHS, ce qui a ainsi permis aux autres structures d'hébergement non spécialisées de poursuivre leur mission dans un climat serein. Nous pouvons affirmer que le CHS a été une véritable assistance pour les autres centres d'hébergement collectif. Il a permis de soulager les structures d'hébergement et leurs équipes respectives en isolant les personnes atteintes ou suspectes de Covid-19. Notre étude montre que la création du CHS a pu entièrement remplir sa mission première qui était limiter l'émergence de clusters au sein de ces structures et ainsi de freiner la propagation du virus au sein d'une population déjà très vulnérable. Le secteur associatif avec l'État a fait preuve d'une capacité de réaction remarquable. La création de CHS à elle seule illustre cette capacité à réagir dans l'urgence et à innover. En outre, les CHS

ont probablement également joué un rôle dans la non-sursaturation des services hospitaliers de types urgences et d'hospitalisation conventionnelle. En effet, dans notre étude, 69 personnes (28%) étaient porteuses de comorbidités médicales (comorbidités de type cardiovasculaires, respiratoires, diabète ou néoplasique). Le taux de comorbidités de cette population est sensiblement égal au taux de comorbidités de la population générale [32]. Dans notre cohorte, seulement 4 personnes (1,7%) ont été hospitalisées pour une aggravation de la maladie à Covid-19. Ce faible taux d'hospitalisation peut être expliqué par une prise en charge médicale et paramédicale efficace, des moyens adéquates permettant une surveillance optimale de ces patients.

Pour les personnes isolées au CHS, cela leur a permis d'accéder temporairement à un logement lorsqu'ils venaient de la rue. Ils ont pu bénéficier de plusieurs repas par jour, avoir accès aux moyens d'hygiène et avoir du repos sur le temps d'isolement. Certains problèmes sociaux ou médicaux ont pu être identifiés par les équipes et une prise en charge adaptée leur a été proposée. Malheureusement ce qui ressort des entretiens est que ces situations ont été temporaires. Certains professionnels ont émis l'idée de profiter de ce temps d'isolement pour proposer à chaque personne une prise en charge spécialisée si elles le souhaitent (médicale ou sociale). La crise sanitaire inédite a permis aux salariés du social, aux bénévoles d'associations et aux structures sociales et de soins de "retrouver le sens de leur travail et leur engagement initial dans l'accompagnement des publics précaires" [33]. Il est cité dans cet article que "se rendre utile et servir les autres redevient profondément capital". C'est ce qui ressort des différents entretiens menés avec les personnes ayant travaillé avec le CHS. Plusieurs membres de l'équipe ont pu trouver un enrichissement personnel et humain de pouvoir travailler auprès de cette population. Paradoxalement, le personnel n'a pas présenté de crainte de contamination par la Covid-19. Les gestes barrières imposées par les mesures de prévention n'ont pas été un frein au bon déroulement du dispositif. De plus, comparativement aux équipes médicales du secteur hospitalier, les professionnels du CHS n'ont pas ressenti de stress particulier au travail. Aucun dysfonctionnement du travail collectif n'a été mentionné. La direction du CHS a su créer un climat favorable pour les membres de l'équipe, prendre des décisions pour soutenir la sécurité psychologique des équipes, reconnaître les succès et les bons comportements collectifs ainsi que construire une résilience collective. Ces différentes stratégies ont été reconnues pour améliorer le travail en équipe en temps de Covid [34].

Parmi les propositions faites par les professionnels afin d'améliorer le dispositif d'isolement, la plus pertinente et celle qui est le plus souvent revenue est de profiter du temps

passé au CHS pour proposer un accompagnement social afin d'avoir des solutions pérennes. Il serait intéressant de proposer une consultation médicale à chaque personne hébergée au CHS afin de détecter les problèmes de santé majeurs et ainsi leur proposer un suivi. Il a été soulevé le manque criant de moyens pour les personnes sans-abris afin qu'elles puissent avoir accès à la nourriture et à l'hygiène. La majoration des aides pour les besoins primaires semble être un point primordial à mettre en avant. Le dernier point qui nous semble crucial afin d'endiguer la propagation du virus au sein de cette population est de promouvoir la vaccination. Différents sites de vaccination pour les personnes sans-abri devraient être mis en place afin que cette population puisse accéder facilement à la vaccination au même titre que la population générale.

S'agissant d'une étude qualitative, notre étude souffre de plusieurs biais et limites. L'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif des équipes travaillant au CHS mais reflète sa diversité. Toutefois il aurait été préférable d'avoir un représentant de chaque structure d'hébergement ayant travaillé avec le CHS et au moins un représentant de chaque poste occupé au sein de l'équipe du CHS. Chaque interviewé avait des capacités différentes à exprimer ses opinions. La personnalité et la qualité relationnelle de l'entretien sont à l'origine de ces limites. Par ailleurs, la capacité à appréhender certains thèmes a été différente selon la sensibilité de chacun. Le développement de mécanismes de défense, la timidité, la gêne de certains interviewés lors des entretiens a donc probablement fait obstacle au recueil de certaines données. Ainsi, la thésarde étant médecin, la peur du jugement des personnes interviewées a poussé peut-être certaines personnes à ne pas se livrer complètement. Ceci représente un biais d'investigation. La plupart des entretiens ont été réalisés sur le temps de travail des équipes, ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions notamment téléphoniques. La vérification de la cohérence des données recueillies avec les données préexistantes de la littérature n'a pas pu être réalisé car il n'existe pas à ce jour d'étude sur ce sujet. Ceci montre, par ailleurs, le côté novateur de notre étude.

La force de cette étude vient principalement de son originalité. Aucun travail n'avait fait le retour d'expérience d'un centre d'hébergement spécialisé Covid-19. Ces conclusions sont importantes puisqu'elles permettront de tirer des propositions afin d'améliorer la prise en charge des patients isolés dans les CHS lors d'éventuelles prochaines pandémies mais aussi d'orienter la recherche vers les nouvelles problématiques du secteur médico-social peu développées jusqu'ici et ainsi d'améliorer l'aide médicale et sociale apportée aux patients en situation de précarité. De plus, le choix d'une méthode qualitative avec la réalisation

d'entretiens semi-dirigés a permis la réalisation d'un travail riche en données. Cette même thématique pourrait également être traitée avec une autre technique de recueil de données. Il pourrait être intéressant de voir quels seraient les résultats obtenus lors d'entretiens collectifs (« *focus group* »). La dynamique de groupe peut parfois permettre aux membres d'une équipe de s'exprimer sur des thèmes qu'ils n'auraient pas abordés en entretien individuel. Les interactions entre les participants peuvent également faire émerger des opinions et des expériences. Dans notre étude, nous avons choisi d'explorer le point de vue du personnel. Un travail de recherche complémentaire au nôtre pourrait explorer le point de vue des personnes hébergées au CHS. Cela pourrait permettre de comparer les résultats obtenus et de mettre en évidence les différences de perspectives entre les deux groupes.

V. Conclusion

Notre travail de recherche a permis de souligner quelles étaient les spécificités et les difficultés liées à l'isolement des personnes en situation de vulnérabilité. Cette population présente des caractéristiques propres : barrière de langue, isolement social, addictions, barrière culturelle, parcours atypique, pathologies psychiatriques. Tous ces éléments rendent l'isolement et la prise en charge de ces personnes spécifiques : maintien d'un lien social et d'un dialogue, recours à un interprète, proposition d'activités, demande d'aide médicale.

Les résultats de cette étude pourront probablement permettre d'améliorer l'aide médicale et sociale de cette population. En effet, le dispositif d'isolement proposé par le CHS de Bordeaux a pu apporter des bénéfices à plusieurs niveaux : proposer une prise en charge spécifique des personnes en situation de vulnérabilité et les protéger face au risque lié à la Covid-19 ainsi qu'améliorer de la qualité de travail des structures d'hébergement collectif en temps de Covid-19. Grâce à un management des équipes sécurisant et adaptable, des pouvoirs publics réactifs et souples, une importante impulsion publique pour protéger cette population et une forte charge symbolique, ce dispositif a su pleinement remplir sa mission première de protection de la population en situation de vulnérabilité face au risque lié à la Covid-19.

Cependant, en dépit des moyens extraordinaires mis en œuvre pour héberger et protéger les personnes en situation de vulnérabilité en temps de Covid-19, il reste encore des progrès à faire pour optimiser l'accès à un hébergement durable et leur prise en charge en termes de santé sur le long-terme. Les efforts réalisés pendant la crise sanitaire nous prouvent que nous pouvons proposer des solutions d'hébergement ainsi qu'une amélioration du suivi médical aux personnes sans-abri. Toute la difficulté est de pérenniser ces solutions d'accompagnement et de soins au sein de cette population.

Coronavirus - L'orientation en centre d'hébergement spécialisé COVID



Si je suis malade du Covid-19, le médecin peut me proposer d'aller dans un Centre d'Hébergement Spécialisé Covid (CHS), cela me permet de rester isolé pour protéger les autres :

UN CHS QU'EST-CE QUE C'EST ?



Cela ressemble à une maison de repos. Je peux être tout seul dans une chambre ou parfois avec d'autres personnes mais toujours séparés par au moins un paravent.

Les repas me sont fournis ainsi que les médicaments.

Des médecins et infirmiers sont sur place et s'assurent que je vais bien.

Je serai orienté vers le CHS par le médecin si je ne peux pas être isolé dans le lieu où je vis. **Il me propose d'aller en CHS pour deux raisons :**

- Si je suis malade.
- Si j'ai été en contact avec une personne malade.

COMMENT SE PASSE LE SÉJOUR ?



Je reste au CHS jusqu'à être guéri. C'est le médecin du centre qui me dira quand je peux sortir (en général 2 ou 3 semaines).

Je ne suis pas obligé de rester dans le centre mais c'est la meilleure solution pour guérir et pour protéger les autres.

Le CHS est uniquement pour les personnes malades et celles qui doivent rester isolées, je ne peux pas recevoir de visites.



Je dois prévenir le gestionnaire de la structure de mon entrée au CHS. Il gardera ma chambre ou mon lit dans le foyer où je réside habituellement, même si je n'ai pas de contrat.

Si j'ai une chambre personnelle, mes affaires restent dedans.

Si j'ai une chambre à plusieurs, je peux demander au gestionnaire de mettre en sécurité **mes affaires dans une bagagerie.**

À ma sortie, quand je rentre chez moi, je dois continuer à respecter les gestes barrières.



COMBIEN ÇA COÛTE ?

Le médecin me dira **comment se passe le transport vers le CHS.**

Je n'aurai rien à payer.

Je n'aurai rien à payer non plus pour mon séjour au CHS. Par contre, je continue de payer ma chambre dans mon foyer.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Objectif principal : retour d'expérience d'un centre Covid SDF

1. Vision globale du CHS et du dispositif d'isolement

- Quelle est votre vision sur le dispositif d'isolement mis en place au CHS?

Relance : Est-ce que ce dispositif est utile ? Je voudrais avoir votre opinion sur ce dispositif d'isolement des patients sans abris ?

Qu'avez-vous pensé du dispositif d'isolement mis en place au CHS ?

- Les inégalités sociales et économiques déjà existantes pour les personnes en situation de précarité et sans domicile, n'ont-elles pas été accentuées lors de la pandémie de Covid-19 ?

-

Relance : La création du CHS a-t-elle rétabli une justice sociale ? Était-il un enjeu de justice sociale ?

- Au départ, lorsque l'on vous a proposé de travailler dans un centre Covid pour SDF, quelle a été votre première réaction ?

-

Relance : Aviez-vous des craintes ? Comment avez-vous géré cela ?

2. Fonctionnalités

- D'après vous, quels sont les problèmes liés à l'isolement d'un patient sans domicile ?

Relance : Comment gère-t-on l'isolement d'un patient sans domicile fixe ?

- Ce dispositif n'a-t-il pas accentué l'isolement social de cette population ?

- Comment avez-vous géré l'isolement de ces patients ?

Relance : Quelles étaient vos stratégies de prise en charge ? Qu'est-ce que vous pensez d'avoir donné de l'alcool aux patients ? Est-ce que la gestion de l'alcool a été un problème pour vous ? Comment avez-vous géré le problème d'addiction ?

- Pensez-vous que les patients étaient inquiets d'être isolés dans un centre COVID ?

- D'après vous, les patients accueillis au centre d'hébergement ont-ils été satisfaits de leur séjour ?

4. Aspect organisationnel

- Que pourriez-vous dire sur la coordination des soins entre les différentes structures (centre d'accueil d'urgence, PASS, foyer) ?

Relance : Peut-on améliorer cette coordination ? Qu'en pensez-vous ?

- Tout au long du dispositif d'isolement, quelles ont été les adaptations mises en place face aux problèmes ? (Décisions et principales actions tracées dans le classeur de permanence)
- Selon vous, concernant l'isolement des patients sans domicile, quels sont les points à améliorer ?

Relance : Peut améliorer le dispositif d'isolement ? Que proposeriez-vous comme idées ? Pourquoi le dispositif d'isolement ne se serait-il pas bien passé ?

5. Bénéfices

- Ce dispositif a-t-il apporté une solution aux structures d'hébergements lors de la pandémie ?

Relance : Est-ce que vous pensez que ce dispositif a été créé pour amener une solution aux autres centres ?

- Que pensez de l'intérêt qu'on a apporté à ces personnes qui étaient les oubliés de la société ?

Relance : Ne trouvez-vous pas cela choquant cet intérêt soudain que l'on leur porte ?

- Est-ce que vous trouvez qu'on en a assez fait pour eux ? Est ce qu'on aurait pu leur proposer d'autres aides lors de la crise sanitaire ?
- Que pensez-vous d'avoir pu travailler auprès de cette population ?

6. Dernière question

- Avez-vous un sujet que l'on n'a pas abordé dont vous souhaiteriez discuter ?

VI. Bibliographie

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382:727–33. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
2. Maurice S. Point épidémiologique COVID-19 du 29 juillet 2021 Dégradation très forte de tous les indicateurs épidémiologiques : la période estivale doit appeler à davantage de vigilance
3. Greef JD, Pothen L, Yildiz H, Poncin W, Reyhler G, Brilot S, et al. COVID-19 : infection par le virus SARS-CoV-2
4. Baggett TP, Racine MW, Lewis E, De Las Nueces D, O’Connell JJ, Bock B, et al. Addressing COVID-19 Among People Experiencing Homelessness: Description, Adaptation, and Early Findings of a Multiagency Response in Boston. *Public Health Rep* 2020;135:435–41. <https://doi.org/10.1177/0033354920936227>.
5. Ralli M, Cedola C, Urbano S, Morrone A, Ercoli L. Homeless persons and migrants in precarious housing conditions and COVID-19 pandemic: peculiarities and prevention strategies
6. COVID 19 Point épidémiologique hebdomadaire N°70 du 1er juillet 2021 - Santé Publique France
7. Point épidémiologique régional - Nouvelle Aquitaine 29 juillet 2021 - Santé Publique France
8. L’état du mal-logement en France 2021. Rapport annuel #26. Fondation Abbée Pierre - Février 2021
9. « Les SDF sont-ils inconfinaibles ? » par Baptiste Legrand, *L’Obs*, publié le 30 octobre 2020 <https://www.nouvelobs.com/confinement/20201030.OBS35398/les-sdf-sont-ils->

inconfinables.html

10. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study 2020;395:10.
11. Observatoire du Samu Social de Paris. Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et familles sans logement personnel en Ile de France. Premiers resultats de l'enquête quantitative Octobre 2014
12. Laporte A, Vandentorren S, Détrez M-A, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E, et al. Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:241. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020241>.
13. Romaszko J, Cymes I, Dragańska E, Kuchta R, Glińska-Lewczuk K. Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PLOS ONE* 2017;12:e0189938. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189938>.
14. déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, 16 mars 2020 <https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>
15. Covid-19 : 5.500 places pour les sans-abri, 40 sites de confinement et des “chèques services” Publié le 1 avril 2020 par Jean-Noël Escudé / P2C pour Localtis
16. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Sans-domicile, définition [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
17. Acteurs de la veille sociale, intervenants auprès des personnes à la rue, d'habitants de squats, de résidents de bidonville et de campements illicites. Fiches Coronavirus (COVID 19) - Ministère des solidarités et de la santé - 05 février 2021

18. Établissements et services d'hébergement ou de logement adapté accueillant des personnes sans domicile, y compris demandeurs d'asile ou réfugiés
Ministère Solidarités et de la Santé 02/04/2021
19. Acteurs de la veille sociale, intervenants auprès des personnes à la rue, d'habitants de squats, de résidents de bidonvilles et de campements illicites.pdf Ministère des Solidarités et de la Santé 05.02.2021
20. Leblanc C. Les conséquences de la pandémie de COVID-19 chez les personnes qui vivent en situation d'itinérance : un enjeu de justice sociale 2020:20
21. "Qu'est-ce que le plan grand froid ?" par Par Steve Tenré - Publié le 08/02/2021
Le Figaro - <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/qu-est-ce-que-le-plan-grand-froid-declenche-dans-plusieurs-departements-menaces-par-la-neige-20210208>
22. Communiqué de presse : Plan Grand Froid : L'état renforce encore son soutien aux personnes à la rue, 10.02.2021 - Préfet de la région Ile-de-France - <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/77923/503837/file/10022021%20-%20CP%20Plan%20Grand%20Froid%20VF%20.pdf>
23. Perri M, Dosani N, Hwang SW. COVID-19 and people experiencing homelessness: challenges and mitigation strategies. Can Med Assoc J 2020;192:E716–9. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200834>.
24. Populations française, étrangère et immigrée en France depuis 2006 Chantal Brutel, cellule Statistiques et études sur l'immigration, Insee
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693#titre-bloc-7> n.d.
25. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé HAS Octobre 2017
26. Coronavirus : la tension devient forte dans certains centres d'hébergement d'urgence à cause du confinement Par Isabelle Rey-Lefebvre Le Monde
https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/04/02/les-personnes-sans-domicile-fixe-a-l-epreuve-du-confinement-lie-au-coronavirus_6035306_3224.html

27. La santé des populations vulnérables Auteur(s) : Adam Christophe, Faucherre Vincent, Micheletti Pierre, Pascal Gérard 28.03.2017 Ellipses
28. Gérome C, Gandilhon M, Bailly F, Metz T, Delile J-M, Duport C, et al. USAGES, Offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du Covid-19 : Les observations croisées du dispositif TREND
29. L'accompagnement de personnes présentant des problématiques d'addiction ou des troubles de santé mentale dans le cadre de la pandémie COVID-19. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement 08.04.2020
30. Rolland S, Rouzard C, Wicky-Thisse M, Vargas-Gomez M, Le Teurnier M, Laconde C, et al. Gestion d'une épidémie de COVID-19 dans 3 centres d'hébergement collectif et de soins pour personnes précaires. *Médecine Mal Infect* 2020;50:S70. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.136>.
31. Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *Lancet Respir Med* 2020;8:447–9. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30160-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30160-0).
32. Etat de santé de la population en France, INSEE, 19.11.2019 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
33. À Marseille, bénévoles et salariés racontent le confinement des plus précaires. Laura Beton-Camille Retsin-Michel de Prévia *The Conversation* - <https://theconversation.com/a-marseille-benevoles-et-salaries-racontent-le-confinement-des-plus-precaires-135080>
34. Sept conseils d'expert pour améliorer le travail en équipe en temps de Covid – Pr René AMALBERTI, Docteur en psychologie des processus cognitifs, ancien conseiller HAS / MAJ : 03/02/2021 - <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/covid-7-conseils-pour-ameliorer-le-travail-en-equipe>

VII. Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Introduction : La pandémie de Covid-19 a modifié le quotidien des personnes en situation de vulnérabilité et des professionnels leur venant en aide. La concertation des acteurs sociaux et médico-sociaux, notamment des structures d'hébergement, joue un rôle majeur dans les stratégies d'isolement et de protection des personnes en situation de vulnérabilité. C'est dans ce contexte que les centres d'hébergement spécialisés (CHS) ont ouvert leur porte afin d'isoler ces personnes atteintes ou suspectes de Covid-19. L'objectif de l'étude est de participer à l'amélioration de l'aide médicale et sociale apportée aux personnes en situation de vulnérabilité hébergées dans un centre spécialisé du fait du risque lié à la Covid-19.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'un travail en deux parties. La première partie est une étude descriptive, rétrospective, des caractéristiques médico-sociales de la population accueillie au sein du centre d'hébergement spécialisé de Bordeaux de mars 2020 à mars 2021, colligées à partir des dossiers PAACO-Globules et des données collectées auprès de l'équipe professionnelle du CHS. La deuxième partie est une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens semi-dirigés individuels des professionnels de santé du CHS de Bordeaux. Onze entretiens ont été réalisés en présentiel ou visio-conférence entre les mois d'août et octobre 2021. Un guide d'entretien donnait la ligne de conduite de chaque interview. Chaque entretien a été enregistré, retranscrit et analysé grâce à la méthode de verbatim.

Résultats : 246 personnes ont été isolées au CHS de Bordeaux entre mars 2020 et mars 2021. Après codage des verbatims, la catégorisation a permis d'obtenir cinq grands thèmes récurrents abordés : la fonctionnalité du dispositif, un dispositif juste, les spécificités du dispositif, les bénéfices du CHS et les perspectives d'amélioration. Les professionnels interrogés sont unanimes sur le caractère utile et la pertinence du dispositif mis en place. Des bénéfices personnels pour les patients et plus largement collectifs pour la société ont été mis en évidence. Une certaine adaptabilité de la part des professionnels a permis d'établir des stratégies face aux spécificités de la population hébergée. Des perspectives d'amélioration ont pu émerger de cette expérience comme l'amélioration de la prise en charge des problématiques spécifiques de santé de cette population ou favoriser un accompagnement social durable.

Conclusion : Le CHS a rempli sa mission de protection des personnes en situation de vulnérabilité face au risque de Covid-19 en isolant celles suspectes ou contaminées et en facilitant le travail des autres structures d'hébergement. Ce travail de recherche souligne l'importance du CHS au sein de l'organisation de l'hébergement des personnes en situation de vulnérabilité pendant la pandémie Covid-19.