

POPULATIONS
VULNÉRABLES

FÉVRIER 2022

ÉTUDES ET ENQUÊTES

LUTTE CONTRE LA COVID-19
AUPRÈS DE PERSONNES
EN GRANDE PRÉCARITÉ EN FRANCE

Partage des connaissances
sur les stratégies de vaccination

POINTS CLÉS

- L'organisation du système de santé doit être structurée par un pilotage collectivement bien identifié et une répartition bien définie du rôle des différents acteurs de l'exécution de la stratégie vaccinale. Elle doit faciliter l'intervention des acteurs locaux et des associations pour une mobilisation efficace des populations par les relations de confiance préexistantes.
- L'organisation de la vaccination doit intégrer des actions d'information, d'éducation et communication auprès des populations, au plus près de leurs lieux de vie et de manière répétée. Ces actions sont à réaliser par les acteurs locaux préalablement formés à ces questions grâce à des équipes mobiles sanitaires et sociales. Ces équipes permettent d'intégrer des actions de vaccination aux soins de santé et aux services courants, par l'instauration d'un parcours de vaccination facilité, avec une démarche de « (r)amener vers » les centres de vaccination ou d'« aller vers » les populations au sein des lieux de vie.
- Les actions de vaccination doivent prendre en compte l'existence de facteurs limitants comme :
 - la forte compétitivité des besoins primaires (logement, sécurité, travail, enfant, alimentation, drogue, accès à l'eau) ;
 - une grande mobilité ;
 - un faible niveau de littératie en santé et de littératie numérique ;
 - la barrière de la langue ;
 - l'éloignement des systèmes institutionnels ;
 - une faible perception de l'utilité de la vaccination ou de la menace de la Covid.

Tous ces facteurs contextuels sont prégnants au sein de ces populations et nécessitent une analyse fine et spécifique, en situation et temps réel.

Auteurs

Stéphanie Vandentorren, Santé publique France, Direction scientifique et international et PHAReS, Centre Inserm U1219, Bordeaux Population Health, Université de Bordeaux

Jalpa Shah, Santé publique France, Direction scientifique et international,

Élodie Richard, Santé publique France et PHAReS, Centre Inserm U1219, Bordeaux Population Health, Université de Bordeaux

Anne Laporte, Santé publique France, Direction des régions

Cécile Allaire, Santé publique France, Direction de la prévention et de la promotion de la santé

Jean-Claude Desenclos, Santé publique France, Direction générale

Emmanuelle Hamel, Santé publique France, Direction de la prévention et de la promotion de la santé

Marcela Benavides, Centre Inserm U1219, Bordeaux Population Health, Université de Bordeaux

Relecteurs

Perrine Roux, Inserm

Michel Bourrelly, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), Coalition Plus (Union internationale francophone d'associations communautaires de lutte contre le VIH/sida)/Sesstim (Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale)

Participants du séminaire en ligne du 20 mai 2021

Cécile Allaire, Caroline Alleaume, Florence Allot (DGCS), Céline Audiger, Erwan Autes-Treand (ARS Nouvelle Aquitaine), François Baudier (Fnes), Meryem Belkacemi (Emmaüs Solidarité), Marcella Benavides (Inserm), Clarita Bény, Barbara Bertini (ARS Île-de-France), Julie Bouscaillou (DGS), Gilles Brabant (Fnasat), Annie Burbaud (ARS Nouvelle Aquitaine), Stéphanie Caradec (Mouvement du nid), Isabelle Chabin-Gilbert (ARS Île-de-France), Julien Chatelain (La Sauvegarde du Nord), Pascal Chaud, Geneviève Chêne, Sandra Daunis (Dihal), Camille Davaisse-Paturet (Sorbonne Université), Annabel Degree du Lou (IRD et Instituts convergences migrations), Amandine Dejancourt (ARS Hauts-de-France), Cécilia Delarre, Gilles Delmas, Jean-Claude Desenclos, Caroline Douay (Samu Social de Paris), Agnès Dublineau, Simon Ducarroz (Inserm), Laetitia Dulion (DRJSCS), Laurent El Ghazi (Fnasat), Mohamed El Mouden (PASS CHU Calais), Anne Etchevers, Cyril Farnarier (Projet ASSAb à Marseille), Marick Fevre (Fnes), Natasha Figueiredo (Inserm), Marie-Hélène Frangou (Amicale du nid), Caroline Frizon (DGS), Marie-Laure Frys (Médecins Solidarité Lille), Emma Gatipon (Interlogement93), Jean Gaudart (AP-HM), Stéphanie Giron (Samu Social de Paris), Nathalie Goyaux (Dihal), Frederic Goyet (ARS Île-de-France), Magali Guegan (ARS Île-de-France), Sylvie Haeghebert, Emmanuelle Hamel, Irwin Hecker (Inserm), Zoé Héritage, Olivia Ing, Camille Joubert (Croix-Rouge française), Emmanuel Jovelin, Jordi Landier (Inserm), Anne Laporte, Remi Laporte (AP-HP), Eric LeGrand (Fnes), Ghislain Leduc, Christelle Lemaire (Réseau Santé Solidarité Lille), France Lert (Inserm), Bernadette Lhuillier (ARS Provence-Alpes-Côtes-d'Azur), Cécile Longchamps (Inserm), Sandrine Loubière (AP-HM), Stéphanie Maurice (ARS Hauts-de-France), Maria Melchior (Inserm), Houda Merimi (Médecins du Monde), Beatrice Merlin-Defouin (ARS Hauts-de-France), France Mochel (Task Force Vaccins) Bastien Mollo (AP-HP), Bruno Morel (Emmaüs Solidarité), Emilie Mosnier (Inserm), Stéphanie Nguengang Wakap (Médecins du Monde), Stefania Parigi (Adoma CDC Habitat), Annie-Claude Paty, Sylvie Piochon (ARS Hauts-de-France), Frederique Quirino-Chaves (Fnasat), Lauriane Ramalli, Elodie Richard, Virginie Ringler (ARS Hauts de France), Thomas Roederer (Epicentre), Mériem Safwate (Migrations sante), Jessica Sayyad (Epicentre), Jalpa Shah, Hugo Si Hassen (Fédération des acteurs de la solidarité), Yassoungou Silue, Bénédicte

Souben (Croix-Rouge française), Marion Subiros (Cellule Santé publique France Mayotte), Pierre-Marie Tardieux (PASS CHU Nice), Ava Thirault (ARS Île-de-France), Aurélie Tinland (AP-HM et Coallia), Corinne Torre (Médecins sans frontières), Stéphanie Vandentorren, Sophie Vaux, Laura Vernet, Nicolas Vignier (Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane du Centre Hospitalier de Cayenne), Charline Vincent (Interlogement93), Aurélien Zhu-Soubise

Remerciements

Gilles Delmas, Zoé Héritage, Aurélien Zhu, Sylvie Haeghebaert, Pascal Chaud, Gilles Brabant, Sahar Haidar, Thomas Roederer, Asli Kilinc, Anne-Catherine Viso, Grégoire Deleforterie, Geneviève Chêne, Laëtitia Huiart, Edwige Bertrand, Simon Feldbæk Peitersen, Henrik Thiesen, Austin O'Carroll et Michael Stainmatz.

Citation suggérée : Vandentorren S, Shah J, Richard É, Laporte A, Allaire C, Desenclos JC, *et al.* Lutte contre la Covid-19 auprès de personnes en situation de précarité en France : partage des connaissances sur les stratégies de vaccination. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 36 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 - ISBN-NET : 979-10-289-0756-3 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : FÉVRIER 2022

Sommaire

Auteurs.....	3
Participants du séminaire	3
Remerciements	4
1. Introduction	6
2. Méthode	8
3. Savoirs théoriques et études en France	10
4. Les savoirs expérientiels	11
4.1 Benchmark international.....	11
4.2 Webinaire participatif et intersectoriel pour réunir les acteurs et les chercheurs	11
4.2.1 Préparation : entretiens individuels	11
4.2.2 Organisation du webinaire	12
4.2.3 Ateliers participatifs	12
5. Résultats	13
5.1 Les savoirs théoriques.....	13
5.1.1 <i>Scoping revue</i> de la littérature internationale	13
5.1.2 Synthèse des études menées en France.....	14
5.2 Les savoirs expérientiels	15
5.2.1 Benchmark international.....	15
5.2.2 Savoirs expérientiels en France.....	17
6. Synthèse et pistes de réflexion proposées	23
7. Conclusions et perspectives	25
Références bibliographiques	26
Annexe A. Étude qualitative sur la vaccination anti-Covid-19 des populations en situation précaire.....	30
Annexe B. Sondage en ligne envoyé aux invités afin de mieux comprendre leur besoins et attentes pour le webinaire du 20 mai 2021.....	31
Annexe C. Exemple de la première newsletter Mobilisation des connaissances	35

1. INTRODUCTION

Lors de la première vague de Covid-19, les données épidémiologiques et l'expérience de terrain ont très rapidement identifié les populations en situation de précarité selon la typologie européenne du sans-abrisme et de l'exclusion liée au logement (ETHOS)¹, tout particulièrement les personnes sans-domicile, comme démesurément exposées au risque d'infection et de ses conséquences en termes de mortalité, de morbidité, de séquelles physiques et psychiques et de retentissement sur la santé mentale et la vie sociale [1].

Le risque accru d'infection est lié à plusieurs facteurs. Citons la densité et la proximité des personnes dans les lieux d'hébergement, les difficultés à appliquer les gestes barrières du fait des conditions de vie (par exemple accès restreint aux sanitaires, coût des masques), une exposition permanente liée à la nécessité d'avoir recours aux dispositifs d'aide alimentaire ou de devoir travailler (avec des métiers ou des activités qui échappent aux dispositifs d'aide), ou encore les difficultés d'accès aux soins et aux droits [2-10].

Les populations sans domicile rencontrent/renvoient à des situations hétérogènes qui ont cependant en commun un certain nombre de déterminants sociaux, économiques et environnementaux entraînant une forte vulnérabilité face à la Covid-19, ainsi qu'un accès compliqué aux soins et à la prévention. Ces éléments sont identifiés dans plusieurs études réalisées en France [2-6, 11], en Europe [7] et résumés dans des revues systématiques de littérature [8-10]. Ces déterminants sont, entre autres, le mal-logement (équipements sanitaires vétustes, habitat insalubre), l'absence de domiciliation fixe compliquant l'accès aux droits sociaux et sanitaires, une couverture médicale et un recours aux soins globalement insuffisants ou encore la faible priorité donnée à la prévention, au regard des autres besoins essentiels pour la survie.

Les populations en situation de précarité restent souvent moins bien vaccinées que la population générale. En effet, si les personnes vivant principalement dans la rue sont globalement mieux vaccinées que les migrants arrivés depuis peu en France [12-15], elles le sont moins que la population générale [14, 15]. Les obstacles à la vaccination sont multiples, comme la difficulté d'accès et le manque de services de santé consacrés aux sans-abris, la mauvaise expérience par le passé avec un vaccin ou les services de santé ou encore les représentations voire croyances [12, 16-20]. Ces obstacles peuvent varier selon les différentes populations. Les personnes migrantes et réfugiées viennent souvent de pays où le système national de vaccination est défaillant, résultant en une faible couverture des vaccins contre les principales maladies [21-24]. Elles rencontrent ensuite dans le pays d'arrivée de nombreux obstacles à la vaccination, peu ou prou les mêmes que pour le recours aux soins : la barrière de la langue et le manque d'accès à une information claire, une faible priorité accordée à la santé (surtout chez les plus jeunes), une grande mobilité (choisie ou subie) empêchant un suivi médical et le manque de solutions et d'acteurs de santé. Les migrants et les réfugiés peuvent refuser de se faire vacciner pour des raisons plus directement liées à la crainte d'être plus facilement identifiés en « s'inscrivant » pour la vaccination et donc expulsés alors même qu'ils sont en attente de leurs droits sociaux [21-27]. Les études concernant l'accès aux soins, la couverture vaccinale et l'hésitation vaccinale sont plus rares en ce qui concerne d'autres populations, comme les Gens du voyage en France ou en Europe. Les quelques travaux disponibles sur cette population montrent que leur couverture vaccinale diffère peu de celle de la population générale, mais que la défiance envers la vaccination semble pourtant être plus prononcée ; les déterminants de l'hésitation vaccinale dans ces populations sont encore mal explorés et pourraient varier selon les lieux de logement (à la rue, bidonvilles, aires d'accueils,

¹ La typologie ETHOS intègre toutes les situations des personnes sans domicile à travers l'Europe : être sans abri, être sans logement, en logement précaire (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, expulsions, violences domestiques) et en logement inadéquat (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne).

centres d'hébergement, etc.) et les expériences antérieures individuelles et collectives (sans-abrisme, discrimination, recours aux soins, etc.) [28-30].

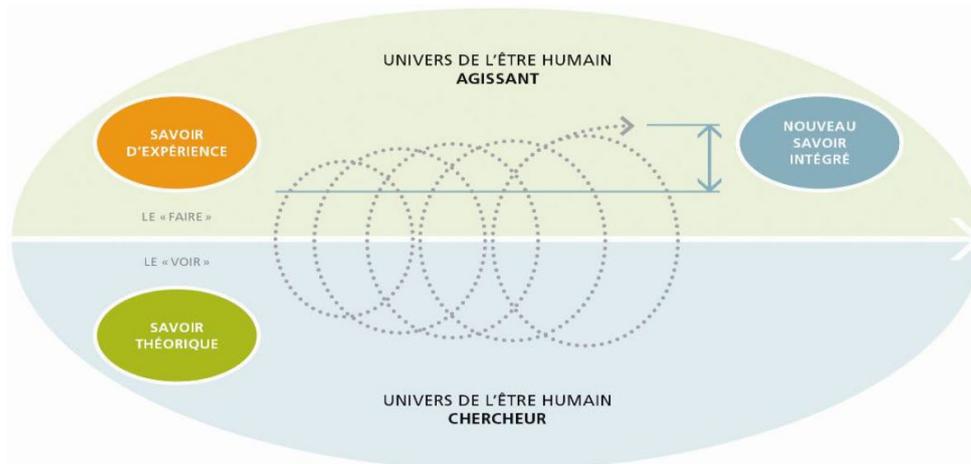
La stratégie vaccinale initiale contre la Covid-19 (novembre-décembre 2020) comportait 5 phases en France. La Haute Autorité de santé recommandait, pour la 4^e phase, d'élargir la vaccination aux « professionnels prenant en charge les personnes vulnérables dont les travailleurs sociaux, non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité(s) » et aux « personnes vulnérables et précaires vivant en collectivité (prisons, établissements psychiatriques, foyers...) non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité » [31]. Depuis le 15 juin 2021, toutes les personnes et les enfants âgés de 12 ans et plus sont éligibles à la vaccination [32].

L'avancement de la vaccination dans la population générale, la disponibilité accrue de doses de vaccin et le manque de données concernant les populations en situation de précarité nous ont amené à proposer une démarche de mobilisation des connaissances réunissant stratégies probantes mises en place à l'étranger, résultats des travaux de recherche réalisés ou en cours en France, expériences acquises par les acteurs de terrain et actions des administrations et des décideurs aux différents échelons territoriaux. L'objectif était de partager et de définir collectivement les enjeux à venir auprès de cette population et de guider la mise en œuvre de bonnes pratiques d'action, de prévention et de promotion de la santé basées sur les connaissances et l'expérience de terrain. Cette synthèse restitue les principaux résultats et les perspectives de cette démarche de partage de connaissances sur les stratégies de vaccination entre chercheurs, acteurs et décideurs sur les moyens de lutter contre la propagation du SARS-CoV-2 au sein des populations en situation de précarité.

2. MÉTHODE

La démarche de mobilisation des connaissances (MobCo), mise en place depuis l'automne 2020 par Santé publique France s'est inspirée du « transfert des connaissances » en mode spirale développé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Celui-ci a pour objectif de s'appuyer sur les savoirs théoriques des chercheurs et les savoirs expérientiels des acteurs décisionnels et des acteurs de terrain et de les rassembler afin de développer de nouveaux savoirs intégrés au cours du temps (Figure 1).

Figure 1. Le mode de transfert des connaissances en spirale [33]



La mobilisation des connaissances s'appuie en grande partie sur les acteurs et les institutions, ainsi que sur les chercheurs. Cette démarche a pour objectif de partager et de définir collectivement les enjeux à venir, d'un point de vue organisationnel, et de guider la mise en œuvre de bonnes pratiques d'action, de prévention et de promotion de la santé basées sur les connaissances et l'expérience du terrain. MobCo s'appuie sur un réseau collectif à la fois pour l'identification précise des problématiques prioritaires et pour structurer et opérationnaliser conjointement la démarche.

L'INSPQ propose quatre activités interconnectées pour structurer et opérationnaliser la mobilisation des connaissances :

1. Résolution de problèmes via la consultation des acteurs pour comprendre leurs besoins via des entretiens qualitatifs et des sondages a priori sur le potentiel d'appropriation des connaissances ;
2. Dissémination via la publication et la diffusion des nouvelles connaissances auprès des parties prenantes (rapport, notes, présentation, synthèses, pages web et articles scientifiques) ;
3. Échanges structurés (via les séminaires MobCo) ;
4. Co-construction (échanges plus fréquents via les ateliers participatifs et le développement de projet de recherche appliquée ou interventionnelle (par exemple l'organisation de l'étude Prevac, coordonnée par Epicentre et Santé publique France en relation avec plusieurs partenaires, pour évaluer la couverture vaccinale anti-Covid-19 auprès des très précaires) [34].

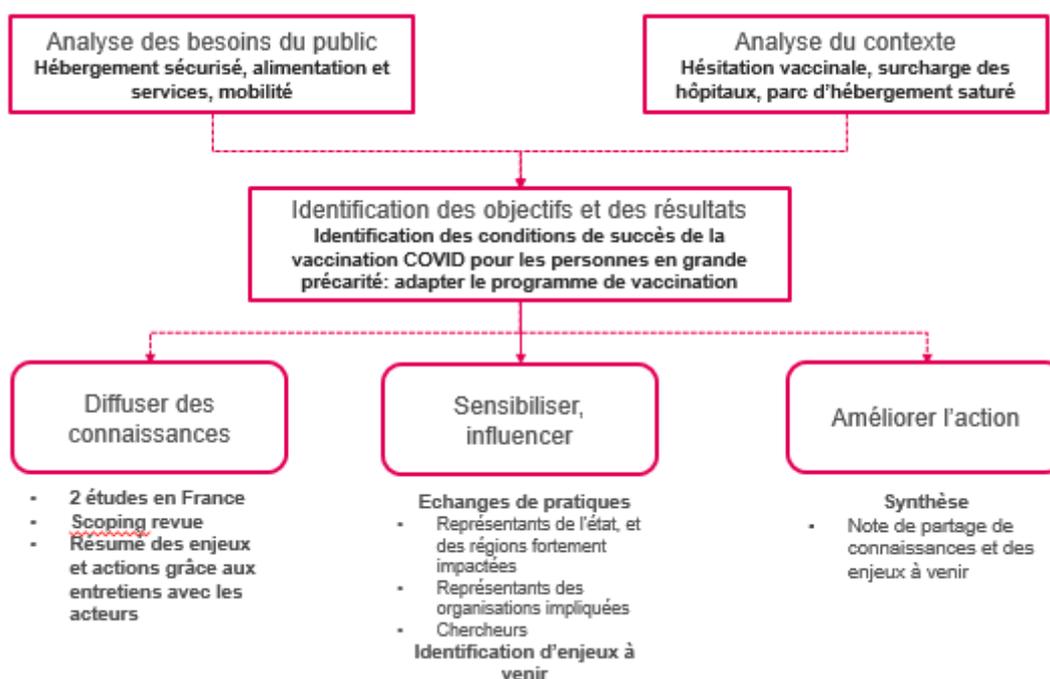
La structuration et la préparation de la démarche a inclus des apports théoriques et des entretiens préalables. Ceux-ci ont permis de développer un cadre scientifique à visée opérationnelle sur la base des faits probants facilitant la richesse et l'animation des échanges

entre les parties prenantes, dans une dynamique de co-construction pendant le webinaire et les ateliers participatifs autour des quatre enjeux suivants:

1. Intention et adhésion vaccinale ;
2. Spécificités par population ;
3. Stratégies d'information, d'éducation et de communication ;
4. Dispositifs et actions d'accompagnement.

Ensemble, ces activités facilitent la co-création des nouveaux savoirs intégrés et encouragent l'appropriation et la diffusion de ces connaissances (Figure 2).

Figure 2. Préparation de l'appropriation et de la diffusion des nouveaux savoirs intégrés autour de la vaccination anti-Covid-19 auprès des personnes en situation de précarité.



3. SAVOIRS THÉORIQUES ET ÉTUDES EN FRANCE

Les savoirs théoriques sont issus d'une *scoping revue* débutée en janvier 2021 afin d'identifier les recommandations efficaces pour faciliter le recours à la vaccination des populations en situation de précarité, dont les migrants, les réfugiés, les demandeurs d'asiles, les Gens du voyage, les Roms, les Tsiganes, les personnes sans abri, les personnes sans abri, les usagers de drogues et travailleur/ses du sexe. La recherche a été menée sur PubMed, Cochrane Library et Epistemonikos et complétée par une recherche sur Google et Google Scholar², avec les limites suivantes : publiées dans les vingt dernières années en français ou en anglais et menées sur des populations adultes dans les pays développés avec un niveau de vie comparable au niveau français.

Nous avons employé la méthode Prisma-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*) avec des critères d'exclusion et d'inclusion établis a priori [35]. Des 531 articles et rapports identifiés, nous avons retenu 17 articles. Seules les études du type évaluation ou étude d'efficacité d'intervention de vaccination ciblant les populations « hard-to-reach » (difficiles à atteindre) et les études probantes (essais clinique randomisés et études quasi-expérimentales) ont été retenues. Les études qui ne s'appliquaient pas au contexte français (absence de couverture maladie universelle, pays en voie de développement), avec une vaccination auto-déclarée ou une puissance statistique insuffisante ont été exclues. Le choix de ne pas inclure les articles de méthodologie qualitative a été fait afin de recueillir des résultats généralisables à la plupart des personnes en situation de précarité, qui ont des spécificités selon les facteurs individuels et/ou liées à leur lieu de vie (à la rue, bidonvilles, aires d'accueils, centres d'hébergement, etc.) Deux études en cours ont été recensées en France :

- L'étude de cohorte prospective Covid Homeless, menée par l'Assistante publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et Médecins du Monde pour évaluer l'impact du SARS-CoV-2 sur la morbi-mortalité des personnes sans-abri à Marseille de juin à août 2020, auprès de 1 156 personnes avec une étude de séroprévalence IgM ou IgG (Trod³) [36] ;
- L'étude Echo (Perceptions et impact de l'épidémie liée à la Covid-19 en centres d'hébergement pour personnes en situation d'exclusion) menée par l'Inserm auprès de 535 personnes dans des centres d'hébergement pour personnes en situation de précarité gérés par des associations (12 en Île-de-France, 5 dans le Rhône et 1 à Strasbourg) [1].

² Mots-clés : "hard to reach", immigrant*, immigration*, emigrant*, migrant*, refugee*, "asylumseek*", gypsy, roma, romani, gypsies, gipsies, romany, romanies, traveller*, homeless*, houseless, marginalized, marginalization, "low-income population*", "vulnerable population*", "underserved population*", "druguser*", "substance user*", "sexworker*", prostitute*, "transients and migrants", "emigrants and immigrants", "homeless persons", "Drug Users", "SexWorkers" AND (vaccine*, immunization, immunisation, "Vaccination") AND (evidence, effective, effectiveness, efficacy, evidence improve, improving, improvement, positive impact*, beneficial effects, positive effect*, positive impact*, beneficialimpact*, positive experience*, barrier*, obstacle*, facilitator*, success, successful*, evaluat*, assessment*, outcom*, effect*, performance*, attainment*, consequence*, influence*, "Program Evaluation", "Evidence-Based Medicine", "Evidence-BasedPractice"[MeSH], "Evaluation Studiesas Topic"[MeSH], "Evaluation Study", "Comparative Effectiveness Research")³ Tests rapides d'orientation diagnostique.

³ Tests rapides d'orientation diagnostique.

4. LES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS

4.1 Benchmark international

Santé publique France a mené un benchmark international pour comprendre la planification stratégique et l'application des programmes de vaccination nationaux contre la Covid-19 auprès des populations en situation de précarité. Les pays sélectionnés pour le benchmark étaient ceux dotés d'un « programme national » défini comme un programme de vaccination impliquant les gouvernements en collaboration avec des acteurs locaux. Nous avons identifié les pays et les acteurs à contacter grâce aux partenaires de la direction scientifique et Internationale de Santé publique France parmi *EuroHealthNet*, M8 Alliance⁴, FEANTSA⁵, et IANPHI⁶. Lorsque le benchmark a été réalisé (fin avril 2021), nous avons identifié trois pays qui avaient mis en place un programme national de vaccination auprès des populations en précarité et qui étaient en capacité de partager leurs retours d'expériences : le Danemark, l'Irlande et Israël.

Nous avons mené les entretiens en anglais, en visioconférence, avec des acteurs dans ces trois pays : au Danemark, M. Simon Feldbæk Peitersen, conseiller principal de l'autorité sanitaire danoise « Sundhedsstyrelsen » et le Dr. Henrik Thiesen, chef de l'équipe de santé pour les sans-abri aux services sociaux de la ville de Copenhague ; en Irlande le Dr. Austin O'Carroll⁷, responsable clinique de la réponse Covid-19 auprès des personnes sans-abri à Dublin de la Direction nationale des services de santé (HSE) ; en Israël, Michael Stainmatz, responsable du centre de contrôle des vaccinations au sein du ministère de la santé. Ces entretiens exploratoires d'une durée d'une heure ont été organisés entre le 4 et 13 mai 2021. Ils ont suivi le modèle des entretiens « libres » afin d'explorer un sujet général (programme national de vaccination auprès des personnes en précarité) où l'enquêteur n'intervient que pour relancer la conversation et encourager son interlocuteur à aller plus loin dans son explication.

4.2 Webinaire participatif et intersectoriel pour réunir les acteurs et les chercheurs

4.2.1 Préparation : entretiens individuels

Ces connaissances issues des expériences à l'étranger ont été étoffées par des entretiens individuels auprès des acteurs en France. Il s'agissait de prendre en compte leurs expériences de la vaccination anti-Covid-19 auprès des populations en situation de précarité ainsi que d'identifier leurs besoins suite à l'entrée en vigueur de la phase 4 du calendrier vaccinal [31].

Les acteurs nationaux ont été identifiés en sollicitant dans un premier temps les partenaires réguliers de Santé publique France, qui eux-mêmes ont désigné d'autres acteurs par une technique dite « boule de neige ». Quinze entretiens d'une durée d'une heure environ ont ainsi été réalisés du 29 avril au 17 mai 2021, en visioconférence, par des chercheurs du centre Inserm U1219 Bordeaux population Heath en lien avec Santé publique France, à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe A).

⁴ L'Alliance M8 des centres de santé universitaires, des universités et des académies nationales est le fondement académique du Sommet mondial de la santé.

⁵ La Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri.

⁶ L'association internationale des instituts de santé publique « *International Association of National Public Health Institutes* ».

⁷ *Health Service Executive (HSE) of Ireland : the publicly funded healthcare system in the Republic of Ireland, responsible for the provision of health and personal social services.*

Différents niveaux géographiques d'exercice de ces acteurs ont été sélectionnés : au niveau national (n=2), régional (n=6) ou départemental (n=7). Pour les territoires, différentes régions ont été sélectionnées car ayant une présence élevée de personnes en situation de précarité : Provence-Alpes-Côte-d'Azur (n=4), Île-de-France (n=4), Hauts-de-France (n=3) et départements et régions d'outre-mer - DROM (n=2). Enfin, ces acteurs pouvaient être issus de l'administration publique (n=7) ou des associations (n=8) ; et d'activités sectorielles de professionnels de santé (n=7) ou du secteur social (n=8). Les médiateurs en santé que nous avons contactés et qui ont été très fortement mobilisés auprès des personnes en situation de précarité durant la crise Covid, n'ont pas pu participer aux entretiens en raison de leur disponibilité limitée. Néanmoins, nous avons pu correspondre avec une coordinatrice des médiateurs en santé sur le terrain. Le guide d'entretien permettait d'appréhender les conditions nécessaires - d'un point de vue organisationnel - à la réalisation d'une campagne vaccinale Covid-19 auprès des populations de migrants, de sans-domicile ou des Gens du voyage.

Ayant adapté la démarche de « transfert des connaissances » de l'INSPQ qui concerne historiquement les acteurs et les chercheurs, nous considérons que l'intégration des bénéficiaires et une approche communautaire sont nécessaires pour rentrer dans une démarche « bottom up ». Dans cette optique, nous préparons actuellement une adaptation de MobCo dans une région pilote où toutes les parties prenantes (bénéficiaires, acteurs et chercheurs) seront consultées et impliquées dans le processus.

4.2.2 Organisation du webinaire

L'identification de ces premiers enjeux a permis d'élaborer un premier socle de préparation du webinaire, qui a été complété par un recueil des besoins des participants via un court sondage (Annexe B) envoyé par courriel lors de l'inscription au webinaire. Les besoins identifiés étaient de pouvoir disposer de nouvelles connaissances sur les travaux récents (70%), de pouvoir co-construire une stratégie de vaccination probante pour améliorer la couverture vaccinale auprès des publics en situation de précarité (64%) et enfin de pouvoir développer des partenariats avec les chercheurs, les acteurs de terrain, les associations et/ou les acteurs décisionnels (51%).

Le webinaire s'est tenu le 20 mai 2021 par visioconférence. Il a été enregistré pour permettre une restitution fidèle des discussions, des chats et des sondages qui s'y sont tenus.

4.2.3 Ateliers participatifs

Les participants au webinaire du 20 mai 2021 concernant la vaccination ont été invités à communiquer leurs préférences de participation à des ateliers à la fin du webinaire afin d'approfondir les quatre enjeux identifiés préalablement par les entretiens exploratoires. Chaque atelier, d'une durée d'environ deux heures, a été organisé par visioconférence entre le 08 et le 17 juin 2021 avec environ 7 à 9 participants inscrits volontairement via un formulaire en ligne.

Le guide de chaque atelier permettait d'approfondir les thèmes identifiés lors des entretiens exploratoires. Pour rappel, ces thèmes évoquaient :

- l'intention et l'adhésion vaccinale ;
- les spécificités des populations et des lieux de vie ;
- les outils d'information, de communication et d'éducation à la santé ;
- les dispositifs d'accompagnement et les actions engagées pour la vaccination auprès de ces publics.

5. RÉSULTATS

5.1 Les savoirs théoriques

5.1.1 *Scoping revue de la littérature internationale*

Au moment où la revue a été menée (janvier 2021), le vaccin anti-Covid était à peine arrivé sur le marché et il n'y avait aucune étude sur les facteurs associés avec l'adhésion vaccinale Covid-19 pour les personnes en situation de précarité. Toutefois, la littérature montrait que l'adhésion vaccinale en général pour les personnes en situation de précarité variait selon des facteurs individuels et contextuels. Concernant les facteurs individuels, ils différaient selon le type de vaccin et de maladie cible, mais on retrouvait l'impact des facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le genre, l'ethnicité, ainsi que certains antécédents d'histoire de vie ou de comportements (incarcération, usage de drogues...). Les facteurs contextuels, comme la faible distance au site de vaccination, un temps d'attente réduit au centre de vaccination et l'optimisation de l'offre, étaient des facteurs majoritairement retrouvés dans la littérature comme facilitant la vaccination générale des personnes en précarité. A contrario, la mise en compétition avec des besoins essentiels à court terme, tels que l'alimentation, l'eau et l'abri ou le logement, était un facteur défavorable vis à vis de la prévention primaire en santé pour les personnes en précarité.

De façon plus spécifique, il faut souligner que les conditions d'efficacité variaient selon la primo-vaccination versus la vaccination complète, et donc selon le nombre de doses de vaccin nécessaires (vaccin dose unique ou doses multiples). La différence entre les facteurs facilitateurs et les facteurs limitants entre ces deux étapes de vaccination pour les populations en précarité soulignait la nécessité de développer une stratégie qui prenait en compte la temporalité de la vaccination (primo-vaccination vs vaccination complète) ainsi que la compétitivité des besoins et des menaces d'évictions souvent subies par ces populations. Cette temporalité implique une communication assertive dans les liens tissés dès le début de la démarche de vaccination et semble dépendre directement du caractère inclusif ou non des actions menées - ou ayant été menées - sur le terrain. À titre illustratif, les facteurs identifiés comme ayant un effet significatif pour faciliter la primo-vaccination incluaient, la disponibilité immédiate du vaccin après le dépistage, la vaccination sur place en post-dépistage, une faible distance au site de vaccination, la facilité de prise de rendez-vous et un temps court et optimal d'attente sur le site. Pour la vaccination complète, d'autres facteurs avaient un effet significatif et facilitateur, comme la communication des résultats du dépistage, un calendrier de vaccination accéléré, la gestion et le suivi des personnes tout au long de la durée de la vaccination par du personnel assigné à cette tâche, l'optimisation du centre de vaccination avec les autres services de santé et de droit commun (par exemple échange de seringues pour les usagers de drogues) ainsi que l'incitation financière (Tableau 1).

Tableau 1. Facteurs facilitants et limitants la primo-vaccination ou la complétude de la vaccination générale pour les personnes en situation de précarité [26, 37-52]. Démarche de mobilisation des connaissances sur la stratégie vaccinale anti-Covid-19, Santé publique France.

	Facteurs facilitateurs	Facteurs limitants
Primo-vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de la gravité de la maladie • Crainte d'être infecté et d'être malade • Recommandation du médecin (pour les femmes enceintes et les diabétiques) • Disponibilité immédiate du vaccin après dépistage (HépB) • Vaccination sur place post-dépistage • Faible distance au site de vaccination • Temps d'attente réduit au site de vaccination • Mobilisation et engagement communautaire • Programme de sensibilisation adapté • Diffusion des informations par les relais communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétitivité des besoins (exigences matériels : alimentation, eau, abri/logement)
Vaccination complète	<ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau de santé auto-déclaré • Communication des résultats du dépistage • Calendrier de vaccination accéléré (2 au lieu de 6 mois) • Gestion et suivi par un infirmier particulier tout au long de la durée de la vaccination (6 mois VHA/VHB) • « Commodité » – association du centre de vaccination aux autres services de santé et de droit commun (ex. échange de seringues) • Incitations financières 	<ul style="list-style-type: none"> • Menace d'éviction • Éviction/expulsion

5.1.2 Synthèse des études menées en France

Les premiers résultats d'une étude française publiée par l'Inserm en juin 2021 auprès des personnes accueillies en centre d'hébergement ont montré que les facteurs associés avec l'hésitation vaccinale correspondant au premier confinement – 16 mars au 11 mai 2020 (avant la disponibilité du vaccin) - étaient d'être une femme, de vivre en couple, d'avoir un statut administratif précaire et un faible niveau de littératie en santé (analyses bivariées) [1]. À Marseille, les chercheurs ont fait état de l'impact de la Covid-19 sur les personnes en situation de précarité, impact qui se manifeste en accentuant les problématiques déjà préoccupantes [4]. Cette étude a été réalisée en été 2020 via une approche à méthodes mixtes du design « concomitant avec étayage réciproque » où les données quantitatives et qualitatives sont collectées en parallèle. Elles sont analysées de manière séparée avec une articulation des deux lors de la phase d'interprétation. La Covid-19 était clairement perçue comme un risque par les personnes sans domicile, mais cette expérience d'être sans domicile plaçait ce risque parmi d'autres (accès à l'alimentation et à l'eau pendant la pandémie). De plus, 77% des participants ont déclaré avoir rencontré d'importantes difficultés financières. Le suivi des différentes mesures de protection (port de masque, lavage des mains, distanciation physique) variait de manière significative en fonction du lieu de vie (à la rue, au centre d'hébergements d'urgence, en bidonville). Globalement, toutes les personnes interrogées étaient attentives à leur santé, avec une conscience et même une familiarité avec les risques de maladies infectieuses. En revanche, un manque de ressources externes liées à la santé a été observé, alors que les ressources internes liées à la santé étaient plus développées

qu'attendu. Aucun des lieux et modes de vie étudiés n'étaient favorables à la santé : les centres d'hébergement en raison d'une plus grande restriction des choix des personnes, les bidonvilles et la vie dans la rue en raison d'un plus grand manque de ressources de base (eau, alimentation) [4].

Le webinaire MobCo, qui avait pour objectif d'explorer les conditions de succès de la vaccination Covid-19 auprès des personnes en précarité, a également permis de rencontrer du personnel d'Epicentre (un satellite de Médecins sans frontières consacré à l'épidémiologie et à la recherche). Le webinaire est à l'origine d'une collaboration entre Epicentre et Santé publique France pour mener, en concertation avec plusieurs autres partenaires (Médecins sans frontières, Médecins du Monde, Samu social, Interlogement 93, Croix-Rouge française et les ARS d'Île-de-France et de PACA) l'étude Prevac sur l'évaluation de la couverture vaccinale et les déterminants de succès du programme de vaccination contre la Covid-19 auprès des populations en situation de précarité.

5.2 Les savoirs expérientiels

5.2.1 Benchmark international

5.2.1.1 *L'empowerment des travailleurs sociaux et une stratégie de « 40-40-20 »*

En Irlande, la stratégie dans les centres d'hébergement consistait à vacciner d'abord les personnes les plus favorables à la vaccination anti-Covid-19 pour toucher progressivement les plus hésitants. Ainsi 40% des personnes les plus favorables ont été vaccinées, puis les 40% suivants, enfin les 20% restants, le groupe le plus favorable ayant un effet d'entraînement sur le suivant. Les chercheurs ont observé que le facteur qui semblait influencer le plus l'adhésion vaccinale était la proactivité des travailleurs sociaux dans les centres d'hébergement. Leur stratégie était donc de profiter de ces liens de confiance en soutenant les travailleurs sociaux via une formation en ligne (partagée via WhatsApp) et un outil de type foire aux questions (FAQ) permettant aux professionnels de répondre de façon simple et imagée aux craintes des personnes (ex : peur de tomber malade à cause du vaccin) et de faciliter l'accessibilité des informations. Cette stratégie leur a permis d'harmoniser les réponses aux questions concernant la vaccination (modèle FAQ) et de s'appuyer sur le rôle important des travailleurs sociaux pour surmonter les cognitions répandues parmi cette population (manque d'espoir, etc.). De plus, ces échanges en face-à-face entre les professionnels et les personnes sans domicile fixe avaient pour objectif de faciliter la compréhension des informations en s'adaptant au niveau de littératie en santé (réponse imagée) des bénéficiaires. Cette démarche favorise la possibilité de poser les questions sans être jugé sur les difficultés de lecture et sans stigmatisation. En effet, la circulation de l'information en temps de pandémie se caractérise par un besoin accru du public de pouvoir hiérarchiser et comprendre le flot d'informations circulant, notamment sur les réseaux sociaux. À titre illustratif, pour répondre aux interrogations quant aux risques de thrombose potentiellement dues à la vaccination, les travailleurs sociaux répondaient que le « risque était équivalent au risque d'être frappé par la foudre en cas d'orage ».

5.2.1.2 *Campagne de marketing social et la mobilisation des relais communautaires*

Pour toucher les personnes en précarité, une campagne de marketing social a eu lieu dans les grandes villes en Israël avec la participation des joueurs de football d'origine arabe de l'équipe nationale. La stratégie déployée était de faire venir les personnes en précarité dans les métropoles vers les centres de vaccination dévolus aux personnes sans numéro de sécurité sociale. La communication concernant cette stratégie de vaccination s'est déroulée dans plusieurs langues, avec des affiches posées dans les stations de bus et d'autres transports publics, avec un message « donnant-donnant », par exemple « aidez-nous à vous

aider ». Cette première phase a permis de vacciner 150 000 personnes. Elle a été suivie d'une stratégie d'« aller vers », de façon répétée, pour atteindre les bédouins via les équipes mobiles de la MDA (Croix-Rouge Israélienne). Le fait de s'appuyer sur les relais communautaires (ex. cheik, imam) a permis de vacciner 500 000 personnes supplémentaires, en respectant les coutumes locales (par exemple la vaccination de la femme ainée du cheik a permis l'adhésion de 2 000 personnes) et les fêtes religieuses (ex : vaccination en dehors des heures de jeûne pendant le ramadan).

5.2.1.3 L'évolution des stratégies : du « (r)amener-vers » à « l'aller-vers »

Au Danemark, un calendrier vaccinal universaliste considérant les personnes sans domicile fixe à risque probable de comorbidité (groupe 5 du calendrier vaccinal), du fait de leur éloignement des systèmes du soin, a permis d'ouvrir la vaccination (Pfizer ou Moderna) à cette population dès février 2021. De plus, une collaboration étroite entre le gouvernement, l'agence nationale de santé publique, les échelons décentralisés du gouvernement (régions, départements) et les acteurs du terrain (professionnels de santé, associations, fédérations, ONG), avec un comité de pilotage qui se réunissait de façon pluri-hebdomadaire, a facilité l'adaptation et la coordination flexible et réactive sur le terrain en temps réel via leur système social local. Les stratégies « (r)amener vers » les centres de vaccination par un système de « fast tracking »⁸ ont ensuite été complétées par « l'aller vers » grâce aux équipes mobiles dans les centres d'hébergement et les banques alimentaires, puis par la mise en place des tentes de vaccination temporaires (« Pop-Up ») dans les associations.

Parallèlement, les programmes de vaccination ont souvent débuté auprès d'une population ou d'un lieu et puis ont ensuite été étendus à d'autres populations ou d'autres lieux, après prise en compte des premiers retours d'expérience. À Copenhague, les usagers de drogues ont ainsi été les premières personnes en précarité ciblées pour la vaccination car ils avaient déjà des liens de confiance de longue durée avec les professionnels de santé. Cela a permis aux acteurs locaux de lancer une stratégie de (r)amener les utilisateurs du site d'injection au centre de vaccination, puis d'organiser des équipes mobiles pour toucher les usagers dans les centres d'hébergement, et enfin de mettre sur pied des « Pop-Up » dans les associations de la ville. De même, à Dublin, la vaccination a commencé dans les hôtels sociaux car il était plus facile de capter et de suivre les personnes hébergées dans ces sites pour la vaccination. Cette première expérience leur a permis d'étendre la vaccination aux autres lieux, par exemple dans la rue et dans les aires d'accueil, en adaptant leur stratégie grâce aux enseignements tirés à chaque étape. En Israël, les experts ont commencé par les populations en précarité habitant dans les grandes villes, puis ont progressivement touché les populations nomades, très éloignées du système du soin, habitant dans le désert et dans les villages.

5.2.1.4 La primo-vaccination versus la vaccination complète

Ainsi, des stratégies d'« aller vers » via les équipes mobiles et les « Pop-Up » dans les ONG ont été déployées pour la primo-vaccination; tandis que des stratégies de « (r)amener vers » les centres de vaccination grand public (Danemark) ou des centres de vaccination dédiés (Irlande, Israël) l'ont été pour la vaccination complète. Afin de faciliter cette dernière, la livraison de la seconde dose se faisait dans le même lieu (Danemark, Irlande, Israël), via les appels téléphoniques pour les personnes sans numéro de sécurité sociale (NIR) (Danemark, Israël) ; ou en s'appuyant sur les personnes les plus motivées dans un premier temps dans les centres d'hébergement puis sur les autres personnes par effet boule de neige (Irlande, Danemark), ou encore avec un passeport vaccinal international pour les personnes sans NIR, fourni uniquement à partir de la 2^e dose de vaccin (Danemark, Israël).

⁸ Chemin facilité pour la vaccination anti-Covid-19 : pas de temps d'attente, sans rendez-vous, une porte d'entrée spécifique et distincte de celle du grand public.

5.2.2 Savoirs expérientiels en France

5.2.2.1 Entretiens et webinaires

Les entretiens ont permis de mieux définir quatre enjeux principaux, étroitement imbriqués :

1. L'intention et l'adhésion vaccinale, qui reposent sur les liens de confiance préalablement établis ;
2. Les spécificités par population (migrants, Gens du voyage, sans abri, travailleurs et travailleuses du sexe, usagers de drogues, etc.) dépendant des modes de vie, des représentations socioculturelles de la maladie et du risque ou des parcours ;
3. Les stratégies d'informer, éduquer et communiquer auprès des publics concernés selon leurs spécificités et selon les lieux de vie (à la rue, en centre d'hébergement, en campement, dans les bidonvilles, etc.)
4. Les dispositifs et actions d'accompagnement (médiation en santé, équipes mobiles, stratégies d'approches communautaires, pédagogies adaptées au terrain).

5.2.2.2 Intention et adhésion vaccinale

Les entretiens ont soulevé le fait que l'intention et l'adhésion vaccinale étaient favorisées par un climat de **confiance et d'autonomisation** et dépendantes du contexte. Elles **fluctuaient** selon le type de population et du lieu de vie. Les acteurs ont ainsi relevé que l'adhésion à la vaccination était plus faible auprès des personnes vivant à la rue, dans des squats et des campements qu'en institution ; et plus faible auprès des Roms, des Gens du voyage, en foyer de travailleurs migrants non réhabilités, ou des personnes SDF par rapport aux personnes vivant dans des résidences sociales classiques, et plus importante chez les personnes jeunes par rapport aux personnes plus âgées.

L'intention et l'adhésion vaccinale sont apparues fortement sensibles à **la norme sociale**, avec un effet « groupe » important. Ce fort effet groupe peut favoriser la diffusion des théories complotistes, mais peut aussi être mobilisé comme levier pour en minimiser l'incidence, par la mobilisation de membres reconnus du groupe.

L'intention et l'adhésion vaccinale étaient aussi influencées par **l'accessibilité des soins**. La perception de nombreux obstacles à la vaccination entravait la capacité de la personne à penser pouvoir recourir à la vaccination et diminuait l'intention vaccinale. De même, **la mobilité de la population** limitait la complétude de la vaccination surtout si le délai nécessaire entre doses était long.

Le type de vaccin, sa disponibilité (moins un vaccin est disponible, meilleure est l'adhésion), **le choix possible** étaient des facteurs influençant l'adhésion vaccinale ; avec une spécificité pour les personnes étrangères, où l'adhésion vaccinale **dépendait aussi de la situation épidémique du pays d'origine** et des mesures de prévention établies.

5.2.2.3 Les spécificités populationnelles

Les différentes postures face à la vaccination Covid pouvaient être liées à plusieurs aspects : pour certaines personnes, la maladie et le vaccin pouvant ne pas être des sujets d'urgence par rapport aux priorités du quotidien. Les difficiles conditions de vie amenaient d'autres types d'inquiétudes, comme la forte **compétitivité des besoins** (logement, sécurité, travail, enfant, alimentation, drogue) et étaient associées à une **forte mobilité**. Des difficultés pouvaient être liées également à une moindre littératie en santé ainsi qu'à un accès réduit à l'information et au numérique. La barrière de la langue était aussi fréquemment évoquée.

Les **attitudes personnelles auprès de la vaccination anti-Covid-19 différaient** selon les populations (Figure 3). Les populations à la rue, dans des squats et des campements ne se sentaient pas concernées par la Covid-19 et ne percevaient pas la menace et la gravité de la maladie. À l'inverse, les personnes âgées avec des comorbidités vivant en foyer percevaient leur vulnérabilité face à la Covid-19 et la gravité possible de la maladie. Enfin, les expériences observationnelles et les apprentissages résultant de l'imitation des pairs jouaient un rôle important, tout comme l'effet de groupe constitutif de la norme sociale.

Figure 3. Les attitudes face à la vaccination anti-Covid-19 selon les conditions d'hébergement.

Squats, bidonvilles, campements	Personnes à la rue	Centres d'hébergement, foyers
<ul style="list-style-type: none"> • Méfiance par rapport à la vaccination • Normes de groupe • Agir sur les représentations 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétitivité des besoins • Capter les personnes • Donner des opportunités pour faciliter l'accès 	<ul style="list-style-type: none"> • Circuits et professionnels identifiés • Importance des relais et pairs • Temps nécessaire à la mobilisation communautaire

5.2.2.4 Information, éducation et communication

Pour les personnes interviewées, les outils d'information, de communication et d'éducation à la santé devaient respecter le temps d'appropriation des informations reçues. La cohérence des informations transmises et relayées par les médias en général, et les institutions en particulier, jouait un rôle prépondérant. Le fort préjugé des postures antagonistes des experts médicaux a été relevé, entraînant d'importantes dissonances cognitives dans la population. Parallèlement, il était nécessaire d'anticiper les « informations fallacieuses » (*fake news*) qui avaient une forte répercussion sur l'actualité. Cette anticipation demandait du temps et de la réflexion pour pouvoir agir à bon escient.

Les participants ont indiqué qu'ils avaient dû développer leurs propres outils de communication avec les moyens disponibles pour leur réalisation. Des outils plus adaptés aux besoins, aux craintes des personnes et à leur niveau de littératie en santé et de la littératie numérique ont dû être élaborés dans l'urgence. Ces outils ont pris en compte l'évolution de l'épidémie et des besoins des personnes influencées par les médias, les rumeurs, les politiques de santé et la situation épidémique de leurs pays d'origine. Ceci a exigé une forte capacité d'adaptation, de compréhension, de connaissance et de sensibilisation développée par leur expérience sur le terrain.

5.2.2.5 Accompagnement, dispositifs, actions innovantes

La collaboration locale avec une coopération et une coordination territoriale optimale a montré toute son importance, avec la nécessité de faire avec les personnes, en s'appuyant sur la relation de proximité avec des tiers de confiance au sein de chaque communauté ou groupe.

La nécessité de pouvoir former, informer, éduquer et communiquer en mode « aller vers » ainsi que « faire venir » ou faciliter l'accès au système de droit commun a été fortement évoqué par l'ensemble des acteurs. Les acteurs de terrain, au plus proche des personnes, ont agi comme de véritables sentinelles des problématiques rencontrées. Ceux-ci déclarent que la prévention pouvait aussi se faire par les pairs, qui deviennent des ambassadeurs. Certains ont évoqué l'intérêt voire la nécessité d'un vaccin à dose unique par rapport à la mobilité de la population.

Tous les acteurs ont évoqué la nécessité de pérenniser les actions engagées, tant pour faciliter et promouvoir l'intervention « chez soi d'abord » pour les SDF avec des comorbidités que pour

préserver la collaboration étroite qui s'est mise en place entre les acteurs pendant la crise. Le développement et le renforcement des liens entre les différents acteurs de terrain (professionnels du secteur médical et du secteur social) a joué un rôle crucial pour le succès de la vaccination. Ce point de pérennisation des relations tissées entre les professionnels du secteur social et médical, avait déjà été souligné lors du premier rapport de MobCo « [Lutte contre la Covid-19 auprès de populations en grande précarité en France : partage des connaissances sur les stratégies de dépistage](#) ». Ce constat récurrent plaide pour l'émergence sur la durée de services de prévention intégrant le social et le médical pour aller vers les plus démunis.

Ateliers participatifs

Lors des quatre ateliers participatifs, les participants ont proposé plusieurs leviers d'actions. Ils sont réunis et classés selon les cinq éléments de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [53] (Tableau 2).

Tableau 2. Leviers d'actions pour améliorer la vaccination auprès des personnes en situation de précarité. Démarche de mobilisation des connaissances sur la stratégie vaccinale anti-Covid-19, Santé publique France

	Faciliter la coordination au niveau local	Organiser les programmes de vaccination via l'« aller vers » et le « (r)amener vers »	Communiquer auprès des personnes en situation de précarité
Élaboration de politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination entre les actions des travailleurs sociaux et des professionnels de santé • Impliquer les collectivités locales (mairies...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en réseau et coordination intersectorielle des acteurs aux différents niveaux (ARS, pompiers de la ville, Cohersan, Cpam) 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la congruence de la communication et des messages délivrés à la population aux différents échelons (et si possible entre les pays) en travaillant sur la clarté et la cohérence
Création d'environnements favorables	<ul style="list-style-type: none"> • Amener les personnes en situation de précarité vers le droit commun • Recenser les lieux d'hébergements et le nombre de personnes hébergées pour faciliter les actions à mener • Pérenniser l'accompagnement et les dispositifs de prévention auprès de ces populations • Prendre en compte les besoins matériels (alimentation, ressources, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Associer les acteurs du logement aux actions de prévention menées, pour lutter contre la stigmatisation et la peur de perdre son logement 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les communications avec les associations du terrain (rôle important de distribution de l'aide alimentaire) • Proposer une incitation en guise d'échange (pour l'alimentation, l'accès aux services...)
Renforcement de l'action communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche de la base vers le haut (« bottom up ») pour valoriser les pratiques des populations (et la reconnaissance de ce qui a été fait comme base d'échange) • Identifier les enjeux et les besoins communs et les freins et leviers au niveau individuel (pas seulement au niveau communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer une vaccination en boule de neige en s'appuyant d'abord sur les personnes les plus intéressées 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser et engager les personnes relais dans une logique d'inspiration par les pairs et de diffusion d'information au sein du groupe • S'appuyer sur des personnes qui relaient et diffusent davantage sur les réseaux sociaux afin de mieux partager les informations

	Faciliter la coordination au niveau local	Organiser les programmes de vaccination via l'« aller vers » et le « (r)amener vers »	Communiquer auprès des personnes en situation de précarité
Acquisition d'aptitudes individuelles		<ul style="list-style-type: none"> • Faire avec la personne et non pour elle (logique de renforcement du pouvoir d'agir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier des outils numériques (audio, vidéo...) et imprimés, avec des visuels parlant aux personnes, des mots simples, un langage facile à comprendre, des expressions locales, l'utilisation limitée de textes • Utiliser les réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp) qui facilitent l'accès à l'information • Communiquer dans tous les lieux possibles : centres d'hébergement, foyers de travailleurs migrants, sur les réseaux sociaux, les écoles, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)... • Communiquer sur les bénéfices du vaccin (y compris le voyage de retour au pays d'origine) et ses limitations, (pourquoi continuer à se protéger face à la maladie après la vaccination) • Communiquer à partir des expériences personnelles antérieures de vaccination (grippe), sur les expériences positives de l'entourage ou sur les expériences de personnes hospitalisées • Soutenir les professionnels du secteur social en matière d'appropriation de connaissances adaptées afin d'intervenir sur le sujet de la vaccination auprès de leur public

	Faciliter la coordination au niveau local	Organiser les programmes de vaccination via l'« aller vers » et le « (r)amener vers »	Communiquer auprès des personnes en situation de précarité
Réorientation des services de sante	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la continuité d'accès aux services et à la communication via des intermédiaires de confiance sur le moyen et long-terme Communiquer et former les personnes au contact des bénéficiaires (travailleurs sociaux, gestionnaires, professionnel de santé, élus) pour favoriser une attitude favorable aux mesures préventives Maintenir une posture d'intervention persévérante, patiente, empathique, dans le non-jugement et le respect des représentations et des cultures des personnes (religion, médecine traditionnelle) avec une grande ouverture d'esprit et une adaptabilité 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenir dans les hôtels d'urgence Associer un médiateur en santé aux équipes sanitaires mobiles de vaccination Proposer la vaccination moins de 48h après les actions d'information, d'éducation et communication Intégrer la vaccination aux soins courants ou lors des démarches auprès des services (guichet unique, CAF, CPAM, associations alimentaires) car tous les contacts comptent Assurer un suivi téléphonique personnalisé pour le rappel de la 2^e dose 	<ul style="list-style-type: none"> Former les professionnels de première ligne (acteurs du secteur social + médical) et assurer les ressources pour intervenir dans les lieux où les théories complotistes sont omniprésentes (squats/bidonvilles) S'appuyer sur la relation de confiance auprès des acteurs de proximité comme le médecin traitant, les médiateurs de santé ou les associations Mobiliser et engager les professionnels de santé de proximité, reconnus comme les sources d'information les plus fiables

6. SYNTHÈSE ET PISTES DE RÉFLEXION PROPOSÉES

Ce travail collectif a permis de noter les points saillants suivants :

- D'un point de vue de la structuration du système de santé au niveau organisationnel :
 - L'importance d'un pilotage clairement identifié, avec une répartition des rôles pour chaque acteur dans la chaîne d'action, permettant de fluidifier l'application de la stratégie vaccinale et de faciliter l'intervention des associations. Ce point était particulièrement crucial lors de la période estivale, avec un risque accru de moindres ressources et de coordination.
 - L'importance de la mobilisation des acteurs locaux avec un fort ancrage territorial pour faciliter la mise en réseau rapide et la mobilisation des populations par des relations de confiance existantes. Cette mobilisation exige une ample connaissance du réseau et une constante formation pour connaître les changements en temps réel du terrain à travers ses acteurs.
 - L'importance de s'appuyer sur tous les lieux associés aux besoins matériels : les centres d'hébergements, les sites d'alimentation et les lieux de « travail économique » (transports publics, etc.)

- D'un point de vue de l'organisation de la vaccination :
 - La nécessité de formations des acteurs locaux sur la vaccination et des actions d'information, d'éducation et communication auprès des populations au plus près des lieux de vie, de manière répétée, par les acteurs locaux grâce à des équipes mobiles sanitaires et sociales, connues et de confiance (lors des maraudes ou en porte à porte des résidences sociales).
 - L'intégration des actions de vaccination aux soins de santé et aux services courants, par la mise en place d'un parcours de vaccination facilité (avec une démarche de « (r)amener vers » les centres de vaccination ou « aller vers » les populations au sein des lieux de vie).

- D'un point de vue de l'organisation au sein des communautés :
 - Une forte compétitivité des besoins primaires (logement, sécurité, travail, enfant, alimentation, drogue, accès à l'eau pour la consommation dans certains cas) et une grande mobilité, un faible niveau de littératie en santé et de littératie numérique et potentiellement une barrière de la langue, en sus d'un éloignement des systèmes institutionnels souvent associés à une perception de discrimination.
 - Une motivation personnelle faible pour la vaccination contre la Covid, avec une perception de l'utilité de la vaccination ou de la menace de la Covid plutôt limitée, notamment chez les personnes plus jeunes, renforcée par une information insuffisante ou inadéquate. Seules les personnes âgées et/ou vivant avec des comorbidités perçoivent la menace de la Covid, et les personnes nées à l'étranger perçoivent un bénéfice à la vaccination en prévision d'un voyage au pays d'origine.
 - Un effet de groupe et des facteurs contextuels forts au sein de ces populations qui nécessitent une analyse fine et spécifique, en situation et temps réel. Par exemple, au-delà de la norme sociale dominante, la situation épidémique et l'existence de mesures préventives au pays d'origine influencent les attitudes face à la vaccination.

En conclusion, nous avons retenu les points suivants comme pertinents et transférables au contexte français :

1. **Être ensemble**

- Via une approche ascendante (« bottom up ») qui intègre les acteurs locaux, mobilisés de longue date auprès des populations en précarité.
- Un travail collaboratif entre les acteurs du secteur social et du secteur médical sur le terrain, ainsi qu'au niveau départemental, régional et national.
- Un pilotage bien identifié des actions

2. **« Aller vers » et « (r)amener vers » : deux stratégies complémentaires**

- « Aller vers » (équipes mobiles pour aller aux centres d'hébergement, ONG, sites d'alimentation, etc.)
- « Amener vers » (des centres de vaccination spécifiques pour les personnes en précarité ou des centres de vaccination pour le grand public mais avec un chemin facilité pour les personnes en précarité (pas de temps d'attente, sans rendez-vous, porte distincte de celle pour le tout-venant, accompagnement par des professionnels de santé ou du social).
- Les lieux d'abri/logement (centres d'hébergement, hôtels, bidonvilles, aires d'accueil, etc.), ainsi que les sites d'alimentation et les lieux de travail sont autant de portes d'entrée d'intérêt pour les deux stratégies.

3. **Faire ensemble**

- Engager et mobiliser des relais communautaires pour mieux comprendre les façons de communiquer et de diffuser les informations auprès des populations en précarité.
- Coordonner l'organisation au niveau national quant à la distribution de doses de vaccin hebdomadaire, nourrie par une organisation départementale. Cette dernière permet de réunir toutes les associations, fédérations et acteurs sociaux et médicaux déjà engagés auprès de ces populations et de déterminer le nombre de doses de vaccin nécessaires en temps réel et d'optimiser la sensibilisation et la vaccination auprès des bénéficiaires en divisant les tâches entre plusieurs intervenants.

4. **Faire avec**

- Communiquer de manière adaptée en direction de ces populations (ex. : campagnes de marketing social spécifiques, développement d'outils ajustés aux freins et leviers particuliers et actuels de ces populations concernant la vaccination anti-Covid).
- Développer des outils pour informer et former les travailleurs sociaux et les accompagner pour mener des actions d'éducation adaptées en facilitant la construction de leur positionnement professionnel et personnel sur ces questions liées à la santé.
- Dans une posture respectueuse des représentations socio-culturelles de chacun.

5. **Temporalité**

- Prendre en compte l'évolution de l'intention et de l'adhésion vaccinale, y compris l'hésitation vaccinale, parmi les populations en précarité, souvent influencées par leur entourage et les acteurs auxquels ils font confiance et avec qui ils interagissent souvent.

7. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Après le [partage des connaissances sur les stratégies de dépistage de la Covid-19 auprès de populations en grande précarité en France](#), cette seconde démarche de mobilisation des connaissances a permis de consolider les liens avec les équipes de recherche travaillant sur la précarité et d'ajuster les besoins des acteurs de terrain et ceux des décideurs. Elle a conduit à promouvoir cette méthode de partage des connaissances dans le domaine de la précarité et ainsi d'éclairer les actions sur le terrain et de stimuler de nouveaux travaux de recherche et d'études.

Cette démarche de mobilisation des connaissances a amené à la co-construction d'actions d'information, de communication et d'éducation à la santé, notamment via une newsletter questions/réponses adapté aux deux stratégies vaccinales que sont l'« aller vers » et le « (r)amener vers ». Cet outil a pour objectif de faciliter le dialogue concernant l'hésitation vaccinale entre les professionnels travaillant en 1^{ère} ligne (bénévoles, travailleurs sociaux, médiateurs en santé, professionnels de santé) et des personnes en situation de précarité. Elle cherche à favoriser l'« empowerment » des personnes en précarité (capacités de prendre en main leur destin, d'accroître ou de renforcer leur autonomie, de maîtriser les facteurs qui influent sur elles). Cet outil est en cours de construction et d'évaluation pour prendre en compte la temporalité de la crise Covid ainsi que l'adhésion vaccinale des personnes en situation de précarité (Annexe 3).

Elle est aussi à l'origine du démarrage et du soutien de travaux de recherche appliquée, comme le projet Prevac qui a pour objectif d'identifier des conditions d'efficacité du programme de vaccination contre la Covid-19 auprès des populations en situation de précarité (en Île-de-France et à Marseille) en s'appuyant sur des lieux d'abri/logement lors de la trêve hivernale 2021-2022.

Enfin, elle a permis de dresser collectivement un panorama des enjeux sociaux et sanitaires (interdépendants) concernant les populations en grande vulnérabilité, notamment par des processus de concertation collective favorisant les remontées sur les difficultés de vaccination de ceux qui ne disposent pas de numéros de sécurité sociale. Le réseau mobilisé a montré son agilité, sa réactivité et son efficacité. Il a fluidifié les remontées de terrain entre les partenaires et la Cnam et fait ressortir l'importance de conserver la preuve de la vaccination qui comporte un numéro d'urgence (mis en place par le dispositif de la Cnam) et lancé l'alerte sur la situation des mineurs non accompagnés et leur accès à la vaccination, faute de représentant légal. Les associations ont saisi la Haute Autorité de santé et interpellé le ministère des solidarités et de la santé sur le manque d'informations précises et les pratiques divergentes dans ce domaine via les ARS.

Ces points soulignent la nécessité d'améliorer l'information de l'ensemble des émetteurs. Une information à l'attention des associations et via les réseaux sociaux est également nécessaire, dans la mesure où certaines personnes ne savent pas toujours qu'elles peuvent se faire vacciner sans carte vitale, ni Aide médicale d'État (AME). Santé publique France a ainsi adapté ses outils de communication pour une information claire et accessible à tous et s'engage dans un processus d'évaluation et d'amélioration des outils d'Information, d'éducation et de communication auprès de ces populations.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Longchamps C, Ducarroz S, Crouzet L, Vignier N, Pourtau L *et al.* Covid-19 vaccine hesitancy among persons living in homeless shelters in France. *Vaccine*. 2021;39(25):3315-3318.
2. Roederer T, Mollo B, Vincent C, Nikolay B, Llosa AE *et al.* Seroprevalence and risk factors of exposure to Covid-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study. *Lancet Public Health*. 2021;6(4):e202-9.
3. Husain M, Rachline A, Cousien A, Rolland S, Rouzaud C *et al.* Impact of the Covid-19 pandemic on the homeless: results from a retrospective closed cohort in France (March-May 2020). *Clinical Microbiology and Infection*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.05.039>
4. Allarie C, Loubière S, Mosnier E, Monfardini E, Auquier P, Tinland, A. "Locked down outside": Perception of hazard and health resources in Covid-19 epidemic context among homeless people. *SSM - Population Health*. 2021; 15(100829). <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100829>
5. Adeline B, Durand C, Noel H, Aumaître H. High seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies after the first wave of the Covid-19 pandemic in a vulnerable population in Perpignan, France. *MedRxiv*.2021. 10.1101/2021.03.05.21252835
6. Médecins du Monde. Rapport annuel Médecins du Monde 2020. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France. 2021.
7. Van Rùth V, König HH, Bertram F, Schmiedel P, Ondruschka B *et al.* Determinants of health-related quality of life among homeless individuals during the Covid-19 pandemic. *Public Health*. 2021; 194: 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.026>
8. World Health Organization. Apart Together Survey. Preliminary Overview of Refugees and Migrants Self-Reported Impact of Covid-19. 2021. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789240017924-eng.pdf>
9. Hayward, SE, Deal, A, Cheng, C, Crawshaw, A. *et al.* Clinical outcomes and risk factors for Covid-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review. *Journal of Migration and Health*. 2021; 3(100041). <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100041>
10. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Briefing Report: Reducing Covid-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA Key messages (June Issue). 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake>
11. Médecins sans frontières. PréCARES Précarités et Covid-19 : Évolution de l'accès et du recours à la santé. Rapport interne MSF. 2021. Disponible : https://www.msf.fr/sites/default/files/2020-12/2020_12_17_PreCARES-MSF_Covid-Precarit%C3%A9_HD.pdf
12. Mansor-Lefebvre S, Le Strat Y, Bernadou A, Vignier N, Guthmann J-P *et al.* Diphtheria-Tetanus-Polio, Measles-Mumps-Rubella, and Hepatitis B Vaccination Coverage and Associated Factors among Homeless Children in the Paris Region in 2013: Results from the ENFAMS Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(8) : 2854.
13. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences Sociales et Santé*. 2008 ; 26(3), 27–40.
14. Lot F, Quelet S, Rey S, Verrier A. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017 ; 19–20: 371–436.
15. Cavalin C. Populations migrantes : violences subies et accès aux soins. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019; 17–18: 309–360.

16. Story A, Aldridge RW, Gray T, Burridge S, Hayward AC. Influenza vaccination, inverse care and homelessness: cross-sectional survey of eligibility and uptake during the 2011/12 season in London. *BMC Public Health*. 2014; 14(44.) <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-44>.
17. Buechler CR, Ukani A, Elsharawi R, Gable J, Petersen A *et al*. Barriers, beliefs, and practices regarding hygiene and vaccination among the homeless during a hepatitis A outbreak in Detroit, MI. *Heliyon*. 2020;6(3):e03474.
18. Chauvin P, Simonnot N, Douay C, Vanbiervliet F. Access to healthcare for the most vulnerable in a Europe in social crisis. 2015. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00992172/document>
19. Gallardo KR. Understanding factors that impact health behaviors and access to healthcare among youth experiencing homelessness. UT School of Public Health Dissertations (Open Access). 2020; 139. https://digitalcommons.library.tmc.edu/uthsph_dissertsopen/139
20. Stein JA *et* Nyamathi AM. Completion and Subject Loss within an Intensive Hepatitis Vaccination Intervention among Homeless Adults: The Role of Risk Factors, Demographics, and Psychosocial Variables. *Health Psychology*. 2010;29(3): 317–323. <https://doi.org/10.1037/a0019283>
21. Annabelle G *et* Eugénie M. Obstacles au rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants et solutions pour y remédier. Mémoire de Thèse. Médecine humaine et pathologie. 2020. Dumas-02993718
22. Tankwanchi AS, Jaca A, Larson HJ, Wiysonge CS, Vermund SH. Taking stock of vaccine hesitancy among migrants: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2020;10(5):e035225.
23. Prymula R, Shaw J, Chlibek R, Urbancikova I, Prymulova K. Vaccination in newly arrived immigrants to the European Union. *Vaccine*. 2018; 36(36): 5385–5390. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.05.079>
24. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathogens and Global Health*. 2017;111(2): 59–68. <https://doi.org/10.1080/20477724.2017.1281374>
25. Wilson L, Rubens-Augustson T, Murphy M, Jardine C, Crowcroft N *et al*. Barriers to immunization among newcomers: A systematic review. *Vaccine*. 2018;36(8): 1055–1062. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.01.025>
26. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Report: Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. 2018. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>
27. Tankwanchi AS, Bowman B, Garrison M, Larson H, Wiysonge CS. Vaccine hesitancy in migrant communities: a rapid review of latest evidence. *Current Opinion in Immunology*. 2021;71 : 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2021.05.009>
28. Halfen S. Situation sanitaire et sociale des « Rroms migrants » en Île-de-France. Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2012. https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1584/ORS_Rapport_Rroms_1_.pdf
29. Bell S, Saliba V, Ramsay M, Mounier-Jack S. What have we learnt from measles outbreaks in 3 English cities? A qualitative exploration of factors influencing vaccination uptake in Romanian and Roma Romanian communities. *BMC Public Health*. 2021;20(1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8454-x>
30. Anthonj C, Setty KE, Ezbakhe F, Manga M, Hoeser C. A systematic review of water, sanitation and hygiene among Roma communities in Europe: Situation analysis, cultural

context, and obstacles to improvement. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2020;226(113506). <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2020.113506>

31. Baba J, Cohen-Akenine A, Delaveyne R, Ing O, Lasserre A. *et al.* Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2. Haute Autorité de santé. Saint Denis la Plaine. 2020. p. 58. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/actualisation_des_facteurs_de_risque_de_formes_graves_de_la_covid-19_et_des_reco_sur_la_strategie_de_priorisation_des_popula.pdf

32. Ministère des solidarités et de la santé. La vaccination contre la Covid-19 : La stratégie vaccinale et la liste des publics prioritaires. 04 décembre 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/publics-prioritaires-vaccin-covid-19>

33. Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. Animer un processus de transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outil d'animation. Québec: Institut national de santé publique du Québec. 2009. 69 p. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf

34. Chagnon F et Gervais MJ. Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale : Partie II étude de validation. Québec : Fonds de recherche du Québec – Société et culture ; 2011. 109 p. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/1954614/Rapport_Phase_II_Chagnon_Gervais_2011.pdf/1c441cd3-9cac-48da-805f-07c62ebc1645

35. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018; 169(7):467-73.

36. Ly TDA, Nguyen NN, Hoang VT, Goumballa N, Louni M *et al.* Screening of SARS-CoV-2 among homeless people, asylum-seekers and other people living in precarious conditions in Marseille, France, March-April 2020. *Int J Infect Dis*. 2021;105:1-6. doi: 10.1016/j.ijid.2021.02.026

37. Adekalam S, de Champs Léger H, Vignier N, Grabar S, Salmon D. Utility of the Tétanos Quick Stick® in the vaccine catch-up of adult migrants without proof of prior vaccination. *Vaccine*. 2020;38(47):7517-25. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.060>

38. An Gie Y, Lemyre L, Farrell SJ, Young MY. Acculturation in Preventive Health for Immigrants: A Systematic Review on Influenza Vaccination Programs in a Socio-Ecological Framework. *Canadian Psychology*. 2016;57(4):340-55. Disponible : <http://www.epistemikos.org/documents/f61182d164ef21a5b3297a88f7f8e9ac5285684c>

39. Bell S, Saliba V, Evans G, Flanagan S, Ghebrehewet S, McAuslane H, *et al.* Responding to measles outbreaks in underserved Roma and Romanian populations in England: the critical role of community understanding and engagement. *Epidemiology and Infection*. 2020;148:e138. <https://doi.org/10.1017/S0950268820000874>

40. Bowman S, Grau LE, Singer M, Scott G, Heimer R. Factors associated with hepatitis B vaccine series completion in a randomized trial for injection drug users reached through syringe exchange programs in three US cities. *BMC Public Health*. 2014;14:820. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-820>

41. Budd J, Robertson R, Elton R. Hepatitis B vaccination and injecting drug users. *Br J Gen Pract*. 2004;54(503):444-7. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15186567/>

42. Campbell JV, Garfein RS, Thiede H, Hagan H, Ouellet LJ, Golub ET *et al.* Convenience is the key to hepatitis A and B vaccination uptake among young adult injection drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2007;91 Suppl 1:S64-72. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.09.022>

43. Hui C, Dunn J, Morton R, Staub LP, Tran A, Hargreaves S *et al.* Interventions to Improve Vaccination Uptake and Cost Effectiveness of Vaccination Strategies in Newly Arrived

Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(10). DOI:10.3390/ijerph15102065

44. Kong KL, Chu S, Giles ML. Factors influencing the uptake of influenza vaccine vary among different groups in the hard-to-reach population. *Aust N Z J Public Health*. 2020;44(2):163-8. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12964>
45. Laurence S, Chappuis M, Lucas D, Duteurtre M, Corty JF. [Measles vaccination campaign for vulnerable populations: lessons learned]. *Sante Publique*. 2013;25(5):553-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24418417/>
46. Laurence S, Chappuis M, Rodier P, Labaume C, Corty JF. Campagne de vaccination hors centre contre la rougeole des populations précaires en période de pic épidémique, Marseille 2011. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2013;61(3):199-203. doi: 10.1016/j.respe.2012.12.017
47. McGregor J, Marks PJ, Hayward A, Bell Y, Slack RC. Factors influencing hepatitis B vaccine uptake in injecting drug users. *J Public Health Med*. 2003;25(2):165-70. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdg035>
48. Nyamathi A, Liu Y, Marfisee M, Shoptaw S, Gregerson P, Saab S, *et al*. Effects of a nurse-managed program on hepatitis A and B vaccine completion among homeless adults. *Nursing research*. 2009;58(1):13-22. DOI: 10.1097/NNR.0b013e3181902b93.
49. Nyamathi A, Salem BE, Zhang S, Farabee D, Hall B, Khalilifard F, *et al*. Nursing case management, peer coaching, and hepatitis a and B vaccine completion among homeless men recently released on parole: randomized clinical trial. *Nurs Res*. 2015;64(3):177-89. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000083>
50. Ompad DC, Galea S, Wu Y, Fuller CM, Latka M, Koblin B, *et al*. Acceptance and completion of hepatitis B vaccination among drug users in New York City. *Commun Dis Public Health*. 2004;7(4):294-300. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15779793/>
51. Riches E, Hamilton S, Reid G. Interventions to improve engagement with immunisation programmes in selected underserved populations. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2019. 37 p. [consulté le 11/01/2021]. <http://www.healthscotland.scot/publications/interventions-to-improve-engagement-with-immunisation-programmes-in-selected-underserved-populations>
52. Seal KH, Kral AH, Lorvick J, McNees A, Gee L, Edlin BR. A randomized controlled trial of monetary incentives vs. outreach to enhance adherence to the hepatitis B vaccine series among injection drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71(2):127-31. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(03\)00074-7](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(03)00074-7)
53. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986. 1986. https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf

ANNEXE A

Étude qualitative sur la vaccination anti-Covid-19 des populations en situation précaire

Grille d'entretien

N° d'entretien :
Date :
Enquêteur(s) :
Participant(e) : (préciser s'il est en contact direct avec les populations ou les professionnels)
Région :
Niveau géographique :
Durée d'entretien :

Introduction

- Remerciements pour le temps accordé
- Présentation de l'animateur
- Demande d'autorisation d'enregistrement afin de faciliter les analyses des entretiens dans le cadre de l'étude
- Rappel des règles de confidentialité : « je tiens à vous rappeler que votre anonymat sera conservé : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos noms et prénoms ».

Questions

1. Avez-vous déjà entrepris des actions d'éducation, communication, information, « aller vers », autour notamment de la Covid auprès de ces populations ? Quel levier avez-vous utilisé ?
2. Est-ce approprié pour les bénéficiaires ? Quelles adaptations ont été nécessaires ? Selon vos expériences précédentes, quelles sont les conditions nécessaires à la mise en œuvre et au succès d'une campagne vaccinale auprès des migrants, sans-domicile ou Gens du voyage (population à adapter en fonction de l'acteur) ? et plus spécifiquement de la stratégie vaccinale contre la Covid-19 ?

Relance

- La stratégie vaccinale provoque-t-elle l'adhésion des professionnels, de la population que vous accompagnez ?
 - Semble-t-elle accessible aux populations que vous accompagnez et dans l'organisation de soins que vous réalisez ? (Est-ce facile à appliquer pour les professionnels mais surtout accessible dans sa déclinaison opérationnelle ?)
 - Permet-elle de répondre aux difficultés rencontrées par les populations que vous accompagnez et dans la mise en œuvre par les professionnels ?
 - Est-elle appropriée dans le contexte des organisations de soins préexistantes ?
 - Peut-elle être correctement exécutée par les professionnels en routine ?
 - Nécessite-t-elle des ajustements pour prendre en compte les particularités de la population que vous accompagnez et des besoins spécifiques nécessaires à son application par les professionnels ?
 - Quel serait, pour vous, la stratégie vaccinale anti-Covid idéale ?
3. Quelles sont vos attentes concernant cette mobilisation des connaissances engagée par Santé publique France ?

ANNEXE B

Sondage en ligne (Jot Form Inc.) envoyé aux invités afin de mieux comprendre leur besoins et attentes pour le webinaire du 20 mai 2021

COVID-19 : Préparation du Webinaire « Mobilisation des connaissances sur les stratégies probantes de vaccination des publics en situation de grande précarité »

Les membres du comité d'organisation vous remercient de l'intérêt que vous portez à ce webinaire. Ce court questionnaire (2 à 3 minutes) nous permettra de mieux prendre en compte vos besoins et attentes.

A quel type d'organisation appartenez-vous? *

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Administration | <input type="radio"/> Recherche |
| <input type="radio"/> Association | <input type="radio"/> Fédération |
| <input type="radio"/> Agence SPF | <input type="radio"/> Autre |
-

Suivant

MobCo 2 | Concernant la démarche de mobilisation des connaissances

Préparation du webinaire du 20 mai 2021

Comment le webinaire du 20 mai pourrait vous aider dans votre pratique dans le cadre de la crise actuelle ?
(cocher toutes les réponses qui vous concernent)

	+	++	+++
Disposer de nouvelles connaissances sur les travaux récents concernant la vaccination des populations en situation de précarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disposer de nouvelles connaissances sur les expériences menées à l'étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partager vos travaux, vos expériences, pratiques et difficultés avec d'autres parties prenantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Développer des partenariats (avec les chercheurs, les acteurs de terrain, les associations et/ou les acteurs décisionnels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co-construire une stratégie de vaccination probantes pour améliorer la couverture vaccinale auprès des publics en situation de précarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre(s), préciser...

B / U Font Size... Font Family... Font Format...

Retour

Suivant

Selon vous, quels sont les enjeux auxquels la stratégie de vaccination devrait répondre pour vous permettre de mieux toucher les publics en situation de grande précarité ? (cocher toutes les réponses qui vous concernent)

- Complétude de la vaccination (deux doses)
- Adhésion et intention vaccinale
- Communication pour informer les publics
- Communication pour accompagner les professionnels en contact direct avec ces publics (information à connaître, organisation sur le territoire, etc.)
- Dispositifs et actions d'accompagnement (médiation, équipes mobiles, etc.)
- Spécificités par population (migrants, Gens du voyage, sans abri, travailleur.se.s du sexe, usagers de drogues, etc.)
- Spécificités par lieux de vie (à la rue, centre d'hébergement, campement, bidonville, etc.)
- Spécificités par territoires
- Autre(s), préciser...

Retour

Suivant

Cherchez-vous à développer des partenariats ou renforcer/créer des liens avec des acteurs ? (cocher toutes les réponses qui vous concernent)

- Au niveau départemental/local
- Au niveau régional
- Au niveau national
- Au niveau international
- Autre(s), préciser...

Cherchez-vous à développer des partenariats ou renforcer/créer des liens avec d'autres acteurs ? (cocher toutes les réponses qui vous concerne)

- Chercheurs
- Acteurs de terrain, associations, etc.
- Décideurs
- Agences
- Populations ciblées, usagers
- Autre(s), préciser...

Retour

Suivant

Parmi les outils ci-dessous, lesquels vous aideraient à mieux intégrer les connaissances issues de cette démarche collective auprès des publics en grande précarité dans votre pratique ? (cocher toutes les réponses qui vous concernent)

- Indicateurs de monitoring et d'évaluation (couverture vaccinale, retours des bénéficiaires, etc.).
- Outils d'information adaptés aux besoins des publics en situation de précarité.
- Canaux de communication et diffusion adaptés pour joindre les publics en situation de précarité.
- Supports pédagogiques pour former les acteurs en contact avec les publics précaires.
- Autre(s), préciser...

Vous avez des questions ou des remarques relatives à ce questionnaire? Utilisez l'espace ci-dessous pour nous les transmettre.

Ecrivez ici...

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce court questionnaire. Cliquez sur "Soumettre" pour envoyer vos réponses.

Retour

Soumettre

ANNEXE C

Exemple de la première newsletter MobCo – Mobilisation des connaissances



Questions/Réponses Vaccination Covid

Cette newsletter s'adresse aux professionnels ou bénévoles en contact avec les personnes en situation de précarité*.

Le vaccin Covid modifie-t-il les règles chez les femmes ?

 Certaines femmes vaccinées ont fait remonter un trouble des règles (menstruations) après un vaccin Covid : retard, règles plus abondantes... toutes ces interrogations sont légitimes.

Les études se poursuivent, mais ce qu'on sait aujourd'hui, c'est qu'il y a **autant de troubles des règles chez les femmes vaccinées que chez les femmes non vaccinées.**

Les troubles des règles arrivent souvent. La plupart du temps, ce n'est pas grave. Ça peut être dû au stress, la fatigue ou l'alimentation. Il peut aussi y avoir une cause médicale (par exemple un fibrome).

Vous pouvez profiter de ces inquiétudes pour aller plus loin :

- Si la personne est inquiète, ça peut être l'occasion de commencer un suivi médical, en particulier gynécologique.
- Vous pouvez en profiter pour orienter les personnes vers une prise en charge, un examen de prévention santé.
- Vous pouvez aussi proposer de prendre un peu de recul et de se protéger de toutes les informations envahissantes qui circulent sur WhatsApp, Facebook ou la télé... qui sont souvent angoissantes et pour certaines fausses.

En savoir +

- [Vaccination-info-service](#)
- [Pour signaler un effet indésirable \(ANSM\)](#)

Quel impact du vaccin Covid sur la possibilité d'avoir des enfants ?

 Les vaccins n'ont **pas d'effet sur la fertilité pour les hommes et pour les femmes**. C'est un sujet très étudié pour tous les vaccins. Aujourd'hui, on observe autant de grossesses chez les femmes vaccinées que chez les femmes non vaccinées.

Pour la femme enceinte : aujourd'hui il est recommandé de vacciner les femmes enceintes dès le 1^{er} trimestre de grossesse. Il n'y a pas de risque pour la mère ni l'enfant. Au contraire, si la mère est atteinte du Covid pendant la grossesse, il y a plus de risque pour la mère et son bébé.

Pour le nouveau-né : les nouveau-nés sont protégés plusieurs mois quand la mère est vaccinée. Enfin les mères qui allaitent peuvent être vaccinées sans inquiétude.

En savoir +

- [Vaccination-info-service](#)
- [Grossesse et allaitement \(CRAT\)](#)

Quelles actions mener pour les personnes réticentes au vaccin ?

 Les actions collectives sur le terrain semblent difficiles à mener maintenant : les personnes volontaires sont souvent vaccinées et l'effet de groupe peut compliquer les échanges. **Quelques pistes pour aborder ce sujet avec les personnes encore réticentes** :

- Abordez ce sujet dans le cadre de **rencontres individuelles**. Le désir individuel de se faire vacciner peut être gêné par l'influence du groupe auquel on appartient.
- Abordez la vaccination parmi d'**autres sujets de santé** ou des besoins matériels plus prioritaires : l'alimentation, l'accès aux soins, la vaccination en général par exemple.
- Bien sûr, il est souvent inutile ou même contre-productif d'aborder le sujet avec des « antivax », mais vous pouvez profiter de l'**aide communautaire** grâce aux échanges individuels et le bouche à oreille (jeu d'influence).

- Parlez de votre **expérience personnelle** de la vaccination. Ça peut être rassurant de savoir qu'une personne avec qui ils sont en confiance est vaccinée.
- Si besoin, vous pouvez rappeler les **statistiques** : la baisse de décès grâce à la vaccination et rappeler que la majorité des personnes qui ont une forme grave de Covid aujourd'hui, sont celles qui n'ont pas reçu le vaccin.
- Vous pouvez proposer une **rencontre avec un professionnel de santé** pour faire le point sur la prévention ou pour un échange de questions-réponses.
- Enfin, pour les personnes qui restent réticentes, **encouragez-les à maintenir les gestes de prévention** : masque, lavage des mains, aération, etc.

En savoir +

- [Guide Covid-19 : Discutons vaccination](#)

*Cette newsletter prend en compte les nouvelles connaissances, dans un contexte qui évolue tous les jours. Elle vise à faciliter les échanges autour de la vaccination Covid avec les personnes en situation de précarité : personnes sans-abri, migrantes, gens du voyage, travailleurs du sexe, etc.

Elle est construite collectivement par des professionnels intervenant auprès des personnes concernées

N'hésitez pas à vous abonner et relayer ce mail dans vos réseaux, à vos adhérents...

- Des questions sur la newsletter, écrivez-nous : mobco-covid-precarite@santepubliquefrance.fr
- Pour vous [abonner ou vous désabonner](#)
- Des questions sur le traitement de vos [données personnelles](#)