



EHESP

**Master 2 Promotion de la santé et
prévention**

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **Septembre 2022**

**Applicabilité et transférabilité d'un
projet en promotion de la santé :
exemple de CORHESAN à Marseille**



Alix FRULEUX

Sous la direction du
Dr Stanislas REBAUDET
(Infectiologue à l'Hôpital
européen et chercheur au
SESSTIM)

Remerciements

Je remercie tout d'abord mon directeur de mémoire, Dr Stanislas Rebaudet, pour sa patience, ses conseils avisés, son accompagnement et ses nombreuses relectures et sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

Je remercie également toute l'équipe du projet CORHESAN de m'avoir accueillie à nouveau chaleureusement et pour son aide dans ce travail.

Je remercie Mme Porcherie pour son suivi durant ce travail, sa réactivité et ses conseils ainsi que toute l'équipe enseignante et administrative de l'EHESP.

Enfin, merci à Mohamed Annaiy, Marie Le Chapois et Perrine Suard pour leur écoute et leur soutien.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Contexte : l'épidémie de COVID-19 en France et à Marseille	5
1.1 Contexte épidémique en France métropolitaine	5
1.1.1 Evolution de l'épidémie en France métropolitaine.....	5
1.1.2 Bilan de l'épidémie en France	6
1.2 Réponses apportées à la crise sanitaire	6
1.2.1 Une réponse largement hospitalo-centrée.....	6
1.2.2 Des interventions non pharmaceutiques pour limiter la propagation de l'épidémie	6
1.2.3 La stratégie vaccinale	7
1.3 Inégalités sociales de santé (ISS), inégalités territoriales de santé (ITS) et COVID-19 en France et à Marseille	8
1.3.1 Inégalités sociales de santé (ISS), inégalités territoriales de santé (ITS) et déterminants de la santé.....	8
1.3.2 Caractérisation de la population marseillaise	13
1.4 Initiatives locales de lutte contre la COVID-19 en France et à Marseille	14
1.4.1 Place des acteurs locaux et de proximité dans la lutte contre la COVID-19	14
1.4.2 Les initiatives locales Marseillaises	15
2 Méthodologie d'étude du projet CORHESAN et de ses perspectives	17
2.1 Analyses qualitatives	17
2.2 Analyses quantitatives.....	19
3 Résultats.....	21
3.1 Description du projet CORHESAN.....	21
3.1.1 Bases empiriques.....	21
3.1.2 Porteurs du projet	22
3.1.3 Composition de l'équipe du projet.....	22
3.1.4 Objectifs du projet.....	23
3.1.5 Evolutions du projet	24
3.1.6 Stratégies mises en œuvre	27

3.1.7	Connaissances et compétences mobilisées par les médiateurs	30
3.2	Pôle patients.....	33
3.2.1	Origine des personnes suivies par le pôle patients.....	33
3.2.2	Activités du pôle patient	34
3.3	Pôle sensibilisation	38
3.3.1	Projet hotspot covid	38
3.3.2	Explorations.....	39
3.3.3	Sensibilisations	40
3.3.4	Dépistage de masse.....	40
3.4	Bilan des activités de dépistages.....	41
3.5	Pôle vaccination	47
3.5.1	Vaccination à domicile	49
3.5.2	Vaccination au sein de structures partenaires.....	50
3.5.3	Vaccination sur la voie publique	51
3.5.4	Centre de vaccination « Bis »	52
3.6	Mise en place d'un nouveau projet de médiation en santé	53
3.6.1	Présentation du nouveau projet	53
3.6.2	Cadre d'intervention et d'évaluation	55
3.6.3	Utilisation de la médiation en santé au sein du nouveau projet	56
3.6.4	Compétences acquises et nouvelles compétences.....	57
3.6.5	Acquisition de nouvelles connaissances	58
3.6.6	Formats d'action privilégiés	58
4	Discussion.....	61
4.1	Une approche innovante inscrite dans les milieux de vie.....	61
4.2	Un contexte national et local favorable à la mise en place d'initiatives ancrées localement.....	62
4.3	Forces et faiblesses de la méthodologie d'étude.....	63
	Conclusion	65
	Bibliographie	67
	Liste des annexes	1

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CHO3 : Collectif des habitants organisés du 3ème arrondissement de Marseille

CODEPS 13 : Comité Départemental d'éducation et de promotion de la santé des Bouches-du-Rhône

CORHESAN : Coronavirus - Hôpital européen - santé

COVID-19 : Coronavirus disease 2019

CRCDC : Centre régional de coordination du dépistage des cancers

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EpiCov : Épidémiologie et conditions de vie

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEL : Infirmier diplômé d'Etat libéral

IHU : Institut hospitalo-universitaire

IRIS : Ilots regroupés pour l'information statistique

ISS : Inégalités sociales de santé

ITS : Inégalités territoriales de santé

MEDILAC : Médiateurs de Lutte Anti-Covid-19

ORS : Observatoire régional de la santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'AZUR

QPV : Quartiers prioritaires de la ville

SEPT : Santé environnement pour tous

SESSTIM : Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale

TAP : Tester-Alerter-Protéger

Introduction

L'épidémie de COVID-19, qui a sévèrement touché la France, a entraîné une crise à la fois sanitaire et sociale. L'objectif initial de la gestion de la crise sanitaire était avant tout de limiter les morts dans les hôpitaux et de freiner la transmission. Dans un premier temps, les éléments de lutte contre la progression de l'épidémie se sont donc essentiellement reposés sur la restriction des interactions sociales par le confinement du 17 mars 2020. Par la suite, le contrôle de l'épidémie a également impliqué une promotion des gestes barrière, la généralisation des dépistages et la mise en place d'isolements ciblés. Des stratégies nationales ont été mises en place comme le triptyque tester-tracer-isoler, devenu tester-alerter-protéger (TAP). Cette stratégie visait à tester massivement les populations, alerter les cas contacts et protéger les autres en mettant en place un isolement afin de rompre les chaînes de transmission. La crise sanitaire et sociale liée à l'épidémie de la COVID-19 a donc vu naître de nombreuses initiatives locales et citoyennes pour y faire face.

La crise a exacerbé les inégalités sociales et territoriales de santé de publics déjà vulnérables et a mis en évidence les différences de santé liées aux conditions de vie. Les initiatives de solidarité mises en place durant cette période ont donc eu pour objectif d'atténuer les inégalités sociales exacerbées. Cette crise a également mis en lumière la difficulté de mettre en place les recommandations nationales pour certaines populations. L'isolement à domicile, pilier de la stratégie TAP, est par exemple compliqué à mettre en œuvre lorsque les conditions de logement ne sont pas réunies.

Dans ce contexte, des actions de promotion de la santé et de prévention par une approche d'aller-vers semblent avoir toute leur place afin de toucher les publics vulnérables de manière adaptée. L'ARS définit l'aller-vers en santé ainsi : « Les démarches de « aller-vers » sont utilisées pour aller à la rencontre de personnes en situation de précarité qui ne formulent aucune demande. C'est donc l'intervenant qui effectue, généralement en allant sur leur lieu de vie, la démarche d'identifier et de rencontrer la personne ou le groupe de personnes à qui il pourra proposer son action. » (ARS Ile-de-France, 2019, p. 3). Certains dispositifs médico-sociaux comme le dispositif COVISAN à Paris ou encore Nord Covid à Marseille ont vu le jour rapidement (dès mars-avril 2020) afin d'accompagner les cas suspects ou contacts dans le dépistage et l'isolement par des actions d'aller-vers. C'est également ce qui a été mis en place par le projet CORHESAN (pour CORonavirus Hôpital Européen SANTé) à partir d'octobre 2020. Ce dispositif de médiation en santé, porté par l'Hôpital européen Marseille¹ et l'association Prospective et Coopération² et

¹ <https://www.hopital-europeen.fr/corhesan>

financé par l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA), avait pour objectif initial de briser précocement les chaînes de transmission de la COVID-19 en proposant aux patients confirmés ou suspects une aide au contact tracing, un accompagnement médico-social, et en proposant à la population des actions de sensibilisation et de dépistage ciblant prioritairement les quartiers vulnérables des 1^{er} au 8^{ème} arrondissements de Marseille. Le dispositif a porté une attention particulière aux accompagnements permettant de réunir les bonnes conditions pour l'isolement lorsque nécessaire. L'équipe a par la suite élargi ses actions en incluant des activités de vaccination.

La Haute Autorité de Santé définit la médiation en santé comme suit : « La médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer :

- l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ;
- le recours à la prévention et aux soins ;
- l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. » (HAS, 2017, p. 9).

Le projet CORHESAN ciblant spécifiquement la COVID-19 a pris fin en juin 2022. Son originalité et son efficacité dans un contexte de crise sanitaire a amené le comité de pilotage de CORHESAN, l'Agence Régionale de la Santé, la Cellule Régionale de Santé Publique France et le SESSTIM à proposer une extension de ces actions d'aller-vers et de médiation en santé à d'autres thématiques. Depuis juillet 2022, l'ARS PACA finance ainsi un nouveau projet pilote dédié au dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal ainsi qu'au rattrapage du calendrier vaccinal. Cette évolution d'un projet de santé publique utilisant une démarche d'aller-vers et de médiation en santé autour de la COVID-19 mise en place dans un contexte national et local de crise sanitaire, vers une approche structurelle de l'aller-vers et de la médiation en santé ciblant d'autres thématiques de santé, offre potentiellement des perspectives intéressantes en termes d'applicabilité et de transférabilité. Tandis que l'« applicabilité » désigne la mesure par laquelle

² <https://www.prospectivecooperation.org/>

une intervention peut être mise en œuvre dans un contexte différent (Wang et al., 2005, p. 77), la « transférabilité » désigne la mesure par laquelle l'efficacité mesurée d'une intervention peut être obtenue dans un autre contexte (Wang et al., 2005, p. 77).

Plus généralement, le présent travail se propose de dresser une capitalisation des connaissances acquises sur le projet CORHESAN. Nous nous intéresserons dans un premier temps au contexte épidémiologique et aux inégalités sociales de santé ayant un impact sur la transmission de la COVID-19 et la sévérité de la maladie. Une méthodologie mixte (à la fois quantitative et qualitative) nous conduira ensuite à décrire le projet CORHESAN, les stratégies utilisées et les résultats de terrain des trois pôles d'activité du projet. Ces premiers résultats réaliseront un bilan complet de l'action menée autour de la COVID-19 par l'équipe CORHESAN. Les perspectives et les thématiques du projet ayant débuté en juillet 2022 dédié au dépistage de trois cancers et au rattrapage vaccinal seront ensuite explorées en prêtant particulièrement attention aux notions d'adaptabilité et de transférabilité. Enfin, une discussion sera menée autour des forces du projet et de son adaptabilité pour réaliser un projet structurel de médiation en santé et d'aller-vers.

1 Contexte : l'épidémie de COVID-19 en France et à Marseille

Dans cette partie, nous étudierons le contexte épidémique de COVID-19 en France métropolitaine ainsi qu'à Marseille, les réponses gouvernementales apportées à la crise sanitaire et nous nous concentrerons sur les inégalités sociales et territoriales de santé en lien avec cette crise. Un contexte épidémique détaillé est placé en Annexe 1.

1.1 Contexte épidémique en France métropolitaine

L'épidémie de COVID-19 a été caractérisée, en France comme ailleurs, par plusieurs vagues et l'apparition de différents variants. Ainsi, jusqu'en septembre 2022, sept vagues se sont déjà succédées, avec des degrés de gravité dépendant des variants, des déterminants saisonniers et sociaux, et du niveau d'immunité de la population. Les réponses gouvernementales ont été inédites et évolutives au fil des vagues et des variants.

1.1.1 Evolution de l'épidémie en France métropolitaine

Les trois premiers cas de COVID-19 identifiés en France ont été confirmés le 24 janvier 2020 (Bernard-Stoecklin *et al.*, 2020) en France. Plusieurs clusters dans l'Est et le Nord de la France ont rapidement été identifiés et ont contribué à la propagation du virus. Ainsi, l'épidémie s'est ensuite répandue rapidement du nord-est de la France vers les régions du centre et du nord, avant de se diffuser vers le sud (Gaudart *et al.*, 2021). Le début de la crise épidémique en France est caractérisé par un manque de préparation à la fois opérationnelle et logistique (Pittet *et al.*, 2021). Face à une première vague particulièrement violente en France et à la saturation des services hospitaliers, un confinement national strict a été mis en place du 17 mars au 11 mai 2020. De mai à octobre 2020, le pays a été déconfiné. Ce déconfinement s'est accompagné de la mise en place de plusieurs mesures pour tenter de contrôler l'épidémie, notamment à travers la promotion des gestes barrières. Néanmoins, face à un impact hospitalier croissant au cours de l'automne 2020, un deuxième confinement a été mis en place. Après un déconfinement en décembre 2020, d'un nouveau variant dénommé alpha, plus contagieux que le variant initial, responsable de la troisième vague en France. Les vagues suivantes ont été également caractérisées par l'apparition de nouveaux variants majoritaires (variant delta, puis omicron BA-1, omicron BA-2 et omicron BA-5), tous plus contagieux que le précédent. Notons que la gravité de l'épidémie a été variable selon l'immunité acquise (à l'occasion d'une infection ou par la vaccination contre la COVID-19) ainsi que selon les variants. Ainsi, la quatrième vague a été plus courte que les trois précédentes, avec un nombre d'hospitalisation, d'admissions en réanimation et de décès relativement limité, les complications affectant principalement des patients n'étant

pas vaccinés contre la COVID-19 (DREES³). De plus, le variant omicron, encore plus contagieux que les précédents, est néanmoins caractérisé par la survenue relativement moins fréquente de formes sévères.

1.1.2 Bilan de l'épidémie en France

Ainsi, jusque fin juin 2022, la France cumule un total de :

- Plus de 30 millions de tests positifs ;
- Plus de 800 000 hospitalisations liées à la COVID-19 ;
- Dont plus de 130 000 en réanimation ;
- Environ 120 000 décès liés à la COVID-19.

La France a donc été particulièrement touchée par l'épidémie. Selon le rapport Pittet, elle se situait au 1^{er} mars 2021 dans le groupe des pays les plus affectés en termes de mortalité liée au SARS-CoV-2 (plus de 1000 décès par million d'habitants attribuables au virus), les autres pays très affectés regroupant principalement l'Europe et plusieurs pays américains (Pittet *et al.*, 2021).

1.2 Réponses apportées à la crise sanitaire

1.2.1 Une réponse largement hospitalo-centrée

Au cours de la première vague, la réponse à la crise sanitaire a été centrée sur l'hôpital, avec pour objectif initial de bloquer la transmission et de soigner les cas graves pour éviter les décès. L'offre hospitalière a rapidement été réorganisée, de façon réactive, en s'appuyant notamment sur le déclenchement du plan blanc (Pittet *et al.*, 2021).

1.2.2 Des interventions non pharmaceutiques pour limiter la propagation de l'épidémie

En l'absence de vaccin et de médicament efficace pour traiter les patients et ralentir l'épidémie de COVID-19, les mesures de santé publique mises en place ont initialement été des interventions non pharmaceutiques. Ces mesures sont ainsi passées par la restriction des interactions sociales et la promotion des gestes barrières. Face à la forte augmentation de la circulation de l'épidémie en France et à la tension hospitalière, des décisions gouvernementales restrictives ont été mises en place (interdiction des rassemblements, fermeture des établissements scolaires, des lieux de loisirs et de culture). Cependant, celles-ci n'ayant pas été efficaces pour endiguer l'épidémie, un confinement national extrêmement restrictif à partir du 17 mars au 11 mai 2020 a été mis en place. Le confinement a été un moyen efficace de contrôler la diffusion de la vague épidémique à travers le pays (Gaudart *et al.*, 2021). Afin de limiter la propagation du virus et face à l'apparition

³ En ligne : <http://dedewilo.free.fr/graf/?dataset=covid-19-resultats-par-age-issus-des-appariements-entre-si-vic-si-dep-et-vac-si>

de nouvelles vagues, des mesures restrictives ont continué d'être appliquées pendant la crise épidémique.

De plus, le contrôle de l'épidémie s'est traduit par la promotion des gestes barrières (distanciation sociale, port du masque, lavage et désinfection des mains, etc.). Des stratégies gouvernementales comme la stratégie tester, tracer, isoler, devenue tester, alerter, protéger (TAP) ont également visé à limiter la propagation de l'épidémie. Cette stratégie gouvernementale visait à augmenter les tests et à remonter les chaînes de contaminations rapidement afin de casser les chaînes de transmission et à isoler les cas positifs afin de protéger les autres, tout en mettant en place les supports nécessaires lors de l'isolement. Le renforcement de la stratégie TAP du gouvernement est également passée par le déploiement de médiateurs de lutte anti-COVID-19 (MEDILAC) à partir de janvier 2021 afin de renforcer l'offre en matière de dépistage et de contact-tracing. Ces médiateurs ont quatre missions principales : le dépistage, le contact-tracing, la délivrance de messages de sensibilisation et l'aide à l'isolement des personnes positives⁴.

1.2.3 La stratégie vaccinale

La campagne de vaccination contre la COVID-19 a été ouverte à la population fin décembre 2020. Les autorités sanitaires ont d'abord donné la priorité aux publics les plus vulnérables face au virus, notamment les personnes âgées ou les personnes présentant des comorbidités susceptibles d'augmenter leur risque de développer une forme grave de la maladie. La campagne de vaccination s'est déployée par classes d'âge. A partir de mai 2021, la vaccination a été ouverte à toute la population de 18 ans et plus. La vaccination a par la suite été rendue accessible aux plus de 12 ans puis aux plus de 5 ans. La plupart des vaccins disponibles nécessitent deux doses pour acquérir un schéma vaccinal complet. Par ailleurs, depuis septembre 2021, une campagne de rappel a été mise en place, ciblant également les publics les plus vulnérables face au virus dans un premier temps, avant d'être étendue à toute la population à partir de 12 ans. En juin 2022 presque 80% de la population française a reçu au moins deux doses de vaccin contre la COVID-19. Si l'épidémie touche l'ensemble de la population, et que les stratégies nationales de limitation de la propagation de l'épidémie de COVID-19 ciblent l'ensemble de la population, certaines catégories sont plus à risque d'être exposées ou de faire des formes graves de COVID-19.

⁴ ARS PACA, en ligne : <https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-mise-en-place-dequipes-mobiles-de-mediateurs-de-lutte-anti-covid-19#:~:text=Le%20Projet%20Corhesan%20port%C3%A9%20par,et%20couvrira%20prochainement%20le%209e>), consulté le 04/09/2022.

1.3 Inégalités sociales de santé (ISS), inégalités territoriales de santé (ITS) et COVID-19 en France et à Marseille

L'épidémie de COVID-19 a plus durement touché certaines catégories de population. Les déterminants socio-économiques et géographiques jouent un rôle important dans la circulation du virus, les hospitalisations ainsi que les taux de décès liés à la COVID-19. Il est donc nécessaire de s'intéresser aux inégalités sociales de santé (ISS) et inégalités territoriales de santé (ITS) susceptibles d'avoir un impact sur ces indicateurs.

1.3.1 Inégalités sociales de santé (ISS), inégalités territoriales de santé (ITS) et déterminants de la santé

Les ISS découlent d'inégalités sociales et économiques qui ont un impact sur la santé des individus mais également sur le bien-être commun et collectif (Guichard et Dupéré, 2020). Santé Publique France définit les ISS comme des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux » et qui découlent des différents déterminants sociaux. Par ailleurs, les ISS sont accompagnées d'ITS reflétant les disparités socio-économiques des territoires mais aussi dans l'offre et l'accessibilité des services sanitaires et sociaux. Ces ITS sont également le résultat des systèmes mis en place localement et qui peuvent influencer la santé (Harpet, 2020).

La littérature sur les facteurs pouvant affecter la santé et affecter les ISS et ITS est dense. Les déterminants de la santé sont par exemple présentés dans le modèle de de Dahlgren et Whitehead (cf. Annexe 2) comme interdépendants (Harpet, 2020). Selon ce modèle, les facteurs extrinsèques à l'individu (notamment, les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales) peuvent affecter la santé des individus et par conséquent expliquer les ISS. Les déterminants sociaux de la santé comprennent de multiples conditions sociales des individus, des contextes globaux dans lesquels ils évoluent à leurs milieux de vie, qui peuvent avoir une influence sur les expositions et la vulnérabilité à certaines maladies. Les conditions de vie des individus ainsi que leur environnement peuvent créer ou accentuer des écarts dans la santé des individus et dans leur capacité à la préserver ou la maintenir, générant ainsi des inégalités sociales de santé. Deux types de déterminants sont susceptibles d'influer sur les ISS. D'une part, les déterminants structuraux de la santé liés aux contextes politiques, économiques et sanitaires des individus. D'autre part, les déterminants dits intermédiaires, comprenant les conditions matérielles des individus, leurs habitudes de vie et leurs facteurs biologiques et génétiques.

Comme énoncé dans la Charte d'Ottawa, « La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments » (OMS, 1986). L'approche de la santé par milieux de vie, pilier de la promotion de la santé, permet de prendre en compte l'importance des environnements et des

conditions de vie et de travail des individus. Ces environnements et conditions constituent des déterminants de la santé qui ont une influence sur les ISS et ITS.

Il apparaît donc essentiel de s'intéresser aux facteurs et déterminants pouvant exercer une influence sur l'exposition des individus à la COVID-19 et sur les facteurs augmentant les risques de faire une forme sévère de la maladie liée au virus.

A) Facteurs de risques socio-économiques de COVID-19

Les facteurs de risque identifiés de progression de la COVID-19 vers un stade sévère sont essentiellement l'âge, le sexe et la présence de comorbidités (Gao *et al.*, 2020). Ainsi, 72% des individus hospitalisés ont 60 ans ou plus (Galiana *et al.*, 2022). Une étude écologique réalisée au niveau départemental entre mars et mai 2020 a également montré que la structure d'âge de la population était corrélée au taux de mortalité : par rapport aux départements ayant une forte proportion d'habitants âgés de 25 à 49 ans, les départements ayant une forte proportion d'habitants âgés de 50 à 85 ans et ayant une forte proportion d'habitants âgés de plus de 85 ans avaient un taux de mortalité plus élevé (Gaudart *et al.*, 2021). En outre, 52% des hospitalisations de plus de 60 ans concernent des hommes (Galiana *et al.*, 2022). L'âge est par ailleurs corrélé à davantage de comorbidités et à des défenses immunitaires plus faibles. Certaines comorbidités telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète ou l'hypertension sont autant de facteurs de risques de développer une forme sévère de la maladie.

Si l'âge et le sexe sont les principaux facteurs pouvant expliquer le développement d'une forme sévère de la COVID-19, plusieurs déterminants socio-économiques, démographiques et de conditions de vie expliquent en partie les taux de positivité à la COVID-19, ainsi que les taux d'hospitalisation et/ou de décès liés à la COVID-19.

B) Géographie

Le lieu de résidence des individus a eu un fort impact sur la prévalence du virus. Le second volet de l'enquête nationale Epidémiologie et Conditions de vie (EpiCov)⁵ concerne la séroprévalence⁶ du virus selon les conditions et milieux de vie. Des différences spatiales dans les taux d'incidence et de mortalité sont à noter. En novembre 2020, la région avec la séroprévalence la plus élevée était observée en Ile-de-France, tandis que la région PACA se situait en position intermédiaire. A l'inverse, les séroprévalences les plus faibles se trouvaient à l'Ouest du pays. La DREES a par ailleurs dressé une cartographie des départements les plus touchés par la COVID-19 en termes d'hospitalisations, selon les vagues (cf. Annexe 3). Si le département des Bouches-du-Rhône est

⁵ menée conjointement par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Solidarités et de la Santé et publiée en juillet 2021

⁶ La séroprévalence mesure la proportion de personnes positives au test sérologique, permettant de détecter la présence d'anticorps contre de virus SARS-CoV-2.

moins touché que l'Est et l'Île-de-France lors de la première vague, il apparaît dans les plus forts taux d'hospitalisation lors des trois vagues suivantes en France métropolitaine.

Ces différences géographiques peuvent s'expliquer par différents facteurs, comme le moment d'arrivée du virus sur le territoire, la structure d'âge de la population, la densité de population, le niveau économique, le système de santé, les facteurs climatiques et météorologique ainsi que les pratiques de lutte contre l'épidémie (Gaudart *et al.*, 2021).

C) Densité de population et surpeuplement

La densité de population est un facteur relevé comme ayant un impact important sur le taux d'hospitalisation et de décès liés à la COVID-19 (Amdaoud *et al.*, 2020). L'enquête EpiCoV montre par exemple que vivre dans une zone à forte densité de population est associé à une séroprévalence plus élevée (Bajos *et al.*, 2020). Ajoutons également que ce facteur de risque est d'autant plus important qu'il est fréquemment associé à une défavorisation sociale. Il a été constaté qu'au sein des communes densément et modérément peuplées les taux d'incidence et de positivité du SARS-CoV-2 étaient plus élevés et les taux de dépistage plus faibles dans les zones les plus défavorisées socialement par rapport aux zones les moins défavorisées. A l'inverse, dans les communes peu ou très peu densément peuplées, le taux d'incidence et de dépistage étaient plus faibles dans toutes les catégories de population, et le taux de positivité restait stable à travers les catégories (Vandentorren *et al.*, 2022).

Les conditions de logement des individus peuvent également être un facteur de risque d'hospitalisation. Les individus hospitalisés résident dans des logements plus petits et qui appartiennent plus souvent au parc social. Ainsi, sur les quatre premières vagues, 21% des individus hospitalisés résidaient en logement social contre 15% de la population (Galiana *et al.*, 2022). De plus, les individus hospitalisés occupaient des logements plus densément occupés que la moyenne (cf. Annexe 4). Notons également que ce facteur de risque s'accroît pour les patients hospitalisés dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans. Par exemple, plus de 37% des individus hospitalisés et âgés de 35 à 49 ans vivent dans un logement comprenant moins de 20m² par occupant contre 25% de l'ensemble des individus dans cette même tranche d'âge. Cette surreprésentation semble s'expliquer principalement par la complexité de la mise en œuvre des gestes barrières dans les logements plus densément occupés.

Le deuxième volet de l'enquête EpiCov sur la séroprévalence du virus confirme également que le surpeuplement est un facteur d'exposition au virus. Ainsi parmi leur échantillon, la proportion de personnes vivant dans un logement surpeuplé et qui ont été positives à la COVID-19 représente 10,8%, alors qu'environ 5,9% des personnes ne vivant pas dans un logement surpeuplé ont été positives à la COVID-19 (Warszawski *et al.*, 2021).

D) Gradient socio-économique

Au-delà des lieux et des conditions d'habitation, le niveau de vie des individus influence également le risque de contracter le virus. Sur les quatre premières vagues, le niveau de vie moyen des individus hospitalisés est inférieur de 6% au niveau de vie moyen de la population générale (cf. Annexe 5) (Galiana *et al.*, 2022). Par ailleurs, la surreprésentation d'individus hospitalisés avec un niveau de vie faible s'est accrue lors des troisième et quatrième vagues.

La quatrième vague dénote des précédentes (cf. Annexe 5). L'âge est en effet devenu un facteur de risque d'hospitalisation moins important alors que le niveau de vie est devenu un facteur de risque plus prononcé. Cela peut s'expliquer notamment par les effets protecteurs de la vaccination qui a d'abord concerné les populations les plus âgées, et par un plus faible recours à la vaccination dans les populations les plus modestes (Bajos *et al.*, 2022), mais peut-être également par le relâchement des gestes barrières plus prononcé dans ces populations.

E) Profession

De même, ces indicateurs sont corrélés à la part des ouvriers dans la population active. L'importance de ce facteur s'explique par une impossibilité de recours au télétravail et un risque d'exposition plus élevé dans cette catégorie sociale que dans le reste de la population (Bajos *et al.*, 2020). Le premier volet de l'enquête EpiCoV montre également qu'exercer une profession dite « essentielle » dans le domaine du soin est associée à une séroprévalence plus élevée (Warszawski *et al.*, 2021).

F) Une population plus souvent née à l'étranger

Le pays de naissance est également relevé comme un facteur de risque d'infection et de développement de formes sévères de la COVID-19. Le premier volet de l'enquête EpiCoV a montré que la séroprévalence était plus élevée chez les personnes immigrées nées hors de l'Europe que chez les personnes non immigrées. Cependant, cette différence disparaît avec la prise en compte des différences de conditions socio-économiques (le surpeuplement concerne par exemple davantage les populations immigrées d'origine non européenne) (Warszawski *et al.*, 2020 ; Bajos *et al.*, 2020). Le second volet de l'enquête EpiCoV a également constaté une séroprévalence plus élevée chez les personnes originaires d'un pays hors Europe par rapport au reste de la population, mais également chez les personnes nées en France et ayant au moins un parent immigré. Contrairement au premier volet de l'enquête, cette différence ne disparaît pas lorsque l'on prend en compte les caractéristiques socio-économiques (Warszawski *et al.*, 2021). Ce facteur de risque s'observe également au niveau des hospitalisations (Galiana *et al.*, 2022) (cf. Annexe 6). Plus de 13% des individus hospitalisés et âgés de 35 à 49 ans sont nés au Maghreb contre environ 6% de l'ensemble des individus de 35 à 49 ans.

Ce facteur de risque peut notamment s'expliquer par le niveau socio-économique associé au statut d'étranger, la présence plus fréquente de certaines comorbidités et modes de vie augmentant le risque d'être infecté ou de faire une forme grave de la COVID-19. Les populations nées hors de France font ainsi face à des facteurs d'expositions plus importants que le reste de la population comme la profession ou la difficulté de respecter les gestes barrières. (Galiana *et al.*, 2022).

G) ISS et vaccination

Il est également important de s'intéresser aux inégalités de vaccination contre la COVID-19 dans la population. Si la vaccination protège des formes sévères de la COVID-19 et limite en partie la transmission du virus, les taux de vaccination sont inégalement répartis dans la société. Le troisième volet de l'enquête EpiCoV s'intéresse aux disparités sociales dans le recours à la vaccination (Bajos *et al.*, 2022). Ainsi, plusieurs variables socio-économiques ont également un impact sur la vaccination : le niveau de vie (cf. Annexe 7), le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou le statut migratoire (Bajos *et al.*, 2022). Par exemple, en juillet 2021, 65% des ouvriers ou anciens ouvriers étaient vaccinés, contre 83% des cadres ou anciens cadres. A la même période, 55% des personnes appartenant aux 10% dont le niveau de vie est le plus faible ont ainsi eu recours à la vaccination, contre 88% des personnes appartenant aux 10% les plus aisés (cf. Annexe 7). De même, 59% des personnes immigrées originaires d'un pays hors Union européenne et 53% de leurs descendants étaient vaccinés en juillet 2021, contre 72% de l'ensemble de la population adulte.

H) Cumul des ISS face à la COVID-19

Ces inégalités de santé face à la COVID-19 sont cumulables. Ainsi, à la fin du premier confinement, les habitants des quartiers prioritaires de la ville (QPV) avaient une séroprévalence de 8,2% contre 4,5% dans l'ensemble de la population, soit presque deux fois plus (ONPV, 2020). Ces territoires combinent plusieurs facteurs de risques mis en avant plus haut. Les QPV sont en effet largement situés dans des communes à forte densité de population ; celles-ci concentrent ainsi 74% des personnes en QPV, contre 35,7% sur le reste du territoire (ONPV, 2020). De même, les logements sont plus souvent suroccupés que dans le reste de la population française. Enfin, les habitants des QPV sont également plus à risque d'exposition au virus de par leur activité professionnelle, qui permet moins souvent un recours au télétravail (ONPV, 2020).

Une étude de cohorte réalisée en France de mai à juin 2020 conclut également que certains facteurs d'exposition ne sont pas répartis également dans la population française et qu'ils sont cumulatifs. Ainsi, les facteurs d'exposition susceptibles d'augmenter le contact avec le virus, tels que la densité de population du lieu de résidence, le fait de vivre dans un logement surpeuplé et le fait d'avoir travaillé à l'extérieur du domicile pendant la période de confinement n'ont pas été

répartis de manière égale entre les groupes sociaux, certains groupes sociaux cumulant ces facteurs de risque. Selon cette étude, ces groupes sociaux regroupent les minorités racialisées, les personnes les moins éduquées, et celles dont les ressources financières sont les plus faibles. En effet, ces personnes sont particulièrement susceptibles de vivre dans des communautés à forte densité de population et dans des logements surpeuplés (Bajos *et al.*, 2021).

Les ISS peuvent également affecter le niveau de littératie en santé des individus, c'est-à-dire, « Pour une personne, la littératie en santé réfère à ses connaissances, sa motivation et ses compétences pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations sur la santé et sur les déterminants de la santé afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne[...] pour maintenir ou améliorer la qualité de vie au cours de l'existence. » (Breton *et al.*, 2020, p. 564).

Les classes supérieures s'approprient plus facilement les normes et préconisations médicales, tandis que les classes populaires ont tendance à être moins perméables aux messages de prévention sanitaires dispensés par les institutions (Gilbert, 2020). Cette difficulté est liée à la fois aux conditions matérielles qui ont pu être relevées ci-dessus, rendant complexe la mise en place concrète des messages de prévention mais aussi à la difficulté à lire et/ou à acquérir les mesures sanitaires (Brunois *et al.*, 2021). La profusion de messages médiatiques et la diversité des informations venant de différents acteurs (notamment scientifiques et politiques), parfois en opposition, ont pu compliquer l'accès à une information fiable. La compréhension et l'application des messages sanitaires dans un tel contexte s'en est donc trouvée d'autant plus entravée pour ces publics avec un faible niveau de littératie en santé (Brunois *et al.*, 2021).

Les personnes défavorisées ont donc été plus exposées à la COVID-19, tout en faisant face à des facteurs de risques plus importants de forme grave, et étant moins à même de s'approprier les informations sanitaires.

1.3.2 Caractérisation de la population marseillaise

La densité de population à Marseille est particulièrement élevée, notamment dans les quartiers du centre-ville (cf. Annexe 8). Selon l'INSEE, Marseille est ainsi qualifiée de commune densément peuplée⁷. Dans certains quartiers du nord et du centre-ville, près d'un quart des logements sont suroccupés (INSEE⁸). A Marseille, le revenu médian par unités de consommation montre une forte différence entre les quartiers Nord et Sud de la ville, les arrondissements situés au Nord de la ville ayant des revenus disponibles médians annuels en dessous de 18 100€, ce qui correspond aux

⁷ En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039883?sommaire=5040030>, consulté le 15/07/2022.

⁸ En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4484090>, consulté le 11/07/2022.

déciles 1 à 4 de revenus selon l'INSEE⁹ (cf. Annexe 9). Notons également que Marseille compte 35 QPV, localisés dans le nord et le centre de la ville¹⁰.

1.4 Initiatives locales de lutte contre la COVID-19 en France et à Marseille

Face à l'exacerbation des inégalités et aux difficultés de mettre en place les consignes nationales, des initiatives locales ont vu le jour. Nous nous intéresserons donc à la place des acteurs locaux dans la lutte contre la COVID-19 et aux initiatives marseillaises.

1.4.1 Place des acteurs locaux et de proximité dans la lutte contre la COVID-19

La gestion de la crise sanitaire en France a été fortement centralisée, laissant peu de place aux initiatives des acteurs locaux. Le rapport Pittet constate ainsi un pilotage trop vertical mené par le gouvernement auquel les élus locaux et la société civile n'ont pas été amenés à participer (Pittet *et al.*, 2021). Les acteurs de la société civile se sont néanmoins organisés, notamment autour des publics les plus précaires. Les acteurs de proximité (collectifs organisés, associations, *etc.*) se sont emparés des stratégies nationales comme la stratégie tester-tracer-isoler ou la campagne de vaccination afin de les ancrer dans les milieux de vie et de permettre aux populations plus éloignées des systèmes de soins et des systèmes sociaux de s'en emparer (Baudier *et al.*, 2020).

Comme nous avons pu le voir précédemment, les premiers éléments de lutte contre l'épidémie ont été non-médicaux et ont donc nécessité des changements de normes et de pratiques dans les comportements quotidiens de la population. Ces changements ont été mis en avant par des messages de prévention qui ont été conçus pour la population générale. Le travail des acteurs de proximité, comme les médiateurs déployés lors de la stratégie TAP a été de pouvoir rendre accessibles ces messages à tous en adaptant les discours en fonction des facteurs d'inégalités matériels et sociaux (Rousseau *et al.*, 2020). Ces adaptations se sont par exemple traduites par des consignes d'isolement adaptées aux situations et conditions de logement des individus.

Notons également que les Agences Régionales de Santé (ARS) ont mis place des dépistages dans des tentes mobiles, notamment dans des quartiers populaires en s'appuyant sur les acteurs locaux. Les approches d'aller-vers ont été d'autant plus facilitées que les associations locales s'en sont emparées et ont effectué un travail de communication auprès des populations locales (Rousseau *et al.*, 2020), comme ça a été le cas par exemple en Bretagne¹¹ où l'ARS s'est associée avec la Protection civile.

⁹ En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371207?sommaire=5371304>, consulté le 15/07/2022.

¹⁰ En ligne : http://www.polvillemarseille.fr/fr/page.htm?_ref=84, consulté le 15/07/2022.

¹¹ En ligne : <https://www.ouest-france.fr/bretagne/lamballe-armor-22400/en-images-le-depistage-covid-sur-le-marche-de-lamballe-en-cinq-questions-df040586-8d6b-11eb-b4f4-a825bc036020>, consulté le 29/08/2022.

1.4.2 Les initiatives locales Marseillaises

A Marseille, comme dans d'autres villes, plusieurs initiatives de solidarité ont vu le jour lors du premier confinement. Cette solidarité est notamment passée par l'aide alimentaire organisée par des associations déjà implantées sur le territoire (Secours Populaire, Restos, du Cœur, Croix-Rouge, *etc.*), mais aussi par des émanations citoyennes. Par exemple, le Groupe d'Entraide du 3^{ème} arrondissement, mis en place par le Collectif des habitants organisés du 3^{ème} arrondissement (CHO3), avait pour but d'organiser la solidarité entre habitants à travers une plateforme téléphonique. D'autres actions sociales de distribution de nourriture ont été réalisées, notamment par le McDonald's social de Saint Barthélémy¹².

Certaines initiatives ont également mis en place des actions autour de l'aide à l'isolement et au dépistage dès le premier confinement. En effet, le collectif Nord Covid¹³, réunissant plusieurs associations (Santé Environnement Pour Tous [SEPT], Médecins Sans Frontières), des structures de santé (le Château en Santé, la Maison Régionale de Santé Malpassé) et l'Hôpital Nord, s'est organisé pour mettre en place des centres de diagnostic et d'orientation dans les quartiers Nord de Marseille. Le collectif partait du constat de terrain que la COVID-19 affectait possiblement davantage les habitants de ces quartiers, alors que l'offre de dépistage y était plus restreinte. Médecins Sans Frontière et SEPT y ont donc proposé un accompagnement médico-social (notamment par du portage de colis alimentaire et un suivi à domicile)

Notons également qu'à Marseille, l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) a proposé dès le premier confinement un dépistage ouvert à tous les cas suspects, même non sévères, en avance sur les recommandations nationales en vigueur à l'époque. En avril 2020, 2,5% de la population marseillaise avait ainsi réalisé un test à l'IHU (Site officiel de l'IHU¹⁴).

Face à ce contexte épidémique et l'observation d'inégalités sociales de santé à Marseille, le dispositif CORHESAN a été mis en place en octobre 2020. La présente étude a suivi le travail de son équipe pendant quatre mois pour en faire le bilan et pour appréhender les perspectives du dispositif. Afin de comprendre comment le dispositif a tenté de répondre aux besoins des populations les plus touchées par la crise sanitaire, nous présentons donc notre méthode dans la partie suivante de ce travail.

¹² Ancien McDonald's transformé en banque alimentaire, situé dans le 14^{ème} arrondissement et proposant une aide alimentaire dès le premier confinement.

¹³ Apothéloz, C. (2020, 23 avril). Covid-19 : la société civile ouvre deux centres de diagnostic et d'orientation dans les quartiers nord. Gomet' Santé. Consulté le 12 mars 2022, à l'adresse <https://gomet.net/covid-19-la-societe-civile-quartiers-nord/>

¹⁴ En ligne : <https://www.mediterranee-infection.com/point-sur-lepidemie-de-covid-19-a-marseille/>, consulté le 15/08/2022.

2 Méthodologie d'étude du projet CORHESAN et de ses perspectives

Ce travail a été réalisé en suivant une méthodologie mixte, associant l'analyse de données quantitatives et qualitatives. La littérature montre que les méthodes mixtes ont l'avantage de « permettre l'intégration de plusieurs perspectives et sont, par conséquent, un atout pour étudier les interventions et programmes complexes, multidisciplinaires notamment dans le domaine de la santé et plus particulièrement en santé publique. » (Guével et Pommier, 2012, p. 24). Il nous a donc paru pertinent d'analyser le projet CORHESAN, projet multidisciplinaire, en utilisant ces méthodes.

L'enquête de terrain a été conduite au sein de l'équipe du projet CORHESAN à l'Hôpital Européen de Marseille pendant quatre mois d'avril à août 2022. Ce choix du terrain s'est effectué suite à une expérience professionnelle de médiation en santé réalisée en 2021 au sein de cette même équipe.

2.1 Analyses qualitatives

Les données qualitatives ont d'abord été recueillies par observation quotidienne au sein de l'équipe CORHESAN et par une observation active et participante au sein des actions menées. Il nous a donc été possible de suivre l'équipe au cours de leurs activités quotidiennes, notamment de dépistage et de vaccination.

L'objectif de ces observations participantes était de comprendre le fonctionnement de l'équipe, leurs moyens et formats d'actions et les différents outils utilisés. Afin d'appréhender les relations entre l'équipe et les bénéficiaires et l'équipe et les partenaires, nous avons prêté attention à leurs interactions. Les observations ont donc cherché à montrer comment les actions d'aller-vers et de médiation en santé se traduisent concrètement au sein du projet CORHESAN. Les données ont été recueillies par prise de note directe et complétées après chaque observation.

Notons que notre terrain d'observation a été particulièrement riche à deux égards. Dans un premier temps, l'équipe a été amenée à réaliser des dépistages réguliers pour les réfugiés ukrainiens arrivés à Marseille et logés dans diverses structures d'accueil. Des actions de vaccination à destination de cette population ont également été mises en œuvre. L'équipe a donc partiellement réorganisé partiellement ses activités afin de pouvoir prendre en charge cette nouvelle demande, et nous avons pu participer à l'organisation et à la conduite de certaines de ces actions. En second lieu, l'équipe CORHESAN a en parallèle commencé à préparer les actions d'un nouveau projet de médiation en santé au-delà de la COVID-19 à partir de juillet 2022. Nous avons ainsi participé à plusieurs actions intitulées « Parlons santé » consistant à interroger des personnes rencontrées sur la voie publique ou en pied d'immeuble et à sur leur santé, tout en continuant à proposer du dépistage et de la vaccination contre la COVID-19. De nombreuses

réunions d'équipes visant à préparer la suite du projet ont également été menées au cours de notre terrain, dont le dernier mois d'observation nous a permis d'appréhender les débuts de la mise en œuvre

La partie qualitative du recueil des données comprend des entretiens qualitatifs avec les membres de l'équipe CORHESAN et certains partenaires clés du projet. Au total, 21 personnes ont ainsi été interrogées dans des entretiens semi-directifs allant de 30 minutes à 2 heures :

- Le médecin infectiologue du projet
- Les deux coordinatrices au cours d'un entretien croisé
- Une assistante sociale associée au projet
- Cinq médiateurs en santé
- Trois infirmières libérales participant régulièrement aux actions du projet
- Une pharmacienne associée au projet
- Une bénévole du collectif des habitants organisés du 3^{ème} arrondissement (CHO3) associée au projet
- La responsable du Service prévention pour le département des Bouches-du-Rhône au sein de l'ARS PACA
- Un épidémiologiste de Santé Publique France impliqué dans le projet *Hotspot covid*
- Un statisticien de l'ARS impliqué dans le projet *Hotspot covid*
- Trois associations partenaires dont
 - o Le président de l'association Santé environnement pour tous (SEPT)
 - o La coordinatrice de l'association Afrisanté
 - o La coordinatrice du Programme squat et bidonvilles à Marseille pour Médecins du monde
 - o L'infirmière du centre d'hébergement et de réinsertion sociale de l'Armée du Salut

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, à l'exception d'un entretien mené par visioconférence. Ils ont été réalisés le plus souvent sur le lieu de travail des enquêtés. Des grilles d'entretiens avaient été validées au préalable par le tuteur de stage. La plupart des entretiens ont été enregistrés et retranscrits partiellement, d'autres ont fait l'objet d'une prise de notes directe.

Les observations de terrain ainsi que les entretiens ont été facilités par une connaissance préalable de l'équipe et par l'appui du tuteur de stage.

L'analyse des données qualitatives recueillies a été réalisée thématiquement. A partir des grilles d'entretiens et des propos des enquêtés, nous avons donc fait ressortir plusieurs grands thèmes qui constitueront les résultats, notamment les grandes étapes du projet, l'équipe le composant et leurs relations et les stratégies mises en œuvre pour le réaliser, (aller-vers, médiation en santé, connaissance du tissu médico-social local). Nous avons également recueilli les points forts et les

points faibles du dispositif selon les enquêtes. Les entretiens avec les membres de l'équipe ont également permis de se focaliser sur chaque pôle d'activité selon leurs missions au sein de l'équipe.

2.2 Analyses quantitatives

Les données quantitatives sur les résultats des activités du projet ont d'abord été recueillies à partir du tableau Excel de *reporting* mis en place par l'équipe CORHESAN pour le suivi des activités du projet, compilant toutes les personnes dépistées, accompagnées ou vaccinées, conformément aux règles du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données). Ces données nous ont ainsi permis de produire des statistiques sur les dépistages et les vaccinations, selon les différentes modalités de leur mise en œuvre et leur évolution dans le temps. Ces données ont été traitées à partir du logiciel Excel. Il a été choisi de compiler les données de façon hebdomadaire.

Les données du projet ont également été croisées avec les données mise à disposition par le gouvernement sur la COVID-19 dans le département des Bouches-du-Rhône¹⁵. Il a donc été possible de comparer l'activité du projet avec les taux de dépistage, taux d'incidence et taux de positivité du département. Ces jeux de données ont fait l'objet d'un traitement préalable par le tuteur de stage.

Il a été choisi de traiter les données quantitatives de suivi des personnes jusqu'au 31 mars 2022, soit trois mois avant la fin du projet dédié à la COVID-19.

La récolte des données quantitatives et qualitatives et leurs analyses ont été réalisées conjointement. Les résultats des deux analyses seront présentés de manière complémentaire. Ils permettront d'explorer d'autres pistes, de comprendre et d'expliquer certains résultats de manière plus approfondie (Guével et Pommier, 2012).

¹⁵ En ligne : <https://www.data.gouv.fr/fr/pages/donnees-coronavirus/>

Sur les données hospitalières relatives à l'épidémie de COVID-19 : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/r/6fadff46-9efd-4c53-942a-54aca783c30c> et <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/r/63352e38-d353-4b54-bfd1-f1b3ee1cabd7>.

Sur les données des laboratoires pour le dépistage : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/r/ca490480-09a3-470f-8556-76d6fd291325>

3 Résultats

3.1 Description du projet CORHESAN

3.1.1 Bases empiriques

Les réflexions des initiateurs du dispositif CORHESAN¹⁶ se sont dans un premier temps basées sur les expériences menées dans le contrôle des épidémies et plus particulièrement dans la lutte contre le choléra en Haïti. A partir de 2013, des équipes mobiles constituées de médiateurs et d'infirmiers ont en effet été chargées de se rendre dans les familles des malades et dans leur voisinage afin de sensibiliser les habitants, distribuer des kits de prévention (produits de traitement de l'eau et récipients de stockage, savons...), identifier d'autres personnes qui pourraient être touchées par le choléra et éventuellement proposer une antibioprophylaxie aux sujets contacts les plus à risque¹⁷ (Rebaudet *et al.*, 2021). Cette stratégie de lutte contre le choléra a été mise en place à l'échelle du pays en partenariat avec UNICEF et le Ministère de la Santé Haïtien. Une cinquantaine de milliers d'interventions ont été menées en six ans, et elles ont joué un rôle indéniable dans l'élimination de la maladie en 2019 (Rebaudet *et al.*, 2021).

En ce sens, les équipes CORHESAN répondent au même objectif qui est de casser les chaînes de transmission de l'épidémie de COVID-19, et d'éviter qu'elle ne prenne de l'ampleur au niveau local. La mise en place des équipes mobiles de CORHESAN est ainsi partie du constat qu'il était possible d'adapter ce concept aux spécificités de la COVID-19 en France. Deux autres projets similaires ont d'ailleurs vu le jour en France : le projet COVISAN à Paris porté par l'AP-HP¹⁸ en avril 2020 et le projet YANACOV à Guyane en juillet 2020. Stanislas Rebaudet, médecin infectiologue à l'Hôpital Européen et chercheur à l'Institut des sciences de la santé publique d'Aix-Marseille (ISSPAM), a ainsi participé au lancement et à l'évaluation des équipes mobiles contre le choléra en Haïti, à la rédaction du projet COVISAN à Paris et au lancement du projet YANACOV, avant d'être à l'origine du projet CORHESAN à Marseille. Le rapport Pittet note d'ailleurs sur le projet COVISAN : « Il est dommage que le dispositif COVISAN, porté par l'AP-HP sur certains territoires de la région Ile-de-France, n'ait pas été davantage déployé pour apporter des réponses notamment à des catégories de population perplexes devant la situation, moins autonomes ou devant faire face à des situations plus complexes. COVISAN a en effet montré tout l'apport d'un contact plus

¹⁶ Stanislas Rebaudet, médecin infectiologue à l'Hôpital Européen et chercheur à l'Institut des sciences de la santé publique d'Aix-Marseille (ISSPAM), UMR SESSTIM; Jean Gaudart, professeur de santé publique à la faculté de médecine d'Aix-Marseille Univ et chercheur à l'ISSPAM; et l'appui de Renaud Piarroux, professeur de parasitologie-mycologie à la Pitié-Salpêtrière.

¹⁷ L'antibioprophylaxie est une antibiothérapie préventive.

¹⁸ à l'initiation de Renaud Piarroux

personnalisé en présentiel et d'une écoute tenant compte des contextes, permettant une pédagogie adaptée et un accompagnement qui facilite réellement le respect de l'isolement. » (Pittet et al., 2021, p. 122)

Ainsi, l'apport d'un suivi proche des personnes, tenant compte de leur contexte semble donc avoir tout son sens dans l'accompagnement autour de la COVID-19. CORHESAN a justement eu pour objectif de répondre au mieux aux besoins des individus et familles en leur apportant un suivi personnalisé.

3.1.2 Porteurs du projet

Depuis son origine, le projet CORHESAN est financé par l'ARS PACA. Il est porté par deux structures : l'Hôpital Européen et l'association Prospective et Coopération. Il bénéficie enfin du soutien scientifique de l'unité mixte de recherche SESSTIM¹⁹ de l'ISSPAM. L'Hôpital Européen est un établissement de santé privé à but non lucratif situé dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille²⁰. L'association Prospective et coopération vise à promouvoir des politiques et des pratiques innovantes en créant des passerelles entre chercheurs académiques et praticiens de différentes disciplines et structures dans le domaine de la coopération et du développement²¹.

3.1.3 Composition de l'équipe du projet

L'équipe du projet est composée de la coordination, de médiateurs, d'infirmiers libéraux (IDEL) et est appuyée par l'équipe médico-sociale de l'Hôpital européen. La coordination est pluridisciplinaire. Une coordinatrice logistique et stratégique, ayant travaillé dans la gestion de projets humanitaires gère le projet et l'équipe à temps plein. Une coordinatrice infirmière, cadre de l'hôpital, est également dédiée à temps partiel au projet. Enfin, un médecin infectiologue de l'hôpital coordonne également le projet à temps partiel. Des médiateurs en santé, ayant des profils diversifiés, constituent le cœur du projet. Partie de trois médiateurs au début du projet, l'équipe s'est peu à peu renforcée pour atteindre un effectif de huit médiateurs en avril 2021. En avril 2022, les médiateurs étaient au nombre de six. Une dizaine d'IDEL ont également participé au projet, sur un format de vacation à la demi-journée. Deux volontaires de services civiques ont également rejoint l'équipe pendant sept mois en 2021 pour aider l'équipe dans ses missions. Des bénévoles du CHO3 ont également participé aux activités.

Notons également que le dispositif a été appuyé par l'équipe logistique et technique de l'Hôpital européen (ressources humaines, laboratoire d'analyse, etc.) et plus particulièrement par une assistante sociale.

¹⁹ Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale

²⁰ <https://www.hopital-europeen.fr/rubrique/6>

²¹ <https://www.prospectivecooperation.org/prospective-cooperation/>

3.1.4 Objectifs du projet

Dans ce contexte, le projet CORHESAN est parti du constat que si les efforts de gestion des cas positifs de COVID-19 ont été largement orientés vers l'hôpital, il était compliqué pour certaines populations vulnérables dans la population marseillaise de mettre en place leur isolement (conditions de logement ne le permettant pas, difficultés alimentaires, etc.). Ainsi, le projet ciblait les publics vulnérables, dans un premier temps du 1^{er} au 3^{ème} arrondissements puis jusqu'au 8^{ème}. Il est ainsi parti du constat que la COVID-19 touchait plus durement les personnes les plus pauvres et les plus éloignées des systèmes de soin. Le recours aux équipes mobiles ainsi que les activités mises en place dans ces projets visaient à avoir un impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans ce contexte particulier.

Au départ, le projet visait donc à proposer aux patients suspects ou positifs à la COVID-19 un accompagnement médico-social visant à limiter la survenue des cas secondaires et casser au plus tôt les chaînes de transmission en :

- Éduquant les patients et leur entourage aux mesures barrières et en menant des activités de sensibilisation dans tous les quartiers ;
- Réalisant le contact tracing des personnes positives à la COVID-19 ;
- Proposant un dépistage des cas contacts ;
- Proposant des tests de dépistage pour le SARS-CoV-2 dans les quartiers les plus touchés et/ou les moins dépistés ;
- Distribuait des kits de protection individuelle ;
- Identifiant les besoins sanitaire et social (hébergement, aide alimentaire, portage de courses, suivi médical, etc...) et les obstacles existants à la lutte contre la propagation du virus ;
- Activant les dispositifs d'assistance nécessaires par la mise en relation des acteurs pertinents et en organisant un accompagnement médico-social complet pour les patients suspects ou confirmés COVID-19.

Ainsi, un accent particulier a été mis sur l'accompagnement des personnes dans leur isolement, en prenant en compte leur milieu de vie quotidien, dans l'objectif de casser les chaînes de transmission. L'une des coordinatrices décrit ainsi la naissance du projet :

« L'idée, c'était vraiment d'apporter une réponse pratique dans l'accompagnement autour du COVID, de façon très large. Donc ça allait du contact tracing simple à un dépistage, en passant par l'accompagnement, et l'appui à l'isolement dans toutes ses composantes. C'est-à-dire que si un patient est positif, qu'il vit dans un tout petit appartement où il ne peut pas s'isoler dans de bonnes conditions, qu'est-ce qu'on peut lui proposer ? Et s'il ne peut pas aller faire les courses parce que toute sa famille est isolée ? Il lui faut un colis alimentaire. Et, si les enfants sont scolarisés, ils vont être

isolés pendant longtemps. Est-ce qu'on ne peut pas, par le voisinage, récupérer les devoirs ou communiquer avec l'école ? Voilà, c'était vraiment essayer de réunir, d'optimiser toutes les conditions pour que les personnes, d'une part, soient correctement dépistées et accompagnées et d'autre part prévenir l'aggravation de certains patients. » (Coordinatrice du projet CORHESAN)

Les entretiens avec les équipes du projet relèvent que le projet était initialement centré sur l'accompagnement des personnes positives à la COVID-19 et à leur entourage proche.

« Au début, on était très centré sur le côté « service à la personne ». On allait chez les personnes, on faisait un test à domicile et on faisait le suivi. On apportait un colis alimentaire si besoin, on passait un coup de téléphone pour savoir comment les personnes allaient. » (Médiateur du projet CORHESAN)

« Quand je suis arrivé, c'était principalement porté sur l'assistance, l'isolement, l'appui à l'isolement et le contact tracing » (Médiateur du projet CORHESAN)

Comme nous avons pu le voir dans le contexte, le projet a été créé alors que la stratégie tester, tracer, isoler était mise en place. Les actions s'inscrivaient donc dans cette logique, tout en prêtant une attention particulière aux besoins spécifiques des populations plus vulnérables.

3.1.5 Evolutions du projet

Le projet CORHESAN a très largement évolué, à la fois face aux contextes et recommandations nationales mais aussi grâce à une innovation constante mise en œuvre par l'équipe afin de toucher les publics cibles. Ainsi, les entretiens et les observations menées avec l'équipe montrent tous de nombreuses évolutions dans les activités et dans les techniques par rapport au début du projet.

Trois grandes évolutions sont à noter, en tenant compte du contexte local et national. L'évolution du contexte local a d'abord amené CORHESAN à travailler sur les publics précaires. Le contexte national a ensuite permis au projet de s'inscrire dans le dispositif MEDILAC. Enfin, l'équipe et les activités du projet se sont élargies, afin notamment de proposer des actions de vaccination contre la COVID-19 aux publics éloignés du soin.

A) Evolution du contexte local

Tout d'abord, l'entretien avec les coordinatrices du projet montre l'importance de la fin du projet COVID-HOMELESS. Ce programme de recherche opérationnel lancé en juin 2020 par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) en partenariat avec Médecins du Monde, le SESSTIM, le CEReSS²², Prospective et Coopération et la coordination ASSAb, avait pour objectif de mettre en

²² Centre d'Etudes et de Recherche sur les Services de Santé et la Qualité de Vie, d'Aix-Marseille Université

avant l'impact de la COVID-19 chez les plus précaires et notamment les sans-abris. Ce projet s'est également orienté vers de l'intervention auprès de ces publics. Prenant fin en décembre 2020, l'équipe de COVID-HOMELESS a passé le relais à CORHESAN afin de poursuivre les interventions auprès de ces publics. Si les médiateurs ne font pas mention de cette évolution, les coordinatrices du projet la voit comme un moment clef du projet :

« C'est quand même le moment clé ou COVID-HOMELESS se retire en constatant qu'il n'y a pas d'autre acteur et en disant qu'il faut que quelqu'un continue à intervenir là-dessus. Nous, à ce moment-là, on s'est vraiment orienté vers la précarité. C'est même devenu, à un moment donné, peut-être dominant par rapport à la population générale et à l'idée initiale et on a récupéré une partie de l'activité précaire. »

(Coordinatrice du projet CORHESAN)

Ainsi, quelques mois après le début du projet, l'équipe travaillait en partie sur les publics précaires et réalisait ainsi des interventions avec des acteurs de la précarité. Si les médiateurs n'identifient pas la fin du projet COVID-HOMELESS comme une évolution importante du projet, ils font cependant tous mention du public précaire comme l'un des publics prédominant du projet.

B) Affiliation MEDILAC

La deuxième évolution clef du projet, tenant au contexte national, a été l'affiliation du projet CORHESAN au dispositif national MEDILAC, obtenue fin janvier 2021. Les entretiens réalisés avec les membres de l'équipe étant arrivés avant cette date font mention de cette évolution. Comme décrit plus haut, les médiateurs de lutte anti-COVID (MEDILAC) ont été mis en place à l'échelle nationale dans le cadre de la stratégie TAP en janvier 2021, avant de prendre fin au 1^{er} juillet 2022. La mise en place des équipes MEDILAC au niveau national a permis au projet de prospérer, notamment financièrement : *« Le fait qu'il y ait ce dispositif MEDILAC national nous a garanti une certaine pérennité dans le projet »*. Les entretiens menés avec l'ARS et la coordination montrent cependant la spécificité de l'équipe CORHESAN par rapport aux autres opérateurs MEDILAC de la région PACA. Dans le département des Bouches-du-Rhône, les médiateurs de lutte anti-COVID ont été portés par quatre structures différentes afin de couvrir l'ensemble du territoire, dont deux à Marseille : CORHESAN (conduit par l'Hôpital Européen et Prospective et Coopération) pour les arrondissements 1 à 8 de Marseille , l'association Santé environnement pour tous (SEPT) pour les quartiers est et nord de Marseille (arrondissements 9 à 16), la Croix-Rouge française ainsi que l'association Apport Santé pour le reste du département. Les deux équipes marseillaises menaient déjà des interventions de prévention avant leur intégration dans le dispositif MEDILAC. Ces équipes ont par conséquent gardé leurs spécificités, comme on le note à l'ARS :

« On s'est retrouvé avec 4 opérateurs très différents avec la même mission. Tout en veillant à ce qu'ils respectent le cahier des charges, j'ai quand même laissé leurs différences agir. Les équipes marseillaises, ce qui les caractérisait, c'était d'abord qu'elles avaient fait une proposition avant le dispositif MEDILAC et que cette proposition était venue d'un souhait d'intervenir sur le terrain. Et cette différence initiale a été conservée tout le temps, les 2 équipes marseillaises, elles sont très dynamiques, elles sont très inventives, elles ont des liens particuliers, donc elles se sont mises à vacciner, elles se sont mises à proposer des actions, participer à des fêtes de quartier, ... ». (Responsable du Service prévention ARS PACA)

Les coordinatrices de CORHESAN relèvent également l'esprit d'initiative du projet, qui a régulièrement placé l'équipe en précurseur sur de nombreuses interventions ou méthodes d'intervention. Elles montrent par exemple l'importance de travailler avec des partenaires, ce qui n'était à l'origine pas la manière d'intervenir des équipes MEDILAC. Par ailleurs, si le mandat des MEDILAC est concentré sur la population générale, les équipes marseillaises se sont davantage orientées vers la précarité, certainement plus concentrée en milieu urbain. Notons également que la spécificité de l'équipe CORHESAN est d'être adossée à un hôpital. Ainsi, les enquêtés au sein de l'équipe montrent que les médiateurs de CORHESAN ont bénéficié de temps médical disponible, permettant d'avoir régulièrement des formations sur la COVID-19 et ses implications. De plus, l'équipe avait facilement accès aux équipements de protection individuelle de l'hôpital.

C) Evolutions de l'équipe et des activités

D'autres évolutions au sein même de l'équipe et du projet sont également à noter. A partir de février 2021, les activités se sont déployées sur un plus grand territoire couvrant les 1^{er} au 8^{ème} arrondissements de Marseille. En février puis en avril 2021, l'équipe s'est agrandie pour accueillir au total cinq autres médiateurs, portant alors le nombre de médiateurs à huit.

Les moyens humains et financiers disponibles ainsi que la mise en place de nombreux partenariats ont permis la diversification des activités. Ainsi, les actions de sensibilisation se sont intensifiées. L'évolution majeure dans les activités du projet, identifiée par toutes les personnes interrogées de l'équipe, a été le déploiement de la vaccination en s'appuyant sur les ressources infirmières et médicales du projet.

L'élargissement de l'équipe et la diversification des activités a amené des changements dans l'organisation du projet. L'équipe a alors été divisé en trois pôles : pôle patients, pôle sensibilisation et pôle vaccination, qui feront chacun l'objet d'une description de leurs activités.

3.1.6 Stratégies mises en œuvre

Pour mener à bien les activités et toucher les publics cibles du projet, plusieurs stratégies ont été mises en place.

A) Aller-vers

Le projet reposait avant tout sur des activités d'aller-vers. Dans ce cadre, les équipes mobiles de CORHESAN ont en effet réalisé des actions d'aller-vers afin de toucher les personnes en situation de vulnérabilité et de précarité. Ces actions se traduisaient par des visites à domicile chez les personnes suspectes ou positives à la COVID-19 afin de proposer du dépistage de la COVID-19 ainsi qu'une aide à l'isolement. Elles consistaient aussi à organiser des activités au plus près des lieux de vie des publics cibles (chez des partenaires, dans la rue, en pied d'immeuble, en porte à porte, etc.). Ces actions sont également passées par des explorations dans les quartiers d'intervention du projet.

Plusieurs personnes interrogées, dont des professionnels de santé, la bénévole, la responsable du Service prévention de l'ARS et les équipes salariées évoquent la pertinence de l'aller-vers pour permettre des actions correspondant aux besoins des individus :

« Cette action d'aller vers, ça a toute son importance. Parce qu'il y a une population qui est en rupture de soins. Ce n'est même pas forcément une question d'argent, c'est une question de confiance. » (IDEL associé au projet CORHESAN)

« Pour toucher mieux les personnes, il faut aller vers eux. Il y a des gens qui n'ont pas d'information et qui ne peuvent pas se déplacer. Le fait d'aller dans les structures, d'aller chez les gens, tu vois vraiment leurs conditions. » (Professionnel de santé associé au projet CORHESAN)

« C'est un public qui n'a pas forcément les informations ou ne sait pas s'en servir, où qui maîtrise mal la langue ou qui a tellement de difficultés dans sa vie quotidienne qu'il va chercher à les résoudre en premier, ce qu'on peut tout à fait comprendre. Du coup, il faut de l'aller-vers, de l'explication, de l'accompagnement, il faut rassurer. »
(Responsable du Service prévention ARS PACA)

Les actions d'aller-vers permettent donc de prendre en compte les conditions de vie des publics et de leur donner des informations ou de leur proposer des services adaptés à leurs besoins.

L'un des médiateurs donne ainsi l'exemple de la cité Félix Pyat dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille, dans laquelle les équipes du projet ont mené plusieurs interventions en pied d'immeuble ou en porte à porte. Il note dans que l'aller-vers permet d'aller là où les personnes sont isolées et là où d'autres structures ne se déplacent pas. De nombreuses personnes de cette cité ont ainsi bénéficié d'un appui au dépistage, à l'isolement ou à la vaccination grâce au projet.

B) Équipes mobiles pluridisciplinaires et médiation en santé

Pour mettre en place ces actions d'aller-vers, CORHESAN utilise des équipes mobiles pluridisciplinaires composées à la fois de médiateurs en santé et de professionnels de santé libéraux, principalement des infirmiers libéraux (IDEL). Les médiateurs CORHESAN sont une passerelle entre les patients et le système de santé ainsi que les structures sociales. Ils sont chargés d'évaluer les besoins, en prenant en compte les obstacles et ressources des personnes, afin de mettre en place un accompagnement de qualité. Un des médiateurs de l'équipe décrit ainsi la médiation : « *C'est le lien entre le personnel soignant et les personnes. Je pense qu'on est le relais.* ».

La coordinatrice infirmière du projet explique que le choix d'avoir construit le projet avec de la médiation tient au fait que l'objectif était de faire ce que l'hôpital ne pouvait pas faire :

« On voulait des personnes capables d'aller là où l'hôpital ne va pas. Et donc cette casquette de médiateur orienté santé et COVID, formé et dédié était capable de faire ce que l'hôpital ne savait pas faire. ». (Coordinatrice du projet CORHESAN)

Les médiateurs permettent en effet d'avoir un discours adapté aux situations parfois très différentes des publics rencontrés, en allant directement vers les gens et en prenant le temps d'écouter leurs problématiques et leurs besoins. Les médiateurs travaillent en binôme avec des infirmiers libéraux (IDEL), qui s'occupent du côté clinique des activités. Le choix de ce binôme s'explique par la connaissance des publics cibles par les IDEL et leur capacité à réaliser des visites à domicile de par leur travail au quotidien.

Il est également important de noter que dans de nombreuses actions d'aller-vers, les équipes ont également fait appel à des bénévoles issus du Collectif des habitants organisés du 3^{ème} arrondissement (CHO3), permettant un ancrage local des actions ainsi qu'une identification des publics cibles aux bénévoles.

C) Partenariats

Enfin, afin de s'inscrire dans le tissu local, le projet a noué de nombreux partenariats qui ont joué un rôle essentiel. Les partenariats ont en effet permis de mettre en place concrètement les actions d'aller-vers et de développer les actions extérieures (dépistages et actions de sensibilisation dans des centres partenaires, dépistages de rue, lors d'événements sociaux et culturels, ...). L'entretien réalisé avec l'ARS met en effet en avant l'importance des partenariats afin de pouvoir s'ancrer dans la réalité du territoire.

L'équipe de médiateurs s'est notamment réparti les différents arrondissements par binôme afin d'identifier les différentes structures (les services municipaux, les structures médicales et associatives...), les événements sociaux et culturels, et de faire connaître le projet. Des actions d'exploration ont été menées dans les quartiers, afin d'identifier les structures qui pourraient

servir de relais et améliorer la visibilité du projet. De nombreuses affiches et flyers en différentes langues ont été déposés dans les commerces de proximité (épiceries, coiffeurs, pharmacies, etc.) des quartiers afin de toucher les personnes au plus près de leurs lieux de vie.

Une partie des personnes accompagnées par le projet ont été adressées directement par l'Hôpital Européen (hospitalisations dues à la COVID-19, tests positifs à la COVID-19) ou par l'Hôpital Saint-Joseph qui draine plutôt des patients des quartiers sud de ville. Ils ont alors fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins pour mettre en place leur isolement dans les meilleures conditions possibles, ainsi se sont vus proposer une aide pour l'identification et la prise en charge de leurs cas contacts. Afin de toucher également les personnes n'étant pas passées par l'un ou l'autre de ces deux hôpitaux, et notamment précaires, de nombreux liens ont été tissés avec diverses structures : « *Sans partenariat, sans réseau, on n'aurait rien pu faire d'autre que de la sensibilisation dans la rue, du dépistage et des visites au domicile des patients de l'Hôpital Européen.* » (Médecin Infectiologue du projet CORHESAN).

Différents types de partenariats peuvent être distingués. D'une part, les associations locales (telles que Médecins du Monde, les Restos du Cœur, le Planning Familial ou encore des associations locales de maraude) ont permis d'avoir un accès direct à leurs usagers. Les partenariats avec les associations se sont régulièrement traduits par des sensibilisations réalisées par les médiateurs, des distributions de kit de protection contre la COVID-19 (contenant du gel hydroalcoolique, des masques, et des flyers d'information sur le virus et sur le projet, disponibles en plusieurs langues), des distributions gratuites d'autotests et l'organisation de dépistages PCR ou antigéniques. Par ailleurs, l'identification du projet par les associations a permis de rediriger leurs usagers vers CORHESAN lorsque nécessaire.

Des partenariats avec différents centres d'hébergement (tels que le CHRS de l'Armée du Salut, l'Abri Maternel) ont également fait l'objet de sensibilisation et de dépistages réguliers.

Le rapprochement avec les bailleurs sociaux de la ville (tels que 13Habitat, Adoma) a permis aux équipes de médiateurs de réaliser des actions de porte à porte en proposant des dépistages et plus tard de la vaccination à domicile pour ces publics vulnérables. Avec l'appui de 13habitat, des actions de porte à porte ont par exemple été menées dans la cité Félix Pyat, représentant environ 3000 habitants au sein du 3^{ème} arrondissement. Ces actions d'aller-vers se sont révélées très efficaces et ont également permis de faire connaître le projet pour les personnes qui en auraient besoin ultérieurement. De plus, le projet s'est tourné vers les centres sociaux et maisons pour tous des huit arrondissements ciblés, afin de toucher les publics jeunes et de réaliser des actions de sensibilisation.

Enfin, les partenariats avec les institutions locales telles que la mairie et la préfecture ont permis d'investir l'espace public et de mettre en place des actions de vaccination et de dépistage de rue.

De plus, la capacité de l'équipe à proposer ce catalogue d'accompagnement possible a été facilitée par les associations partenaires. Le partenariat avec l'association Vendredi 13²³ a par exemple permis de mettre en place des paniers alimentaires pour les familles suivies. Ce partenariat est relevé dans plusieurs entretiens avec les membres de l'équipe comme l'un des plus importants au début du projet.

3.1.7 Connaissances et compétences mobilisées par les médiateurs

Un certain nombre de connaissances et compétences ont été acquises et/ou mobilisées par l'équipe. Tous les membres de l'équipe, certains professionnels de santé de l'équipe ainsi que certains partenaires évoquent en premier lieu l'adaptabilité de l'équipe face aux contextes différents des publics, à l'évolution rapide de la situation sanitaire ou encore aux changements réguliers des recommandations et protocoles nationaux. Une des médiatrices explique : « *Je dirais que le point fort du projet, c'est vraiment de pouvoir s'adapter en toutes circonstances et de rebondir sur toutes les nouvelles mesures.* ». Les observations menées sur le terrain confirment également la capacité d'adaptation constante des équipes. Par exemple, l'arrivée de populations migrantes ukrainiennes à Marseille, devant parfois être testées avant de rejoindre leur lieu d'hébergement, a demandé une réorganisation agile des activités du projet. Ainsi, à partir de fin mars 2022, les médiateurs et les IDEL de CORHESAN ont tenu des permanences quotidiennes, y compris les week-ends, afin de tester les arrivants et, plus tard, de proposer vaccination contre la COVID-19. De même, la coordination de CORHESAN a rapidement dû travailler en partenariat avec de nouveaux acteurs, par exemple avec l'association SARA Logisol en charge de la gestion des hébergements de la population arrivant d'Ukraine. Les efforts ont été concentrés pendant environ deux mois sur ces activités, nécessitant de trouver une nouvelle organisation pour les autres activités prévues.

Un médiateur résume ainsi :

« Le point fort, je pense, c'est l'adaptabilité. On est quand même ultra flexible par rapport aux situations des gens déjà, par rapport à la situation sanitaire. Quand l'ARS nous demande de nous occuper d'un cluster dans 2h, on y va. S'il faut faire de l'appui aux réfugiés ukrainiens, on le fait. S'il faut ouvrir une tente pour vacciner 100 personnes par matinée, on le fait. ». (Médiateur du projet CORHESAN)

Les médiateurs évoquent l'adaptation de l'équipe face à la situation sanitaire. Par exemple, lorsque les besoins en tests ou en accompagnement le demandaient, l'équipe se tournait davantage vers le suivi des patients que vers des actions de sensibilisation. De même, un médiateur évoque le besoin de réactivité et d'adaptation de l'équipe lorsqu'elle était sollicitée par

²³ <https://vendredi13003.wixsite.com/vendredi13>

l'ARS ou des partenaires afin de gérer des clusters. Afin de répondre à ce besoin d'adaptation, l'équipe de médiateurs est restée assez flexible et polyvalente. Ainsi, les médiateurs pouvaient changer de pôle selon les besoins.

L'adaptabilité passe également par une adaptation à la situation des publics rencontrés :

« Il faut quand même avoir de l'empathie envers les gens, être beaucoup à l'écoute et ne pas avoir le rôle de moralisateur. Il faut en plus écouter leur situation parce que des fois les gens ont d'autres problèmes, d'autres problématiques de santé. Donc il faut essayer d'avoir des solutions adaptées, un discours adapté à leur situation. ».

(Médiateur du projet CORHESAN)

L'adaptation des discours des médiateurs et des services proposés selon la situation des personnes passe principalement par de l'écoute et de l'empathie, deux compétences qui sont régulièrement citées dans les entretiens. Une des médiatrices montre également l'importance de la capacité à adapter son discours et sa communication aux publics cibles, compétence partagée par le reste des médiateurs.

Notons également que les protocoles et les recommandations nationales quant au dépistage, à l'isolement et à la vaccination ont beaucoup évolué. Les médiateurs devaient donc être capables de s'informer en continu. Cela a été fortement facilité par le fait d'être adossé à un hôpital. En effet, la coordinatrice infirmière du projet ainsi que le Dr Rebaudet ont relayé les informations et ont organisé de façon hebdomadaire (et plus régulièrement lorsque nécessaire) des sessions d'information ou de formations autour de la COVID-19. Les médiateurs et IDEL relèvent l'importance d'avoir ce temps médical disponible dans les entretiens. Une des IDEL interrogée explique ainsi : *« Ce que j'ai beaucoup apprécié, c'était qu'il y ait des réunions régulièrement et qu'on soit inclus avec le médecin qui nous expliquait beaucoup de choses de façon super pédagogue, j'ai trouvé ça très abordable. »*. L'ARS note également que le projet est plus encadré en termes médicaux que les autres équipes.

L'affiliation MEDILAC a permis la mise en place d'une formation sur le triptyque TAP²⁴ composée d'une partie théorique sur la COVID-19, sa transmission, les règles d'isolement et les gestes barrières à opérer. Cette formation a été complétée par une formation pratique en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) sur la réalisation des écouvillons nasopharyngés, des tests antigéniques et des envois au laboratoire pour RT-PCR. À partir de mars, les médiateurs ont donc pu dépister sous supervision infirmière ou médicale, facilitant l'organisation des équipes et permettant une plus grande efficacité sur plusieurs actions. Une formation dispensée par le CODEPS13 a également permis à l'équipe de se former sur les techniques d'animation en santé et

²⁴ <https://www.ehesp.fr/2021/01/15/l-ehesp-lance-une-formation-en-ligne-pour-les-mediateurs-de-lutte-anti-covid-19/>

à l'utilisation de différents outils (comme le Jeu de l'Oie version COVID-19). Les médiateurs se sont saisis de ces connaissances lors des séances de sensibilisation au sein de plusieurs structures partenaires.

Notons également que la diversité des profils de l'équipe a permis une complémentarité dans leurs compétences et connaissances ainsi que leur aisance avec les publics. Par exemple, certains médiateurs ayant des connaissances en communication se sont chargés de la communication du projet sur les réseaux. De même, certains outils comme Excel ont été plutôt mis en place par les médiateurs qui en connaissaient l'utilisation.

Les actions de CORHESAN ont été facilitées par les nombreuses langues parlées par les médiateurs (notamment l'arabe, le kabyle ainsi que plusieurs dialectes berbères, le comorien, l'anglais, l'espagnol, l'italien). La barrière de la langue peut être un problème dans l'accès aux soins des publics précaires, les compétences linguistiques de l'équipe ont donc permis de dépasser cette difficulté. Les médiateurs ont également des origines différentes ce qui a parfois permis à une meilleure adhésion du public grâce à une identification. Un des médiateurs explique : *« Je vais aller à Félix Pyat, je parle à des personnes de la communauté comorienne, je peux avoir le même discours que d'autres médiateurs et il ne sera pas perçu de la même façon. Parce que les gens vont s'identifier. Je pense que c'est le plus de l'équipe et du projet. »*. Notons que les entretiens réalisés avec l'équipe montrent qu'il aurait été intéressant d'intégrer des médiateurs pairs issus des communautés et/ou des quartiers d'intervention au sein de l'équipe. L'un des médiateurs explique ainsi qu'un médiateur pair issu de la communauté Rom aurait pu faciliter certaines actions (comme celles organisées dans le squat rue Cazemajou du 2ème arrondissement). L'entretien réalisé avec la coordinatrice de l'association Afrisanté nous éclaire également sur l'importance des médiateurs pairs pour travailler avec certaines communautés : *« La médiation en santé, c'est avant tout une entrée communautaire. Pour certaines communautés, il est très difficile d'y pénétrer, il faut y être invité. Et pour trouver le moyen de faire de la prévention auprès de ces publics, de parler de sujets qui peuvent déranger comme le VIH, seulement le communautaire peut le permettre »*.

La complémentarité des profils s'observe aussi au niveau de la coordination. Le binôme des coordinatrices est en effet composé d'une infirmière cadre de santé et responsable de l'éducation thérapeutique à l'Hôpital Européen et d'une coordinatrice générale du projet ayant principalement travaillé dans le domaine de l'humanitaire. Les stratégies sont donc pensées en binôme. La mise en place des actions au quotidien est gérée principalement par la coordinatrice générale. La coordinatrice infirmière se décrit comme étant une facilitatrice, notamment de l'intégration du projet au sein de l'Hôpital Européen. Le Dr Rebaudet note la complémentarité des profils de coordination du projet. En effet, Anne Dutrey-Kaiser a un profil de gestion de projets au sein d'ONG : *« Il n'y a personne dans les hôpitaux, qui sait faire ce qu'elle sait faire. [...] À travers*

ses postes à responsabilité dans les ONG dans des terrains compliqués où il faut être capable de se débrouiller, d'ouvrir des portes, de prendre des initiatives, et tout en le faisant avec tact et une capacité d'adaptation. Dès le début, on avait décidé que la coordination de ce projet devait être assurée par quelqu'un issu des ONG ou de la gestion de projet mais pas par un hospitalier. ».

Par ailleurs, les deux coordinatrices apportent des compétences et des visions différentes. Certaines techniques issues d'ETP ont donc alimenté le suivi des patients. En parallèle, certaines techniques utilisées dans les actions humanitaires ont été mises en œuvre dans le projet comme c'est le cas pour les actions d'exploration.

Les activités du projet ont été réparties en trois pôles. Chaque pôle est donc analysé dans les parties suivantes.

3.2 Pôle patients

Le pôle patients regroupe les activités dédiées au suivi des personnes positives ou suspectes de COVID-19.

3.2.1 Origine des personnes suivies par le pôle patients

A) Patients provenant de l'hôpital et leurs cas contacts

Une partie de l'activité se concentre sur l'hôpital. Les cas de patients testés positifs à la COVID-19 au sein de l'Hôpital européen ou de l'Hôpital Saint Joseph ont été vus ou contactés par l'équipe du pôle patients. Leurs cas contacts ont alors fait l'objet d'un suivi.

En effet, les hospitalisations pour cause de COVID-19 des deux hôpitaux ont fait l'objet d'une visite d'un des médiateurs de CORHESAN. La visite en chambre permettait de recueillir les informations nécessaires pour le contact tracing et d'évaluer les besoins du foyer. Les informations recueillies pouvaient alors donner lieu à une visite à domicile afin de dépister le reste du foyer et accompagner au mieux leur isolement. Il était également possible que les cas contacts viennent se faire dépister directement au sein du service CORHESAN de l'Hôpital. Les personnes positives à la COVID-19 en service de réanimation n'ont cependant pas fait l'objet d'une visite d'un des membres du pôle, l'entourage du patient étant néanmoins appelé pour effectuer le contact tracing et évaluer les besoins. De même, les passages aux urgences ayant un test positif ont également été contactés par les équipes.

Ainsi, sur les 5146 personnes suivies par l'équipe CORHESAN du début du projet à fin mars 2022, 1784 étaient des cas de COVID-19 pris en charge dans l'un des deux hôpitaux, la plupart de l'Hôpital Européen, la patientèle de l'Hôpital Saint-Joseph, situé dans les quartiers Suds de la ville, étant globalement moins vulnérable. 1374 patients ont été identifiés comme des cas contacts. Les outils de compilation des données mis en place par l'équipe ne permettent cependant pas

d'identifier combien d'entre eux étaient des contacts de patients déjà suivis par l'équipe. Ces 5146 personnes suivies représentent environ 3000 familles.

B) Patients adressés par des partenaires ou par appel

Les autres patients suivis ont été soit des personnes symptomatiques adressés par des partenaires, soit des personnes ayant d'elles-mêmes appelé CORHESAN sur un numéro dédié figurant sur les flyers et affiches du projet. L'équipe du Centre d'accès aux soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde a par exemple adressé certains de ses bénéficiaires à CORHESAN lorsqu'ils étaient symptomatiques ou cas contact. De même, certains partenaires comme les centres d'hébergement ont fait l'objet de dépistages collectifs lorsque cela était nécessaire. L'équipe s'est par exemple rendue de nombreuses fois au CHRS de l'Armée du Salut dans le 3^{ème} arrondissement afin de dépister les hébergés et les suivre selon les protocoles en vigueur.

Notons également que lorsque les tests de dépistage sont devenus payants pour les personnes ni vaccinées, ni symptomatiques, ni cas-contact, en octobre 2021, CORHESAN a continué à prendre en charge et dépister gratuitement les publics précaires. Les sollicitations des partenaires ont donc continué. Dans d'autres cas, ce sont les personnes symptomatiques ou cas contact qui ont directement appelé le service afin de se faire dépister et parfois, de dépister leur famille. D'autres personnes, testées positives ailleurs, ont été dirigées ou ont contacté CORHESAN afin de bénéficier d'un accompagnement.

3.2.2 Activités du pôle patient

A) Dépistage

Une partie de l'activité du pôle patient a donc consisté à dépister les cas contacts et les cas suspects symptomatiques. Comme on peut l'observer sur la Figure 1 : 35% des personnes suivies par CORHESAN ont été testées car elles étaient symptomatiques ; 31% ont été dépistées suite à un contact tracing individuel, c'est-à-dire lorsqu'il y avait un cas positif dans leur entourage direct ; et 30% ont été dépistées suite à un contact tracing collectif ou un cluster. Cette catégorie regroupe donc par exemple les personnes vivant dans des structures d'hébergement collectif ou des communautés dans lesquelles plus de trois cas positifs ont été détectés. Ces clusters étaient parfois adressés à l'équipe par l'ARS.

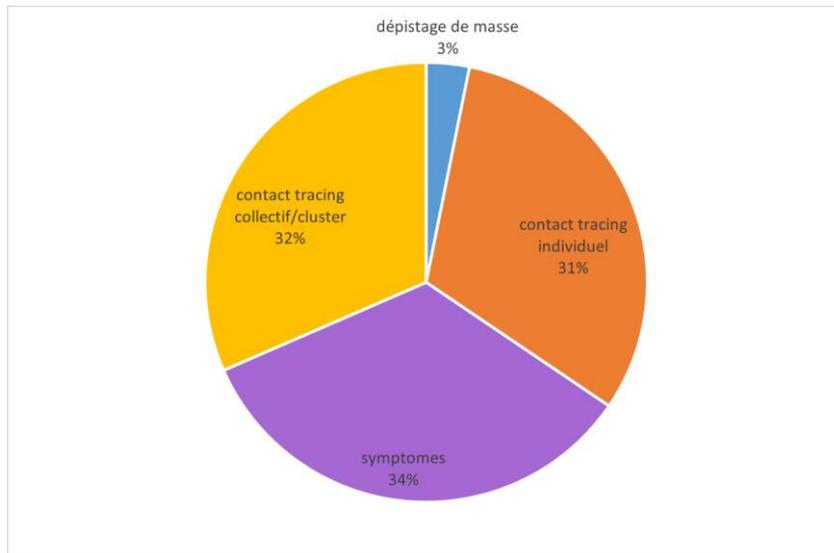


Figure 1 : Répartition des motifs de dépistage des personnes suivies par CORHESAN

Le dépistage des cas symptomatiques ou contacts, représentant au total 6103 tests, étaient réalisés soit au sein du service CORHESAN à l'Hôpital Européen (44%), soit dans les locaux d'une structure partenaire (34%), soit à l'occasion d'une visite à domicile (13%), soit sur la voie publique (4%) (Figure 2).

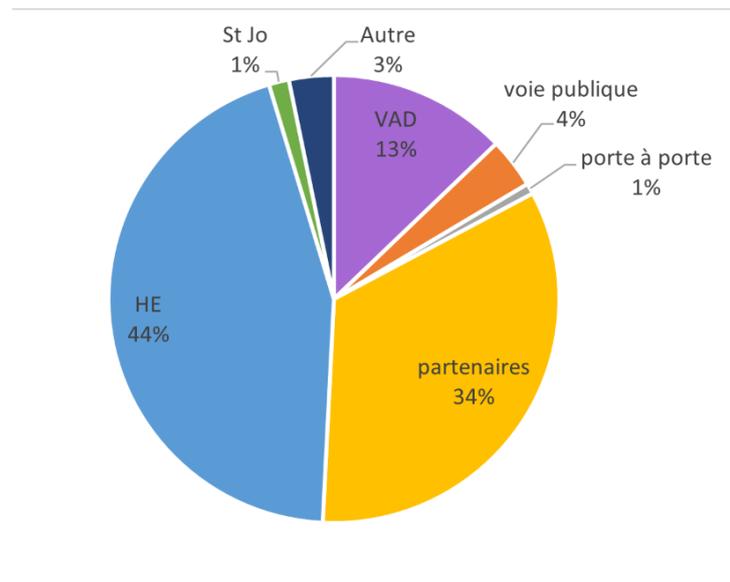


Figure 2 : Lieu de dépistage des personnes suivies par CORHESAN

Lorsque les personnes pouvaient se déplacer à l'hôpital, elles étaient alors reçues par un médiateur qui récoltait les données sanitaires et sociales. Le médiateur remplissait une « Fiche patient » placée en Annexe 10, permettant d'évaluer les besoins du patient et effectuer le contact tracing en cas de test positif. Ce questionnaire comprenait notamment la présence de comorbidités ou la situation sociale. Les informations permettaient également de recontacter le patient pour lui remettre ses résultats. Le médiateur rappelait également les protocoles et recommandations (règles d'isolement et conseils pour sa mise en œuvre, nécessité de faire un

Alix FRULEUX - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2022

second test ou non et sa date, rappel des gestes barrières, etc.). Le patient se faisait ensuite dépister soit par un médiateur, soit par un IDEL. Les écouvillons pour test RT-PCR étaient amenés directement au laboratoire de l'hôpital. En fonction de la nature du test réalisé, les résultats étaient communiqués au patient directement (test antigénique) ou dans les 24h (RT-PCR). Les visites à domicile étaient réalisées par le binôme médiateur / IDEL. Comme à l'hôpital, les médiateurs remplissaient la « Fiche patient » et évaluaient les besoins. Une des IDEL explique ainsi les visites à domicile : « *Le Médiateur, lui, c'était plutôt les questions de protéger-isoler. Et moi, c'était plutôt le côté médical, prendre la tension, la saturation, voir si le patient ne décompensait pas.* ». Les visites à domicile présentent l'avantage de pouvoir prendre en compte les conditions réelles de vie des personnes. Ainsi, les personnes suivies pouvaient bénéficier de conseils personnalisés sur la mise en place d'un isolement si nécessaire ou si une personne avait déjà été testée positive dans le foyer.

Enfin, de nombreux dépistages ont également été organisés chez des partenaires, notamment au sein de centres d'hébergement. Le nombre de personnes à tester dans ces cas étant souvent conséquent, les médiateurs et les IDEL dépistant tous les deux. Une ou plusieurs personnes étaient en charge de remplir les « Fiches patients ». Les partenaires étaient alors directement impliqués dans l'organisation du dépistage, mettant en place une liste des personnes devant être dépistées et parfois un horaire. L'infirmière d'un des centres d'hébergement partenaire interrogée explique la plus-value qu'elle voit à ce que CORHESAN se déplace directement au sein du centre. Ainsi, elle relate que le public étant éloigné du système de soin, il était difficile de les amener ou de leur faire honorer leurs rendez-vous médicaux, car ils avaient du mal à se déplacer ou car ça n'était pas toujours leur priorité. Elle évoque ainsi une équipe qui mettait les hébergés à l'aise et a réussi à tisser un lien de confiance au fur et à mesure.

B) Contact tracing

Une autre activité du pôle était le contact tracing. Les médiateurs appelaient les cas contacts déclarés des personnes positives suivies. Lorsque l'activité était importante, les IDEL participaient également au contact tracing.

Le contact tracing consistait à identifier tous les contacts à risque des cas positifs afin de les prévenir, de les inviter à se faire tester et de leur proposer un accompagnement si nécessaire. Comme mentionné précédemment, le contact tracing se faisait soit par téléphone, soit en descendant directement dans la chambre des patients hospitalisés. De nombreux cas contacts ont alors été dépistés par l'équipe CORHESAN et ont fait l'objet d'un accompagnement.

Notons également que les cas positifs faisaient régulièrement l'objet d'une création de fiche sur la plateforme Contact Covid par les médiateurs ainsi que d'un recensement de leurs cas contacts.

C) Accompagnements proposés

Pour accompagner au mieux les personnes dans leur isolement, plusieurs services ont été proposés par l'équipe CORHESAN. Ainsi :

- 258 personnes ont bénéficié d'une aide alimentaire
- 30 personnes d'un suivi de l'assistante sociale
- 26 personnes d'un relogement temporaire
- 19 d'une tournée IDEL
- 30 d'un suivi téléphonique régulier
- 11 personnes ont été référées à d'autres associations

Il est important de noter que ces chiffres ne sont pas exhaustifs. En effet, les entretiens avec les membres de l'équipe ont permis de confirmer que certains accompagnements n'ont pas été compilés, notamment par manque de temps. De nombreuses informations ont été inscrites en format papier, directement sur les Fiches patients sans être reportées dans le tableau de suivi Excel analysé dans ce travail.

La plus grosse demande des personnes suivies a été celle d'une aide alimentaire. Le partenariat avec l'association Vendredi 13 a permis d'avoir accès à des colis alimentaires gratuits. Les colis étaient alors apportés au domicile des patients soit lors de visites à domicile par les IDEL et médiateurs soit par le biais des volontaires en service civique ou des bénévoles.

Une assistante sociale de l'Hôpital européen était aussi rattachée au projet. Les médiateurs la contactaient lorsqu'ils évaluaient que les personnes suivies en avaient besoin. La plupart des requêtes portaient sur une ouverture de droits. L'assistante sociale était aussi régulièrement contactée lorsque l'équipe avait besoin de conseils. Lors d'un entretien, elle explique que les demandes ont naturellement baissé au fil du temps : *« Il y avait moins de demandes aussi. En fait, c'est aussi parce que vous avez évolué. Quand CORHESAN a commencé, je suppose que le social, c'était quand même assez loin de vous, c'était assez compliqué, donc il y avait besoin de conseils. Et en fait petit à petit, vous avez appris par vous-même. Vous avez rencontré les personnes et vous vous êtes renseignés par vous-même ? Et ça s'est fait naturellement. »*.

Certaines personnes testées positives pour la COVID-19 ont également pu bénéficier d'un relogement temporaire. Le relogement était systématiquement proposé lorsque l'isolement au sein du foyer était compliqué. Il est cependant assez rare que les bénéficiaires aient eu recours à cet accompagnement. Les médiateurs contactaient alors la cellule territoriale d'appui à l'isolement (CTAI) avec les informations de la personne positive afin de lui mettre à disposition une chambre d'hôtel pour la durée de son isolement. Cependant, ce service n'incluait malheureusement pas la prise en charge du transport, ce qui a freiné de nombreuses personnes.

Les médiateurs étaient en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) des huit arrondissements d'intervention, regroupant notamment des infirmiers libéraux. Ils

les contactaient lorsque les patients positifs avaient besoin du suivi régulier d'un infirmier à domicile pendant la période d'isolement.

Plusieurs patients ont également été suivis de façon régulière et par téléphone pendant la durée de leur isolement afin de faire le point sur leur état de santé et de les orienter vers un médecin, ou le Samu si nécessaire.

Enfin, certaines personnes ont été référées à d'autres associations, par exemple vers l'association partenaire SEPT ou encore vers la Croix-Rouge pour un soutien psychologique.

3.3 Pôle sensibilisation

Le pôle sensibilisation était en lien direct avec le pôle patients et regroupait plusieurs activités.

3.3.1 Projet hotspot covid

Le projet CORHESAN s'est également appuyé sur la mise à disposition d'une cartographie des « hotspots » COVID-19. Des épidémiologistes de la cellule régionale de Santé Publique France et de l'ARS, en collaboration avec le SESSTIM, ont mis en place un système d'analyses épidémiologiques hebdomadaire afin de résumer l'activité épidémique à partir du taux d'incidence, du taux de positivité et de la dynamique du nombre de cas à l'échelle des IRIS. Par ailleurs, une analyse structurelle était réalisée qui ne consistait pas seulement en l'analyse épidémique des deux dernières semaines mais qui incluait également la situation épidémique globale sur plusieurs mois ainsi que des indicateurs de sous-dépistage et de désavantage social identifiés dans le cadre d'une analyse antérieure réalisée à l'échelle des IRIS de la région PACA.

Une des personnes interrogées travaillant sur ces analyses explique : *« C'est très intéressant cette aventure avec les collègues de Santé Publique France et de l'ARS. Il y a eu une rencontre entre les professionnels et les universitaires, mus par le même objectif. Il y avait du côté de l'ARS et de Santé Publique France des épidémiologistes qui voulaient que leurs analyses se traduisent en action le plus concrètement possible. »*.

Les entretiens menés avec les épidémiologistes de l'ARS et de Santé publique France investis dans le projet montrent bien la volonté de partager des informations, parfois complexes, le plus simplement possible pour que les équipes MEDILAC puissent orienter et optimiser leurs actions :

« L'idée était de rendre les données lisibles pour que des personnes dont ce n'est pas le métier et qui sont sur le terrain puissent s'en saisir. C'était avant tout de rendre simple et accessible le modèle. » (Epidémiologiste Santé publique France investi dans le projet *Hotspot*)

Pour simplifier la mise à disposition des données, une carte interactive a ainsi été mise en place (cf. Annexe 11). Cette carte interactive donnait à voir les quartiers où la circulation virale était la

plus intense en intégrant les données citées plus haut, ce qui permettait aux équipes de prioriser leurs actions. L'ARS y voit un outil permettant de guider les équipes : « *Pour les équipes, c'était un guide. C'était un système de référence pour choisir les lieux d'intervention.* ». Chaque semaine, les équipes de CORHESAN (tout comme les autres équipes MEDILAC) recevaient les *hotspots* de la semaine et pouvaient ainsi cibler leurs activités en y menant des actions de repérage, de sensibilisation et de dépistage²⁵. Plusieurs quartiers dans le 3^{ème} arrondissement ont ainsi été régulièrement priorisés.

Si le projet hotspot se veut facilitateur pour les médiateurs, les équipes d'intervention ont parfois trouvé l'outil difficile à mettre en œuvre sur le terrain. Les données prennent une semaine avant d'arriver aux MEDILAC, rendant impossible les interventions « coups de poing », comme l'identifie l'une des personnes impliquées dans la mise en œuvre du dispositif. Les personnes interrogées mettent ainsi en avant les réflexions autour du délai de transmission de l'information.

Les entretiens réalisés avec les membres du projet hotspot identifient cette initiative comme une avancée importante : « *Ce projet a pu exister car pour la première fois, des données géographiques infra-communales dans le champ de la santé ont été mises à disposition. C'est un verrou important qui saute et qui permet la mise en place du projet.* ». En effet, le fait de disposer d'indicateurs infra-communaux est novateur. Cependant des questions éthiques émanent des entretiens, notamment sur la mise en place d'interventions auprès de personnes qui n'en ressentent pas le besoin. Les cartes interactives n'ont d'ailleurs pas été tout de suite disponibles pour les médiateurs et faisaient l'objet d'un traitement préalable de l'ARS qui envoyait alors les hotspots de la semaine directement aux équipes. Selon les personnes interrogées, ce choix traduisait une réticence de l'ARS à partager ces données aux médiateurs. Des freins culturels et institutionnels sont donc relevés dans les entretiens, qui ont cependant pu être levés au fur et à mesure du projet.

Enfin, notons que cette stratégie n'a été mise en place que dans la région PACA, même si un partage de la méthodologie au niveau national a été organisé par Santé Publique France et l'ARS.

3.3.2 Explorations

Les médiateurs ont également mené des actions d'exploration. Celles-ci consistaient en des actions d'identification des lieux pertinents pour des actions, des partenaires et des rencontres avec les habitants. Elles s'effectuaient notamment en fonction des hotspots de la semaine. L'objectif était à la fois d'identifier les acteurs dans les quartiers et d'aller au plus près des habitants. Même si ces actions étaient globalement réalisées par des médiateurs du projet, certains professionnels de santé y ont aussi participé :

²⁵ Florian Franke, "Projet Hotspots COVID-19 : La Surveillance Épidémiologique Au Service de l'action Ciblée" (Québec, Canada, August 18, 2022), <https://event.fourwaves.com/fr/epiter-adelf-2022/horaire>

« J'aimais aller dehors, les hotspots c'était génial. Il n'y a pas du tout le côté médical, c'est sûr, mais pour moi le hotspot c'est typiquement la démarche où tu vas dans un endroit et tu cherches. C'est toi qui fais la démarche d'aller vers les gens, les commerçants, les structures et c'est génial. D'habitude, c'est les gens qui viennent vers moi. ». (Professionnel de santé associé au projet CORHESAN)

Ces actions d'exploration sont donc très pertinentes dans une démarche d'aller-vers. La personne interrogée dans cet entretien ajoute d'ailleurs : *« J'apprends plein de trucs. Certaines médiatrices ont un savoir incontournable sur les abris, les foyers, les partenaires etc. et que j'ignorais totalement. Il n'y a que certains métiers qui savent ça. ».* Les médiateurs ont en effet bien appris à identifier les différents acteurs sur le terrain et leur fonctionnement et à les solliciter lorsque nécessaire. En parallèle, les médiateurs ont permis d'ancrer CORHESAN sur le territoire en faisant connaître le projet.

3.3.3 Sensibilisations

Enfin, le pôle menait des actions de sensibilisation. Celles-ci étaient menées auprès de divers publics comme des groupes de femmes au sein d'associations, des hébergés au sein de foyer ou encore des groupes d'enfants et d'adolescents dans des centres sociaux. Des actions de sensibilisation ont également été menées lors d'actions ponctuelles comme des maraudes ou lors des distributions alimentaires pendant la période du Ramadan. Une des médiatrices explique par exemple : *« À plusieurs reprises, j'ai été surprise en me disant qu'on allait leur parler COVID et que ça n'allait pas les intéresser. Et notamment une fois dans un groupe d'adolescents à la Belle de Mai qui nous ont remercié. Et je me suis dit qu'en fait c'était réussi. En fait, ils ont quand même participé à « la rivière du doute²⁶ » ce qui a été vachement stimulant et à la fin ils nous ont remercié mais j'ai senti que c'était sincère, c'est des moments où tu te dis que c'est vraiment utile ».* Plusieurs techniques et activités sont utilisées par les médiateurs selon les publics afin de s'adapter à leurs besoins et demandes. A chaque action de sensibilisation était également distribué un kit gratuit contenant des flyers d'information sur la COVID-19 et les gestes barrières, un flyer CORHESAN, un gel hydroalcoolique ainsi que des masques (et des masques enfants lorsque les actions concernaient des familles ou des enfants).

3.3.4 Dépistage de masse

Le pôle sensibilisation s'est dans un premier temps consacré à l'organisation de dépistages de masse. Comme on peut l'observer sur la Figure 11, ces dépistages de masse ont regroupé 3% des motifs de dépistage. Ils correspondent aux personnes voulant se faire tester sans être forcément

²⁶ La « rivière du doute » ou débat mouvant est une technique d'animation qui consiste à énoncer quelques affirmations sur lesquelles les participants doivent se positionner de part et d'autre de la ligne selon leur avis. Les participants doivent ensuite expliquer leurs arguments et peuvent changer de position.

symptomatiques ou cas contact. Pour réaliser des dépistages de masse, l'équipe CORHESAN se plaçait alors sur la voie publique ou réalisait des actions de porte à porte. Le choix des lieux dépendait régulièrement des hotspots de la semaine en cours ou de la semaine précédente.

Le porte à porte a été réalisé principalement dans des grands groupes d'immeubles, comme c'est le cas dans la cité Felix Pyat ou encore Clovis Hugues (toutes deux dans le 3ème arrondissement). CORHESAN a longtemps attendu des autorisations de la mairie afin de pouvoir se placer sur la voie publique. Une des médiatrices identifie d'ailleurs ce passage sur la voie publique comme un moment clef du projet : « *Le porte-à-porte, on l'a fait très naturellement, mais le passage dans la rue avec le barnum, là, je me suis dit, maintenant on est une vraie équipe mobile.* ». Le responsable de l'association SEPT, mettant en œuvre des actions similaires principalement dans les arrondissements Nord de Marseille, explique d'ailleurs en entretien : « *Installer un barnum dans la rue pour nous, c'est ce qui a été le plus facile. Installer un barnum pour vous, c'est ce qui a été le plus dur. Il fallait demander des autorisations. Nous, on n'en avait pas besoin.* ». Les différences de territoire expliquent ici la difficulté pour CORHESAN à investir la place publique. Cependant, avant même d'investir la voie publique, de nombreuses actions ont pu être réalisées en pied d'immeuble dans les hotspots avec l'accord des bailleurs sociaux.

Chaque action de dépistage en porte à porte ou sur la voie publique faisaient l'objet de communication. Des affiches étaient ainsi déposées dans les commerces du quartier ou collées dans les immeubles. Des flyers étaient également distribués aux habitants. Enfin, les pages Facebook et LinkedIn du projet permettaient de relayer les informations sur les actions. Ces actions permettaient donc de faire connaître le projet et de se faire identifier comme un acteur travaillant sur la COVID-19.

Les tests réalisés en porte à porte représentent 1% des dépistages et les tests réalisés sur la voie publique 4% (Figure 12). Parmi les tests réalisés en en porte à porte et sur la voie publique, 15% étaient positifs. Notons en comparaison que le taux de positivité moyen dans les Bouches-du-Rhône sur cette période (8%). Ces chiffres montrent donc toute la pertinence de réaliser des dépistages de masse ciblés. En effet, en concentrant les actions sur des IRIS qui cumulent des inégalités sociales de santé qui ont une incidence sur la circulation du virus et/ou sur des IRIS dans lesquelles on observe un taux d'incidence et de positivité plus élevé, les équipes ont donc pu être plus pertinentes dans leur dépistage.

3.4 Bilan des activités de dépistages

Comme nous avons pu le voir précédemment, les activités de dépistage sont réparties entre le pôle patients et le pôle sensibilisation. Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution dans le temps des dépistages et des résultats de tests (Figures 3 à 5).

Notons d'abord que les tests réalisés par l'équipe ont globalement suivi la courbe des tests réalisés dans les Bouches-du-Rhône (Figure 3).

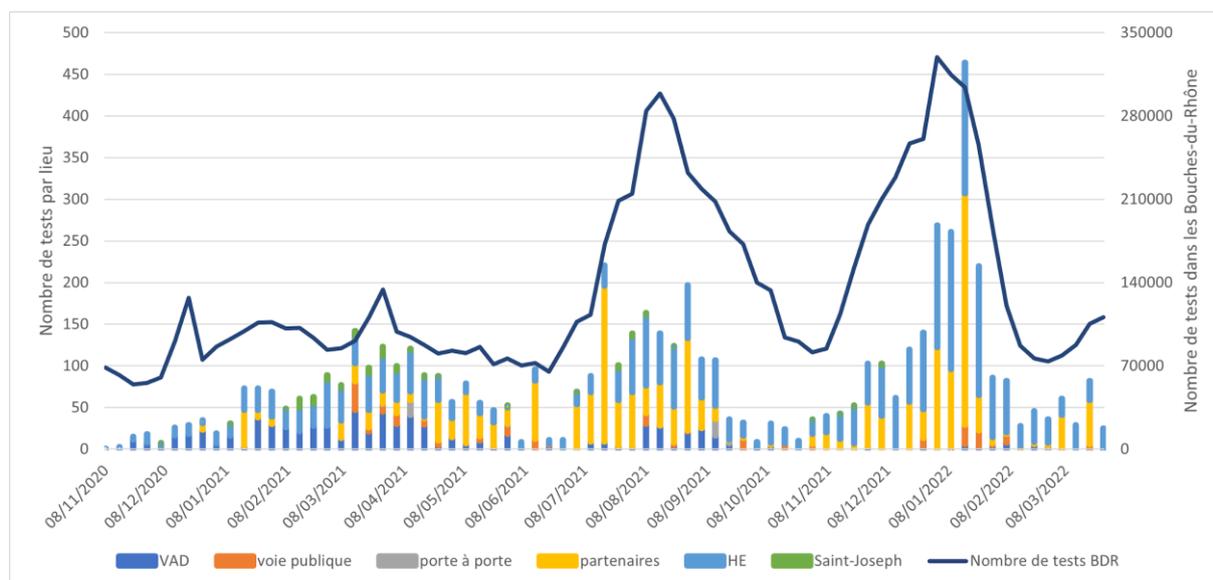


Figure 3 : Répartition des lieux de dépistage par semaine

L'équipe a donc su s'adapter et augmenter ses capacités de tests lorsque les besoins augmentaient, atteignant plus de 450 tests par semaine en janvier 2022.

Les lieux de dépistage ont évolué (Figure 3). On remarque la montée en puissance des visites à domicile (VAD) jusqu'en mai 2021. Les activités de dépistage ont en effet d'abord commencé par des visites à domicile et les tests réalisés à l'hôpital. Une nouvelle augmentation des dépistages à domicile peut être observée au cours de l'été 2021, correspondant à un nouveau pic de dépistage. Les visites à domicile ont fortement diminué à partir d'octobre 2021. Cela peut s'expliquer par l'augmentation de l'offre de dépistage et la possibilité de réaliser des auto-tests. Tout au long de la période d'étude, les tests réalisés au sein de l'Hôpital européen (HE) ont représenté une part significative des tests.

On remarque également l'importance des tests réalisés au sein de structures partenaires, qui ont débuté fin décembre 2020 pour prendre ensuite une place significative, notamment au moment des pics de dépistage. Parallèlement, nous pouvons observer à partir de mai 2021 l'importance du contact tracing collectif, réalisé notamment au sein des structures partenaires (Figure 4). Les dépistages en porte à porte et sur la voie publique ont débuté en mars 2021 jusqu'à la fin de la période d'étude. Ces dépistages correspondent au dépistage de masse de la Figure 4.

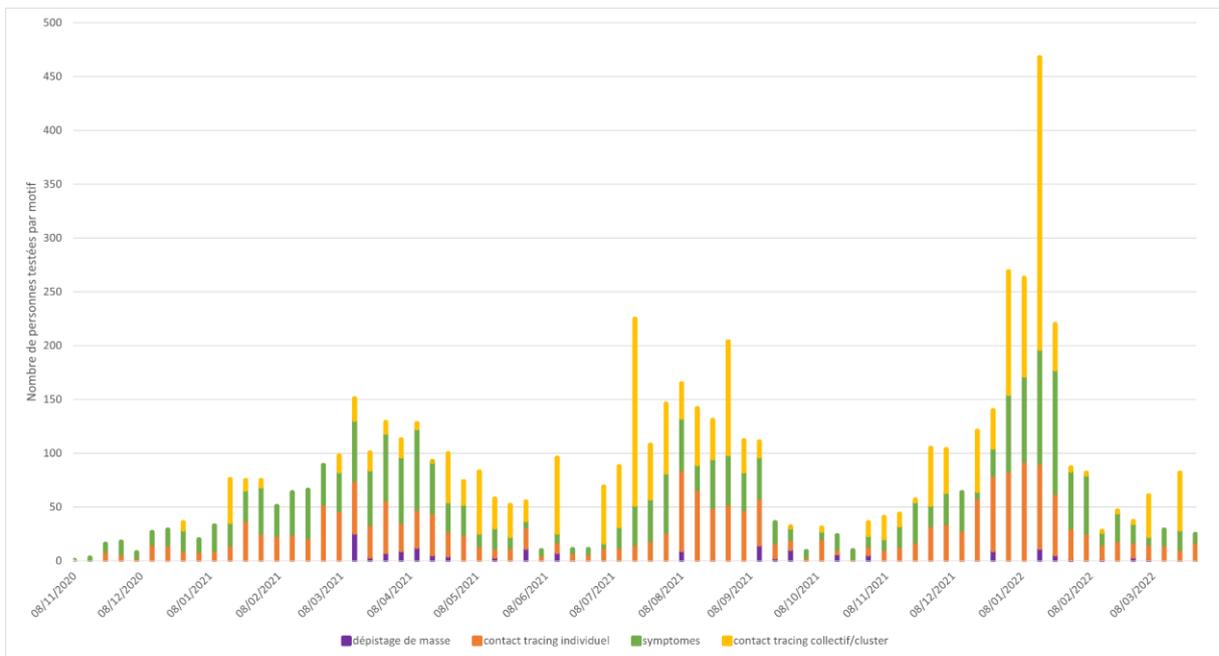


Figure 4 : Répartition des motifs de dépistage

La Figure 5 montre que la courbe de tests positifs a globalement suivi le nombre de tests réalisés. Les quelques différences peuvent s'expliquer par le nombre important de tests réalisés lors de contact tracing collectif ou de cluster. Les personnes testées suite au contact tracing individuel et celles symptomatiques ont représenté une part significative des tests tout au long de la période d'étude. Sur toute la période, CORHESAN a réalisé 42% de tests positifs et 56% de tests négatifs (2% des résultats des tests étaient ininterprétables ou non connus). On remarque sur la Figure 5 que le taux de positivité de CORHESAN était supérieur au taux de positivité dans les Bouches-du-Rhône, s'expliquant notamment par des dépistages ciblés et le dépistage des cas contacts des personnes positives. Le très haut taux de positivité au début de la période s'explique par le peu de personnes suivies par l'équipe à l'époque. En effet, jusqu'en janvier 2021, le nombre de tests réalisés ne dépassait pas 50 par semaine (Figures 3, 4 et 5).

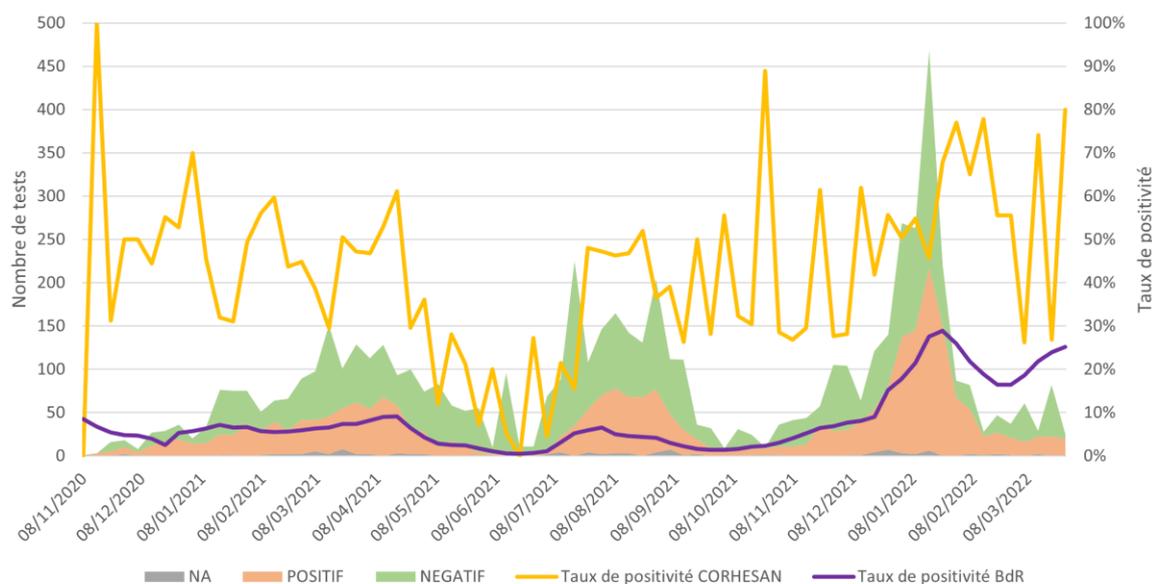


Figure 5 : Tests par résultats et taux de positivité CORHESAN et dans les Bouches-du-Rhône par semaine

Les hausses du nombre de tests positifs suivent globalement les taux de positivité dans les Bouches-du-Rhône (Figure 5) et la hausse du nombre de tests réalisés.

La Figure 6 résume les résultats des tests par motif de dépistage. Le taux de positivité le plus élevé concerne les tests réalisés sur les personnes symptomatiques (74%). Par ailleurs, le taux de positivité élevé résultant du contact tracing individuel (44%) montre l'importance de suivre les cas contacts des personnes positives. Le contact tracing s'est donc révélé particulièrement pertinent et a permis d'isoler de nombreux cas positifs et donc potentiellement de casser les chaînes de transmission. Le taux de positivité sur le dépistage de masse était de 9%, montrant l'utilité de réaliser des dépistages de masse ciblés. Enfin, le taux de positivité du contact tracing collectif ou des clusters était de 8%, ce qui s'explique notamment par l'importance des cas dépistés pour ce motif de dépistage.

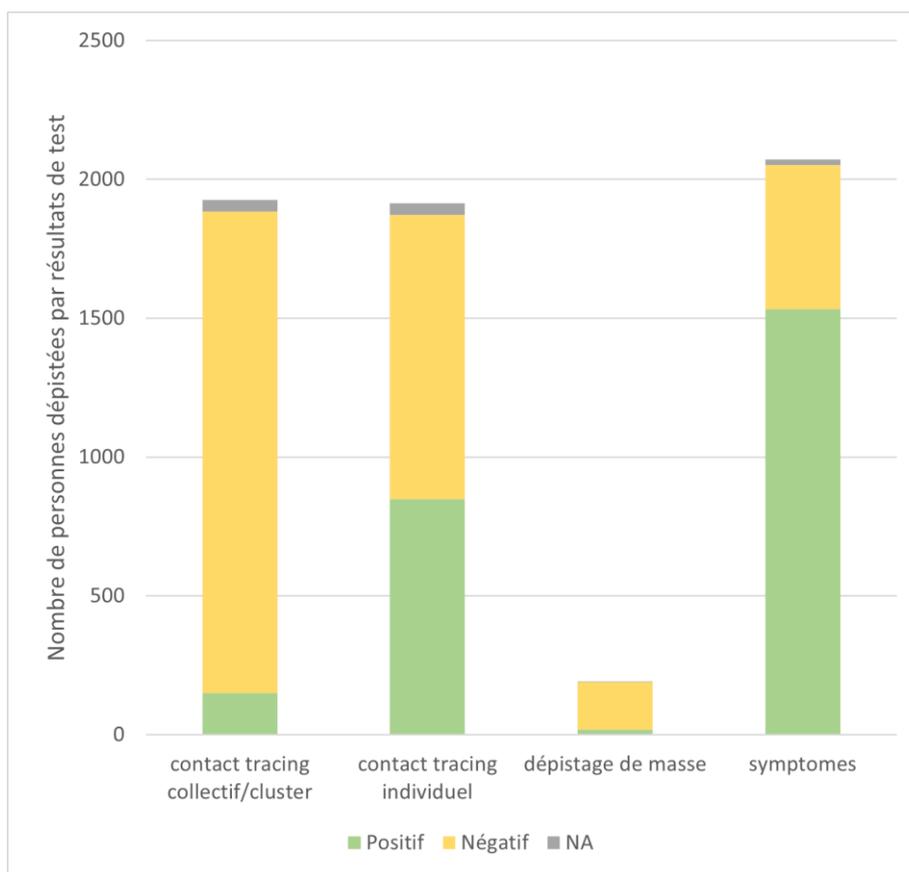


Figure 6 : Résultat des tests par motif de dépistage

Les données du projet *Hotspot* et les adresses des patients suivis par CORHESAN nous ont également permis de réaliser une analyse géographique. Ainsi, nous avons cherché à comprendre si les IRIS caractérisés par une somme de score élevé²⁷ sur le projet *Hotspot* correspondaient à des IRIS où CORHESAN avait suivi un grand nombre de personnes. Nous avons donc sélectionné les 30 IRIS qui avaient le score le plus élevé sur la période d'étude allant du 1er mars 2021 (date de la disponibilité des premières données du projet *Hotspot*) jusqu'au 31 mars 2022 (Figure 7).

²⁷ Chaque semaine, le projet *Hotspot* accordait un score allant de 0 à 3 aux IRIS en fonction de la circulation virale (nombre de cas élevé, incidence élevée et/ou taux de positivité élevé) et/ou de la dynamique de l'épidémie (augmentation de l'incidence). Les IRIS ayant un score 2 ou 3 étaient transmis à l'équipe CORHESAN chaque semaine.

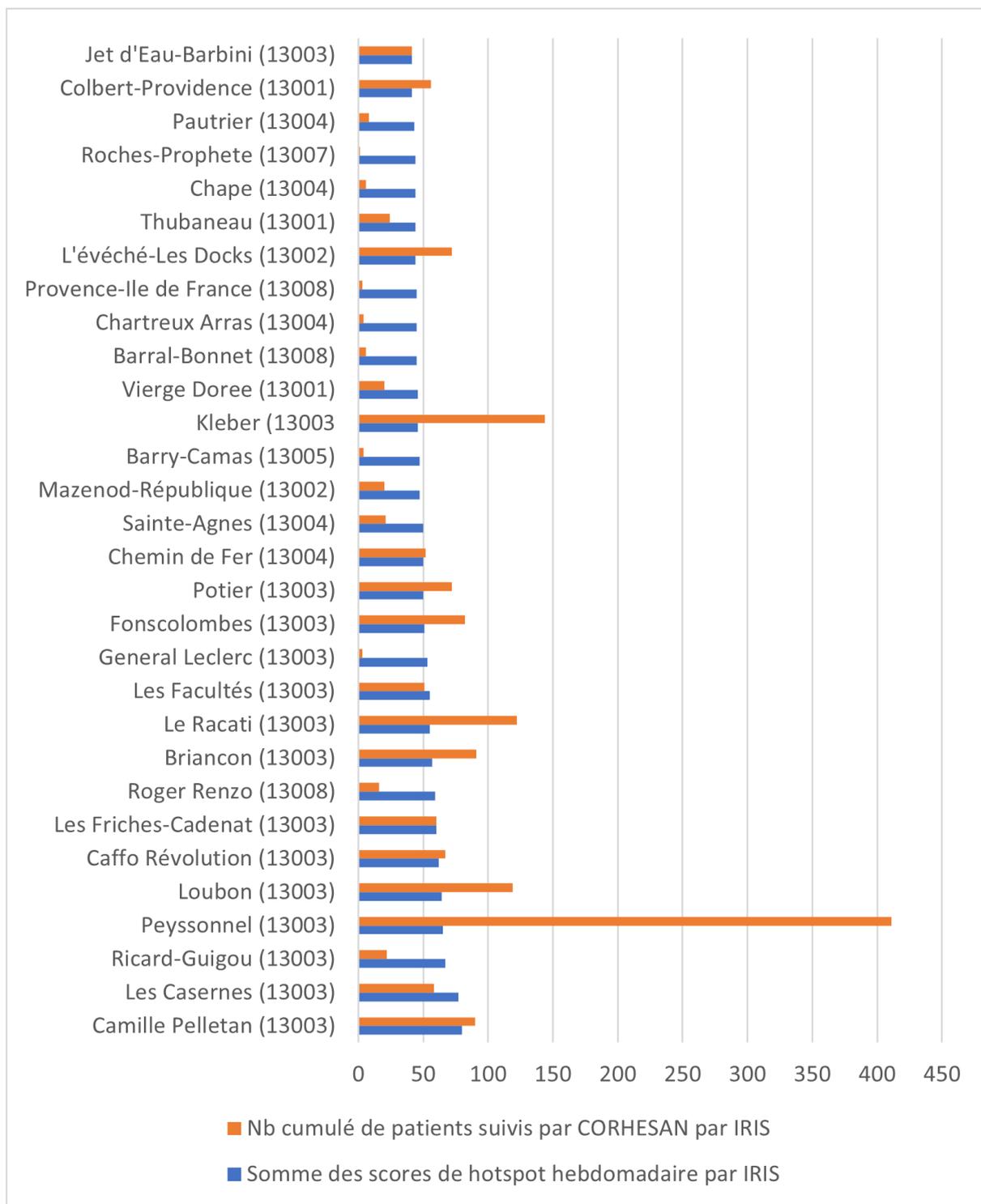


Figure 7 : Patients suivis par CORHESAN en fonction des plus hauts scores d'IRIS du projet Hotspot du 01/03/2021 au 31/03/2022 (pour chaque IRIS un score entre 0 et 3 était attribué par semaine)

La moitié des IRIS représentés sur la Figure 2 appartiennent au 3ème arrondissement de Marseille. Nous observons une corrélation globale entre les IRIS ayant un score élevé et le nombre de personnes suivies par IRIS par CORHESAN, plus particulièrement pour les IRIS du 1er au 3ème arrondissements. Cela peut s'expliquer par le territoire d'intervention initial du projet (1er au 3ème arrondissements), mais aussi par des besoins plus faibles dans les arrondissements

moins précaires. Un test des rangs de Wilcoxon a permis de conclure que sur l'ensemble des IRIS des huit arrondissements de Marseille ciblés par CORHESAN, il y a bien une corrélation significative entre les IRIS ayant le plus haut score *Hotspot* et les IRIS où le dispositif a suivi le plus de patients (P-value < 0,0001).

La surreprésentation de l'IRIS Peyssonnel sur la Figure 7 s'explique par la présence de l'Hôpital Européen au sein de cet IRIS, adresse par défaut pour toutes les personnes n'ayant pas donné d'adresse ou n'ayant pas d'adresse fixe. Cet IRIS est donc l'IRIS où CORHESAN a suivi le plus de personnes (avec 411 personnes suivies). Notons globalement que les trois premiers IRIS dans lesquels CORHESAN a suivi le plus de personnes sur la période d'étude sont des IRIS dans lesquels il y a la présence de partenaires et notamment de centres d'hébergement au sein desquels l'équipe est intervenue plusieurs fois. Une carte des personnes suivies par le projet CORHESAN par IRIS a été placée en Annexe 12, montrant notamment l'importance des personnes suivies dans le 3ème arrondissement.

3.5 Pôles vaccination

Le dernier pôle concentre les activités de vaccination. Le déploiement de la vaccination a été une évolution majeure du projet qui a demandé à l'équipe beaucoup d'efforts logistiques. En effet, la mise en place de cette activité a nécessité, surtout au départ, la présence ou la validation systématique des indications vaccinales par un médecin. La logistique a été facilitée par le fait que le projet soit adossé à un hôpital et par la présence du Centre de vaccinations internationales (CVI) de l'Hôpital Européen disposant des agréments et des autorisations nécessaires et d'une organisation parfaitement rodée par la gestion des doses de vaccins. Au départ, les médiateurs orientaient principalement les personnes vers les centres de vaccination et les aidaient à prendre des rendez-vous en ligne ou au CVI. Des créneaux de vaccination au CVI ont été réservés pour CORHESAN, et les médiateurs prenaient alors les rendez-vous et se chargeaient de rappeler les personnes la veille pour effectuer un suivi. Rapidement, l'équipe a pu proposer elle-même la réalisation des vaccinations. Les médiateurs ont ainsi reçu plusieurs formations théoriques dédiées. Les médiateurs évoquent en entretien les nombreuses inquiétudes des individus rencontrés concernant la vaccination contre la COVID-19. Tous les médiateurs évoquent ainsi leur capacité à discuter et à argumenter autour des *fakes news*, ce qui a mobilisé de nombreuses connaissances. Les observations de terrain ont permis de mettre en lumière leur capacité à adapter leur discours et à rapidement avoir des arguments proches de la réalité des personnes. L'équipe semble par ailleurs savoir discerner lorsqu'il n'est pas possible de discuter. Ils évoquent alors d'autres sujets de santé avant de revenir à la vaccination, permettant ainsi de mettre la personne à l'aise. Des connaissances sur le passé sanitaire ou vaccinal ont également été

nécessaires afin d'orienter les personnes, ainsi que la prise en main de la plateforme VaccinCovid pour enregistrer les vaccinations et émettre les passes.

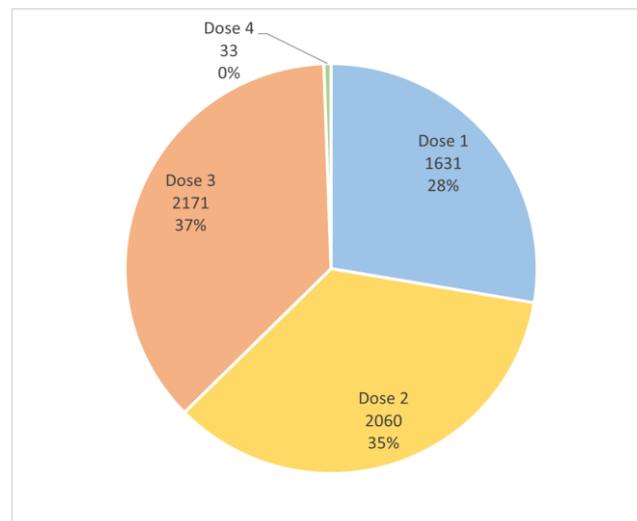


Figure 8 : Nombre de doses de vaccin contre la COVID-19 administrées par l'équipe CORHESAN

Jusqu'au 31 mars 2022, 5895 doses avaient été administrées par CORHESAN à un total de 4592 personnes. Au 31 mars 2022, CORHESAN avait donc administré 1631 premières doses, 2060 deuxièmes doses, 2171 troisièmes doses et 33 quatrièmes doses (Figure 8). Certaines personnes ont reçu plusieurs doses grâce au projet, d'autres n'en ont reçu qu'une. Notons que la deuxième dose de rappel (quatrième dose) n'a été administrée qu'à partir du 14 mars 2022 pour les personnes âgées de 80 ans et plus.

Au total, 11% des doses administrées l'ont été à domicile, 17% au sein de structures partenaires, 11% sur la voie publique et 65% au « Bis », centre de vaccination sans rendez-vous créé et géré par l'équipe CORHESAN au pied de l'Hôpital Européen (Figure 9).

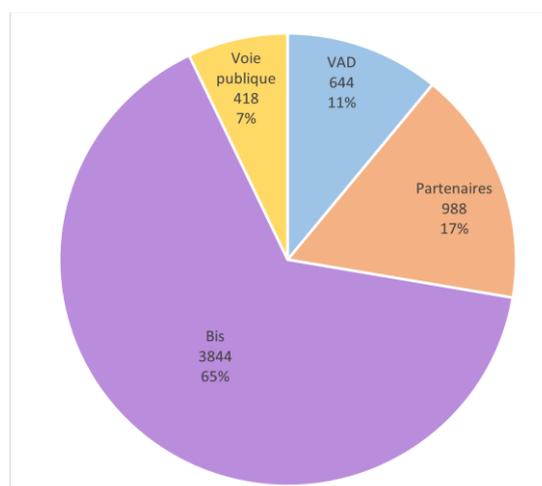


Figure 9 : Répartition des lieux de vaccination

3.5.1 Vaccination à domicile

L'équipe a ainsi mis en œuvre la vaccination à domicile à partir de juin 2021, assurée en binôme infirmier-médiateur ou médecin-médiateur. La procédure mise en place nécessitait initialement une première visite de recueil d'informations, administratives par un médiateur et médicales par un infirmier (cf. Dossier de vaccination en Annexe 13). Le dossier médical était ensuite validé par le médecin traitant si les personnes en avaient déclaré puis par l'infectiologue coordinateur du projet. Le binôme retournait alors une seconde fois au domicile des patients afin de les vacciner une fois le dossier validé.

La gestion des doses était facilitée par le CVI de l'Hôpital Européen, qui fournissait le nombre de doses nécessaires. Plusieurs visites à domicile de vaccination étaient réalisées par demi-journée. Les publics vaccinés à domicile étaient principalement des personnes ayant des barrières d'accès aux centres de vaccination ou aux professionnels de santé vaccinant.

Un nombre important de personnes ont été ainsi orientées vers CORHESAN par leur infirmier libéral (19%) ou encore leur médecin traitant (2%), avant que l'administration des vaccins ne se généralise (Figure 10). 25% des personnes vaccinées à domicile l'ont été grâce à des actions de porte à porte réalisées conjointement par le pôle vaccination et le pôle sensibilisation. Les entretiens montrent que les discussions avec les patients portaient alors souvent sur les inquiétudes ou idées reçues sur le vaccin. Une partie des personnes avaient également directement contacté le dispositif (17%) grâce aux flyers laissés lors d'activités de sensibilisation ou par l'orientation de proches ou de professionnels de santé et du social.

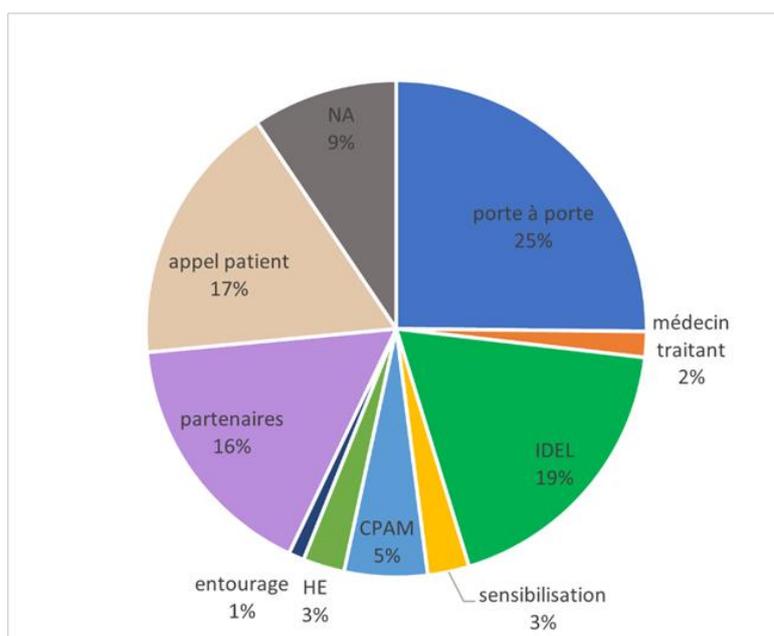


Figure 10 : Répartition des orientations des visites à domicile de vaccination

Au total, 644 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin en visite à domicile. La Figure 11 résume le nombre de doses administrées par lieu de vaccination. Ainsi, l'équipe a réalisé à la fois des première et deuxième doses ainsi que des doses de rappel.

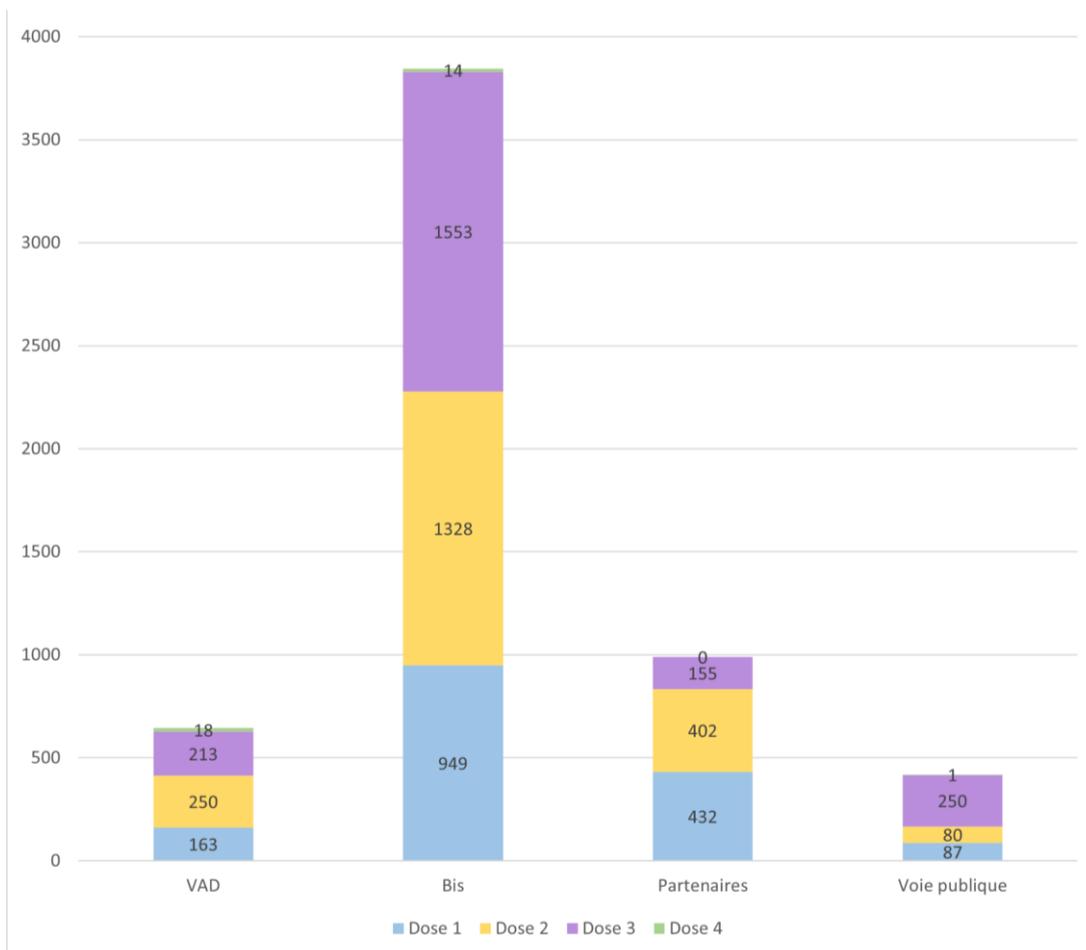


Figure 11 : Répartition des doses de vaccin contre la COVID-19 selon les lieux de vaccination

3.5.2 Vaccination au sein de structures partenaires

L'équipe mobile se déplaçait au sein des structures partenaires. Les vaccinations au sein des structures partenaires représentent 17% des doses administrées par l'équipe. De nombreuses vaccinations ont par exemple eu lieu au sein de centres d'hébergement comme le CHRS de l'Armée du salut dans le 3ème arrondissement. Les médiateurs, parfois accompagnés du médecin infectiologue du projet, réalisaient souvent des sessions de sensibilisation et de réponses aux questions des personnes avant de mettre en place la vaccination. Ainsi, l'infirmière de la structure nous explique : « *Le médecin et les médiateurs sont d'abord venus discuter avec les hébergés sur la vaccination, puis on a organisé des journées de vaccination. Le médecin a été super abordable et très peu de personnes n'ont pas voulu le faire. L'équipe a beaucoup rassuré les hébergés et même les travailleurs. Et c'est une équipe qui met à l'aise, les sessions de vaccination se font dans la convivialité, ça permet aussi de créer de la confiance avec les hébergés.* ». Un travail préalable

est donc souvent nécessaire avant de vacciner. Par ailleurs, les salariés des structures bénéficiaient également des sessions de vaccination. En effet, il paraissait important et pertinent de prendre en charge la structure dans sa globalité afin de réduire les risques de transmission du virus. Les sessions de vaccination mobilisaient ensuite un médecin, plusieurs infirmiers et plusieurs médiateurs. Chaque personne passait d'abord avec un médiateur pour recueillir les informations administratives, puis devant le médecin qui validait le dossier médical. Les personnes se rendaient ensuite auprès d'un infirmier qui prenait leurs constantes (pouls, tension artérielle), les vaccinait et reprenait leurs constantes à la fin du temps d'observation requis. Tout comme pour les vaccinations à domicile, les doses étaient préalablement commandées au CVI. Cela demandait donc une coordination avec la structure d'accueil, chargée de mettre en place une liste de passage nominative afin de connaître le nombre de doses nécessaires et de fluidifier les sessions de vaccination.

Nos observations de terrain ont également permis de participer à deux sessions de vaccination pour les ressortissants Ukrainiens résidant temporairement au sein d'un ferry de la compagnie Corsica Linea accueillant environ 800 personnes. Deux à trois médiateurs étaient présents, accompagnés d'un médecin, d'un pharmacien et d'une interprète. Une dizaine de personnes par session ont ainsi reçu une dose, principalement des deuxièmes doses et des premières doses de rappel. Ainsi, les médiateurs ont parfois pris le temps de rassurer les individus et de rappeler pourquoi il était nécessaire de faire une deuxième dose ou une dose de rappel. Les équipes ont rencontré peu de réticence.

Au total, l'équipe a administré 989 doses au sein de structures partenaires, avec une majorité de premières et deuxièmes doses (Figure 11).

3.5.3 Vaccination sur la voie publique

L'équipe mobile a également vacciné sur la voie publique, représentant 7% des vaccinations totales. Les vaccinations sur la voie publique ont mis plus de temps à se mettre en place, en raison de la nécessité d'obtenir les autorisations d'occupation de la voie publique. D'après l'équipe, ces sessions ont globalement bien fonctionné, les habitants venant facilement vers le barnum CORHESAN placé à des endroits stratégiques de la ville : sortie des bouches de métro, ou places fréquentées. La plupart des vaccinations sur la voie publique se sont faites du 1er au 3ème arrondissements.

Au cours d'une action de vaccination au cœur du quartier de Noailles dans le 1er arrondissement, nous avons ainsi pu observer un habitant du quartier se tournant naturellement vers le barnum en demandant en arabe s'il était possible de faire sa 3^{ème} dose à un médiateur. Cet habitant avait déjà repéré les équipes CORHESAN sur une action précédente. Cet exemple illustre l'avantage de proposer de la vaccination au plus près des lieux de vie des habitants, afin de faciliter leur accès et

leur gestion du temps, et de lever de nombreuses barrières d'accès aux soins. Comme nous l'avons montré, la barrière de la langue était souvent résolue facilement grâce aux nombreuses langues parlées par l'équipe. Les vaccinations extérieures permettent aussi de lever les barrières d'accès aux rendez-vous (prise de rendez-vous compliquée, fracture numérique, délai d'attente, rendez-vous proposés à des heures inadaptées, etc.). Il semble également important de noter que les vaccinations extérieures ont permis de contourner la problématique liée au manque de priorité accordée à la vaccination. En effet, comme le montre un médiateur *« Si on est à côté de chez eux et qu'ils n'ont rien à faire, c'est finalement pas très contraignant de venir »*.

Au total, 418 doses ont ainsi été administrées par l'équipe sur la voie publique (Figure 11).

3.5.4 Centre de vaccination « Bis »

Au vu des différentes barrières d'accès pour les personnes voulant se faire vacciner, l'équipe a rapidement mis en place un centre de vaccination sans rendez-vous et sans condition d'accès, toutes les matinées de 9h à 13h mais également certaines soirées jusqu'à 20h. Ce centre de vaccination, sorte de CVI déporté et sans rendez-vous rapidement baptisé le « Bis », était placé devant l'hôpital sous une grande tente, et a rencontré un réel succès. Le référent du pôle vaccination explique ainsi *« L'objectif, c'était d'avoir une tente qui pouvait « servir de de QG », de ramener vers dans toutes nos opérations pour que les personnes qu'on orientait et qu'on sensibilisait puissent venir à l'hôpital et effectuer leur vaccination sans conditions de papier, d'origine, ... et c'était complètement gratuit. »*. Il montre notamment que l'ouverture d'un tel dispositif a demandé des efforts de logistique et d'organisation importants avec des demandes et un rythme soutenu. En effet, certaines matinées ont vu plus d'une centaine de personnes défiler. Lors des périodes de forte affluence, le bis nécessitait alors deux à trois médiateurs et deux IDEL, avec un médecin d'astreinte et un agent de sécurité. Les doses de vaccin venaient directement de la pharmacie de l'hôpital et parfois en partie du CVI. Les IDEL devaient donc reconstituer eux-mêmes les doses.

Les personnes venant se faire vacciner au bis avaient pour beaucoup été sensibilisées par l'équipe ou les partenaires. Elles avaient également pu voir un flyer ou une affiche dans des établissements de proximité près de chez eux. Tout comme les vaccinations sur la voie publique, le fait de proposer des actions sans rendez-vous et sans condition d'accès et d'être identifié comme tel a permis de lever certaines barrières d'accès à la vaccination. L'équipe remarque que le public du Bis avait souvent des origines étrangères. Ainsi, CORHESAN proposait également de réaliser gratuitement des conversions de passe sanitaire (consistant à convertir un vaccin fait à l'étranger et reconnu en France en passe sanitaire, action habituellement payante en pharmacie). Les observations de terrain nous ont permis de comprendre l'organisation de ce centre de vaccination. Les personnes venant se faire vacciner étaient donc d'abord enregistrées par les

médiateurs qui réalisaient également l'inscription sur le site VaccinCovid et imprimaient les passes sanitaires. L'infirmière réalisait ensuite l'entretien médical et vaccinait. S'il y avait un doute sur le dossier médical, l'IDEL contactait le médecin d'astreinte. La personne était ensuite placée 15 minutes en observation (ou plus si ses antécédents médicaux le nécessitaient) puis repartait avec son passe sanitaire. Lors de nos observations, plusieurs personnes ukrainiennes sensibilisées lors de dépistages ou sur le ferry Corsica Linea sont notamment venues se faire vacciner.

Au total, 3844 doses ont été administrées par l'équipe au bis. Beaucoup de deuxièmes doses et premières doses de rappel ont été administrées (Figure 11).

Une médiatrice résume ainsi à propos du Bis : *Pour moi, le Bis, les vaccinations de rue avec le barnum, tout ça a été hyper proche du terrain et adapté à notre public. Un point fort pour moi ça a été le fait que j'ai senti qu'on était très bien identifiés.* ».

Si les médiateurs n'ont pas tous participé au lancement du projet, pratiquement tous ont participé à la mise en place de la vaccination. Il est impossible de ne pas remarquer une certaine fierté à l'évocation des différents modes de mise en œuvre de la vaccination, que beaucoup qualifient d'innovants et de créatifs. Ils semblent y voir ainsi des actions répondant directement aux demandes et aux besoins des publics cibles et éliminant de nombreuses barrières d'accès.

3.6 Mise en place d'un nouveau projet de médiation en santé

3.6.1 Présentation du nouveau projet

Le nouveau projet de médiation en santé de CORHESAN qui fait suite au projet centré sur la COVID-19 a deux objectifs principaux : «

- Améliorer les niveaux de couverture vaccinale des vaccins du calendrier vaccinal, en réduisant notamment l'hésitation vaccinale,
- Améliorer la couverture des dépistages des trois cancers bénéficiant d'un programme de dépistage national, à savoir le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein et le cancer colorectal. »²⁸.

Les thématiques du nouveau projet s'éloignent donc de la prévention sur la COVID-19, à l'exception du rattrapage vaccinal contre la COVID-19, et comprennent de nouvelles missions.

Le projet est opéré dans les 1^{er} 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements de Marseille, réduisant ainsi le territoire d'activité du projet précédent afin de concentrer les actions sur les territoires qui ont été le plus investis lors du projet précédent mais aussi sur lesquels les indicateurs de santé sont les plus dégradés. Ces trois arrondissements comprennent un grand nombre de QPV. Notons par ailleurs qu'à la demande de l'ARS, le nouveau projet cible les personnes « vulnérables » et non

²⁸ Document de présentation du projet.

pas uniquement « précaires », sans pour autant exclure ces derniers. Le document de présentation du projet explique que les ISS et ITS mises en évidence en matière de lutte contre la COVID-19 s'observent également au niveau de la lutte contre les cancers et de la couverture vaccinale. Ainsi, en 2019-2020, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein ou de mammographies bilatérales s'élève de 37,9% à 40% sur les arrondissements d'intervention contre 52,1% à l'échelle du département des Bouches-du-Rhône²⁹. De même, en 2021, la part de la population de 50 à 74 ans ayant eu recours au dépistage du cancer colorectal au cours des deux dernières années était de 16,9% dans ces trois arrondissements contre une moyenne de 27,8% dans le département³⁰. En 2021, la part des femmes de 26 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années sur le territoire était de 36,7% contre 47,7% à l'échelle départementale³¹. Les données disponibles sur la vaccination montrent également une couverture vaccinale globalement plus faible dans ces arrondissements que sur l'ensemble du département. Ainsi, par exemple, la couverture du vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) était de 78,2% dans le 1^{er} arrondissement chez les enfants de 2 ans³², contre 83,2% au niveau départemental.

Les deux objectifs principaux s'inscrivent dans des stratégies nationales. La stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030) donne pour objectif d'améliorer la prévention et notamment l'accès aux dépistages sur les trois cancers bénéficiant d'un programme de dépistage organisé en prêtant une attention particulière aux inégalités d'accès et de recours aux dépistages (Institut national du cancer, 2021). De même, la stratégie nationale de santé 2018-2022 vise à mobiliser les outils de prévention en renforçant notamment la protection vaccinale de la population.

Le projet est à nouveau financé par l'ARS pour une durée d'un an. Il regroupe des acteurs ayant déjà travaillé sur les dispositifs MEDILAC. Ainsi, le comité de pilotage du projet se compose de l'ARS PACA, de la Cellule régionale de Santé Publique France, du SESSTIM, de CORHESAN et de SEPT, qui déploie le même dispositif dans les arrondissements 13 à 16. La mise en œuvre de ce projet implique également la collaboration étroite de l'observatoire régional de la santé (ORS), de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), du Centre régional de coordination du dépistage des cancers (CRCDC), de la Mairie de Marseille, et du Comité Départemental d'Education et de Promotion de la Santé du département des Bouches-du-Rhône (CODEPS13). Les observations menées au sein de l'équipe ont permis d'appréhender la mise en place du nouveau projet. Nous avons donc pu étudier la méthodologie du nouveau projet ainsi que la préparation de l'équipe aux nouvelles missions.

²⁹ [SIRSÉPACA - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(sirsepaca.org\)](https://sirsepaca.org), consulté le 22/08/2022.

³⁰ <http://rezonecpts.ameli.fr>, consulté le 27/08/2022.

³¹ <http://rezonecpts.ameli.fr>, consulté le 27/08/2022.

³² <http://rezonecpts.ameli.fr>, consulté le 27/08/2022.

3.6.2 Cadre d'intervention et d'évaluation

Le partenariat avec le SESSTIM, Santé publique France, l'ARS et SEPT a permis de définir le cadre de mise en œuvre et d'évaluation de ce projet pilote. Un groupe de travail hebdomadaire a été mis en place, auquel il nous a été permis de participer, dans l'objectif de définir les modalités d'intervention de CORHESAN et de SEPT, et surtout de planifier les modalités d'évaluation de ce projet pilote afin d'assurer la production de données probantes sur l'efficacité de ce type d'approche sur l'amélioration du dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus et de la couverture vaccinale. Des enquêtes transversales, une étude écologique et une étude de cohorte sont ainsi prévues afin d'évaluer l'efficacité du projet. Le TO de l'enquête transversale sera par ailleurs réalisé par les médiateurs du projet, pour des raisons de temps et financières. L'entretien réalisé avec les coordinatrices montrent en effet le besoin d'évaluer la pertinence des équipes sur le territoire : « Est-ce que la médiation en santé, au plus près des populations, les aide vraiment à être ramené vers le soin ? Est-ce qu'on change les comportements de santé ? ». Les questions d'évaluation semblent avoir pris plus d'importance sur ce projet, ce qui résulte notamment d'un contexte de mise en place très différent. En effet, si ce nouveau projet répond bien à des priorités nationales et régionales, il n'est pas contraint à un contexte d'urgence sanitaire. Il a donc été possible de penser le cadre d'évaluation préalablement et grâce aux partenariats mis en place lors du dispositif CORHESAN.

Il faut noter l'importance des leçons apprises du dispositif *hotspot* pendant le projet CORHESAN (cf. 4.3). Lors d'un entretien réalisé avec l'un des initiateurs de ce dispositif qui participe également au travail réalisé sur l'évaluation du nouveau projet, il explique : « Avec ces nouvelles actions, l'aspect vitesse d'intervention ne joue plus. Ce qu'il faut c'est réussir à rendre visible ce qui est déjà connu, c'est-à-dire, montrer que certains modes de vies et certains cadres de vie sont défavorables à la santé. Et essayer des actions d'aller-vers et d'accompagner-vers comme moyens pour rééquilibrer ces inégalités. Ce qui a été fait avec le projet *hotspot*, c'est une manière de travailler qui doit persister. Cela permet de donner un angle d'attaque populationnelle et thématique pour réduire les ISS. ». Cet entretien insiste particulièrement sur l'importance d'une collaboration étroite entre les équipes de terrain et les équipes d'évaluation.

Les porteurs du projet et leurs partenaires ont également choisi de prioriser leurs actions au sein de certains IRIS afin d'améliorer les chances de montrer l'efficacité de la médiation en santé sur les thématiques retenues. L'objectif est d'une part de ne pas "diluer" les interventions au sein d'une population trop grande, et d'autre part de pouvoir comparer l'évolution des indicateurs entre des IRIS d'intervention ou IRIS cibles et des IRIS témoins ou IRIS contrôle. Les enquêtes transversales permettront ainsi de comparer l'évolution de l'intention au dépistage et de l'hésitation vaccinale de la population générale entre ces 2 types d'IRIS. De son côté, l'étude écologique permettra de comparer l'évolution de taux de dépistage et de vaccination entre ces 2

types d'IRIS. Ainsi, pour chaque arrondissement, trois IRIS d'interventions ont été retenus (cf. Annexe 14). Cette échelle est donc différente du précédent projet. Néanmoins, le projet *hotspot* avait déjà permis à l'équipe de se familiariser avec les IRIS des différents arrondissements et de prioriser les actions sur certains IRIS. Il semble donc avoir été aisé pour les médiateurs de s'approprier ce choix méthodologique. Les IRIS d'intervention ont été choisis par les médiateurs. Pour chaque IRIS cible, le SESSTIM a identifié deux IRIS témoins aussi ressemblant que possible en termes de caractéristiques populationnelles et socio-économiques analysées par des méthodes d'analyse en composante principale.

Les observations réalisées au sein de l'équipe nous ont permis de constater à quel point l'équipe s'était appropriée rapidement ces territoires, notamment en réalisant des actions d'exploration afin de pouvoir cartographier le plus finement possible leurs IRIS.

3.6.3 Utilisation de la médiation en santé au sein du nouveau projet

Le nouveau projet repose, comme pour le projet ciblant la COVID-19, sur une équipe de médiateurs en santé. Pour l'ARS, la médiation en santé est une priorité du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2023 et plusieurs actions de médiation en santé sont déjà financées à l'échelle régionale.

L'équipe de médiateurs a été réorganisée afin de développer une approche par territoire et non plus par pôle d'activité. Un binôme de médiateurs est à présent affecté à chaque arrondissement et donc à trois IRIS.

La coordination a également fait le choix stratégique de salarier deux infirmières. En effet, les entretiens révèlent que dans le dispositif CORHESAN, certains infirmiers libéraux avaient parfois du mal à trouver leur place lors d'actions de médiation où aucun soin n'était requis. Ici, les coordinateurs ont donc perçu l'intérêt d'intégrer au sein de l'équipe deux infirmières à temps plein, qui auront donc également un rôle d'organisation et de médiation. L'entretien réalisé avec Médecins du Monde nous apporte un éclaircissement sur l'importance de se reposer sur des professionnels de santé qui intègre la médiation dans leur pratique quotidienne : « On essaie d'avoir une approche globale de la médiation, y compris les médecins et les soignants. On ne peut pas dire qu'ils sont médiateurs parce qu'ils ne sont pas formés à la médiation mais c'est la philosophie qu'on essaie de porter dans nos actions. Ils font du soin s'il y en a besoin, mais dès le départ, l'action est orientée vers la médiation. ». Ainsi, le nouveau projet de médiation se rapproche de cette approche de la médiation en santé. En effet, en formalisant deux nouveaux postes de professionnels de santé orientés vers de la médiation et qui participent pleinement à la vie de l'équipe, la coordination assure une approche globale des actions orientées vers de la médiation.

Lors de l'entretien réalisé avec l'infirmière du centre d'hébergement de l'Armée du Salut, celle-ci explique aussi voir tout l'intérêt de la médiation en santé sur les nouvelles thématiques proposées. Elle relate notamment l'ouverture d'une nouvelle structure d'accueil pour une vingtaine de femmes, et explique qu'il serait pertinent d'utiliser la médiation en santé sur des thématiques telles que les dépistages des cancers pour des femmes qui ont longtemps été éloignés du système de soins. Ainsi, avoir une équipe qui se déplace pour aller vers ces femmes présente un atout pour l'infirmière.

3.6.4 Compétences acquises et nouvelles compétences

La majorité des entretiens réalisés montrent que les compétences acquises en matière de médiation et d'aller-vers lors du projet CORHESAN dédié à la COVID-19 permettent de constituer un socle solide pour les nouvelles actions. Une des coordinatrices du projet résume : « *On se base sur des compétences d'aller-vers, de visites à domicile, de porte à porte et de comment interagir avec des partenaires, comment monter déjà des événements. Ils ont déjà une base donc. Ils vont utiliser ça et c'est presque le plus difficile finalement à acquérir* ». Elle ajoute également : « *On sait qu'ils sont capables de travailler dans l'urgence et de répondre très vite, donc on n'aura pas de problème d'adaptation.* ». Les médiateurs font le même constat que les coordinatrices et expliquent également pouvoir se reposer sur les compétences de médiation acquises lors du projet CORHESAN « *L'intelligence relationnelle, le fait d'avoir pris l'habitude d'aller-vers des publics et d'avoir eu toutes ces expériences positives, c'est sûr que ça va nous aider.* ». Ainsi, il apparaît ici que les compétences acquises lors du projet CORHESAN en médiation en santé semblent tout à fait transférables au nouveau projet. Les médiateurs et la coordination sont confiants dans leurs capacités à utiliser ces compétences sur d'autres thématiques.

Par ailleurs, de nouvelles formations ont permis de renforcer les compétences de l'équipe. La période du début du projet a été marquée par une formation à l'entretien motivationnel, à laquelle nous avons pu participer. Cette formation et cette montée en compétences ont été permises par une évaluation des besoins lors du projet sur la COVID-19 et la récurrence des difficultés face aux discours anti-vaccination. Sur deux jours, l'équipe de CORHESAN, de SEPT et quelques personnes de Santé publique France et du SESSTIM ont donc été formées à l'entretien motivationnel adapté à l'hésitation vaccinale par deux chercheurs de l'université de Sherbrooke, au Canada, en partenariat avec l'ORS. Cette formation a donné lieu à une enquête, réalisée par l'ORS et les équipes de CORHESAN et SEPT en juin-juillet 2022 dans l'objectif d'évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel sur l'hésitation vaccinale. Dans ce cadre, les médiateurs de CORHESAN ont réalisé 150 entretiens motivationnels sur la vaccination en binôme avec des enquêteurs chargés interrogeant les personnes avant et après l'entretien. Les médiateurs ont tous montré un intérêt pour cette formation et l'utilisation de l'entretien motivationnel,

formalisant des pratiques parfois déjà réalisées mais apportant également de nouvelles compétences pour la suite du projet. Une des médiatrices explique par exemple qu'elle prend désormais plus le temps d'écouter les discours des individus et leurs craintes. S'ils ont souvent trouvé la formation et sa pratique très intéressante, l'enquête qui a suivi a parfois été jugée comme trop éloignée de leur métier de médiation : *« J'ai hâte qu'on se détache de l'enquête parce qu'on fait vraiment que de l'entretien. Mais en tout cas, je suis super content d'avoir fait cette formation. Je la trouve très utile. Je pense que ça a marché sur certaines personnes et clairement, comme les formateurs l'ont dit, les personnes qui ont des doutes, ils ont besoin de ça et ça fonctionne. C'est plus dur quand on a des personnes qui se disent anti-vaccination, même si souvent ils ne le sont pas vraiment, c'est juste une barrière. Ce que je retiens, c'est d'identifier les déterminants de la motivation à vaccination et de pouvoir les amener à la réflexion sur ces déterminants. ».*

3.6.5 Acquisition de nouvelles connaissances

Les entretiens et observations montrent que l'acquisition de connaissances autour des nouvelles thématiques de travail est un défi pour l'équipe. Les médiateurs expliquent ainsi que la familiarisation avec les vaccins autres que ceux ciblant la COVID-19 et les stratégies de dépistage des cancers apparaît fastidieuse mais nécessaire. Comme plusieurs l'expliquent, les connaissances sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes suspectes ou positives à la COVID-19 ainsi que sur le virus ont été acquises au fur et à mesure de leur pratique, alors que tout le monde apprenait en même temps.

De nombreuses formations ont donc été mises en place pour apporter les connaissances nécessaires aux nouvelles missions de l'équipe. Dans un premier temps, des formations sur la vaccination et les différents vaccins obligatoires en France ont été dispensées par le médecin infectiologue du projet CORHESAN. Ces formations ont eu lieu sur plusieurs demi-journées. Par ailleurs, des rappels ont été effectués au sein de l'équipe. Les sessions d'entraînement à l'entretien motivationnel ont également permis de faire des points réguliers sur les connaissances nécessaires sur ce sujet.

Le CRCDC a également fait une formation sur les dépistages organisés, permettant de balayer les trois cancers concernés. De plus, l'équipe a bénéficié d'une formation sur le cancer colorectal par un gastro-entérologue et hépatologue de l'Hôpital européen. Plusieurs autres formations sont prévues pour approfondir les connaissances de l'équipe sur chaque cancer et leur dépistage.

3.6.6 Formats d'action privilégiés

Par ailleurs, le document de présentation du projet explique : *« L'expérience MédiLac a d'abord montré l'intérêt de combiner de la sensibilisation à de la « réalisation » immédiate et sur place de certaines actions, au cours desquelles les médiateurs MédiLac étaient à la fois promoteurs et*

effecteurs : effecteurs de dépistage, effecteurs de vaccination en tandem avec les infirmiers, sous la supervision à distance de médecins. Par ailleurs, en choisissant des médiateurs aux origines et aux compétences plurielles, le dispositif a pu répondre à une variété de situations et continuellement s'adapter par ses actions aux enjeux de l'épidémie. ». Ainsi, l'expérience du projet CORHESAN, affilié MédiLac, a montré l'efficacité de pouvoir mener plusieurs actions de médiation telles que la sensibilisation, tout en proposant directement une réalisation de dépistage ou de vaccination. Ce format d'actions sera donc également de nouveau utilisé. Les actions de rattrapage vaccinal feront l'objet de sensibilisation mais aussi de propositions de vaccination. De même, les actions de prévention et d'accompagnement aux dépistages des cancers permettront par exemple de distribuer directement des kits de dépistage du cancer colorectal et de les récupérer afin de les poster³³. Ce choix s'explique par les leçons tirées du dispositif CORHESAN, selon lesquelles les individus participant aux actions sont plus facilement intéressés si l'équipe propose directement un service en plus de la sensibilisation dispensée.

L'équipe restant inchangée, elle présente par ailleurs la même diversité de profils qu'évoquée précédemment. Cela permettra donc à nouveau de pouvoir s'adapter au mieux aux différentes situations des individus sensibilisés.

Notons également que pour toucher le plus de personnes possibles à l'échelle des IRIS et compte tenu de la nouvelle population cible, le porte à porte sera un format d'action privilégié. Les médiateurs peuvent donc se reposer sur les connaissances et expériences acquises lors de leurs actions de dépistage et de vaccination en porte à porte, par exemple des difficultés liées au refus d'ouvrir la porte par peur de démarchage commercial. En parallèle, l'équipe a également pu tirer des leçons sur la manière de faciliter les actions de porte à porte (par exemple en collant préalablement des affiches annonçant leur venue dans les bâtiments). Les relations partenariales mises en place avec les bailleurs sociaux lors du précédent projet pourront donc également être utiles. La rencontre avec le projet « Voisin Malin » implanté dans le 13^{ème} arrondissement de Marseille a également permis à l'équipe d'avoir un échange de pratiques sur le porte à porte. En effet, cette association travaille avec les habitants entre autres sur les dépistages des cancers.

Tous les acteurs interrogés mettent en avant la dimension expérimentale de ce nouveau projet de médiation en santé, pouvant s'appuyer sur l'expérience menée sur la COVID-19. Ainsi, les acteurs espèrent tous voir ce projet perdurer, se développer, voire s'exporter sur d'autres territoires en France.

Le projet CORHESAN déployé dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 a permis à l'équipe de montrer sa légitimité à réaliser des actions de prévention et d'aller-vers grâce à la médiation en

³³ Les personnes de 50 à 74 ans concernées par le programme de dépistage du cancer colorectal reçoivent tous les deux ans une invitation à se faire dépister grâce à un kit à faire chez soi et à envoyer au laboratoire par la poste pour analyse, en ligne : <https://monkit.depistage-colorectal.fr/#/accueil>, consulté le 27/08/2022.

santé. L'implantation locale du projet et le développement de nombreuses compétences donnent donc une base solide sur laquelle se reposer pour les nouvelles actions. Les nombreuses formations réalisées ou prévues permettront de se familiariser avec de nouvelles thématiques de santé et de consolider les compétences en médiation.

4 Discussion

Le projet CORHESAN a proposé des actions innovantes d'aller-vers en utilisant la médiation en santé afin de toucher les populations vulnérables ciblées de manière pertinente. La mise en place d'un nouveau projet de médiation en santé sur de nouvelles thématiques amène à se questionner sur l'applicabilité de ces démarches.

4.1 Une approche innovante inscrite dans les milieux de vie

Le projet CORHESAN a tenté de s'inscrire au mieux dans les milieux de vie des personnes afin de proposer des actions pertinentes et adaptées aux conditions de vie des individus et qui permettent de prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé. Cet effort fait écho aux recommandations de Baudier et al. « La campagne de vaccination, comme le « tester, alerter, protéger », ne rencontreront le succès qu'en s'ancrant dans les milieux de vie. La promotion de la santé, approche intersectorielle et participative de la santé publique, apporte un éclairage et permet d'élaborer, localement, des moyens d'agir face à cette crise. » (Baudier et al., 2020, p. 437).

Cette inscription dans les milieux de vie requiert une connaissance fine du terrain, des acteurs et de la population, qui a permis à CORHESAN de proposer des visites à domicile et de s'implanter dans les quartiers d'intervention (associations sanitaires, sociales et culturelles, commerces de quartier, événements de quartiers, etc.). Par des actions innovantes d'aller-vers, l'équipe a proposé des actions autour de la COVID-19 (sensibilisation, dépistages, vaccinations) dans différents milieux de vie pour toucher les individus dans leurs quotidiens.

CORHESAN a montré une grande agilité dans la diversité de ses modes d'actions menées a parfois pris la forme de tentes de dépistages et de vaccination au sein des quartiers. Les tentes mobiles ont notamment été un moyen d'action privilégié, dans une approche d'aller-vers. Rousseau et al. remarquent justement que « lorsque l'ARS a mis en place des dépistages dans des tentes mobiles, parfois de façon quasi improvisée, et dans des quartiers populaires en général, près de 10 000 habitants semblant souvent peu favorisés, se sont appropriés ces dispositifs d'« aller-vers », au-delà des prévisions. Il est à noter que la communication immédiate, par le biais d'associations locales, mais aussi de réseaux sociaux, a été très efficace. Tout cela ouvre des avenues à des formes renouvelées d'action publique » (Rousseau et al., 2020, p. 186).

Ces dispositifs et cette approche, ancrés localement, semblent avoir porté leurs fruits pour toucher les publics dans un contexte de crise. Ils permettent ainsi de repenser les innovations en promotion de la santé et d'en questionner les moyens d'actions. L'action menée autour de la COVID-19 semble ainsi avoir ouvert de nouvelles portes pour mettre en œuvre cette approche par milieux de vie sur d'autres thématiques.

4.2 Un contexte national et local favorable à la mise en place d'initiatives ancrées localement

Le projet CORHESAN, comme d'autres initiatives locales menées pendant la crise de la COVID-19, a par ailleurs bénéficié d'une conjoncture favorable à la mise en place d'initiatives créatives regroupant de nombreux acteurs de plusieurs disciplines, mus par un même objectif. La crise semble avoir eu pour effet de rapprocher les acteurs de la solidarité et de la santé dans un esprit de décloisonnement au profit des publics les plus touchés. Le succès du projet Hotspot en donne un bon exemple puisqu'il a des acteurs, associatifs, universitaires, hospitaliers et administratifs de manière tout à fait inédite. Le projet CORHESAN n'est pas le seul exemple de cette dynamique. La mise en place des dispositifs COVISAN à Paris, YANACOV en Guyane ou encore Nord Covid à Marseille montrent également la possibilité de regrouper des acteurs du médico-social afin d'aller-vers les populations et de leur proposer un accompagnement adapté à leurs besoins et conditions de vie. Ces dynamiques sont nées d'un contexte particulier où les efforts des acteurs locaux étaient mus par l'objectif commun de contrôler l'épidémie et/ou ses effets sur les populations avec une attention particulière portée sur les situations spécifiques des individus.

Le rassemblement des acteurs autour du projet CORHESAN a permis de continuer à travailler sur d'autres thématiques. En effet, CORHESAN, initialement centré sur la prévention de la COVID-19 dans un contexte de crise, tente désormais d'inscrire cette démarche d'aller-vers de façon structurelle en travaillant sur les dépistages des cancers et le rattrapage vaccinal. CORHESAN a donc offert un terrain particulièrement pertinent afin d'appréhender concrètement les questions de transition d'un projet d'urgence sanitaire à d'autres thématiques.

Cela amène donc à se questionner sur comment il est possible de « passer d'une approche volontariste et dictée par l'urgence à une approche structurelle des déterminants sociaux dans le parcours de soins » (Rousseau et al., 2020, p. 186). En effet, si la crise a vu naître de nombreuses initiatives socio-sanitaires et qui permettent la prise en compte des inégalités sociales de santé, il convient de comprendre comment s'en inspirer pour mettre en œuvre des actions de santé publique au-delà de ces circonstances particulières. S'il n'est pas nouveau que les conditions de vie et les environnements ont un impact sur la santé des populations, la crise sanitaire et sociale a permis d'insister sur l'importance de les mettre au centre des interventions de santé publique et plus particulièrement de prévention et de promotion de la santé. Au sein du projet CORHESAN et d'autres exemples cités plus haut, la démarche d'aller-vers et de médiation en santé semble avoir été bénéfique pendant la crise sanitaire afin de faire le lien entre les populations et le parcours de soin, tout en prenant en compte les déterminants de la santé des populations. Le nouveau projet de médiation en santé mis en place sur les thématiques du dépistage des cancers et du rattrapage

vaccinal part donc du constat que cette démarche peut également être pertinente sur d'autres problématiques de prévention en santé.

Ces questions nécessitent ainsi de s'intéresser aux notions de transférabilité et d'applicabilité de projets en promotion de la santé. La littérature insiste ici sur l'importance des contextes (c'est-à-dire, l'environnement social et culturel, ainsi que le système politique et organisationnel) pour évaluer si un projet est applicable et transférable. Les interventions de santé publique dépendent du contexte dans lequel elles sont mises en œuvre. Ainsi, une intervention qui s'est avérée efficace dans un contexte peut s'avérer inefficace dans un autre contexte (Wang et al., 2005).

Notons donc dans un premier temps que le contexte de mise en œuvre du nouveau projet est globalement similaire au projet Covid. En effet, l'implantation du nouveau projet se fait dans un environnement connu, tant au niveau du territoire que des acteurs présents. Par ailleurs, ayant travaillé avec la population pendant plus d'un an et demi, l'équipe a une bonne connaissance de la population présente sur les territoires, leurs caractéristiques ainsi que leurs ressources et barrières. La capacité de mise en œuvre du nouveau projet (les ressources et obstacles, les compétences de la population locale ainsi que l'environnement social et politique) est donc bien connue par l'équipe.

Néanmoins, le contexte national et politique de mise en œuvre est différent. La COVID-19 a permis de rassembler les intérêts communs de nombreux acteurs d'horizons autour d'un même objectif (lutter contre la propagation de l'épidémie) dans un contexte de mobilisation générale et de relative abondance budgétaire en temps de crise. La volonté politique des acteurs et les moyens disponibles semblent donc avoir été un facteur de réussite du projet CORHESAN. Le nouveau projet ne bénéficie pas du même contexte politique. Il est d'emblée conçu comme un projet pilote. Il peut cependant s'appuyer sur des partenariats forts noués lors du projet précédent.

La notion de transférabilité est ici plus difficile à évaluer. Le projet CORHESAN n'a pas donné lieu à une évaluation des résultats avant la mise en œuvre du nouveau projet. Cette absence d'évaluation du projet s'explique principalement par le contexte d'urgence sanitaire dans lequel il est né. Notons que pour le nouveau projet expérimental, le cadre d'évaluation rigoureux et ambitieux permettra d'évaluer sa transférabilité. En effet, les acteurs y voient un projet qu'ils espèrent transférable dans d'autres lieux et contextes. L'évaluation tiendra donc compte de l'efficacité de la médiation en santé et de l'aller-vers sur les nouvelles thématiques.

4.3 Forces et faiblesses de la méthodologie d'étude

La complémentarité des données quantitatives et qualitatives permet donc de dresser un bilan du projet depuis sa création en octobre 2020. La méthode mixte permet en effet d'associer des données qui se renforcent l'une et l'autre. Nous avons ainsi cherché à dresser un bilan complet

grâce à ces deux analyses en associant un bilan chiffré du projet, et en comparant les données avec celles du projet Hotspot et les données disponibles au niveau du département des Bouches-du-Rhône, tout en analysant les données qualitatives issues des entretiens réalisés.

Notons que notre connaissance des acteurs du projet a été une aide précieuse pour accéder aux données mais peut également avoir été source de certains biais (notamment sur la connaissance préalable du fonctionnement de l'équipe du projet CORHESAN). Une attention particulière a donc été portée sur notre neutralité afin d'appréhender le terrain le plus factuellement possible.

Conclusion

Notre étude a cherché à répondre aux enjeux d'applicabilité et de transférabilité d'un projet de santé publique en prenant le cas d'étude du projet CORHESAN ayant pour objectif initial de briser les chaînes de contamination en proposant aux patients confirmés ou suspects un accompagnement au contact tracing, un accompagnement médico-social, et en proposant à la population des actions de sensibilisation et de dépistage. Ce projet utilise de la médiation en santé dans une démarche d'aller-vers. Nous avons ainsi réalisé un bilan du projet en prêtant une attention particulière aux évolutions du projet, aux stratégies mises en œuvre pour atteindre les objectifs et aux résultats par pôle d'activité du projet. Notre terrain d'étude nous a ensuite permis de décrire la mise en place d'un nouveau projet de médiation en santé dans la continuité de CORHESAN sur les thématiques des dépistages des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus et sur le rattrapage vaccinal. Les leçons apprises par la mise en place d'actions d'aller-vers et de médiation en santé dans le cadre du projet CORHESAN ont donc permis d'appliquer cette démarche à d'autres thématiques de santé. Si la transférabilité du projet CORHESAN est difficile à évaluer, le nouveau projet de médiation en santé a prévu un cadre d'évaluation rigoureux et permettant donc d'évaluer sa faisabilité dans d'autres contextes.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 semble avoir mis en lumière la possibilité de mettre en place des projets de santé publique innovants et multidisciplinaires afin de prendre en compte les déterminants de la santé et de réduire les écarts de santé observés entre les populations.

Ces projets innovants tentent en effet de répondre aux problématiques liées aux inégalités sociales et territoriales de santé de manière pertinente en prenant tout particulièrement en compte les conditions de vie des individus et leurs environnements. Il serait intéressant de réaliser une fiche de capitalisation des expériences en promotion de la santé publiée sur le site de la Société française de santé publique afin de partager les leçons apprises de cette expérience.

Bibliographie

Ouvrages et chapitres d'ouvrages

Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2020). *La promotion de la santé* (Presses de l'EHESP).

Greer, S. L., King, E. J., Fonseca, E. M. da, & Peralta-Santos, A. (Éds.). (2021). *Coronavirus politics : The comparative politics and policy of COVID-19*. University of Michigan Press.

Guichard, A., & Dupéré, S. (2020). Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In *La promotion de la santé* (Presses de l'EHESP, p. 117-140).

Harpet, C. (2020). Santé et justice sociale. In *La promotion de la santé* (Presses de l'EHESP, p. 75-90).

Articles scientifiques

Amdaoud, M., Arcuri, G., & Levratto, N. (2020). *Covid-19 : Analyse spatiale de l'influence des facteurs socio-économiques sur la prévalence et les conséquences de l'épidémie dans les départements français*. 22.

Bajos, N., Counil, E., Franck, J., Jusot, F., Pailhé, A., Spire, A., Martin, C., Lydie, N., Slama, R., Meyer, L., & Warszawski, J. (2021). Social inequalities and dynamics of the early COVID-19 epidemic : A prospective cohort study in France. *BMJ Open*, 11(11).

Baudier, F., Ferron, C., Prestel, T., & Douiller, A. (2020). *Crise de la Covid-19 et vaccination : La promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité*. 32(5-6), 437-439.

- Bernard-Stoecklin, S., Rolland, P., Silue, Y., Mailles, A., Campese, C., Simondon, A., Mechain, M., Meurice, L., Nguyen, M., Bassi, C., Yamani, E., Behillil, S., Ismael, S., Nguyen, D., Malvy, D., Lescure, F.-X., Georges, S., Lazarus, C., Tabai, A., ... Levy-Bruhl, D. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France : Surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Eurosurveillance, European Centre for Disease Prevention and Control*, 6(25), 7.
- Brunois, T., Decuman, S., & Perl, F. (2021). Litteratie en sante et crise sanitaire : L'exemple de la COVID-19. *Santé publique*, 33, 5.
- Cauchemez, S., Kiem, C. T., Paireau, J., Rolland, P., & Fontanet, A. (2020). Lockdown impact on COVID-19 epidemics in regions across metropolitan France. *The Lancet*, 396(10257), 1068-1069.
- Gao, Y., Ding, M., Dong, X., Zhang, J., Azkur, A. K., Azkur, D., Gan, H., Sun, Y., Fu, W., Li, W., Liang, H., Cao, Y., Yan, Q., Cao, C., Gao, H., Brügggen, M.-C., van de Veen, W., Sokolowska, M., Akdis, M., & Akdis, C. A. (s. d.). Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients : A review. *Allergy*, 76(2), 428-455.
- Gaudart, J., Landier, J., Huiart, L., Legendre, E., Lehot, L., Bendiane, M. K., Chiche, L., Petitjean, A., Mosnier, E., Kirakoya-Samadoulougou, F., Demongeot, J., Piarroux, R., & Rebaudet, S. (2021). Factors associated with the spatial heterogeneity of the first wave of COVID-19 in France : A nationwide geo-epidemiological study. *The Lancet Public Health*, 6(4).
- Hanslik, T., & Flahault, A. (2020). Prévention de la Covid-19 après le confinement : Pour un retour rapide « à la vie d'avant ». *La Revue de Médecine Interne*, 41(6), 358-359.
- Henrard, J.-C., Arborio, S., Fond-Harmant, L., & Kane, H. (2021). Sante publique : Les reponses aux defis de la pandémie de la COVID-19. *Santé publique*, 33, 5.
- La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19. (2020). *Santé Publique*, 32(1), 5-7.

- Marie-Renée, & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : Enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24(1), 23-38.
- Michel, E., Gaudart, J., Beaulieu, S., Bulit, G., Piarroux, M., Boncy, J., Dely, P., Piarroux, R., & Rebaudet, S. (2019). Estimating effectiveness of case-area targeted response interventions against cholera in Haiti. *ELife*, 8.
- Pullano, G., Di Domenico, L., Sabbatini, C. E., Valdano, E., Turbelin, C., Debin, M., Guerrisi, C., Kengne-Kuetché, C., Souty, C., Hanslik, T., Blanchon, T., Boëlle, P.-Y., Figoni, J., Vaux, S., Campèse, C., Bernard-Stoecklin, S., & Colizza, V. (2021). Underdetection of cases of COVID-19 in France threatens epidemic control. *Nature*, 590(7844), 134-139.
- Rebaudet, S., Bulit, G., Gaudart, J., Michel, E., Gazin, P., Evers, C., Beaulieu, S., Abedi, A. A., Osei, L., Barrais, R., Pierre, K., Moore, S., Boncy, J., Adrien, P., Duperval Guillaume, F., Beigbeder, E., & Piarroux, R. (2019). The case-area targeted rapid response strategy to control cholera in Haiti : A four-year implementation study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 13(4).
- Rebaudet, S., Dély, P., Boncy, J., Henrys, J. H., & Piarroux, R. (2021). Toward Cholera Elimination, Haiti. *Emerging Infectious Diseases*, 27(11), 11.
- Rousseau, A., Bevort, H., & Ginot, L. (2020). La santé publique au risque de la COVID19 : Du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives. *Santé Publique*, 32(2-3), 183-187.
- Vandentorren, S., Smaili, S., Chatignoux, E., Maurel, M., Alleaume, C., Neufcourt, L., & Kelly-Irving, M. (2022). The effect of social deprivation on the dynamic of SARS-CoV-2 infection in France : A population-based analysis. 7(3), 240-249.
- Wang, S., Moss, J. R., & Hiller, J. E. (2006). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, 21(1), 76-83.

Littérature grise

ARS Ile-de-France. (2019). *Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d'«aller-vers» auprès des personnes en situation de grande précarité.*

ARS PACA. (2018a). *Cadre d'orientations stratégiques 2018-2028.*

ARS PACA. (2018b). *Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis 5ème génération 2018-2023.*

Bajos, N., Costemalle, V., Leblanc, S., Spire, A., Franck, J., Jusot, F., Sireyjol, A., & Warszawski, J. (2022). *Recours à la vaccination contre le Covid-19 : De fortes disparités sociales. DREES.*

Bajos, N., Warszawski, J., Pailhé, A., Counil, E., Jusot, F., Spire, A., Martin, C., Meyer, L., Sireyjol, A., Franck, J.-E., & Lydié, N. (2020). *Les inégalités sociales au temps du COVID-19. IReSP, 40, 12.*

Centre communal d'action sociale de Marseille. (2021). *Analyse des Besoins Sociaux.*

Costemalle, V., Gaini, M., Hazo, J.-B., & Naouri, D. (2021). En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins. *INSEE Références, 43-56.*

Galiana, L., Meslin, O., Courtejoie, N., & Delage, S. (2022). *Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques (N° 95; Les dossiers de la DREES, p. 48). DREES.*

HAS. (2017). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.*

Institut national du cancer. (2021). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.*

Lang, T., Monnet, E., Com-Ruelle, L., Aujard, Y., Brignon, J.-M., Claudet, I., Desbiolles, A., Tilly, A.-L., Vandewalle, H., Azanowsky, J.-M., Bruat, C., & Eker, F. (2021). *Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé (Avis et Rapports, p. 142). Haut Conseil de la santé publique.*

- Le Breton, Y. (2020). *Vulnérabilités et ressources des quartiers prioritaires*. Observatoire national de la politique de la ville.
- Pittet, D. (2021). *Rapport Final Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques* (p. 179). Sénat.
- Richard, E., Brabant, G., Autes, E., Ramel, V., & Vandentorren, S. (2021). *Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020* (p. 35). Santé publique France.
- Roederer, T., Mollo, B., Vincent, C., Leduc, G., Sayyad, J., & Vandentorren, S. (2022). *PREVAC : Estimation de la couverture vaccinale et des facteurs associés à la vaccination contre le Covid-19 auprès des populations en situation de grande précarité*.
- Véran, J.-F., Viot, M., Mollo, B., & Vincent, C. (2020). *PréCARES Précarités et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé*. Médecins Sans Frontières.
- Warsawski, J., Bajos, N., & Meyer, L. (2020). *En mai 2020, 4,5% de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2*. (N° 1167; Etudes et Résultats, p. 8). DREES.

Articles de presse

- Apothéloz, C. (2020). Covid-19 : La société civile ouvre deux centres de diagnostic et d'orientation dans les quartiers nord. *Gomet*. <https://gomet.net/covid-19-la-societe-civile-quartiers-nord/>
- Brémand, G. (2021). Le dépistage Covid sur le marché de Lamballe en cinq questions. *Ouest France*. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/lamballe-armor-22400/en-images-le-depistage-covid-sur-le-marche-de-lamballe-en-cinq-questions-df040586-8d6b-11eb-b4f4-a825bc036020>

Sitographie

ARS PACA. (2020). <https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-mise-en-place-dequipes-mobiles-de-mediateurs-de-lutte-anti-covid>

Data.gouv.fr. (s. d.). <https://www.data.gouv.fr/fr/pages/donnees-coronavirus/>

Franke, F. (s. d.). *Projet Hotspots COVID-19 : La Surveillance Épidémiologique Au Service de l'action Ciblée*. Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://event.fourwaves.com/fr/epiter-adelf-2022/horaire>

Hôpital européen. (s. d.). <https://www.hopital-europeen.fr/>

IHU Méditerranée Infection. (2020). <https://www.mediterranee-infection.com/point-sur-lepidemie-de-covid-19-a-marseille/>

INSEE. (2020). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4484090>

INSEE. (2021a). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039883?sommaire=5040030>

INSEE. (2021b). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371207?sommaire=5371304>

Institut national du cancer. (s. d.). Consulté 27 août 2022, à l'adresse <https://monkit.depistage-colorectal.fr/#/accueil>

Métropole Aix Marseille Provence. (s. d.). Consulté 15 juillet 2022, à l'adresse http://www.polvillemarseille.fr/fr/page.htm?_ref=84

Prospective et coopération. (s. d.). - <https://www.prospectivecooperation.org/prospective-cooperation/>

Rezone CPTS. (s. d.). Consulté 27 août 2022, à l'adresse <http://rezonecpts.ameli.fr/>

SIRSéPACA. (s. d.). Consulté 22 août 2022, à l'adresse SIRSéPACA - Indicateurs : cartes, données et graphiques (sirsepaca.org)

Vendredi 13. (s. d.). <https://vendredi13003.wixsite.com/vendredi13>

Liste des annexes

Annexe 1 : Contexte épidémique détaillé

Annexe 2 : Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead (1991)

Annexe 3 : Nombre d'hospitalisations pour 10 000 habitants par département et par vague

Annexe 4 : Distribution de la population hospitalisée par densité d'occupation des logements et par tranche d'âge

Annexe 5 : Taux relatif d'hospitalisation par niveau de vie et par vague

Annexe 6 : Distribution de la population hospitalisée par pays de naissance (hors France)

Annexe 7 : Couverture vaccinale selon le niveau de vie

Annexe 8 : Population marseillaise et ses densités par arrondissement en 2018

Annexe 9 : Revenus disponibles annuels par arrondissement à Marseille en 2018

Annexe 10 : Fiche patient CORHESAN

Annexe 11 : Exemple de carte *Hotspot* reçue par l'équipe CORHESAN

Annexe 12 : Carte des personnes suivies par le projet CORHESAN et par IRIS

Annexe 13 : Dossier de vaccination CORHESAN

Annexe 14 : Carte des IRIS d'intervention et des IRIS témoins du projet de médiation en santé du 1^{er} au 3^{ème} arrondissements

Annexe 1 : Contexte épidémique détaillé

1. Contexte épidémique en France métropolitaine

L'épidémie de COVID-19 a été caractérisée, en France comme ailleurs, par plusieurs vagues et l'apparition de différents variants. Les réponses gouvernementales ont été inédites et évolutives au fil des vagues et des variants.

Début de l'épidémie en France et première vague

Les trois premiers cas de COVID-19 identifiés en France ont été confirmés le 24 janvier 2020 (Bernard-Stoecklin et al., 2020) en France. Ces trois premiers patients revenaient de Wuhan (Chine), épice de l'épidémie. Il est néanmoins possible que d'autres cas de COVID-19 aient été présents avant cette date (Carrat et al., 2021). Un cluster lié à un événement religieux a été identifié dans le Haut-Rhin (Est) fin février, rassemblant des participants de plusieurs régions françaises et de plusieurs pays. Ce cluster a contribué à la propagation du virus en France. A la même période, un autre cluster dans l'Oise, au nord de Paris, a été également identifié. L'épidémie s'est ensuite répandue rapidement du nord-est de la France vers les régions du centre et du nord, avant de se diffuser vers le sud (Gaudart et al., 2021).

Le début de la crise épidémique en France est caractérisé par un manque de préparation à la fois opérationnelle et logistique (Pittet et al., 2021). Ce manque de préparation s'est en partie manifesté par une pénurie d'équipement de protection individuelle (EPI), notamment de masques. Par ailleurs, les capacités de tests ont été faibles, par rapport aux autres pays et ont pris du temps à monter en charge (Pittet et al., 2021). Notons également que les systèmes d'information n'ont pas complètement couvert les besoins en information pour la gestion de la crise (recensement des cas de COVID-19, connaissance des capacités disponibles en lits de réanimation, recensement et gestion des EPI).

La première vague a été particulièrement violente en France. Lors de cette première vague, plus de 100 000 hospitalisations ont été enregistrées, essentiellement pour des pneumopathies sévères nécessitant une oxygénothérapie ou un support ventilatoire, dont presque 18 000 en soins intensifs ou réanimation. Plus de 19 000 décès ont été totalisés, occasionnant un excès de mortalité de 42 pour 100 000 habitants entre le 31/12/2019 et le 31/08/2020 (Pittet et al., 2021). La première vague a atteint son pic le 31 mars 2020 (Gaudart et al., 2021), avec un pic de patients hospitalisés en soins critiques à 7 148 le 8 avril (Pittet et al., 2021). Face à cette première vague, un confinement national strict a été mis en place du 17 mars au 11 mai 2020.

Si la capacité de tests limitée au début de la crise épidémique en France ne permet pas de connaître précisément le nombre de personnes infectées par le SARS-CoV-2, une modélisation de l'Institut Pasteur estime qu'à la sortie du premier confinement, la proportion de la population française infectée se situait aux environs de 5%. Certaines régions ont été bien plus touchées avec une estimation de la proportion des personnes infectées aux environs de 10% en Ile-de-France et dans la région Grand-Est (Institut Pasteur).

Deuxième vague

De mai à octobre 2020, le pays a été déconfiné. Ce déconfinement s'est traduit par la mise en place de plusieurs mesures pour tenter de contrôler l'épidémie, notamment à travers la promotion des gestes barrières. Le déconfinement s'est accompagné d'un recul du respect des gestes barrières, notamment lors de la période estivale de 2020. Comme il est possible de l'observer sur la Figure 2, le taux d'incidence a cependant commencé à augmenter dès juin 2020, avec de nombreux cas asymptomatiques détectés grâce à généralisation des tests de dépistage, puis les nombres de patients en hospitalisation et en réanimation ont suivi en septembre comme représentées sur les Figures 1 et 2. La Figure 1 ci-dessous représente l'évolution hebdomadaire des taux de dépistage (nombre de tests pour 100 000 habitants par semaine), de positivité (pourcentage de tests positifs parmi les tests effectués par semaine) et d'incidence (nombre de tests positifs pour 1 000 000 d'habitants par semaine). Ces données sont issues du fichier SI-DEP. La Figure 2 représente la file active de la totalité des patients hospitalisés et de ceux occupant un lit de soins critiques (soins intensifs ou réanimation) ainsi que le nombre de nouveaux décès par semaine. Sur chaque graphique a été ajouté un repère temporel relatif aux sept vagues épidémiques observées jusqu'ici en France métropolitaines.

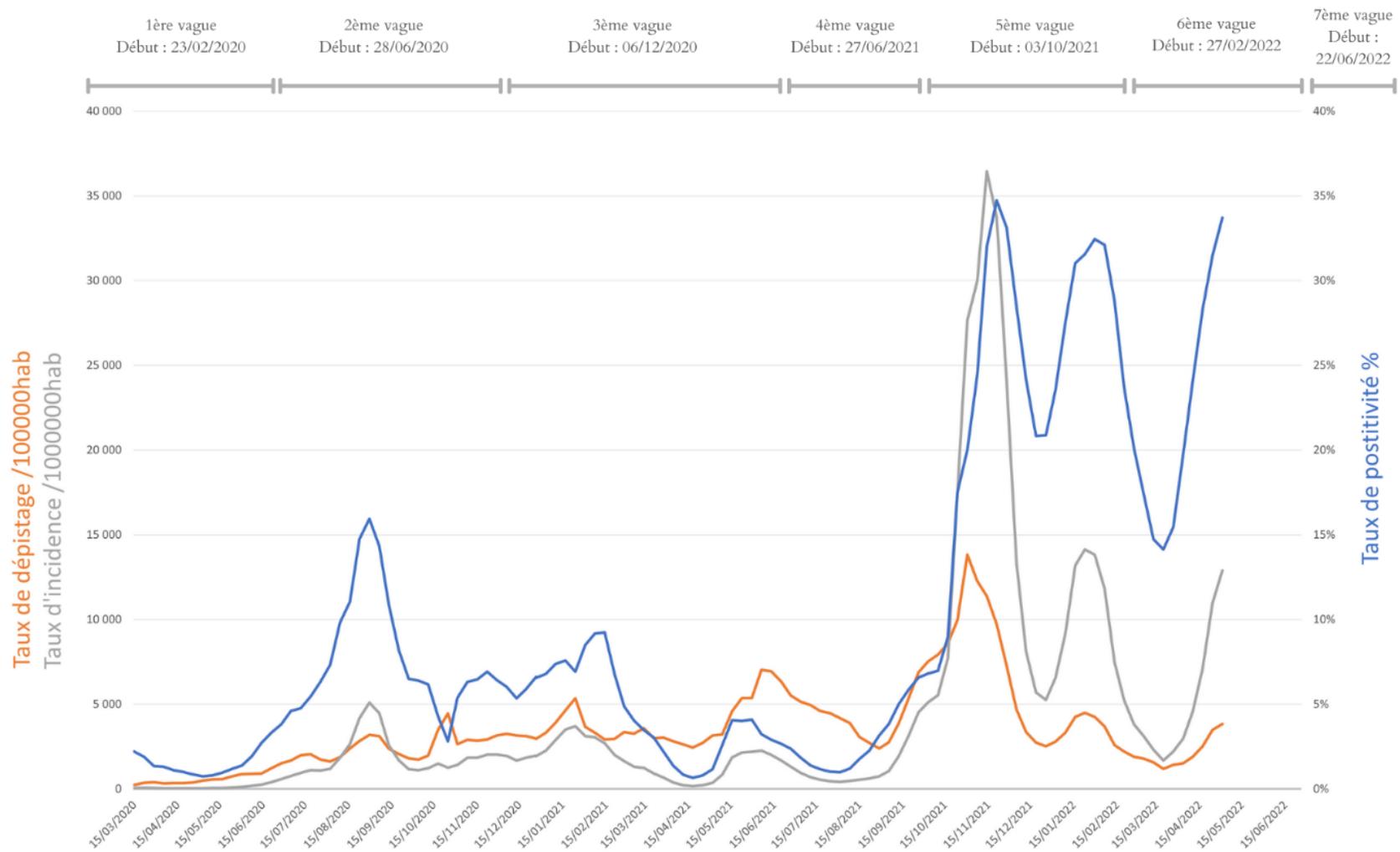


Figure 1 : Taux de dépistage, d'incidence et de positivité de la COVID-19 en France métropolitaine³⁴

³⁴ Source des données : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-de-laboratoires-pour-le-depistage-a-compter-du-18-05-2022-si-dep/>

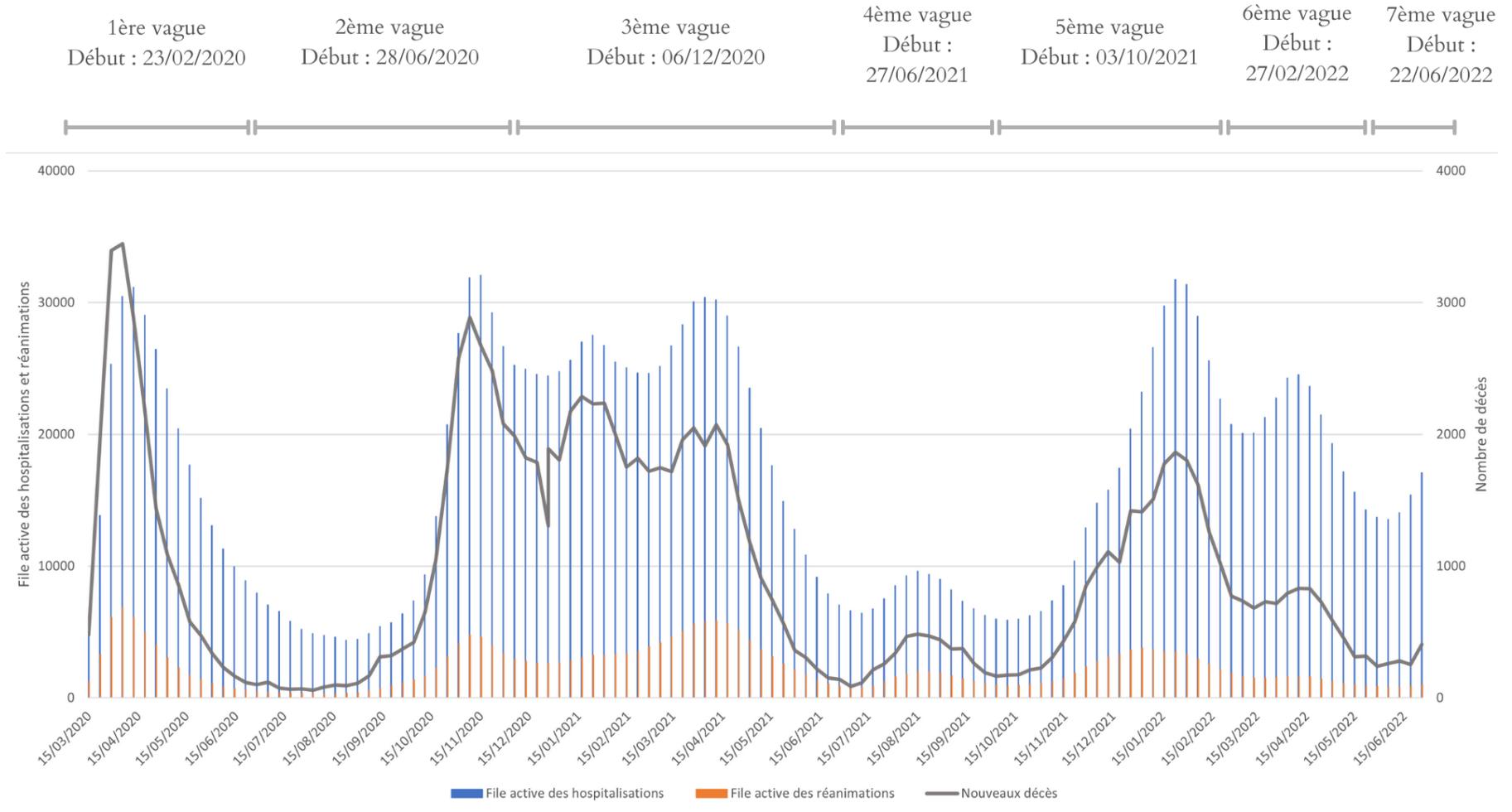


Figure 2 : File active des hospitalisations, des réanimations et nombre de nouveaux décès liés à la COVID-19 en France métropolitaine

Vagues	Dates de début (Durée en semaines)	Nombre cumulé de tests réalisés	Nombre cumulé de tests positifs	Nombre cumulé de nouvelles hospitalisations	Dont nombre cumulé de nouvelles admissions en soins critiques (réanimation et soins intensifs)	Nombre cumulé de décès
1	23/02/2020 (18 semaines)	1 549 829	20 825	110 300	17 765	19 640
2	28/06/2020 (23 semaines)	24 830 475	2 133 565	140 481	21 733	20 598
3	06/12/2020 (30 semaines)	62 773 482	3 404 127	245 472	48 725	46 143
4	27/06/2021 (14 semaines)	45 980 476	1 149 788	37 337	8 676	4 215
5	03/10/2021 (21 semaines)	86 094 917	15 130 160	182 587	27 073	19 938

Figure 3 : Résumé des données par vague en France métropolitaine

Troisième vague

Le pays a été déconfiné à partir du 15 décembre 2020, mais de nouveaux variants sont apparus entre décembre 2020 et février 2021, notamment le variant alpha (variant « britannique), plus contagieux que le variant initial et devenu rapidement majoritaire à partir de mi-février. Cette période a aussi marqué l'arrivée du variant beta (variant « sud-africain), resté cependant minoritaire sauf dans certaines régions. Le nombre des hospitalisations est ainsi resté élevé tout l'hiver (Figure 2), avant une aggravation et une nouvelle saturation des services de réanimation au printemps qui a justifié l'instauration d'un troisième confinement d'avril à mai 2021. Le pic de cette troisième vague a été marqué par plus de 30 000 hospitalisations dont 5 800 en réanimation (Figure 2). Le déconfinement marque la fin de la troisième vague.

Quatrième vague

Le variant delta (variant « indien »), encore plus contagieux que les précédents et apparu en avril 2021 est devenu majoritaire pendant l'été 2021, entraînant ainsi une quatrième vague épidémique plus courte que les précédentes. Le nombre d'hospitalisations, d'admissions en réanimation et de décès est demeuré relativement limité, ces complications affectant désormais essentiellement désormais des

patients n'étant pas vaccinés contre la COVID-19 (DREES) (Figure 1, 2 et 3). Le pic a été atteint mi-août 2021 avec plus de 9 500 hospitalisations (Figure 2).

Cinquième vague

On observe ensuite une nouvelle augmentation progressive du nombre de cas en septembre 2021, marquant le début de la cinquième vague. Les taux d'incidence et de positivité des tests ont ensuite crû de manière considérable à partir d'octobre (Figure 1). Le variant omicron, lui-même plus contagieux que le variant delta, s'est répandu à partir de la mi-décembre au point de devenir majoritaire en février 2022. Comme nous pouvons l'observer sur les Figures 1 et 2, si les cas ont explosé en France métropolitaine, ce variant est néanmoins caractérisé par la survenue relativement moins fréquente des formes sévères. On observe un pic du taux d'incidence considérable début janvier 2022 avec plus de 3500 personnes infectées par le SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants et un taux de positivité à 35% (Figure 1). Le pic des hospitalisations a été atteint fin janvier avec près de 32 000 hospitalisations dont plus de 3 500 en réanimation (Figure 2).

Sixième vague

La sixième vague a débuté fin février 2022 avec une nouvelle augmentation des cas liée à la propagation du variant omicron BA-2, encore plus contagieux que le variant omicron BA-1. Le pic des hospitalisations a été atteint début avril avec environ 24 500 hospitalisations.

Septième vague (en cours)

Enfin, l'apparition du variant omicron BA-5, à nouveau plus contagieux et échappant largement à l'immunité acquise précédemment, a provoqué une nouvelle vague à partir de fin juin 2022, qui est toujours en cours.

Bilan de l'épidémie en France

Ainsi, jusque fin juin 2022, la France cumule un total de :

- Plus de 30 millions de tests positifs ;
- Plus de 800 000 hospitalisations liées à la COVID-19 ;
- Dont plus de 130 000 en réanimation ;
- Environ 120 000 décès liés à la COVID-19.

La France a donc été particulièrement touchée par l'épidémie. Selon le rapport Pittet, la France se situait au 1er mars 2021 dans le groupe des pays les plus affectés en termes de mortalité liée au SARS-CoV-2 (plus de 1000 décès par million d'habitants attribuables au virus), les autres pays très affectés regroupant principalement l'Europe et plusieurs pays américains (Pittet et al., 2021).

2. Réponses apportées à la crise sanitaire

Une réponse largement hospitalo-centrée

Au cours de la première vague, la réponse à la crise sanitaire a été centrée sur l'hôpital, avec pour objectif initial de bloquer la transmission et de soigner les cas graves pour éviter les décès. L'offre hospitalière a rapidement été réorganisée, de façon réactive, en s'appuyant notamment sur le déclenchement du plan blanc (Pittet et al., 2021). Des ressources supplémentaires ont été mises en place au sein des hôpitaux afin de faire face à l'afflux des patients atteints de pneumopathie hypoxémiant nécessitant une oxygénothérapie ou un support ventilatoire, notamment pour accroître le nombre de lits d'hospitalisation et la capacité en lits de réanimation. La capacité en lits de réanimation a été doublée afin de répondre aux besoins. Cependant, certaines régions les plus touchées ont fait face à une saturation des capacités. L'organisation de transferts de patients entre régions a donc été mise en place lorsque les capacités des services de réanimation étaient atteintes.

Les hospitalisations et les admissions en réanimation ont en effet largement dépassé les capacités hospitalières dans de nombreux départements. Une réorientation totale de l'activité des hôpitaux a donc été nécessaire afin de prendre en charge les patients. Certains services d'hospitalisation ont été reconvertis afin de répondre à la tension hospitalière. Cette réorganisation du système hospitalier s'est également accompagnée de déprogrammations des interventions non urgentes, d'une prise en charge limitée des patients aux urgences ainsi que d'une réduction de l'activité de soins ambulatoires.

Le recours aux soins de ville a également été fortement réduit. Les instances de démocratie sanitaire et citoyenne ont été laissées de côté. Par ailleurs, les organisations de santé publique ont été faiblement mobilisées (Gay et Steffen, 2020 ; Pittet et al., 2021). L'importance de la place donnée aux hôpitaux dans la gestion sanitaire reflète la prédominance d'une approche curative et biomédicale en France et un faible recours aux actions de prévention (Gay et Steffen, 2020).

Des interventions non pharmaceutiques pour limiter la propagation de l'épidémie

En l'absence de vaccin et de médicament efficace pour traiter les patients et ralentir l'épidémie de COVID-19, les mesures de santé publique mises en place ont initialement été des interventions non pharmaceutiques. Ces mesures sont ainsi passées par la restriction des interactions sociales et la promotion des gestes barrières.

Dans un premier temps, des restrictions des mouvements aux frontières ont d'abord été mises en place afin d'éviter la propagation des cas en France depuis d'autres pays puis à l'intérieur des frontières nationales, entre régions.

Puis, suite à la forte augmentation des patients hospitalisés dans l'Est et en Ile-de-France, d'autres décisions ont été prises afin d'endiguer la propagation de l'épidémie. Ces décisions sont donc passées par l'interdiction des rassemblements, la fermeture des établissements scolaires, des lieux de loisirs et de culture. Cependant, celles-ci n'ayant pas été efficaces pour endiguer l'épidémie, un confinement national extrêmement restrictif à partir du 17 mars au 11 mai 2020 a été mis en place. Ces mesures de restrictions, en particulier celle du confinement, ont été décidées tardivement face à une prise de conscience lente de la gravité de la situation malgré les signaux alarmants venant d'autres pays (notamment de la Chine et d'Italie) (Pittet et al., 2021). Le confinement a été un moyen efficace de contrôler la diffusion de la vague épidémique à travers le pays (Gaudart et al., 2021). Ainsi, la mortalité était plus faible dans les départements où le confinement a permis d'endiguer l'épidémie à un stade plus précoce de son développement. Ce confinement a donc été efficace à la fois pour alléger la tension des unités de soins intensifs des régions les plus sévèrement touchées en France, mais aussi pour prévenir la propagation de l'épidémie dans d'autres régions (Cauchemez et al., 2020 ; Gaudart et al., 2021).

Le premier déconfinement s'est accompagné de la promotion des gestes barrières (lavage des mains, port du masque, distanciation sociale, etc.). Le port du masque a ainsi été rendu obligatoire dans les transports à la levée du premier confinement puis dans tous les lieux clos en juillet 2021.

Afin de limiter la propagation du virus entre les vagues, certaines mesures ont continué d'être appliquées pendant la crise épidémique. La fermeture des lieux de loisirs (restaurants et bars), la restriction des rassemblements, ainsi que les couvre-feux ont été utilisés afin d'essayer de contrôler l'épidémie. Certaines mesures ont parfois concerné seulement certaines grandes villes comme c'est le cas pour Marseille avec la fermeture des bars et restaurants instaurée le 26 septembre 2020 par exemple.

Le contrôle de l'épidémie s'est également traduit par la stratégie Tester, Tracer, Isoler avant d'évoluer vers le triptyque tester, alerter, protéger (TAP). Cette stratégie gouvernementale visait à augmenter les tests et à remonter les chaînes de contaminations rapidement afin de casser les chaînes de transmission

et à isoler les cas positifs afin de protéger les autres, tout en mettant en place les supports nécessaires lors de l'isolement. Cette stratégie a d'abord impliqué la mise à disposition de tests gratuits et sans ordonnance pour la population générale. Le développement des capacités de tests en France a cependant été lent, et elles sont restées longtemps inférieures à celles d'autres pays comparables (Pittet et al., 2021). Dans le cadre de la stratégie tester, tracer, isoler, et de la préparation du déconfinement, les pouvoirs publics ont fini par permettre le déploiement à plus grande échelle des tests RT-PCR au sein des laboratoires d'analyses médicales. Par ailleurs, les tests antigéniques au résultat quasi-instantané ont été rendus disponibles en octobre 2020, permettant ainsi de se faire également dépister dans les pharmacies. Enfin, les autotests ont été déployés en mars 2021, permettant la réalisation de tests antigéniques directement au domicile par la population elle-même en cas de symptôme ou afin de vérifier son absence de contagiosité avant de rencontrer des personnes vulnérables par exemple.

Le renforcement de la stratégie TAP du gouvernement est également passée par le déploiement de médiateurs de lutte anti-COVID-19 (MEDILAC) à partir de janvier 2021 afin de renforcer l'offre en matière de dépistage et de contact-tracing. Ces médiateurs ont quatre missions principales : le dépistage, le contact-tracing, la délivrance de messages de sensibilisation et l'aide à l'isolement des personnes positives . Le contact-tracing, deuxième volet de la stratégie TAP avait été lancé à grande échelle à partir du premier déconfinement à travers la plateforme Contact Covid de l'Assurance Maladie. Cet outil numérique a été utilisé par les professionnels de santé afin de recenser les cas de COVID-19 et de mettre en place leur contact tracing par l'Assurance Maladie. Le traçage visait ainsi à stopper rapidement les chaînes de transmission en identifiant le plus rapidement possible les personnes ayant eu un contact à risque avec un cas positif. Cette stratégie reposait initialement sur trois niveaux : le médecin qui prenait en charge le cas positif et son entourage direct, le traçage réalisé par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui complétait le contact tracing au-delà de l'entourage direct et enfin s'il y avait un risque de cluster, et les ARS (Santé Publique France). L'application StopCovid lancée en juin 2020 devenue en octobre TousAntiCovid servait également aux personnes testées positives d'alerter leurs cas contacts éventuels, identifiés par la proximité de leurs téléphones mobiles.

Enfin, l'isolement des personnes a fait l'objet de nombreux protocoles différents. Les personnes positives et leurs cas contacts étaient initialement isolés à leur domicile. Ensuite, seuls les cas positifs ont été isolés. Les durées d'isolement ont régulièrement évolué. Cependant cette stratégie a souffert des délais initiaux de prise de rendez-vous pour effectuer les tests ainsi que les rendus des résultats. Une partie des cas, symptomatiques ou asymptomatiques, n'a également pas toujours fait l'objet de tests ou de traçage. Par ailleurs, le dispositif de tracing n'avait initialement pas vocation à identifier

l'origine de la contamination, empêchant ainsi de connaître les lieux de contamination. Par ailleurs, l'offre d'accompagnement en matière d'isolement s'est avérée assez faible pour répondre aux besoins des usagers (Pittet et al., 2021). La doctrine a évolué partir de juin 2021 avec la mise en place du "rétrotracing" ou "contact tracing ascendant", visant à tenter d'identifier un moment ou des lieux à l'origine de la chaîne de contamination et un éventuel cluster.

La stratégie vaccinale

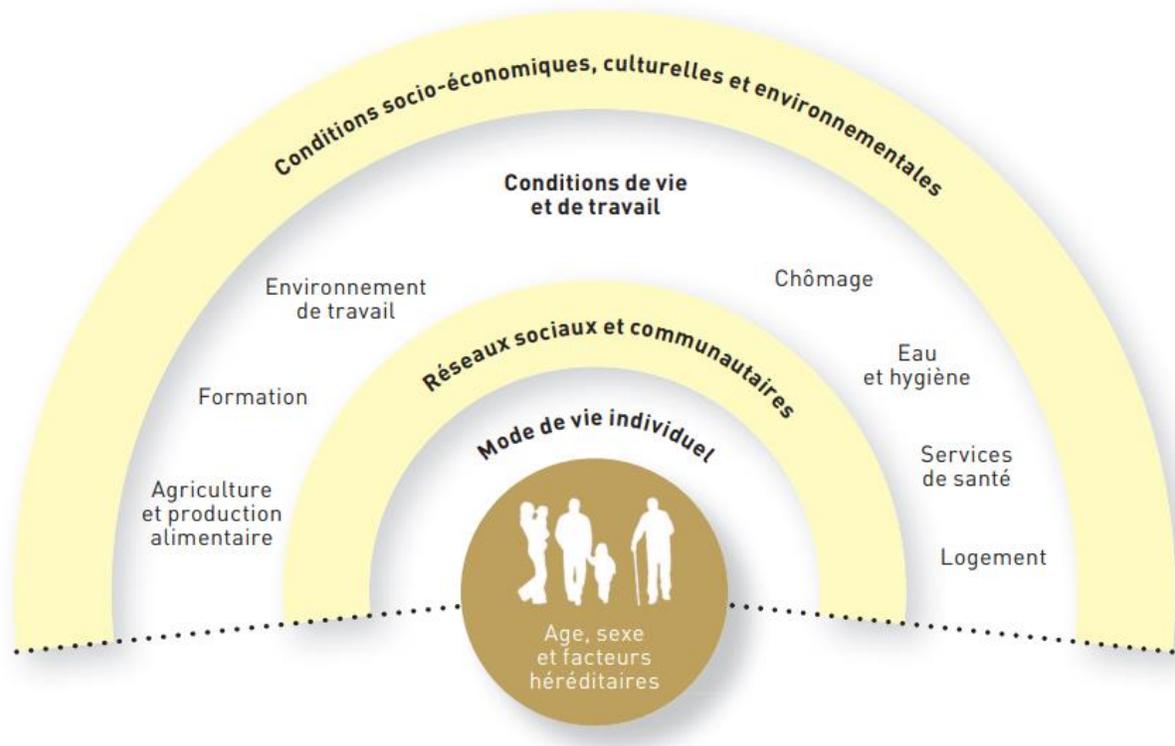
La campagne de vaccination contre la COVID-19 a été ouverte à la population fin décembre 2020. Les autorités sanitaires ont d'abord donné la priorité aux publics les plus vulnérables face au virus, notamment les personnes âgées ou les personnes présentant des comorbidités susceptibles d'augmenter leur risque de développer une forme grave de la maladie. Le lancement de la campagne de vaccination a été réalisée avec les vaccins à ARN messager (Pfizer et Moderna) complétés ensuite par des vaccins vectorisés à adénovirus (AstraZeneca et Jansen). La France a connu un début de campagne vaccinale ralenti par les délais de livraison des vaccins et les difficultés d'organisation des centres de vaccination. Elle a par ailleurs été marquée par d'innombrables polémiques, alimentées par la circulation de fake news ou la survenue d'effets indésirables parfois graves comme les quelques cas de thromboses veineuses secondaires aux vaccins AstraZeneca ou Jansen, qui ont ensuite été réservés aux personnes de plus de 55 ans (HAS). La confiance envers le gouvernement, les autorités sanitaires mais aussi le corps médical s'en est trouvée érodée au point de limiter la couverture vaccinale.

La campagne de vaccination s'est déployée par classes d'âge. A partir de mai 2021, la vaccination a été ouverte à toute la population de 18 ans et plus. La vaccination a par la suite été rendue accessible aux plus de 12 ans puis aux plus de 5 ans. La plupart des vaccins disponibles nécessitent deux doses pour acquérir un schéma vaccinal complet. Par ailleurs, depuis septembre 2021, une campagne de rappel a été mise en place, ciblant également les publics les plus vulnérables face au virus dans un premier temps, avant d'être étendue à toute la population à partir de 12 ans.

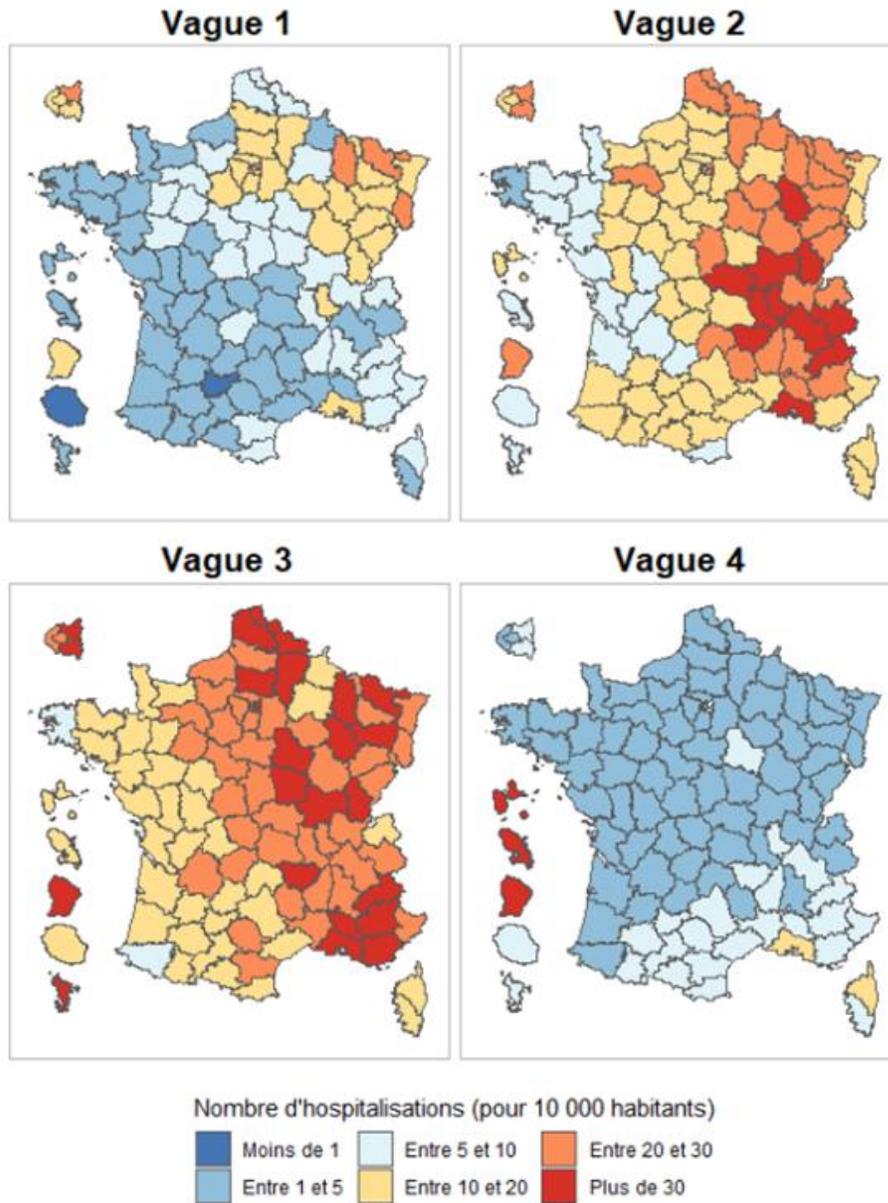
Le passe sanitaire a été mis en place à partir de fin avril 2021. Ses modalités ont évolué à plusieurs reprises. A partir de juillet 2021, l'accès aux lieux de loisir et de culture a ainsi été soumis à la présentation du passe sanitaire, valide à condition d'avoir reçu deux doses de vaccin, ou de présenter un test PCR ou antigénique négatif ou un certificat d'infection par la COVID-19 dans les six derniers mois. Le passe sanitaire a été transformé en passe vaccinal fin janvier 2022, l'accès aux lieux de loisir et de culture étant alors soumis uniquement à la présentation d'un schéma vaccinal complet. Le passe vaccinal a finalement pris fin en mars 2022.

Ainsi, en juin 2022 presque 80% de la population française a reçu au moins deux doses de vaccin contre la COVID-19.

Annexe 2 : Modèle des déterminants de la santé Dahlgren et Whitehead (1991)



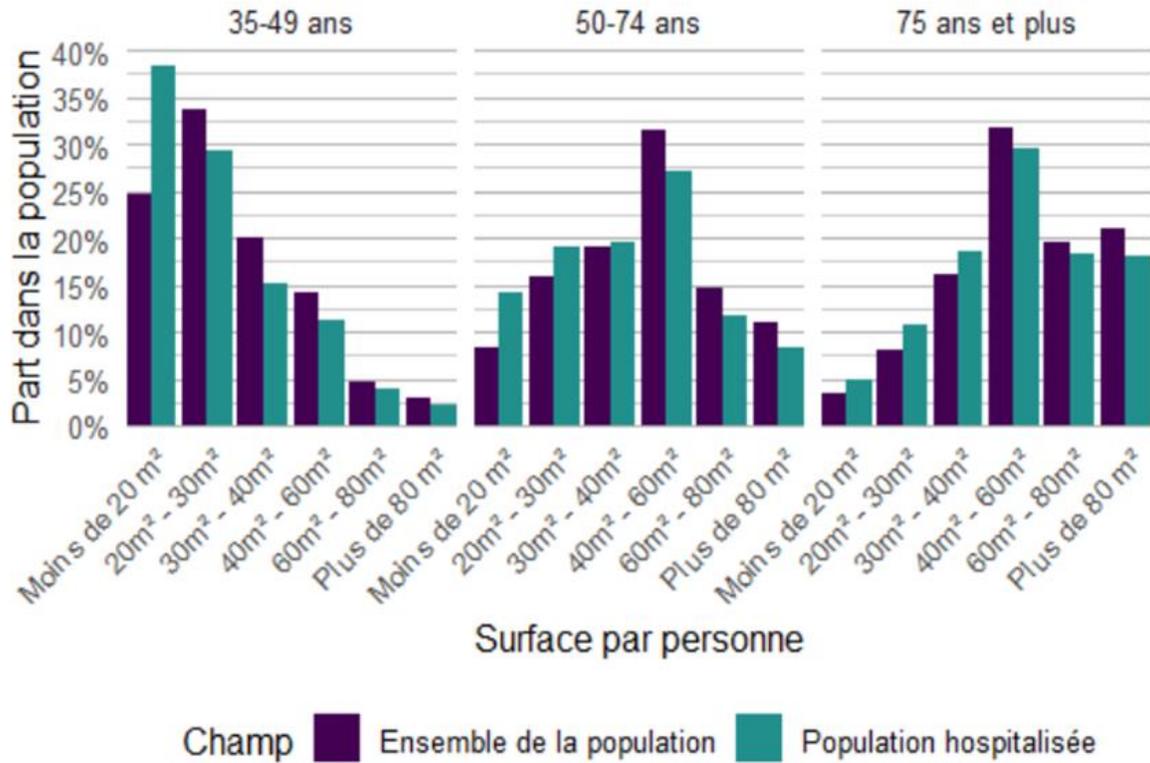
Annexe 3 : Nombre d'hospitalisations pour 10 000 habitants par département et par vague



Lecture > Lors de la première vague, 23 habitants de la Seine-Saint-Denis sur 10 000 ont été hospitalisés.
Champ > Individus hospitalisés ayant été identifiés dans la source Fidéli.
Sources > SI-VIC, Fidéli 2019 ; calculs Insee et DREES.

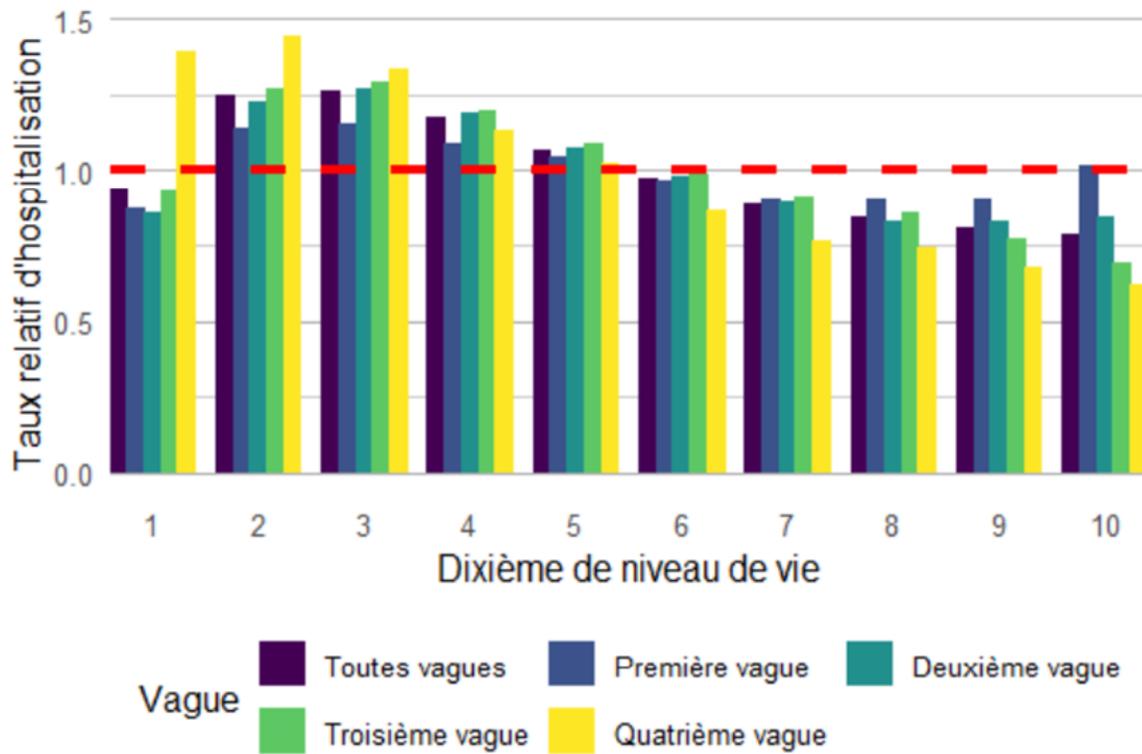
Source : Galiana *et al.*, 2022.

Annexe 4 : Distribution de la population hospitalisée par densité d'occupation des logements et par tranche d'âge



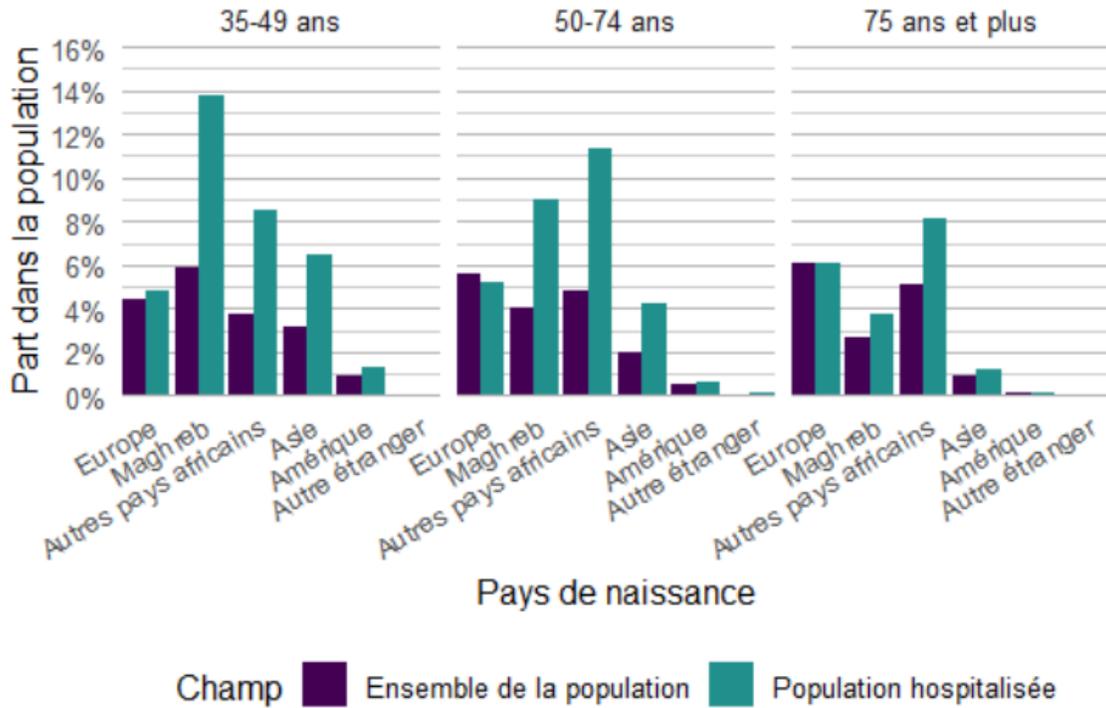
Source : Galiana *et al.*, 2022.

Annexe 5 : Taux relatif d'hospitalisation par niveau de vie et par vague



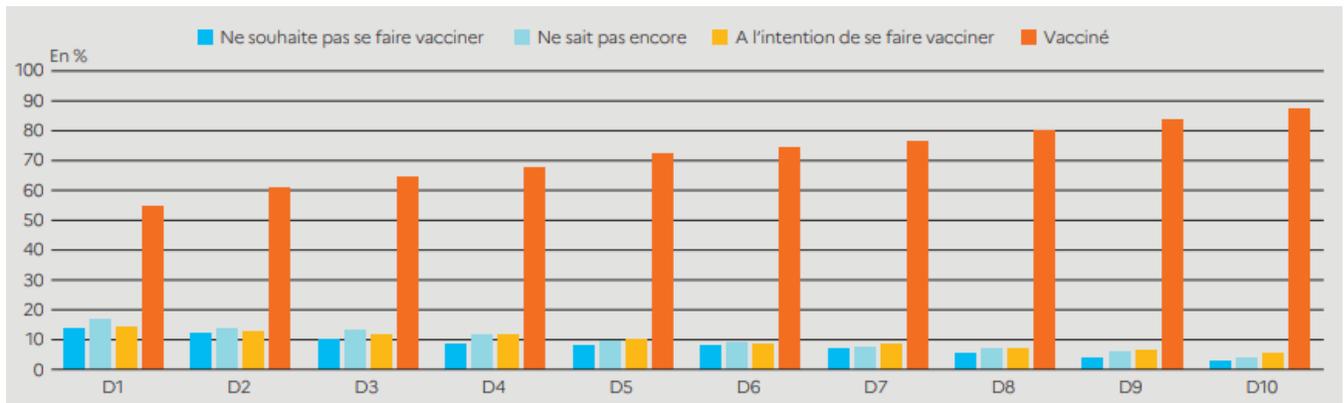
Source : Galiana *et al.*, 2022.

Annexe 6 : Distribution de la population hospitalisée par pays de naissance (hors France)



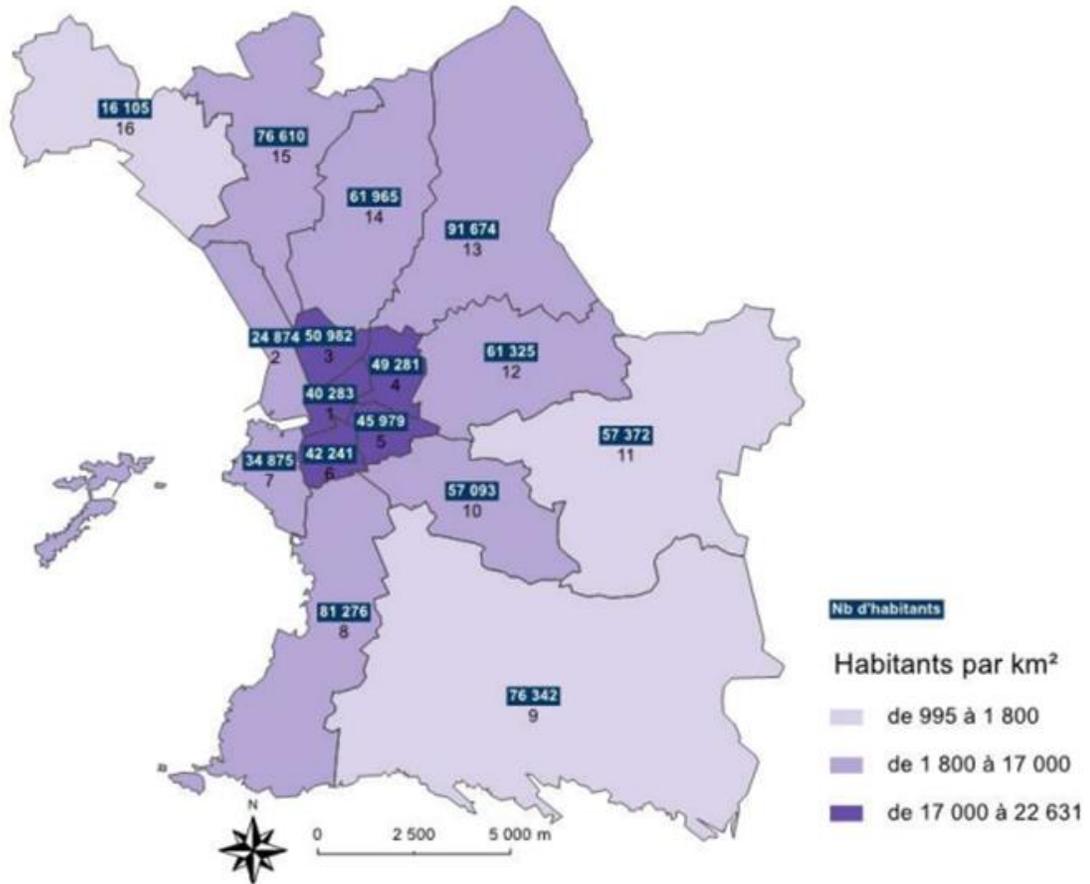
Source : Galiana *et al.*, 2022.

Annexe 7 : Couverture vaccinale selon le niveau de vie



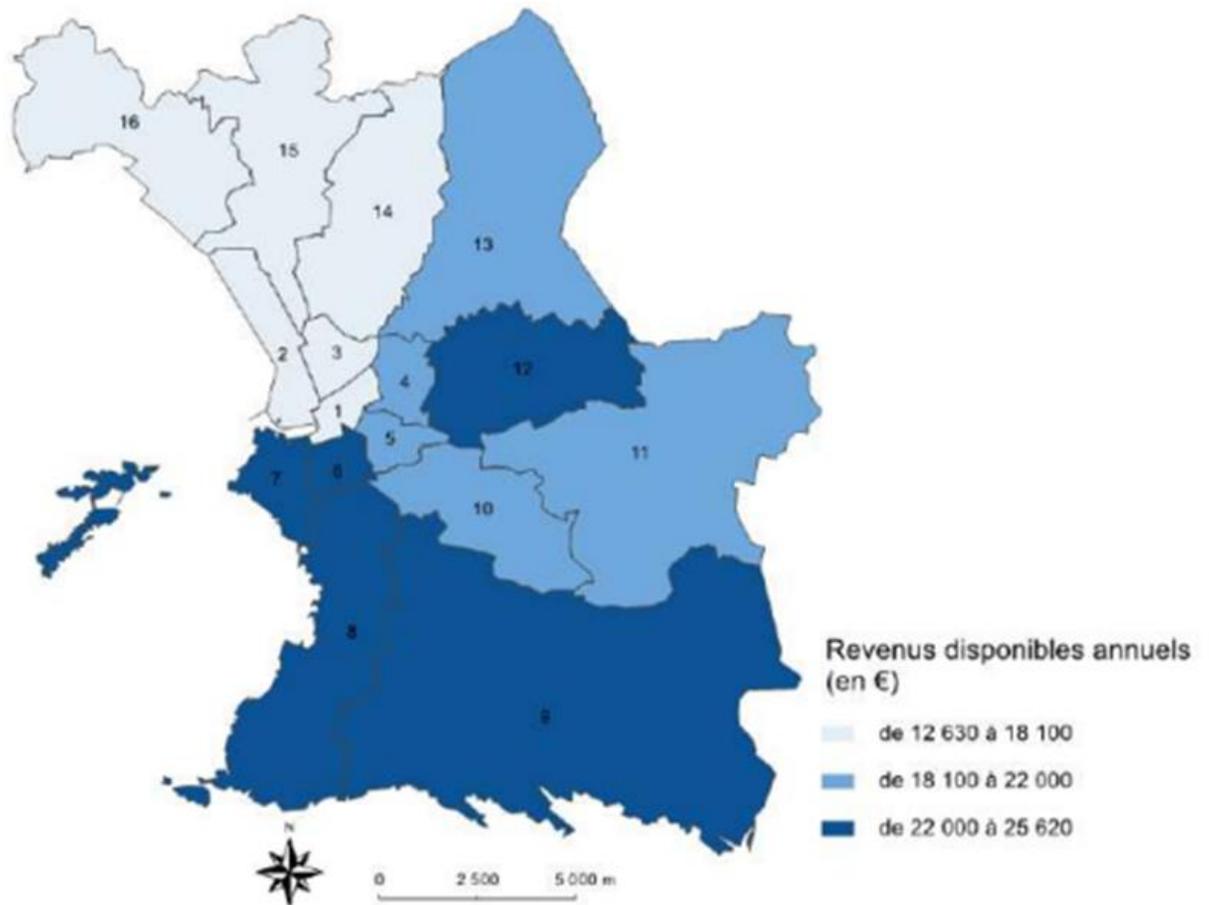
Source : Bajos *et al.*, 2022

Annexe 8 : Population marseillaise et ses densités par arrondissement en 2018



Source : Conseil Communal d'Action Sociale de Marseille, 2021.

Annexe 9 : Revenus disponibles annuels par arrondissement à Marseille



**UC : Unité des Consommation, Insee*

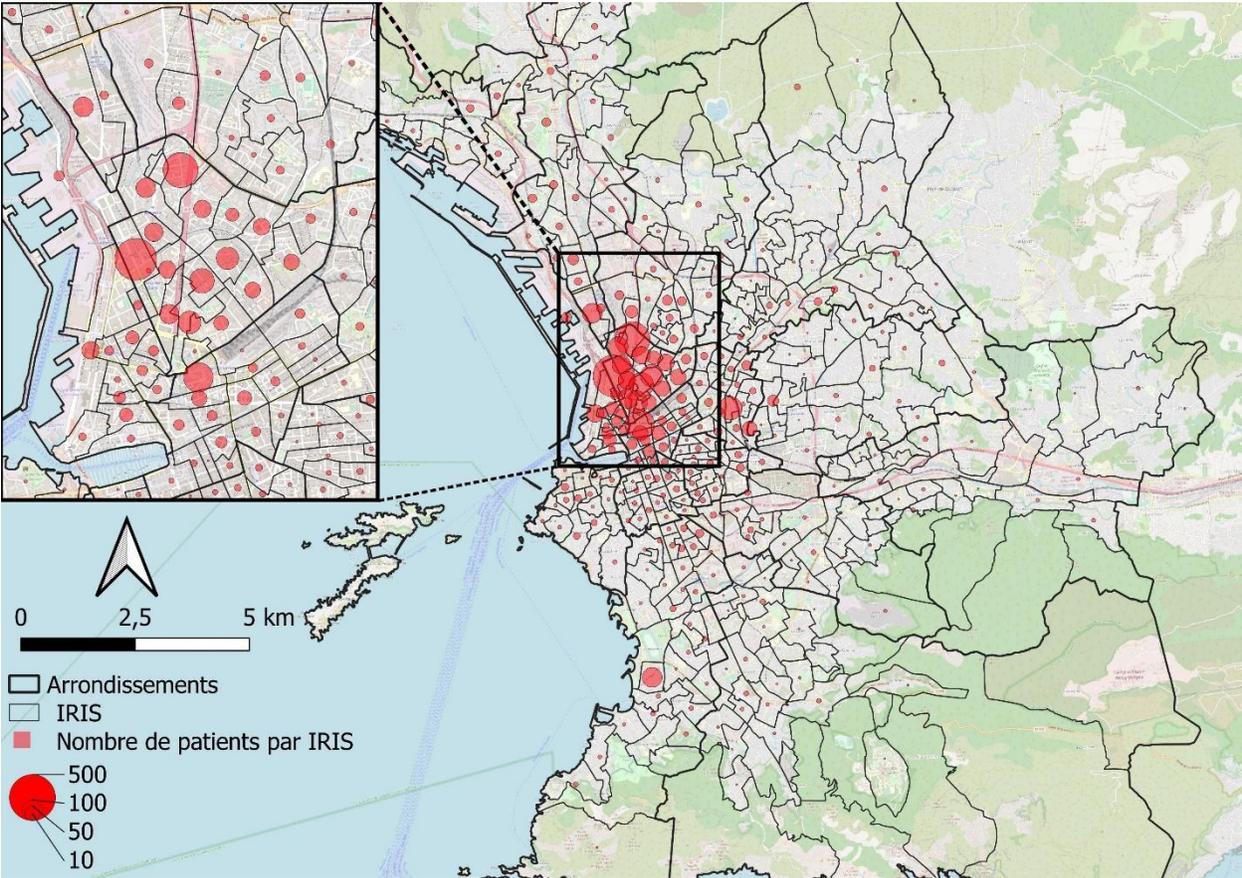
Source : Insee, DGFP, FiLoSofi, 2018, exploitation au 01.01.2021 – Traitement CCAS Marseille

Source : Conseil Communal d'Action Sociale de Marseille, 2021.

Annexe 11 : Exemple de carte *Hotspot* reçue par l'équipe CORHESAN



Annexe 12 : Carte des personnes suivies par le projet CORHESAN et par IRIS



Annexe 13 : Dossier de vaccination CORHESAN

PATIENT : N° TEL : DDN : ____/____/_____ NIR ou CODE : Adresse :		NOTES MEDICALES :	
PROFESSIONNEL DE SANTE : OUI / NON		ANTECEDENT DE COVID : OUI / NON (DATE):	
1^{ère} DOSE			
MEDECIN PRESCRIPTEUR :		SITE VACCINATION :	
DATE DE VACCINATION :		COMORBIDITES : OUI / NON	
HEURE DE VACCINATION :		TA :	
NOM VACCIN / DATE DE PEREMPTION / N° DE LOT :		TA 15 MIN :	
IDE :			
2^{ème} DOSE			
MEDECIN PRESCRIPTEUR :		SITE VACCINATION :	
DATE DE VACCINATION :		COMORBIDITES : OUI / NON	
HEURE DE VACCINATION :		TA :	
NOM VACCIN / DATE DE PEREMPTION / N° DE LOT :		TA 15 MIN :	
IDE :			



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Médecin traitant :

Médiateur :

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif il y a moins de deux mois ? Oui Non

Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid-19 dans les deux derniers mois ? Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?
Si oui lequel : _____ Oui Non

Avez-vous des antécédents d'allergie à certaines substances ? Oui Non

Avez-vous récemment présenté un épisode de myocardite ou péricardite ? Oui Non

Êtes-vous sous traitement anticoagulant ? Avez-vous une baisse des plaquettes ? Avez-vous déjà présenté un syndrome de fuite capillaire ? Oui Non

Pour les enfants âgés d'au moins 12 ans, avez-vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ? Oui Non

Pour les personnes ayant déjà reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, avez-vous présenté un effet indésirable grave après la première injection ? Oui Non

VACCINATION ANTI-COVID

Traitements:



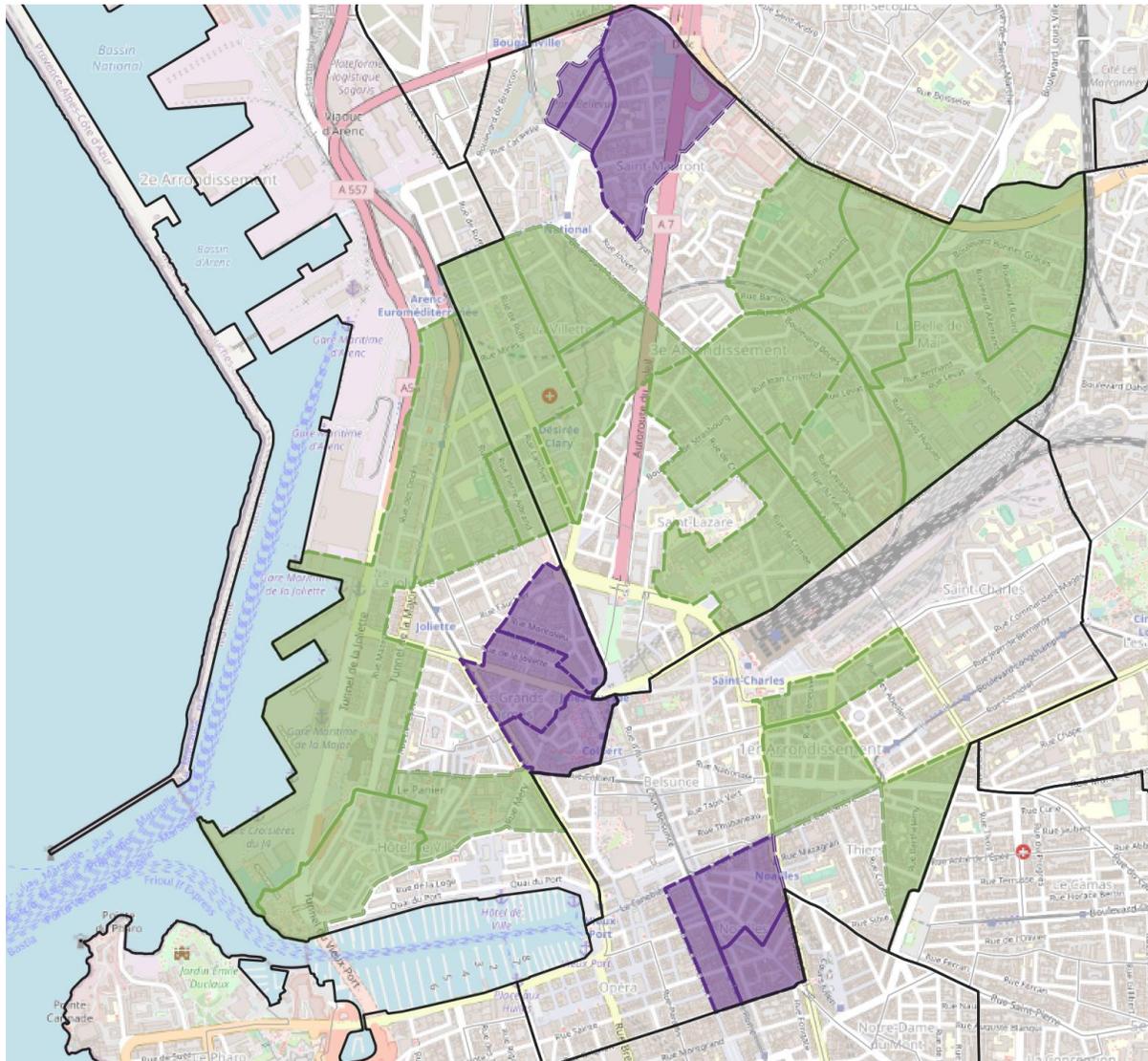
Version du 09/09/21

Réservé au médecin

Date : ____/____/____

Signature du médecin :

Annexe 14 : Carte des IRIS d'intervention (en violet) et IRIS témoins (en vert) du projet de médiation en santé du 1^{er} au 3^{ème} arrondissements



FRULEUX

Alix

Septembre 2022

Master 2 Promotion de la santé et prévention

Promotion 2021-2022

APPLICABILITE ET TRANSFERABILITE D'UN PROJET EN PROMOTION DE LA SANTE : EXEMPLE DE CORHESAN A MARSEILLE

Résumé :

Ce mémoire propose de questionner les enjeux d'applicabilité et de transférabilité d'un projet de santé publique en prenant le cas d'étude du projet CORHESAN mis en place initialement pour proposer un accompagnement médico-social des publics précaires positifs ou suspects de COVID-19 du 1^{er} au 8^{ème} arrondissements de Marseille. Ce projet utilise de la médiation en santé dans une démarche d'aller-vers. Un nouveau projet de médiation en santé dans la continuité de CORHESAN sur les thématiques des dépistages des cancers et sur le rattrapage vaccinal a été mis en place en se reposant sur les leçons acquises lors de la crise sanitaire.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 semble avoir mis en lumière la possibilité de mettre en place des projets de santé publique innovants et multidisciplinaires afin de prendre en compte les déterminants de la santé et de réduire les écarts de santé observés entre les populations. Les projets innovants décrits dans ce mémoire tentent de répondre aux problématiques liées aux inégalités sociales et territoriales de santé en prenant particulièrement en compte les conditions de vie des individus et leurs environnements.

Mots clés :

COVID-19, aller-vers, médiation en santé, applicabilité, transférabilité, médico-social

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.