



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



La santé publique en Île-de-France

à travers 18 mois de crise



Ces 18 mois de crise traversés ensemble paraissent si denses, si bousculants, qu'on hésite à en tirer ne serait-ce qu'un bilan. Et en cet été 2021, où la course contre la montre entre vaccination et 4^e vague nous a conduits à redoubler d'engagement, d'imagination, de détermination, la notion de bilan semble bien étrange. C'est pourtant l'exercice que j'ai proposé aux équipes de la Direction de la Santé Publique de l'Agence. Non pas un bilan qui clôture, mais un bilan qui ouvre. Un bilan qui décrit, mais surtout qui interroge. Qui dise par où nous sommes passés, pour mieux identifier ce que nous avons appris. Car nous avons beaucoup appris. Nous avons appris en nous adaptant, en inventant, en essayant. Nous avons appris à mieux faire, parfois à faire différemment de ce que nous faisons. Nous avons surtout appris à apprendre, appris à comprendre. Nous avons réinterrogé notre stratégie de lutte contre les inégalités, pourtant inscrite dans l'ADN de cette agence. Nous avons trouvé de nouveaux partenaires, parfois inattendus, toujours combattifs. Nous avons, aussi, trouvé dans la lutte contre cette épidémie terriblement inégalitaire la confortation de ce que nous plaitions depuis des années, de ce rôle déterminant du contexte social et environnemental dans la santé de nos concitoyens. Et nous avons, ce n'est pas la moindre de mes fiertés, réussi à protéger les plus démunis, les plus exclus, en nous portant auprès d'eux dès les premiers signes de la crise. Tout cela n'est bien sûr qu'effleuré dans les pages qui suivent, et elles n'ont rien d'exhaustif.

Mais, elles témoignent de deux choses, au moins. La première, c'est que rien de ce qui a été fait ne l'aurait été sans l'engagement de chacune et de chacun des collaborateurs et collaboratrices de l'Agence, et, en l'espèce, de la DSP. Derrière chaque ligne, il y a une ou un collègue qui s'est interrogé-e, parfois douloureusement, toujours avec passion, et qui a donné le meilleur de lui-même. La diversité des savoirs et des savoir-faire, cela aura été et sera l'une des immenses chances de la santé publique francilienne. La deuxième, c'est que dans les mois et les années devant nous, cet engagement et cette détermination ne connaîtront pas de répit. Les inégalités en matière d'accès à la vaccination traversent notre région comme aucune autre, et elles ne sont ni supportables, ni inévitables. Nous allons redoubler d'efforts, sur la base des acquis engrangés pendant l'épidémie et avant, parce que, jamais dans cette agence, nous ne renoncerons à ce combat pour l'équité. Mais, bien au-delà de l'épidémie, rien ne sera plus comme avant en matière de santé publique. La santé mentale, le VIH, la tuberculose, les maladies chroniques et l'obésité, les addictions, la santé de la femme et de l'enfant, la santé des personnes les plus précaires, celle des personnes détenues, l'impact sanitaire de l'environnement, de la métropole, de l'habitat : dans tous ces domaines, et bien d'autres, « faire de la santé publique » s'écrira avec de nouveaux savoirs. C'est ce à quoi ce rapport, par construction transitoire et évolutif, nous invite.

Aurélien Rousseau
Directeur Général

Mettre en place des dispositifs de santé publique spécifiques	8
I. L'accès au dépistage et à la prise en charge des personnes confrontées au COVID, en situation de rue ou résidant au sein des structures d'hébergement précaires	9
1. Le dispositif de suivi des situations et le soutien aux opérateurs d'hébergement	9
2. Aller vers : les équipes mobiles	11
3. Les centres d'hébergement et de prise en charge COVID+	12
II. Le programme « Covid Stop Ensemble »	14
1. La mobilisation des acteurs extérieurs au cœur du dispositif	14
A. Une logique initiale de capitalisation des partenariats pour mobiliser rapidement et largement sur la crise sanitaire	15
B. Le basculement à une logique d'élargissement des acteurs au reste de la société civile	15
2. L'Agence a mis en œuvre les outils nécessaires aux acteurs de terrain pour faciliter leur action	16
A. Un allègement des démarches administratives pour les associations	16
B. Adapter les outils en fonction des thématiques : élargir les formations et développer la communication	16
3. La mobilisation en interne	17
A. Un pilotage qui s'est adapté aux évolutions de la crise	17
B. L'évolution de la place de la santé publique au sein de l'Agence à travers le programme	18
III. Mettre en place des réponses nouvelles pour pallier les problèmes de santé mentale	18
1. Renforcement rapide de la stratégie multimodale de prévention du suicide	19
A. Déploiement du programme Premiers secours en santé mentale (PSSM)	19
B. Renforcement des formations	19
C. Accélérer le plan Vigilans	20
D. Mise en place de groupe de travail avec des services publics	20
E. Mobilisation des Conseils Locaux de Santé Mentale, des Contrats Locaux de Santé et des groupes de travail PTSM	20

2. Mise en place de plateformes de soutien psychologique téléphoniques ou en ligne.....	20
A. Des plateformes d'écoute pour la population.....	20
B. Des dispositifs renforcés pour les étudiants.....	21
C. Un soutien psychologique pour les professionnels de santé.....	21
3. Soutien aux établissements pour la prise en charge des patients.....	21
A. Assurer un suivi de l'offre de soins en psychiatrie.....	21
B. Renforcement de l'offre médicale pour les enfants et les adolescents.....	22

Avancer dans les champs de la santé publique pendant la crise Covid..... 23

I. Assurer la continuité de la santé publique sur le territoire francilien et la pérennité des acteurs..... 24

1. Une adaptation par l'anticipation.....	24
2. Des renforts financiers dédiés au Covid.....	24
3. La programmation financière maintenue.....	25

II. Adapter en urgence les outils spécifiques en santé environnementale..... 25

1. Adapter la lutte contre l'habitat indigne.....	25
2. Les mesures d'hygiène adaptées à la situation épidémique.....	26
3. La gestion des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux.....	26
4. Les Eaux Usées.....	27

III. Maintenir l'accès à la prévention et aux soins..... 27

1. Maintenir l'activité de l'Intervention Volontaire de Grossesse (IVG).....	27
2. Maintenir la prise en charge des femmes victimes de violences pendant la crise Covid-19.....	28
3. Maintenir ce qui pouvait l'être dans l'activité de dépistage et vaccination, et adapter cette activité.....	29

Sommaire

A. L'action de prévention et de dépistage du VIH et des IST.....	29
B. Les dépistages organisés des cancers.....	31
C. Les vaccinations (hors vaccination COVID).....	32
4. Soutenir l'action en santé publique face aux maladies chroniques	32
A. Dépistage du diabète et activité sport-santé.....	33
B. Garantir l'accès aux programmes Education Thérapeutique du Patient (ETP).....	34
C. L'impact de la crise sur l'alimentation et la nutrition.....	34
D. La lutte contre les conduites addictives durant la crise.....	34
IV. Maintenir l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus exclues.....	35
1. Renforcer les liens et soutenir les acteurs de terrain engagés auprès des personnes habitant des bidonvilles, des squats et des campements illicites.....	36
2. Foyer de travailleurs migrants : une stratégie associant mobilisation communautaire et approches d'aller-vers.....	36
3. Maintenir l'accès aux soins des plus démunis, une préoccupation majeure.....	37
4. Télé-santé des personnes hébergées.....	38
A. Répondre à l'isolement des personnes sans domicile hébergées à l'hôtel.....	38
B. Faciliter la prise en soin des populations hébergées en CAES : Le Cloud solidaire.....	38
5. Expérimenter les autotests avant leur diffusion nationale : un atout pour le renforcement de la stratégie de dépistage.....	39
6. Lutter contre le COVID chez les personnes détenues.....	39
A. La réponse à l'épidémie en vague 1	39
B. Les suites : la vague 2 et la vague 3.....	41
Contribuer à la stratégie de vaccination.....	42
I. Adapter la disponibilité des vaccins pour prendre en compte les inégalités.....	43
II. Des coalitions et des outils pour améliorer l'adhésion.....	43
1. Construire des outils pour mener le débat en direction des franciliens.....	43

Sommaire

2. Des partenariats nouveaux pour toucher des publics éloignés.....	44
A. Inviter à la vaccination via les syndicats.....	44
B. Le partenariat avec les acteurs du logement social.....	44
III. Déployer une coalition d'acteurs dans les territoires.....	45
IV. Porter la vaccination auprès des plus précaires.....	45
1. Auprès des personnes hébergées ou accompagnées.....	45
2. A la rue, en bidonvilles ou habitats informels.....	46
3. En situation de prostitution.....	46
4. En détention.....	46
5. En rétention.....	47
Quelles leçons pour l'avenir ?	48
1. Développer une stratégie de coalitions.....	49
2. Une intervention tournée vers les déterminants de santé élargie et plus structurelle.....	49
3. Développer une logique de santé urbaine transformatrice.....	50
4. Pérenniser et étendre les logiques d'aller-vers.....	51
5. S'adapter aux nouveaux fonctionnements sociaux.....	51
6. Renforcer les articulations avec l'Assurance-Maladie.....	51
7. Repositionner le rôle du système de soins dans la prévention et la promotion de la santé, et surtout dans la réduction des ISS	51
8. Articuler intervention de terrain, appropriation et production de données.....	52

PARTIE 1

Mettre en place des dispositifs de santé publique spécifiques

Les dispositifs spécifiques pour lutter contre l'épidémie

Dès le début de l'épidémie, au-delà de l'adaptation de l'ensemble des actions menées en santé publique, trois dispositifs dédiés à l'épidémie et à la crise ont été montés, venant en appui à la mobilisation générale de l'Agence Régionale de Santé. Ces dispositifs ont été mis en place en collaboration entre la Direction de la Santé Publique, les Délégations Départementales, la sous-direction de lutte contre l'épidémie, et la Direction de l'Offre de Soins.

Un germe de l'action qui va se développer se trouve, fin janvier, dans l'action menée face à un virus alors enregistré comme provenant de Chine. Le Directeur Général souhaite alors mettre en place une double logique en santé communautaire : développer des actions de prévention adaptées (traductions franciliennes de documents de prévention, par exemple), et empêcher toute stigmatisation : c'est ainsi que la première déclaration commune entre l'Agence et des associations représentatives de la communauté chinoise est publiée aux premiers jours de février.

Lorsque l'épidémie prend la dimension qu'on lui connaît, l'action publique restera guidée par ces principes : adapter la prévention, et travailler en alliance avec les personnes et groupes concernés.

- I. **L'accès au dépistage et à la prise en charge des personnes confrontées au COVID, en situation de rue ou résidant au sein des structures d'hébergement précaires**
- II. **Le programme « Covid Stop Ensemble »**
- III. **Mettre en place des réponses nouvelles pour pallier les problèmes de santé mentale**

I. L'accès au dépistage et à la prise en charge des personnes confrontées au COVID, en situation de rue ou résidant au sein des structures d'hébergement précaires

Plus de 50-60% des publics précaires¹ de France métropolitaine résident en Île-de-France. L'épidémie de COVID-19 a mis en exergue la nécessité de mettre en place des dispositifs spécifiques pour répondre à leurs difficultés. Dès février, avec l'augmentation des cas de COVID-19 sur le territoire français, l'ARS se mobilise et affine sa stratégie pour freiner la progression du virus en ciblant les communautés les plus touchées et/ou vulnérables. La réactivité de ces dispositifs aura été permise d'abord par la collaboration entre l'ARS IDF et la Préfecture de Région, la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) ainsi qu'un partenariat renforcé avec divers opérateurs de terrain (collectivités locales, Médecins sans frontière, etc).

Très vite, l'Agence régionale de santé, avec le soutien de la préfecture et des opérateurs de terrain, construit des initiatives en écho aux demandes du terrain. Les deux premiers clusters en structures d'hébergement collectif, en mars 2020, traduisent les effets de l'épidémie sur le secteur de la précarité. **Le premier dispositif a vocation à former et sensibiliser les opérateurs de l'hébergement** (Aurore, Coallia, France Horizon, etc), en établissant un canal privilégié avec eux pour gérer les cas au sein de leur structure d'hébergement collectif. **Des équipes mobiles médicalisées** sont également envoyées dans les centres d'hébergement en cas de suspicion de cas afin d'effectuer des tests PCR et apporter du soutien et des conseils aux équipes sur site. Enfin, il était indispensable d'agir quant à **l'isolement des personnes testées positives ou symptomatiques en attente des résultats de leur PCR dans des centres COVID**. Des médecins de l'ARS et des médecins volontaires assurent la régulation des admissions dans ces centres.

1. Le dispositif de suivi des situations et le soutien aux opérateurs d'hébergement

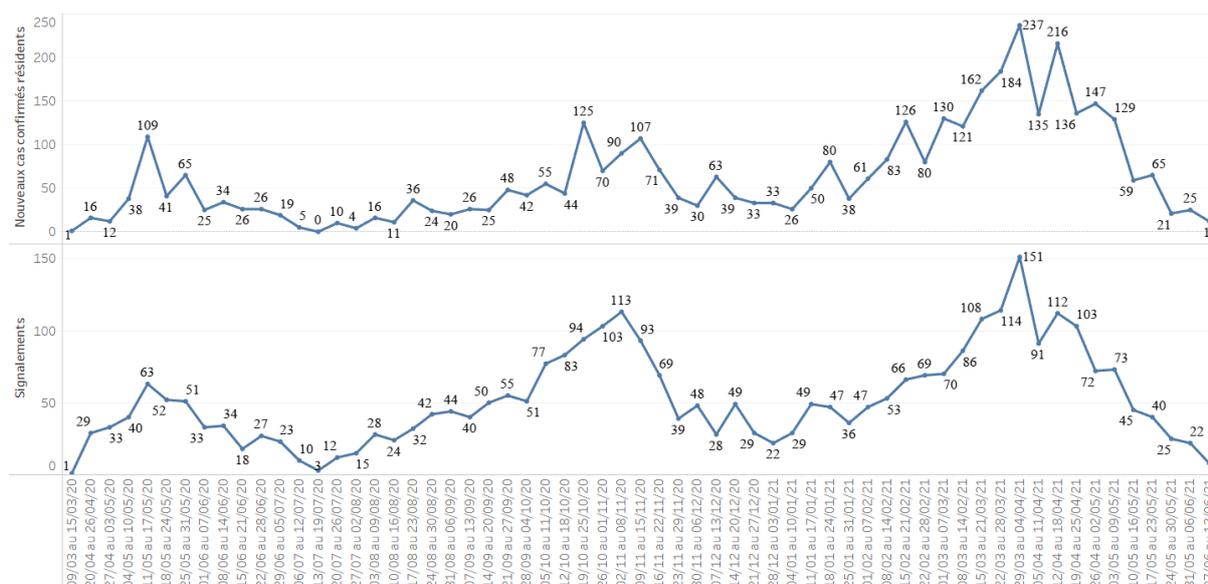
Fin février 2020, craignant une épidémie dramatique en hébergement, puis face à la montée d'une crise, l'Agence s'est inscrite dans une démarche d'accompagnement continu envers les gestionnaires de structures d'ESMS PDS. En particulier, elle s'organise pour venir en appui aux opérateurs de l'hébergement du secteur Accueil-Hébergement-Insertion (AHI), en relation avec la DRIHL, avec pour première mission de contacter les gestionnaires des structures d'hébergement collectif. Par ailleurs, des volontaires internes et externes à l'Agence se mobilisent. Leur rôle est de prendre contact avec les gestionnaires et de leur apporter une réponse et un soutien adaptés pour les cas Covid symptomatiques ou avérés dans leur structure. En s'appuyant sur des directives nationales, ces agents conseillent les gestionnaires sur les mesures à adopter au sein de leur structure. Cette prise de contact directe a pour objectif de rassurer les gestionnaires et de les aider à traverser la crise. La gestion de la crise sanitaire a permis d'entamer un processus de restructuration interne au sein de nombreux ESMS PDS : les structures de soins résidentiels ne possédant pas de plan bleu, la crise sanitaire a conduit ces établissements à rédiger des protocoles dédiés à la gestion de crise. Des Plans de Continuité d'Activité (PCA) ont été élaborés par les structures de manière à réorganiser et à prioriser l'ensemble des activités et actions mises en place au sein des établissements.

¹ Population avec un parcours migratoire, à la rue ou résidant dans des structures d'hébergement collectif, Foyer de Jeunes Travailleurs, aires d'accueil.

L'Agence consolide et met à jour la liste des structures d'hébergement collectif en Île-de-France, les personnes référentes et leurs contacts. Au terme de trois semaines marquées par l'urgence, la DSP parvient à établir sa propre liste de contacts pour cibler les structures d'hébergement collectif et à mettre en place des canaux privilégiés vers les opérateurs de terrain.

En avril 2020, l'ARS et la DRIHL créent la plateforme « Cas Covid Hébergement » développée par le Service Numérique de Santé (SESAN) afin de fluidifier les échanges avec les opérateurs d'hébergement. Grâce à ce système centralisé, les opérateurs signalent les cas confirmés ou symptomatiques et actualisent régulièrement les informations. L'application SESAN permet ainsi un suivi régulier et précis de chaque structure (nombre de cas, hospitalisations, orientations en centres ou décès). Ces cas font l'objet d'un traitement quotidien par l'équipe qui prend contact avec la personne référente pour réaliser un diagnostic de situation (besoin d'intervention d'une équipe mobile, orientation vers les centres « SAS » et Covid...). Cette approche systématique permet de répondre au plus vite aux besoins du terrain. L'ensemble des signalements traités donne lieu à un *reporting* hebdomadaire. Au 17 mai, 185 signalements ont été traités par la cellule avec un pic de 63 signalements au cours de la semaine du dé-confinement.

Evolution hebdomadaire des signalements reçus et traités par la DSP et les cas confirmés au 20/06/2021



En mai 2020, à la fin du premier confinement, les membres de la cellule doivent reprendre leurs missions habituelles, même si le nombre de signalements reste élevé pendant le mois de juin. La cellule demeure néanmoins active au sein de la DSP, le système étant déjà bien construit et les liens avec les opérateurs établis. La période post-confinement acte également le début du contact tracing niveau 3 (CT3), qui s'occupe de l'ensemble des cas de Covid au sein des collectivités telles que les établissements scolaires, les mairies, les EHPAD...

De mi-mai à fin juin, la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) mobilise chaque semaine une équipe afin de venir en appui à la cellule *Covid précarité*, permettant d'alléger la charge de travail de la cellule et de gagner en efficacité. Le dispositif se renforce aussi via la coordination des équipes (signalements, équipes mobiles, régulation). Un point quotidien est mis en place afin de discuter des cas sensibles et décider collectivement des actions à mener. En juillet, le volume de signalements décroît, mais ils repartent à la hausse en août. La fin de l'appui de la BSPP et la nécessité pour chacun de revenir sur ses dossiers habituels imposent

le recrutement d'agents affectés exclusivement à une cellule *Covid précarité*. A ce jour, la cellule *Covid précarité* est toujours active ; elle est composée de six membres à temps plein qui sont épaulés ponctuellement par des médecins et des agents de la DSP.

Ainsi, même si le dispositif de signalements a été mis en place dans l'urgence, il a rapidement été identifié par un grand nombre d'opérateurs d'hébergement et de terrain. Il s'est ensuite consolidé et pérennisé avant d'affronter la deuxième vague à l'automne. Ces évolutions progressives illustrent la flexibilité du dispositif, qui a su constamment s'adapter aux nouvelles demandes externes (gestionnaires, associations, préfecture) et internes (réorganisation au sein de l'ARS et adaptation à de nouveaux dispositifs). La crise a permis un regroupement rapide de moyens humains, et ces expérimentations ont fait émerger de nouveaux outils et une nouvelle organisation qui s'est pérennisée. Grâce à la cohésion entre les différents acteurs, où chacun a su identifier rapidement son rôle, le dispositif a permis de garantir une prise en charge adaptée des publics en situation de rue ou résidant au sein des structures d'hébergement précaires.

2. Aller vers : les équipes mobiles

Dès la semaine du 17 mars, la nécessité de constituer des équipes mobiles apparaît dans le dispositif. Cette démarche d'aller-vers permet de toucher des personnes vulnérables en marge du système de santé dans un contexte où le test PCR est très peu accessible au grand public. Elle répond surtout à des besoins en collectivités telles que les FTM, les CHU ou CHRS, les dispositifs d'asile. L'objectif des équipes mobiles est de procéder à des dépistages collectifs lorsque des personnes positives au Covid, symptomatiques ou cas contact, sont identifiées. Chaque équipe mobile est supervisée par un médecin qui réalise une évaluation clinique des personnes souhaitant se faire dépister. Au mois de mars, 70 bénévoles sont recrutés pour participer aux missions, composés d'un duo médecin/infirmier. Les équipes sont formées aux techniques de prélèvements et aux conditions de conservation des prélèvements. La région Île-de-France met à disposition huit voitures pour les missions. La première équipe mobile ARS est déployée le 26 mars 2020 à Cergy. Un partenariat est conclu avec l'Hôpital Hôtel-Dieu pour analyser ces tests PCR.

Les premières équipes sont confrontées au manque de tests PCR. Ainsi, seuls les résidents présentant des symptômes lourds évocateurs du Covid sont dépistés. Le 20 avril, l'augmentation de l'approvisionnement permet des dépistages plus larges et de tester les personnes contacts.

En parallèle, l'équipe noue des partenariats pour réaliser davantage d'opérations de dépistage. Au-delà des 20-25 prélèvements prévus, la cellule sollicite des renforts au niveau de l'AP-HP pour les interventions à Paris et en petite couronne sur lesquelles un médecin volontaire est déjà identifié. Pour les autres départements, des opérateurs locaux peuvent être sollicités pour des dépistages. L'ARS coordonne tous ces acteurs pour échanger sur les signalements en cours de traitement et pour déployer les actions sur les différents sites.

Pendant le premier confinement, l'ARS recense un total de 3 037 tests réalisés lors de 351 opérations de dépistage.

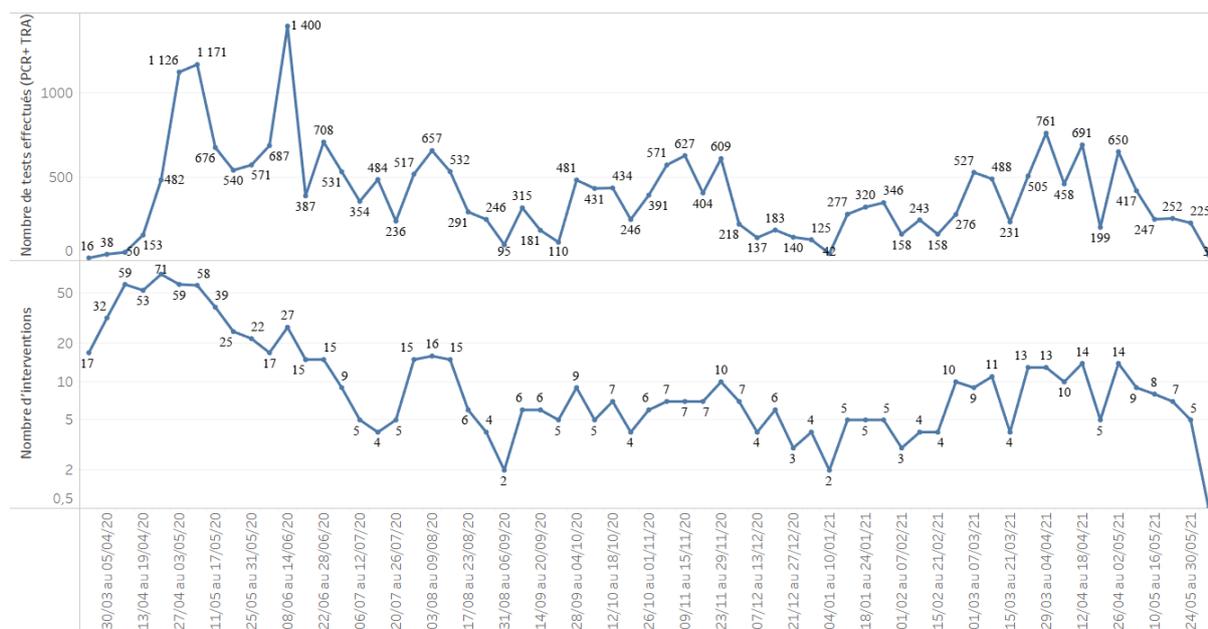
Lorsqu'apparaissent les tests rapides antigéniques (TAG), la question de leur usage dans le cadre des équipes mobiles est posée, d'autant qu'une demande forte des partenaires (DASES de la Ville de Paris, maraudes, Samu social de Paris, mais aussi gestionnaires de structures d'hébergement...) émerge pour en développer l'usage. Plus faciles d'utilisation, ils permettent un résultat direct, sans l'obligation d'une remise de résultat par un médecin. Ainsi, les cas positifs détectés peuvent être isolés rapidement. Cependant, des contraintes fortes sur leur utilisation, fixées par la HAS, conduisent à une montée en charge progressive. La première équipe mobile est déployée le 2 octobre 2020 avec la DASES à Paris. Du fait de l'émergence

de souches variantes du virus SARS-CoV-2 à transmissibilité et/ou virulence possiblement accrues, le test PCR est systématiquement recommandé dans des situations à risque.

La dernière étape de la mise en place du dispositif se situe en mars 2021 : la Cellule Covid *précarité* de l'Agence sollicite des équipes mobiles départementales de Médiateurs de Lutte Anti Covid (MLAC) et régionales de Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (FFSS) pour des missions de médiation et de dépistage dans des structures collectives (écoles, barnum, secteur AHI). Les MLAC ont aussi pour rôle d'assurer la médiation afin de sensibiliser aux gestes barrières et d'encourager les différents publics qu'ils rencontrent au dépistage.

Ainsi, depuis le déploiement des premières équipes mobiles, les équipes de dépistage ont connu plusieurs évolutions. Le dispositif est monté en charge dès le début de l'épidémie, notamment grâce aux différents partenariats établis avec les opérateurs de terrain (associations, laboratoires, gestionnaires). En mai 2021, **ce sont rétrospectivement 869 équipes mobiles qui ont été déployées par l'Agence et ses partenaires, plus de 20 000 tests PCR réalisés permettant d'identifier 1 311 personnes positives, et presque 5 000 tests antigéniques pour 229 tests positifs.**

Evolution hebdomadaire des Équipes Mobiles et des tests (PCR+TRA) effectués par la DSP au 20/06/2021



3. Les centres d'hébergement et de prise en charge COVID+

Dès la possibilité de traitements à domicile, la question est posée d'un traitement « sans domicile ». Par ailleurs, l'expérience montre que de vraies difficultés d'isolement des cas persistent dans les centres d'hébergement. Il est donc décidé, en avance de phase sur le national, de mettre en place des centres d'hébergement « COVID » destinés aux personnes en situation de rue ou en structures d'hébergement collectif permettant l'accueil et l'isolement de ces personnes. Ces centres répondent au besoin d'hébergement de patients ayant des symptômes légers ou atteints de formes simples de la maladie, qui auraient bénéficié d'un isolement à domicile si cela avait été possible ou s'ils disposaient d'un logement. Ils reflètent la volonté commune de l'ARS et de la DRIHL de mettre en place une solution pérenne pour les populations les plus précaires.

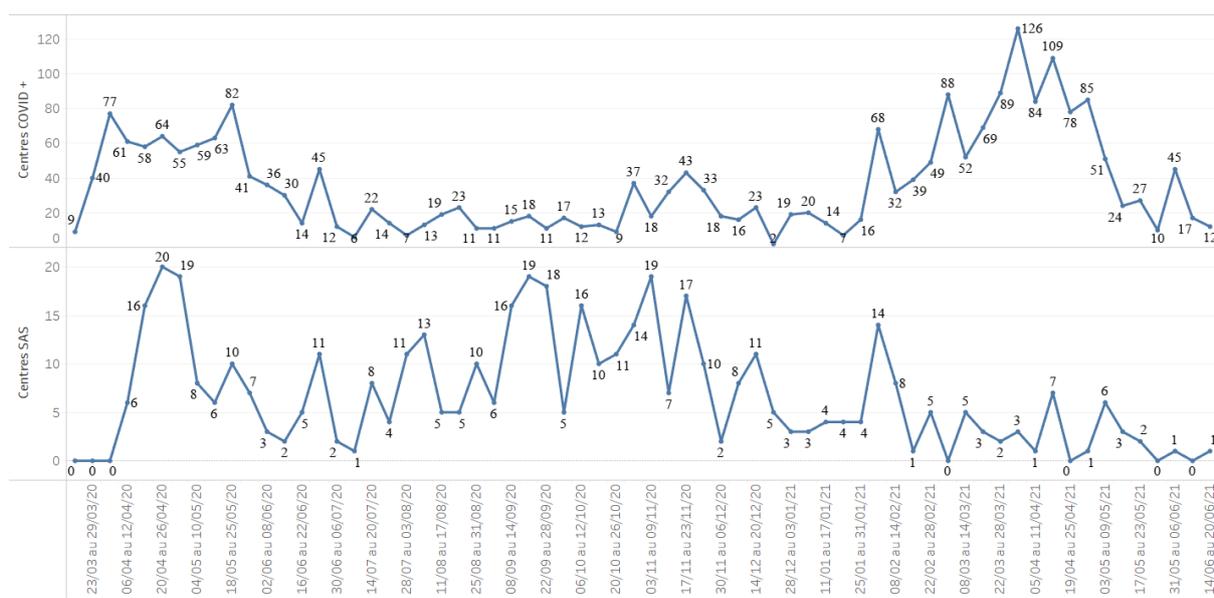
L'Agence et la DRIHL ont mis en place deux types de centre :

- Les centres d'hébergement dits « COVID+ » pour des personnes positives au Covid et dont les conditions de vie ou d'hébergement ne permettent pas l'isolement et/ou la prise en charge et le suivi.
- Les centres d'hébergement dits « SAS COVID » pour les personnes symptomatiques. Les personnes qui présentent des symptômes du Covid font un test avant leur arrivée ou directement dans le centre. Dans les deux cas, elles attendent le résultat de leur test au sein de ces centres d'hébergement. Si le test est positif, les patients sont orientés en centre d'hébergement Covid+; s'il est négatif, ils sont redirigés vers leurs habitations habituelles. Dans le cas de situation de rue, la personne est orientée vers une structure d'hébergement, avec l'appui des SIAO.

La gestion de ces centres d'hébergement est confiée à des associations qui se distinguent en une équipe administrative et une équipe médicale. Face aux évolutions des besoins, le dispositif n'a cessé d'évoluer depuis sa mise en place en mars 2020. Il s'est adapté à l'évolution de la situation épidémique ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les différents acteurs (DRIHL, associations gestionnaires des structures d'hébergement, ...). Le premier centre COVID a ouvert ses portes à Paris le 21 mars 2020. Entre les mois de mars et mai, 11 centres Covid et/ou « SAS » étaient fonctionnels sur le territoire francilien. Cependant, la répartition géographique de ces structures était très hétérogène selon les départements et peu adaptée à la demande. La gestion des centres Covid a donc évolué passant d'un modèle départementalisé à un modèle régionalisé.

Au début de l'année 2021, deux centres Covid de grande capacité restaient ouverts sur le territoire francilien. Cependant, la dégradation de la situation épidémiologique s'est reflétée dès le mois de février sur le nombre de personnes positives au Covid qui nécessitaient d'être accueillies en centre. Le nombre d'admissions hebdomadaires enregistrées entre février et avril 2021 a en effet atteint son plus haut niveau. Ainsi, le dispositif a été mis sous forte tension, un troisième centre régional a donc été ouvert pour répondre à la forte demande. A ce jour, un seul centre COVID est fonctionnel et accueille sur des étages séparés des hommes seuls, des femmes seules et des familles.

Evolution hebdomadaire des admissions en centre SAS et COVID+ au 20/06/2021



Depuis la généralisation des tests rapides antigéniques, les centres SAS sont moins sollicités. Leur capacité d'accueil a été réduite mais demeure fonctionnelle pour faire face à certaines situations de personnes à la rue.

Le dispositif des centres COVID est régulé à ce jour par une cellule composée de médecins et d'un infirmier. Selon la nature de la demande, cette cellule transmet soit un certificat de demande d'orientation en centre SAS, soit un certificat de demande d'orientation en centre COVID+. Ces certificats doivent être remplis par un médecin qui atteste que l'état clinique de la personne à orienter est compatible avec un environnement peu médicalisé. Cette disposition permet de s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication à l'isolement (antécédents médicaux ou médicamenteux, pathologies nécessitant un suivi médical spécifique, état de santé nécessitant une hospitalisation plutôt qu'un isolement, ...).

A ce jour, 2835 personnes ont été admises dans un des centres COVID ou SAS depuis leur mise en place.

II. Le programme « Covid Stop Ensemble »

A la suite de la première vague de l'épidémie de Covid-19, la question du rôle de l'Agence se pose pour accompagner les personnes les plus éloignées du système de santé mais aussi, plus généralement, les personnes moins favorisées, dans une logique de gradient social et plus uniquement de prise en compte de la grande précarité. Dès la fin juillet 2020, l'Agence a ainsi mis en place un premier groupe de travail sur les inégalités sociales et territoriales de santé en lien avec l'épidémie. De ce travail est né le programme « Covid Stop Ensemble ». Mis en place dans l'urgence de la crise, le message de prévention initial s'est centré sur le port du masque mais est ensuite devenu fédérateur, traitant de l'intégralité des gestes barrières pour freiner la propagation du virus, puis de la vaccination.

Début juillet 2021, plus de **3 200 actions avaient été réalisées** par les associations depuis fin août 2020, avec **85 000 personnes sensibilisées et plus de 60 000 masques distribués**.

La philosophie du plan repose sur l'idée de faire porter les messages de prévention et de sensibilisation au plus près des populations, grâce à l'implication des associations. Ce programme n'a cessé d'évoluer au fil des mois pour s'adapter aux besoins du terrain. A travers ce programme, l'Agence est partie d'un constat simple : les associations sont les plus à même d'atteindre les populations les plus éloignées de l'information et des soins. Notre objectif a été de leur donner un cadrage régional, de les soutenir et de leur donner tous les outils nécessaires. L'Agence a choisi de travailler sur une logique ascendante pour que ce programme soit co-construit avec les associations, afin d'épouser les caractéristiques du territoire francilien.

1. La mobilisation des acteurs extérieurs au cœur du dispositif

Au-delà de la veille sanitaire et de la prise en charge médicale, le programme Covid Stop Ensemble a pour ambition de faire de la pédagogie sur la santé en période de Covid. Il a impliqué **59 associations au total** depuis sa création. Mais ce chiffre n'intègre pas les associations ayant contribué ponctuellement, sur tel ou tel volet, ainsi que celles qui portent les actions du programme sans pour autant être répertoriées. Par ailleurs, des dizaines de coordonnateurs des Contrats Locaux de Santé (CLS) vont prendre un rôle décisif dans la mise en œuvre de l'action. Le programme a permis de mettre en relation des acteurs et de réaliser un partage de bonnes pratiques, des échanges d'informations et de monter des projets communs pour atteindre les personnes les plus éloignées du système de santé. Au fil des mois, le réseau d'associations s'est élargi et leur rôle a évolué pour répondre aux besoins des populations.

A. Une logique initiale de capitalisation des partenariats pour mobiliser rapidement et largement sur la crise sanitaire

Pour répondre à l'urgence de la crise, la DSP a pris le parti de capitaliser sur les partenariats déjà existants. Grâce aux relations personnelles ou institutionnelles établies entre les membres de l'équipe projet, les délégations départementales et les acteurs des territoires (CLS, élus, DDCS, délégués du préfet, acteurs prévention précaires, associations...), un certain nombre d'opérateurs ont été rapidement ciblés pour intégrer le programme dès la fin du mois d'août en 2020. La connaissance des directions départementales de l'Agence de leur territoire, du tissu associatif et de ce qui était déjà mis en place a ainsi été un vrai levier pour capter des acteurs. Ainsi, **parmi les 10 premières associations ayant intégré le plan en 2020, 9 étaient déjà financées par l'ARS.**

Cette période a été l'opportunité de faire fructifier certains des partenariats de l'Agence avec notamment le Comité éducation santé de Seine-Saint-Denis (CODES 93) par la mise en place de formations pour valoriser le programme et transmettre les informations. Notre objectif était ainsi d'instaurer une dynamique déjà mise en place par les associations et les collectifs lors du premier confinement pour les intégrer dans un programme, leur donnant ainsi les moyens de s'inscrire dans la durée et à une plus grande échelle. Ces formations constituent un élément majeur de la logique d'empowerment mise en œuvre puisque 1390 personnes ont été formées à ce jour.

Alors que suite à la première vague avait émergé le constat d'une marginalisation des coordonnateurs des Contrats Locaux de Santé (CLS), l'élaboration de ce plan a aussi permis **d'inclure les 74 coordonnateurs CLS** de l'Île-de-France dans cette démarche. Leur rôle s'est clairement affirmé pendant la crise avec une forte mobilisation sur le dépistage, la mise en place et la gestion des centres de vaccination, mais également sur le programme Covid Stop Ensemble. La mobilisation des coordonnateurs des CLS a été un véritable levier dans l'implantation de ce programme à l'échelle locale. Une fois les associations engagées, ils ont pu jouer un rôle de suivi et d'orientation qui a servi de véritable appui au déploiement des actions. A Sarcelles par exemple, le coordonnateur Santé Contrat Local a mis en contact l'APEC avec l'ARS pour que l'association intègre le programme en 2020. Par ailleurs, les coordonnateurs CLS ont très souvent été des ambassadeurs des formations proposées dans le cadre du programme Covid Stop Ensemble auprès des communes ou des structures institutionnelles et associatives.

B. Le basculement à une logique d'élargissement des acteurs au reste de la société civile

Une nouvelle stratégie de déploiement du programme a émergé à partir de mars 2021. Une première campagne d'élargissement a été lancée mi-mars auprès des acteurs de l'éducation populaire (25 associations contactées). Cette nouvelle dynamique s'est renforcée avec la lettre du Directeur général de l'Agence transmise le 31 mars à plus de **1 000 acteurs de la société civile**. Cet envoi a été doublé par une campagne sur les réseaux sociaux, avec environ **200 messages individuels**. Cette lettre, **ouverte 3 600 fois**, a été fortement relayée. Suite à ce message, plusieurs structures ont pris contact avec l'ARS. L'association Du Côté des Femmes (95), la mission locale de Colombes (92) et la mission locale de Sarcelles (95) ont intégré le plan, par exemple. Enfin, l'envoi de ce message a fait passer le nombre d'abonnés de 948 à 1 140 entre le 31 mars et le 7 avril 2021, soit **une augmentation de 20%**. Au-delà du conventionnement de nouveaux acteurs, ce message a permis de faire connaître le plan à des acteurs dont la santé n'est pas le cœur de métier en leur donnant un moyen de s'investir dans la lutte anti-Covid. Sur les nouveaux acteurs conventionnés en 2021, seulement 13% ont pour cœur de métier la santé (majoritairement dans le social et l'insertion). Réussir à mobiliser ces acteurs, c'est implémenter de la prévention et de la promotion de la santé là où elles n'existaient pas ou très peu.

2. L'Agence a mis en œuvre les outils nécessaires aux acteurs de terrain pour faciliter leur action

A. Un allègement des démarches administratives pour les associations

La souplesse de l'engagement au sein du programme Covid Stop Ensemble a été un élément facilitant l'intégration de nombreux acteurs. L'installation dans la durée du programme Covid Stop Ensemble a en effet nécessité une adaptation dans les méthodes utilisées, notamment pour le conventionnement. Le processus administratif d'inscription d'un dossier a été adapté avec la mise en place, dès janvier 2021, d'un formulaire sur « démarche simplifiée » et d'un mode de conventionnement annuel qui permet de fidéliser dans le temps les acteurs impliqués. Les éléments demandés aux associations ont été simplifiés et allégés afin de ne pas freiner l'adhésion.

Par ailleurs, beaucoup d'acteurs non conventionnés par l'Agence ont aussi été des acteurs clés dans la lutte contre l'épidémie. A titre indicatif, sur les 1 250 abonnés à l'infolettre, la majorité des destinataires n'ont pas signé de conventions avec l'ARS mais reçoivent et diffusent l'infolettre de l'Agence. En outre, plusieurs sites internet d'acteurs non conventionnés relaient les informations du programme : la ligue Île-de-France de Basket, le Comité Régional Olympique et Sportif d'Île-de-France, la ville de Drancy, Maillage 93 et Maillage 75, URIOPSS ou encore Val Parisif Santé diffusent des informations via leur site internet, permettant de faire gagner de la visibilité au programme.

B. Adapter les outils en fonction des thématiques : élargir les formations et développer la communication

Face à l'évolution des thématiques abordées par le programme, les outils proposés par l'Agence ont évolué pour aider au mieux les associations à diffuser les différents messages sur le terrain. Dès le lancement du programme, l'Agence a fourni aux associations un kit de communication avec une charte graphique, symbole pour entériner le programme aux yeux des partenaires de l'Agence et des populations cibles.

Pour répondre à la volonté d'élargissement du programme Covid Stop Ensemble, une page dédiée au dispositif Covid Stop Ensemble a été créée sur le site internet de l'Agence. Entre janvier et juin 2021, cette page a été vue plus de **2 240 fois**. Simultanément, l'infolettre de l'Agence a été lancée le 20 octobre 2020 et totalise aujourd'hui **33 numéros publiés**. Le nombre de destinataires est passé d'environ 700 à **plus de 1 250**. La mise en place de cet outil est une manière de répondre au besoin des acteurs de disposer d'une information claire et fiable sur la crise. Sur les 14 associations ayant répondu au questionnaire, **93% lisent toujours ou presque toujours l'infolettre**. Au cours des 7 mois de publication de l'infolettre, 25 associations du programme ont été valorisées dans 28 numéros. La mise en place des web-conférences a également été un moyen de créer un rendez-vous régulier entre les acteurs, de leur transmettre des informations fiables et documentées.

En ce qui concerne les formations, si le CODES 93 n'en proposait qu'une seule en septembre 2020, **6 thématiques de formation** ont été ajoutées, sur divers volets : « *Réguler le stress en période de pandémie* », « *Découvrir des outils pour animer en lien avec la Covid-19 et le déconfinement* », « *Vaccination anti-Covid-19* », suite aux besoins remontés par les associations et aux évolutions des mesures sanitaires. Cela a aussi mené à l'ajout du volet « *Vaccination des personnes en situation d'obésité* » dans le programme Covid Stop Ensemble. Ces formations ont permis de fournir aux acteurs les éléments nécessaires à leur intervention.

Enfin, la mise en place de web-conférences hebdomadaires a permis de créer une dynamique entre les associations, avec la présence de différentes associations sur chaque département : **14 web-conférences ont été organisées** le 29 septembre 2020 et le 8 juin 2021. Concernant les CLS, leur mise en relation a été organisée par une animation régulière, pilotée par la Direction de la Santé Publique, à travers des web-conférences et une plateforme collaborative

Osmose (183 membres). Enfin, ce programme a également pour ambition de mettre en relation des acteurs de milieux institutionnels ou domaines d'intervention différents pour créer une réelle dynamique à l'échelle locale. Les Délégations départementales ont notamment contacté les DDCS pour relayer les appels à projets à des acteurs non connus de l'ARS, en lien notamment avec la grande précarité. Elles ont par ailleurs contacté les délégués du préfet sur le territoire, qui sont également en lien avec les acteurs locaux et peuvent relayer les messages. Les coopératives d'acteurs ont également été mobilisées pour trouver des acteurs ou accompagner certaines structures dans le programme.

3. La mobilisation en interne

Après une mobilisation dans l'urgence de l'Agence pour monter rapidement un programme opérationnel permettant de promouvoir le port du masque et des gestes barrières, de nouvelles problématiques liées à l'installation de la crise dans la durée ont émergé. Ainsi, une nouvelle dynamique s'est enclenchée au sein du programme Covid Stop Ensemble afin d'intégrer les différents aspects de la santé publique **et s'inscrire dans la stratégie globale de lutte contre la Covid-19 mise en place par l'Agence.**

A. Un pilotage qui s'est adapté aux évolutions de la crise

Le sujet des effets de la crise sur la santé mentale a vite émergé à l'échelle nationale et à travers les remontées des associations. Ainsi, un référent santé mentale a été intégré dans l'équipe de pilotage du programme. La santé mentale inclut une dimension de réduction des inégalités du fait que les territoires populaires, lieu d'intervention des associations, concentrent également les publics les plus éloignés de l'offre de soins et les plus difficiles à toucher avec les moyens de l'Agence.

Le programme Covid Stop Ensemble s'est inscrit de manière plus globale dans la stratégie de l'Agence. En effet, le programme a aussi été un outil important dans la stratégie de dépistage. Le travail autour d'une cartographie des communes en sur-incidence, mise en place par la sous-direction de l'épidémie, en est la preuve. En effet, la DSP a mis à disposition des Médiateurs de lutte anti-Covid (MLAC) des outils de Covid Stop Ensemble pour leurs actions dans les parties du territoire où les indicateurs épidémiologiques étaient les plus dégradés. Des actions conjointes entre les MLAC et les associations du programme ont été conduites. La Fondation Léonie Chaptal, qui a intégré le programme Covid Stop Ensemble en 2020, porte d'ailleurs elle-même une équipe de MLAC dans le Val-d'Oise. Enfin, certaines associations comme EPDH sont des partenaires dans l'expérimentation d'autotests dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et mettent à disposition leur savoir-faire, leur connaissance du terrain et la confiance bâtie avec les populations pour la réussite de cette expérimentation. En élargissant le champ d'action des associations, l'objectif est bien de mettre de la santé publique dans toutes les interventions, puisque chacune de ces opérations ne peut se penser indépendamment d'une politique globale de lutte contre l'épidémie.

La mise en place de la vaccination, fin décembre 2020, a été un autre volet qui est venu se greffer au programme. Cette thématique est abordée dès la web-conférence du 15 décembre et fait l'objet de multiples interventions à partir de cette date. De la même façon que pour la santé mentale, nous avons intégré un référent vaccination dans le comité de pilotage pour aider les associations à accompagner les populations les plus éloignées du système de santé vers la vaccination, en combattant notamment les fausses informations. Par ailleurs, la question de la vaccination des publics en situation d'obésité a également fait l'objet d'une adaptation du programme Covid Stop Ensemble avec l'élaboration d'un plan d'action qui a permis de **former 22 personnes** au 16 juin 2021.

B. L'évolution de la place de la santé publique au sein de l'Agence à travers le programme

Le programme Covid Stop Ensemble n'a connu de réussite que dans la mesure où l'Agence est apparue non pas comme uniquement régulatrice ou administrante, mais bien comme un acteur de santé publique au sein d'autres acteurs. Cette évolution permet d'avoir une vision plus globale, plus générale des actions dans les départements. Ainsi, cette crise a mis en exergue la nécessité de développer des dispositifs dans le champ de la santé publique. La mobilisation au sein de l'Agence et le déploiement du programme Covid Stop Ensemble ont permis de poser les jalons d'une culture commune en termes de santé publique, alors même que les acteurs impliqués viennent d'horizons différents.

Conclusion

Les acteurs impliqués, les objectifs du plan et les modalités d'action du programme ont dû s'adapter en permanence pour réagir aux évolutions réglementaires et aux changements de situation épidémiologique : ce programme se définit ainsi par sa forte résilience. Si les deux problématiques principales à l'origine de ce programme subsistent aujourd'hui, l'évolution de la situation sanitaire et les dynamiques enclenchées par le programme Covid Stop Ensemble ont fait émerger de nouveaux enjeux, notamment celui de mettre de la santé publique partout, et aussi là où elle n'est pas attendue. Il donne une occasion à l'Agence de toucher largement, sur le long terme, des acteurs qui ne sont pas forcément ses partenaires habituels et de diffuser ainsi une culture de la prévention, de la promotion de la santé. Cette opportunité pose également un second enjeu : celui de créer une nouvelle façon de faire de la santé publique, reposant sur un dynamisme territorial en matière d'action publique, pour créer directement une santé publique qui fonctionne en réseau.

La question de l'évaluation de l'impact des actions du programme Covid Stop Ensemble sur la circulation du virus demeure complexe. En effet, la diversité des facteurs qui influencent les données épidémiologiques ne permet pas d'avoir une vision claire et chiffrée des évolutions de ces données sur les territoires populaires. En l'absence de véritable contrefactuel, il est uniquement possible de supposer que le programme aura eu un impact sur la stabilisation de la circulation du virus et le retour à des taux de contamination faibles, au vu du nombre d'interventions effectuées (plus de 3 200 actions) et du nombre de personnes sensibilisées (plus de 85 000 personnes). Néanmoins, les retours des acteurs interrogés et les dynamiques à l'œuvre au sein du programme démontrent qu'un autre objectif a bel et bien été rempli : celui de mobiliser tout un réseau d'acteurs de terrain, qui interviennent dans des territoires où les populations sont plus éloignées de l'information et du soin, autour de thèmes centraux de la santé publique. Plus encore, celui de créer une culture commune, un référentiel commun entre différents acteurs du territoire qui interviennent en relation directe avec la population. C'est sur ce réseau, cette alliance qu'il est essentiel de capitaliser pour ne pas rater l'opportunité de faire de la santé publique d'une autre manière, à une plus large échelle et toujours dans un objectif de réduction des inégalités.

III. Mettre en place des réponses nouvelles pour pallier les problèmes de santé mentale

La crise sanitaire a entraîné des conséquences économiques et psychosociales lourdes sur l'ensemble de la population francilienne. Pour une majorité de personnes, les réactions émotionnelles et comportementales permettent de s'adapter à cet état de stress extraordinaire. Pour une minorité, cet état peut engendrer une détresse psychologique voire des troubles psychiatriques avérés.

Des experts au niveau national et international ont très tôt alerté sur le risque d'augmentation des souffrances ou troubles psychiques (dépression, troubles anxieux, phobie scolaire, idées suicidaires...), chez les personnes ayant des antécédents psychiatriques ou non. Même s'il est encore difficile d'avoir une vision quantitative de ce phénomène diffus, l'ARS a travaillé tout au long de la crise sur un plan d'action avec les acteurs de la santé mentale.

Pour faire face à la montée du nombre de personnes atteintes de troubles de santé mentale, et dans le cadre de la mise en place de son Programme régional de santé 2018-2022 et de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie, l'Agence intègre les conséquences lourdes de la crise dans le déploiement progressif de l'ensemble des actions d'aide à la santé mentale. Ainsi, plus de 4 millions d'euros ont été consacrés au renforcement des actions de prévention et de soins en lien direct avec la crise sanitaire.

1. Renforcement rapide de la stratégie multimodale de prévention du suicide

Les actions d'aide à la santé mentale s'intègrent dans les travaux engagés à la fois dans les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) et dans les autres outils au service de la politique de santé mentale au niveau local (Conseils locaux de santé mentale ou Contrats Locaux de Santé). Des recommandations spécifiques pour les activités de prévention en santé mentale et de prise en charge en psychiatrie ont été rédigées dès le début de la crise², puis régulièrement adaptées en fonction de l'évolution de la situation et des recommandations nationales. Ces recommandations ont notamment été enrichies de réflexions sur l'équilibre entre sécurité sanitaire et respect des droits des patients.

A. Déploiement du programme Premiers secours en santé mentale (PSSM)

Le programme Premiers secours en santé mentale (PSSM) a pour objectif de former la population générale à être en mesure de repérer certains troubles, d'intervenir avec aisance et de façon proactive devant toute situation nécessitant des secours en santé mentale. Cette formation permet une meilleure connaissance de la santé mentale, des troubles psychiques, et indique la conduite à tenir en cas de problème ou de crise.

L'Agence a financé ce programme en Seine-Saint-Denis et dans les Yvelines pour toucher les populations les plus vulnérables. Le programme sera étendu dans le Val-de-Marne et dans le Val-d'Oise très prochainement. Les discussions sont en cours pour implémenter ce programme aussi en Essonne et en Seine-et-Marne.

Pour les universités plus particulièrement, une expérimentation nationale a été portée par la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle. En lien avec les services de santé universitaires de Sorbonne-Université et de Paris-Est Créteil (UPEC), l'objectif stratégique est de repérer chez les étudiants les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement, sur le modèle des « gestes qui sauvent ». Ce dispositif sera étendu en 2021 dans le Val-d'Oise à Cergy Université et en Seine-et-Marne à Gustave Eiffel.

B. Renforcement des formations

Depuis 2019, l'Agence a déployé un dispositif de formations à travers des séances de modules « *Évaluation-Orientation* » et « *Intervention de crise suicidaire* » pour des cliniciens. Un coup d'accélérateur a été donné sur la formation « Sentinelle » à destination des non-cliniciens en mai et juin 2021. A terme, les acteurs de première ligne (cliniciens et sentinelles) ayant participé à la formation constitueront un maillage sur l'ensemble de la région pour une réponse articulée allant du repérage à l'évaluation/orientation et à la prise en charge adaptée.

² 1) Mise en œuvre des actions de prévention en santé mentale ; 2) Prise en charge des patients en psychiatrie ; 3) Personnes sans domicile fixe touchées par une maladie psychiatrique et COVID ; 4) Actions en faveur de la santé mentale ; 5) Déconfinement en psychiatrie

C. Accélérer le plan Vigilans

L'Agence a également mis en place le programme Vigilans dont l'objectif est de prendre contact avec toutes les personnes qui ont fait un séjour hospitalier suite à une tentative de suicide. Ce plan est en cours de régionalisation, il est opérationnel dans les Yvelines (CH Plaisir), le Val-de-Marne (Bicêtre et Henri Mondor) et à Paris (GHU PNS). En mai dernier, les patients des Hauts-de-Seine ont été inclus dans le programme du Val-de-Marne ; la mutualisation des programmes de l'Essonne et de la Seine-et-Marne d'une part, et des Yvelines et du Val-d'Oise d'autre part, est en cours. En plus, afin d'objectiver les évolutions du nombre de tentatives de suicide aux SAU, la CIRE de l'Agence apporte son soutien aux pilotes du programme Vigilans.

D. Mise en place de groupe de travail avec des services publics

L'Agence a initié un travail en lien avec Île-de-France mobilités, la RATP et la SNCF, sur la prévention du suicide dans les transports en commun. Le numéro unique national de prévention du suicide a été affiché dans les gares et les stations de métro pour faire connaître ce numéro aux personnes en situation de détresse.

E. Mobilisation des Conseils Locaux de Santé Mentale, des Contrats Locaux de Santé et des groupes de travail PTSM

Le retour d'expériences de la première vague a mis en lumière des actions locales comme le réseau lanceur d'alerte de Rosny-sous-Bois. C'est pourquoi, dans le cadre de la seconde vague, une animation des Contrats Locaux de Santé et des Conseils Locaux de Santé Mentale a été mise en place par l'Agence. Une visioconférence bimensuelle est organisée avec les coordonnateurs pour les soutenir dans leur action de terrain, et des formations à la prévention ont été organisées avec le CODES. Enfin, un espace collaboratif, Osmose, a été mis en place pour permettre le partage d'outils, de ressources et d'expériences inspiratrices.

2. Mise en place de plateformes de soutien psychologique téléphoniques ou en ligne

A. Des plateformes d'écoute pour la population générale

L'ARS Île-de-France a créé, en avril de l'année dernière, la plateforme d'écoute régionale « Psy IdF » en partenariat avec le GHU Paris Neurosciences. Il s'agit d'un numéro gratuit accueillant les appels d'un public très large, qu'il s'agisse d'usagers sans antécédents psychiatriques, de patients, de familles et d'aidants. Des infirmiers spécialisés en psychiatrie reçoivent les appels en première ligne et, selon les besoins, un psychologue assure en deuxième ligne jusqu'à trois consultations téléphoniques. Initialement destinée aux familles, aidants ou proches de personnes touchées par une maladie psychiatrique, cette plateforme a été pérennisée par l'Agence comme une modalité d'accès aux soins en santé mentale avec deux axes d'intervention : l'un pour une écoute, un soutien psychologique et, le cas échéant, une orientation vers les soins pour les personnes présentant des signes de détresse psychologique; l'autre pour un appui aux professionnels, cliniciens et non-cliniciens. En mai dernier, Psy IDF a répondu à 175 appelants dont une centaine a été prise en charge. Dans la majorité des cas, la plainte est de nature anxieuse et pour près de la moitié à caractère dépressif. Dans un tiers des situations, le lien avec le Covid est fait explicitement. Les données montrent que 50% des personnes qui appellent n'ont pas d'antécédents psychiatriques.

L'Agence a également apporté son soutien à des plateformes déjà mises en place par SOS Amitié Île-de-France, notamment pour le recrutement et la formation de 120 écoutants supplémentaires en 2020 et 2021, et à La Porte Ouverte, pour la mise en place d'un nouveau site sur le campus Condorcet.

Elle a aussi renforcé les plateformes portées par le Centre régional de psychotraumatisme Paris Nord et Paris Centre et Sud (CRPPN). Ces plateformes permettent de faire des

consultations avec des psychologues et des psychiatres pour toute situation de traumatisme et notamment pour les familles endeuillées par l'épidémie.

B. Des dispositifs renforcés pour les étudiants

Certains groupes de population sont particulièrement prédisposés à des troubles de santé mentale. Les étudiants notamment peuvent être confrontés à des incertitudes à propos de leur scolarité, à de l'isolement social et à de la précarisation. Des études récentes montrent en effet que plus d'étudiants ont souffert de problématiques d'anxiété et de stress sévères pendant l'épidémie, voire de pathologies dépressives. Par ailleurs, il y a chez les personnes touchées par des maladies psychiatriques des rechutes dans des situations plus difficiles, et cette période a été pour beaucoup révélateur d'un mal-être. Enfin, les enfants et adolescents présentent plus de troubles du comportement, de l'anxiété, des troubles de la conduite alimentaire et des troubles du sommeil. L'agence a donc financé des dispositifs spécifiques dédiés aux adolescents et aux étudiants dans tous les départements franciliens.

Chacune des Maisons des adolescents (MDA) franciliennes a notamment été renforcée d'un psychologue supplémentaire afin d'élargir les capacités d'accueil, la prise en charge de courte durée et, le cas échéant, l'orientation efficace vers les soins des jeunes concernés.

En lien avec le rectorat de la région, l'Agence a travaillé pour promouvoir l'offre et créer des synergies avec d'autres mesures mises en place au niveau national telle que la mesure *chèque-psy*. Des permanences d'écoute psychologique de l'association APASO (téléphoniques et présentesielles) et Nightline ont été mises en place pour les étudiants avec des psychologues et des moyens techniques de prise en charge à distance. L'Espace Santé Jeunes de la Ville de Nanterre a aussi mis en place un accompagnement pour les 12-25 ans en proposant du temps supplémentaire avec un psychologue. Pour les étudiants de Sorbonne-Université et Panthéon-Assas, l'offre psychologique pour les étudiants a également été renforcée.

C. Un soutien psychologique pour les professionnels de santé

Les professionnels de santé ont été particulièrement impactés par la violence de la crise. Ainsi, très tôt, l'Agence a encouragé les associations à mettre en place un soutien psychologique pour prévenir l'apparition de troubles de santé mentale.

Ainsi, **pour tous les professionnels de la santé** libéraux ou salariés, l'association Soutien aux Professionnels de Santé (SPS) a mis en place une écoute téléphonique, gratuite, anonyme et confidentielle par des psychologues et une réorientation systématique vers des (télé)consultations.

Le CRPPS a aussi permis de mettre en place des solutions **pour tous les acteurs de la santé franciliens** à travers des entretiens téléphoniques, des téléconsultations et consultations présentesielles réalisés par des psychologues et psychiatres. Ce dispositif donnait la possibilité de consulter en présentesiel et en urgence H24.

Enfin, l'Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris a mis en œuvre un système d'écoute et de soutien téléphonique et de consultations en présentesiel par des psychanalystes des quatre centres du Pôle Psychanalytique de l'Association de Santé Mentale.

3. Soutien aux établissements pour la prise en charge des patients

A. Assurer un suivi de l'offre de soins en psychiatrie

Dès le mois de mai 2020, l'Agence a lancé une enquête afin d'avoir une vision régionale du fonctionnement du système de soins en psychiatrie et de repérer les tensions capacitaires dans tous les établissements franciliens. Cette surveillance a permis de pouvoir prendre des mesures d'urgence et de mutualiser les ressources de la région. Ainsi, l'Agence a ouvert des

unités Covid-19 + dans trois hôpitaux franciliens. Dans la période où le niveau de tension sur les lits d'hospitalisation complète était au plus haut, une cellule de régulation régionale a été mise en place pour assister les établissements saturés dans leur recherche de lits dans les autres établissements. Cette cellule peut être réactivée selon les besoins. Pendant 18 mois, le secteur public et le secteur privé ont été extrêmement mobilisés pour pouvoir accueillir des patients en attente de place dans leur secteur d'origine.

L'Agence a également augmenté les capacités d'accueil de l'offre en hospitalisation complète post-urgence. Les départements les plus touchés par les tensions capacitaires à l'échelle francilienne ont été le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis. Ainsi, deux unités ont été ouvertes dans des établissements privés de ces départements.

Tout au long de la crise, l'Agence a suivi l'évolution des données quantitatives et qualitatives relatives aux soins psychiatriques de très près, ce qui donnait lieu à un bilan hebdomadaire.

B. Renforcement de l'offre médicale pour les enfants et les adolescents

Au titre du FIR COVID, plus de deux millions d'euros ont été dédiés à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie pour répondre à la forte demande de soins d'enfants ou d'adolescents en souffrance psychique.

Le renforcement des dispositifs de pédopsychiatrie s'est articulé autour de deux axes.

En premier lieu, les ressources ont été mutualisées : les équipes de pédiatrie ont pris en charge des enfants et des adolescents en souffrance psychique dans les lits de pédiatrie.

Simultanément, des capacités supplémentaires ont été déployées pour prendre en charge plus de mineurs et jeunes adultes en structure ambulatoire. Le déploiement de la mesure 31 du Ségur de la Santé a permis de débloquer des fonds pour renforcer l'offre de psychothérapie dans les Centres médico-psychologiques adultes et infanto-juvéniles. Ainsi, 36 psychologues ont pu être recrutés grâce à ce financement dans la région. La répartition entre départements de ces professionnels repose notamment sur la densité de l'offre en psychiatrie existante et la proportion de personnes de moins de 25 ans.

A Paris, l'hôpital Necker et le GHU PPN ont ouvert de manière anticipée des unités dédiées de pédopsychiatrie. La Fondation Santé des Etudiants de France a également renforcé son offre non sectorisée pour la prise en charge de courte durée des adolescents et étudiants.

PARTIE 2

Avancer dans les champs de la santé publique pendant la crise Covid

- I. Assurer la continuité de la santé publique sur le territoire francilien et la pérennité des acteurs**
- II. Adapter en urgence les outils spécifiques en santé environnementale**
- III. Maintenir l'accès à la prévention et aux soins**
- IV. Maintenir l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus exclues**

I. Assurer la continuité de la santé publique sur le territoire francilien et la pérennité des acteurs

Le maintien de l'allocation des moyens financiers durant la crise sanitaire de 2020 a été un enjeu important afin de donner aux acteurs de terrain les moyens de réagir efficacement.

1. Une adaptation par l'anticipation

Dès le début de la crise, le Service Allocations de Ressources a communiqué auprès des collaborateurs de la DSP. En effet, la DGFIP ayant pris des mesures exceptionnelles en suspendant les dépenses, à l'exception de certaines dépenses dites « essentielles » ou « urgentes », il était nécessaire dès le départ de prévoir la sortie de confinement en anticipant une mise en œuvre budgétaire décalée. C'est ainsi qu'une enquête a été mise au point et envoyée à l'ensemble des partenaires financés pour obtenir une cartographie en temps réel de l'activité de prévention sur le territoire avec les adaptations réalisées au regard des contraintes sanitaires (continuité, adaptation, réorientation des actions, arrêt, autre), évaluer les surcoûts auxquels les opérateurs peuvent être confrontés, lister ceux ayant eu recours au chômage partiel, cibler les structures fragiles financièrement.

L'instruction des demandes de financements en 2020 a par ailleurs été maintenue durant la période de confinement mais aussi post-confinement en lien étroit avec le retour des enquêtes. Cependant, les retours ont été partiels voire tardifs au regard de l'instruction.

Le 6 mai 2020 est parue la Circulaire du Premier Ministre relative à l'exécution des subventions publiques attribuées aux associations. Celle-ci a donné lieu à une seconde note interne à la DSP permettant la mise en application de la Circulaire. L'objectif majeur de celle-ci a été la simplification du processus d'allocations de ressources aux associations dans un contexte compliqué, notamment par le versement des soldes sans attendre la réception des bilans d'activité.

2. Des renforts financiers dédiés au Covid

La Direction de la Santé Publique a mis en place un plan d'action spécifique pour répondre à la crise sur diverses thématiques de santé dont la prévention chez les personnes les plus précaires, l'accès à l'IVG et d'autres encore qui seront spécifiquement décrites par ailleurs. Pour rendre ce plan d'action concret, un budget a été élaboré en sus de la programmation FIR habituelle, appelé « budget Covid ».

Concernant les associations, nous avons soumis la possibilité de compenser leurs surcoûts liés à la crise sanitaire. La liste éligible en 2020 est la suivante :

- Les frais liés à la mise en œuvre du télétravail (achat de matériel informatique)
- Les frais relatifs au nettoyage
- Les frais relatifs au matériel d'hygiène

Cela avec des critères de remboursement très précis, permettant une égalité de traitement entre les partenaires.

L'autre thématique ayant fait l'objet de discussions internes sur le plan de la construction budgétaire concerne les Centres d'hébergement pour Covid+. En effet, le premier modèle de financement réalisé s'est avéré très vite non adapté en raison d'une complexité de mise en œuvre mais aussi d'un surcoût évident. C'est ainsi que nous avons finalement opté pour l'envoi d'une matrice en demandant aux structures de remplir les charges relatives au fonctionnement de ces structures au réel. Les charges au réel se sont avérées finalement moins coûteuses que celles du forfait, nous permettant d'atteindre un budget total de 1 110 970€.

Enfin le troisième focus porte sur l'opération Covid Stop Ensemble dont le budget total s'élève à 315 500€. L'initiative a été lancée à la fin de l'été 2020 par la DSP pour se poursuivre en 2021, et a nécessité une réactivité à la fois contractuelle et financière avec les partenaires qui ont répondu présent pour mettre en œuvre cette initiative.

3. La programmation financière maintenue

La feuille de route budgétaire des 18 derniers mois était à la fois stratégique et complexe. En effet, au-delà de la simple écriture comptable, il fallait rassurer les partenaires sur le plan financier, mettre en œuvre les mesures gouvernementales et appliquer la stratégie initiée par la DSP début 2020, à savoir l'autonomisation financière des Délégations Départementales.

Parmi les mesures gouvernementales majeures, celle relative aux renforcements des moyens en Seine-Saint-Denis était un engagement fort de l'Agence. L'engagement financier portait sur 5M€, mais la mise en œuvre n'a pu se faire qu'à hauteur de 2,3M€ et s'explique par les difficultés de la crise, obligeant certains opérateurs à mener des actions de prévention Covid plutôt que des actions d'interventions habituelles. L'objectif d'atteindre les 5M€ se poursuit en 2021, en étroite collaboration avec la Délégation Départementale du 93.

Le maintien du lien avec les partenaires s'est fait aussi avec les établissements de santé et réseaux de santé de périnatalité, via une note de cadrage des financements en douzièmes.

Enfin, le calendrier fixé avant la crise sanitaire des dialogues de gestion a été maintenu dans son intégralité, avec l'adaptabilité que l'on connaît pour maintenir les mesures barrières.

Pour conclure, la Direction de la Santé Publique, depuis 18 mois, met tout en œuvre par l'intermédiaire de son service budgétaire pour assurer 100% des engagements financiers et permettre ainsi la continuité de la prévention sur la région Île-de-France. Cet engagement est d'autant plus important que le budget de la santé publique a vu son périmètre élargi et ses ressources augmenter de manière croissante ces dernières années. La crise sanitaire a permis, quant à elle, d'identifier trois atouts fondamentaux :

- Une capacité d'anticipation des contraintes à venir
- Une véritable adaptation et réactivité dans un contexte inédit
- L'importance de faire du volet budgétaire une mission prioritaire et transverse dans le pilotage de la santé publique

II. Adapter en urgence les outils spécifiques en santé environnementale

Au-delà des effets sanitaires, sociaux et économiques, la crise a aussi conduit à des mobilisations spécifiques en santé environnementale. On abordera la question de l'intervention en habitat insalubre, mais 4 approches spécifiques ont dû être mobilisées.

1. Adapter la lutte contre l'habitat indigne

Le confinement était clairement une situation très difficile pour les personnes en habitat dégradé, insalubre, victimes à la fois des conséquences d'une épidémie les touchant plus violemment, et d'un confinement très difficile à supporter. L'objectif de l'ARS était double : convaincre les personnes concernées de la nécessité de signaler un habitat insalubre, et assurer aux agents réalisant les enquêtes à domicile des conditions sécurisées pour mener leurs interventions.

Dans les semaines qui ont suivi les premiers cas de Covid détectés, l'activité liée aux problématiques de l'habitat indigne et du saturnisme a significativement baissé, et il a fallu se réorganiser pour maintenir les enquêtes à domicile en rédigeant une procédure pour encadrer ces interventions. Grâce à la mobilisation de tous, 80 % de l'activité a pu être maintenue pour un nombre de signalements du même ordre que l'année précédente. Même si certaines visites n'ont pas pu avoir lieu, nous avons réussi à honorer la très grande majorité d'entre elles.

Ce maintien, contre toutes les difficultés, d'un service public au plus près des plus précaires a été l'un des grands combats de l'Agence durant le confinement.

Par ailleurs, l'Agence a souhaité prendre en compte le vécu du confinement, qui a probablement perduré au-delà de sa fin officielle, chez les familles, et lutter contre les effets de celui-ci, notamment en termes de renoncements aux soins pour les enfants.

Nous avons donc produit un guide d'accompagnement des personnes, dont les agents de la DSP étaient les ambassadeurs privilégiés. Ce guide – seul produit en la période – a probablement permis de remettre à l'agenda la question du vécu des personnes en habitat dégradé. Son appropriation directe par les familles s'est cependant trouvée limitée, en raison de réticences face à un discours omniprésent sur les gestes barrières.

2. Les mesures d'hygiène adaptées à la situation épidémique

Nous avons été sollicités fortement par les collectivités locales sur les différentes mesures d'hygiène à adapter ou à renforcer dans les espaces publics comme pour le nettoyage de la voirie, l'usage des souffleuses à feuilles, la désinfection du mobilier urbain ou encore l'usage de la climatisation... En s'appuyant sur les connaissances parcellaires du comportement du virus, les publications du Haut conseil de la santé publique, et les mesures d'hygiène adoptées en milieu médical, nous leur avons proposé des solutions pragmatiques en s'adaptant aux réalités de terrain pour maintenir les mesures d'hygiène adaptées au risque d'exposition des professionnels et des usagers. L'Agence a ainsi eu un rôle de référent dans l'application des gestes barrières dans une période où la connaissance scientifique du virus était réduite.

3. La gestion des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

Le flux de patients entrants très soutenu dans les services hospitaliers a eu pour effet une augmentation de la production de DASRI (*Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux*) sur l'ensemble du territoire francilien. On estime en effet à partir de données partielles obtenues auprès de certains collecteurs, que pendant la première vague la production de ces déchets a été augmentée de 60 % en poids et 84 % en volume. Le volume de DASRI a embolisé les installations de traitement. Afin de pouvoir aider les établissements de santé à faire face à cet afflux de déchets, l'Agence a engagé un travail tout au long de la chaîne : de la production au tri jusqu'à leur élimination.

L'Agence régionale de santé a animé le travail régional et contribué au travail national, et n'a cessé d'être en contact avec la DRIEAT, l'APHP et le collecteur Proserve. Malgré un nombre limité de capacités humaines et de camions, il faut souligner la réactivité et l'adaptabilité dont tous les acteurs ont fait preuve, en mettant la chaîne de travail à flux tendu, coordonnant les arrêts des incinérateurs en trouvant des sites de stockage intermédiaire, et envoyant ces déchets vers d'autres régions.

Cet engagement collectif a permis de réguler le flux de DASRI et d'éviter l'engorgement et le blocage de la filière. En cas de future crise, nous pourrions mettre en place rapidement les solutions qui ont été mises en œuvre, mais aussi les autres solutions qui ont été envisagées, telles que la possibilité de stocker les déchets plus longtemps, le compactage ou le tri à la source. Pour pérenniser les dispositifs mis en place lors de la crise, l'ARS va engager un travail avec les exploitants, la DRIEE et la Région dans l'objectif de rédiger un plan de continuité de collecte et d'élimination des DASRI selon une feuille de route.

4. Les Eaux Usées

Nous avons voulu appréhender les données environnementales comme moyen d'anticiper les reprises épidémiques. Ainsi, l'Agence a apporté un appui aux chercheurs en se positionnant comme relai auprès des instances nationales et locales. Les données dites Obépine ont été mises en ligne à échéance régulière par le national tout au long de la crise. Ces indicateurs se sont révélés comme un moyen efficace de suivre l'évolution de l'épidémie dans les eaux usées. C'est une démarche qui est amenée à se pérenniser au-delà de l'épidémie de COVID.

III. Maintenir l'accès à la prévention et aux soins

Dès le début de la crise, mais surtout lors et au décours du premier confinement, la question du maintien d'un accès aux soins pour les Franciliens fragiles et pour des domaines spécifiques de la santé publique a été posée. Plusieurs exemples de réponses sont donnés ici.

1. Maintenir l'activité de l'Intervention Volontaire de Grossesse (IVG)

Tout au long de la crise, l'Agence a cherché à garantir l'accès à l'IVG pour faire écho aux témoignages des difficultés de femmes confrontées aux restrictions de déplacement et la réorganisation des soins. L'objectif était double : éviter le dépassement des délais réglementaires et prévenir les situations de détresse psychosociale.

Dès le mois de mars 2020, les établissements de santé reçoivent les premières instructions relatives à la déprogrammation des interventions chirurgicales. Certaines activités sont maintenues ; l'accès à l'Intervention Volontaire de Grossesse est en particulier préservé. Cependant, en l'absence de protections individuelles (masques, surblouses...), certains professionnels de ville ont commencé à fermer leurs cabinets, à l'instar des sages-femmes, et à ne plus répondre aux demandes de consultations. Simultanément, de nombreuses usagères ont commencé à restreindre leurs déplacements, peut-être par crainte d'être contaminées ou par respect de l'activité des professionnels sur l'urgence sanitaire. L'inquiétude des professionnels portait notamment sur la situation des jeunes filles mineures confinées chez leurs parents, ayant besoin d'une attestation de déplacement signée de l'un des parents pour se rendre en consultation. Le Mouvement Français pour le Planning Familial alertait quant à lui sur un doublement des appels pour dépassement du délai légal au cours des premières semaines du confinement³.

Dans ce contexte, l'Agence a élaboré plusieurs doctrines pour les établissements de santé, aux réseaux de santé en périnatalité, aux services départementaux de PMI, aux associations concernées (notamment MFPPF), et aux URPS (médecins et sages-femmes). L'objectif était de faciliter l'accessibilité à la consultation en ville, de rappeler la conduite à tenir pour une femme atteinte du Covid et de mettre à disposition tous les contacts utiles. Une autre doctrine visait à diffuser des préconisations pour l'organisation et la continuité des services de Protection Maternelle et Infantile et d'éducation et de planification familiale (PMI-CPEF) aux gestionnaires des centres.

Devant le constat de la fermeture de nombreux centres de planification familiale, l'Agence a publié sur son site internet les coordonnées des centres de planification et d'éducation familiale accessibles par téléphone ou pour des consultations. L'agence a aussi diffusé un tableau des permanences assurées par les sages-femmes coordinatrices des réseaux de périnatalité pour

³ Informations disponibles sur : <https://www.franceinter.fr/societe/ivg-les-femmes-punies-par-le-confinement>

répondre à toutes les situations. L'AP-HP a également mis à disposition les coordonnées de sa cellule « estivale », qu'elle a réactivé lors de la crise sanitaire.

L'Agence a également soutenu financièrement des initiatives pour permettre une diffusion large des informations aux femmes concernées et aux professionnels. Ainsi, des financements ont été dédiés au réseau francilien REVHO pour créer une nouvelle application, *IVGlesinfos*, en complément du site *IVGlesadresses.org*.

Suite à la publication de textes au niveau national sur les mesures dérogatoires pour garantir l'accès à l'IVG, l'Agence a actualisé sa doctrine. Ainsi, il devient possible de pratiquer des IVG médicamenteuses hors établissement de santé et les modalités de dispensation de médicaments sont assouplies. La doctrine sera de nouveau actualisée en novembre 2020 pour indiquer aux professionnels de ville le numéro de la cellule « IVG » de l'AP-HP.

Malgré ces efforts, les données sont préoccupantes : le nombre d'IVG réalisées dans la région enregistre une baisse de 6,5 % entre 2019 et 2020. La baisse conjoncturelle du nombre de procréations ne suffit pas à expliquer la baisse des IVG. Dans les établissements de santé, l'IVG instrumentale enregistre une baisse de 19%. Entre avril et juillet 2020, le nombre d'IVG instrumentales sous anesthésie générale a diminué de 45 % sur la totalité de la région Île-de-France.

2. Maintenir la prise en charge des femmes victimes de violences pendant la crise Covid-19

Dès le premier confinement de mars 2020, la question des violences conjugales et intrafamiliales a été soulevée par les opérateurs sanitaires et sociaux. En effet, les contextes de crise en général augmentent le niveau de tensions au sein de la population de par leur nature anxiogène. Le confinement implique un rapprochement contraint entre les membres d'un foyer, ainsi qu'un éloignement des proches extérieurs au foyer, donc des difficultés à se mettre à l'abri et à trouver du soutien. Malgré un manque de données sur ce type de contexte, en raison notamment du caractère inédit de la situation, tous les opérateurs travaillant sur les violences intrafamiliales ont immédiatement anticipé leur augmentation.

D'un point de vue sanitaire, nous avons alors cherché à outiller les professionnels de santé de première ligne pour repérer et faire face à ces violences, afin d'anticiper l'augmentation de leur mobilisation sur le sujet. Notre objectif était de leur transmettre les éléments clés sur le sujet de manière très synthétique, en fournissant également des liens vers des ressources plus complètes afin de faciliter l'accès aux informations essentielles dans cette prise en charge, compte tenu de l'intensité de l'activité des professionnels de santé dans ce contexte.

Pour cela, nous avons rédigé et publié deux doctrines successivement, à l'attention des professionnels de santé. La première a été écrite en mars 2020 puis publiée début avril 2020, et aborde les violences intrafamiliales de manière générale, incluant les femmes victimes et enfants victimes ou co-victimes. La doctrine contient des informations sur la prévention des violences, des recommandations permettant l'identification et la prise en charge des victimes de violences, et une liste des structures vers lesquelles ces patientes peuvent être orientées, physiquement ou par téléphone.

Diverses publications ont témoigné de la hausse des violences, ou du moins du signalement des violences, lors de la première période de confinement, émanant par exemple du CIDFF⁴ ou de la MIPROF⁵. Ces dernières n'identifient pas forcément le confinement comme un facteur

⁴ Fédération Nationale des CIDFF, *Impact du confinement sur les demandes des femmes victimes de violences informées par les CIDFF*, avril 2020

⁵ Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, *les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions*, juillet 2020

augmentant le nombre d'occurrences des violences, mais comme un contexte pouvant les aggraver. Ces études sur la première vague ont donc fait apparaître la nécessité de publier une seconde doctrine actualisée et approfondie.

Cette seconde doctrine a été écrite en octobre 2020 et publiée en novembre 2020, lors du second confinement. Ce document reprend de manière approfondie et plus opérationnelle les modalités de repérage et de prise en charge des femmes victimes de violences, en s'inspirant notamment des recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé en 2019. Il précise également les évolutions législatives amenées par la loi du 30 juillet 2020, permettant aux professionnels de santé de lever le secret professionnel sur une situation de violences avec danger imminent.

Ces deux doctrines successives ont été publiées sur le site de l'Agence, et partagées par le siège et les Délégations Départementales de l'ARS IDF avec les partenaires franciliens travaillant sur le sujet, pour diffusion auprès de leurs réseaux respectifs, tels que les réseaux de santé en périnatalité, la DRDFE, le Centre Hubertine Auclert (CR), les centres de PMI, etc.

Néanmoins, il n'a pas été possible d'obtenir des données précises sur l'utilisation concrète de ce document par les professionnels de santé, en contexte de confinement ou a posteriori. Cela s'explique notamment par le peu de lien direct existant entre les équipes de la DSP et les professionnels de santé de première ligne. Nous n'étions par ailleurs pas en mesure d'établir un plan de suivi et d'évaluation de ces documents, en raison de la mobilisation des équipes sur le contexte de crise puis le retour aux dossiers habituels.

Le constat de la difficile obtention de données sur le sujet a toutefois fait émerger l'idée d'en obtenir directement auprès des représentants des professionnels de première ligne : nous avons prévu de réaliser un état des lieux régional, sous la forme d'un questionnaire adressé à la fois aux entités représentant les professionnels de santé en activité (Ordres, URPS) et aux syndicats étudiants représentant les futurs professionnels, afin d'identifier de manière globale les besoins en terme de formation et de sensibilisation sur la question des violences faites aux femmes. Ce questionnaire a été travaillé conjointement avec la Direction de l'Offre de Soins (département « RH en santé ») et sera diffusé en 2021, les réponses reçues pourront constituer la base d'une réflexion régionale sur les leviers activables pour améliorer le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences chez les professionnels de santé de première ligne.

3. Maintenir ce qui pouvait l'être dans l'activité de dépistage et vaccination, et adapter cette activité

Dans le contexte de l'épidémie de COVID-19, un certain nombre d'activités de promotion de la santé, de dépistage, d'information, d'actions d'éducation thérapeutique, de consultations, menées par des opérateurs publics ou associatifs (professionnels et patients) ont dû être modulées.

A. L'action de prévention et de dépistage du VIH et des IST

L'impact de la pandémie de COVID sur la lutte contre le VIH et les IST est lié à la fois à la crise dans le système de santé et aux effets socio-économiques des confinements et des restrictions d'interactions sociales, comme pour toutes les autres pathologies, mais de manière particulièrement forte pour des populations déjà à la limite du système économique, de solidarité, et de reconnaissance (migrants, travailleurs/euses du sexe...).

La prévention et la recherche de soins ont encore reculé dans ces populations quand le toit, le couvert, et le lien social n'étaient plus assurés. Les acteurs associatifs ont très vite réagi à cela et ont su faire preuve d'une grande capacité d'adaptation. Notre rôle a été surtout de ne pas entraver ces adaptations en imposant des cadres étroits. Du côté associatif le port de

repas, le paiement de nuitées d'hôtel, l'écoute/appeil téléphonique d'appui, ont remplacé les lieux d'accueil ouverts, certaines maraudes et toutes les réunions collectives en lieu fermé.

A l'aune du confinement du printemps 2020, les associations habilitées arrêtent temporairement l'activité de dépistage du VIH et VHC, d'une part pour assurer au mieux la protection des professionnels et des associations, et d'autre part pour protéger les publics pris en charge. Les Comités de la coordination régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (COREVIH) ont très vite mobilisé leur personnel (techniciens d'études cliniques) pour le suivi des cohortes d'études sur le COVID, et pour certains ont totalement arrêté leurs activités usuelles (groupes de travail, suivi épidémiologique VIH...).

Cependant, les associations ont maintenu un accueil téléphonique afin de pouvoir informer et orienter au mieux le public. En mai, si les activités de groupe de formation et de promotion du dépistage sont toujours suspendues, les activités dans les lieux ouverts peuvent reprendre. Les activités individuelles (entretien physique, distribution d'autotests VIH...) reprennent avec un protocole sanitaire strict. Parallèlement, les activités de distribution alimentaire par des associations se poursuivent.

Les associations ont dû penser des stratégies innovantes pour aller-vers les publics concernés. L'association Acceptess-T a lancé une campagne de prévention en ligne qui reposait sur l'envoi d'un ou plusieurs autotests et sur l'accompagnement post-résultat. En six mois, 240 autotests ont été envoyés, parmi lesquels deux tests positifs.

Les dépistages du VIH se sont effondrés lors du premier confinement avec une reprise partielle en milieu d'année, mais sans rattrapage du retard pris. L'activité de TROD n'a repris que partiellement, les CeGIDD fonctionnent encore majoritairement sur rendez-vous (pas de chiffre avant remontées Solen, pour fin juin), et si les demandes en laboratoire privé sont revenues aux chiffres antérieurs, celles « sans ordo » à Paris ne sont pas reparties. Un déficit d'au moins 350 000 tests en 2020 (sur les 3 mois 3-4-5/2020) signifie que 600 à 800 personnes vivant avec le VIH n'auraient pas été identifiées et accompagnées vers le soin (chiffres sur la France entière, soit 240 à 350 personnes en Île-de-France, selon un calcul approximatif).

Un effet similaire a été observé pour l'accès à la PrEP, dont l'accroissement des nouvelles initiations stagne, après la chute de plus de 50% lors du premier confinement. En IDF, 9200 personnes ont reçu la PrEP au 1^{er} semestre 2020, dont 2350 pour la première fois, chiffre similaire au 2^{ème} semestre 2019 (données Epiphare).

A partir du 5 mai 2020, des recommandations de reprise progressive d'activité ont été diffusées par l'ARS et l'activité a repris progressivement, accompagnée de fiches pratiques régionales et nationales ainsi que de nombreux DGS Urgents. Toutefois, il semble que l'activité des structures implantées au sein d'un établissement hospitalier a été bien ralentie, en raison notamment des craintes des usagers à venir consulter en milieu hospitalier.

En parallèle, l'accès aux soins pour les personnes déjà dépistées a été compliqué par l'organisation hospitalière, d'autant plus que les équipes soignantes pour le VIH sont celles en pointe sur le COVID. Comme pour d'autres pathologies, la réticence des personnes à venir en consultation a également joué un rôle, malgré un travail de relance/rappel individuel par les services de soins, et d'information collective (webinar des COREVIH, mailing associatif...). Les Files actives des COREVIH ont enregistré des baisses de 5 à 20% selon les sites.

Le bilan exact ne se révélera qu'au fil des mois, avec le retour dans le soin des personnes « perdues de vue », et des découvertes de séropositivité à des stades plus tardifs de l'infection. Les COREVIH s'organisent pour identifier plus précisément cela. Une forte campagne de communication englobant appel aux dépistages et promotion de la PrEP pour tous les publics est nécessaire pour relancer la dynamique.

B. Les dépistages organisés des cancers

Le premier confinement a nécessité l'accompagnement du CRCDC dans l'élaboration de son PCA. L'interruption totale de l'activité pendant le premier confinement n'a pu être que partiellement rattrapée. Si 100% des interventions programmées ont été réalisées, du fait de leur décalage dans le temps, une partie des relances s'est trouvée reportée, faisant diminuer le nombre de sollicitations de 2020.

En parallèle, le nombre de dépistages est à la baisse pour le DOCS, annoncé par le CRCDC à 92% du réalisé 2019. Pour le DO CCR, le taux de participation officiel SPF pour la région IDF est à 24.2% (25.1% en 2018-2019). L'année 2019 avait été marquée par une rupture d'approvisionnement en tests, en 2020 l'impact de la crise Covid s'est aussi fait ressentir par une augmentation du nombre de tests non analysables, attribuée aux difficultés des services postaux ou, autre hypothèse, à un envoi plus tardif après la réalisation à cause de la diminution des sorties.

A noter que le suivi national INCA Cancer Covid montre une diminution des actes de dépistage, des actes diagnostics ou curatifs pouvant être associé aux 3 dépistages.

C. Les vaccinations (hors vaccination COVID)

L'arrêt de fonctionnement durant la première période de confinement des centres de vaccination et des PMI et de la tendance aux téléconsultations en médecine libérale a largement été préjudiciable aux taux de couverture vaccinale des enfants et nourrissons, notamment pour les rappels.

Concernant les vaccinations obligatoires et recommandées:

En Île-de-France, depuis l'instauration en 2018 des nouvelles obligations vaccinales, la vaccination des nourrissons avant l'âge de 1 an a progressé chaque année pour atteindre 99.4% de couverture pour la 1^{ère} dose en 2020 pour le DTCP Hib, VHB et 99.7% pour le pneumocoque (source santé publique France mai 2021).

Par contre, pour les vaccinations réalisables après l'âge de 1 an : schéma vaccinal complet des premières doses précédemment citées, ROR et méningocoque, les taux n'ont pas progressé en 2020 et la cible des 95% n'est toujours pas atteinte. Ces taux restent au niveau de la cohorte 2018 (évaluable à 21 mois de vie), environ 3 points sous le taux national pour DTCP, Hib, VHB (taux national =90.5%), pour pneumocoque (taux national =91%). Pour le ROR, pas de progression en 2020, avec même taux que le national en 1^{ère} dose (92.2%) mais encore 2.5 points en dessous pour la 2^{ème} dose (région 81.5% et national 84%). Les taux de vaccination contre le méningocoque ont continué à progresser et se rapprochent du national (87.3% contre 88% dose des 5 mois et 89.5% contre 90.2% rappel à 12 mois). Enfin, concernant la vaccination contre le papillomavirus : la progression a continué (+3.8 points) même en cette année Covid (cohorte 2004 et 2005) mais reste très insuffisante en IDF comme au national (IDF 26.3% national 32.7%).

On peut se demander si les absences de progression des taux de couvertures sont liées à l'impact de la pandémie ou au fait de l'atteinte d'un « plafond d'adhésion ».

A l'avenir, une attention, voire une communication particulière devrait être portée à la réalisation des vaccinations après la première année de vie.

La mobilisation des conseils départementaux :

Durant la première période de confinement, certaines collectivités départementales comme le **Conseil départemental du 75** ont fait preuve de réactivité : une équipe de vaccination, avec l'accompagnement de l'ARS, a pris en charge les personnes d'un campement de gens du voyage (150 personnes) dans le bois de Boulogne afin de limiter l'extension d'une épidémie de rougeole dans le bois de Boulogne. L'établissement hospitalier de **Melun (77)**, en lien avec

le service de prévention et promotion de la santé associant CLAT, Vaccination, CeGidd du 77, a procédé avec l'appui de la DD77 à une vaccination (notamment varicelle) avec bilans de santé à l'occasion d'une campagne de dépistage COVID dans un campement d'environ 600 personnes.

La campagne de vaccination antigrippale 2020-2021 a été marquée par un engouement inédit en lien avec la crise COVID et justifiant la mobilisation d'un stock état. Une progression d'une dizaine de points a été enregistrée avec au final une couverture vaccinale antigrippale de 55.8% pour les invités de plus de 65 ans et de 41.8% pour les invités en ALD.

Quant à la vaccination dans les EHPAD sans PUI, la couverture francilienne est à 76% mais masque des disparités importantes à documenter.

En parallèle, il n'y a pas eu d'épidémie de grippe en 2021. Les chiffres de la couverture antigrippale 2021 diront si l'engouement est pérenne ou pas. Les établissements ont été alertés dès mars sur la nécessité de précommander un nombre suffisant de vaccins suffisamment en amont.

4. Soutenir l'action en santé publique face aux maladies chroniques

A. Dépistage du diabète et activité sport-santé

Dans le contexte de l'épidémie de COVID-19, un certain nombre d'actions de prévention et de promotion de la santé menées par les opérateurs ont dû être annulées ou adaptées en fonction des instructions nationales et régionales et également des renforts nécessaires qu'il a fallu mobiliser pour lutter contre la COVID-19. L'activité **des Maisons sport santé** a été interrompue pendant le confinement mais a été repositionnée courant avril pour certaines de ces structures via des diffusions de vidéos. Pour le futur se pose la question de l'accompagnement de la reprise de l'activité physique pour les personnes ayant eu des symptômes COVID graves entraînant une hospitalisation ou un séjour en réanimation.

Ainsi en 2020,

- Concernant le dépistage du diabète :
 - 1- Les actions du réseau régional diabète R2D, pour l'essentiel sur les marchés et dans les structures d'exercice collectif, ont été reportées pour 80 % d'entre elles en 2021.
 - 2- L'action diabète de l'inter URPS n'a pas pu avoir lieu au dernier trimestre 2020 du fait du confinement. En 2021, l'action est prévue de septembre à décembre sauf événement intercurrent.
- Concernant le dispositif Prescri'Forme :
 - 1- Les opérateurs ont avant tout œuvré à maintenir le lien social (phoning +++ auprès des personnes isolées mais également appel des patients des programmes passerelles Prescri'Forme), il n'y a pas eu d'interruption du lien avec les patients pendant le confinement malgré les réquisitions ;
 - 2- Certains centres Prescri'Forme, situés dans des services hospitaliers, se sont reconvertis en centres COVID avec des innovations comme la prise en charge du personnel médical (ex. de l'Hôtel-Dieu) ;
 - 3- Les opérateurs se sont adaptés en utilisant les moyens numériques à leur disposition d'où un développement significatif de l'APA à distance (visioconférences, vidéos, PDF) et une évolution des mentalités vis-à-vis des outils numériques (un exemple concret = le centre Prescri'Forme APA de Géant d'Épinay-sous-Sénart a organisé depuis le 23 mars 2020 264 ateliers en visioconférence pour 340 patients - un même patient ayant participé à plusieurs ateliers) ;
 - 4- Des centres Prescri'Forme, du fait de la forte demande, ont élaboré et initié des circuits de prise en charge du COVID long (CIMS de l'Hôtel-Dieu, OMS de Meaux, APA de Géant dans l'Essonne, le CHIV dans le Val de Marne).

Devant le constat que les personnes atteintes d'une maladie chronique, notamment diabète, obésité, affections respiratoires chroniques avaient davantage de risque de développer des formes graves de la COVID-19, les mesures sanitaires en matière d'activité physique ont évolué en octobre 2020 avec l'intégration successive dans les publics prioritaires pouvant bénéficier de l'accès aux équipements sportifs des personnes munies d'une prescription médicale (ALD) et des personnes en situation de handicap reconnu par la MDPH.

Des effets de la crise sanitaire à court terme sur certaines maladies chroniques ont été signalés par les opérateurs : prise de poids, déséquilibre du diabète, retentissement psychologique (anxiété, dépression) ...

A plus long terme, le suivi comparatif annuel des entrées en ALD pourrait également constituer un bon marqueur de l'aggravation voire du retard diagnostique de certaines pathologies.

B. Garantir l'accès aux programmes Education Thérapeutique du Patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) participe à l'amélioration de la santé du patient, à sa qualité de vie et à celle de ses proches. En Île-de-France, ce dispositif rassemble 50 000 patients dans les programmes de ville. L'objectif est d'aider les patients à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Au confinement du printemps 2020, les hôpitaux et les structures de ville ont notamment fait face à l'arrêt des séances collectives des programmes d'Education Thérapeutique du Patient.

L'Agence a dès le mois de mars produit une enquête ciblée sur les structures de ville pour connaître les dispositifs mis en place pour pallier l'arrêt des séances. 81 % des répondants ont assuré avoir mis en place des actions spécifiques telles que des entretiens téléphoniques, des envois de sms, des entretiens individuels et des ateliers en visioconférence. Ainsi, près de la moitié des personnes prises en charge dans un programme en ville aurait été contactées pour définir un suivi alternatif.

Un travail collectif a en effet été mis en œuvre pour adapter l'offre proposée en ETP au contexte du confinement. Des séances individuelles en téléconsultation ou par téléphone ont été organisées, en complément de permanences téléphoniques. Les ateliers en présentiel ont été progressivement remplacés par des entretiens ou des activités et pratiques éducatives numériques à distance, dans le souci d'éviter un trop fort isolement dans cette situation inédite et de limiter les ruptures de parcours ainsi que les hospitalisations. Plus expérimentée sur ce champ, la plateforme ressources régionale en ETP d'Île-de-France a construit une formation-action sur l'animation des ateliers. De nombreuses UTEP de l'APHP ont participé à la mise en place de ces sessions. L'objectif était ensuite d'accompagner les équipes des hôpitaux pour la mise en place de ces ateliers. Nous comptons aussi des associations de patients telles que le « Comité des familles », la « Fondation Maison des champs », l'Association française des hémophiles. Grâce à ce dispositif, 91 animateurs ont été formés à l'ETP à distance. Sur le même modèle d'accompagnement, la plateforme CoordETP95 a formé 30 équipes sur 2 cycles de formation de deux jours. Ce modèle a permis la création de 13 ateliers d'ETP et la rédaction d'un document disponible sur le site de la plateforme « L'ETP à Distance : synthèse de réflexion et trames d'ateliers proposés en Val d'Oise ».

Si la crise Covid a démontré une mobilisation quasi immédiate des acteurs dans le champ de l'éducation thérapeutique en impulsant de nouveaux projets, elle a aussi accentué les inégalités d'accès à l'ETP et également démontré les carences en matière d'accompagnement des acteurs avec la nécessité d'une animation et d'une évolution des outils de pilotage de l'ARS et des outils pour les acteurs.

En juin 2020, l'Agence a engagé un travail avec les acteurs porteurs de programme pour la reprise de l'éducation thérapeutique du patient à la sortie du premier confinement. Ce groupe de travail a permis d'élaborer une doctrine pour guider les professionnels de terrain. Lors des confinements suivants, de nombreuses sollicitations ont été recensées pour connaître la

conduite à suivre dans les programmes entre reprise des séances présentiels et mesures barrières.

La capitalisation des outils utilisés par les acteurs, des nouveaux besoins et des premiers retours sur les expérimentations menées à partir de fonds de l'agence (FIR COVID) ont amené des perspectives d'élaboration de manuel à destination des professionnels pour la mise en place de l'e-ETP. Après une phase d'écriture dite théorique, le groupe a souhaité donner des illustrations afin d'élaborer un guide plus complet qui est en cours. L'un des objectifs de l'Agence reste néanmoins de trouver des moyens de réduire un peu plus la fracture numérique. Une communication large en partenariat avec les structures de proximité et les associations de patients pourrait aider à ce que chacun puisse s'approprier les outils en ligne.

C. L'impact de la crise sur l'alimentation et la nutrition

L'une des premières interrogations a porté sur le risque d'aggravation de la précarité alimentaire, avec un risque d'augmentation des besoins en aide alimentaire principalement pour les publics non à la rue, des structures d'aides fragilisées par l'âge des bénévoles.

Plusieurs actions ont donc été conduites, sous l'égide de la Préfecture et la DRIHL, pilote des politiques publiques de lutte contre la précarité alimentaire : mise à disposition de gels et masques, et organisation au sein du GT5 de la stratégie « pauvreté » de groupes de travail sur l'élaboration de solutions.

Identifier un circuit régional de distribution de masques et de GHA aux épiceries sociales via Revivre et ANDES pour être opérationnel dès que possible ; proposer un argumentaire pour l'augmentation des tickets alimentaires (de 3 à 7 €) et des minimas sociaux ; identifier les projets à développer pour améliorer l'accès à l'alimentation : Soliguide, accès à l'alimentation des tout petits (en lien avec les acteurs de santé), projet de cash transfert (Action contre la Faim/Montreuil) suivant le modèle et contexte d'augmentation des minimas sociaux ; intégration d'un module retex crise sanitaire dans la formation action Alim'Active et d'un volet de développement sur des publics spécifiques : étudiants et zones rurales.

L'activité s'est également organisée autour de la lutte contre la dénutrition post-Covid : mise en place d'un groupe de travail dénutrition IDF, création d'un parcours régional de prévention et de prise en charge de la dénutrition accessible aux personnes en situation de précarité, création et diffusion d'une fiche alerte : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/covid-19-prevenir-la-denuitrition-chez-les-personnes-post-covid>

Des actions spécifiques autour de la prévention de l'anosmie persistante ont également été mise en œuvre par l'Agence (DOS).

Enfin, un travail d'appui aux associations et réseaux prenant en charge les personnes en situation d'obésité (aide à la promotion de la vaccination, formation d'acteurs, lutte contre la stigmatisation), a été mené en lien avec les réseaux ROMDES et LCO notamment.

D. La lutte contre les conduites addictives durant la crise

La période de confinement au printemps 2020 a été marquée par une hausse d'un quart des ventes totales de tabac en métropole. Les fumeurs occasionnels ont augmenté leur consommation de tabac ; SPF indique qu'un tiers des 18-75 ans ont déclaré fumer cette année-là.

Il était nécessaire de garantir un suivi des usagers par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ainsi, la Direction de la Santé Publique les a accompagnés dans le recours aux téléconsultations.

D'autre part, l'Agence a renforcé la prise en charge de personnes en situation de rue ayant des conduites addictives. Les structures CSAPA et CAARUD (Centre d'Accueil et

d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) ont proposé aux usagers en situation de grande précarité le paiement de nuitées à l'hôtel et la délivrance de tickets service. Dans le cadre du plan Crack, le dispositif ASSORE a été élargi pour doubler le nombre de personnes hébergées et accompagnées.

Pour les usagers suivant des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO), l'Agence a tout mis en œuvre pour prévenir l'interruption brutale de traitement durant la période de confinement.

Pour prévenir ce risque, des dispositions dérogatoires ont permis la dispensation de TSO au-delà des modalités réglementées de délivrance.

En parallèle, les structures CSAPA ont pu réaliser des initialisations de traitement : « *la plupart des CSAPA franciliens ont quant à eux adapté leurs protocoles d'inclusion aux traitements de substitutions, avec des inclusions possibles le jour même pour certains.* ».

IV. Maintenir l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus exclues

Les populations démunies, notamment celles sans domicile stable, sont particulièrement exposées à la circulation du virus. De multiples facteurs peuvent l'expliquer, comme les mauvaises conditions et environnements de vie, la fréquence accrue des problématiques de santé ou les difficultés d'accès au système de soins et aux droits. La crise sanitaire actuelle est elle-même responsable d'une aggravation des situations en provoquant des pertes de revenus, l'accroissement de la précarité alimentaire, ou du fait de l'incompréhension et/ou de la difficulté à mettre en œuvre les gestes barrières dans un cadre de vie où la promiscuité règne...

Dès le départ, s'est révélée essentielle l'incitation à des démarches pour développer les liens avec les acteurs du secteur : début mars 2020, dans les suites de nombreux contacts informels, a été organisée une première conférence téléphonique regroupant de grands opérateurs franciliens comme Emmaüs Solidarité, le Samu Social de Paris, Aurore ou la Croix Rouge Française... D'autres temps d'échange suivront, et continuent.

Ces rencontres permettent d'évoquer les problèmes rencontrés au niveau du terrain, dont beaucoup portent sur les difficultés d'acceptation et de respect des mesures « barrières » ou des mesures d'isolement dans les lieux de vie du fait d'une promiscuité critique, puis ont débouché sur la rédaction de documents d'information et de sensibilisation en direction des intervenants comme des publics accueillis (fiches repères/logigrammes d'aide à la décision/affiches d'information traduites en plusieurs langues / foire aux questions...), dans l'attente de l'arrivée des consignes nationales. L'objectif de l'ARS était de s'assurer - quitte à les constituer elle-même - que les supports permettant de structurer l'action, pour mieux faire connaître et faire respecter les mesures spécifiques, étaient bien disponibles et accessibles.

L'Agence a également soutenu la distribution de matériels de protection (masques, solutions hydro- alcooliques, protection individuelles) en direction des intervenants et des publics malades.

Cette réactivité permanente de l'Agence par rapport aux besoins du terrain a permis d'apporter des réponses aux interrogations des acteurs de l'hébergement et de l'urgence sociale, quand bien même la production d'un grand nombre de documents, dans l'urgence, par anticipation de ce qui allait être envoyé ensuite par le niveau national, à quelques jours près, a pu se révéler inutile ; elle a aussi mis en lumière l'intérêt et l'importance des démarches d'aller-vers d'équipes sanitaires dans les lieux de vie des populations très démunies et en difficulté d'accès aux dispositifs de droit commun.

Des travaux sont actuellement conduits, en transversalité, au sein de la Direction de la Santé Publique, pour orienter la mise en œuvre des déclinaisons proposées par la mesure n°27 du Ségur de la Santé.

1. Renforcer les liens et soutenir les acteurs de terrain engagés auprès des personnes habitant des bidonvilles, des squats et des campements illicites

178 sites sont recensés en Île-de-France, où vivent dans des conditions difficiles plus de 8.000 personnes. Depuis sa création, l'Agence soutient financièrement les promoteurs d'actions de médiation sanitaire, de maraudes de veille sanitaire ou d'équipes mobiles sanitaires spécialisées, intervenant dans ces lieux de vie pour y mener des démarches d'information, de sensibilisation, de distribution de matériels de protection, de dépistages, voire de vaccination. Rapidement après l'arrivée de l'épidémie, l'Agence a mis en œuvre des mesures de suivi renforcé des actions, à la fois pour accompagner les acteurs de terrain dans leur volonté d'adaptation et, en retour, gagner en visibilité sur la couverture des sites comme sur l'évolution de l'épidémie parmi les occupants (notamment à travers un système de remontée d'informations hebdomadaire). Elle a fourni par ailleurs du matériel pour la gestion de la crise.

Lors du premier confinement, face à l'urgence de la situation, la plupart des intervenants se sont d'abord concentrés sur des distributions alimentaires et sur la recherche de solution aux problèmes d'approvisionnement en eau (indispensable pour renforcer les pratiques d'hygiène), des approches situées hors du champ de compétence de l'Agence. D'autres intervenants, en particulier les intervenants d'un certain âge, ont dû interrompre leurs visites en présentiel, mais semblent parfois avoir maintenu des liens avec des familles par téléphone, à travers des appels parfois quotidiens.

Pour autant, toutes ces démarches proactives d'« aller-vers », qu'elles soient en présentiel ou à distance, ont offert et offrent toujours un support déterminant de prévention face au non-recours et à l'isolement de ce public. C'est un atout précieux dans la gestion de cette situation de crise.

Les interventions sont suivies grâce au système d'information mis spécifiquement en place et qui doit perdurer après la crise. 583 interventions ont été comptabilisées durant la période du 17 novembre 2020 au 18 juin 2021.

Ressort en outre l'idée d'exploiter plus avant les outils de communication à distance pour disposer de solutions d'accompagnement dans les parcours de santé/soins des familles confrontées à des évacuations forcées à répétition.

Les actions se sont cependant heurtées à une fréquente absence de réactivité et d'adaptabilité chez ces intervenants très spécialisés, unique ressource pouvant aider à réaliser des évaluations dans des bidonvilles isolés. Cette crise révèle la gravité de l'absence d'un maillage territorial, laissant une partie de la population des bidonvilles seule face à la pandémie. C'est l'occasion d'une réflexion de fond sur les approches et la conception de l'intervention, ainsi que sur l'orientation des moyens de l'Agence (notamment avec la création en cours des PASS mobiles).

2. Foyer de travailleurs migrants : une stratégie associant mobilisation communautaire et approches d'aller-vers

Bien que les personnes vivant dans les Foyers de travailleurs migrants ne soient pas considérées comme étant en situation de grande précarité en raison de leur logement et de la solidarité intracommunautaire, la crise épidémique et les périodes de confinement ont

déclenché une soudaine vague de pauvreté. De surcroît, dans ces lieux d'habitation hébergeant plus de 57 000 personnes en Île-de-France, se rencontrent des problématiques de surpopulation, liées à la présence de personnes surnuméraires, et d'espaces collectifs propices à la diffusion du virus.

Une première concertation globale, au-delà des échanges avec chacun des bailleurs qui avaient été mis en place auparavant (COALLIA, HENEO, ADOMA, OPH93, ADEF), a donc été organisée par l'ARS le mercredi 1^{er} avril 2020. Il est apparu essentiel, dès les premiers échanges, en raison de l'absence quasi généralisée d'intervenants sociaux à l'intérieur des foyers, de pouvoir faire appel à des équipes mobiles de santé pour pouvoir adapter les consignes sanitaires au quotidien de vie des résidents. Ont donc été également sollicitées et associées à la stratégie d'intervention les associations promotrices d'actions de santé intervenant habituellement au sein des foyers, alors qu'elles avaient cessé toute activité dès le premier confinement. L'ARS a mis à leur disposition des masques et des solutions de gel hydro-alcoolique, et les a incitées à reprendre leurs interventions - en présentiel - pour informer et sensibiliser les résidents aux gestes barrières et au dépistage. D'autres actions de sensibilisation et d'information ont été impulsées directement auprès des résidents, via de multiples réunions avec les comités des résidents, la mise à disposition d'outils « sur mesure », des permanences téléphoniques dédiées, etc.

Face à des situations de défiance ou de manque d'adhésion, une campagne d'information et de sensibilisation a été spécifiquement menée pour déconstruire les représentations et accompagner les personnes dans leurs démarches. Ainsi, lors de la période du Ramadan, l'ARS a sollicité les autorités religieuses, notamment le Recteur de la Mosquée de Paris, rencontré le 26 mars 2021. Cela a donné lieu, le 30 mars 2021, à la publication d'un communiqué officiel et à la diffusion de plaquettes d'information soutenant le principe de la vaccination.

3. Maintenir l'accès aux soins des plus démunis, une préoccupation majeure

Il s'agit ici de prendre en compte les perturbations dans le fonctionnement des PASS et accroître les efforts de communication en direction des acteurs de terrain sur l'effectivité des ouvertures

Dès le mois de février 2020, face aux inquiétudes de certains professionnels des PASS, un communiqué est adressé aux directions des hôpitaux pour affirmer la nécessité de maintenir le fonctionnement de ces équipes. Ce communiqué deviendra une de ses premières fiches doctrine, dans l'attente de l'arrivée de recommandations ministérielles indiquant une orientation analogue. Dans le même temps est rapidement mis en place un système de recueil d'information dans lequel chaque équipe PASS communique des informations sur l'état de son mode de fonctionnement. Ces informations sont aussitôt mises en ligne sur le site extranet de l'ARS, à partir du mois d'avril 2020. Sur 63 PASS franciliennes, 50 PASS ont renseigné leur état de fonctionnement parmi lesquelles 47 ont pu rester ouvertes durant toute la crise. Un tel système d'information sera élargi par la suite aux PASS ambulatoires et aux EMPP.

Ce dispositif de mise en ligne a pris fin en septembre 2020, date à laquelle les PASS ont repris un fonctionnement normal et assurent depuis l'intégralité de leur mission.

Qu'en est-il de la fréquentation des PASS ? L'annonce du premier confinement a provoqué une sur-fréquentation des dispositifs, en lien avec l'inquiétude engendrée par le démarrage de la pandémie.

Très rapidement, cependant, à partir du mois d'avril, en dépit d'une organisation renouvelée avec l'instauration de circuits de prises en charge permettant de sécuriser l'accueil des patients, la possibilité de pratiquer des tests de dépistage et d'accueillir les personnes testées en centres d'hébergement dédié le temps du rendu des résultats (grâce à l'ouverture du centre

SAS COVID), cette fréquentation chute de façon importante, y compris dans les éventuels suivis à distance. Les RDV en PASS ne sont pas honorés, et l'activité décline jusqu'à 40%.

Une telle baisse de l'activité peut s'expliquer en partie par l'absence de transports en commun compliquant l'accès physique aux PASS, la peur des contrôles policiers parmi les personnes en situation administrative irrégulière, la crainte d'être infecté par le virus en se rendant dans un lieu de soin, la difficulté à garder un lien à distance sans une bonne maîtrise de la langue française ou par épuisement du forfait téléphonique, l'impossibilité de trouver comment faire garder les enfants, le besoin de subvenir en priorité aux besoins élémentaires...

Mais, depuis la fin du dernier confinement (19 mai 2021), les PASS font nouveau face à une affluence importante de patients. Apparaissent de nouveaux publics : personnes en résidence sociale, gens du voyage, étudiants, MNA en attente d'évaluation, demandeurs d'asile n'ayant pas pu ouvrir les droits à la couverture maladie, personnes hébergées par des tiers dans les Foyers de Travailleurs Migrants...

Un constat qui ne manque pas d'interroger sur les stratégies d'action à développer.

4. Télé-santé des personnes hébergées

A. Répondre à l'isolement des personnes sans domicile hébergées à l'hôtel

Afin de répondre à l'isolement des personnes sans domicile hébergées à l'hôtel, la DSP a cherché à la demande du Samu social de Paris à développer un outil pour recréer un lien social. Il s'agissait d'amener des solutions numériques au sein de populations très éloignées des systèmes de santé, et tout particulièrement le télé-suivi des personnes malades du Covid. Le travail s'est concentré sur la collaboration avec les partenaires locaux, sur le choix de l'outil numérique (terri-santé) et son module E-Covid. L'Agence a mobilisé la plateforme du CH de Melun et le GCS SESAN pour construire les bases de ce projet. L'objectif était de mettre à disposition un outil que les personnes éloignées du système de soins et non-francophones pourraient utiliser. Ainsi, tous les contenus de l'application ont été traduits en anglais, russe, roumain et arabe. Des équipes de travailleurs sociaux ont été formées pour accompagner les personnes à la prise en main de l'outil. Ce projet va faire l'objet d'une évaluation avant de déployer plus largement le télé-suivi auprès des populations hébergées pour lesquels un suivi rapproché est nécessaire.

B. Faciliter la prise en soin des populations hébergées en CAES : Le Cloud solidaire

L'Agence développe également un service de stockage numérique sécurisé des pièces médico-administratives, permettant de sauvegarder les informations essentielles à la prise en charge sanitaire et au suivi médico-social. Ce projet de cloud solidaire, qui prend appui sur un dispositif développé par la société Reconnect depuis 2010, répond à la problématique de partage des informations sanitaires et sociales utiles au parcours de soin des personnes. Il est destiné aux personnes en difficulté de gestion de leur dossier médico-administratif pour faciliter les conditions d'entrée et de suivi des personnes dans le parcours de santé (ouverture de droits sociaux, nature de la couverture santé, documents d'identité, bilans sanitaires IDE) et développer l'autonomie des usagers dans la maîtrise de leurs données de santé (possibilité d'avoir accès aux données à distance). Ce dispositif trouve sa pertinence notamment pour les personnes en grande mobilité, susceptibles d'égarer leurs papiers ou de les voir se dégrader compte tenu de l'instabilité et de la précarité de leur situation de vie. Le déploiement du service est actif sur les 6 sites des CAES, et 357 comptes ont été ouverts dans l'année. Des permanences sur site sont organisées chaque semaine au sein des CAES Vaux le Pesnil, Ris Orangis, Cergy, et le CAES Ney pour accompagner les personnes dans la création de leur compte. L'Agence a communiqué sur ce dispositif auprès des partenaires pour un usage collaboratif des personnes qui interviennent dans la prise en charge. Le Samu Social de Paris adresse par exemple les attestations d'hébergement mensuel directement sur le cloud aux hébergés de ses structures sociales équipées. Les données stockées sont surtout des données sociales: ouverture des droits à la protection sociale, accès à une mutuelle,

documents administratifs d'affiliation, prises de rendez-vous. Le stockage de données médicales est possible en accès privé. La traduction des contenus d'information est en cours pour que les non-francophones puissent facilement utiliser ce dispositif. Les évaluations infirmières et les actes de vaccinations devraient rentrer dans le périmètre des documents stockés dans le DMP, sous réserve des droits ouverts à la PUMA.

5. Expérimenter les autotests avant leur diffusion nationale : un atout pour le renforcement de la stratégie de dépistage

L'ARS Île-de-France a piloté du 5 avril au 21 mai (à la demande du Ministère de la Santé) une expérimentation de l'utilisation des autotests auprès de 220 personnes sans domicile stable volontaires appartenant aux catégories des gens du voyage, résidents en CAES ou en CHU, résidents en CHRS et femmes accueillies en Halte de jour. Ce public était accompagné par les associations Emmaüs Solidarité, la Croix Rouge, l'ASAV, le Samu social de Paris, Empreintes, Aurore et la PASS du Centre hospitalier intercommunal de Créteil.

Le déploiement de ces autotests a procuré un outil de médiation sanitaire supplémentaire permettant de sensibiliser des populations éloignées du système de soin et de dépistage aux enjeux de la lutte contre l'épidémie. Il a permis aussi de réaliser des dépistages au sein de ces populations. Les femmes ont présenté une adhésion particulière, trouvant un gain d'autonomie dans l'utilisation de l'outil. Le démarrage d'un cluster de personnes essentiellement asymptomatiques a aussi pu être détecté lors d'une distribution accompagnée des autotests dans une aire d'accueil pour gens du voyage.

Néanmoins, les principes d'itération, nécessaires pour augmenter la sensibilité des autotests, et d'obligation à aller faire un test RT-PCR complémentaire en cas de résultat positif se sont révélés être très contraignants, et poser des problèmes de compréhension et de compliance de la part des publics. De plus, pour des personnes en parcours d'errance ou en situation de rue, le risque COVID est souvent sous-estimé et ne constitue pas une préoccupation prioritaire. Des peurs ont aussi été exprimées face aux risques (injustifiés) de conséquences sur la situation administrative et/ou d'hébergement en cas de résultat positif.

C'est pourquoi a été proposé que le déploiement des autotests auprès des populations sans domicile stable n'intervienne que s'il est associé à un ciblage adapté et à un accompagnement soutenu et régulier de part des intervenants de proximité.

Ces recommandations ont été reprises au niveau national, orientant l'utilisation des autotests vers les structures d'hébergement présentant une certaine stabilité des résidents et un taux d'encadrement élevé favorisant leur adhésion. Et de même, vers les bidonvilles et les aires d'accueil, dès lors que des équipes sociales peuvent intervenir régulièrement sur site et accompagner les bénéficiaires.

6. Lutter contre le COVID chez les personnes détenues

A. La réponse à l'épidémie en vogue 1

Elle s'est structurée autour de deux niveaux :

- Une réponse nationale impulsée par le Ministère de la Justice, axée sur la réduction de la surpopulation, qui a eu des effets spectaculaires en Île-de-France, avec à la fois une réduction des entrées et une accélération des sorties (13 500 détenus en janvier => 10 200 en mai, taux d'occupation passe de 140 % à 100 %)
- Une réponse régionale centrée sur

- La surveillance spécifique (portée par l'ARS, puis l'ARS et la DISP)
- La prévention de la contamination co-portée par la DISP et l'ARS
- Le développement de l'accès aux tests
- L'organisation prévisionnelle des soins, portée par l'ARS avec l'appui des USMP et de l'APHP

La mise en place d'une veille quotidienne sur le nombre de cas se fait à compter du 18 mars, d'abord sur une base clinique. Elle est progressivement complétée, au fur et à mesure de l'extension des tests, par une surveillance basée sur les cas confirmés, qui sépare les cas « détenus » et les cas « surveillants », cette veille étant croisée avec les données propres de la DISP. Le tableau ci-contre donne l'état actuel des informations, la courbe une représentation graphique.

MOIS	CAS SUSPECTS	CAS CONFIRMES	HOSPITALISATION EPSNF
avr-20	144	36	32
mai-20	57	13	6
juin-20	20	3	0
juil-20	0	0	0
août-20	0	0	0
sept-20	0		
oct-20	0	71	2
nov-20	0	46	3
déc-20	0	54	2
janv-21	0	116	0
févr-21	0	78	4
mars-21	0	181	5
avr-21	0	138	4
mai-21	0	42	0

La prévention de la contamination est mise en place à travers une « check-list », tenue de façon hebdomadaire en principe (avec progressivement un espacement de la démarche formalisée, mais un maintien de la stratégie globale), dans chaque établissement.

Le développement de l'accès aux tests se fait notamment avec l'appui de l'APHP, qui déploie des équipes mobiles adossées soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la plateforme co-portée par la Gendarmerie et l'équipe de Garches.

L'organisation prévisionnelle des soins est la préoccupation essentielle de la phase 1. Bien que le nombre de cas semble rester faible, y compris après la généralisation de l'accès aux tests, l'inquiétude vis-à-vis d'une épidémie flambant et dramatique, sur le modèle des USA, est forte. Il est décidé le 27 mars de mettre en place une équipe d'appui ARS/DISP/APHP, pilotée par le DSP, le DGA de l'APHP, et la Préfète en appui à l'APHP. La stratégie est bâtie par paliers :

- Les USMP sont préparées à gérer les cas « tout-venant »
- L'EPSNF est spécialisé dans les cas COVID hors besoin réanimatoire. Le nombre de lits potentiellement disponibles est monté à 26 avec une cible de 30 (contre 10 initialement), par courrier du DG ARS au directeur de l'EPSNF du 5 avril. La prise en charge des patients non COVID est recentrée sur l'UHI de la Pitié – qui peut difficilement recevoir des patients COVID pour des raisons architecturales. Un système de mobilisation de seconde ligne est prévu en cas de dépassement des lits (Cochin et KB). L'ensemble de ce système ne sera jamais mobilisé à plein. Une visite de l'équipe d'appui à Fresnes est organisée début avril, pour mobiliser des personnels supplémentaires.
- La réanimation éventuelle est assurée, au-delà d'un seuil de besoins en oxygène continu, par évacuation vers l'APHP notamment, avec un système de ligne téléphonique dédiée.

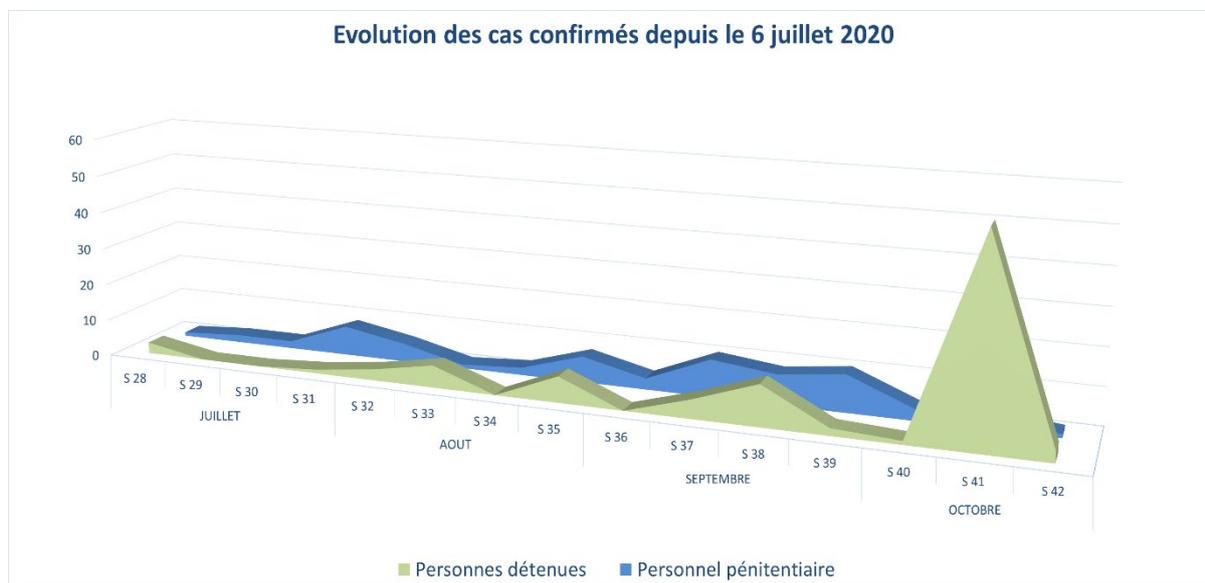
Les équipes médicales des USMP sont réunies de façon hebdomadaire pour définir des conduites communes à tenir (tests de dépistages, seuils d'évacuation en réa...), mais des échanges avec chacun des sites ont lieu de façon quasi quotidienne. Les liens avec la DISP sont permanents.

Au total, le bilan de la vague 1 se révèle beaucoup moins défavorable que craint initialement. Un seul décès est à déplorer. On notera à l'évidence le contraste avec la situation aux Etats-Unis notamment.

La circulaire interministérielle du 9 avril viendra conforter l'essentiel des mesures prises en IdF.

B. Les suites : la vague 2 et la vague 3

Après une baisse très significative des cas, on constate une reprise par bouffées successives, illustrée par le graphe ci-dessous. On note depuis le mois de janvier des clusters parfois massifs (plusieurs dizaines de cas sur Fleury-Mérogis).



Il s'agit essentiellement de cas non symptomatiques, les hospitalisations (tableau ci-dessus) restant rares. Les mécanismes qui semblent en cause sont à la fois la reprise des incarcérations massives qui induisent des entrées de virus, et une difficulté majeure à faire respecter les gestes de protection par les personnes détenues, les personnels de surveillance ou de police lors des transports. On ne peut faire l'impasse sur des questions éthiques non négligeables, qui mettent en tension les exigences de sécurité sanitaire (qui plaident pour des mesures drastiques d'isolement et la suspension des parloirs, visites, travaux, sorties...) et la santé mentale des détenus. La stratégie de l'Agence vise à déclencher des dépistages massifs, avec l'appui de l'APHP, dès les premiers cas, comme en témoignent les valeurs ci-dessous :

De juillet à décembre 2020 :

- 4300 tests PCR réalisés à l'aide des EM AP-HP
 - o 2225 sur les personnes détenues
 - o 2109 sur le personnel pénitentiaire

De janvier à fin mai 2021 :

- 6831 tests PCR réalisés à l'aide des EM AP-HP
 - o 5467 sur les personnes détenues
 - o 2264 sur le personnel pénitentiaire

PARTIE 3

Contribuer à la stratégie de vaccination

- I. Adapter la disponibilité des vaccins pour prendre en compte les inégalités**
- II. Des coalitions et des outils pour améliorer l'adhésion**
- III. Déployer une coalition d'acteurs dans les territoires**
- IV. Porter la vaccination auprès des plus précaires**

L'engagement pour la vaccination a emporté, comme le reste de la lutte anti-Covid, l'ensemble de l'Agence. L'action en santé publique n'est pas sécable de celle des autres composantes de l'ARS ; par ailleurs, ce combat pour permettre l'accès équitable au vaccin est exacerbé au cœur de la période estivale et il est difficile d'en tirer bilan. Toutefois, on peut constater qu'à l'été 2021, l'ensemble des acteurs de la vaccination anti-COVID et de ceux qui travaillent auprès des publics les plus éloignés de celle-ci sont convaincus de la nécessité de l'aller-vers, au point que de nombreuses actions se déroulent désormais en supplément des initiatives impulsées par l'Agence.

On peut cependant identifier quelques axes forts d'une stratégie de réduction des écarts sociaux, présente depuis le début de la campagne de vaccination. On identifiera ici les points saillants de l'action de la direction de la santé publique de l'Agence.

I. Adapter la disponibilité des vaccins pour prendre en compte les inégalités

Dès les premières semaines de la vaccination, au vu des données épidémiologiques et des difficultés sociales de certains départements, le choix a été fait de doter la Seine-St-Denis et le Val-d'Oise d'un volume de vaccins supérieur à ce qu'aurait donné la simple répartition populationnelle.

L'objectif est de promouvoir et rendre possible une démarche volontariste d'aller-vers. Dès le mois de février, 8000 puis 10 000 doses de primo-injection ont été sanctuarisées chaque semaine sur décision du DG ARS afin de permettre le déploiement d'actions d'aller-vers à destination des publics les plus en difficulté pour se déplacer ou pour prendre RDV, sous la forme d'équipes mobiles, de vaccibus ou de dotations fléchées aux centres de vaccination pour les personnes orientées par les CCAS, les réseaux de santé, les associations caritatives, etc. Là encore, au-delà d'un simple pro-rata populationnel, la Seine-Saint-Denis a bénéficié d'une dotation renforcée.

Cette dotation a ensuite permis de couvrir les élargissements intervenus au fil de la campagne : Foyers de travailleurs migrants, structures d'accompagnement des personnes à besoins spécifiques, puis l'ensemble du secteur de l'accompagnement social des personnes en situation de précarité et une partie des actions de type « barnums au pied des tours ».

Au 28/07/2021 ce sont ainsi plus de 143 000 primo-injections qui ont été allouées aux dispositifs aller-vers dans ce circuit spécifique, soit un volume cumulé comparable à celui d'un très grand centre de vaccination.

II. Des coalitions et des outils pour améliorer l'adhésion

1. Construire des outils pour mener le débat en direction des franciliens

Dès décembre 2020 des réunions d'information et d'échange avec les équipes de l'ARS IDF ont été organisées avec les comités de résidents des Foyers de travailleurs migrants, les gestionnaires de foyers, et une permanence téléphonique mise en place afin de répondre aux

questions nourrissant l'hésitation vaccinale. Des documents d'appui à la médiation sur la vaccination pour les travailleurs sociaux ont été produits sur la base de ces échanges et traduits en plusieurs langues, puis adaptés pour les autres secteurs.

Trois démarches similaires ont été menées avec des associations du programme Covid Stop Ensemble afin de répondre aux interrogations posées par les habitants des quartiers populaires, avec les acteurs du secteur de l'hébergement social, et avec les associations intervenant dans les bidonvilles.

Dans chaque champ (Politique de la Ville, hébergement, FTM, bidonvilles), les acteurs intervenant sur le terrain ont été sollicités tout au long de la campagne dans une logique de remontée des questions, des freins et besoins, et de résolution des problèmes.

C'est cette approche qui a permis d'identifier dès mi-mars la nécessité d'une communication spécifique autour du Ramadan, le sujet préoccupant grandement les personnes rencontrées par les opérateurs. Un partenariat a ainsi été mis en œuvre avec la grande mosquée de Paris, qui a pu diffuser une information aux fidèles concernant la compatibilité entre vaccination et jeûne de Ramadan.

Au-delà des outils écrits, les dispositifs de formation déployés dans Covid Stop Ensemble ont été mis à contribution sur le sujet de la vaccination, et les délégations départementales de l'Agence ont pu former des travailleurs sociaux et des médiateurs de lutte anti-Covid aux enjeux de la vaccination, ceux-ci pouvant ensuite intervenir dans les structures auprès des usagers. A titre d'exemple, dans le 78 et le 93, la totalité des CHRS a ainsi pu recevoir au moins une action de médiation dès fin juin 2021.

2. Des partenariats nouveaux pour toucher des publics éloignés

En complément de la création de supports d'information, l'Agence s'est attachée à multiplier les canaux par lesquels l'information et la confiance dans la vaccination pouvaient être diffusés. En dehors des partenaires usuels de l'action en santé publique, deux expériences se détachent.

A. Inviter à la vaccination via les syndicats

Face à la progression modérée à l'époque de la vaccination des 55-65 ans, l'ARS a proposé aux syndicats de salariés parisiens une action partenariale sous la forme d'une communication aux adhérents éligibles les invitant à se vacciner lors de plages réservées dans un centre de vaccination parisien. Si la participation finale fut modeste avec quelques dizaines de vaccinés, la construction de ce partenariat est innovante dans les relations entre Agence et les 4 organisations syndicales impliquées, celles-ci ayant montré leur intérêt pour une action de santé publique.

B. Le partenariat avec les acteurs du logement social

Afin de toucher les 3 millions de locataires du parc social francilien, qui recourent plusieurs facteurs de vulnérabilité face à l'épidémie (niveau de revenus modeste, taille des logements et occupation, professions exercées au contact du public...), l'Agence a engagé un partenariat avec l'AORIF et l'Union Sociale pour l'Habitat visant à mieux informer les locataires. En complément de supports de communication ciblés (affiches) déjà élaborés par l'Agence, l'USH a ainsi produit des supports d'information spécifiques, au contenu validé avec l'ARS IDF, et organisé l'information aux bailleurs sur les actions de vaccination sans RDV, afin de faciliter la transmission aux locataires. Certains bailleurs se sont également proposés d'appuyer le déploiement de telles actions dans les communes où ils sont présents.

III. Déployer une coalition d'acteurs dans les territoires

Cette logique, animée par les délégations départementales, a permis de mobiliser à la fois des équipes mobiles ad hoc, désignées par les Préfets, et des démarches hors les murs des centres de vaccination. Elle s'est également appuyée dès les premières phases sur un lien étroit avec les collectivités locales, en particulier signataires de Contrats Locaux de Santé, très investies dans l'accès à la vaccination pour leurs habitants les plus fragiles, isolés ou peu mobiles. Les collectivités sont ainsi les partenaires principaux des Délégations départementales dans le déploiement de centres éphémères ou l'aide à la prise de RDV par exemple.

La multiplicité des acteurs intervenants et innovants a été décisive dans le déploiement d'actions d'aller-vers, avec plus de 1000 interventions partenariales sur le terrain entre mars et juillet 2021 : ramener-vers, équipes mobiles, barnums, vaccibus, centres éphémères avec ou sans RDV au pied des tours, sur les marchés, actions de médiation avec les communes et les associations de proximité...

Parmi ces partenaires, un des premiers est l'Assurance maladie : dès février 2021, la CPAM 93, en lien étroit avec la délégation départementale, a ainsi engagé de nombreuses actions au départ de son centre d'exams de santé de Bobigny : mise en place de créneaux de vaccination réservés aux bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat et de la Complémentaire santé solidaire, campagne d'appels téléphoniques pour proposer la vaccination aux personnes relevant de ces créneaux, puis vaccination dans les quartiers prioritaires sans RDV. Ces dispositifs, adaptés à chaque configuration, ont ensuite été partagés avec les autres DD ARS et CPAM de la région pour y être déclinés et adaptés, permettant de vacciner 40 000 personnes au 31 juillet 2021.

Cette logique de coalition a donné lieu à des partenariats inédits, tant au niveau des acteurs associatifs qu'au niveau des institutions. Depuis l'ouverture à tous les adultes de la vaccination anti-COVID, l'expérience accumulée des dispositifs d'aller-vers soutenus par l'ARS IDF a permis le déploiement d'un large panel d'actions hors les murs sans RDV dans toute la région afin de faciliter l'accès à la vaccination des Franciliens modestes, qui vivent dans les quartiers défavorisés ou ne partent pas en vacances.

IV. Porter la vaccination auprès des plus précaires

Dès le début de la campagne de vaccination en ce qui concerne les résidents âgés des Foyers de Travailleurs migrants, puis au fil des élargissements d'âge, un travail important a été fourni afin de permettre la vaccination des plus précaires, personnes hébergées, sans-abris, demandeurs d'asile, habitants des campements et bidonvilles.

1. Auprès des personnes hébergées ou accompagnées

Conjointement avec les Préfectures et les services de l'Etat en charge des politiques de cohésion sociale et de l'hébergement (DRIHL, DDEETS), l'Agence a porté cette nécessité de l'aller-vers auprès des gestionnaires d'équipements du secteur de l'accueil-hébergement-insertion et de l'accompagnement des étrangers primo-arrivants.

Lors de l'ouverture de la vaccination à tous les adultes, les associations gestionnaires de structures d'accompagnement social ont été mobilisées par les Délégations départementales conjointement avec les Préfets et les services des UT DRIHL et DDEETS, quand dans le même mouvement la DSP, la PRIF et la DRIHL ont mobilisé les têtes de réseau régionales.

Ce travail décroisé a permis notamment de toucher les structures de manière exhaustive pour leur transmettre les informations actualisées, les outils d'appui à la médiation, et la possibilité de solliciter les opérateurs de l'ARS IDF pour faire accéder leurs usagers à la vaccination soit en centre soit par équipe mobile. Ce sont ainsi 560 demandes d'intervention qui sont remontées par les structures d'accompagnement social en juin et juillet 2020.

En miroir, afin de proposer une offre de vaccination adaptée, les réseaux de santé-précarité, les PASS et les associations porteuses de dispositifs sanitaires à destination des précaires se sont mobilisés avec l'appui et parfois l'impulsion de l'Agence pour organiser des équipes mobiles (Croix Rouge, MSF, Samu Social de Paris) ou des centres de vaccination dédiés aux grands précaires (Aurore, Emmaüs Solidarités). Les centres de vaccination ont également pris une part importante dans la réponse à ces besoins, soit par la mise en place de créneaux réservés, soit par l'organisation d'équipes mobiles.

2. A la rue, en bidonvilles ou habitats informels

Dès le printemps, des associations comme Aurore ou Emmaüs Solidarités ont expérimenté avec le soutien de l'Agence la mise en place de permanences de vaccination dédiées aux personnes à la rue ou connues des accueils de jour.

De plus, concernant les personnes vivant en campement ou bidonvilles, un travail de sensibilisation et d'information est mené par les associations intervenant auprès de ces publics, en coordination avec les Préfets et les DD ARS.

3. En situation de prostitution

Les associations en lien avec les personnes en situation de prostitution (femmes, hommes et public transgenre) se sont mobilisées dès les débuts de la campagne vaccinale afin de sensibiliser ces personnes à la vaccination anti Covid-19. Depuis l'élargissement des critères d'éligibilité à l'ensemble des personnes en situation de précarité, celles-ci se sont organisées afin de favoriser le ramener vers en direction des centres de vaccination et des pharmacies de proximité. L'ARS a réuni ces opérateurs début juillet afin d'effectuer une mise en commun des leviers identifiés par les associations pour favoriser l'adhésion vaccinale, mais aussi de savoir quelles actions ont été mises en place et si des besoins ont été identifiés, l'objectif étant de proposer un soutien en terme de médiation et de sensibilisation à travers le dispositif des médiateurs lutte anti-Covid (MLAC) et de fournir les outils créés par l'Agence. A titre d'exemple, l'association le Bus des femmes réalise depuis fin juillet des séances de vaccination auprès du public du bois de Vincennes avec le concours de l'ARS pour le renfort de médiateurs en nocturne.

4. En détention

Malgré une implication très forte des soignants pour convaincre, seulement 21% de détenus ont répondu favorablement à cette incitation à date.

En plus de l'information et la sensibilisation à la vaccination, le travail de prévention consiste à déconstruire des argumentaires souvent complotistes qui circulent en milieu carcéral. Ainsi la sensibilisation demande d'être effectuée de façon individuelle : le personnel de santé a effectué du porte à porte pour s'entretenir avec chaque détenu.

Un travail de sensibilisation et d'information se poursuit auprès des personnes les plus hésitantes, notamment en proposant l'appui des MLAC auprès des USMP, dont une grande partie a validé cette proposition.

Dans plusieurs établissements pénitentiaires, des actions de dépistage et de vaccination massives sont en cours d'organisation en partenariat avec les hôpitaux de rattachement.

5. En rétention

En rétention, les MLAC ont effectué – sur trois sites différents (Palaiseau, Plaisir, et Le Mesnil-Amelot) – des séances de sensibilisation auprès du personnel policier afin de les accompagner à la construction d'un argumentaire en faveur de la vaccination apte à rassurer les personnes retenues.

Par ailleurs, l'intervention des MLAC semble être un moyen facilitant le dialogue avec les jeunes, du fait de la proximité d'âge.

PARTIE 4

Quelles leçons pour l'avenir ?

Une santé publique transformée par la crise ?

A l'issue de 18 mois de crise, il semble possible de tirer plusieurs grandes leçons et d'infléchir la pratique francilienne de la santé publique, et donc le rôle et les missions de la Direction de la Santé Publique de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France.

Les constats sont désormais bien connus :

- Le développement de stratégies en direction de populations très précaires, basées sur des logiques de coalition avec les acteurs de l'hébergement et les préfectures.
- L'émergence plus tardive de la nécessité d'intervenir dans les quartiers et communes populaires, apparues comme davantage touchées par l'épidémie.
- Le rôle reconnu des déterminants sociaux dans la genèse de la surmortalité observée dans ces territoires ; à travers cette reconnaissance, une appréhension plus concrète de leurs mécanismes, et l'énonciation de besoins de connaissances (en particulier sur les interactions entre ces différents déterminants).
- L'exigence d'équité qui s'est exprimée dans les territoires les plus touchés par l'épidémie, qui sont les moins favorisés, exigence à la fois portée en termes de réparation et de non-réitération d'une expérience traumatisante. Cette exigence, comme la réponse qui lui a été apportée, se sont notamment fondées sur la diffusion et l'appropriation de données territorialisées.
- L'appétence de nouveaux acteurs pour une démarche de promotion de la santé, qu'il s'agisse des pratiques d'« autodéfense populaire contre l'épidémie » en première vague (fabrication de masques, solidarités de proximité...), ou de l'engagement de nombreux acteurs associatifs ou institutionnels de la société civile en vagues 2 et 3.
- Le rôle joué par les établissements de santé d'une part, l'Assurance-Maladie d'autre part, en particulier dans les stratégies d'aller-vers. L'Assurance-Maladie a en particulier pris en charge des actions de prévention qui, souvent, revivifient les fondamentaux de solidarité et d'universalisme qui ont présidé à la création de la Sécurité Sociale.
- L'impact de la crise, encore non totalement quantifié, sur les autres pathologies mais aussi sur la santé psychique de catégories entières de la population, qu'il s'agisse des effets propres de l'épidémie ou des mesures de limitation.

Ces éléments, et d'autres, ont conduit à reconsidérer le rôle de la promotion de la santé et de la santé publique. Jusqu'ici ces logiques restaient moins dans le débat public que celles liées aux besoins du système de soins. C'est à un renversement des pratiques que la crise a finalement appelé.

On peut considérer que la santé publique est, par essence, une science et une pratique de la transformation sociale. De ce point de vue, les réussites qui ont été repérées dans la crise sont bien des réussites liées à des processus de transformation.

Après ces 18 mois, 8 principes d'action peuvent désormais être retenus par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France pour une santé publique renouvelée ; ces principes se recoupent en grande partie. Ils sont tous partie prenante d'une démarche focalisée vers la réduction des écarts sociaux de santé. Plusieurs d'entre eux convergent aussi vers une approche communautaire de la santé. La majeure partie passe par une collaboration renforcée avec les élus. Tous ces principes d'action ont été mis en œuvre, préparés, ou soutenus bien avant la crise – notamment dans le PRS. Mais les 18 mois qui viennent de s'écouler leur donnent une acuité singulière, et les rendent désormais incontournables non seulement pour l'Agence mais aussi pour ses partenaires.

1- Développer une stratégie de coalitions : des acteurs divers et souvent majeurs, acteurs de la société civile ont montré à la fois leur engagement et la pertinence de leur action dans le champ de la promotion de la santé. Il est proposé d'agir selon 4 axes complémentaires, susceptibles notamment de permettre une action multiniveau sur les déterminants de santé, et susceptibles également de porter une dimension de participation des habitants.

- a) Développer des « tables d'alliances » avec les grands réseaux sectoriels de la société civile (bailleurs sociaux et amicales, syndicats, grandes associations caritatives...), dont la représentativité permet des actions puissantes.
- b) Maintenir et développer des relations de proximité avec les intervenants de proximité des territoires, y compris ceux n'ayant pas de lien contractuel avec l'Agence (clubs sportifs, associations de quartiers, groupes de voisinage etc...), en trouvant des formes simples de soutien.
- c) Renforcer le rôle des coordonnateurs des Contrats Locaux de Santé comme pilotes de stratégies locales.
- d) Maintenir des espaces d'échanges de bonnes pratiques et une fluidité des questionnements entre acteurs de la promotion de la santé, acteurs de la société civile, et ARS. Les acquis du programme Covid Stop Ensemble, de la diffusion massive d'une information régionalisée et régulière, constituent un socle majeur.

2- Une intervention tournée vers les déterminants de santé élargie et plus structurelle.

La crise a montré à quel point la notion de déterminants de santé s'inscrivait dans les corps, dans les psychismes, et dans la perception commune de la vie sociale. Aujourd'hui le rôle du logement, ou celui de l'emploi, sont reconnus très au-delà des plaidoyers anciens de l'Agence. Il est possible, nécessaire, et attendu, de mettre en place des programmes spécifiques associant les grands acteurs des secteurs concernés. Parmi les pistes d'actions on citera notamment :

- La question du logement dans la diversité de ses composantes et des interfaces (logement insalubre, sur-occupé, enclavé ; statut locatif et précarité de statut ; risque d'expulsion, etc...)
- La question de l'emploi précaire et à statut fragile, et l'interface majeure entre la crainte de perte d'emploi et les pratiques de santé (soin et prévention)
- La question, fortement émergente, des ségrégations, des discriminations, et de leur impact sur la santé
- L'interaction entre pollution atmosphérique, autres déterminants de santé, et état de santé

Cet élargissement passe à la fois par la définition de besoins de connaissances, par les stratégies de coalitions vues plus haut, et par le renforcement du dialogue avec les autres politiques publiques.

3- Développer une logique de santé urbaine transformatrice. Le fonctionnement de la ville, au-delà de l'urbanisme, a été très interrogé par la crise. Les questions liées à la métropolisation, aux rapports collectifs, aux espaces collectifs et à l'équité de leur disponibilité, les questions des transports, des systèmes alimentaires, celles d'un urbanisme favorable à la santé sont apparues au cœur même de la crise, et très fortement au-delà. Il est nécessaire en Île-de-France de développer une stratégie de santé urbaine débarrassée de tout angélisme, et en capacité d'explicitier les enjeux d'inégalités en santé liés au fonctionnement de la

métropole. Cela concerne bien sûr les zones métropolitaines mais aussi les territoires enclavés et/ou périurbains.

4- Pérenniser et étendre les logiques d'aller-vers. Durant la crise, ces démarches, initiées par les équipes mobiles de dépistage, suivies des barnums de dépistage, puis reprises avec les équipes mobiles et les barnums de vaccination, ont mobilisé à la fois une dimension militante et engagée, témoignant d'un besoin chez les professionnels, et la puissance des établissements de santé. Surtout, l'aller-vers a permis d'atteindre non seulement des personnes très précaires, mais aussi des habitants de quartiers populaires, des personnes modestes, et des personnes en milieu enclavé ou rural. Plusieurs points sont nécessaires :

Conforter l'aller-vers collectif et communautaire

- Stabiliser à haut niveau les mesures du Ségur (à la fois médico-social et hospitalier)
- Pérenniser l'aller-vers dans les quartiers populaires, en maintenant la dimension multi-acteurs (acteurs locaux coordonnés par le CLS, AM, ARS)

Remettre à plat l'aller-vers individuel notamment dans le champ de la périnatalité en tenant compte des analyses de besoin, des réductions du PRADO postnatal, et des mesures du plan 1000 jours et de la contractualisation.

5- S'adapter aux nouveaux fonctionnements sociaux. L'accélération du rôle joué par l'information instantanée d'une part, le développement de systèmes dématérialisés d'appui d'autre part, constituent deux faces d'un phénomène complexe, qui pèse sur les pratiques de santé publique. D'une part, les personnes les plus éloignées, parfois les plus fragiles, sont percutées par une information non maîtrisée, non consolidée à une échelle collective ou communautaire. D'autre part, la réponse publique (par exemple pour faire face au deuil, à l'angoisse, etc...) se structure également souvent sur un mode dématérialisé et/ou individuel : plateformes téléphoniques, numéros verts, etc...

Ce mode d'échanges, qu'il s'agisse de la « pénétration de la crise dans l'intime », ou de la « réponse publique à l'intime », doit être réinterrogé, en menant une réflexion approfondie sur plusieurs aspects à la fois opérationnels, théoriques, et éthiques :

- Comment inscrire la parole publique et l'action publique dans les réseaux dématérialisés et le flux d'information, non seulement en termes de « contre-discours », mais aussi en tant qu'élément de réassurance des individus et des collectifs ?
- Comment articuler réponses dématérialisées et prises en charges présentes ?

Etc.

6- Renforcer les articulations avec l'Assurance-Maladie dans le champ de la prévention médicale et individuelle. L'Assurance-Maladie a fait la preuve non seulement de sa capacité à mettre en œuvre des actions de masse en termes de prévention individuelle (vaccination), mais aussi à contribuer significativement à la réduction des inégalités. Il est nécessaire de pérenniser cet acquis, même s'il pose des questions RH non négligeables ; plusieurs points s'imposent pour une la mise en place d'une démarche partagée AM/ARS : il faudra à la fois revisiter les actions de prévention secondaires expérimentales ou « de droit commun », et explorer les nouvelles opportunités en prévention primaire individuelle et médicalisée

7- Repositionner le rôle du système de soins dans la prévention et la promotion de la santé, et surtout dans la réduction des ISS : la prise de conscience de l'importance des approches en santé publique a été générale chez les soignants et les maillons du système de soins. Il faut s'appuyer sur cet acquis, sans pour autant revenir aux approches médico-centrées. Plusieurs pistes sont possibles

En matière d'ISS, la question majeure est désormais l'identification des caractérisations sociales dans les systèmes d'information. A défaut d'une inflexion nationale, des expérimentations régionales devraient être engagées.

Par ailleurs, les missions de santé publique des CPTS sortent peut-être renforcées de la crise, et une précision de ces missions est utile.

8- Articuler intervention de terrain, appropriation et production de données. L'une des avancées majeures de la crise est l'appropriation des données par les acteurs du champ de la santé, mais surtout par ceux qui veulent agir en santé publique. Surtout, le fait d'avoir – en IdF de façon très agile et réactive – adapté les moyens déployés en prévention à une analyse partagée des données a largement contribué à la convergence avec les acteurs locaux, et notamment des élus. La surveillance épidémiologique apparaît comme produisant des informations appropriables, à l'échelle territoriale, au-delà du seul décideur régional ; les frontières entre épidémiologie et promotion de la santé s'estompent. Par ailleurs, les utilisateurs non professionnels (élus, etc...) ont désormais une vision lucide des possibilités, mais aussi des limites, des données.

Ainsi, l'approche par le partage des données doit être modélisée avec une visée multiple :

- Mettre en place des réponses ciblées sur les territoires, dans une logique de pilotage partagé, et avec des temporalités qui varient selon les pathologies
- Mettre en place une pédagogie de l'appropriation qui permette de fonder une action

La mise à disposition de données territoriales par l'ORS est un acquis considérable de ce point de vue, qui doit être mieux valorisé.

Ces 8 principes conduisent à redéfinir le rôle de l'Agence, et de sa Direction de la Santé Publique. Nous devons assumer et porter plusieurs « façons d'être » et « façons d'agir ». Ces façons d'être et d'agir s'imposent à l'Agence, à sa DSP et aux DD en charge de mettre en œuvre les actions publiques, mais aussi à chacun des collaborateurs de la DSP qui y contribuent.

- L'Agence, sa DSP et ses DD, agissent au cœur de la société, et non en retrait ; nous nous situons parmi les habitants – notamment les moins favorisés, ceux qui ont besoin du service public. Nous devons multiplier les actions communes, trouver une dialectique de convergence y compris avec des acteurs dont les préoccupations sont loin des nôtres, et en assumant la prise de risques que cela induit. Pour cela, il faut créer des cadres de travail à la fois facilitateurs de confiance et aussi peu chronophages que possible. C'est le fondement de l'action de santé communautaire.
- Dans le même temps, l'Agence, la DSP et ses DD assument une fonction de régulation puissante, sans laquelle se déroulerait seul le « cours naturel des choses », dont on sait qu'il est producteur d'inégalités. Cette fonction passe par les missions de programmation et de financement, qui sont au cœur de notre métier. Donc nous devons arbitrer plus fermement les choix, en faveur des territoires et populations ayant le plus de besoins. C'est le fondement de l'action régulatrice, protectrice, et correctrice d'inégalités.

- Pour assumer conjointement les deux modalités précédentes de son intervention, sans que l'une semble contredire l'autre ; il faut que la régulation comme la participation aux tables de coalitions ou aux plaidoyers, s'appuient sur la transparence et la mise en débat des informations et des données, y compris en assumant la part d'inertie liée aux orientations à long terme. Cette transparence et cette mise en débats ne sont donc pas seulement des enjeux de démocratie, elles sont aussi le socle de la cohérence de l'action en santé publique.
- Ce qui est attendu de l'Agence en termes d'engagement l'est également de ses opérateurs, dont elle est comptable.
- L'Agence dans le champ de la santé publique peut et doit assumer un leadership qui est désormais souhaité par les partenaires, comme le travail sur les personnes en situation de précarité l'a montré. Elle a une mission de transmission des connaissances, avancées scientifiques, d'identification et de mise en partage des informations.
- Ce leadership et ce rôle de catalyseur induisent des responsabilités qui doivent être assumées aussi bien dans le domaine des interventions au long cours qu'en situation de crise. La situation de crise est désormais aussi l'un des champs de la promotion de la santé, et on ne pourra plus gérer de crise sans prendre en compte les enjeux d'inégalités, donc ceux de promotion de la santé.