

> **SOMMAIRE // Contents**

**PUBLICATION ACCÉLÉRÉE // Rapid communication**

Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO  
// Knowledge, attitudes, practices and impact of COVID-19 among persons living in homeless shelters in France: first results of the ECHO study ..... p. 2

**Cécile Longchamps et coll.**

*Inserm, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Département d'épidémiologie sociale, Paris*

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

**Directeur de la publication** : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France  
**Rédactrice en chef** : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, [redaction@santepubliquefrance.fr](mailto:redaction@santepubliquefrance.fr)  
**Rédactrices en chef adjointes** : Frédérique Biton-Debernardi et Jocelyne Rajnchapel-Messaï  
**Secrétariat de rédaction** : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub  
**Comité de rédaction** : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Annabel Rigou, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.  
**Santé publique France** - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>  
**Préresse** : Jouve  
**ISSN** : 1953-8030

## CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES LIÉES À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 ET SON IMPACT CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ VIVANT EN CENTRE D'HÉBERGEMENT EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ECHO

// KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICES AND IMPACT OF COVID-19 AMONG PERSONS LIVING IN HOMELESS SHELTERS IN FRANCE: FIRST RESULTS OF THE ECHO STUDY

Cécile Longchamps<sup>1</sup> (cecile.longchamps@iplesp.upmc.fr), Simon Ducarroz<sup>2</sup>, Lisa Crouzet<sup>2</sup>, Tarik El Aarbaoui<sup>1</sup>, Cécile Allaire<sup>3</sup>, Anne-Claire Colleville<sup>3</sup>, Maria Melchior<sup>1</sup> et le groupe de l'étude ECHO\*

<sup>1</sup> Inserm, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Département d'épidémiologie sociale, Paris

<sup>2</sup> EA 7425 HESPER-Health Services and Performance Research, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon

<sup>3</sup> Santé publique France, Saint-Maurice

\* Le groupe de l'étude ECHO comprend Lionel Pourtau, Pierre Anquetil, Léa Balage, Estelle Dussert, Betty Girard, Laure Luyinga Nzuzi, Hermine Metias, Nathalie Oprescu, Philippe Rebouffat-Roux (Habitat et Humanisme), Anahaid Armenian, Marianne Auffret, Perrine Leclerc (Association Aurore), Faouzi Bertrand (Groupe SOS), Mourad Bouderbail (Croix Rouge Française), Antoine Denis (SIAO 67), Christelle Witczak (Empreintes Sud 77), François Fortin (La Rose des Vents).

Soumis le 04.12.2020 // Date of submission: 12.04.2020

### Résumé // Abstract

**Introduction** – Plusieurs études mettent en évidence des conséquences plus importantes de l'épidémie de Covid-19, tant sur le plan sanitaire que sur le plan socio-économique, dans les populations défavorisées. Ceci pourrait être expliqué par le cumul de plusieurs facteurs pouvant freiner l'application des mesures de prévention de l'infection à SARS-CoV-2 et le suivi du circuit de soins. L'objectif de l'étude ECHO est ainsi d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 (gestes barrières, vaccination, symptômes et conduite à tenir en cas de symptômes) ainsi que son impact parmi les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France.

**Méthode** – ECHO est une étude transversale menée dans 18 centres d'hébergements situés principalement dans les régions de Paris et Lyon, du 2 mai au 7 juin 2020, pendant le premier confinement et le début du déconfinement. Le questionnaire, en français simplifié ou en anglais, était administré par des enquêteurs, avec l'aide d'un interprète téléphonique si nécessaire.

**Résultats** – Au total 535 participants ont été inclus. Une bonne connaissance des symptômes de la Covid-19 et une adhésion satisfaisante aux mesures de prévention et de prise en charge de l'infection (test, isolement) ont été retrouvées dans la population d'étude. Les facteurs associés à l'adoption des comportements recommandés pour lutter contre l'épidémie étaient : l'âge, le niveau de diplôme, l'activité professionnelle, la littératie en santé, la durée du séjour dans le centre et la région d'origine. Une proportion importante de renoncement aux soins pour des motifs de consultation non liés à la Covid-19, une dégradation de la santé mentale, ainsi que de la situation socio-économique ont également été observés.

**Introduction** – People experiencing socioeconomic disadvantage appear to have been especially impacted by the COVID-19 epidemic. Multiple factors could constitute obstacles to the implementation of preventive measures of SARS-CoV-2 infection and to access to health care. Persons experiencing socioeconomic disadvantage could also be more impacted by the social and economic consequences of the sanitary crisis. We aimed to study the knowledge, attitudes and practices related to the COVID-19 epidemic and its impact among persons living in homeless shelters in France.

**Methods** – ECHO is a cross-sectional study conducted in 18 homeless shelters mostly in the Paris and Lyon regions from the 2<sup>nd</sup> of May to the 7<sup>th</sup> of June 2020, during and just after the first COVID-19-related lockdown. The questionnaire was delivered by trained interviewers, with the help of an interpreter whenever needed.

**Results** – Among the 535 participants who were included, we observed a good level of knowledge of COVID-19 symptoms and satisfactory acceptance of preventive and curative measures (ex. tests, isolation). Associated factors include age, schooling level, health literacy, duration of residence in the shelter and region of origin. An important proportion of participants reported not being able to access healthcare for non-related COVID-19 reasons during lockdown, and seeing their mental health and socioeconomic situation deteriorate.

**Mots clés** : Connaissances, Attitudes, Pratiques, Covid-19, Précarité

// **Keywords**: Knowledge, Attitudes, Practices, COVID-19, Precarious

## Introduction

Le cumul de plusieurs facteurs, tels que la précarité financière, la taille des logements, le statut migratoire, une maîtrise limitée du français, ou encore une faible littératie en santé, peut être un frein à l'application des mesures de prévention et de protection contre la transmission du SARS-CoV-2 et au suivi du circuit de soins prévu chez les personnes en situation de grande précarité résidant en centre d'hébergement<sup>1,2</sup>. Par ailleurs, les personnes en situation de précarité et/ou immigrées ont un risque plus élevé d'exposition au virus, de présenter des facteurs de risque d'aggravation de l'infection et une santé mentale dégradée (anxiété et dépression notamment)<sup>3-5</sup>. Ainsi, les conséquences directes et indirectes de l'épidémie de Covid-19 sur la santé physique, mentale et sur les conditions de vie sont particulièrement importantes chez les personnes en situation de précarité<sup>6,7</sup>.

L'étude ECHO vise dans un premier temps à décrire les connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 chez les populations en situation de grande précarité vivant en centre d'hébergement durant le confinement, ainsi que l'impact de l'épidémie et des mesures de contrôle sur leurs conditions de vie, leur accès aux soins et leur santé mentale. Dans un second temps, il s'agira d'identifier les freins associés à l'application des mesures de prévention et les leviers permettant de mettre en œuvre des stratégies d'accompagnement, en intégrant les facteurs associés à l'adoption des comportements préventifs identifiés par l'Organisation mondiale de la santé d'après le modèle « *Capability-Opportunity-Motivation-Behaviour* » (COM-B)<sup>8</sup>.

## Méthode

### Population d'étude

ECHO est une étude transversale menée dans un échantillon de convenance incluant 18 centres d'hébergement volontaires gérés par des associations : 12 en Île-de-France, 5 dans le Rhône et 1 à Strasbourg. L'étude comprend un volet quantitatif et un volet qualitatif. Les données quantitatives ont été recueillies du 2 mai au 7 juin 2020, durant le premier confinement (du 16 mars au 11 mai 2020) et le début du déconfinement, grâce à un questionnaire numérique (LimeSurvey) administré lors d'entretiens individuels en face-à-face dans la majorité des cas. Quelques questionnaires ont été complétés lors d'entretiens téléphoniques et sur papier puis saisis numériquement pour des raisons logistiques (absence d'Internet, impossibilité de se déplacer). Les enquêteurs, formés, étaient les travailleurs sociaux ou bénévoles des centres d'hébergement, des bénévoles recrutés spécifiquement pour l'étude et des membres de notre équipe de recherche. Les questionnaires ont été traduits en français simplifié (à l'exception des échelles validées) et en anglais pour être administrés dans la langue du participant avec un enquêteur bilingue ou avec l'aide d'un interprète téléphonique (25% des questionnaires avec interprète téléphonique ; langues principales : arabe,

pashto, dari, tigrinya, et amharic). Compte tenu des capacités de recrutement des centres et du délai lié à l'approche du déconfinement, le calcul de la taille d'échantillon n'a pas été effectué, mais un objectif minimum de 300 sujets a été fixé. L'enquête était proposée à l'ensemble des personnes majeures ne présentant pas de troubles cognitifs ou psychiatriques empêchant le consentement éclairé dans 12 centres et à un échantillon de personnes tirées au sort dans 6 centres selon les capacités de recrutement des centres en termes de ressources humaines.

Les participants ont reçu une information écrite (français ou anglais) et orale (français, anglais ou langue du participant) concernant l'étude et signé un consentement. L'étude a reçu un avis favorable du Comité d'éthique pour la recherche (CER) de l'Université de Paris.

### Mesures

Les facteurs potentiellement associés à l'application des mesures recommandées que nous avons étudiés incluent :

- la situation socio-économique : sexe, âge, statut conjugal au centre, vivre avec un enfant, statut administratif (né en France, titre de séjour ou non), région OMS d'origine, maîtrise du français (oral, écriture, lecture) autoévaluée d'après l'échelle en quatre items de l'indicateur d'aisance en français de l'étude Elipa<sup>9</sup>, niveau d'étude, emploi avant le confinement, type de centre d'hébergement et durée de séjour dans le centre, soutien social à l'extérieur du centre (par téléphone ou message) ;
- la santé : maladie chronique déclarée, dépression mesurée avec le *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) avec un score de 10 comme seuil de dépression<sup>10</sup>, littératie en santé mesurée avec le module en cinq items « Évaluation de l'information en santé » du « *Health Litteracy Questionnaire* » (HLQ) avec la médiane comme seuil<sup>11</sup> ;
- la perception du risque lié à la Covid-19 : peur de la Covid-19 pour soi-même ou ses proches, confiance dans les informations officielles liées à la Covid-19 ;
- La période de passation du questionnaire, avant ou après le déconfinement, a également été prise en compte.

Des questions ont également été posées aux participants afin d'évaluer :

- la proportion de participants n'ayant pu consulter un médecin pour un motif non lié à la Covid-19 et les raisons ;
- la proportion de participants présentant des difficultés alimentaires ;
- l'importance de plusieurs motifs d'inquiétude liés à la crise, tels que les difficultés financières ou le ralentissement des procédures administratives ;
- l'état de santé mentale et l'évolution des consommations de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres substances addictives.

Le sexe et l'âge des personnes refusant de participer à l'étude ont été renseignés afin de comparer les participants aux non-participants à l'étude.

### Analyses statistiques

Après une analyse descriptive des variables d'intérêt et des covariables, des analyses bivariées entre les variables d'intérêt et les facteurs cités ci-dessus ont été réalisées. Les variables pour lesquelles un degré de significativité était  $\leq 0,25$  ont ensuite été intégrées aux modèles multivariés.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R.

## Résultats

### Taux de participation

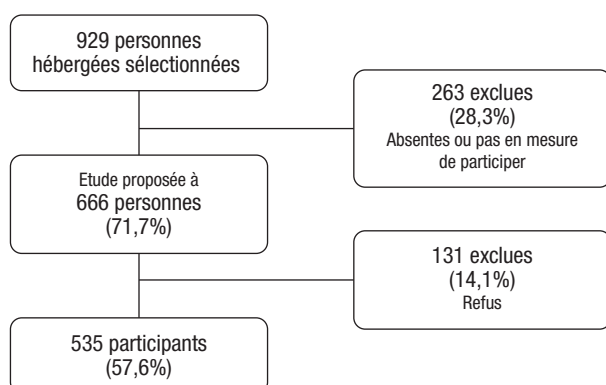
Le taux de participations à l'enquête a été de 57,6%. En effet, parmi les 929 usagers sélectionnés pour participer à l'étude, 263 n'ont pas pu être inclus car absents du centre lors de la présence des enquêteurs (emploi...) ou pas en mesure de participer (ramadan, alcoolisation excessive...) (figure). Parmi les 666 usagers auxquels l'étude a été proposée, 535 ont été inclus. Les 131 personnes ayant refusé de participer étaient majoritairement des hommes (70,7%) avec une médiane d'âge de 34 ans (IQR : 28 ans-46 ans), ces valeurs ne diffèrent pas significativement de celles observées chez les participants ( $p=0,35$  pour le sexe,  $p=0,06$  pour l'âge).

### Caractéristiques de la population

Une large majorité de participants (63,2%) a été recrutée au sein de six centres d'hébergement d'urgence (CHU) ouverts dans des hôtels réquisitionnés pour la mise à l'abri des personnes sans domicile fixe durant le confinement et deux centres d'hébergement ouverts pour la trêve hivernale, prolongée à cause de la crise sanitaire. Les autres participants (36,8%) ont été inclus dans d'autres types de centres d'hébergement, comprenant des logements collectifs ou des appartements diffus. La médiane de durée d'hébergement était de 1 mois.

Figure

**Diagramme de flux de la participation à l'étude ECHO, France, 2020**



Les participants à l'étude étaient majoritairement des hommes (75,3%), dont l'âge médian était de 31 ans (IQR : 25 ans-41 ans) (tableau 1). 478 participants (89,3%) étaient nés à l'étranger, parmi lesquels 58,6% étaient originaires d'Afrique et 74,1% sans titre de séjour. La médiane de durée de séjour en France était de 2 ans.

Plus de la moitié des participants (54,3%) déclaraient avoir une maîtrise faible, voire nulle, du français.

36,1% des participants avaient un(e) conjoint(e), mais seulement 13,8% vivaient en couple au moment de l'enquête. De même, la moitié des participants avaient des enfants (50,7%), mais seuls 20,1% vivaient avec au moins un enfant (médiane=2, min=1, max=5).

### Une bonne connaissance et adhésion aux mesures recommandées

Les principales sources d'information des participants sur l'épidémie de Covid-19 étaient les réseaux sociaux (77,6%), les proches (74,9%), la télévision (72,2%) et les informations transmises au sein du centre d'hébergement (affiches 67,5%, travailleurs sociaux 66,2%). Les participants étaient majoritairement (72,4%) satisfaits des informations diffusées par les autorités et avaient confiance en celles-ci.

Les principaux symptômes de la Covid-19 étaient bien connus par les participants : plus de 80% ont cité les difficultés à respirer, la fièvre et la toux, plus de 70% les maux de tête et de gorge, environ 60% les courbatures, le nez qui coule, l'anosmie et l'agueusie. Cependant, 33,0% des participants ignoraient l'existence d'une transmission asymptomatique.

Néanmoins, les sept mesures de prévention recommandées (tableau 2), étaient bien connues et pratiquées par une large majorité des participants (>86%). Seule exception, la limitation du recours aux transports et des sorties, moins identifiée comme une mesure préventive de l'infection à SARS-CoV-2 et moins observée. Ainsi, en moyenne 6,2 des mesures recommandées étaient connues et identifiées comme des gestes préventifs et 5,9 étaient pratiquées au moins occasionnellement.

En analyse multivariée (tableau 3), la connaissance des mesures de prévention est associée à l'âge et au niveau d'études des personnes et une meilleure connaissance a été retrouvée chez les participants originaires d'Afrique ou de Méditerranée orientale comparés à ceux originaires d'Europe. L'application des mesures était meilleure avec l'âge, ainsi qu'avec la littératie en santé. Les participants originaires d'Afrique ou de Méditerranée orientale appliquaient plus les mesures comparés à ceux originaires d'Europe. Les participants ayant un emploi ponctuel avant le confinement semblaient moins appliquer les mesures de prévention comparés à ceux travaillant tous les jours.

Le confinement était par ailleurs considéré par plus de 90,0% des participants comme une nécessité pour leur santé et celle des autres, et 89,0% se déclaraient prêts à vivre un second confinement si cela s'avérait nécessaire.

Tableau 1

**Caractéristiques sociodémographiques et de santé des participants (n=535) à l'étude ECHO, France, 2020**

	Effectifs	Proportion (%)
<b>Sexe</b>		
Homme	403	75,3
Femme	132	24,7
<b>Âge</b>		
18-24 ans	114	21,4
25-34 ans	213	39,9
35-49 ans	131	24,5
≥50 ans	76	14,2
<b>Vivant avec un(e) conjoint(e)</b>		
Non	439	86,3
Oui	70	13,8
<b>Vivant avec un enfant</b>		
Non	396	79,4
Oui	103	20,6
<b>Situation administrative en France</b>		
Né en France	57	10,8
Titre de séjour	122	23,1
Pas de titre de séjour	349	66,1
<b>Région de naissance (région OMS)</b>		
Europe	116	21,9
Afrique	277	52,3
Méditerranée orientale	125	23,6
Autre	12	2,3
<b>Type de centre</b>		
CHU ouvert pour le confinement	316	59,1
CHU trêve hivernale	22	4,1
Autre CHU	55	10,3
Autre centre	142	26,5
<b>Durée de séjour dans le centre</b>		
≤1 mois	282	54,0
1 mois-1 an	146	28,0
>1 an	94	18,0
<b>Niveau de français</b>		
Faible	288	54,3
Intermédiaire	125	23,6
Élevé	117	22,1
<b>Niveau d'études</b>		
Pas/peu scolarisé	149	28,4
Collège/lycée	202	38,6
Bac ou plus	173	33,0
<b>Emploi avant confinement</b>		
Tous les jours	71	13,8
De temps en temps	67	13,0
Non	376	73,2
<b>Couverture médicale</b>		
Protection universelle maladie	269	50,9
Aide médicale d'État	86	16,3
Aucune	174	32,9
<b>Maladie chronique</b>		
Non	383	73,9
Oui	135	26,1
<b>Littératie en santé</b>		
Faible	240	48,7
Meilleure	253	51,3

Tableau 2

**Proportion des participants connaissant et pratiquant les mesures préventives recommandées, étude ECHO, France, 2020**

	Connaissance/croyance (%)	Pratique (%)
Lavage des mains	96,4	98,5
Distance physique	93,7	91,9
Éviter les contacts physiques	90,2	88,7
Port du masque	94,5	89,7
Éternuer dans son coude/un mouchoir	87,7	86,7
Éviter de sortir	78,6	68,6
Éviter les transports	77,3	67,5

Tout comme les mesures de prévention, la conduite à tenir en cas de symptômes évocateurs de Covid-19 semblait bien comprise puisque 88,3% des participants déclaraient qu'ils iraient consulter un professionnel de santé (56,6%) ou leur travailleur social (27,7%). En outre, 88,1% seraient prêts à se faire tester (8,9% non et 3,0% hésitaient) et 89,0% à être isolés (8,2% non et 2,9% hésitaient), et ce malgré la crainte exprimée par 53,8% d'être rejetés s'ils contractaient la maladie. En analyse multivariée (tableau 4), l'hésitation ou le refus de se faire tester et isoler étaient associés à une plus faible littératie en santé. De plus, les participants hébergés depuis plus longtemps (>1 an) semblaient moins enclins à se faire tester en cas de symptômes.

Enfin, 40,9% des participants exprimaient une méfiance vis-à-vis d'un potentiel vaccin contre la Covid-19 : 29,4% n'étaient pas prêts à se faire vacciner et 11,5% étaient hésitants.

**Un impact marqué sur la situation sanitaire et socio-économique**

Le confinement a impacté le recours aux soins pour d'autres pathologies puisque 19,0% des 174 participants ayant eu besoin de consulter un médecin pour un autre motif que la Covid-19 n'avaient pas eu de consultation, soit par peur d'être contaminés, par méconnaissance du système de soins ou du fait de l'impossibilité de se déplacer ou d'avoir une téléconsultation. Chez les participants atteints d'une maladie chronique (n=135) et ayant eu besoin de consulter (n=78), 15,4% n'ont ainsi pas pu consulter.

Le confinement a également eu un impact sur l'isolement et la santé mentale des participants : 37,0% se sont sentis plus seuls qu'auparavant durant cette période et des symptômes évocateurs d'une dépression modérée à sévère étaient présents chez 28,5% des participants. Les consommations de tabac et d'alcool ont eu tendance à diminuer ou à rester stables parmi les personnes interrogées.

De plus, on observe des conséquences importantes sur la situation socio-économique des participants. En effet, si parmi les 338 participants sans hébergement mis à l'abri, 84,3% percevaient le confinement



Tableau 3

### Analyse multivariée des facteurs associés à une meilleure connaissance et une meilleure pratique des mesures préventives recommandées, étude ECHO, France, 2020

	Connaissance/croyance N=506			Pratique N=492		
	Moyenne	ORa [IC95%]	p	Moyenne	ORa [IC95%]	p
<b>Âge</b>						
18-24 ans	5,9			5,6		
25-34 ans	6,2	1,23 [0,91-1,65]	0,17	5,9	1,47 [1,09-1,98]	0,01
35-49 ans	6,2	1,42 [1,02-1,98]	0,04	6,0	1,62 [1,16-2,26]	0,01
≥50 ans	6,2	1,75 [1,18-2,62]	0,01	6,1	2,24 [1,50-3,34]	<0,0001
<b>Région d'origine</b>						
Europe	5,9			5,5		
Afrique	6,3	1,76 [1,32-2,37]	0,0002	6,1	2,03 [1,52-2,72]	<0,0001
Méditerranée orientale	6,2	1,88 [1,32-2,70]	0,0006	5,8	1,86 [1,30-2,67]	<0,0001
Autre	6,4	1,68 [0,81-3,49]	0,16	6,1	1,59 [0,73-3,45]	0,24
<b>Niveau d'études</b>						
Pas/peu scolarisé	5,8			NS	NS	NS
Collège/lycée	6,3	1,70 [1,29-2,23]	0,0001			
Bac ou plus	6,3	1,56 [1,17-2,09]	0,003			
<b>Emploi avant le confinement</b>						
Tous les jours	NS	NS	NS	5,9		
De temps en temps				5,6	0,65 [0,43-1,00]	0,05
Non				6,0	1,02 [0,74-1,42]	0,90
<b>Littératie en santé</b>						
Faible	NS	NS	NS	5,8		
Meilleure				6,1	1,28 [1,03-1,60]	0,03

Note de lecture :

Ajustement sur les facteurs associés en analyse bivariée ( $p \leq 0,25$ ) :

- connaissance/croyance des mesures de prévention : âge, région d'origine, situation administrative, maîtrise de la lecture du français, niveau d'études ;
- pratique des mesures de prévention : sexe, âge, région d'origine, situation administrative, niveau d'études, emploi avant le confinement, littératie en santé, dépression, crainte d'avoir la Covid-19 ou que la famille l'ait, soutien social, confiance dans les informations officielles, type de centre, durée de séjour au centre.

NS : non significatif.

Tableau 4

### Analyse multivariée des facteurs associés à une hésitation ou à un refus de se faire tester ou d'être isolé en cas de symptômes de Covid-19, étude ECHO, France, 2020

	Hésitation/refus du test N=529			Hésitation/refus de l'isolement N=526		
	n (%)	ORa [IC95%]	p	n (%)	ORa [IC95%]	p
<b>Littératie en santé</b>						
Faible	35 (14,6)			34 (14,2)		
Meilleure	22 (8,7)	0,51 [0,28-0,90]	0,02	22 (8,8)	0,56 [0,31-0,97]	0,04
<b>Séjour dans le centre</b>						
≤1 mois	30 (10,7)			NS	NS	NS
1 mois-1 an	15 (10,3)	1,10 [0,54-2,14]	0,79			
>1 an	18 (20,0)	2,43 [1,21-4,77]	0,01			

Note de lecture :

Ajustement sur les facteurs associés en analyse bivariée ( $p \leq 0,25$ ) :

- hésitation ou refus du test : situation administrative, maîtrise de la lecture du français, niveau d'études, littératie en santé, présence d'une maladie chronique, confiance dans les informations officielles, type de centre et durée dans le centre d'hébergement ;
- hésitation ou refus de l'isolement : région d'origine, situation administrative, maîtrise de la lecture du français, existence d'une couverture maladie, soutien social, confiance dans les informations officielles, type de centre.

NS : non significatif.

comme une protection, celui-ci a aussi aggravé des situations de précarité. Ainsi, parmi le nombre déjà faible de participants ayant un emploi avant le confinement (26,8%), seuls 12,3% ont conservé une activité identique, 19,6% percevaient le chômage et 54,4% ont perdu leur emploi et ne touchaient plus de revenus au moment du confinement.

Enfin, 44,4% des participants ont été inquiets vis-à-vis de leur situation financière et 39,0% ont rapporté des difficultés pour se nourrir (manque d'argent, associations alimentaires fermées...) et 73,6% des participants s'inquiétaient du retard pris dans leurs démarches administratives (titre de séjour, droits au chômage, couverture médicale...).

## Discussion

L'étude ECHO a permis de documenter les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec la Covid-19, ainsi que l'impact de l'épidémie durant le premier confinement au printemps 2020 dans un large échantillon de personnes en situation de précarité hébergées dans 18 centres d'hébergement. Bien que la population de l'étude ECHO ne soit pas représentative de l'ensemble des personnes précaires vivant en centre d'hébergement, la proposition systématique de l'étude, le recours à un hétéro-questionnaire en français simplifié, ainsi qu'à des enquêteurs bilingues et à des interprètes téléphoniques, nous permettent de minimiser autant que possible les biais de sélection et nous ont permis d'inclure des populations généralement peu accessibles aux enquêtes en santé. Nous n'avons observé aucune différence significative en termes de sexe et d'âge entre les personnes ayant participé et les non-participants, mais des différences en termes de caractéristiques sociodémographiques pourraient exister.

On observe au sein de notre population d'étude des connaissances et pratiques relatives à la maladie Covid-19 comparables à celles observées en population générale française, même si un biais de désirabilité sociale, donc une surestimation, ne peuvent être exclus<sup>12,13</sup>. Le déficit d'adhésion à la limitation des sorties et à l'usage des transports en commun, également observés en population générale, pourraient s'expliquer par l'exiguïté des logements, la situation souvent périphérique des centres d'hébergement, l'impossibilité de se protéger par le télétravail, donc la nécessité de se déplacer afin de conserver leur emploi, ainsi que l'absence d'alternatives aux transports en commun. L'adoption des comportements de prévention semble associée à l'âge, l'activité professionnelle, le niveau de diplôme, la littératie en santé et l'activité professionnelle, ce qui est cohérent avec les résultats retrouvés dans des enquêtes menées en population générale en France et à l'étranger<sup>13,14</sup>. Concernant la meilleure adhésion aux gestes barrières des populations originaires d'Afrique et de Méditerranée orientale, une des hypothèses que nous pouvons soulever est une plus forte sensibilisation de ces populations au risque épidémique compte tenu de la forte prévalence des maladies

infectieuses dans ces régions<sup>15</sup>. La réticence à se faire tester par les personnes hébergées depuis plus longtemps pourrait s'expliquer par la crainte de la stigmatisation et de perdre l'hébergement en cas de résultat positif, à la différence des personnes mises à l'abri de manière temporaire. D'autres études seraient nécessaires pour confirmer ces hypothèses. La forte hésitation vaccinale retrouvée au sein de notre population est également similaire à celle retrouvée dans la population française<sup>12</sup>.

Dans notre enquête, il n'était pas demandé aux participants s'ils avaient été contaminés par le SARS-CoV-2, ce qui aurait pu influencer leur comportement. Cependant au moment où nous avons mené l'étude ECHO, peu de centres déclaraient des cas suspects ou confirmés de Covid-19, et nous craignons que les participants ne souhaitent pas répondre à cette question ou la considèrent comme étant potentiellement stigmatisante.

La proportion importante de personnes ayant renoncé à des soins durant le confinement concorde avec les données en population générale en France sur la diminution majeure des recours aux urgences, y compris pour des pathologies vitales, aux médecins généralistes et spécialistes durant cette période et donc la nécessité d'évaluer les effets à moyen terme de la crise, notamment chez les populations précaires, la distribution des pathologies chroniques ou nécessitant une prise en charge urgente étant également marquée par un gradient social<sup>16</sup>. Par ailleurs, une sous-estimation du besoin de consulter et donc des renoncements aux soins est possible. En effet, on a observé dans d'autres études chez les populations précaires une plus faible perception de leurs besoins de santé et du besoin de consulter compte tenu des autres difficultés auxquelles elles font face et de la méconnaissance des services de santé<sup>17</sup>.

Malgré l'absence de données sur l'état de santé mentale dans notre population d'étude avant le confinement, une dégradation durant le confinement est possible, le taux de dépression mesuré étant supérieur (28,5%) à celui habituellement observé chez les populations en situation de précarité<sup>3-5</sup>. Ces résultats vont dans le sens des enquêtes menées en population en générale qui montrent un impact important de cette période sur la santé mentale des personnes et pointent la majoration du risque chez les personnes isolées socialement et en situation de précarité<sup>13,18</sup>. La stabilité globale des consommations d'alcool et de tabac a aussi été observée en population générale française<sup>13</sup> et pourrait dans le cas de l'étude ECHO s'expliquer par une baisse de ressources financières des personnes, le fait d'être hébergé et la période de Ramadan, mais également par l'exclusion de l'enquête des personnes ayant une consommation importante.

Enfin, si l'hébergement proposé aux personnes sans abri durant le confinement du printemps 2020 a permis de leur offrir une certaine stabilité, l'étude ECHO montre également une aggravation de la précarisation de la situation professionnelle et financière des personnes<sup>7,16</sup>.

En conclusion, notre étude montre un bon niveau de connaissance et d'adhésion aux mesures de prévention liées à la Covid-19, ainsi qu'à la conduite à tenir en cas de symptômes de la maladie chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement. Il existe cependant des disparités en termes d'information et de pratiques au sein de cette population qui doivent faire l'objet d'une attention particulière. Notre étude montre également un impact important de la crise sanitaire sur les conditions de vie et la santé mentale des personnes. La concertation des acteurs sociaux et médico-sociaux, notamment les structures d'hébergement, qui jouent un rôle majeur dans la transmission et l'adaptation des informations auprès des personnes précaires<sup>19</sup>, ainsi que la mise à disposition d'outils d'information adaptés (interprétariat, supports en plusieurs langues, diversification des canaux de communication, formation de relais communautaire...) contribueraient à améliorer la prévention et l'accompagnement (accès aux soins et aux dispositifs de prise en charge psychiatrique/psychologique, démarches administratives) des populations défavorisées.

Enfin, d'autres enquêtes visant à étudier les facteurs associés à l'adoption des comportements de prévention et aux conséquences à moyen et long terme de l'épidémie et des mesures de contrôles chez les populations en situation de précarité semblent nécessaires, afin de limiter l'impact de la crise sur le creusement des inégalités sociales. ■

### Remerciements

Nous remercions les associations Habitat et Humanisme, Aurore, la Croix-Rouge française, Empreintes, le Groupe SOS, La Rose des vents, le SIAO 67, ISM Interprétariat, l'ensemble des gestionnaires, travailleurs et bénévoles des centres pour leur investissement et leur disponibilité. Nous remercions également les autres membres d'ERES nous ayant apporté leur soutien et leur expertise : Nicolas Vignier, Cécile Vuillermoz et Ramchandar Gomajee, ainsi que toutes les personnes s'étant portées volontaires pour réaliser des entretiens. Enfin, un immense merci aux personnes hébergées ayant accepté de participer à l'étude.

### Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

### Références

- [1] Kluge HH, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *Lancet*. 2020;395(10232):1237-9.
- [2] Observatoire du Samu Social de Paris. Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative, Octobre 2014. Paris: Observatoire du Samu Social; 2014. 362 p. [https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams\\_web.pdf](https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf)
- [3] Close C, Kouvonen A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. The mental health and wellbeing of first generation migrants: A systematic-narrative review of reviews. *Global Health*. 2016;12(1):47.
- [4] Pannetier J, Lert F, Jauffret Roustide M, du Loû AD. Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. *SSM Popul Health*. 2017;3:549-57.

[5] Laporte A, Vandentorren S, Détéz MA, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E, *et al*. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the Greater Paris area, France. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2):241.

[6] Chung RY, Dong D, Li MM. Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *BMJ*. 2020;369:m1329.

[7] Bajos N, Warszawski J, Pailhé P, Counil E, Jusot F, Spire A, *et al*. Les inégalités sociales au temps du COVID-19. Questions de santé publique. 2020;(40):1-12. [https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP\\_QSP40.web\\_.pdf](https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web_.pdf)

[8] World Health Organization. Regional Office for Europe. Pandemic fatigue – reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337574>

[9] Jourdan V, Le Quentrec-Creven G, Mainguené A. Mesurer les compétences à l'écrit et à l'oral des nouveaux migrants. In: *Economie et statistique (Compétences des adultes à l'écrit et en calcul)*. 2016;490. p. 85-111. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2527155?sommaire=2527266>

[10] Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci ME, Costanza A, Serafini G, *et al*. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disord*. 2021;279:473-83.

[11] Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, *et al*. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Med*. 2018;6:2050312118801250.

[12] Kantar. COVID-19 : Perceptions et comportements dans les pays du G7, 2020. <https://www.kantar.com/fr/inspirations/health/2020-covid-19-v3-perceptions-et-comportements-dans-les-pays-du-g7>

[13] Santé publique France. Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie (CoviPrev). <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie>

[14] Luo Y, Yao L, Zhou L, Yuan F, Zhong X. Factors influencing health behaviours during the coronavirus disease 2019 outbreak in China: an extended information-motivation-behaviour skills model. *Public Health*. 2020;185:298-305.

[15] Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization; 2018. [http://awareness.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://awareness.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)

[16] Dubost CL, Pollak C, Rey S (Coord). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives. *Les Dossiers de la Drees*. 2000;62:1-40. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-inegalites-sociales-face-a-l-epidemie-de-covid-19-etat-des-lieux-et>

[17] Vuillermoz C, Vandentorren S, Brondeel R, Chauvin P. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184138.

[18] Gandré C, Coldefy M, Rochereau T. Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020. *Questions d'économie de la santé*. 2020;249:1-8.



<https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-249-les-inegalites-face-au-risque-de-detresse-psychologique-pendant-le-confinement-premiers-resultats-enquete-coclico.html>

[19] Clause-Verdreau AC, Dubosc P, Hirsch E. Résultats de l'enquête nationale « Précarité, personnes migrantes et sans-abris ». Observatoire « Covid-19, éthique et société », Espace éthique Île-de-France. 21 septembre 2020. [https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/enquete\\_nationale\\_21\\_sept.pdf](https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/enquete_nationale_21_sept.pdf)

#### Citer cet article

Longchamps C, Ducarroz S, Crouzet L, El Aarbaoui T, Allaire C, Colleville AC, *et al.* Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(Cov\_1):2-9. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov\\_1/2021\\_Cov\\_1\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_1/2021_Cov_1_1.html)