



HAL
open science

Impact de la COVID 19 chez des patients en situation de précarité : étude qualitative auprès de professionnels du médico-social

Justine Le Cam, Élise Sicard

► To cite this version:

Justine Le Cam, Élise Sicard. Impact de la COVID 19 chez des patients en situation de précarité : étude qualitative auprès de professionnels du médico-social. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03700660

HAL Id: dumas-03700660

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03700660>

Submitted on 21 Jun 2022

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

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

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Justine LE CAM et Elise SICARD

Présentée et soutenue publiquement le 28/04/2022

**IMPACT DE LA COVID-19 CHEZ DES PATIENTS EN SITUATION DE
PRECARITE – ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE PROFESSIONNELS DU
MEDICO-SOCIAL**

Président : Professeur RAT Cédric

Directrice de thèse : Docteur JOURDAIN Maud

Codirectrice de thèse : Madame MOREL Sylvie

Membre du jury : Professeur AGARD Christian

Remerciements communs

Au Professeur Cédric RAT, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury et d'apporter votre regard critique sur notre travail. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Au Docteur Maud JOURDAIN, merci d'avoir accepté d'être notre directrice de thèse et de l'intérêt que vous portez à notre étude. Sincères remerciements.

A Mme Sylvie MOREL, merci pour votre engagement, vos précieux conseils et votre gentillesse. Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de co-diriger notre thèse et de nous avoir accompagné avec une réactivité sans faille tout au long de notre travail.

Au Professeur Christian AGARD, merci d'apporter votre regard de spécialiste sur notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A tous les participants de cette étude, nous vous remercions de nous avoir accordé votre confiance et votre temps. Vos témoignages nous ont permis d'enrichir notre pratique professionnelle.

Remerciements Elise

A ma Co-thésarde Justine, travailler avec toi a été un réel plaisir. En effet, nous en avons vécu des choses pendant cette année de préparation ! Entre les doutes, le changement de notre sujet et les rebondissements de dernière minute, heureusement que les journées thèses chez l'une ou chez l'autre autour d'un thé et d'une pâtisserie nous ont permis de garder le moral. Merci pour ton aide tout au long de ce travail, et ton expertise incroyable sur Word.

A mes parents et ma famille, merci pour leur soutien et leur patience sans faille pendant toutes ces années de médecine. Les petits mots d'encouragements cachés dans le sac en PACES, les séances de sport pour lâcher la pression, les paroles réconfortantes, toutes ces choses m'ont permis de croire en moi et de devenir le médecin que je suis actuellement.

A mes colocataires préférées, Charlotte, Soline, pour les petits chocolats chauds, les séances de soutien de LCA, et tous ces bons moments qui ont permis d'affronter ensemble cette période d'externat.

A mes amis de longue date, le club des cinq, Charlotte, Emmanuelle, Alice et Camille, et tous les copains de Lille, merci pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir. Merci à toi Anita, pour ton écoute et ta présence.

A mes amis Tribe up de Nantes, Fadil, Charlotte, Erwan, Medhi, Cleya, Quentin, grâce à vous, ces 3 années passées à Nantes resteront des supers souvenirs. Petite mention particulière pour toi Charlotte, merci pour ta relecture et tes conseils précieux tout au long de cette thèse.

A mes colocataires d'internat et amis de médecine, Anna, Justine, Aurore, Chloé, Arthur, Marine, Margaux, Romain, Anne Sophie, Julie, merci pour tous ces bons moments passés en votre compagnie. L'internat a été plus doux à vos côtés !

A la famille Le Berre, un grand merci pour votre accueil chaleureux et votre aide lors de mon arrivée à Nantes. Vous êtes une super famille d'accueil !

A tous les soignants croisés depuis mes premiers pas dans les hôpitaux et cabinets, merci de m'avoir permis d'avancer et d'évoluer un peu plus chaque jour. Merci à tous mes MSU, pour m'avoir fait découvrir leurs manières de travailler, et pour m'avoir donné confiance en mes capacités. Vos conseils sont précieux et restent gravés dans ma pratique au quotidien.

A Erwan, merci pour ta présence au quotidien. Un nouveau départ s'annonce, hâte de le vivre avec toi.

Remerciements Justine

A ma co-thésarde Elise, merci pour toutes ces longues heures de travail ensemble, ta motivation et ta bonne humeur sans faille tout au long de cette année. Je n'aurai pas imaginé meilleure partenaire pour ce travail. Je te souhaite le meilleur dans ta nouvelle vie à venir.

A mes parents, merci de leur soutien indéfectible tout au long de ces études de médecine. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir aidée à surmonter les nombreuses périodes de doute. C'est grâce à vous que j'en suis là.

A mes sœurs, pour votre patience pendant les périodes d'examens et surtout à tous nos moments de complicité si précieux. Merci d'avoir été là pendant toutes ces années. Je suis fière et heureuse de vous avoir auprès de moi.

A toute ma famille, oncles, tantes, grands-parents, cousins et cousines, merci de vos encouragements au quotidien. J'ai une chance incroyable de vous avoir.

A tous mes amis de longue date, je ne peux pas tous vous citer, mais vous avez tous une importance particulière pour moi. Merci pour tous les beaux moments partagés, et à tous les prochains.

A mes amis nantais et « aux Voisins », vous rencontrer a permis de rendre plus belles ces trois dernières années passées à Nantes.

A mes co-internes rencontrées à Ancenis et Fontenay merci pour tous ces instants partagés, l'internat est plus chouette grâce à vous.

A tous les professionnels que j'ai rencontré au cours de mon parcours. Merci à tous les MSU de m'avoir enseigné et donné envie de continuer vers la médecine générale.

Et surtout à Sébastien, merci de ton amour et de ton soutien indéfectible au quotidien. A tout ce que nous avons vécu, et à tout ce qu'il nous reste à vivre ensemble.

Table des matières

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 8 |
| A. Santé et précarité..... | 8 |
| 1. Santé : définitions | 8 |
| 2. La précarité, un problème de santé publique | 9 |
| 3. La pauvreté et l'exclusion inclus dans la précarité..... | 10 |
| 4. Les inégalités sociales de santé..... | 11 |
| 5. Accès au système de soins des personnes précaires | 12 |
| B. COVID-19 et précarité | 14 |
| 1. Impact du virus sur des populations déjà fragilisées | 14 |
| 2. Inégalité d'exposition au virus | 15 |
| 3. Disparité dans la vulnérabilité face au virus..... | 16 |
| Objectif de l'étude | 18 |
| Méthodes..... | 19 |
| A. Choix de la méthode | 19 |
| B. Evolution de la population cible..... | 19 |
| C. Déroulement de l'étude..... | 21 |
| 1. Méthodologie générale..... | 21 |
| 2. Modalité d'information et de recrutement des participants..... | 21 |
| 3. Analyse des données..... | 22 |
| 4. Aspects réglementaires..... | 22 |
| Résultats..... | 23 |
| A. Présentation des participants et leur rôle pendant la pandémie | 23 |
| B. Description des résultats..... | 26 |
| 1. Les populations précaires face à une épidémie nouvelle : l'alerte des bénévoles et professionnels..... | 26 |
| 2. Des actions spécifiques aux populations vulnérables : lutter efficacement contre l'épidémie | |

| | | |
|----|--|----|
| 3. | La douloureuse expérience des personnes précaires face à l'épidémie de Covid-19 | 43 |
| 4. | Une période complexe pour les intervenants : entre dévouement et difficultés à faire face 49 | |
| 5. | Des problématiques singulières aux personnes précaires | 53 |
| 6. | Des avancées essentielles pour l'avenir | 59 |
| | Discussion | 67 |
| A. | Principaux résultats..... | 67 |
| B. | Apport de cette étude..... | 67 |
| 1. | Quand la pandémie accroît les inégalités : faire face aux besoins en évitant la stigmatisation des plus précaires | 67 |
| 2. | Enjeux socio-politiques de la pandémie : le logement au cœur du dispositif | 70 |
| 3. | Solidarité envers les plus précaires : du bénévolat à la médiation en santé | 71 |
| 4. | Réflexions sur les actions mises en place, quelles leçons à retenir pour l'après COVID ? | 75 |
| C. | Validité de l'étude | 78 |
| 1. | Forces | 78 |
| 2. | Biais de notre étude | 79 |
| | Conclusion..... | 80 |
| | Bibliographie | 82 |
| | Annexes..... | 87 |
| A. | Note d'information | 87 |
| B. | Guide d'entretien..... | 88 |
| C. | Verbatims des entretiens (annexe dématérialisée) | 89 |

Introduction

A. Santé et précarité

1. Santé : définitions

Au XIX^{ème} siècle, la santé était conçue comme « un capital », (1) autrement dit comme un état de ressources. Cette définition accordait une valeur mécanique à la santé, un continuum s'échelonnant de la maladie vers la santé optimale. La santé était aussi décrite à cette époque comme « une absence de maladie ».

Ce principe a été remis en cause avec la définition de l'OMS en 1946 (2) qui définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé d'un individu prend ainsi en compte l'individu dans sa globalité et non pas seulement dans une dimension médico-centrée. Selon l'OMS, la santé est influencée par des déterminants sociaux qui sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ».(3) Ils regroupent des facteurs environnementaux, comportementaux et biologiques. Ces déterminants sont importants à prendre en compte car ils influencent sur l'accès au soin, la prise en charge, ainsi que le rapport au système de soins du patient. Le professionnel de santé doit en tenir compte pour prendre pleinement en charge ses patients et ainsi les considérer, avant tout comme des individus, et non comme des « objets de soins » dans la relation médecin-malade. Cette attention particulière du professionnel permettra une meilleure coopération avec le patient et facilitera son adhésion aux soins.

A cette définition, s'ajoute la charte d'Ottawa de 1986 (4) qui redéfinit la santé comme « ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. » Dans cette définition, on retrouve le concept que la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son environnement. D'un point de vue sociologique, Éric Fuchs (5) décrit lui le concept de « santé sociale » comme la relation entre l'individu et son environnement social, et des capacités de celui-ci à les développer. Ce sont ces capacités qui seront fragilisées lors des différents processus de précarisation.

Les définitions de la santé sont donc multiples et ont évolué au cours de l'histoire. Cependant, il est admis notamment sur le plan juridique, que le meilleur état de santé possible constitue

« l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. ».(2) La santé est un concept universel, un droit qui doit-être accessible à tous sans condition.

2. La précarité, un problème de santé publique

La mise en lumière de la précarité comme problème de santé publique s'inscrit dans un contexte de mutations socio-économiques depuis les années 1980. Dans le monde du travail, le développement de nouvelles activités (activités de services, sous-traitance), la désindustrialisation et la mondialisation entraînent une précarisation de l'emploi. Ainsi, on observe une majoration du chômage et une dégradation progressive des conditions de travail avec le développement de formes particulières d'emploi. En parallèle, les inégalités sociales entre les personnes se creusent. (6)

Dans son rapport sur la pauvreté et la précarité économique en 1987, J.Wrezinski définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. ».(7)

Cette définition, nous montre le caractère pluridimensionnel de la précarité, elle est difficile à mesurer car sa définition est complexe. En effet, il n'existe pas un seul type de précarité mais plusieurs types de précarité. Différents domaines peuvent être affectés (éducation, logement, santé, emploi), ils peuvent être à l'origine d'un ou plusieurs types de précarité. A contrario, les effets de ces précarités ont eux aussi des répercussions sur la vie des personnes (lien social, qualité de vie, relation au travail...) et sur leurs droits (droits politiques et civiques, sociaux, culturels, économiques).

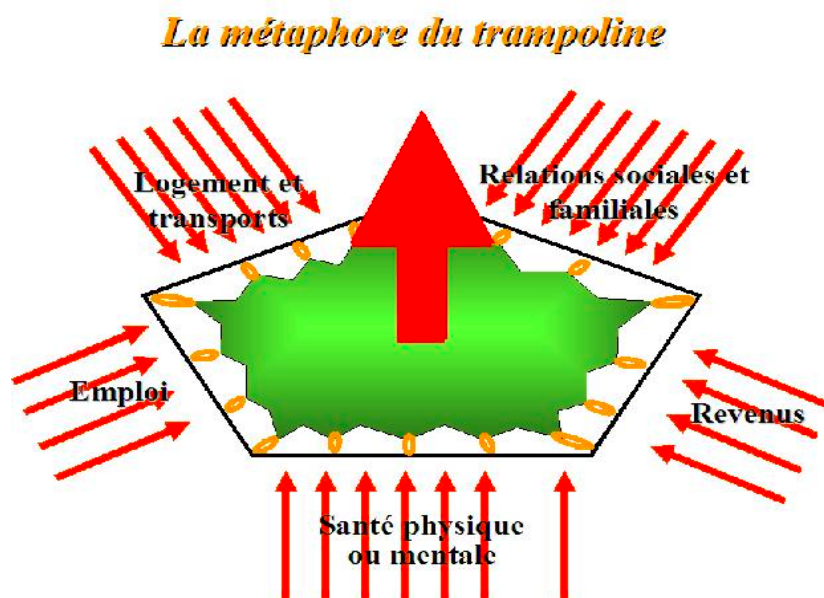
Les critères les plus souvent utilisés pour mesurer la précarité sont : l'emploi ; la famille, le ménage, le niveau de revenu ; le logement, le niveau scolaire, la santé par la PUMA, le statut en matière d'immigration, l'intégration et la participation sociale.

Ces critères peuvent évoluer dans le temps. On parle ainsi de la précarité comme un processus de fragilisation dynamique, qui s'inscrit dans un continuum entre un état de stabilité et grande pauvreté. Cette notion peut être réversible et transitoire, et ne conduit pas forcément à la grande pauvreté. Ainsi, en 1998 le Haut Comité de Santé Publique reprend la définition du Père Wresinski et affirme que « La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale ». Si ces facteurs de fragilité

persistent et se cumulent dans le temps, sur plusieurs domaines de l'existence, il y a un risque de grande pauvreté et d'exclusion sociale. (8)

3. La pauvreté et l'exclusion inclus dans la précarité

D'une manière globale, la précarité peut entraîner la pauvreté qui peut elle-même mener à l'exclusion sociale.



Le Dr Pierre Larcher, propose la métaphore du Trampoline pour expliquer « le cumul progressif de précarités de causes diverses aboutissant d'abord à la pauvreté, puis à l'exclusion ». En effet, un individu est soumis à des sollicitations constantes avec différents interlocuteurs sociaux. Les interactions entre les personnes doivent être rapides et satisfaisantes, ainsi avec un faible élan, on ne cesse de rebondir sur un trampoline. Il décrit que « pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques qui le relie à son cadre soient présents et en bon état, sur chacun de ses côtés. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa vie sans même qu'il en ait conscience, contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence ». Et donc, si un des domaines (emploi, logement, relation sociale, revenus ou santé physique et mentale) est altéré, l'élastique lâche. Si plusieurs élastiques lâchent progressivement, le trampoline va moins bien rebondir et il y a un risque de déchirure fatale, c'est une menace qui fera basculer définitivement dans la pauvreté.(9)

La pauvreté est l'état de celui qui est pauvre, définie par une insuffisance de ressources (matérielles ou immatérielles). La grande pauvreté est une forme extrême de précarité. Elle affecte souvent plusieurs domaines de l'existence, devient persistante dans le temps et souvent irréversible. (10)

Cette pauvreté, peut aboutir à l'exclusion sociale. Selon Isabelle Parizot, l'exclusion sociale n'est pas une vision duale entre « les inclus » et « les exclus », pour elle « il s'agit de tenir compte des processus de rupture des liens sociaux qui risquent de conduire les individus aux marges de la société et en l'occurrence au système médical. » (11)

Cependant, l'exclusion sociale est un processus car ce n'est pas un état figé, l'évolution des conditions sociales peut changer au cours du temps.(12)

L'exclusion sociale inclut souvent 3 grandes dimensions : économique, non reconnaissance des droits (sociaux, civils et politiques), relations sociales.(13)

Les conséquences sur le plan psychique de cette exclusion peuvent conduire à un sentiment d'inutilité sociale, de dévalorisation de soi. Si cette souffrance s'accroît, elle peut conduire à un renoncement vis-à-vis du système de soins, ainsi qu'à des comportements à risque comme les addictions par exemple. (6)

4. Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) en France sont évoquées depuis une cinquantaine d'années, depuis la réalisation d'une enquête longitudinale menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 1954, dont le but était l'étude de la mortalité différentielle. Dans cette enquête, on retrouve notamment une différence d'espérance de vie de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. (14)

Les inégalités sociales (ISS) de la santé et la précarité sont intimement liées mais ne se confondent pas. Les ISS font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Tandis que, la précarité est un facteur aggravant ces ISS. Les patients en situation de précarité présentent un risque accru de morbidité, souvent du fait d'un plus important renoncement aux soins, par rapport aux patients présentant une meilleure situation sociale. Les personnes précaires cumulent les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. (5)

Pour l'anthropologue Didier Fassin, « les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps ». Autrement dit, les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels la situation sociale

d'un patient impacte sa santé. Elles apparaissent dès l'enfance et peuvent survenir tout au long de la vie.

Le Black Report, paru en Angleterre en 1980, fut l'un des premiers à révéler que la position d'un individu dans la structure sociale est étroitement associée à son état de santé. (15) En d'autres termes, que l'état de santé s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière continue, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet. Ainsi, les personnes jouissant d'un statut social élevé sont en meilleure santé que celles situées juste au-dessous, et il en est ainsi, jusqu'aux personnes situées au bas de l'échelle sociale.

Selon l'OMS, les déterminants de santé sont les facteurs sociaux, économiques, personnels et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou d'une population. Combinés ensemble, ils créent différentes conditions de vie qui impactent la santé et aboutissent à l'émergence des inégalités sociales de santé.(16) Dans une liste non exhaustive, on pourrait évoquer l'environnement, l'emploi, le revenu, l'accès à l'éducation, le système de soin...

En plus de ces inégalités sociales, les populations les plus défavorisées doivent faire face à des difficultés d'accès au système de santé.

5. Accès au système de soins des personnes précaires

L'accès des personnes les plus précaires à des soins de qualité est une question qui mobilise les pouvoirs publics depuis très longtemps. La création, en 1945, de la Sécurité Sociale, avait pour mission principale d'assurer une sécurité sanitaire à l'ensemble de la population et favoriser l'accès aux soins pour tous. Mais progressivement, à la fin du XXème siècle, avec la montée de la précarité en France, le système sanitaire se révèle de plus en plus inégal. En effet, il est réservé aux personnes pouvant justifier d'une affiliation à la Sécurité sociale. Ainsi, pour permettre à tous d'intégrer le système de droit commun, des associations organisent des actions afin de soigner les malades exclus et de les aider à recourir à leurs droits. Elles les incitent à se rendre dans des structures sanitaires ou parfois leur proposent directement des soins. En plus de cela, des centres de soins gratuits sont aussi ouverts.

Face à cette forte demande de prise en charge de tous, et à la suite de la promulgation de la loi de 1998 de lutte contre les exclusions, l'Hôpital Public crée des « dispositifs de précarité » au sein des établissements de santé. Ils garantissent à tous un accès à des soins, sans limite financière ou administrative. Ce sont les ancêtres des actuelles PASS (permanence d'accès aux soins de santé).

En parallèle de cette évolution du système de santé, c'est le système de protection sociale qui évolue également, avec notamment, la réforme de l'Aide Médicale d'État et la création de la CMU et CMUc, qui portent l'espoir de créer un système de santé universel.

Mais malgré ces dispositifs, les inégalités sociales de santé ne cessent de se creuser et on observe chez les personnes les plus précaires, un important phénomène de renoncement aux soins. L'étude « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire » (17), révèle d'une part, que certains praticiens de santé refusent les patients bénéficiant de la CMU, d'autre part que les délais de consultations pour ceux qui les acceptent sont largement allongés par rapport aux autres assurés. Un autre exemple, concerne le non-recours aux prestations sociales, qui permettent un accès aux soins des plus démunis « en 2008, 1,5 millions de personnes sur les six millions de bénéficiaires potentiels ne disposaient pas d'une CMU ». Plusieurs causes expliquent ce phénomène : une difficulté à effectuer les démarches administratives, une méconnaissance à ces aides, ou un refus pour certains par peur d'être considéré comme « pauvre » ou « assisté ». (18)

Ces difficultés d'accès aux soins participent à une médecine à plusieurs vitesses, dont les populations les plus démunies sont les principales victimes. Le rapport HSCP de 2009, (14) en fait également état en affirmant que les circuits d'accès, l'orientation des malades ainsi que leur prise en charge pourraient révéler d'authentiques discriminations - selon, par exemple, l'appartenance ethnique des personnes, leur situation sociale, leur couverture maladie, ou certaines de leurs pratiques ou habitudes de vie.

Pour lutter contre cela, de nombreuses associations s'investissent, c'est notamment le cas de MSF, MDM, le SAMU social, pour n'en citer que quelques-unes. D'autres dispositifs se développent aussi pour renforcer l'offre de soins pour tous, c'est le cas des lits haltes soins santé (LHSS), des lits d'accueil médicalisés (LAM) et des appartements de coordination thérapeutique (ACT). Ils sont financés par les ARS (Agences Régionales de Santé) et permettent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile fixe, dont l'état de santé physique ou psychique, nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. Ils permettent aux personnes accueillies d'être hébergées, en bénéficiant d'un suivi thérapeutique et, selon les besoins, d'un accompagnement social. De son côté, le CHU de Nantes a décidé en 2006 de participer à la réduction de ces disparités, en créant un nouvel outil : le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage, qui a pour mission de réaliser des actions de prévention et de dépistage au niveau départemental. Il réalise, également, des actions d'information auprès du grand public et plus particulièrement des populations à risque.

Ainsi, nous avons vu que la précarité est un facteur aggravant des inégalités sociales en santé. Les personnes en situation de vulnérabilité, ont plus de chance de développer des formes graves de maladies à cause de facteurs variés, comme des difficultés d'accès au système sanitaire ou des actes de renoncement aux soins, pouvant être liés à des problématiques matérielles ou sociales. Face à ce constat, il nous a paru intéressant de porter notre attention sur l'infection au SARS-CoV-2 au sein des populations précaires.

B. COVID-19 et précarité

1. Impact du virus sur des populations déjà fragilisées

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a été informée par les autorités chinoises, de cas groupés de pneumonies dont tous les cas initialement confirmés avaient un lien avec un marché d'animaux vivants dans la ville de Wuhan, en Chine. Le 9 janvier 2020, un nouveau virus émergent a été identifié par l'OMS comme étant responsable de ces cas groupés de pneumopathies en Chine. Il s'agit d'un coronavirus, officiellement désigné par l'OMS, le 11 février 2020, par le nom de SARS-CoV-2. Il est responsable de la maladie Covid-19. Le 30 janvier 2020, au regard de l'ampleur de l'épidémie, l'OMS a déclaré que cette épidémie constituait une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). Le 28 février 2020, la France est passée au stade 2 (foyers isolés) de l'épidémie d'infections à SARS-CoV-2, puis le 14 mars 2020, au stade 3 (circulation active du virus dans le pays). Le gouvernement a mis en place un premier confinement strict en mars 2020, puis un second en octobre 2020, pour tenter d'endiguer la pandémie. Des mesures partiellement efficaces, puis suppléés par un couvre-feu national.

Face aux différentes vagues épidémiques, le gouvernement tente de contenir l'épidémie avec divers outils : instauration d'un PASS sanitaire, vaccination, télétravail et renforcement de la communication autour des mesures barrières (port du masque, lavages réguliers des mains, aération des pièces, distanciation sociale).

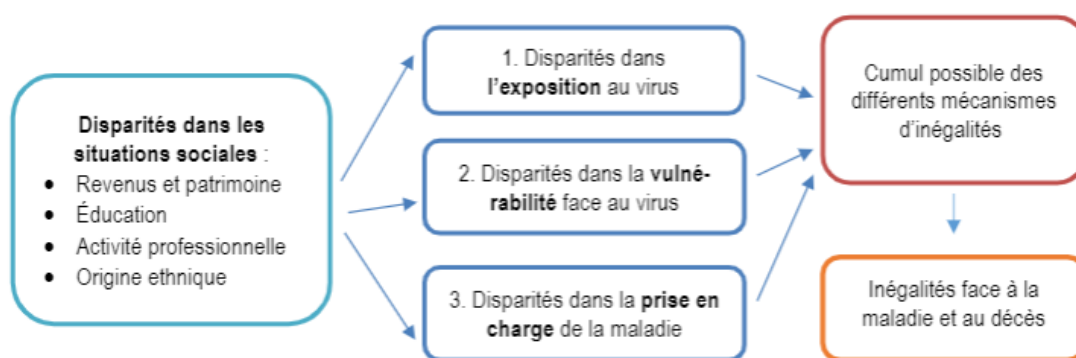
Depuis l'émergence de la pandémie et sa diffusion mondiale, des études sont créées pour tenter d'évaluer l'impact de ce virus, un certain nombre d'entre elles ont choisi d'étudier l'impact du COVID 19 chez les populations précaires. Les premiers résultats de ces enquêtes, révèlent que les inégalités sociales de santé déjà établies, se retrouvent et sont exacerbées par la pandémie du COVID 19.

Des études comme l'étude EpiCov, dont les résultats sont repris dans un numéro de l'IRESP, (19) « montrent que les mesures mises en place pour lutter contre l'épidémie de COVID-19, si

elles ont permis de freiner efficacement la diffusion du virus, se sont heurtées aux inégalités sociales qui structurent profondément la société française. »

Ces inégalités sont également reprises dans le rapport de la DRESS (20), en les développant selon le modèle de Blumenshine. Ce rapport, qui réalise une veille documentaire transversale des conséquences de la crise sanitaire sur les systèmes de santé et de protection sociale, décrit trois facteurs cumulatifs pouvant expliquer des disparités constatées : inégalités dans l'exposition au virus, dans la vulnérabilité face au virus et enfin dans la prise en charge de la maladie.

Figure 1 • Le modèle de Blumenshine (2008)



La Direction Générale de la Santé, s'est également préoccupée de l'infection par le virus des personnes précaires, et a demandé un rapport du HCSP, relatif à la prise en charge de personnes en situation de précarité dans le contexte de l'épidémie COVID-19 et de la prolongation du confinement, visant ensuite, à élaborer des stratégies de prise en charge.(21) Ce rapport fait également le constat, que les populations en situation de très grande précarité, sont particulièrement vulnérables à l'épidémie actuelle. Cette crise représente un risque important pour elles-mêmes, et pour les personnes qui les côtoient. Elles sont ainsi vulnérables à l'épidémie elle-même, mais aussi à ses conséquences sociales.

2. Inégalité d'exposition au virus

Plusieurs études montrent, que l'exposition au Covid 19 est plus importante parmi les populations précaires.

Tout d'abord, l'étude ECHO (22) mène à cette conclusion : le déficit d'adhésion à la limitation des sorties et à l'usage des transports en commun, également observés en population générale, pourraient s'expliquer par l'exiguïté des logements, la situation souvent périphérique des centres d'hébergement, l'impossibilité de se protéger par le télétravail ainsi

que l'absence d'alternatives aux transports en commun. Ainsi, le fait de vivre dans des conditions de surpeuplement, a été identifié, comme un facteur important dans les différences de niveaux d'exposition. Des inégalités d'exposition liées au travail et aux conditions de travail sont également retrouvées. En effet, les personnes ayant les revenus les plus faibles ont bien souvent des emplois de service, plus exposés où le télétravail est impossible. Pour s'y rendre, elles doivent emprunter les transports publics qui sont plus à risque de contamination.

Ensuite, une étude de médecin sans frontières MSF (23), montre une séroprévalence du Covid 19 différente selon l'environnement des personnes : séroprévalence plus élevée de 27,8% (IC à 95% 20,8-35,7) chez les individus recrutés sur les sites de distribution alimentaire.

De plus, le rapport HCSP (21), met en exergue « la promiscuité dans certains types d'hébergement » et « la possibilité restreinte d'hygiène individuelle » comme des facteurs favorisant l'infection par la COVID 19. Dans le rapport DRESS, ce qui ressort, est le manque de moyens financiers permettant d'avoir accès à des moyens de protection. En effet, les masques, les gels hydro alcooliques, etc., ont un coût non négligeable et important pour des personnes déjà en grande difficulté financière. (20)

Enfin, on remarque aussi, un moindre accès à l'information concernant la transmission et l'évolution du sars-Cov2. Cependant, toujours d'après l'étude ECHO, on ne retrouve pas de franche disparité dans la compréhension des gestes barrières entre la population précaire et générale.

Donc, nous avons ainsi montré, que les populations précaires sont particulièrement exposées par rapport à d'autres populations. Les facteurs qui influencent sur cette exposition sont une impossibilité à recourir au télétravail, l'usage des transports en commun pour se rendre au travail ou faire ses courses (moins onéreux que la voiture), une promiscuité dans le logement (foyer d'hébergement, appartements de petite surface) ou du lieu de travail.

3. Disparité dans la vulnérabilité face au virus

Nous avons vu que l'exposition au virus était différente chez les populations précaires. Cependant, la vulnérabilité face à la maladie est aussi un autre facteur à prendre en compte dans l'analyse des inégalités face au virus.

Ce phénomène est retrouvé dans l'étude de Williamson et al. (24), qui montre que les populations en grande précarité ont davantage de risques de décéder de la COVID 19, indépendamment de pathologies sous-jacentes ou de facteurs de risque.

Le rapport HCSP de 2020, (21) estime que les personnes sans domicile ont une espérance de vie de 15 ans de moins que la population générale, en raison de conditions de vie précaires responsables de maladies infectieuses, respiratoires et digestives. Ainsi, les conditions de vie précaires, peuvent être responsables de cette vulnérabilité. Ces comorbidités associées à des consommations accrues de substance addictives, augmentent le risque de faire des formes graves de la Covid 19.

Une autre étude, réalisée en Seine St Denis et publiée dans le Métropolis (25), énonce que « le Covid-19 révèle et accroît le cumul d'inégalités sociales en Seine-Saint-Denis : il vient aggraver les états de santé, déjà dégradés des classes populaires ». Dans ce département, le taux de forme grave ayant nécessité un séjour en réanimation est en effet extrêmement élevé.

Un article de l'observatoire de la santé du Hainaut, pointe également, le renoncement aux soins des personnes précaires comme un facteur d'inégalités face au virus. Il y est affirmé que « la prévalence des maladies chroniques non transmissibles est plus importante parmi les populations les plus défavorisées, et la baisse de fréquentation des services de santé, et plus particulièrement, le suivi en milieu hospitalier, fait craindre une aggravation de l'état de santé des patients concernés. » (26)

Ces différentes études, pointent du doigt, la difficulté des personnes précaires à faire face à un nouveau problème sanitaire, dès lors même que, la santé est loin d'être une priorité face au besoin de trouver un logement ou de l'argent pour subsister. Indépendamment des facteurs de risques ou pathologies sous-jacente, la précarité est à elle seule un facteur de vulnérabilité face au virus.

Selon le modèle de Blumenshine, la prise en charge médicale des patients infectés est différente selon les niveaux sociaux. Les personnes en situation de précarité, n'ont pas le même accès au soin que le reste de la population, et « la prise en charge ne pourra pas être celle du droit commun ». Selon un rapport de la DRESS de juillet 2020, (27) les disparités d'accès aux soins peuvent prendre différentes formes : problèmes d'accessibilité financière, géographique, de compréhension du système de soins ou technique ou les cumuler. Ces facteurs vont souvent entraîner un diagnostic plus tardif de la maladie et ainsi des formes plus graves qui peuvent engendrer des hospitalisations.

Le constat de l'étude EconomiX (28), montre que les inégalités sociales influencent de manière positive et significative sur le taux d'hospitalisation. Plus le niveau de revenus est élevé, plus le taux d'hospitalisation l'est aussi, entraînant une meilleure prise en charge médicale.

Par ailleurs l'étude ECHO (22), souligne une « sous- estimation du besoin de consulter et donc des renoncements aux soins » qui peuvent être expliqués par, une dévalorisation de ces personnes, qui engendre une perte d'intérêt pour leur santé. La santé devient secondaire par rapport aux autres problématiques de vie (emploi, logement...). Le retard diagnostic peut également être expliqué par une « crainte de se faire tester », en rapport avec une peur de la stigmatisation du groupe et le risque de perdre un hébergement ou un travail, si le résultat devait s'avérer positif, mais aussi, par une appréhension du milieu médical.

Dans la prise en charge médicale des patients infectés par le SARS COV 19, le confinement était indispensable pour éviter la propagation du virus à l'entourage. Le confinement a eu de lourdes répercussions pour ce type de population, entraînant des pertes des revenus (d'activités formelles ou informelles) ; risques de rupture de continuité avec des dispositifs d'accompagnement (social ou médical), en termes d'aide alimentaire, d'hébergement d'urgence, de suivi médical et social, etc. (situations observées aujourd'hui sur le terrain).

Cette recherche documentaire montre donc, que les personnes en situation de précarité, sont plus impactées par le covid-19 que le reste des individus. Ce constat, s'explique par des disparités sociales qui influent et créent une exposition et une vulnérabilité plus importante au virus, ainsi qu'une prise en charge différente. Cependant, peu d'études s'intéressent à recueillir le récit de ceux qui sont intervenus au quotidien, auprès de ces populations, pendant cette épidémie de COVID. Nous pensons que le recueil et l'analyse de leur expérience, nous permettrait indirectement de comprendre les effets d'une contamination au COVID 19, au sein de ces populations. C'est pourquoi, nous avons décidé d'en faire notre sujet d'étude, pour notre thèse de docteur en médecine générale.

Objectif de l'étude

Cette recherche, vise à explorer et à comprendre l'impact du Covid 19, au sein de populations en situation de précarité sociale, à partir de l'expérience des professionnels et bénévoles travaillant au quotidien, auprès d'elles. Il s'agit d'identifier les difficultés rencontrées dans l'organisation de leur prise en charge, mais aussi les leviers permettant de la faciliter. Notre étude est centrée sur la région nantaise.

Méthodes

A. Choix de la méthode

Au regard de la complexité du sujet et de sa forte composante sociologique, il nous paraissait pertinent d'opter pour une méthode de recherche qualitative, qui permet une approche compréhensive, centrée sur le savoir et l'expérience des professionnels. L'entretien constitue l'outil de collecte de données d'une étude qualitative, souvent utilisé en science de la santé, en science humaine et en science sociale.

D'après Mr PAILLE et MICCHIELLI, « La recherche qualitative de terrain, en particulier, comporte de nombreuses inconnues, car ses opérations ne sont pas aussi prévisibles que, disons une recherche expérimentale. Nous entendons par recherche qualitative de terrain, la recherche qui implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes, où évoluent les acteurs. »(29)

Lors des entretiens semi-directifs, il s'agissait pour l'enquêteur médecin de se départir de sa position de « sachant », pour échanger avec le participant, afin de bénéficier de son savoir sur le sujet visé dans cette recherche.

La réalisation des entretiens semi-directifs a permis, aux intervenants d'exprimer leur vécu, leurs difficultés, et d'être libres de s'exprimer sans se sentir jugés. Selon le sociologue, Stéphane Beaud, « l'entretien ethnographique exige un travail constant et minutieux d'écoute : l'enquêteur, aux aguets, est comme à l'affût du moindre indice, de la moindre information sociologique de type verbal, mais aussi non verbal, comme les nombreux silences, hésitations, soupirs, et diverses formes de mimique, qui suppléent ou accompagnent les propos de l'enquêté — qu'il enregistre et dont il se sert à l'occasion, pour faire avancer son enquête en cours sur la personne sociale de l'enquêté ».

Nous avons ainsi, cherché à adopter une posture d'écoute attentive lors de nos entretiens et nous avons veillé, à ne pas interférer dans les réponses de nos interlocuteurs.

B. Évolution de la population cible

Initialement, l'idée de départ, était de recruter les participants parmi des patients ayant accepté de prendre part à l'étude de COMCOR, qui vise à étudier les facteurs sociodémographiques, comportementaux et les pratiques associées à l'infection par le SARS-CoV-2. Cependant, à la lecture du questionnaire diffusé via cette étude, nous nous sommes rapidement rendu compte,

que peu d'informations nous permettaient de recruter une population que nous pouvions définir comme précaire.

Deux pistes d'explications peuvent être avancées pour comprendre cette difficulté : premièrement, le mode de recrutement de l'étude Comcor, qui se fait par un questionnaire sur internet, envoyé aux personnes à partir de l'adresse mail qu'elles ont renseigné sur le site de l'assurance-maladie, apparaît peu adapté aux caractéristiques sociales des populations précaires (difficultés d'accès à internet et à un ordinateur, problème d'illettrisme). Deuxièmement, l'absence d'informations précises, concernant le type de sécurité sociale, le mode de logement précis (l'étude mentionnait les foyers mais sans précision), le niveau de revenus des familles, le statut des inactifs (chômage, RSA, autre...), le niveau d'étude, etc., ne permet pas de repérer les personnes précaires.

Nous avons donc décidé, après accord de l'institut Pasteur, de recruter notre population cible via la PASS de Nantes, cette structure hospitalière étant, une des portes d'entrée du système de soins pour les personnes défavorisées et sans couverture sanitaire. Pour ce faire, nous avons contacté le Dr SCANVION, médecin responsable de la PASS du CHU de Nantes, qui nous a mise en garde, devant les difficultés de faire une étude qualitative avec des patients en situation de précarité. Les principaux freins étaient la barrière de la langue (absence de traducteur) et le risque d'absentéisme, expliqué par l'existence de problématiques personnelles prioritaires à celles de notre étude. En effet, les patients vus à la PASS sont rarement stabilisés, sur le plan médical et social. Après réflexion, nous avons donc décidé de cibler les professionnels travaillant au plus près des populations précaires. Dès lors, l'objectif de l'étude était de recueillir leur expérience face à l'épidémie de COVID 19, et leur point de vue sur la prise en charge globale des patients en situation de précarité.

Nous avons interrogé 10 professionnels, du milieu médical, paramédical ou social, ayant travaillé auprès de patients précaires pendant la période de l'épidémie de COVID 19. Il nous a aussi semblé intéressant, que les participants aient des employeurs différents et donc, des missions et terrains d'intervention variés. Cela nous a permis, d'être plus exhaustifs sur le type de populations étudiées.

Nous ne connaissions auparavant, aucun des sujets interrogés dans notre étude.

Les participants étaient informés que nous étions internes en médecine générale.

Les critères d'inclusion sont :

- travailler auprès de population en situation de précarité

- avoir été au contact de patients atteints de la COVID 19
- personne francophone

Les critères d'exclusion sont :

- âge < 18ans
- troubles psychiatriques sévères
- refus de participer à l'étude

C. Déroulement de l'étude

1. Méthodologie générale

Il s'agit d'une enquête qualitative, réalisée par deux internes en médecine générale, formées grâce aux données de la littérature, et aux conseils de leurs encadrants dont l'une, est maîtresse de conférences en sociologie et l'autre, maître de conférences des universités au département de médecine générale de Nantes. Elle est basée sur des entretiens semi-directifs, réalisés en présentiel, après accord des participants, puis enregistrés au moyen de dictaphones. Ils ont duré entre 35 minutes et 80 minutes. L'échange est basé sur un guide d'entretien, rédigé au préalable, et qui a pu, être adapté au fur et à mesure des entretiens.

Nous avons réalisé un guide d'entretien, en concertation avec notre encadrante de thèse. Ce guide était une base de travail, à chaque entrevue. Grâce à ses conseils, nous avons élaboré un guide avec des questions ouvertes, de manière à laisser un maximum la parole aux personnes interrogées. Il abordait globalement trois thèmes : la présentation générale du participant, l'impact du Covid 19 dans son travail, les points positifs et/ou négatifs et les axes d'amélioration.

Au cours des entretiens, nous n'avons pas forcément respecté l'ordre, ni le nombre des questions, dans le souci de ne pas diriger le discours.

Il avait aussi pour but, de nous rassurer dans notre posture d'enquêtrice débutante.

Nous avons choisi de réaliser les entretiens, dans un lieu choisi par les participants, selon leur convenance (lieu de travail, café, domicile). Ils ont été réalisés entre les mois de juillet 2021 et septembre 2021.

2. Modalité d'information et de recrutement des participants

Nous avons recruté les participants essentiellement par mail et entretiens téléphoniques. Pour cela, nous avons utilisé le réseau de soins de la PASS, et nous avons effectué des recherches

afin de connaître les organisations/structures, qui pouvaient être susceptibles d'être intéressantes pour notre étude. Nous souhaitions interroger un large panel de professionnels (dans le domaine du social et de la santé), issus de lieux différents, afin de recueillir des expériences diverses.

Au fur et à mesure de nos entretiens, nous avons découvert que les associations jouaient un rôle important auprès des populations précaires. Nous avons choisi de contacter les principales : l'association St Benoit Labre, Médecins du monde, les forges médiations, la protection civile et l'association Aurore. Nous avons aussi trouvé intéressant, d'échanger avec des professionnels médicaux, en particulier avec le CFPD (centre fédératif prévention dépistage) qui est une structure hospitalière reconnue pour ses interventions de prévention/dépistage sur le terrain. Par la suite, nous avons appris que des lieux d'isolement sur Nantes (Centre de St Aignan, Hôtel de Rezé) avaient ouvert. Leur but était, d'accueillir des personnes en situation de précarité infectées au COVID 19, et pour lesquelles, l'isolement n'était pas possible à cause de leurs conditions de vie. Nous avons eu la possibilité d'échanger avec la responsable et coordinatrice du centre de St Aignan, ainsi qu'un médecin bénévole.

Nous avons réalisé une fiche d'information descriptive, que nous leur transmettions en pièce jointe ou au format papier, au moment de la prise de contact. Une fois l'accord de participation obtenu, nous organisons un rendez-vous en présentiel pour réaliser l'entretien.

3. Analyse des données

Une fois les entretiens réalisés et enregistrés, nous les avons retranscrits manuellement sur des logiciels de traitement de texte. L'analyse des verbatims après relecture, s'est faite de façon qualitative, selon le modèle de phénoménologie interprétative. La triangulation des données permet, de garantir, la qualité des données et de l'analyse, et ainsi d'objectiver les résultats en évitant ainsi, qu'ils ne soient trop dépendants de l'interprétation du chercheur.

4. Aspects réglementaires

Cette étude, a été classée hors loi Jardé, car elle n'implique pas la personne humaine. Elle est considérée, comme une « expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ». Au début de chaque entretien, le consentement était recueilli, après une information éclairée sur le déroulement de l'étude et la liberté de participation. Les informations recueillies ont été anonymisées, par chacune des enquêtrices.

Résultats

A. Présentation des participants et leur rôle pendant la pandémie

L'échantillon de notre étude, est composé de dix personnes, intervenant au sein de structures médico-sociales. Elles étaient bénévoles ou professionnelles, et travaillaient auprès des populations précaires, qui vivaient dans l'agglomération nantaise. Nous souhaitions interroger des profils variés, afin d'être le plus exhaustif possible, sur le type de population étudié.

Infirmière et médecin du CFPD Nantes

Le centre fédératif prévention dépistage (CFPD 44) a été créé en 2006, ses missions sont alors données par l'ARS et il est intégré au CHU de Nantes. En 2006, la démarche « d'aller vers » les populations précaires est alors, nouvelle pour les hôpitaux. Cette structure, travaille en partenariat avec une PASS (permanence d'accès aux soins), depuis 2007, et elle a pour missions trois thématiques de santé publique : la Vaccination (CVP centre vaccination polyvalentes) dédiée aux personnes n'ayant pas de couverture sociale complète, la santé sexuelle (centre de dépistage IST CeGIDD) et la tuberculose (CLAT centre de lutte antituberculeuse). Le CFPD organise aussi, des missions de formation, auprès des professionnels de santé, bénévoles, travailleurs sociaux, partenaires.

Plusieurs types d'activités existent, au sein des murs (consultations), mais aussi hors des murs, notamment, dans le cadre de la vaccination, avec le bus prévention santé qui permet d'aller sur des chantiers d'insertion ou dans des lieux, en partenariat avec des associations comme Les Restos Du Cœur. Initialement, le CFPD effectuait des missions de vaccination sur les bidonvilles jusqu'en 2007. Ces projets ont été abandonnées, pour se concentrer sur le parcours de santé des primo migrants. Au sein du CFPD, nous avons interrogé :

- C.G est médecin du CFPD, depuis janvier 2020 (peu de temps avant l'épidémie du COVID). Elle a une formation de médecin généraliste, et a auparavant travaillé à la prison. Initialement, elle devait travailler au CeGGID ainsi que, sur la mise en place d'un dispositif pour la consultation des migrants primo arrivants.
- C.R initialement, aide-soignante puis infirmière, a travaillé dans des lieux différents notamment les urgences, puis à la prison, pour intégrer par la suite l'équipe de coordination du CFPD. Elle travaille au CFPD depuis la création du centre en 2006. Elle organise surtout la construction des projets hors des murs.

Bénévole à la protection civile

La protection civile, est une association qui a plusieurs missions : le secourisme, la formation et le soutien aux populations. Avant le COVID, c'était surtout l'organisation de dispositifs de secours lors de manifestations sportives ou culturelles pour la partie « secourisme ». La partie « soutien des populations » consistait :

- Lors du plan grand froid, à intervenir dans des centres d'hébergements, ainsi qu'à effectuer des maraudes, auprès des SDF pour leur apporter de l'alimentation, des couvertures...
- interventions dans le cadre de catastrophes naturelles (accident de bus...), pour organiser la mise en place de centres d'accueil, pour les victimes et leurs familles.

M.C est bénévole à la protection civile, elle est formatrice aux premiers secours et elle fait partie du pôle communication de la protection civile, qui a pour but de publiciser les missions de la protection civile. Sur le plan professionnel, elle est assistante sociale. Elle a participé à une mission de soutien des populations, au sein du centre de St Aignan (centre d'isolement pour les personnes précaires pendant la période du COVID.)

Médecin Responsable pôle Solidarité Diocèse de Nantes

X.B est médecin généraliste de formation, il a exercé vingt cinq ans en cabinet de médecine générale, dans la région de Nantes. Il est intervenu aussi avec médecin du monde sur des terrains ROMS. Ensuite, il est parti deux années en Afrique, pour travailler dans un hôpital en coopération développement. A son retour, il travaille auprès de personnes en situation de handicap avec ADAPEI à mi-temps. Parallèlement, l'évêque le nomme responsable du pôle solidarité dans le diocèse de Nantes, où il assure principalement des missions de coordination, auprès des différentes structures existantes, envers les populations précaires (notamment migrantes, personnes habitant dans la rue, ainsi que les personnes en réinsertion après une période de prison.)

Médiateur social à l'association St Benoît Labre

Créée en 1953, l'association Saint Benoît (ASBL), travaille sur différentes thématiques : le logement/hébergement, santé/public adulte étranger, protection de l'enfance, emploi/insertion. Elle fait partie, des principales associations à Nantes, qui accompagne les populations précaires. Pendant la pandémie de COVID 19, l'ARS a financé dans le cadre de la prévention COVID des postes de médiateurs sociaux. Auparavant, cette mission était assurée par les associations de manière bénévole, mais devant l'augmentation des besoins, des emplois salariés ont été créés.

Ainsi, nous avons rencontré Mme X, qui exerce le métier de médiateur social dans le dispositif rattaché aux populations d'Europe de l'Est de l'association Saint Benoît Labre. Sa mission est

d'assurer la veille technique en santé, ainsi que d'assurer un lien entre les bidonvilles et les professionnels de santé en les introduisant sur les professionnels. Elle recense les besoins sur les terrains, aide à l'organisation des dépistages et les oriente si besoin, vers les structures compétentes (LA PASS...). Les interventions se faisaient souvent soit à la demande de l'ARS, soit par le CFPD de Nantes.

Chef de service du centre d'hébergement d'urgence

La caserne Mellinet, est un centre d'hébergement d'urgence sur la ville de Nantes. Il s'agit d'une structure normalement temporaire, ouverte lors de la mise en place des plans hivernaux, mais qui est finalement restée active du fait de la pandémie. Elle accueille des personnes sans-domicile fixe, orientées par le Samu social. Il s'agit d'une structure qui accueille uniquement des hommes et cela, sans limite de temps.

AP en est le chef de service, il a pour missions principales de coordonner les actions des équipes de professionnels et de gérer le budget. Il est finalement, responsable de l'organisation générale de cette structure. AP est titulaire d'un diplôme d'éducateur spécialisé et a travaillé durant toute sa carrière auprès des populations précaires, avec notamment des expériences en CAARUD et en CSAPA.

Coordinatrice régionale au sein de Médecin Du Monde

Médecin Du Monde (MDM) est une association humanitaire militante présente sur le territoire français, mais également, à l'international. Elle intervient dans le soin aux personnes vulnérables, milite contre les difficultés d'accès aux soins et les atteintes aux droits de l'homme. Cette association fonctionne grâce, à l'action de nombreux bénévoles engagés sur différents programmes d'aides aux populations précaires.

Mme K.O est coordinatrice régionale de la délégation Pays de Loire. Elle a pour mission d'encadrer les salariés de la délégation et d'accompagner les bénévoles. Elle a une formation initiale d'assistante sociale et de sociologie, puis a évolué dans différentes structures du médico-social. Elle est engagée et militante depuis plus de trente ans.

Médecin au sein des lits halte soins santé

Les lits haltes soins santé (LHSS) est une structure médico-sociale qui offre une prise en charge globale aux personnes sans domicile fixe, dont l'état de santé n'est pas compatible avec une vie à la rue. Les intervenants de cette structure accueillent, accompagnent les soignés, sur le plan social et leur procurent les soins médicaux nécessaires. Ils travaillent également, sur un projet de sortie avec une perspective de suivi médical à long terme, en les inscrivant dans un parcours

de soin cohérent. Cette structure est financée par l'ARS et rattachée à un CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale).

Dr AR est médecin généraliste et exerce au sein des LHSS. Il a été sensibilisé, dès son internat, à la problématique des personnes en situation de précarité, et trouve intéressant de partager son expérience avec des patients souvent très éloignés du soin.

Médecin coordinatrice du centre de desserrement de St-Aignan

Dr B possède une très grande expérience de la coordination médicale et notamment, à l'échelle internationale, puisqu'elle a travaillé de nombreuses années sur des programmes internationaux de MSF. Elle a eu pour mission l'organisation générale et la coordination des bénévoles, qui ont œuvré au centre de St Aignan. Ce centre avait pour but, de proposer une solution d'hébergement et d'isolement à des populations précaires, qui n'en avaient pas la possibilité.

Médiateur en santé de l'association des Forges Médiation

Créée en 2008, l'association Les Forges Médiation, a pour but de mettre en œuvre des actions de médiations sociales, auprès de public en situation de précarité ou de vulnérabilité (migrants d'Europe de l'Est, gens du voyage, etc.). Avec la pandémie du COVID, les actions de médiations se sont essentiellement concentrées sur la prévention et le dépistage du virus.

P.R est médiateur en santé, il assure des missions plus spécialisées sur le COVID. Pendant l'épidémie de COVID, il a eu pour missions principales d'intervenir, auprès de populations précaires pour expliquer l'intérêt du dépistage, apprendre la prévention et dialoguer avec les populations. Il travaille au sein d'une équipe, qui intervient en amont et en aval du passage des professionnels de santé, pour prévenir des actions de santé et ensuite expliquer les résultats.

B. Description des résultats

1. Les populations précaires face à une épidémie nouvelle : l'alerte des bénévoles et professionnels

1.1 Une épidémie inattendue

L'épidémie de la COVID 19 était inattendue, et en ce sens, elle a surpris beaucoup d'intervenants du médico-social, qui témoignent, d'un climat anxiogène et d'une mise en tension d'un système de santé déjà fragilisé. Par ailleurs, depuis la dernière épidémie de grippe A(H1N1), la France avait été relativement épargnée par les maladies infectieuses. Ainsi, tout était donc à construire, pour la gestion de cette épidémie. En effet, il s'agissait d'une maladie inconnue, dont les modalités des transmissions et les complications étaient imprévisibles,

nécessitant, une adaptation constante aux nouvelles données épidémiologiques, comme en témoignent les professionnels interrogés.

« Tout était à inventer car personne dans les acteurs n'avait l'expérience dans la gestion d'une pandémie » (Médecin, Responsable Solidarité du Diocèse)

« Cette période de pandémie a été un peu expérimentale pour tout le monde dans tous les sens du terme » (Médiatrice sociale, ASBL)

Les régions du Grand Est et d'Ile de France, sont touchées en premier. La presse relate, quotidiennement, les chiffres des décès, ce qui entraîne de la peur dans les régions plus épargnées et oblige les professionnels, à anticiper des prises en charges de fin de vie. Les structures doivent se doter en oxygène, en médicaments de soins palliatifs, et en matériel de protection et de soins palliatifs.

« Donc, moi je flippais pas mal, en me disant que mes patients ils n'allaient pas forcément être pris en réa et qu'il va falloir que je fasse du soin palliatif. Et, pas de soucis, pour faire du soin palliatif, mais il faut être outillé et ne pas improviser. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Nous étions au tout début de l'épidémie, et on avait comme référence ce qui se passait dans l'est de la France, où on entendait que c'était la guerre et nous à Nantes c'était plutôt calme » (Médecin, Responsable Solidarité du Diocèse)

Ainsi, cette situation exceptionnelle et inédite expose les populations vulnérables, et en particulier, les personnes précaires au virus de la COVID 19.

1.2 Des populations déjà vulnérables : une attention particulière

Face à une épidémie très meurtrière, la situation des personnes précaires, préoccupe les différents intervenants du médico-social. En effet, elles sont nombreuses à présenter un état de santé fragile, et sont plus à risque de développer des formes graves de la COVID 19. Elles souffrent en effet souvent de polyopathie (diabète, HTA, maladies psychiatriques), qui les rend plus vulnérables face au virus.

« On a fléché prioritairement les bidonvilles, car beaucoup d'entre eux sont à risque de formes graves de COVID, car il y a beaucoup de diabète obésité, HTA chez des gens jeunes » (Médecin généraliste, CFPD)

« Et globalement, les patients que l'on a eu, il n'y en avait pas un seul qui n'avait que le COVID. [...]. On a aussi eu un énorme besoin des psychiatres pour des problématiques d'addictologie Que ce soit alcool ou tabac. » (Médecin coordinateur, Centre de St Aignan)

« Nous avons beaucoup de personnes avec des poly pathologies. » (Bénévole, Protection civile)

L'accès au soin de ces populations est difficile de par, une méconnaissance du système de santé, et bien souvent, aussi, d'un défaut d'accessibilité aux structures sanitaires. Le parcours de soins français peut aussi se révéler trop rigide et complexe.

« c'est-à-dire, que sous prétexte de dire qu'ils sont fragiles du point de vue de la santé, mais en fait on ne leur permet pas de les laisser librement et simplement accéder à la santé.» (Coordinatrice, MDM)

« Notamment, le parcours de soin qui était méconnu, les questions d'isolement social et sanitaire. » (Médiateur social, Les Forges médiation)

Ainsi, les associations et professionnels, aident ces patients à réintégrer un parcours classique de façon, à ne pas se substituer au droit commun. Ou, pour le dire autrement, ils évitent de produire des filières de soins socialement différenciées. Ils orientent ainsi, conseillent, et accompagnent les patients selon leurs besoins.

« On considère qu'on est un état de droit mais maintenant, on fait des filières spécifiques mais ça ne devrait pas arriver. [...]. Sauf qu'en fait on commence par trier d'entrée de jeu, d'exclure, on fait des circuits parallèles permanents. » (Coordinatrice, MDM)

« L'idée est que le droit commun est là, et qu'il faut les amener vers ce droit commun, et ne pas se substituer à ce qui existe. » (Médecin généraliste, CFPD)

Il faut également souligner, le rapport complexe de ces personnes au système de soin. En effet, face à des difficultés de logement, d'accès à l'alimentation ou au travail, la problématique sanitaire n'est pas une priorité. Il est en effet difficile pour eux, de se concentrer sur leurs droits et leur santé.

« Ce public est précaire, notamment par le fait, que les droits sont liés au travail, s'ils ne travaillent pas, tout s'arrête et donc il faut recommencer au niveau des papiers. » (Médiatrice sociale, ASBL)

« C'est vraiment la base, on considère que l'on fait de l'hébergement d'urgence, donc la base c'est que les gens aient un abri. Et ensuite, c'est tout notre métier d'éducateur d'aller chercher les gars sur leur demande oui, sur leur droit, sur leur droit au RSA. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

Par ailleurs, certaines de ces personnes refusent les soins pour diverses raisons, (croyances personnelles ou religieuses, manque de confiance dans le système de soins, etc.) ce qui, rappelons-le, n'est pas uniquement valable pour les populations précaires.

« Et puis, il y a les personnes qui sont en refus de soins, avec des pathologies vraiment lourdes, ça nous prend beaucoup de temps. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

Face à ces difficultés, des associations œuvrent quotidiennement, pour faire valoir leurs droits et faciliter leur accès aux soins. Cependant, en mars 2020, le COVID a perturbé le bon fonctionnement de ces structures.

1.3 Fermeture des structures et perte de contact avec les populations précaires

La pandémie de COVID, oblige certaines associations à suspendre leurs activités quotidiennes, du fait de la vulnérabilité de leurs adhérents (souvent âgés et plus à risque), et de l'instauration d'un confinement strict en mars 2020. Ce fut notamment le cas, pour l'association Médecins du Monde, l'Écoute de la rue ou Logis st Jean, etc. De la même façon, certaines structures sanitaires comme le CFPD et la Protection Civile, ont suspendu leurs activités habituelles en rapport avec les soins des personnes précaires (permanences d'accueil, distributions alimentaires, maraudes etc.).

« On a dû fermer les accueils dans un premier temps, sécuriser aussi nos équipes. Puisqu'on a aussi beaucoup de bénévoles qui entrent dans la catégorie des gens fragiles, du fait de leur âge. » (Coordinatrice, MDM)

« Tout le reste des activités hors COVID, s'est arrêté à La PASS et au CFPD, c'est à partir de ce moment-là que toutes les unités avec la PASS se sont mises à travailler ensemble. » (Infirmière, CFPD)

« Nos actions ont été suspendues avant les confinements. Les événements se sont arrêtés, les dispositifs de secourisme ont été annulés. Les formations ont été annulées. » (Bénévole, Protection civile)

Forts de ce constat, au début du confinement de mars 2020, tous les acteurs (les associations, les services de l'État et les institutions hospitalières), se mobilisent et réfléchissent à la gestion de l'épidémie, ainsi qu'aux actions à mettre en place pour les populations précaires. Certains professionnels de santé, vont même jusqu'à, alerter les services de l'État, afin de trouver des solutions concrètes pour la prise en charge des personnes vulnérables durant cette épidémie. De son côté, l'ARS, cherche également des moyens pour mettre ces populations à l'abri, et leur

apporter les soins nécessaires. Pour ce faire, elle se met en lien avec les différentes associations et structures, qui œuvrent déjà auprès de ce public (CFPD, MDM, Protection Civile etc).

« On sentait venir les difficultés arriver, j'avais appelé la directrice de la cohésion sociale en m'inquiétant de ce qui pourrait être fait pour les personnes précaires, pendant cette pandémie. » (Médecin, Responsable Solidarité du Diocèse)

« En effet, très vite l'ARS est venu nous demander de fournir des bénévoles, pour qu'ils puissent être sur le terrain, pour pouvoir intervenir dans les bidonvilles, squats etc, pour faire de l'information, de la sensibilisation. » (Coordinatrice, MDM)

« L'état, m'a dit qu'il était en train de travailler sur des choses, mais il ne savait pas bien me dire quoi. En effet, à ce moment-là tout le monde était en train de réfléchir. » (Médecin, Responsable Solidarité du Diocèse)

Pour répondre aux besoins spécifiques de ces populations, l'ARS finance également des postes salariés de médiateurs sociaux, et inclue dans ses recommandations une prise en charge particulière, pour les populations précaires. Le but étant, que les populations vulnérables ne soient pas mises à l'écart face à cette épidémie.

« J'ai été embauchée à la base sur un financement de l'ARS, dans le cadre de la prévention COVID » (Médiatrice Sociale, ASBL)

« L'ARS était quand même assez sensible à nos structures, parce qu'en population vulnérable ils avaient ciblé les personnes âgées, les personnes avec un handicap et les personnes en situation de précarité. Et c'est rare, qu'il y ait des actions sur ces trois publics. Et là, on était vraiment inclus. » (Médecin généraliste, LHSS)

Malgré cela, les associations et structures sanitaires s'organisent rapidement, en marge de l'ARS, pour proposer une prise en charge la plus adaptée possible. Par exemple, le CFPD, essaie de développer « l'aller vers en systématique » sur les bidonvilles, afin de pallier aux difficultés d'accès aux soins. Elles recrutent de nombreux bénévoles, mobilisent et fédèrent les compétences de chacun.

« L'idée c'était de dire "on y va, on retrouse nos manches" mais, il faut des gens compétents. » (Coordinatrice, MDM)

« On a accueilli beaucoup de bénévoles spontanés, qu'on a mis sur nos missions en soutien car, on avait besoin de tellement de monde tout le temps, tous les jours » (Bénévole, Protection Civile)

Devant ce constat de vulnérabilité, des populations précaires face au COVID, les structures médico-sociales s'organisent donc, pour lutter le plus efficacement possible contre cette épidémie.

2. Des actions spécifiques aux populations vulnérables : lutter efficacement contre l'épidémie

2.1 Mettre à l'abri

Face au confinement de mars 2020, les centres d'hébergement d'urgence voient leurs places se pérenniser dans le temps. Des centres ouverts initialement dans le cadre du plan hivernal, bénéficient de nouveaux financements, leur permettant de rester actifs tout au long de la période COVID, bien après la fin de l'hiver. Cette mise à l'abri concerne majoritairement les personnes immigrées et SDF.

« Et il y a un autre gros truc aussi, qui est assez fort, c'est qu'il y a une grosse pénurie d'hébergement d'urgence sur Nantes, et que lors du premier confinement, ils ont débloqué un gros nombre de places. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Depuis, on était resté ouvert tout ce temps, car avec le Covid les centres d'hébergement sont restés ouverts et c'est encore le cas jusqu'à mars 2022. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

En parallèle du maintien des centres, de nouvelles places sont ouvertes. Des hôtels sont réquisitionnés, afin de ne pas laisser les personnes à la rue pendant cette période. Cela permet de les stabiliser sur un lieu d'hébergement fixe, de répondre à leurs besoins (alimentation, hygiène etc.). Ils ont alors la possibilité d'être en lien avec des travailleurs sociaux dans le but de faire valoir leurs droits.

« Cependant, cette année la préfecture a pris la décision sur l'hiver, (lors du deuxième confinement en octobre) de mettre à l'abri les personnes SDF, pour qu'elles puissent être confinées et non dans la rue. » (Bénévole, Protection Civile)

« Nous avons accueilli beaucoup moins de personnes dans le gymnase, parce qu'on a pris les dispositions pour que les personnes soient confinées au maximum, en lien avec la crise sanitaire. » (Bénévole, Protection Civile)

« On a eu pas mal de sorties aussi, parce qu'il y a eu des ouvertures de places en CADA (centre d'accueil pour les demandeurs d'asile), de patients qui étaient en liste d'attente. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

A l'intérieur de ces centres (gymnase, hôtels, locaux municipaux), des mesures sont également mises en place, pour limiter les contacts entre les personnes et essayer de maintenir des mesures barrières.

2.2 Organisation de la prévention et des gestes barrières : un défi pour les intervenants

Pour lutter efficacement contre la Covid, les campagnes de prévention insistent sur l'importance des gestes barrières, comme se laver régulièrement les mains. Or, les associations alertent depuis longtemps, sur le défaut d'accès à l'eau potable sur certains terrains, et plus largement sur les difficultés d'hygiène qui en découlent. Ainsi, la COVID met en évidence et majore l'impact de problématiques, déjà présentes auparavant. Pour tenter de lutter contre cela, elles alertent régulièrement les administrations compétentes (ARS, préfecture, ville de Nantes), et militent pour faire valoir le droit à une vie, dans des conditions décentes. En parallèle, elles mènent aussi des actions fortes, retenons par exemple, l'action de MDM, qui a permis l'accès à l'eau sur de nombreux terrains, suite à son partenariat avec une autre association internationale qui travaille sur ces questions d'hygiène.

« Et sur les 57 bidonvilles de l'agglomération, on a réussi, à MDM, en lien avec l'association Solidarité Internationale [...]. Ils sont arrivés avec des systèmes de branchement coûteux de mise aux normes humanitaires. Et, on a donc réussi à mettre de l'eau sur les bidonvilles, donc ça veut dire qu'avant on allait, à un moment donné voir les gens en leur disant "lavez-vous les mains, lavez vos masques en tissu" à des gens qui, n'avaient même pas d'eau. » (Coordinatrice, MDM)

« Le but était aussi de s'assurer qu'ils avaient ce qu'il fallait à leur disposition (de l'eau, du savon...) D'où l'intérêt du travail avec les associations, car ce n'est pas nous qui allons gérer les problèmes d'approvisionnement en eau sur les terrains, ce sont les associations qui ont fait remonter les informations, auprès de la préfecture. » (Médecin généraliste, CFPD)

Un autre défi, est de trouver le matériel nécessaire à la protection de tous. Il faut s'équiper de blouses, de masques ainsi que de solution hydroalcoolique. Au début de la pandémie, on constate un réel manque de moyen. Les pharmacies sont prises d'assaut, l'équipement médical de base est vite introuvable (thermomètre, oxymètre de pouls, etc.), et cela complique le travail des professionnels de santé. Pour y pallier, les associations utilisent leurs réseaux privés ou professionnels, font appel à la générosité de leurs bénévoles et de certaines entreprises.

« J'ai dû alerter mon réseau privé d'amis pour avoir des blouses cousues main en urgence, idem pour les masques. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« Pour la protection des yeux, nous avons eu des visières, là aussi, c'était donné par des entreprises. » (Médecin, Responsable Solidarité Diocèse)

Cette pénurie est nationale, concerne tout le monde, et force les intervenants à travailler avec des moyens parfois inadaptés (surblouses de peinture, blouses en tissu cousues mains, masques en tissu etc.). C'est bien plus tard, que l'État, a pris le relais et a doté les associations et structures médico-sociales en matériel de protection (blouses et masques).

« L'Etat était en difficulté car il n'avait pas les moyens matériels. » (Médecin, Responsable Solidarité Diocèse)

« Sauf, qu'on était dans un moment où il n'y avait pas de matériel. Ni pour les hôpitaux, ni pour nous. Et pour nous, encore moins. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

« Alors, on a fait des distributions de masques, on a eu des dotations de l'ARS. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

Enfin, la formation des intervenants est une étape importante pour limiter la propagation d'un virus, au cours d'une épidémie. Les associations doivent rapidement former leurs bénévoles, dans le but, de pouvoir intervenir efficacement sur les terrains afin d'expliquer l'intérêt des gestes barrières.

« La première formation des professionnels, c'était pour bien acquérir les gestes barrières de protection » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

« Et donc, notre premier travail dans la pandémie a été dans la mobilisation, formation des bénévoles, des salariés de tous les programmes pour aller appuyer sur les terrains difficiles : bidonvilles et squats principalement » (Coordinatrice, MDM)

Il faut cependant, s'adapter aux particularités des populations, et notamment, prendre en compte, la barrière de la langue qui est une difficulté majeure à la diffusion et à la bonne compréhension des informations.

« Et puis, au début, j'ai fait pas mal de temps d'information pour expliquer l'évolution, les gestes barrières. Pourquoi les gestes barrières aussi. Et donc, en français, puis après en russe, en arabe un peu et en anglais. » (Médecin généraliste, LHSS)

Pour s'assurer de la bonne compréhension de ces mesures, les associations veillent à revenir régulièrement discuter, répondre aux questions et aux inquiétudes des personnes. Il est

important d'alerter sur la désinformation qui circule dans les médias, et qui peut au contraire favoriser la propagation du virus. Ces actions sont faites dans le but d'informer, tout en respectant le libre arbitre de chacun.

*« Nous expliquions les gestes barrières, donnions des masques et on revenait sur les terrains un peu plus tard, pour savoir si les personnes avaient bien compris les gestes barrières. »
(Médiatrice sociale, ASBL)*

« Nous avons vraiment à cœur de les informer sur les mesures barrières et sur le confinement, afin qu'ils puissent avoir une information non biaisée, autre que tout ce qui peut circuler par ailleurs. » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

« Après, les gars chacun faisait ce qu'il voulait, nous on considérait que notre rôle c'était d'informer, de fournir le matériel nécessaire : attestations, masque, gel, mais après, ils font ce qu'ils veulent. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

Dans les structures d'accueil médico-social, il faut des règles sanitaires plus strictes. Cependant, les règles imposées dans les hôpitaux ou les EHPAD, ne sont pas tout le temps applicables et cela nécessite une adaptation constante aux protocoles et aux recommandations. Par exemple, dans ces structures médico-sociales, il y a souvent des problématiques d'addiction nécessitant, des autorisations de sorties régulières et allant à l'encontre du principe de confinement. Les responsables doivent alors faire preuve de plus de souplesse, pour garder un lien de confiance avec les personnes.

*« Il a fallu imaginer comment adapter des règles d'hygiène dans une structure où, d'habitude, il y a vraiment le strict minimum et on n'en parle quasiment pas. Avec un public particulier. »
(Médecin généraliste, LHSS)*

« Et moi, j'avais fait une synthèse des recos qui étaient en EHPAD. Qui n'étaient pas totalement applicables à notre structure, et j'ai discuté avec eux pour voir comment on pouvait les adapter. » (Médecin généraliste, LHSS)

*« Puis, il a fallu mettre en place [...] les protocoles pour le respect des gestes barrières. »
(Médecin coordinateur, centre St Aignan)*

Cette notion d'ajustement constant, aux caractéristiques des populations précaires, est primordiale à tous les niveaux de la gestion de cette épidémie et particulièrement, pour le dépistage.

2.3 Organisation particulière du dépistage au sein de ces populations : une adaptation constante

Pendant l'épidémie de COVID, une veille sanitaire est mise en place afin d'alerter sur les cas COVID, ainsi que d'assurer une surveillance sanitaire dans certains hébergements collectifs. Au sein des hôtels réquisitionnés, et à la demande de l'ARS, la protection civile intervient pour surveiller l'état des personnes non malades (prise de température, surveillance clinique) afin de dépister d'éventuels symptômes. Le but est d'éviter au maximum la contamination, en agissant rapidement, dès la détection des premiers symptômes. Suite au dépistage, les personnes suspectes d'infection ont ensuite, la possibilité d'être orientées vers un « centre de desserrement ».

« Le SIAO était très content qu'on ait la possibilité de faire une veille sanitaire. Par exemple, sur un hôtel de 80 personnes, une équipe médicale pouvait passer tous les jours dans les hôtels pour prendre la température, voir s'ils toussaient, voir s'ils allaient bien. Quand quelqu'un était suspect, on pouvait faire des prélèvements tout de suite, avoir la réponse rapidement, l'isoler en attendant le résultat, et s'il était positif il était transféré sur le centre de desserrement de st Aignan, s'il n'avait pas de signe de gravité » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

« La première mission qui nous a été confiée par l'ARS, a été de venir visiter quotidiennement les hôtels COVID. » (Bénévole, Protection Civile)

Le CFPD et la PASS de Nantes, ont aussi créé une astreinte "REB COVID précarité", mise en place au début du confinement. Le but de cette astreinte est d'être informée de la positivité d'une personne précaire, afin de proposer ensuite, des stratégies d'accès au soin et des solutions d'isolement pour ces personnes. L'alerte peut être donnée par des soignants (médecins généralistes ou médecins spécialistes), ou par des travailleurs sociaux, intervenant auprès des populations précaires. Cela permet également de dépister les cas contacts sur les terrains. Les équipes du CFPD, se sont concentrées principalement sur les missions de dépistage et en particulier sur des lieux cibles (bidonvilles, squats, camp de gens du voyage), ou sur certains centres d'hébergement.

« L'équipe COVID précarité, avec comme objectif principal la veille COVID, pour qu'ils puissent avoir accès au dépistage, à l'isolement (en cas de Covid suspect ou diagnostiqué) et accès aux soins, à la consultation en cas de symptômes ... » (Médecin généraliste, CFPD)

« Au début, on a dépisté dès qu'on avait un cas, grâce à l'astreinte REB COVID précarité. Dès lors qu'on avait une personne précaire hospitalisée, l'astreinte REB COVID précarité était

informée et on allait ainsi, dépister sur le terrain pour voir s'il y avait d'autres cas, et proposer d'isoler, s'il y avait des personnes infectées. » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

« Il faut aussi noter que, la PASS a quand même fait des dépistages dans tous les camps de Roms, centre d'hébergement etc, et également, il y a eu des solutions proposées aux nombreux cas Covid dépistés. » (Médecin coordinatrice, centre St Aignan)

« On évitait de faire de la consultation sur place. Lors du dépistage, si on voyait des gens symptomatiques, on pouvait les examiner rapidement, mais c'était plutôt une orientation.» (Médecin généraliste, CFPD)

D'autres acteurs, sont aussi mobilisés dans le dépistage d'éventuels cas de COVID. Il s'agit notamment, des médiateurs santé et des bénévoles, qui viennent en appui de professionnels de santé, pour faciliter l'adhésion au dépistage. Leur rôle est également important dans l'explication des résultats et des conséquences, qui en découlent.

« Le CFPD, est aussi présent en tant que technicien médical, et nous en tant que médiateur, facilitateur et animateur. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Effectivement, tout le travail que l'on a fait a été d'expliquer, même aux pompiers qui voulaient aller vite, qu'il y a un protocole, qu'il faut passer la veille, il faut mettre en place, expliquer et rassurer. [...]. Tout le travail des professionnels et des équipes de la médiation c'était ça : arriver avant, informer, expliciter ce qu'il va se passer. » (Coordinatrice, MDM)

Leurs interventions se font souvent en deux temps, un premier passage pour introduire l'intérêt des dépistages et, un second temps d'analyse des résultats pour exposer les recommandations d'isolement.

« Il y avait tout un travail de préparation du dépistage et du post dépistage » (Médecin généraliste, CFPD)

« Le dépistage, ce n'est pas ce que je trouve intéressant en soit, c'est tout ce qu'on instaure autour du dépistage qui est intéressant. Notamment, le travail de préparation et les échanges constructifs qui se mettent en place. » (Médecin généraliste, CFPD)

Il est également important d'évoquer l'évolution des stratégies de dépistage, au sein des populations précaires. Initialement, au début de la pandémie, des dépistages de grande masse étaient organisés sur les terrains, à la demande de l'ARS, où le but était de tester un maximum de personnes. Bien souvent, ces opérations ont été des échecs puisqu'elles étaient stigmatisantes pour les populations et non préparées à l'avance.

« Il y a quelque chose d'intrusif lors des maraudes qu'on a pu effectuer. Le fait de monter des tentes en plein milieu pour dépister tout le monde, ça je pense que c'était maladroit. » (Médiatrice sociale, ASBL)

« On a assisté à des réunions, où l'idée était notamment, sur des bidonvilles de mettre de grandes tentes et d'envoyer plein de gens, pour informer et tester en masse. Mais ça ne marche pas. » (Coordinatrice, MDM)

« Il y a eu une période où, on a fait des dépistages de masse sur les bidonvilles autour d'un cas » (Médecin généraliste, CFPD)

Face à ce constat d'échec, les stratégies évoluent pour passer à un dépistage plus ciblé. c'est-à-dire, qu'un terrain est dépisté uniquement à la suite de la découverte d'un cas positif. On parle alors de « terrain index », le but étant de proposer un test aux personnes en contact. Le nombre d'intervenants est réduit et l'équipe se compose souvent de personnes du CFPD, et de médiateur en santé.

« Donc on a essayé de modifier nos stratégies pour qu'elles soient plus adaptées, moins stigmatisantes, parce que, c'est très stigmatisant de faire des dépistages en masse sur les bidonvilles, alors que tu n'en fais pas sur un quartier classique. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Nos premières actions, étaient des dépistages en grande masse, début juin. C'était une équipe de deux médiateurs avec l'équipe du CFPD soit 4 ou 5 personnes. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

La dernière évolution, est un dépistage encore plus restreint sur l'entourage proche d'un cas positif, comme ce qui se fait en population générale. A ce moment-là, les personnes contacts sont orientées pour se faire tester à l'extérieur, dans des lieux dédiés. Ainsi, cela permet de réintégrer un parcours de soin classique, et s'inscrit dans la volonté, de ne pas se substituer au droit commun.

« Donc, pas mal de choses ont changé, on est passé du dépistage en grande masse, au cercle restreint, et fin juillet 2021 on a arrêté totalement les cercles restreints, et on est partis sur vraiment de la prévention globale. Si on apprenait des hospitalisations, l'objectif était d'aller voir l'entourage, pour les réorienter vers un dépistage à l'extérieur, et ça concorde aussi avec nos convictions de ne pas infantiliser les personnes » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« L'été dernier, nous avons fait beaucoup de dépistage de masse, nous n'en faisons plus actuellement aujourd'hui » (Médecin généraliste, CFPD)

Au cours du temps, les différentes stratégies de dépistage ont évolué. Et par la suite, des modalités d'isolement ont été proposées aux personnes malades.

2.4 Différentes solutions d'isolement proposées aux personnes positives

Après l'annonce d'un résultat positif au dépistage du COVID, la personne concernée doit s'isoler immédiatement, afin de limiter la propagation du virus aux autres personnes de son entourage. Il est alors important, de prendre le temps, d'expliquer l'intérêt de l'isolement pour que le public comprenne son bénéfice.

« Il faut prendre le temps, que les patients soient en confiance, qu'ils se préparent psychologiquement. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« Après, on savait très bien, que malgré les actions de sensibilisation, on n'aurait pas 100% des personnes qui s'isoleraient. L'objectif, était de freiner déjà un peu la propagation et limiter les impacts » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

L'isolement chez les personnes précaires est souvent difficile, à cause d'une absence de logement pour certains, ou de lieux d'habitations souvent exigus et surpeuplés (caravanes, squat) pour d'autres. Cependant, l'isolement est encouragé mais doit rester un choix de leur part. Ils restent libres de le refuser, comme n'importe quelle autre personne malade.

« Parce qu'au départ, lors des premiers tests positifs, la question était de savoir où les isoler, et comment, de savoir s'ils adhéraient ou non. Parce que, par exemple, moi dans mon entourage il y avait plein de gens qui n'avaient pas du tout envie d'aller à l'hôtel s'isoler. Alors pourquoi les forcer eux plus que les autres. » (Coordinatrice, MDM)

« Ce n'était pas une hospitalisation, c'était une proposition qui leur a été faite, ils n'étaient pas obligés de rester. » (Bénévole, Protection Civile)

Ainsi, plusieurs possibilités sont proposées pour ces personnes. Tout d'abord, elles peuvent s'isoler sur leur lieu d'habitation. Par exemple, pour les populations ROMS, la personne malade s'isole dans une caravane seule, ou une caravane prêtée par des associations. C'est aussi le choix, de certaines personnes sans abri qui s'isolent dans leurs propres tentes.

« Cependant, les ROMS ne voulaient pas quitter leurs terrains, donc parfois, des associations leur mettaient une autre caravane à disposition ou s'ils en avaient plusieurs, à ce moment-là, la personne qui avait le COVID allait toute seule dans sa caravane. » (Infirmière, CFPD)

« Les gens se sont protégés par l'isolement, ils sont restés calfeutrés, notamment dans des tentes quand ils habitaient dehors » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

Au cours du temps, on observe un réajustement de la stratégie d'isolement sur les terrains. Au départ, quand il y a un cas sur un terrain, on procède à l'isolement de tout le terrain. Par la suite, on réalise un isolement plus individuel, centré sur la personne infectée. Le suivi de ces personnes est effectué au sixième jour de l'infection, lors d'une consultation ou par un contact téléphonique. S'il n'y a pas de médecin traitant déclaré, c'est le CFPD qui effectue ce suivi.

*« Nous isolions tout le terrain, puis nous avons réduit l'isolement au cercle familial. »
(Médiatrice sociale, ASBL)*

« Ceux qui ont leur médecin traitant, on les invite plutôt à aller voir leur médecin traitant à J6. On était en difficulté pour contacter les personnes isolées, ainsi on privilégie la ligne téléphonique » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

L'autre proposition offerte aux populations précaires, est la possibilité d'aller dans un autre lieu pour s'isoler. C'est dans ce but, que des centres de desserrement, des appartements COVID et des places en hôtel ont ouvert leurs portes. Les appartements Covid ont ouvert lors de l'été 2020, ils sont gérés initialement par le personnel des LHSS, puis avec un relai par les infirmières libérales pour la surveillance clinique des patients.

« Donc, des appartements extérieurs lits halte soin santé, où on accueillait des personnes avec une pathologie sous-jacente avec des facteurs de risque de gravité, mais sans signes de gravité et avec un covid. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Il y avait un passage infirmier deux fois par jour pour surveillance, on était restés sur les recommandations d'un patient covid avec des facteurs de risque de gravité. Et le passage d'un médecin deux fois par semaine » (Médecin généraliste, LHSS)

Par ailleurs, dans certains hôtels et notamment celui de Rezé, le CFPD organise le passage d'une équipe d'infirmières qui assure la surveillance de ces patients et la réalisation de tests PCR si besoin.

« Une équipe de deux infirmières de chez nous, va à l'hôtel le mardi et vendredi matin pour surveiller la santé des personnes logeant à l'hôtel, et par moment réaliser une PCR à J7, si ce sont des personnes cas contacts » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

A la demande de l'ARS, d'autres lieux sont créés, ce sont les centres de desserrement. C'est par exemple, le cas du centre de St-Aignan, qui a dû ouvrir très rapidement. En théorie, l'objectif de ces centres est de permettre l'isolement des personnes en situation de précarité qui sont positives au COVID. Cependant, initialement, devant le manque de test disponible, les personnes accueillies étaient symptomatiques du COVID (fièvre, myalgies etc.) sans

confirmation biologique. A noter, cependant, que ces centres prennent uniquement en charge des personnes suspectes ou atteintes de formes non graves du COVID.

« Donc ça a été difficile, il a fallu que je monte une équipe soignante de 15 médecins et 15 IDE, tous inoccupés au moment à cause de la crise COVID, mais qui ne se connaissaient pas et qu'il a fallu fédérer ensemble. Puis, il a fallu mettre en place les protocoles thérapeutiques, la collaboration avec la protection civile, les protocoles pour le respect des gestes barrières »
(Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« En effet, normalement on servait de centre de desserrement, donc on devait prendre les patients précaires covid positifs qui devaient s'isoler, mais qui n'étaient pas trop graves donc ne relevant pas d'une hospitalisation ou de la réanimation et qui acceptaient de venir. Mais, dans la pratique, on a eu des gens seulement suspectés d'infection mais non confirmés. »
(Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« Sur place, les tests n'étaient pas systématiques car il n'y avait pas assez de tests » (Bénévole, Protection Civile)

L'orientation vers le centre de desserrement peut se faire de deux manières, soit par l'astreinte REB COVID gérée par la PASS de Nantes, soit directement à la suite de la détection d'un cas COVID dans les hôtels d'hébergement.

« Les personnes qui arrivaient au centre de St Aignan pouvaient être orientées par la PASS de Nantes, ou directement à partir des hôtels d'hébergement, ou encore de la protection civile. »
(Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

Les populations accueillies dans ce centre sont majoritairement des personnes migrantes dont quelques familles et jeunes enfants. Le centre de St Aignan permet de les accueillir dans de bonnes conditions, car c'est initialement un centre de vacances. Cela leur permet de profiter « d'une parenthèse » dans leur vie, d'un logement stable avec de la nourriture, ce qui contribue à un bon rétablissement. De plus, l'hébergement proposé, au sein de chalets individuels, est propice à la distanciation sociale.

« On avait une grande majorité de migrants (très peu de ROMS, essentiellement venant d'Afrique), on s'attendait à avoir aussi des gens de la rue mais on ne les a pas trop vu. »
(Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

« L'État a pris beaucoup de moyens pour que les gens soient dans des conditions décentes et confortables. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

L'équipe qui travaille au centre de St Aignan est composée uniquement de bénévoles. La gestion des repas, des transports et du ménage est assurée par la Protection Civile. Elle réalise également, des missions de secourisme auprès des malades et en particulier la nuit en l'absence d'équipe médicale. Cette dernière, est composée d'infirmières et de médecins qui assurent une visite deux fois par jour, de façon quotidienne. Ce suivi rapproché de l'état de santé des malades permet, de surveiller les risques de complications, et d'orienter si besoin vers un hôpital, notamment, en cas d'oxygénénoquerance ou de dégradation sur le plan clinique.

« Par contre, la journée il y avait une visite médicale tous les jours, en binôme infirmier et médecin, le matin. Parce que, le double regard est intéressant, l'infirmière pouvait prendre les constantes pendant que le médecin examinait ou répondait à des questions. Et le soir, on refaisait un tour médical, mais avec un seul professionnel » (Médecin coordinatrice, centre St Aignan)

« C'était de s'occuper du quotidien de la gestion du centre. C'était réceptionner tous les repas préparés par le centre [...]. C'était aussi répondre à leurs besoins. [...] on pouvait aussi délivrer des médicaments, en lien avec les médecins grâce à la pharmacie du centre. S'il y avait des aggravations de leur état de santé, on pouvait être amené à intervenir auprès d'eux pour du secours. » (Bénévole, Protection civile)

La durée du séjour au centre peut varier de quelques jours à plusieurs semaines, cela dépend du projet de sortie de la personne. En moyenne, le séjour dure entre 7 à 10 jours mais quand les personnes n'ont pas de solution d'hébergement à la suite du centre, elles ont la possibilité de rester plus longtemps. Cela est possible, puisque le centre a eu un faible taux d'occupation, pendant toute la durée du COVID, du fait d'un manque de communication sur son ouverture.

« Certains, ne se sentaient pas bien et pouvaient partir assez rapidement. Les personnes qui sont restées le plus longtemps, sont restées plusieurs semaines. En effet, il y avait des gens qui étaient guéris mais il y avait la problématique du devenir par la suite. » (Bénévole, Protection Civile)

En parallèle, de cette problématique liée à l'isolement des cas positifs, apparaît l'épineuse question de la vaccination.

2.5 Faciliter l'accès à la vaccination

Dans la lutte contre le COVID, la vaccination des populations est primordiale. Permettre aux personnes précaires d'y accéder, malgré les difficultés d'accès aux soins, est une volonté des différents intervenants de santé. C'est pourquoi, il est réalisé des campagnes vaccinales

directement sur certains terrains (Mellinet, bidonvilles, restaurants sociaux) avec des formulaires explicatifs traduits dans différentes langues.

« Mais l'idée, c'était de proposer une vaccination sur place. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Là, il y a le CFPD qui va commencer la vaccination, les gars sont plutôt ouverts. Tu as les mêmes réticences que dans le reste de la population. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

L'accès à la vaccination est aussi facilité par l'organisation de consultations dédiées, initialement à l'hôpital St Jacques, puis directement dans les locaux de la PASS. Afin de se rendre dans ces lieux, des bus sont mobilisés pour le transport des personnes volontaires. Une aide à la prise de rendez-vous sur internet et un accompagnement physique par les bénévoles sont également proposés, aux personnes qui en ressentent le besoin.

« Aujourd'hui, nous sommes axés sur la vaccination COVID de ces populations là en lien notamment, avec la ville pour faire en sorte que les centres de vaccination soient aussi accessibles à des patients qui ne peuvent pas prendre rdv sur Doctolib, ne parlent pas français... » (Médecin généraliste, CFPD)

Mais malgré cela, les équipes sont confrontées au refus de certains de se faire vacciner. Pour convaincre nombre d'entre eux, il est important de prendre du temps, de créer un climat de confiance et d'expliquer, l'intérêt et le bénéfice de la vaccination. Mais finalement, ces stratégies sont applicables à toute la population. Le but est de vaincre les craintes et de lutter contre la désinformation. De la même façon que pour le dépistage et l'isolement, il s'agit de proposer mais pas d'obliger les personnes.

« Il faut savoir que sur un des terrains de cette semaine, sur une centaine de personnes, il n'y a eu que 20 personnes vaccinées de première dose, et 15 la deuxième dose. » (Médiatrice sociale, ASBL)

« Et à MDM on est très clair, on soutient la vaccination. Donc, on accompagne cependant effectivement, il faut informer et ça prend du temps. Et les gens font de la résistance. Et donc il faut créer du lien, de la confiance. Mais comme pour toutes les populations. » (Coordinatrice, MDM)

« Après ils sont libres, nous on informe, on propose mais on n'oblige en rien, ils font ce qu'ils veulent. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

2.6 Une volonté de garder du lien

Malgré la fermeture de certaines structures, maintenir un lien avec les personnes précaires pendant cette période du COVID est indispensable pour lutter contre l'isolement de ces populations. Ainsi, des solutions alternatives comme les permanences téléphoniques sont créées afin de continuer leur accompagnement. Elles permettent un moment d'écoute et d'échange, tout en respectant les règles de distanciation sociale.

« Il y a eu une permanence téléphonique, les bénévoles se sont organisés pour avoir un lien avec les jeunes. Et ils les appelaient régulièrement, et leur ont mis à disposition des moyens pour appeler justement. Et aussi la possibilité de pouvoir les revoir au besoin. Mais il n'y avait plus de permanence d'accueil ni d'ateliers collectifs. » (Coordinatrice, MDM)

« Dans le milieu des personnes précaires, on a continué à accompagner mais pas forcément uniquement des personnes malades. Beaucoup de personnes en situation de précarité n'osaient plus sortir de chez elles. Les bénévoles des associations appelaient les personnes pour prendre des nouvelles, et ils me rapportaient que les gens étaient terrés chez eux. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

Les différentes actions mises en place directement sur les terrains permettent aussi de garder un contact avec ces personnes souvent éloignées des soins. Elles sont un moyen pour les acteurs du médico-social, d'assurer une présence régulière et parfois rassurante auprès des personnes précaires.

« Sur les bidonvilles, le but est de faire du lien avec les personnes et de recenser les besoins » (Médiatrice sociale, ASBL)

Toutefois, pour mesurer pleinement l'impact du Covid-19 sur ces populations précaires, il est également nécessaire de s'intéresser à leur vécu pendant cette période. Et plus particulièrement, de comprendre leur rapport à cette maladie et leur avis sur les actions menées.

3. La douloureuse expérience des personnes précaires face à l'épidémie de Covid-19

3.1 Des avis contrastés quant à l'existence du virus : de la peur à la négation

Un sentiment d'inquiétude de la part des personnes précaires est fréquemment rapporté par les différents intervenants interrogés. Ils expriment une crainte vis-à-vis du virus en lui-même, et des conséquences qu'il peut avoir sur leur santé parfois fragile. Ce sentiment peut entraîner, par

exemple, chez les enfants un fort taux d'absentéisme scolaire. Les parents craignent qu'ils attrapent le Covid-19 à l'école et contaminent leur famille ensuite.

« Il y a des gens qui avaient peur de la maladie et de la gravité possible. [...] Beaucoup de personnes en situation de précarité n'osaient plus sortir de chez elles. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

« En tout cas, on a entendu qu'il y avait une « peur du COVID à l'école » donc les enfants n'allaient pas à l'école. » (Médiatrice sociale, ASBL)

Au centre de St Aignan, quelques personnes asymptomatiques demandent à se faire tester plusieurs fois pendant leur séjour. Cela les conforte sur le fait qu'ils sont bien sûr d'avoir le Covid, et ainsi, de ne pas être exposés inutilement en étant dans le même centre que des personnes malades. Cette crainte crée un climat anxiogène sur certains terrains et favorise les tensions.

« Mais, on a donc eu des gens effrayés d'attraper le covid dans le centre, je me souviens d'une réfugiée ghanéenne, elle était terrorisée d'être à côté d'un covid sans, elle, être sûr qu'elle avait le covid. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« Et quand, on a commencé à faire les tests vraiment régulièrement, les patients étaient plutôt rassurés, parce qu'ils avaient très peur d'être dans un centre covid positif et de ne pas l'être. Ils avaient besoin qu'on leur confirme qu'ils étaient vraiment positifs. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

En parallèle de cela, les intervenants remarquent aussi que nombreux sont ceux qui nient l'existence du COVID, relayant ainsi les fausses informations que l'on retrouve sur les réseaux sociaux. Certains, se montrent en effet ambivalents, en disant que le virus n'existe pas ou que la contamination n'est pas dangereuse, mais montrent tout de même, des inquiétudes face à certaines situations pouvant les exposer. Cette méfiance, est accentuée par le fait que certains passent beaucoup de temps devant les médias étrangers, roumains par exemple, qui entretiennent les fake news et participent à la désinformation. Les interventions de médiation sont alors primordiales pour rassurer, et déconstruire les fausses idées.

« Mais c'est un public que moi j'ai trouvé très sensible à la fake news ou la fausse information. Par les réseaux sociaux, par les réseaux qu'ils ont entre eux, les informations vont très vite » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Ils se fient beaucoup à la télévision roumaine, beaucoup étaient devant leurs écrans et ça devenait anxiogène » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

« Et il y avait des choses assez perturbantes, notamment des personnes qui disaient que le covid n'existait pas ou que ce n'était pas grave. Pour autant sur certaines réactions, on pouvait tout de même percevoir un peu d'inquiétude » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Et donc oui, moi je trouve qu'au cours des deux premières semaines il y a eu beaucoup de décompensations anxieuses. A mon avis, enfin c'est l'analyse que j'en fais, mais dûes au contexte et à nous aussi. On était moins dispo pour accueillir et apaiser. » (Médecin généraliste, LHSS)

Outre les problématiques de désinformation, les équipes de médiation sont aussi confrontées à des difficultés en lien avec l'organisation des dépistages.

3.2 Un dépistage aux conséquences potentiellement néfastes

Le dépistage organisé sur les terrains a également un impact considérable sur les personnes précaires. En effet, un résultat positif entraîne de nombreuses conséquences négatives sur le quotidien des personnes testées. Cela conduit souvent, à une perte de revenus car beaucoup travaillent sans contrat de travail. Ces conséquences financières peuvent être désastreuses. Par ailleurs, le fait d'être positif entraîne une stigmatisation du malade et peut également, entraîner des répercussions religieuses néfastes. La personne malade est alors considérée comme "un mauvais pratiquant". En cas de situation extrême, certains peuvent même se retrouver expulsés de leur lieu de vie, en étant accusés d'avoir contaminé les autres.

« Après, on savait qu'il y avait des personnes qui étaient positives mais qui ne le disaient pas. Par crainte que ça se répercute, qu'il y ait des conséquences, ça pouvait amener une expulsion du terrain » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Et oui, il y a des personnes qui ont été très stigmatisées en ayant eu le covid, un peu comme la peste du terrain. Il ne fallait pas s'en approcher, tout était de leur faute s'il y avait le covid sur le terrain. Après, il pouvait aussi y avoir des répercussions au niveau religieux, on pouvait leur dire qu'ils étaient de mauvais prêcheurs. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

Toutes ces conséquences sur le quotidien, favorisent les tensions au sein des terrains et accentuent le refus à se faire dépister. Ne pas savoir, pour ne pas être impacté. Des pressions sur les soignants sont aussi exercées, pour connaître le résultat des dépistages et cibler les personnes malades. L'enjeu du secret médical est alors primordial, mais jamais simple à faire respecter.

« Il y a eu cet effet : on ne veut pas se faire dépister car on ne veut pas savoir qu'on est positif, car on veut aller travailler. » (Médecin généraliste, CFPD)

« Comme au départ les tests étaient proposés sur les terrains, selon le fonctionnement du terrain et les formes d'emprise qu'il peut y avoir sur le terrain, les habitants du bidonville voulaient savoir qui avait le COVID » (Médiatrice sociale, ASBL)

« L'inquiétude venait plus quand s'il y avait un cas positif sur le terrain, et même dans ce cas, la personne n'était pas inquiète par rapport au covid mais plus par l'ambiance générale qui amenait ce climat de tension et anxiogène. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

Le refus du dépistage peut aussi être favorisé par la nécessité de s'isoler, en cas de résultat positif.

3.3 L'isolement : une expérience éprouvante pour beaucoup de malades

L'isolement est difficile pour toute la population, cependant cela est accentué chez les personnes en situation de précarité, à cause de conditions de vie souvent rudes. Fort de ce constat, les services de l'État proposent des lieux d'hébergement à ces personnes, afin qu'elles puissent s'isoler dans de bonnes conditions. Ces solutions d'hébergement ne sont pas acceptées de la même manière selon les différents types de population. De plus, il est important de rappeler que l'isolement est avant tout un choix, qui dépend de chaque personne.

« C'est-à-dire que, s'il y avait des personnes positives sur le terrain, on demandait aux gens de ne pas sortir du terrain. [...] Après on savait très bien, que malgré les actions de sensibilisation on n'aurait pas 100% des personnes qui s'isoleraient. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« L'isolement était vécu différemment selon les personnes, il y a des personnes pour qui l'isolement n'était pas du tout respecté » (Médiatrice sociale, ASBL)

En effet, pour les populations ROMS qui ont l'habitude de vivre en communauté avec leurs familles sur le même terrain, il est difficile de quitter leurs habitats pour aller vers ces lieux. Souvent méfiants par rapport aux structures d'accueil, ils ne souhaitent pas être séparés de leurs proches dans un endroit inconnu.

« Les ROMS ne voulaient pas quitter leurs terrains » (Médecin généraliste, CFPD)

« Ils habitent tout le temps ensemble et se retrouvent isolés dans un endroit qu'ils ne connaissent pas loin de leur famille, c'est difficile, il y a une méfiance par rapport à ces structures. De plus, leur situation irrégulière peut amener à des craintes de s'extraire dans un endroit qu'ils ne connaissent pas. » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

Même constat chez les personnes sans abri, qui s'isolent peu au sein de ces centres par peur d'être exposés au COVID. Ainsi, de nombreuses personnes à la rue se cachent, dans leurs propres tentes pour celles qui en ont, souvent sur leurs terrains habituels à proximité des villes.

« On s'attendait à avoir aussi des gens de la rue mais on ne les a pas trop vu. (...) Elles rapportaient que quand les gens se sont protégés par l'isolement, ils sont restés calfeutrés, notamment dans des tentes quand ils habitaient dehors. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

A la différence des ROMS ou des sans-abris, les personnes habitant dans des squats acceptent plus facilement l'isolement dans ces lieux. Cela s'explique, par le fait, que ce sont souvent des personnes seules (jeunes africains), et qu'elles vivent dans des conditions de logement très difficiles.

« Alors, qu'à l'inverse, sur les personnes vivant en squat (squat de Talensac) où les conditions de vie étaient vraiment difficiles à dormir les uns contre les autres, la proposition de l'isolement était plus facilement acceptée. » (Médecin généraliste, CFPD)

D'autres facteurs influencent le vécu de l'isolement. C'est notamment le cas pour les personnes souffrant d'éthylisme chronique. Pendant cette période, celles-ci sont exposées aux conséquences néfastes d'un sevrage trop rapide entraînant ainsi un syndrome de sevrage.

« Je me souviens qu'on avait un patient addict à l'alcool fort, qui consommait énormément, donc là on lui a fourni quand même de l'alcool pour éviter le syndrome de sevrage. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

Pour d'autres, c'est la distance importante séparant le centre-ville du lieu d'isolement qui est souvent vécue comme une épreuve ce qui les freine à y venir.

« Il nous a expliqué qu'il trouvait ça dur d'être loin du centre-ville, surtout pour ceux qui étaient dans la rue, d'être isolés. » (Médecin coordinateur, centre de St Aignan)

A cette problématique d'un vécu difficile de l'isolement, s'ajoute aussi un autre sujet très controversé, celui de la vaccination.

3.4 Des divergences concernant la vaccination

Certaines personnes en situation de précarité, sont peu favorables à la vaccination. La circulation de fausses informations est la principale cause de ce phénomène. On peut notamment, citer la théorie selon laquelle « une puce 5G est administrée en même temps que le produit du vaccin », ou encore que « la mort survienne suite à l'injection du vaccin ». Ces

données sont souvent véhiculées par les médias et exercent une forte influence sur ces populations. Face à cela, les équipes interviennent sur les terrains pour apporter une information et rassurer les personnes. Le but est de déconstruire avec eux ces croyances erronées concernant la vaccination, mais aussi de mieux comprendre ce qui les freine à se faire vacciner pour les amener à réfléchir.

« Les personnes avec qui nous travaillons ont peur du vaccin, elles regardent des vidéos, elles pensent à la théorie du complot, elles pensent qu'ils vont mourir en allant se faire vacciner. » (Médiatrice sociale, ASBL)

« A ce moment-là, il y avait beaucoup d'idées reçues et de fausses croyances donc c'était très compliqué notamment dans les bidonvilles peu favorables à la vaccination. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« D'ailleurs quand on intervient pour la vaccination c'est là que les théories complotistes sont les plus importantes. » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

Une autre crainte de ces populations, qui n'est pas spécifique à la vaccination, est celle de la stigmatisation. Certaines personnes craignent le jugement des autres, c'est notamment le cas sur les bidonvilles où la vie en communauté est importante. Pour pallier ce problème, les personnes souhaitant se faire vacciner sont orientées vers des centres de vaccination, à l'abri des regards des autres.

“Pour la vaccination c'est pareil, on peut orienter les personnes vers des centres de vaccination/vaccinodromes, surtout que le CFPD ne se déplace pas pour 3 personnes... Il y a souvent dans ces centres des plages sans RDV, et accessibles aux personnes qui n'ont pas de droits ouverts. Il y avait des solutions pour pallier cette stigmatisation.” (Médiatrice sociale, CFPD)

Mais à l'inverse, sur certains terrains (comme au centre Mellinet), la vaccination a été relativement bien acceptée. Les différents intervenants relatent les mêmes appréhensions qu'en population générale, mais bien souvent, les personnes l'acceptent après quelques explications et beaucoup de réassurance.

« Quand on discute avec les gars ils sont plutôt pour. Après j'ai l'impression qu'il y a les mêmes débats que dans la population générale. Après ils vont le faire. » (Médecin généraliste, CFPD)

Au cours de l'épidémie, les actions de lutte anti-covid (dépistage, isolement, vaccination) se répètent et génèrent, un sentiment global d'insatisfaction de la part des populations précaires.

3.5 Émergence d'un sentiment de lassitude

Face à certaines interventions de prévention et dépistage répétées, les personnes en situation de précarité expriment un sentiment de lassitude et d'agacement. Ils interpellent les équipes, pour leur rappeler qu'ils ont déjà des connaissances sur l'infection par le COVID, et que leurs actions sur le terrain n'ont plus vraiment de sens, qu'ils n'ont pas besoin d'eux.

« Ensuite, on a refait des testings, mais finalement il y a eu un essoufflement. C'est à dire qu'au début il y a une bonne implication et à force les gens sont un peu agacés. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

« Ça fait un an que nous faisons ces actions de prévention dépistage. Nos retours sur les actions de prévention quand on vient avec le CFPD c'est « on sait tout, on n'a besoin de rien. » (Médiatrice sociale, ASBL)

« Pour eux, on venait surtout les embêter. » (Médiatrice sociale, ASBL)

Après avoir étudié l'expérience vécue de cette épidémie par les personnes précaires, par complémentarité, il nous semblait indispensable de recueillir aussi celles des professionnels qui œuvrent auprès d'elles.

4. Une période complexe pour les intervenants : entre dévouement et difficultés à faire face

4.1 Une volonté d'agir ensemble face à une situation inédite

Cette épidémie de COVID, engendre une forte mobilisation des différents intervenants. De nombreux bénévoles viennent consolider les équipes, déjà en place, au sein des associations et des structures. Le profil de ces bénévoles est varié : des retraités, mais aussi des personnes qui se retrouvent sans activité lors du premier confinement. Certaines structures, se regroupent afin de mieux répondre aux besoins des populations, c'est le cas des unités de la PASS et du CFPD. C'est aussi le cas des équipes de médecins du monde, qui se sont rassemblées sur les programmes impactés par le COVID. Tout le monde souhaite participer à son niveau pour apporter une aide aux personnes précaires dans ce contexte si particulier.

« Il faut quand même souligner qu'on a eu des équipes salariées et bénévoles ultra motivées (...) tout le monde voulait être là, en action, répondre, y être. » (Coordinatrice, MDM)

« Cette réactivité de pratiquement tous les acteurs » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

« Depuis la problématique de l'épidémie de COVID, et notamment du premier confinement en mars 2020, c'est à partir de ce moment-là que toutes les unités avec la PASS nous avons dû travailler ensemble » (Médecin généraliste, CFPD)

L'implication et le dévouement des bénévoles et des professionnels est majeur. Ils sont mobilisés pendant de longs mois auprès des personnes précaires, pour leur apporter une aide précieuse. Cela implique de constamment s'adapter, de modifier ses horaires selon les besoins et demande énormément d'énergie.

« On s'est beaucoup adaptés, on a aussi décalé nos horaires pour s'adapter à leur emploi du temps parce que des fois on arrivait trop tôt. Du coup, on faisait des grosses journées, c'était fatigant pour les salariés. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Uniquement des gens qui ont accepté de venir, soit parce qu'ils ne travaillaient pas à cause du confinement, soit parce qu'ils étaient à la retraite mais tous bénévoles. Et ce de 8h le matin à 20h le soir, et avec un super état d'esprit. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

A tout cela s'ajoute, beaucoup d'inquiétudes quant à l'évolution potentiellement grave de la maladie.

4.2 Une situation stressante pour les professionnels

Les intervenants sont inquiets de l'impact du covid sur la santé de personnes déjà fragilisées. En effet, chez ces personnes, on peut s'attendre à une recrudescence de forme grave. Une autre crainte, est celle de la propagation importante du virus au sein de ces populations à cause de lieux peu adaptés aux mesures de distanciation. Les professionnels doivent donc envisager toutes les possibilités thérapeutiques, et notamment celle, de faire du soin palliatif. Cependant, une des problématiques est le manque de matériel adapté à ces soins spécifiques, ce qui entraîne un stress supplémentaire chez les professionnels concernés. De plus, la quantité de travail personnel pour les médecins est importante, elle consiste à une mise à jour régulière des dernières recommandations médicales. Il faut également souligner, l'impact de la charge mentale supportée par les intervenants. Certains, rapportent qu'il est souvent difficile de ne pas penser aux difficultés rencontrées, une fois la journée terminée.

« Tout le stress que ça a entraîné, la programmation d'hypothétiques prises en charges palliatives. Mais après, on ne pouvait pas savoir, et je ne vois pas comment faire autrement. La répercussion de la charge mentale à la maison, moi tous les soirs en rentrant, je regardais les recos, donc pas très dispo. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Parce qu'à un moment, on était quand même sous pression de se dire qu'ici, au vu du lieu, de la configuration, si on a un cluster et que ça flambe comment on fait. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

Une autre inquiétude, est celle du risque d'être contaminé par des personnes malades. Ce risque entraîne de la peur vis-à-vis de leur propre santé. Au départ, ce sentiment a pu être un frein à leur mobilisation auprès des populations précaires. Il a fallu les rassurer sur la maladie, et leur assurer une protection optimale afin de leur faire prendre le moins de risques possible.

« Les associations sont souvent tenues par des personnes âgées et donc à risque. Tout le monde avait très peur. Les gens ont petit à petit recommencé à s'investir » (Bénévole, Protection Civile)

« Gros travail d'accompagnement psychologique car il y a eu « beaucoup d'inquiétude » que ce soit pour les bénévoles mais aussi pour les malades. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

La longueur et le caractère imprévisible de cette épidémie, créent de l'angoisse chez les différents intervenants. Ils sont sollicités constamment, provoquant ainsi un épuisement des équipes.

4.3 Un essoufflement progressif

Progressivement, un sentiment de lassitude s'installe au sein des bénévoles et des professionnels. En effet, la répétition des mêmes actions et paroles finissent par perdre de leur sens. Les équipes se posent des questions sur l'utilité de celles-ci. Ceci est d'autant plus marqué que l'épidémie s'inscrit dans la durée, et qu'il est difficile pour tous de se projeter dans l'avenir. Les confinements et les restrictions s'enchaînent, entraînant un affaiblissement inévitable de la mobilisation.

« Mais, depuis un certain temps, on sent que les gens sont éprouvés par le covid, même nous c'est fatigant, c'est pesant on rappelle souvent la même chose. Donc la question était de savoir, comment redynamiser un peu tout ça en parlant d'autres sujets de santé voire de complètement autre chose » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Sur la délégation, on a eu l'impression au fil du temps d'une perte de mobilisation. » (Coordinatrice, MDM)

Les intervenants doivent se réinventer, et trouver de nouvelles façons d'aborder le sujet de la pandémie. C'est par exemple le cas, avec la mise en place « d'aparté », sur les bidonvilles, où

ce sont les populations qui abordent les différents sujets de leur choix en lien avec la santé. Cela permet de redynamiser les équipes et d'apporter ainsi, un nouveau souffle aux actions réalisées.

« Par exemple, à un moment donné, on s'est dit qu'aller sur les terrains ce n'est plus adapté car on voit bien que les ROMS en ont marre de nous voir, on sent bien que l'équipe manque de motivation, on a l'impression de faire toujours pareil et que ça ne donne plus rien. Ainsi, il faut peut-être revoir notre façon de fonctionner. » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

Cet essoufflement va même jusqu'à un questionnement des acteurs, sur leur propre rôle lors de cette épidémie. Certaines équipes ont l'impression d'avoir eu un « rôle de gendarme » dans le cadre du tracing afin de retrouver les personnes cas contacts. Plusieurs personnes soulignent aussi, le caractère intrusif de quelques actions de prévention et de dépistage qui sont réalisées sur les terrains. En effet, installer des tentes en plein milieu des bidonvilles, c'était aussi s'imposer dans leur propre lieu de vie.

« Le boulot d'enquête peut faire un peu du « fliquage » » (Médecin généraliste, CFPD)

« Ce qui est difficile c'est d'être présent, mais parfois on se demande la limite. On se demande ce qu'est notre métier ? Informer ? accompagner ? Leur permettre un accès aux soins qu'ils n'ont pas aujourd'hui ? Pour autant, il ne faut pas être intrusif, il faut respecter le choix de ne pas se faire dépister, de ne pas se faire vacciner si c'est leur choix. » (Médecin généraliste, CFPD)

« Il y a quelque chose d'intrusif lors des maraudes qu'on a pu effectuer. Le fait de monter des tentes en plein milieu pour dépister tout le monde, ça je pense que c'était maladroit. » (Médiatrice sociale, ASBL)

Pour les équipes, en plus du sentiment d'épuisement qui s'installe, il est souvent rapporté la difficulté de respecter les principes d'isolement social.

4.4 Un vécu difficile des règles de distanciation sociale

En effet, afin d'éviter la propagation du virus, des règles de distanciation sont instaurées pour tous les intervenants. Des actions se mettent en place, à distance les unes des autres, par l'intermédiaire de visioconférence ou lors de réunions téléphoniques. Certaines réunions sont annulées, entraînant ainsi un isolement social difficile à vivre pour les bénévoles et les professionnels ayant l'habitude de travailler en équipe. Ils souffrent également, du fait de ne plus pouvoir se rendre dans les bureaux, dans les permanences des associations qui sont, habituellement, le siège de moments de convivialité et de partage.

« Donc oui, pour les bénévoles ce n'est pas simple, avec notamment le fait de beaucoup moins se voir. Pour les bénévoles, il y a un ancrage important de passer ici (bureaux de MDM), de se voir, de se parler. Alors que là, beaucoup de choses se font à distance, en visio et donc déjà pour des professionnels ce n'est pas simple, alors pour des bénévoles ça l'est encore moins. »
(Coordinatrice, MDM)

Certaines activités, se font au domicile des bénévoles, comme des permanences téléphoniques chez MDM, qui permettent à des gens en difficulté un accompagnement psychologique. Cependant, cette écoute s'est parfois révélée difficile pour les intervenants et le fait d'être seul chez soi, à accueillir cette détresse émotionnelle, l'était d'autant plus. Pour pallier cela, quelques adaptations sont faites comme la création de petits groupes de travail en présentiel, permettant de garder un minimum de lien social et d'entraide.

« Et puis, les bénévoles travaillent à distance et donc ça aussi c'était assez lourd. C'est à dire que réceptionner la souffrance au téléphone chez soi, on a modifié l'analyse de la pratique : au départ, c'était tout seul chez soi puis on a essayé de faire en sorte qu'ils puissent revenir par petits groupes » (Coordinatrice, MDM)

Les intervenants ont traversé différentes émotions pendant cette période, avec toujours un même but, celui d'accompagner au mieux les personnes en situation de précarité. Au cours de la gestion de cette épidémie, ils sont confrontés à plusieurs problématiques qui compliquent leurs différentes actions.

5. Des problématiques singulières aux personnes précaires

5.1 Des difficultés à faire appliquer les gestes barrières

Une des premières difficultés auxquelles sont confrontées les équipes, est le manque de moyen de protection. Au début de l'épidémie, il y a une pénurie de masques, de blouses de protection et de solutions hydro alcoolique. De la même façon, les outils de surveillance (thermomètre, saturomètre) et les médicaments sont difficilement accessibles, du fait de l'arrêt de l'exportation par certains pays. Dans l'application des mesures barrières, nettoyer les masques et se laver les mains est une chose primordiale, or, dans les bidonvilles, l'accès à l'eau potable est très compliqué. Le discours des instances sanitaires est souvent inadapté à ces populations, ce qui entraîne un sentiment d'agacement et de frustration chez certains intervenants.

« Au début, on nous a donné beaucoup d'injonctions, mais on n'avait pas le matériel pour suivre. Et puis, c'était assez anxieux. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

« Et il faut dire que le défaut de matériel a beaucoup joué aussi, ça a été un gros problème. Les médicaments ont aussi mis beaucoup de temps à arriver. » (Médecin généraliste, LHSS)

« J'espère, que sur le plan de l'organisation d'une pandémie, on va retenir, qu'il est important de récupérer facilement du matériel d'équipements de protection individuelle, et d'avoir des ressources facilement mobilisables. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

Le respect des consignes sanitaires est difficile au sein des lieux de vie. Cela s'explique d'une part, par le fait que les personnes vivent principalement en extérieur, ce qui limite la propagation du virus. D'autre part, les terrains sont avant tout le domicile de ces personnes, il semble ainsi compliqué de leur demander de porter le masque en permanence dans ces lieux. Cela est vrai pour n'importe quelle personne, qu'elle soit en situation de précarité ou non.

« Mais clairement, le port du masque ici pour les gars, c'est très compliqué à faire respecter. En gros, on n'a jamais réussi à le faire appliquer. Mais en même temps, on avait ce truc de "on est en plein air". Et ça, ça nous a beaucoup aidé. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

« Après, les gestes barrières, c'est difficile de dire si ça a été bien respecté. Quand ils sortaient du bidonville oui, mais quand on allait les voir non. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

La barrière de la langue est un frein à la communication avec les personnes en situation de précarité. De cela, découlent des difficultés de compréhension des consignes sanitaires. Des solutions existent, comme l'existence d'interprétariat téléphonique ou l'utilisation de logiciel de traduction. Cependant, ce système a des failles car les traductions ne sont pas toujours correctes et peuvent parfois changer le sens d'une phrase, ce qui engendre des échanges plus compliqués. Face à ces difficultés, les bénévoles créent aussi des outils permettant de faciliter les discussions comme des pictogrammes visuels ou en mobilisant leurs compétences linguistiques.

« Les consignes étaient difficiles pour certains, parce qu'il y avait pas mal de barrières à la compréhension, notamment avec les gens qui ne parlent pas français. Donc là, on a fait intervenir des interprètes. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Ce n'est pas toujours simple non plus quand l'interprète ne fait pas toujours la traduction. Il peut avoir ses idées reçues, ce qui peut compliquer les relations. » (Médecin généraliste, CFPD)

« Nous n'avions pas de traducteur vrai, mais le traducteur Google marchait. Vu qu'on avait du temps pendant le confinement, il y a des tas d'outils qui ont été inventés par les bénévoles. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

Ces obstacles multiples, obligent les professionnels à adapter et modifier rapidement leurs actions.

5.2 Faire face à une maladie inconnue : entre précipitation et réajustement constant

Face à l'émergence de la COVID 19 et de sa gravité initiale, il a fallu faire vite et mettre rapidement les gens à l'abri. Les actions mises en place sont souvent instaurées dans la précipitation, sans préparation adaptée. La politique du « faire vite et faire fort » est adoptée mais cela est souvent inefficace.

*« Pendant la période du COVID ; nous nous disions parfois que nous allions trop vite, et si on ne prenait pas le temps de construire les choses, les actions étaient moins efficaces. »
(Infirmière coordinatrice, CFPD)*

« On a également eu cette réflexion commune, à savoir, comment être efficace, parce qu'on nous a demandé tout de suite d'aller vite et fort, mais l'idée c'était aussi de réfléchir au sens de ce que l'on fait. Il fallait aussi avoir des garde-fous, réfléchir à nos besoins, et surtout avoir la capacité d'être à l'écoute des populations. » (Coordinatrice, MDM)

Les recommandations nationales sont souvent inadaptées à un public précaire. L'ARS, demande des résultats rapides, mais les associations et les professionnels savent qu'il faut du temps pour obtenir une alliance avec les populations, afin de lutter efficacement contre ce virus.

« Et donc, tout ce travail prend du temps avec les associations, les collectifs. Mais, pour des acteurs de santé, pour les ARS, ce temps doit être insupportable. » (Coordinatrice MDM)

Du fait du caractère imprévisible de cette épidémie, les recommandations établies par l'ARS, changent en permanence. Les professionnels de santé doivent ainsi adapter leur discours, de façon régulière, selon les dernières modifications. Cela, complique l'organisation des soins et demande à chacun d'être réactif et vigilant, le but étant de pouvoir se réajuster rapidement.

« Le problème des recos aussi au début, où il y en avait tous les jours et c'était compliqué de s'organiser » (Médecin généraliste, LHSS)

*« Il fallait être en capacité de se réajuster, d'être réactif, de pouvoir réfléchir vite et de pouvoir construire les choses... même si c'est épuisant, ça donne une dynamique de groupe »
(Infirmière coordinatrice, CFPD)*

« On était obligé d'écouter en permanence les informations qui se donnaient sur le virus pour se mettre à jour. Car les connaissances ont beaucoup évolué en peu de temps » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

Cet empressement à mettre en place rapidement les différentes actions, engendre des difficultés de communication et des incompréhensions entre les différents organismes.

5.3 Manque de coordination et de communication entre les différentes structures

« Selon moi, il y a eu un manque de communication en interne, en externe, à tous les niveaux. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

Une des principales difficultés rencontrées par les intervenants, est celle de communiquer avec l'ARS. Ils rapportent le fait que les contacts se font rarement avec les mêmes personnes, et que les informations circulent mal entre les différents intervenants. Par exemple, lors de la création de l'astreinte REB covid-précarité, l'ARS n'est même pas au courant de sa mise place.

« L'astreinte que nous avons mise en place, cet aller-vers ces populations sans que pour autant nos institutions soient au courant de ce qu'on faisait » (Médecin généraliste, CFPD)

De même, pour le centre de desserrement, la coordinatrice du centre exprime qu'il y a eu un réel manque de communication concernant l'ouverture du centre aux professionnels, alors que l'ARS, était chargée de cette mission.

« Or, on s'est vite rendu compte, que personne n'était au courant ou mal informé. Et l'ARS avait communiqué mon téléphone et donc, les gens m'appelaient pour connaître le fonctionnement, et je devais à chaque fois tout réexpliquer. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

Il y a aussi le manque de coordination entre l'ARS et les différents organismes, sur les actions mises en place sur les terrains. Les demandes de l'État en matière de dépistage, sont en inadéquation par rapport aux réalités du terrain, souvent dues à une méconnaissance des terrains. L'ARS, est en demande de résultats rapides, mais les moyens mis en œuvre ne sont pas suffisants pour obtenir les résultats escomptés.

« En parallèle, du coup, l'ARS avait des acteurs qui voulaient être en position de commandement. Avec notamment des comptes et des chiffres à rendre, combien de gens testés, combien de gens vaccinés etc. Et du coup, il y a eu une espèce de décalage avec d'un côté, "ça

n'avance pas", mais en même temps, nous on faisait avec des moyens limités et nous avions des doutes sur l'efficacité de notre travail" » (Coordinatrice, MDM)

« Les attentes des financeurs sont souvent différentes et beaucoup plus ambitieuses que ce qui est possible. » (Médiatrice sociale, ASBL)

Ces problèmes de coordination se retrouvent aussi au sein même des structures de soins et des associations. Parfois, les rôles et les missions de chacun ne sont pas suffisamment établis, cela peut donc nuire au bon déroulement de certaines actions. Par exemple, à MDM, il a été important d'inscrire chaque bénévole dans des actions collectives, afin de proposer un accompagnement adapté aux populations précaires et un parcours de soin cohérent. De la même façon, au sein du CFPD, il a fallu réfléchir au rôle de chaque soignant afin d'éviter des actions redondantes ou des contradictions dans les prises en charge.

« Je pense aussi que dans ces moments-là, il faut peut-être mieux définir la place de chacun dans ces missions. [...] Cependant, entre nous, parfois on pouvait se poser les questions de la mission de l'infirmière, du médecin... » (Médecin généraliste, CFPD)

« Donc, ce sont des gens qui n'ont pas cette vision et cette compréhension de l'organisation sanitaire, et encore moins en pandémie [...] Et du coup, qui vont être aidant mais parfois qui vont aider pas forcément dans le sens que l'on attendrait nous, dans le sens où on est organisé, on cherche à ce que les gens aient un médecin traitant, un parcours de soin. » (Coordinatrice, MDM)

Enfin, des soucis de communication sont aussi présents entre les différentes associations ou organisations médicales. En effet, l'épidémie a demandé une forte entraide entre les différents intervenants du soin aux personnes précaires et certains notent que si des partenariats n'étaient pas déjà établis auparavant, les échanges pouvaient se révéler plus complexes.

« Par contre, les nouvelles structures qui ont été montées dans l'urgence et qui n'avaient pas de liens particuliers, eux, ils ont été en difficulté. » (Médecin généraliste, LHSS)

Cela, s'est aussi vérifié avec la communication compliquée autour du centre de St Aignan, dont beaucoup de soignants n'étaient pas au courant de l'existence, compliquant ainsi son bon fonctionnement.

« Les gens n'étaient pas au courant de ce centre-là, ils l'ont souvent appris qu'à la fin de l'ouverture du centre donc c'était difficile de communiquer largement. » (Bénévole, Protection Civile)

« Je pense aussi, que parfois, nous n'avons pas su suffisamment bien expliquer quel était ce lieu » (Bénévole, Protection Civile)

Outre la problématique de la communication, les intervenants rapportaient aussi le manque de possibilité de pouvoir évoquer d'autres thématiques que le COVID.

5.4 Une vision centrée sur le COVID et un manque de solution de relogement

Pendant cette épidémie, plusieurs intervenants rapportent le fait que les actions mises en place s'intéressent uniquement à la thématique du COVID. Les autres problématiques (sociales, financières), sont souvent occultées et peuvent engendrer des conséquences néfastes, pendant et après cette épidémie. En effet, les intervenants observent fréquemment une inadéquation entre la vision qu'on leur demande d'avoir, centrée sur le COVID, et celle des personnes précaires, où la santé est loin d'être leur priorité. Elles sont surtout portées sur les besoins essentiels comme avoir un logement ou pouvoir se nourrir correctement.

« Et se dire, que les gens ils seront là après le covid, ils étaient là avant le covid et malades, avec des freins à l'accès à leurs droits et aux soins, et après le covid, ça va continuer. Et donc, c'est aussi cet enjeux-là, il ne faut pas tout casser avec le covid, sinon, après, c'est compliqué de reconstruire » (Coordinatrice, MDM)

« Pas que la problématique du COVID qui rentrait en compte, il y avait aussi toutes les difficultés autres que le COVID (problèmes financiers, sociaux...) qu'il fallait prendre en compte » (Infirmière coordinatrice, CFPD)

« Et finalement, parfois leur priorité à eux, ce n'était pas l'épidémie mais c'était de savoir s'ils ne pouvaient pas avoir des tickets alimentaires » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

Certains acteurs ont tout de même essayé de prendre en compte ces problématiques. C'est le cas pour le logement, avec l'instauration d'une permanence sociale au centre de St-Aignan. Le but de cette permanence était d'essayer de reloger chaque personne ayant séjourné au centre de desserrement, afin qu'à la fin du séjour elles ne se retrouvent pas directement dans la rue. Cependant, malgré l'implication de ces bénévoles, aucune solution de logement n'est trouvée. La déception des professionnels et bénévoles est grande face à cette prise en charge inaboutie, où le patient, n'est pas pris en compte dans sa globalité. Tout cela, conduit à un sentiment d'échec et d'accompagnement inachevé.

« L'autre problème qui s'est posé, était la sortie après le centre de desserrement. Parce que la plupart des patients, sont venus et aucun n'était logé auparavant. Et donc, le ministère des affaires sociales et sa responsable s'étaient engagés auprès de nous, pour que chaque patient

ait une place d'hébergement à la sortie de notre centre. Mais, en réalité, sur les 200 patients qu'on a reçus, aucun n'a été relogé » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« Il y avait des gens qui étaient guéris mais il y avait la problématique du devenir par la suite. On les avait hébergés, mis au chaud, à l'aise, et puis par la suite il n'y avait rien. » (Bénévole, Protection Civile)

Au cours de nos entretiens, beaucoup de problématiques sont soulevées par les intervenants, mais malgré cela, certains points positifs se dégagent et laissent un sentiment de relative satisfaction quant à la gestion de cette épidémie.

6. Des avancées essentielles pour l'avenir

6.1 Renforcement et développement du travail en réseau

Lors de nos entretiens, un des points positifs soulignés par l'ensemble des intervenants du médico-social est le partenariat et le travail en collaboration des différentes structures. Malgré certaines difficultés de communication, évoquées précédemment, tous s'accordent à dire que l'entraide et la complémentarité des équipes a été très importante. En effet, le travail coordonné entre les associations d'aide aux personnes précaires et les structures sanitaires (CFPD, LHSS, CHU) a permis une prise en charge efficace de ces populations. Un exemple est l'astreinte REB-Covid précarité, qui permet un lien direct entre les associations et le CFPD et facilite ainsi le travail en réseau et la communication.

« Parce que cette connaissance qu'on avait avant, on a enrichi notre travail, notre collaboration, on a embarqué d'autres professionnels qu'on ne connaissait pas avant. Il y a eu des bénévoles. Et je trouve que c'était qualitatif. » (Coordinatrice, MDM)

« Le fait d'être en lien permanent avec les associations, notamment par le biais de l'astreinte, permet que les gens osent appeler pour nous alerter » (Médecin généraliste, CFPD)

« On sait ce qu'on fait et quel est le domaine de compétence de chacun, on se complète vraiment. » (Médecin généraliste, CFPD)

« Et il faut aussi dire, que finalement, on a réussi à avoir une collaboration pas trop mauvaise avec le CHU et les urgences. Et aussi, la mobilisation de tous les réseaux nantais pour faire des masques, des blouses etc. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

L'implication des médecins spécialistes et notamment de certains psychiatres, est également à souligner. En effet, la prise en charge des personnes précaires nécessite une vision globale du soin et une implication pluridisciplinaire.

« Et aussi, la belle collaboration avec les psychiatres, et les liens avec la structure des lits halte soins santé » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

Cette pluridisciplinarité a permis un enrichissement des connaissances de tous. C'est par exemple, le cas du CFPD, qui note une amélioration de leur connaissance des terrains et des populations sur les bidonvilles.

« Nous avons actuellement une connaissance des bidonvilles que nous n'avions pas auparavant » (Médecin généraliste, CFPD)

Cette collaboration en réseau permet aussi de faire remonter beaucoup d'informations cruciales aux instances sanitaires et ainsi, d'adapter certaines recommandations et actions aux réalités des terrains.

« C'est aussi que le réseau local a été très réactif, voir même précurseur des recommandations nationales, une sorte de solidarité locale qui a été assez importante. » (Médecin généraliste, LHSS)

« On continue à travailler, et je pense à monter en compétences, en savoir-faire, et savoir-être collectivement, dans nos équipes, dans nos services » (Coordinatrice, MDM)

Cette crise du COVID a également permis de se rendre compte du travail de chacun, auprès des populations précaires et de créer de nouveaux liens entre les associations. Parfois, il a aussi été question de rassembler les forces et de travailler ensemble de façon plus efficace, c'est notamment le cas du CFPD et de la PASS, ou de l'équipe de St-Aignan et de la protection civile, sur le centre de desserrement. Cette cohésion, est également présente au sein même des associations, où les bénévoles ont su travailler ensemble, en trouvant leur place et respectant le travail de l'autre.

« On a appris aussi ce que faisaient les uns et les autres, notamment des associations très différentes de la nôtre » (Bénévole, Protection Civile)

« Globalement, le point le plus positif est l'excellente entente et collaboration qu'il y a eu entre l'équipe de St-Aignan et la protection civile. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« Il y a eu un mélange d'acteurs qui était vraiment facile, on ne se marchait pas sur les pieds, on était content que chacun soit là et travaille ensemble » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

« Mais en tout cas, ça a fait mobiliser beaucoup d'acteurs, ça a créé du lien entre les partenaires et les usagers. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

Au cours de cette épidémie, les liens entre les associations et les différentes structures se consolident et facilitent ainsi la gestion de cette crise.

6.2 Un sentiment global de satisfaction : une organisation efficace et peu de cas graves

Un autre point mis en avant par les équipes, est celui de la gestion plutôt satisfaisante de cette crise sanitaire. En effet, nombreuses sont les personnes qui ont pu être mises à l'abri durant cette pandémie, grâce notamment, au nombre considérable d'ouvertures de places en centre d'hébergement d'urgence. De plus, les conditions d'isolement proposées, par exemple, au centre de St Aignan sont confortables et permettent d'héberger les malades dans des conditions décentes. Dans ce cadre, le respect des consignes d'isolement et l'application des gestes barrières sont ainsi plus simples à faire respecter. Tout cela, est également favorisé par des actions de prévention et de dépistage menées dans de bonnes conditions, permettant ainsi une meilleure adhésion des populations cibles.

« Globalement, ils ont bien compris l'intérêt de l'isolement, ils ont trouvé ça dur tout de même. Mais, ils ont bien compris la nécessité de le faire, et certains nous ont même fait des lettres de remerciements. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

« C'est vraiment une chose très positive pour moi, car ce séjour, a fait une parenthèse pour ces personnes-là, dans un lieu confortable » (Bénévole, Protection civile)

« Pour ceux qui étaient au centre de desserrement, il y a vraiment eu zéro difficulté car on était dans des conditions où, on avait du temps pour leur expliquer même avec la barrière de la langue que mettre le masque était indispensable, que de ne pas aller voir les autres était indispensable. » (Médecin, responsable Solidarité Diocèse)

In fine, cette gestion de la crise aboutit à un nombre de cas graves relativement faible, sur les terrains, ainsi que peu de clusters. Les actions mises en place, en coordination avec les différents acteurs, permettent de freiner efficacement la propagation du virus. Cependant, il convient de nuancer ce constat, en le mettant en parallèle avec la situation sanitaire dans l'ouest de la France. En effet, au moment de notre étude, cette région connaissait un faible taux de contamination par rapport à d'autres régions françaises.

« Moi, je trouve qu'ici en tout cas ça n'a pas été trop mal géré. C'est là qu'on voit qu'on est quand même un pays développé, un pays qui a un hôpital public organisé, où la coordination fonctionne. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

« Donc, en tout cas sur la structure en tant que telle, on n'a pas eu de cas graves. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Personne, au centre de desserrement, n'a eu de COVID grave qui a nécessité une hospitalisation » (Bénévole, Protection Civile)

Cette organisation efficace a été possible, notamment, grâce au travail des médiateurs anti-COVID.

6.3 Création d'emploi et développement de nouvelles missions

Pendant la période du COVID, la mise en lumière de la situation des personnes précaires a permis de générer de nombreux emplois, c'est notamment le cas des médiateurs anti-COVID. Ce rôle initialement assuré par les bénévoles devient alors salarié, financé par l'ARS, durant la période du COVID en raison des besoins importants dans ce secteur.

« Donc, ça a créé énormément de marchés et d'emplois. Il y a beaucoup d'acteurs qui interviennent sur les bidonvilles aujourd'hui. Et c'est très bien, on travaille sur les principes d'égalité et à rendre les personnes invisibles, visibles aux yeux de la société et de l'administration. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

Une de leur mission, est d'introduire les intervenants sur les sites, en faisant le lien entre les habitants des terrains et les soignants. C'est au cours de ces actions de prévention et de dépistage, qu'ils facilitent le dialogue avec les populations et contribuent ainsi, à une meilleure acceptation de ces mesures.

« Et puis, voilà, ça met le rôle du médiateur en lumière. C'est une ressource sur laquelle les professionnels de santé peuvent s'appuyer. On est là en tant que tierce personne, pour faciliter le dialogue. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Donc là, sur les bidonvilles, il y a eu un gros travail sur l'accompagnement, et sur la création d'un nouveau métier, qui est la médiation en santé avec une reconnaissance auprès de la HAS et du coup, un transfert qui s'est fait en deux vagues à l'association Les Forges Médiations. » (Coordinatrice, MDM)

Par ailleurs, de nouvelles missions spécifiques à la période du COVID se développent, au sein des différentes organisations. À la suite d'une dérogation de l'ARS, la protection civile assure désormais un rôle dans le transport sanitaire des personnes, entre les lieux de squats ou les bidonvilles, vers les centres d'isolement ou les hôpitaux. De son côté, le CFPD forme une équipe d'infirmières pour assurer la surveillance des personnes malades, au sein des hôtels

dédiés à l'isolement. Un autre exemple, est la mise en place d'une permanence sociale créée par des bénévoles pour aider à la prise en charge de problèmes sociaux des personnes au sein du centre. Enfin, d'autres actions ont été mises en lumière et développées de manière plus importante, c'est notamment le cas pour les terrains d'insertion.

« On a essayé de faire avancer les choses là où tout s'était arrêté à certains moments, on a pu faire en sorte que ça ne s'arrête pas » (Bénévole, Protection Civile)

« Et aussi, par exemple, le covid a mis en lumière la création des terrains d'insertion. Ça avait été créé avant le covid dans le but de passer du bidonville, aux terrains d'insertion puis appartement. Les gens ont pris conscience des choses qui ont été faites. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

L'état de santé des personnes précaires, lors de cette épidémie, préoccupe les différents intervenants. De multiples actions sont créées dans le but de les ramener, vers le système de soins classique.

6.4 Développement de l'aller-vers et modification des politiques sociales

L'émergence de cette pandémie a également bousculé les politiques sociales, en matière de précarité. D'abord, elle permet de mettre en lumière des problématiques longuement ignorées par les instances dirigeantes et le grand public. La question de la mise à l'abri et du soin aux populations vulnérables est enfin prise en compte et des financements sont alloués pour le développement de l'aller-vers.

« Et donc, que ce soit au niveau de la santé ou du social, ça a fait bouger les choses. Ça a fait découvrir aussi le mode de vie de beaucoup de personnes précaires. » (Médiateur social, Les Forges Médiation)

« Et un autre point positif, c'est que les populations précaires ont été prises en compte dans les politiques de santé publique. Alors que d'habitude c'est un peu moins une priorité, là, j'ai trouvé que c'était au même niveau. » (Médecin généraliste, LHSS)

Cependant, il faut rester prudent face à cette démultiplication des initiatives d'aller-vers, afin d'éviter de créer des circuits parallèles et de sortir ainsi ces personnes du parcours de soin classique.

« Mais en parallèle, plein d'autres allers-vers ont été mobilisés, il y a eu un financement de plein d'allers-vers sans mise en place de coordination [...] mais encore une fois ça peut être totalement destructeur et contre-productif » (Coordinatrice, MDM)

Cette pandémie permet également, de tester de nouveaux modes de fonctionnement au sein de certains hébergements d'urgence, en développant des logiques de bas-seuil. Les publics accueillis ont une plus grande liberté, cela s'applique notamment à leur consommation de toxiques. En effet, les structures appliquent une politique de réduction des risques du fait du confinement.

« Donc, quelque part ça a un peu fait évoluer ce mode de pensée là sur l'accueil, de se dire qu'à un moment, il faut baisser les seuils parce que parfois, dans le social on a un peu tendance à faire des lieux où on augmente tellement le seuil que plus personne ne rentre. » (Educateur spécialisé, Mellinet)

« Mais aussi, au niveau addicto où on a pu expérimenter des choses. [...]. Ça a permis de remonter un peu le seuil de tolérance. Et de faire peut-être plus de liens, que ce soit plus accepté. » (Médecin généraliste, LHSS)

Par exemple, pour l'alcool il est préférable qu'un individu consomme de façon plus modérée sur place, plutôt que de risquer un délirium tremens à cause d'un sevrage forcé et non accompagné médicalement. Cette politique d'accueil a perduré sur certains lieux de vie et a ouvert des pistes de travail et de réflexion sur d'autres.

« Alors, on a beaucoup discuté avec nos collègues psychiatres, et on a choisi de les laisser consommer mais avec un minimum de contrôle. Le but est d'éviter des syndromes de sevrage qu'on ne pouvait pas gérer en plus du covid et des autres problématiques » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

Enfin, une autre adaptation engendrée par la pandémie est la stabilisation des personnes sur les structures d'accueil. En effet, avant le COVID, du fait d'un manque de place le temps d'hébergement des personnes était limité. Le but était de proposer une solution de logement, même temporaire, au plus grand nombre. Toutefois, cela ne permettait pas aux travailleurs sociaux de travailler sur le long terme avec les populations. Il est en effet difficile d'avancer avec les personnes sur l'accès à leurs droits, quand elles ne savent pas où elles vont dormir.

« Donc les gens tournent, ils sont posés entre 3 jours et 1 semaine et ensuite, ils retournent à la rue et d'autres gens prennent leur place, avec une sorte de turn-over pour que les gens aient des temps de répit. Mais, c'est un peu une aberration au niveau santé, et un peu social aussi, notamment au niveau du suivi et du parcours de soin. » (Médecin généraliste, LHSS)

« Pareil pour le lien de confiance, que ce soit d'un point de vue sanitaire ou social, c'est quand même plus facile quand les gens sont posés » (Médecin généraliste, LHSS)

Avec l'arrivée du COVID et la majoration du nombre de places d'hébergement, on observe une diminution du turn-over dans les centres et dans les structures sanitaires. La confiance entre les intervenants et le public accueilli est ainsi renforcée, permettant une meilleure prise en charge. Cela a également pour but de diminuer le brassage des populations et ainsi de limiter la propagation du virus.

*« Comme les gens se sont fixés sur les places ; il n'y avait plus d'entrées et plus de sortie »
(Educateur spécialisé, Mellinet)*

« Nous, comme il ne fallait pas qu'il y ait des gens qui rentrent sans qu'on les connaisse, pour limiter les risques pour les autres, ils avaient maintenu le fait qu'il n'y ait pas de turn-over dans le foyer » (Médecin généraliste, LHSS)

Toutes ces actions n'auraient pas pu être mises en place sans la mobilisation d'un grand nombre de bénévoles.

6.5 Investissement important des bénévoles

L'investissement et la disponibilité des bénévoles pendant cette épidémie ont été indispensables, permettant ainsi une meilleure prise en charge des populations précaires. Ils font preuve d'une grande solidarité entre eux et de dévouement, quand par exemple, il faut reprendre certaines gardes au centre de Saint-Aignan ou lorsqu'il faut mettre rapidement des actions en place. Ils sont également présents pour soutenir les populations qui vivent des moments difficiles pendant cette épidémie de COVID. Ces échanges entre bénévoles et usagers créent des liens.

« Il faut également noter l'incroyable générosité des bénévoles, une solidarité, beaucoup de disponibilité. » (Médecin coordinateur, centre St Aignan)

*« Il y a eu une vraie fraternité entre les bénévoles, par exemple, pour reprendre des gardes. C'était vraiment très fluide, il y avait vraiment une belle générosité et une belle créativité »
(Médecin, responsable Solidarité Diocèse)*

Aussi, certains pour les remercier, leur adressent des mots, témoignant de leur reconnaissance par rapport à l'accompagnement qu'ils ont réalisé pendant cette période. Il faut aussi souligner une grande créativité des bénévoles, ils réalisent des masques, des blouses en tissu, improvisent de nouveaux moyens de communication pour les personnes étrangères etc. Ils essaient de s'adapter au mieux à cette épidémie.

« Il faut savoir qu'il y a eu aussi des belles histoires, des liens se sont tissés entre les équipes de bénévoles et les personnes. Il y a des gens qui nous écrivaient des mots de remerciements magnifiques. » (Bénévole, Protection Civile)

Discussion

A. Principaux résultats

De l'analyse de ces entretiens, on retient tout d'abord la brutalité avec laquelle l'épidémie est entrée dans la vie des Français, et plus particulièrement, des populations précaires. En effet, les intervenants du médico-social sont surpris par cette situation inédite et surtout toutes les inconnues sur la potentielle gravité de cette maladie. Grâce à notre recherche documentaire, nous savons que les personnes vulnérables sont plus à risque de faire des formes graves de cette maladie, cela engendre beaucoup d'inquiétude et de stress chez les professionnels et bénévoles qui œuvrent auprès d'eux. Rapidement, se pose aussi la problématique du manque de moyens de protection, et pour contrer cela, les associations et les bénévoles tentent par tous les moyens de se procurer masques et blouses. Pour freiner le virus, nous avons vu que des dépistages sont proposés ainsi que des solutions d'isolement. Mais malgré ces efforts, l'épidémie a été une période très difficile, à la fois pour les personnes précaires ainsi que pour les intervenants que nous avons interrogés.

Ainsi, notre étude montre que l'épidémie de COVID 19 aggrave des problématiques sanitaires, déjà présentes, au sein des populations précaires. Elle aura aussi permis une mise en lumière de ces difficultés, ainsi des missions professionnelles se développent dans un milieu où, habituellement, ce sont les associations qui jouent un rôle prépondérant.

B. Apport de cette étude

1. Quand la pandémie accroît les inégalités : faire face aux besoins en évitant la stigmatisation des plus précaires

1.1 Des difficultés d'accès aux soins omniprésentes

Les différentes actions mises en place pour limiter la propagation du virus, témoignent de la volonté des associations de permettre aux populations précaires d'accéder aux soins. Garantir à tous un accès aux soins est un principe d'égalité très important en France. Mais malgré cela, des discriminations existent et renforcent les inégalités sanitaires et sociales de notre société. L'étude sur le refus de soins aux patients ayant la CMU le prouvent (30). En effet, de nombreux praticiens de santé refusent, d'accorder aux patients les droits auxquels ils peuvent prétendre,

(avance de frais, interdiction des dépassements d'honoraires...) voir même parfois de leur accorder des rendez-vous.

De plus, notre recherche bibliographique nous enseigne que les personnes en grande difficulté recourent nettement moins au système de santé. Cela s'explique souvent, par une méconnaissance de ce système et par un manque d'intérêt pour leur santé. D'autres problématiques, comme celle du logement ou du travail sont au premier plan. Cette méconnaissance se traduit par un défaut de recours à leurs droits, comme en témoigne l'étude « *La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres* » (31) où il est démontré que l'absence de couverture sociale reste fortement liée au niveau de revenus. En effet, 12% des personnes ayant les plus faibles revenus (premier quintile), ne sont pas couvertes par la sécurité sociale.

La pandémie du COVID accentue d'autant plus ces inégalités sanitaires. Par exemple, l'accès au dépistage est compliqué, bien souvent il faut prendre RDV sur Doctolib mais nombreux sont ceux qui ne peuvent pas y avoir accès. De la même façon, les discours de prévention prônent l'achat de masques de protection et de gel hydroalcoolique, mais tout cela a un coût non négligeable pour des personnes rencontrant déjà des difficultés financières.

1.2 Répondre à un besoin par la création de filières spécifiques

Pour pallier des difficultés d'accès aux soins, nous avons vu que les associations et le CFPD mettent en place des dépistages directement sur les terrains, où vivent ces populations précaires. Ils interviennent à la fois sur les squats, les lieux d'hébergement d'urgence ou sur les bidonvilles. L'idée est de permettre au plus grand nombre d'y avoir accès. Mais cela a un caractère intrusif et pose des questions éthiques. En effet, les intervenants se retrouvent directement sur les lieux de vie des personnes, et on peut alors se demander s'ils ont vraiment le choix ou non du dépistage. Et quelles seraient les conséquences en cas de refus ? Ce sont des questions que nous n'avons pas eu l'occasion d'explorer au cours de nos entretiens.

Après la question du dépistage, se pose la question de l'isolement en cas de résultat de test positif. Des solutions sont proposées, mais la frontière est mince entre le choix et l'obligation. Par exemple, un patient positif ne peut pas rester dans un hébergement d'accueil d'urgence. Il n'est pas forcé d'accepter la proposition d'isolement (hôtel ou centre de desserrement) cependant, il est contraint de quitter son lieu de vie. Une synthèse publiée par Santé Publique France (32) sur la lutte contre la Covid 19 auprès des populations précaires, souligne qu'il est extrêmement délicat de conditionner un dépistage au maintien d'un lieu d'habitation qui

démultiplie d'autant plus leur inquiétude. A la peur des conséquences de la maladie, s'ajoute celle de perdre son logement.

Même si ces différentes actions ont pour but de limiter la transmission du virus, elles créent malheureusement des circuits de soins parallèles. En effet, au sein des populations plus aisées, le dépistage est entièrement volontaire, ainsi que l'isolement. Personne n'est contraint de quitter son lieu d'habitation, en cas de positivité. Malgré les politiques de « retours vers le droit commun » toujours prônées par les associations, l'urgence de la pandémie engendre initialement un retour en arrière. L'idée était d'agir vite et fort, en oubliant peut-être de consulter l'avis des principaux concernés, les populations vulnérables. C'est fort de ce constat, que les intervenants ont au fur et à mesure adapté leurs stratégies d'action, afin d'être plus efficaces et moins stigmatisants.

1.3 La pandémie génératrice de stigmatisation

En effet, le fait de créer des circuits de soins spécifiques aux personnes précaires fait craindre le risque de stigmatisation. Il est apporté une solution, certes favorable, mais qui reste spécifique aux personnes pauvres alors que bien souvent, leur volonté est d'intégrer un parcours de soin classique. Il se pose alors la question de savoir jusqu'où va-t-on ? A partir de quel moment, telle ou telle action est-elle plus néfaste pour ces populations ? Par exemple, nous savons que pour qu'une stratégie de dépistage soit efficace, elle doit prendre en compte le maximum de personne et ne pas stigmatiser. Et donc, organiser un dépistage de masse sur un terrain précaire n'est-il pas stigmatisant quand on ne le fait pas de la même façon dans un autre quartier où vivent des populations plus aisées ?

Une autre stigmatisation vécue par les personnes précaires atteinte du COVID est celle venant de ses pairs. En effet, la personne malade pouvait être accusée d'être à l'origine de la propagation du virus sur le terrain. Des représailles, allant jusqu'à l'expulsion pouvaient avoir lieu.

La non-stigmatisation des personnes précaires est un enjeu de taille lorsqu'on parle de santé publique. Le ciblage d'un groupe de personnes plus à risque vis-à-vis d'une maladie peut avoir, des effets sanitaires positifs en leur donnant un plus haut degré d'attention. Le but recherché est l'obtention d'une équité en travaillant à la réduction des inégalités. Mais le pendant de cela, est la stigmatisation. D'abord, cela peut-être mal perçu par la population concernée, mais cela peut aussi, favoriser la dépendance et porter atteinte à l'autonomie des personnes. En matière de

santé, il est primordial que chacun soit acteur de son parcours de soin, ainsi lorsqu'on organise des actions il faut être bien attentif à préserver cela, même en période de pandémie.

Un autre enjeu important visant à la réduction des inégalités sociales est de favoriser l'accès à un logement décent.

2. Enjeux socio-politiques de la pandémie : le logement au cœur du dispositif

2.1 Une politique publique de mise à l'abri

Au cours de cette crise sanitaire, une des priorités a été de mettre à l'abri les personnes vulnérables et d'éviter au maximum que certaines dorment dehors. En atteste une déclaration du Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, qui proclame que « l'enjeu est d'éviter toute remise à la rue de personnes dans le contexte sanitaire actuel. Le principe de solidarité nationale envers les personnes les plus démunies est ainsi placé au cœur du dispositif de l'État pour répondre à l'épidémie ». Effectivement, au cours de nos entretiens, il a été marquant de voir le nombre important de solutions d'hébergement proposées. Les dispositifs, habituellement temporaires des plans hivernaux ont en effet, vu leurs places augmenter et surtout, se pérenniser. De plus, des hôtels ont été réquisitionnés, afin de loger le plus grand nombre. Un centre de vacances a même été mis à disposition, pour prendre en charge les malades sans solution d'isolement. On peut alors en déduire, que des moyens ont été alloués pour financer ces dispositifs et que, le principe de solidarité, en situation d'urgence épidémique, a plutôt bien fonctionné. Mais alors si des solutions existent pourquoi a-t-il fallu attendre qu'une pandémie arrive ? Les solutions proposées vont-elles se pérenniser dans le temps, et la pandémie a-t-elle ouvert la voie à une vraie prise en compte de la précarité dans les politiques de santé ? Le COVID a été un révélateur de la pauvreté et du sans-abrisme en France. Grâce à l'action des associations, cette problématique reste un point important de militantisme. D'ailleurs, la Ville de Nantes organise en 2022 une assise des solidarités, celle-ci aura pour fonction d'essayer de répondre à toutes ces questions.

2.2 Impact du mal-logement sur la santé des populations

Lors de notre recherche documentaire, nous avons vu que l'impact des conditions de vie sur l'état de santé d'une population est un facteur majeur. Dans notre étude, la question du logement est une question essentielle, il est très difficile voire impossible pour une personne sans domicile fixe de prendre le temps de s'occuper de sa santé. En effet, avoir un toit pour dormir et de quoi manger doit-être la priorité. Les travailleurs sociaux nous l'ont rappelé sans cesse : pour

travailler avec une personne sur ses droits, il faut qu'elle soit stabilisée sur un lieu de vie. La problématique sanitaire peut alors être évoquée, si un climat de confiance est instauré. D'ailleurs, la pandémie a permis de diminuer le turn-over sur les places d'hébergement d'urgence, permettant ainsi aux personnes accueillies de bénéficier d'un peu de répit et de pouvoir entamer des démarches médico-sociales. De nombreuses études, montrent, en effet, le lien entre les conditions de vie difficiles et l'apparition de maladie. C'est notamment le cas du rapport publié par l'ORS Ile-de-France, (observatoire régional de la santé) (33) qui affirme que les coûts de santé engendrés par la précarité énergétique apparaissent bien supérieurs aux coûts des travaux d'amélioration des logements. En effet, par différents mécanismes, comme l'exposition prolongée au froid, la précarité énergétique majore le risque d'apparition de pathologies cardio-vasculaires ou respiratoires. Elle participe également, à la modification des comportements, avec parfois, une consommation accrue d'alcool ou des modifications de régime alimentaire (plus riche en calories, de façon à faire face au froid).

Lorsque l'on parle de l'impact des conditions de vie sur la santé des populations, il est également primordial d'évoquer la question de l'accès à l'eau potable. De fait, la pandémie a également exacerbé cette problématique et mis en avant un réel besoin. Bien que l'accès à l'eau soit considéré comme un droit fondamental, beaucoup de personnes vulnérables ne peuvent y prétendre. C'est notamment le cas sur de nombreux bidonvilles ou squats. Alors que les discours de prévention vis-à-vis de la COVID 19 demandent une bonne hygiène et un lavage régulier des mains, les associations alertent sur le décalage avec la réalité du terrain. Le gouvernement lance alors, avec l'ONG Solidarité International et la DIHAL, une vaste opération de raccordement à l'eau potable (34). Les bidonvilles de la région nantaises ont pu en bénéficier, comme nous l'a expliqué la coordinatrice régionale de l'association Médecin du Monde.

Même si ces problématiques sanitaires étaient préexistantes à la pandémie, celle-ci a tout de même, permis des avancées sociales considérables et une prise de conscience des instances politiques. La crise génère une visibilité accrue des plus précaires, par un travail acharné des associations humanitaires et des bénévoles.

3. Solidarité envers les plus précaires : du bénévolat à la médiation en santé

3.1 *L'épidémie de COVID 19 : les bénévoles en première ligne*

Cette crise sanitaire a fait resurgir l'importance du travail des associations auprès des populations fragiles, et notamment celle des populations précaires. Il est important de rappeler que le bénévolat n'est pas une activité récente, elle émerge en France à partir du XIXe siècle

avec la révolution industrielle (35). Dans l'histoire, le milieu associatif est le premier à prendre en compte les problématiques d'inégalités sociales qui fragmentent notre société. Il s'engage, en première ligne, auprès de ces populations vulnérables. C'est au cours de crises sanitaires, comme les premières épidémies de choléra ou de typhoïde, au XIXe siècle, que les bénévoles vont se mobiliser en grand nombre pour apporter leur aide aux plus faibles. En revanche, la prise en compte des inégalités sociales par les autorités publiques est beaucoup plus tardive. C'est seulement en 1980, que la précarité est considérée comme un problème de santé publique (6).

En mars 2020, face à l'arrivée de cette crise sanitaire du COVID19 et le début du confinement en France, de nombreux bénévoles s'interrogent et s'inquiètent du devenir des personnes précaires. De multiples associations ferment leurs portes et cessent leurs activités. Les responsables d'associations que nous avons consultés dans notre étude, (diocèse de Nantes, Protection civile et Médecins du Monde) ont alors alerté les autorités sur le risque d'isolement des populations précaires. Cependant, pourquoi est-ce aux associations d'alerter face à cette situation ? N'est-ce pas une mission qui devrait être assurée par l'Etat ?

Tout d'abord, il faut souligner que le bénévolat occupe une place importante en France. Pour rappel, en avril 2020, avant l'épidémie de la Covid 19, en France on dénombrait 25 millions d'adhérents dont 13 millions de bénévoles et 1,8 millions de salariés (36). De plus, pendant cette crise sanitaire, les inégalités sociales se renforcent au sein de ces populations déjà vulnérables. En mars 2020, la période du confinement est particulièrement difficile à vivre, souvent révélatrice des difficultés vécues au quotidien, par les personnes en situation de précarité (36). On peut citer notamment, des conditions de vie éprouvantes (hébergements collectifs, des logements exigus, etc.), et des difficultés financières empêchant un accès aux besoins vitaux (alimentation, hygiène). C'est ainsi qu'en France, on constate que depuis le début du confinement, le Secours Populaire décrit une hausse de 45% de bénéficiaires supplémentaires. Et les Restos du Cœur font la même observation et servent 40% de nouveaux arrivants.(37)

Face à cela, de nouvelles formes de solidarités émergent autour des populations précaires. Comme le souligne notre étude, il semble indispensable et urgent, pour le milieu associatif, de ne pas laisser tomber les plus faibles. Vecteur de solidarité et de cohésion sociale, il porte une attention particulière à accompagner au mieux ces populations (36). Une des premières missions des bénévoles, consiste à répondre rapidement aux besoins de première nécessité (eau, alimentation, hygiène) de ces populations, mais aussi de garder un lien social avec celles-ci.

D'autres actions vont être spécifiques à cette épidémie de COVID, comme les missions de prévention et de dépistage. Les associations sont une ressource indispensable aux professionnels grâce à leur connaissance et leur expérience du terrain. Ils doivent travailler de façon complémentaire et le bénévolat ne doit pas se substituer aux missions salariées.

3.2 Place du bénévolat au sein des politiques de santé publique

En France, avec l'apparition de cette crise sanitaire de la COVID 19, les failles structurelles de notre société sont mises en lumière. Des réalités trop souvent occultées, comme l'isolement, les inégalités sociales, l'épuisement des professionnels de santé, s'imposent à nous. Le système de soin français est considéré pour un grand nombre comme l'un des plus performant. Cependant, d'après la DRESS, en 2018 près de 4200 lits d'hospitalisation complète ont été fermés dans les hôpitaux. Ainsi, sur les vingt dernières années, la fermeture de lits d'hospitalisation s'élève à 100 000. Les besoins en santé de la population se majorent, et pourtant, l'offre de soins ainsi que les moyens dans ce domaine sont en constante diminution (38).

Pendant cette épidémie, de profonds changements vont s'opérer. La décision des politiques, lors de la gestion de cette crise, est de mettre l'humain et sa protection au premier plan. La politique du « quoi qu'il en coûte », en témoigne. Cependant, faut-il une crise telle que celle de la COVID 19, pour remettre l'humain et ses fragilités au cœur du débat public ? Ces dysfonctionnements du système sanitaire n'auraient-ils pas pu être anticipés avant cette crise ? Dans ce contexte de système médicosocial défaillant, le bénévolat vient suppléer les professionnels dans leurs missions. Le système associatif a en effet, toujours agi dans l'ombre des institutions. Souvent peu reconnue par la société, leur contribution n'en demeure pas moins essentielle, l'état leur déléguant de nombreuses missions. Par exemple, au début de cette pandémie, le secrétariat d'État en charge de la vie associative, a sollicité les responsables associatifs dès la première semaine du confinement. Le but de cet échange, était de définir les missions importantes des associations face à cette épidémie. Mr Gabriel Attal, secrétaire d'état auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse, en avril 2020, rappelle aussi que « nous avons besoin des associations en ce moment » (39).

Pendant l'épidémie de COVID, les associations sont en lien constant avec les institutions, pour faire remonter les constats et les besoins locaux, au niveau national et régional. Grâce à ces informations, les autorités sanitaires peuvent décider d'augmenter le nombre de professionnels, ou les moyens disponibles sur place. Malgré cette aide mutuelle entre associations et institutions, un certain nombre d'entre elles ne sont pas toujours en accord avec les politiques mises en place. C'est notamment le cas de Médecins Du Monde, qui lutte contre les fragilités

du système actuel en créant des programmes spécifiques à certains besoins (mission avec les mineurs non accompagnés, sur les travailleurs du sexe etc.). Certaines associations, choisissent ainsi de garder une certaine liberté d'action, en finançant elles-mêmes certains projets.

Ainsi, pour assurer un système médico-social compétent, il est indispensable que chaque acteur (l'État, le milieu associatif et les professionnels) assure le rôle, qui lui est propre. Quelques pistes sont soulevées par les différents intervenants de notre étude. Les institutions doivent pouvoir donner la possibilité aux populations précaires de subvenir à leurs besoins vitaux, (accès au logement, à l'eau, à la propreté) ainsi que d'engager un nombre suffisant de professionnels compétents pour accompagner ces populations. Par exemple, pendant cette crise sanitaire, les autorités sanitaires (l'ARS), grâce aux moyens importants déployés, ont engagé des médiateurs en santé. De leur côté, les bénévoles doivent rester avant tout un soutien pour les professionnels, ils ne doivent pas se substituer aux salariés. Le Conseil économique, social et environnemental définit le bénévolat en février 1993: « Est bénévole toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui, en dehors de son temps professionnel et familial ».(40) Cette définition, souligne le caractère gratuit de leur investissement, parfois même aux dépens de leur vie privée. Il paraît ainsi, essentiel que leur rôle sur les missions ne soit que temporaire, le but étant, in fine, de transférer les compétences acquises à des professionnels. La meilleure illustration de cela est la création du métier de médiateur en santé.

3.3 Émergence de besoins lors de cette épidémie : la médiation sociale, une ressource indispensable

La COVID 19 a fait émerger certains besoins. Les alertes des associations mettent en lumière la nécessité de médiation sur les bidonvilles, pendant cette crise sanitaire. Initialement assurée par les bénévoles, la médiation en santé va devenir un emploi salarié à part entière, pendant l'épidémie de COVID 19. Le médiateur en santé, va permettre d'introduire les professionnels de santé sur les terrains et de faciliter le dialogue auprès des populations précaires, lors des différentes interventions. Ils interviennent en petit groupe (trois maximum), afin de limiter le sentiment d'intrusion et accompagnent les populations avant, pendant et après le passage de l'équipe médicale. Pour ces populations particulièrement sensibles aux « fake news » et aux théories du complot, il est indispensable d'apporter une information claire pour les amener à réfléchir par elles-mêmes. Les médiateurs en santé vont donc essayer de déconstruire les fausses idées, mais aussi de recueillir leurs craintes, leurs besoins et leurs attentes, sur les passages effectués.

Dans ce cadre, la posture de « soignant sachant », souvent moralisatrice, semble inappropriée et contreproductive. Ainsi, les médiateurs en santé, mettent de côté leurs convictions pour adopter une attitude empathique. Ce lien entre partenaires et usagers a permis, une lutte anti-COVID efficace, freinant ainsi la propagation du virus.

Cependant, la médiation est amenée à disparaître dans l'avenir. Le but n'est pas d'infantiliser ces populations, mais au contraire de sensibiliser, de les autonomiser afin de les rendre responsables de leurs propres choix.

4. Réflexions sur les actions mises en place, quelles leçons à retenir pour l'après COVID ?

4.1 Importance d'une démarche projet en santé publique

Pour réaliser des actions de prévention en santé publique, en théorie, il est indispensable d'adopter une démarche projet. Tout d'abord, il faut faire un état des lieux des terrains. Cette étape permet de cibler au mieux les problématiques des terrains sur lesquels on souhaite intervenir. Au cours de cette étape, la rencontre avec les partenaires en lien avec le public ciblé et l'établissement d'objectif est primordial. Grâce à leurs expériences et leurs connaissances du terrain, ils font le lien entre les professionnels et les usagers, et facilitent ainsi l'action des professionnels. Par exemple, lors d'une action sur un terrain ROMS, il faut les prévenir en amont de l'intervention. Les professionnels sont ensuite introduits par les médiateurs, afin de ne pas avoir une démarche trop intrusive. Pour l'infirmière coordinatrice du CFPD, cette préparation en amont des actions est essentielle à leur bon déroulement. À la suite de cette première étape, les différents intervenants vont mener l'action ensemble. Puis, à distance de celle-ci, il sera réalisé une phase d'évaluation, où seront exposés, les principaux résultats et les améliorations à prévoir. Durant toutes ces étapes, l'accompagnement des populations est indispensable, il faut expliquer, rassurer, écouter les besoins, apprendre d'eux et avant tout s'adapter aux différents publics et aux différents terrains. Par exemple, pour les personnes habitant sur des terrains avec des risques d'expulsion, certaines actions comme la vaccination ne sont pas possibles. En effet, elle nécessite plusieurs passages et si les habitants du terrain sont expulsés, il est alors impossible d'effectuer un cycle vaccinal complet.

Pendant cette période de pandémie mondiale, cette démarche projet a été difficile à mettre en œuvre. En effet, souvent par manque de temps et face à l'urgence, les équipes travaillent dans la précipitation, ce qui aboutit à des actions moins efficaces. Ainsi, plusieurs intervenants évoquent la nécessité de prendre le temps de construire les actions. Il est aussi important de

toujours s'interroger sur la pertinence de l'action mise en œuvre. L'évolution dans les stratégies de dépistage et d'isolement en témoigne.

Au cours de la pandémie, des approches plus personnalisées se sont aussi mises en place. Par exemple, les intervenants se sont rendu compte que les dépistages de masse étaient très peu efficaces. Ils se sont alors réajustés, pour dépister un cercle plus étroit autour de la personne malade. Il en va de même pour les stratégies de prévention, avec le développement d'apartés et d'actions collectives. Les intervenants ne vont plus vers les populations pour parler du COVID, ce sont les populations elles-mêmes qui viennent vers les partenaires, pour amener des sujets de conversation : là encore, il s'agit d'apprendre des populations concernées. Enfin, pendant cette crise sanitaire, les stratégies d'aller-vers se sont accrues. Auparavant, le CFPD réalisait déjà des actions en dehors des murs, (bus prévention dans le cadre des vaccinations et dépistages et IST) mais du fait de la pandémie, elles se sont démultipliées. Ainsi, des maraudes s'organisent avec les partenaires dans le cadre de lutte anti-COVID.

Pour permettre le bon déroulement de ces actions, un travail collectif et coordonné (professionnels, bénévoles, et des instances sanitaires) s'est révélé indispensable.

4.2 Un travail en coordination pour des actions de qualité

L'épidémie de COVID surprend les différents intervenants, que ce soit dans le milieu associatif, comme professionnel. Afin de s'adapter aux recommandations des instances sanitaires qui évoluent sans cesse, ils travaillent souvent dans la précipitation et réalisent des actions dans l'urgence. Malgré ces contraintes, plusieurs d'entre eux nous alertent, sur l'importance d'une action coordonnée, pour faire face ensemble à cette crise sanitaire.

Durant cette crise, des changements organisationnels se sont ainsi opérés, au sein des associations. Par exemple, l'association Médecins du Monde a créé un groupe de travail sur la thématique du COVID, avec des personnes provenant de différentes filières de l'association. On constate aussi, des rapprochements inédits entre des organisations aux missions très différentes. C'est le cas du diocèse de Nantes et de la Protection Civile, lors de l'ouverture du centre de Saint Aignan. Même si elles n'avaient jamais travaillé ensemble auparavant, elles avaient un intérêt commun, celui d'assurer la gestion de ce centre. Des liens entre les professionnels et les associations se sont également renforcés. Par exemple, on peut souligner la coopération de MDM avec le CFPD et la PASS, pour les actions de dépistage sur les bidonvilles et les squats. Cette cohésion entre les différents acteurs, a permis d'assurer une

meilleure gestion de cette crise sanitaire. Ils espèrent tous que ces nouvelles collaborations perdureront dans le temps.

Face à cette épidémie inattendue, beaucoup de personnes souhaitent s'investir et agir. La grande diversité des volontaires est à souligner. Elle apporte une richesse aux actions mises en œuvre, mais peut aussi créer parfois un manque de visibilité sur le rôle de chacun. L'infirmière coordinatrice du CFPD, nous rappelle, qu'il est important de définir et de réexpliquer le rôle de chacun afin de gagner en efficacité. A titre d'exemple, les actions montées par la réserve sanitaire (et notamment l'ARS), en parallèle des partenaires habituels et sans préparation en amont, ont souvent été inefficaces et stigmatisantes pour les populations. Cela montre bien l'importance d'un travail de coordination entre les équipes, pour éviter les actions contreproductives.

Nous avons vu précédemment que, le temps dédié à la construction, l'organisation, et la coordination des actions entre les différents acteurs sont des facteurs indispensables pour une lutte anti-COVID efficace. Un discours approprié aux populations précaires est aussi un élément clé dans la mise en place des actions.

4.3 Adapter son discours aux populations précaires

De manière inconsciente, le discours adressé aux personnes précaires est souvent maladroit. La conversation est centrée sur la thématique du COVID, sans prendre en compte les autres difficultés de ces personnes. Par exemple, aller dire "on va vous sauver du COVID" à des personnes ayant souvent des états de santé catastrophiques, c'est inapproprié. Autre exemple, lors des actions de prévention dans les bidonvilles, on disait à ces populations « lavez-vous les mains, lavez vos masques en tissu », alors qu'elles n'avaient même pas accès à un point d'eau. Ainsi, ce n'est pas parce que celles-ci n'appliquent pas les mesures de prévention, qu'elles ne les ont pas comprises ou entendues. Les acteurs se sont vite rendu compte que même si la problématique du COVID est centrale, il faut avant tout prendre les personnes dans leur globalité. Afin de pouvoir réaliser un vrai échange et d'avoir un réel impact sur ces populations, certains d'entre eux suggèrent de modifier leur approche, en abordant directement les interrogations et attentes de celles-ci.

Par ailleurs, certains intervenants nous parlent de « soignant-sachant », ces personnes dont les propos souvent moralisateurs peuvent être mal vécus ou interprétés par les populations. Même si cette épidémie est inédite, et que les professionnels et bénévoles sont parfois confrontés à des situations d'urgence, il faut veiller à modérer les avis très tranchés. L'important est de prendre

la mesure des besoins des personnes et de ne pas imposer certaines recommandations sous prétexte qu'elles sont en situation de précarité. Par exemple, sur les bidonvilles, les intervenants observent souvent que les personnes précaires portent le masque en dehors du bidonville, mais pas à l'intérieur de celui-ci. En effet, porter le masque en continu sur son lieu de vie semble impossible à faire respecter. Et cela, est valable également en population générale.

Face à ces problématiques, la médiation en santé trouve une place centrale pendant cette épidémie. Le médiateur social des Forges Médiations rapporte que les perceptions de la COVID sont très différentes d'une personne à une autre. Elles peuvent aller de la peur au déni. Cette crise sanitaire, entraîne une méfiance et des tensions sur les terrains, certaines personnes refusant de se faire dépister. Pour pallier cela, les médiateurs s'adaptent aux populations et essaient d'instaurer un climat de confiance pour faciliter le dialogue. Le but n'est plus d'appliquer des recommandations sans réfléchir, de manière uniforme mais d'encadrer les actions avec des personnes « ressources », qui créent du lien entre les personnes et accompagnent les populations précaires.

C. Validité de l'étude

1. Forces

1.1 Méthodologie

Au cours de notre recherche bibliographique, nous nous sommes rendu compte que le peu d'études qui s'intéressaient aux populations précaires pendant l'épidémie de COVID 19, étaient réalisées sous forme d'analyses quantitatives. En effet, celles-ci donnent souvent des résultats plus rapides dans ce contexte d'épidémie. Elles permettent aussi de dégager les idées importantes qui pourraient ensuite faire l'objet d'un travail plus approfondi. Au vu de notre sujet d'étude, l'analyse qualitative de terrain, centrée sur une approche compréhensive, nous semblait la plus pertinente. Chaque chercheuse a réalisé cinq entretiens, au cours desquels elle essayait de recueillir le vécu de l'expérience de chaque participant par rapport à cette épidémie. Ces entretiens entre la chercheuse et le participant étaient un colloque singulier, permettant ainsi de faciliter la parole et d'instaurer un climat de confiance. Après chaque entretien réalisé, les chercheuses partageaient leurs observations et leurs vécus des entretiens, avec le souci d'améliorer leur approche éminemment de chercheuse. Ces échanges réflexifs ont pu conduire à certaines modifications du guide d'entretien au cours de notre étude. De plus, le lieu des entretiens était choisi par les intervenants, souvent sur leur lieu de travail ce qui permettait une

immersion dans les milieux mêmes où évoluaient les acteurs (Ex : responsable centre hébergement).

La réalisation en binôme de notre étude est une autre grande force. Elle a permis une inclusion plus importante de participants, ainsi qu'une mise en commun des données recueillies. L'analyse a été réalisée tout d'abord de manière individuelle, puis discutée ensemble pour constituer notre travail final. Enfin, la triangulation des données avec notre co-directrice de thèse, sociologue, a permis de renforcer la validité interne de notre étude.

1.2 Diversité dans le choix des participants

Nous avons constaté lors de nos recherches, que le rôle des intervenants du médical mais aussi du social a été primordial, pour assurer une prise en charge globale des patients en situation de précarité, tout au long de l'épidémie. L'investissement de nombreuses associations comble souvent le manque de professionnels dans ces domaines. Ainsi, l'originalité de notre travail réside dans la richesse et le choix des différents participants. En effet, il nous tenait à cœur de recueillir le témoignage de personnes présentant des profils différents, et provenant à la fois du secteur associatif et professionnel. Cependant, ils intervenaient tous dans le secteur du médico-social. De ce fait, nous n'avons pas pu arriver à saturation des données.

1.3 Limitation du biais de mémorisation

La période de recrutement a limité le biais de mémorisation. En effet, au moment des premiers entretiens (juillet 2021), l'épidémie de COVID-19 était encore présente et ne faisait pas appel à des souvenirs trop lointains.

2. Biais de notre étude

2.1 Limitation de sélection / recrutement

Devant les difficultés de recrutement, nous avons choisi d'utiliser le réseau du Dr SCANVION (médecin responsable de la PASS de Nantes), ainsi que de notre réseau personnel pour constituer notre population. Chaque participant, était recruté sur la base du volontariat, les personnes ayant donc accepté de participer à notre étude étaient plus susceptibles d'être intéressées par celle-ci, que d'autres personnes n'ayant pas répondu. Ainsi, cela a pu influencer la composition de notre échantillon.

2.2 Taille de l'échantillon

Notre échantillon est relativement restreint car il ne comporte que 10 entretiens. Cependant, la diversité des différents intervenants interrogés nous a fourni un recueil d'informations large, permettant ainsi de limiter ce biais.

2.3 Extrapolation des résultats

Notre étude a été réalisée auprès de professionnels et bénévoles travaillant dans le département de Loire Atlantique. Au moment de notre étude, ce département comptait peu de personnes malades par rapport à des régions, comme l'Île de France ou le grand Est. Ainsi, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la France.

2.4 Biais liés aux chercheurs

Les biais induits par la présence des chercheurs sont difficilement contrôlables, comme celui du manque d'expérience des chercheuses. En effet, ni l'une ni l'autre, n'avait de compétences dans le domaine de la recherche qualitative avant ce travail de thèse. Notre habileté à mener les entretiens, a évolué au fur et à mesure des entretiens et de nos échanges, en essayant d'adopter toujours une approche réflexive et compréhensive. Cependant, parfois nos mécanismes de défense, nos représentations, ont pu influencer de manière importante cette recherche entraînant ainsi un biais de subjectivité.

Par ailleurs, nous n'avions que peu de connaissances dans le domaine de la sociologie, ainsi que dans le domaine du social. Ces sujets étaient au cœur de notre sujet d'étude. Pour mieux les appréhender, nous avons réalisé de nombreuses recherches, et suivi les conseils précieux de notre co-directrice de thèse qui est aussi sociologue.

Enfin, au début de notre étude, nous nous sommes présentées comme des internes de médecine générale, cela a pu influencer les propos des participants, et ainsi entraîner un biais de désirabilité. Le participant adapte son discours et son attitude, dans un but de plaire et de s'adapter à la posture du chercheur.

Conclusion

Notre étude a montré que la pandémie du COVID 19 a été une période éprouvante pour les personnes en situation de précarité. Il a fallu faire face aux craintes vis-à-vis du virus, ainsi qu'aux conséquences néfastes d'une contamination (perte de logement, isolement etc.). Ce sentiment est partagé par les intervenants que nous avons rencontrés. En effet, beaucoup d'entre eux s'inquiétaient de la gravité potentielle de la COVID 19, compte-tenu de l'état de santé déjà

fragile de ces populations. Face à ces craintes, les organisations se sont mobilisées ensemble afin de mettre en place des actions de lutte contre la pandémie (mise à l'abri, actions de dépistage, isolement etc.). Pour être efficace, les structures sanitaires et les associations humanitaires ont travaillé en bonne coordination et en respectant le travail de chacun.

Cependant, nos résultats montrent que, même si cette période a été difficile, elle a néanmoins rendu visible la grande précarité aux yeux de la société. Elle a, en effet permis, de mettre en évidence les conditions de vie difficiles des personnes vulnérables, et les problèmes d'accès aux soins. Face à cela, les pouvoirs publics ont financé des projets afin de lutter contre ces inégalités (projet d'accès à l'eau, financement de postes de médiateurs, augmentation du nombre de places d'hébergement).

Au cours de nos entretiens, on note un global sentiment de satisfaction sur la gestion de cette épidémie. En effet, peu de cas graves ont été déclarés sur les terrains où sont intervenus les équipes, ce qui a été rendu possible grâce à la mobilisation importante des bénévoles et des professionnels. Leur investissement au cours de cette période a permis aux personnes précaires d'obtenir des solutions adaptées à leurs besoins (aide au dépistage, solution d'isolement etc.).

Notre étude soulève cependant des interrogations quant à la prise en charge des personnes précaires, et notamment sur la place du bénévolat et l'investissement des pouvoirs politiques. On peut légitimement se demander, si une fois la période de crise terminée, la précarité restera au centre des programmes de santé publique.

Bibliographie

1. Ninot G. Définir la notion de santé | Le Blog En Santé, l'actualité des études non médicamenteuses [Internet]. 2019 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://blogensante.fr/2013/09/01/definir-la-notion-de-sante/>
2. ACTES OFFICIELS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ N°2 - 1946 [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88278/Official_record2_fre.pdf
3. CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - 2006 [Internet]. [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
4. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 1986;6.
5. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Rev Ires [Internet]. 2007 [cité 9 nov 2021];n° 53(1):3-49. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm>
6. France, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
7. Rapport WRESINSKI - 1987 [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
8. Danet S, Trugeon A, Chauvin P, Estecahandy P, Cases C, Gonzalez L, et al. 8 Les caractéristiques des inégalités sociales de santé. :51.
9. Larcher P. Principales répercussions de la pauvreté sur la santé. Laennec [Internet]. 2007 [cité 22 févr 2022];55(4):15-26. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-15.htm>
10. La pauvreté et l'exclusion sociale, des réalités difficiles à définir - Le site du CNLE [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/la-pauvrete-et-l-exclusion-sociale.html#outil_sommaire_1
11. Parizot I. Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. 308 p. (Le Lien social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/soigner-les-exclus--9782130534174.htm>

12. Vandecasteele I, Lefebvre A. De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. Cah Psychol Clin [Internet]. 2006;26(1):137-62. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2006-1-page-137.htm>
13. Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. 2000;30.
14. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. :101.
15. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. (Dossiers santé en action).
16. Glossaire de la promotion de la santé - OMS - 1999 [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C - Fonds CMU et le Cetaf - 2011 [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf
18. Le non-recours aux droits en France [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Le-non-recours-aux-droits-en-France>
19. Les inégalités sociales au temps du COVID 19 - numéro 40 IRESP - 2020 [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web_.pdf
20. Les travaux de la DREES liés à la crise sanitaire du Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/les-travaux-de-la-drees-lies-la-crise-sanitaire-du-covid-19>
21. Avis relatif à la prise en charge de personnes en situation de précarité dans le contexte de l'épidémie Covid-19 et de la prolongation du confinement. 2020;13.
22. SPF. Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/connaissances-attitudes-et-pratiques-liees-a-l->

epidemie-de-covid-19-et-son-impact-chez-les-personnes-en-situation-de-precarite-vivant-en-centre-d

23. Covid-19 : une enquête épidémiologique révèle une sur-contamination dans des lieux de regroupement de personnes en grande précarité en Ile-de-France [Internet]. Médecins sans frontières. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/communiques-presse/covid-19-une-enquete-epidemiologique-revele-une-sur-contamination-dans-des-lieux-de-regroupement-de-personnes-en-grande>

24. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature [Internet]. 1 août 2020;584(7821):430-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>

25. Pitti AM& L. Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé. Métropolitiques [Internet]. 6 juill 2020 [cité 22 févr 2022]; Disponible sur: <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-1-2-quand-l-epidemie-aggrave-les-inegalites.html>

26. Quand le masque tombe ... la crise de la pandémie du Covid-19 dans l'aggravation des Inégalités Sociales de Santé, Courtage en connaissances scientifiques, Observatoire de la Santé du Hainaut, 13 mai 2020 [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2020/05/2020_05_13_COVID-19_et_ISS.pdf

27. Dubost C-L (DREES/OSAM/BESP). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. :40.

28. Covid-19 : analyse spatiale de l'influence des facteurs socio-économiques sur la prévalence et les conséquences de l'épidémie dans les départements français [Internet]. EconomiX. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://economix.fr/documents-de-travail/covid-19-analyse-spatiale-de-linfluence-des-facteurs-socio-conomiques-sur-la-prvalence-et-les-consquences-de-lpidmie-dans-les-dpartements-franxe/>

29. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2012. 424 p. (U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>

30. Desprès C. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. 2008.

31. Perronnin M. La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. 2014;6.
32. Etude PréCARES : «Précarités et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé», Paris, Ile-de-France. Décembre 2020 - Jean-François Véran, Marianne Viot, Bastien Mollo et Charline Vincent [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: https://www.msf.fr/sites/default/files/2020-12/2020_12_17_PreCARES-MSF_Covid-Precarit%C3%A9_HD.pdf
33. Host S, Grange D, Mettetal L, Dubois U. Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. :20.
34. Assurer l'accès à l'eau dans les bidonvilles, un an de partenariat avec l'ONG Solidarités International [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/assurer-l-acces-a-l-eau-dans-les-bidonvilles-un-an-de-partenariat-avec-l-ong-solidarites>
35. Durand E. Le bénévolat, un temps social au service de la solidarité. Rev Int Léconomie Soc Recma [Internet]. 2006 [cité 8 mars 2022];(302):83. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1021561ar>
36. France Bénévolat – Commission Inter Associative – Confinement et engagement bénévole - [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/presse/Analyse_CIA_CriseSanitaire_Engagement_bilan-enseign.pdf
37. Coronavirus : les associations en première ligne contre l'exclusion [Internet]. France Culture. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/grand-reportage/coronavirus-les-associations-en-premiere-ligne-contre-lexclusion>
38. Fermetures de lits d'hôpitaux et de lits de réanimation - Sénat [Internet]. [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ21111910S.html>
39. Nationale A. Compte-rendu de la séance du mardi 21 avril 2020 [Internet]. Assemblée nationale. [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2019-2020/seance-du-mardi-21-avril-2020>

40. Guide du bénévolat - Ministère de l'Education Nationale - 2018/2019 [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur:
https://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/guide_du_benevolat.pdf

A. Note d'information



NOTE D'INFORMATION

Intitulé de la structure : Université de Médecine de Nantes représentée par sa Présidente **Mme Carine BERNAULT**

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par **Mme SICARD** et **Mme LE CAM** dans le cadre de leur thèse de médecine générale.

1. Déroulement de l'étude

Vous réaliserez au cours d'un entretien individuel, en face-à-face, avec les chercheuses dans le cadre de leur travail de recherche pour les aider à mieux comprendre **votre rôle d'accompagnement auprès de patients en situation de précarité et ayant été infecté par la COVID 19.**

2. Destinataires des données collectées :

Directeur de la recherche : **Dr RAT Cédric** (Médecin généraliste) et **Dr MOREL Sylvie** (Enseignante-chercheuse en sociologique)
Investigateur et responsable du traitement des données : **Mme SICARD** et **Mme LE CAM** (Internes en médecine générale)

3. Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque. **Il s'agit uniquement d'un entretien auquel vous pourrez mettre fin à n'importe quel moment.**

4. Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permettra d'accueillir **vos ressentis face à l'infection au covid 19 au sein de population en situation de précarité.**

5. Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement **volontaire**. Il n'y a **aucune obligation**. Vous avez le droit de retirer votre accord à tout moment.

6. Droits des participants

Les données récoltées au cours de vos entretiens seront **modifiables**. Vous aurez également le droit de demander à ce qu'elles soient **supprimées** à tout moment. Pour cela il suffira d'en parler à Mme SICARD et/ou Mme LE CAM
Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

7. Durée de conservation des données

Les informations que vous nous fournissez peuvent être conservées sur un logiciel sécurisé **jusqu'à 2 ans à compter de la date de la présentation orale de la thèse** et seront définitivement supprimées par la suite.

8. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de l'étude à laquelle **Mme SICARD** et **Mme LE CAM** vous proposent de participer, vos données personnelles seront analysées pour faire partie des résultats de la recherche. Il s'agit des données concernant votre **âge, sexe, situation professionnelle et lieu d'exercice**. Ces données seront **anonymisées**.

9. Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits

Vous pouvez faire appel à Mme SICARD par mail : elise.sicard@etu.univ-nantes.fr et Mme LE CAM par mail : justine.le-cam@etu.univ-nantes.fr.

B. Guide d'entretien

Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle...

Je suis étudiante en médecine générale et je réalise en binôme un travail de thèse sur l'infection au covid 19 chez des patients en situation de précarité auquel je vous remercie de participer.

Mon travail consiste à recueillir votre témoignage vis à vis de votre accompagnement auprès de ces personnes.

L'entretien va durer entre 30 minutes et 1heure si vous l'acceptez, il sera enregistré avec un dictaphone.

Les entretiens resteront anonymes et confidentiels. Vous pouvez retirer votre accord à tout moment de l'étude.

Vous êtes libre de répondre à ce que vous voulez. Vous êtes également libre de ne pas répondre si vous n'en avez pas envie.

Entretiens :

1/ Bonjour, pourriez-vous vous présenter ? *Nous expliquer le rôle que vous avez dans l'organisation du samu social/pass/hébergement urgence/CCAS ?*

2/ Comment êtes-vous arrivé à travailler dans cette structure ? Quelles étaient vos motivations premières ?

3/ Quel accompagnement réalisez-vous auprès des patients en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une semaine-type, avant vs après covid ?

4/ Vous avez été en contact avec des patients infectés par la covid 19, comment cela s'est passé ? Quels ont été les effets du COVID sur votre travail, sur les patients ?

5/ Y a-t-il eu des actions spécifiques mises en place ? Si c'est le cas pouvez-vous nous les décrire ?

6/ Quelles ont été les difficultés rencontrées ? Mais aussi, les points positifs ?

7/ Pour vous, s'il y avait des choses à changer, quelles seraient-elles ?

C. Verbatims des entretiens (annexe dématérialisée)

Nous pouvons vous faire parvenir cette annexe par mail. Merci de nous contacter aux adresses suivantes si vous souhaitez les obtenir : elise.sicard@etu.univ-nantes.fr / justine.le-cam@etu.univ-nantes.fr

Vu, le Président du Jury,
Professeur Cédric RAT,

Vu, la Directories de Thèse,
Docteur Maud JOURDAIN

Vu, la co-directrice de Thèse,
Madame Sylvie MOREL

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascal JOLLIET

NOM, PRENOM : SICARD Elise et LE CAM Justine

Titre de Thèse : Impact de la COVID 19 chez des patients en situation de précarité - étude qualitative auprès de professionnels du médico-social.

RESUME :

Introduction : Le 11 mars 2020, le Sars-cov2 est décrit comme pandémie par l’OMS. Plusieurs études mettent en évidence que cette épidémie a des conséquences plus importantes tant sur le plan socio-économique, que sanitaire au sein des populations précaires. L’objectif de notre étude était d’étudier l’impact de la Covid 19, au sein de populations en situation de précarité sociale, à partir de l’expérience des professionnels et bénévoles, travaillant au quotidien auprès d’elles. Il s’agissait d’identifier les difficultés rencontrées dans l’organisation de leur prise en charge, mais aussi les leviers permettant de la faciliter.

Méthodes : Étude qualitative, réalisée par deux enquêtrices internes en médecine générale. Des entretiens ont été menés auprès de professionnels et bénévoles appartenant au secteur médico-social, entre juillet et septembre 2021. Ils étaient individuels et semi-directifs, élaborés à partir d’un guide d’entretien réalisé au préalable. Retranscription des entretiens, puis analyse selon le modèle de phénoménologie interprétative. Le périmètre de l’étude était la région nantaise.

Résultats : Dix entretiens ont été effectués. Notre étude souligne que tous les intervenants du médico-social ont été surpris par cette situation épidémique inédite, mais aussi inquiets des répercussions de cette maladie sur les populations précaires. Les différents acteurs vont ainsi rapidement agir ensemble, pour lutter contre la propagation du virus. Des actions de prévention, de dépistage, mais aussi des propositions d’isolement, vont être mises en place pour ces populations. Malgré toutes ces aides, l’épidémie de la COVID 19 est une expérience douloureuse pour les personnes précaires et les différents intervenants. Elle aura aussi permis une mise en lumière de ces difficultés, ainsi des missions professionnelles se développent, dans un milieu où habituellement, ce sont les associations qui jouent un rôle prépondérant.

Conclusion : Notre étude a montré que la pandémie du COVID 19 a été une période éprouvante pour les personnes en situation de précarité. Il a fallu faire face aux craintes vis-à-vis du virus, ainsi qu’aux conséquences néfastes d’une contamination (perte de logement, isolement etc.). Ces problématiques ont été mises en lumière, et rendent ainsi visible la grande précarité aux yeux de la société. Des moyens ont été mis en œuvre pour financer des projets afin de lutter contre ces inégalités. Notre étude soulève cependant des interrogations quant à la prise en charge des personnes précaires, et notamment sur la place du bénévolat et l’investissement des pouvoirs politiques. On peut légitimement se demander, si une fois la période de crise terminée, la précarité restera au centre des programmes de santé publique.

MOTS CLES

Précarité ; pandémie ; COVID-19 ; impact sanitaire ; étude qualitative ; associations