

→ OBSERVATOIRE COVID-19 ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ

**PRECARITE, PERSONNES MIGRANTES ET SANS-ABRIS**  
**RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE**

■ Publication le 21 septembre 2020

Cette enquête nationale, conduite entre le 17 avril et le 4 juin 2020, s'intègre dans le cadre des travaux réalisés par l'Observatoire "Covid-19, éthique et société / Précarité, personnes migrantes et sans-abris" durant la crise sanitaire du Covid-19.

**Auteurs du rapport**

**Anne-Caroline Clause-Verdreau**, médecin de santé publique, responsable de l'Observatoire, Espace de réflexion éthique Île-de-France

**Patrice Dubosc**, responsable des ressources documentaires, Espace de réflexion éthique Île-de-France

**Emmanuel Hirsch**, professeur d'éthique médicale, Université Paris-Saclay, directeur de l'Espace de réflexion éthique Île-de-France

À ce jour, sont consultables en ligne les travaux d'autres cellules de réflexion éthique : [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)

- Enjeux éthiques décisionnels en réanimation
- Autour des fins de vie, de la mort et du funéraire
- EHPAD et domicile
- Situations de handicap
- Communication et médiation en temps de crise sanitaire
- Enquête Grand âge et maladies neuro-évolutives, EHPAD et domicile

**Pour citer ce document** : Clause-Verdreau A-C., Dubosc P., Hirsch E., Résultats de l'enquête nationale « Précarité, personnes migrantes et sans-abris », Observatoire « Covid-19, éthique et société », Espace éthique Île-de-France, 21 septembre 2020. URL : <https://www.espace-ethique.org>

→ **Présentation de l'Observatoire "Covid-19, éthique et société / Précarité, personnes migrantes et sans-abris"**

L'Espace éthique de la région Île-de-France a mis en place, avec l'Espace national de réflexion éthique maladies neuro-dégénératives et le Département de recherche en

éthique de l'Université Paris-Saclay, différentes réflexions thématiques pour soutenir les professionnels et accompagner les conséquences du Covid-19 dans les pratiques professionnelles. Dans le cadre d'un réseau national, un Observatoire "Covid-19, éthique et société" permet d'identifier les enjeux, de recueillir et d'analyser de manière régulière les expertises. Il permet aussi de mettre en commun des réponses circonstanciées et adaptées à des situations inédites. Par la suite, un retour d'expériences contribuera à caractériser des lignes d'action utiles et des réflexions préparatoires aux futurs risques sanitaires d'ampleur.

Les enjeux sanitaires mais aussi éthiques, humains et politiques d'une crise comme l'épidémie de Covid-19 justifient que l'Espace éthique Île-de-France, l'Espace national de réflexion éthique maladies neuro-dégénératives et le Département de recherche en éthique de l'Université Paris-Saclay se mobilisent en concertation avec les acteurs de terrain.

L'Observatoire "Covid-19, éthique et société / Précarités, personnes migrantes et sans-abris" a lancé sa concertation avec les acteurs de terrain le 25 mars 2020 dans le cadre d'une cellule de réflexion éthique à vocation nationale ouverte dès les jours suivants à de nouvelles compétences. Cette initiative concerne les personnes en situation de grande précarité, leur place dans la société, leurs besoins, l'accès à leurs droits, aux soins et à la prévention. Il convient en effet de favoriser les conditions les meilleures dans l'accueil, les soins et l'accompagnement des personnes migrantes et des sans-abris.

Retrouvez à la rubrique [www.espace-ethique.org/actualites/covid-19-se-preparer-y-repondre](http://www.espace-ethique.org/actualites/covid-19-se-preparer-y-repondre) toutes les ressources publiées par notre Observatoire "Covid-19, éthique et société".

## → Présentation de l'Espace éthique Île-de-France

L'Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France a été créé en 1995 à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il a été désigné en 2013 Espace éthique régional Île-de-France. Depuis 2010, il est également Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer et les maladies neuro-évolutives.

L'Espace éthique Île-de-France est un lieu de réflexion, d'enseignement et de recherche sur l'ensemble des questions éthiques et sociétales liées au soin, à l'accompagnement et à la santé publique. Soucieux de contribuer au débat public, il propose également des rencontres interdisciplinaires et des débats citoyens.

Retrouvez sur notre site [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org) toutes les informations concernant nos publications, nos formations et notre soutien aux professionnels et aux bénévoles qui souhaitent structurer une démarche de questionnement éthique.

## → Membres de la cellule de réflexion éthique

Les membres du groupe de travail ont participé à la réflexion autour des situations de grande précarité dans le cadre de plusieurs conférences téléphoniques. Cette réflexion a contribué à bâtir le questionnaire de l'enquête et a éclairé l'analyse des résultats.

- Anne-Caroline Clause-Verdreau, coordinatrice du groupe de travail « Précarité, personnes migrantes et sans-abris », responsable de l'Observatoire, Espace de réflexion éthique Île-de-France
- Patrice Dubosc, coordinateur du groupe de travail « Précarité, personnes migrantes et sans-abris », responsable des ressources documentaires, Espace de réflexion éthique Île-de-France
- Sibel Agrali, directrice du Centre Primo Levi (Centre de soins aux personnes victimes de torture et de la violence politique)
- Cécile Aspar, psychologue, équipe mobile (intervention auprès des bailleurs sociaux et de leurs locataires), association Aurore
- Pascale Baligand, maître de conférences en psychologie clinique (Université de Paris), psychologue (interventions dans une résidence sociale)
- Régine Benvéniste, psychiatre, Collectif Les morts de la rue
- Léa Blattner, juriste spécialisée en droits des étrangers, CRA (Centre de Rétention Administrative) de Vincennes
- Marie Boisvert, médecin, PASS, CHU de Bordeaux
- Saara Bouhouche, spécialiste humanitaire et urgence, bénévole aux Restos du coeur, Humanity Diaspo
- Pierre-Emmanuel Brugeron, responsable du pôle Ressources, Espace de réflexion éthique région Île-de-France
- Nicolas Buonomo, Groupe SOS Solidarités, Pôle Addictions IDF, gestion de CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et de CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- David Causse, directeur du Développement et des Partenariats, Groupe SOS
- Lucile Chombart de Lauwe, infirmière, équipe mobile « action santé migrants », association Aurore
- Reine Cohen, Psychiatre, EMPP (Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité), ASM13 (Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris)
- Celia Crema, Chargée de mission, Qualité des pratiques professionnelles, A.N.P.A.A. (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)
- Christine Davoudian, médecin, psychothérapeute, Médecins du Monde, coordinatrice référente Santé mentale, CAO (Centre d'Accueil, d'Orientation et d'Accompagnement) de Paris
- Anna Demetz, infirmière, pôle santé du DDAEOMI (Dispositif Départemental d'Accueil, d'Evaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés)
- Hamel Djeddi, psychologue, EMPP Diogène, Lille
- Thierry François, psychiatre, EMPP, Besançon
- Marianne Gaudric, médecin au CAO de Médecins du Monde, interventions sur les camps de migrants en camion

- Mohammed Ghadi, patient, association AFVS (Association des Familles Victimes du Saturnisme)
- Claire Gratas, juriste pour l'accès aux droits des étrangers, Samu social de Paris
- Anne Guérin, directrice régionale IDF, pôle addiction, Groupe SOS Solidarités
- Céline Guyot, responsable du Pôle Juridique, ASSFAM (Association Service Social Familial Migrants)
- Rana Hamra, cofondatrice de l'ONG Humanity Diaspo et experte asile pour la Commission européenne
- Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, Université Paris-Saclay, directeur de l'Espace de réflexion éthique région Île-de-France
- Elizabeth Huet, assistante sociale spécialisée, législation et protection sociale des étrangers, ASSFAM
- Joann Jeanselme, responsable de la coordination du travail social, Pôle hébergement et logement, Samu social de Paris
- Tiphaine Lacaze, directrice qualité (gestion de structures d'hébergement et médico-sociales, régulation des places d'hébergement), Samu social de Paris
- Christine Lévêque, Médecin, Équipe Mobile de Soins Palliatifs, CASH de Nanterre, actuellement détachée sur les LHSS (Lits Halte Soins Santé) du secteur social du CHAPSA (Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri)
- Cora Lucet, médecin généraliste, centre "Covid +" IDF
- Monsieur P., demandeur d'asile
- Madame S., hébergée en hôtel social, Débat permanent
- Bénédicte Maraval, assistante sociale, Comede (Comité pour la santé des exilés), Centre de santé du Kremlin-Bicêtre
- Ana Marques, sociologue, projet FASDA (Faciliter l'Accès aux Soins psychiatriques pour les Demandeurs d'Asile)
- Marine Mazel, psychologue, association Aurore, supervision d'équipes de CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) et de Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) sur Paris
- Alain Mercuel, psychiatre, chef de service, responsable des EMPP, GHU Paris psychiatrie & neurosciences
- Mélanie Méreau-Jeanne, conseillère technique, Lutte contre l'exclusion, Uriopss IDF
- Pamela Messias-Arentas, conseillère juridique, ARCAT (Association de Recherche, de Communication et d'Action pour l'accès aux Traitements)
- Martin Molina, médecin, association Réseau Louis Guilloux, Rennes
- Frédéric Morestin, ergothérapeute, projet FASDA, EPS Ville-Evrard
- Lauranne Mousson, coordinatrice, association Réseau Louis Guilloux, Rennes
- Sophie Nzamba, Conseillère en économie sociale et familiale, Pierre et Lumières
- Emmanuel Ollivier, directeur d'un centre d'hébergement d'urgence, Armée du Salut
- Fadma Peraldi, Direction des Politiques Sociales, Paris Habitat (bailleur social)
- Thomas Perrot, Responsable Projet Santé – Squats et Bidonvilles Mission France - Première Urgence Internationale
- Élise Plessis, assistante sociale, Centre Primo Levi
- Héloïse Pousse, Juriste Formatrice, ASSFAM
- Béatrice Rivière, responsable service social et développement social urbain, Élogie-Siemp

- Pauline Schilder, juriste, Groupe SOS Solidarités - ASSFAM
- Meryl Srocynski, ingénieure d'étude, IFERISS, Toulouse
- Cheikh Sylla, éducateur spécialisé référent migrants, association Aurore
- Antoinette Szejnman, pôle santé, Cimade (Association de solidarité active avec les personnes étrangères et défense des droits) IDF
- Matthias Thibeaud, AIDES, chargé de mission plaidoyer
- Delphine Tyc, coordinatrice juridique, Asile et intégration
- Benjamin Weil, psychiatre, ASM13
- Paul-Loup Weil-Dubuc, responsable du Pôle Recherche, Espace de réflexion éthique région Île-de-France
- Geneviève Welsh, Psychiatre-Psychanalyste, ASM13, consultations pour Exilés
- Marie-Christine Zélem, sociologue, bénévole à Médecins du Monde, Toulouse

## Synthèse de l'enquête nationale

### 1. Contexte et objectifs

L'enquête nationale "Précarité, personnes migrantes et sans-abris" concerne les conditions d'accueil, de soins et d'accompagnement des personnes en situation de grande précarité qui cumulent bien souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité. Une vigilance éthique renforcée s'impose à l'égard de ces personnes, *a fortiori* en contexte de pandémie.

En donnant la parole aux acteurs de terrain, cette enquête vise à mieux comprendre et faire remonter les difficultés rencontrées et les besoins, à mettre en lumière les initiatives mises en place, et à sensibiliser les citoyens et les pouvoirs publics sur ces enjeux éthiques, humains et politiques trop peu pris en considération.

### 2. Méthode

Dans le cadre d'un réseau à vocation nationale, des rencontres avec des professionnels de terrain ont permis de dresser une première cartographie des questionnements, en particulier d'ordre éthique, soulevés par la pandémie.

Sur la base de ces échanges, plusieurs points de vigilance ont été identifiés et un questionnaire a pu être établi. Ce dernier visait à objectiver les difficultés pratiques rencontrées sur le terrain ainsi que les initiatives concrètes mises en place pour y faire face.

La diffusion de ce questionnaire, destiné à toute personne soignant ou accompagnant des personnes en situation de grande précarité (migrants, sans-abris, mineurs isolés, familles Roms, etc.), a été nationale.

Les données ont été recueillies du 17 avril au 4 juin 2020.

Au total, 228 réponses ont été obtenues.

### 3. Les répondants

La majorité des répondants interviennent auprès de plusieurs publics, dont 85% auprès de personnes migrantes et environ 70% auprès de personnes sans-abris.

Un tiers des répondants sont des soignants, 20% des travailleurs sociaux et 18% des bénévoles.

Plus d'un tiers des répondants intervient en Ile-de-France.

#### 4. Difficultés rencontrées

Les répondants étaient invités à classer, par degré d'importance, sur une échelle de 1 à 4, les difficultés pratiques rencontrées sur le terrain.

Des questions ouvertes permettaient ensuite aux répondants d'expliquer plus précisément ou de compléter ces difficultés rencontrées.

Les difficultés majeures identifiées (moyenne proche de 3 sur une échelle de 1 à 4) étaient les suivantes :

- Absence de moyens financiers pour acheter des aliments
- Problématique de l'aide alimentaire (accès et distribution)
- Anxiété des personnes liée à la fermeture ou aux conditions d'accès modifiées des services administratifs
- Anxiété des personnes liée à leur accès au droit (menace d'expulsion, non renouvellement des titres de séjour, etc.)
- Déficit d'accompagnement concret des mesures sanitaires imposées par l'État
- Manque de concertation entre les autorités et les structures d'accueil, de soins et d'accompagnement
- Disponibilité de matériels (masques, solutions hydro-alcooliques, etc.)
- Difficultés logistiques pour appliquer les mesures barrières dans certains lieux de confinement (centre d'hébergement collectif, appartement collectif, gymnases, etc.)
- Absence de solution de logement
- Modalités et critères d'orientation vers un hébergement s'il existe
- Difficultés pour se procurer une attestation de déplacement dérogatoire (accès à Internet, problèmes de langue, etc.)
- Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ayant des troubles psychiatriques (confinement, mesures barrières)
- Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ne parlant pas français et/ou sans accès à l'information (confinement, mesures barrières)
- Isolement / difficultés pour maintenir le lien suite à l'éloignement physique du terrain
- Anxiété des personnes liée à leur accès aux soins
- Difficultés d'accès au dépistage pour les personnes soignées/accompagnées
- Difficultés d'accès aux soins pour des motifs autres que le Covid-19
- Difficultés pour assurer la continuité des soins suite à l'éloignement physique du terrain

#### 5. Initiatives

Dans un dernier temps du questionnaire, les répondants étaient invités à faire connaître les initiatives concrètes d'ores et déjà mises en place ou à l'état de projet au sein de leur structure. Ces initiatives sont susceptibles d'apporter des éléments de réponse aux difficultés rencontrées.

Des questions ouvertes leur permettaient ensuite d'expliquer ces initiatives ou d'en présenter d'autres.

Concernant les initiatives mentionnées en majorité par les répondants, nous pouvons retenir les faits suivants :

- Dans 75% des structures, une modification des pratiques de soins et d'accompagnement du fait du retrait physique des acteurs de terrain (permanences téléphoniques, téléconsultations, etc.) ;
- Dans plus de 50%, une concertation/échange d'expériences avec d'autres structures (articulation des initiatives) ;
- Dans plus de 50%, des groupes électroniques de professionnels (Whatsapp, etc.).

Concernant les initiatives moins fréquemment mentionnées, nous retenons qu'environ 40% des structures ont mis en place les initiatives suivantes :

- Solution de soutien psycho-social des professionnels ;
- Séances d'information et de formation spécifiques pour les professionnels ;
- Groupe de réflexion entre professionnels, associatifs, etc. ;
- Groupe de parole au sein des équipes ;
- Concertation avec les élus, le voisinage ou les acteurs de proximité.

Les initiatives suivantes ont été plus rares au sein des structures :

- Proposition d'écriture de témoignages ;
- Groupe de parole avec les personnes soignées/accompagnées ;
- Consultation d'une structure de réflexion éthique ;
- Recours aux réseaux de soins étrangers pour échanges d'expériences.

## Sigles et abréviations

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile  
ADDE : Avocats pour la Défense des Droits des Étrangers  
AME : Aide Médicale d'État  
AMLI : Association pour le Mieux-être et le Logement des Isolés  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ARV : antirétroviral  
AS : assistant.e social.e  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
ASM13 : Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris  
ASSFAM : Association Service Social Familial Migrants  
BAAM : Bureau d'Accueil et d'Accompagnement des Migrants  
CADA1 : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile  
CADA2 : Commission d'Accès aux Documents Administratifs  
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CHS : Centre d'Hébergement et de Stabilisation  
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence  
CMA : Conditions Matérielles d'Accueil  
CMAO : Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation  
Comede : Comité pour la santé des exilés

COPIL : Comité de PIlotage  
CRA : Centre de Rétention Administrative  
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique  
DDAEOMI : Dispositif Départemental d'Accueil, d'Évaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés  
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale  
DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement  
EMPP : Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité  
EPI : Équipement de Protection Individuelle  
EQSAM : ÉQuipes SANitaires Mobiles  
FASDA : Faciliter l'Accès aux Soins psychiatriques pour les Demandeur.e.s d'Asile  
HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile  
LHSS : Lits Halte Soins Santé  
MdM : Médecins du Monde  
MNA : Mineur Non Accompagnés  
MSF : Médecins Sans Frontières  
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration  
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides  
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PUMA : Protection Universelle Maladie

## I. CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'enquête nationale "Précarité, personnes migrantes et sans-abris" concerne les conditions d'accueil, de soins et d'accompagnement des personnes en situation de grande précarité qui cumulent bien souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité. Une vigilance éthique renforcée s'impose à l'égard de ces personnes, *a fortiori* en contexte de pandémie.

En donnant la parole aux acteurs de terrain, cette enquête vise à mieux comprendre et faire remonter les difficultés rencontrées et les besoins, à mettre en lumière les initiatives mises en place et à sensibiliser les citoyens et les pouvoirs publics sur ces enjeux éthiques, humains et politiques trop peu pris en considération.

## II. MÉTHODE

Dans le cadre d'un réseau à vocation nationale, des rencontres avec des professionnels de terrain ont permis de dresser une première cartographie des questionnements, en particulier d'ordre éthique, soulevés par la pandémie.



Retrouvez les compte-rendus de ces échanges sur ce lien : <https://www.espace-ethique.org/ressources/groupe-de-travail/covid-19-precarites>

Sur la base de ces échanges, plusieurs points de vigilance ont été identifiés et un questionnaire a pu être établi. Ce dernier, constitué de questions fermées et de questions ouvertes, visait à objectiver les difficultés pratiques rencontrées sur le terrain ainsi que les initiatives concrètes mises en place pour y faire face.

Le questionnaire a été adressé par messagerie électronique et via les réseaux sociaux à environ 10 000 personnes. La diffusion de ce questionnaire, destiné à toute personne soignant ou accompagnant des personnes en situation de grande précarité (migrants, sans-abris, mineurs isolés, familles Roms, etc.), a été nationale.

Les données ont été recueillies du 17 avril 2020, soit un mois après le début du confinement (17 mars 2020), au 4 juin 2020, soit environ un mois après le début du déconfinement (11 mai 2020). Au cours de ces sept semaines, 228 réponses ont été obtenues.

### III. LES RÉPONDANTS

#### 1. Spécificité du public rencontré

85% des répondants interviennent auprès de personnes migrantes. Environ 70% interviennent auprès de personnes sans-abris. Plus d'un tiers auprès de publics roumanophones, plus d'un tiers auprès de mineurs isolés, environ un tiers auprès de travailleurs et travailleuses du sexe, environ un tiers auprès de personnes consommatrices de produits psychoactifs, et 15% auprès de personnes sortantes de prison sans-abris (figure 1). La majorité des répondants interviennent auprès de plusieurs publics.

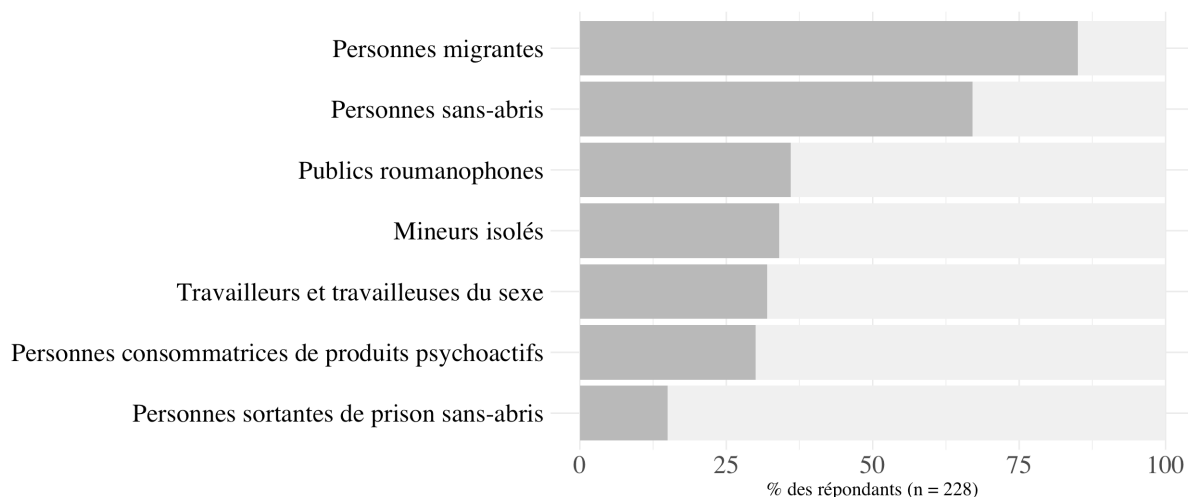


Figure 1.

Personnes soignées/accompagnées par les répondants

Autres : bénéficiaires du RSA, travailleurs pauvres, victimes du terrorisme, femmes victimes de violences, parents isolés, familles hébergées en hôtel/CHRS/CHU, personnes vivant en squats, personnes hébergées en résidence sociale/pension de famille/foyer de travailleurs migrants, personnes souffrant de troubles psychiques, personnes en appartement de coordination thérapeutique, personnes vivant avec une pathologie chronique (VIH, hépatites virales), personnes trans, personnes incarcérées, personnes précaires en milieu rural, personnes en rupture de soins, etc.

## 2. Métier ou statut

Un tiers des répondants sont des soignants. 20% des répondants sont travailleurs sociaux et 18% des bénévoles. Parmi les autres répondants, les directeur.trices d'établissement ainsi que les juristes/avocat.e.s sont également bien représentés (figure 2).

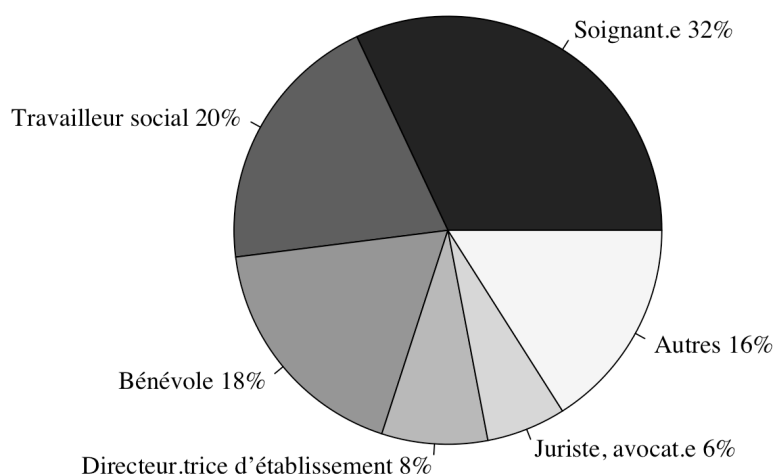


Figure 2. Métier ou statut

Autres (16%) : directeur.trice d'association, cheffe de mission France, adjointe cheffe de mission France, agent d'accueil, cadre socio-éducatif, chargé de prévention santé, chargé de missions santé/partenariats, chef de service d'accueil et d'hébergement, chef de service de structure sociale, coordinateur centre d'hébergement d'urgence, coordinateur régional, coordinatrice pédagogique, pasteur, Professeur Relais École et Précarités, cinéaste, responsable projet santé, responsable vie associative, secrétaire administratif d'association, sociologue, traducteur, etc.

NB : La catégorie « soignant.e » regroupe les métiers suivants : médecin (14%), infirmier.ère (8%), psychologue (6%), médiateur.trice en santé, ergothérapeute, chef de service hospitalier, cadre de santé. La catégorie « travailleur social » regroupe les métiers suivants : assistant.e social.e (11%), éducateur.trice spécialisé.e (6%), animateur.trice (2%), moniteur éducateur, médiateur social, conseillère en économie sociale et familiale.

### 3. Localisation géographique

Plus d'un tiers des répondants interviennent en Ile-de-France (figure 3). Les autres régions de la France métropolitaine sont toutes représentées dans l'enquête.

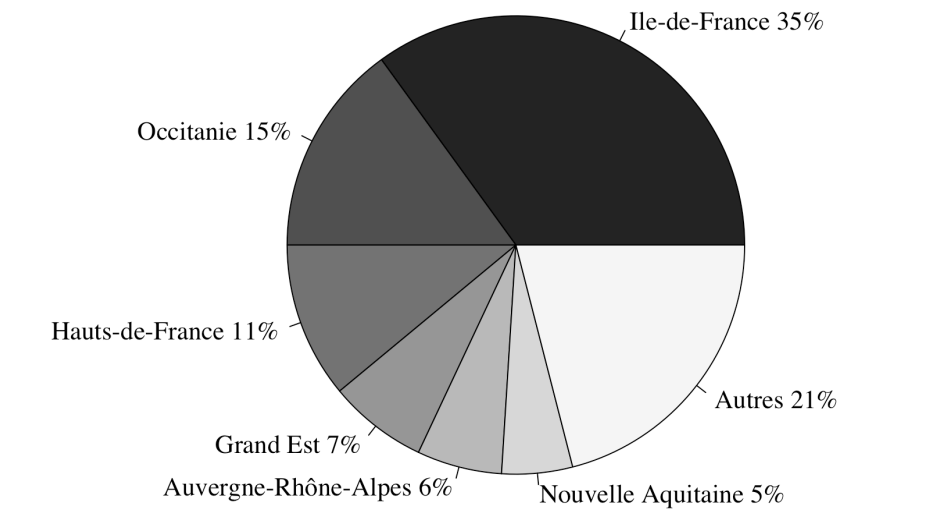


Figure 3. Régions

Autres (21%) : Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire, Normandie, Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Guyane.

## IV. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Nous avons identifié sept principaux domaines susceptibles d'être sources de difficultés :

1. **Confinement, mesures barrières et matériels de protection** (figure 4)
2. **Compréhension et acceptabilité des mesures sanitaires** (figure 5)
3. **Alimentation** (figure 6)
4. **Santé des personnes soignées/accompagnées** (figure 7)
5. **Santé des professionnels** (figure 8)
6. **Accès aux soins et continuité des soins** (figure 9)
7. **Prise de décisions et mise en application opérationnelle des mesures** (figure 10)

Dans chacun de ces différents domaines, les répondants étaient invités à classer, par degré d'importance, sur une échelle de 1 à 4 (de 1 - importance minimale à 4 - importance maximale), les difficultés pratiques rencontrées sur le terrain.

Les réponses obtenues sont présentées de la façon suivante :

- ◆ **Difficultés majeures** (si moyenne proche de 3 sur une échelle de 1 à 4)
- ◆ **Difficultés non négligeables** (si moyenne proche de 2 sur une échelle de 1 à 4)
- ◆ **Difficultés mineures** (si moyenne proche de 1,5 sur une échelle de 1 à 4)

Après chaque sous-groupe de difficultés, une question ouverte permettait aux répondants d'expliquer plus précisément ou de compléter ces difficultés rencontrées.

#### Note à l'attention des lecteurs

La quasi-intégralité des verbatims a été intégrée dans le présent rapport afin de ne pas trahir leurs auteurs.

Une synthèse de ces verbatims est proposée à la fin de chaque sous-partie.

## 1. Confinement, mesures barrières et matériels de protection

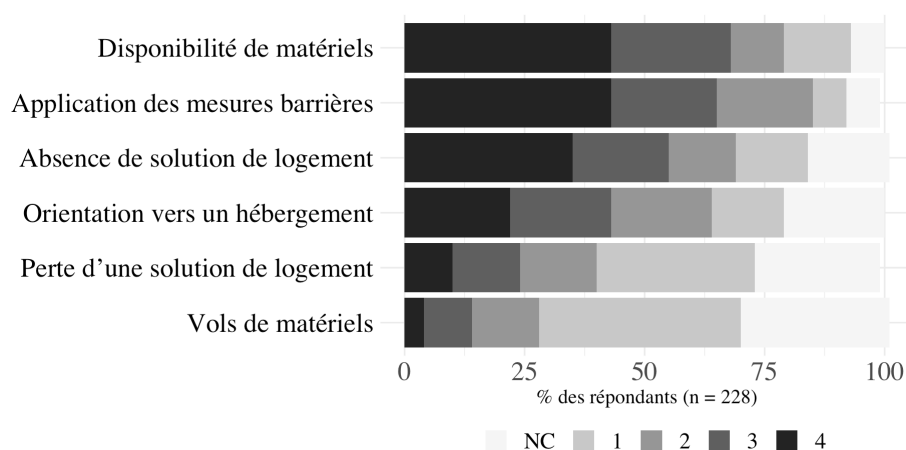


Figure 4.

Confinement, mesures barrières et matériels de protection

- ◆ Difficultés majeures :
  - **Disponibilité de matériels** (masques, solutions hydro-alcooliques, etc.)
  - **Difficultés logistiques pour appliquer les mesures barrières dans certains lieux de confinement** (centre d'hébergement collectif, appartement collectif, gymnases, etc.)
  - **Absence de solution de logement**
  - **Modalités et critères d'orientation vers un hébergement s'il existe**
- ◆ Difficultés non négligeables :

- Perte d'une solution de logement du fait du confinement des hébergeurs et/ou de leurs enfants à domicile
- ◆ Difficultés mineures :
  - Vols de matériels (masques, solutions hydro-alcooliques, etc.) par des membres du personnel d'association

### Verbatims "Confinement, mesures barrières et matériels de protection"

#### Disponibilité de matériels

Nous avons dû interrompre les maraudes en montagne en zone frontalière (Briançonnais) faute d'équipement de protection individuelle (EPI) et de possibilité de dépistage (Tous migrants Provence Alpes Côte d'Azur – bénévole).

L'approvisionnement en masque a été très difficile dû au manque de reconnaissance de l'activité de notre Centre municipal de santé (CMS) et de l'activité Bus du Coeur - Gens de la Rue de la part des autorités, qu'elles soient préfectorales ou départementales (Restos du Coeur Pays de la Loire - secrétaire administratif).

Approvisionnement de 50 masques par l'Etat deux semaines après le début, puis 150 masques 4 semaines après, gel plus d'un mois après... Manque de réactivité de la Direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS 91) la première semaine et problème de coordination DDCS-ARS (Cimade IDF – directeur).

Peu de matériel à fournir pour nos jeunes en appartement et pour nos visites à domicile (Service Départemental ASE Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Travaillant en Appartement de coordination thérapeutique, l'absence de masques et de gels est un vrai problème car nous accompagnons des personnes avec des maladies chroniques somatiques (Association Aurore IDF - psychologue).

Les personnes à la rue sont bien informées de la nécessité des gestes barrières et du port de masque. Ils en réclament et ont du mal à comprendre qu'ils ne puissent pas y avoir accès (Médecins du Monde IDF – bénévole).

Les personnels hospitaliers et pénitentiaires portent des masques, mais les détenus, s'ils ont accès à des points d'eau et à du savon, n'ont ni accès aux masques, ni à la solution hydro-alcoolique (Unité sanitaire de la Maison d'arrêt de Strasbourg (HUS) Grand Est – médecin).

Protection des hébergés et fournitures en matériel de protection pour eux (masques, gel hydro-alcoolique quand ils n'ont pas accès à l'eau et au savon). Accès à du linge propre quand la charge virale du lieu de vie collectif est très élevée (La mie de pain IDF – directrice d'établissement).

Au Centre de rétention de Paris Vincennes, les mesures barrières (port de masques, gants, gel hydroalcoolique, une seule personne par chambre) n'ont été réellement mises en place, tant pour les professionnels que pour les retenus, qu'APRES la découverte d'un premier cas de contamination, soit le 09 avril 2020 (Groupe SOS IDF - juriste, avocat.e).

### **Difficultés logistiques pour appliquer les mesures barrières dans certains lieux de confinement**

Personnes vivant en bidonville : sans distanciation possible, avec accès à l'eau très limité, sans matériel de protection, sans inspection sanitaire ni sensibilisation en langue roumaine (Secours catholique IDF – bénévole).

Difficulté ++ à respecter les mesures barrières et le confinement étant donné la promiscuité sur les bidonvilles (5 à 6 personnes par caravane), certains terrains n'ont pas d'accès à l'eau (MdM Pays de la Loire – médiatrice en santé).

Difficultés +++ à joindre le 115, puis à obtenir une place par le 115 et lorsqu'on obtient une place, c'est parfois en gymnase où les mesures barrières / isolement ne sont pas possibles (Comede IDF – AS).

L'hébergement collectif (chambres partagées entre résidents) rend très difficile l'application des mesures barrières et de la distanciation sociale (Croix Rouge française IDF – directrice).

Jeunes pris en charge par l'ASE dans des hôtels rendant très compliqués le confinement, le respect des mesures barrières et la continuité pédagogique (Repairs ! 75 IDF – vice-présidente de l'association).

Pas de chez soi - Vie dans les bois à Grande-Synthe - Aucun des gestes barrière possible (Les Restos du cœur Hauts de France – bénévole).

Il est déjà impossible de respecter toutes les mesures barrières à l'intérieur des logements chez l'habitant. C'est pire dans les lieux d'accueil collectif (officiels et squats) où les équipements sanitaires sont déjà très insuffisants en temps ordinaire... (Tous Migrants Provence-Alpes-Côte d'Azur - bénévole).

Affligée de voir tant d'hôtels ou même d'anciennes cliniques restés clos alors que l'état d'urgence permet leur réquisition. Dans notre CHS (Centre d'Hébergement et de Stabilisation), les chambres sont à deux lits et n'ont pas de porte. Il n'y a pas de thermomètre (plus de 20 accueillis). Dans le lieu sas, en attente du résultat, les lits de camps sont dans une seule pièce. Facile de se faire contaminer par celui qui se révélera positif ! (PASS Occitanie – médecin).

Le CRA (Centre de rétention administrative) est un lieu d'enfermement, les gestes barrières sont impossibles à appliquer en raison d'une trop grande proximité et de l'absence de mesures d'hygiène efficaces. Les intervenantes juridiques du centre de rétention ont décidé d'un retrait physique de l'équipe le 16 mars 2020 du fait de

l'impossibilité de mettre en place ces gestes barrières et de l'absence d'équipement (...) chambres sans aération partagées par plusieurs personnes (jusqu'au 9 avril 2020), espaces sanitaires à usage collectif sans désinfection entre chaque passage, repas pris collectivement dans la salle de vie commune, cabines téléphoniques non désinfectées après chaque utilisation, etc. (Groupe SOS IDF - juriste, avocat.e).

Les gestes barrière ont été bien compris mais l'habitat de proximité (camps roms) ne favorise pas la distanciation sociale (PASS Hauts-de-France - chef.fe de service hospitalier).

### **Absence de solution de logement**

Manque de solutions d'hébergement pour les personnes sans-abri consommant des produits psycho-actifs (Groupe SOS, IDF - directrice).

Exilés célibataires sans solution d'hébergement (Habitat et citoyenneté, Provence Alpes Côte d'Azur - médiatrice sociale).

Personnes livrées à elles-mêmes, sans solution parce qu'étrangères (Cimade, Hauts-de-France - bénévole).

Mineurs isolés dans la rue en attente d'audience devant le juge des enfants (donc référé-liberté), demandeurs d'asile « dublinés » sans CMA (Conditions Matérielles d'Accueil) à la rue (Avocats pour la Défense des Droits des Etrangers (ADDE), Bourgogne-France-Comté - avocat).

Pas de solution d'hébergement possible pour les migrants vivant en bidonville, victimes d'expulsions (destructions des bidonvilles) sans relogement avant le début de la crise. (MdM, Guyane - directrice d'association).

La DDCS de notre département (Drôme) refuse l'hébergement pour les hommes seuls qu'il réserve uniquement aux familles et femmes seules. Aucun logement pour les mineurs non accompagnés. Pas d'audience de la Juge des enfants. Pas d'OPP (Ordonnance de Placement Provisoire) sans audience alors que nous lui avons demandé. Pas de réponse de la procureure des mineurs. Pas de réponse de l'ARS. Pas de réponse du conseil départemental. Refus catégorique du chef de service du SAMNA (Service d'Accompagnement des Mineurs Non Accompagnés) (Association SOROSA Auvergne Rhône Alpes – bénévole).

Nous avons enfin obtenu le 14/04 la mise à l'abri effective de 33 jeunes mineurs "démminorisés" par le département des Hautes-Alpes, suite à une action en référé-liberté, après des semaines de démarches vaines auprès de la préfecture. Demeure le problème des personnes encore hébergées en squat, principalement à Gap (Tous migrants, Provence Alpes Côte d'Azur – bénévole).

Aucune solution d'hébergement. 115 : zéro pointé (Urgences hôpital IDF – AS).

Mineurs isolés, en attente de recours devant le juge des enfants avant le début du confinement, non mis à l'abri. Fermeture du lieu d'accueil pour les jeunes se déclarant mineurs et isolés, sans indication d'un protocole de substitution. Mise à l'abri en gymnase, en contradiction avec les recommandations du conseil scientifique (Repairs ! 75 IDF – vice-présidente de l'association).

La fermeture des Services de la Préfecture entraîne un arrêt des dossiers avec blocage des déménagements prévus et donc pas de libération de logements appelés à recevoir de nouvelles familles (Association "Jamais sans Toit" en Aveyron Occitanie - animatrice).

Beaucoup de demandes de passants ou sans abris, sortant de prison suite aux diminutions des « peines Covid », sans solution d'hébergement (EMPP, Occitanie - infirmière).

La crainte pour le public de la rue et des migrants est de se retrouver à la rue sans solution (PASS, Nouvelle Aquitaine – animateur social).

Sortant de prison, vagues de libération à cause du Covid, personnes plus suivies, sans hébergement, sans droits sociaux (PASS, Hauts-de-France - Chef.fe de service hospitalier).

### **Modalités et critères d'orientation vers un hébergement s'il existe**

La DDCS Moselle et le 115 ont mis à l'abri dès le début du confinement la majorité des personnes sans domicile stable. Restent des situations isolées de personnes en caravane. Les entrées dans des logements de personnes SDF sont suspendues, repoussées... A quand ? (Secours catholique, Grand Est - cheffe de service Structure sociale).

Difficultés de travailler avec les institutions (mairie, préfecture) qui peuvent mettre la pression sur ces populations : forcer au confinement, imposer certains lieux de confinement, demande de visites intrusives (MdM, Pays de la Loire – Médecin).

Difficultés parfois sur le temps de mise à l'abri. Par exemple le 115 du 92 : après les avoir contactés à plusieurs reprises et envoyé un certificat médical pour un patient âgé atteint d'une pathologie chronique (mis à la rue par "l'église" qui avait peur des risques de transmission), le 115 met M. à l'abri pour 3 nuits. Le patient (non francophone, non anglophone) revient ensuite au centre de santé du Comede pour qu'on l'aide de nouveau à appeler le 115 du 92. Il est de nouveau mis à l'abri pour une semaine (jusqu'au 21/04, même si l'on savait déjà qu'il n'y aurait pas de déconfinement avant le 11/05) (Comede, IDF – AS).

Mélange d'hébergement avec familles de déboutés (avec petits enfants), grande précarité et sorties de maison d'arrêt (dues au Covid) sans préparation (PASS, Nouvelle Aquitaine – médecin).



L'absence de sectorisation dans les orientations m'a permis de trouver des solutions pour des patients SDF en trois jours maximum. La difficulté se trouve pour l'après confinement avec le non maintien des places d'hébergement à prévoir puisque temporaire durant la période de confinement (Hôpital, IDF – AS).

Mélange en gymnase entre arrivants et jeunes précédemment arrivés ne permettant pas une réelle quarantaine puisque chaque arrivée refait partir la période de risque de contamination (Repairs ! 75 IDF – vice-présidente de l'association).

Je travaille dans un centre Covid pour hébergement de personnes précaires Covid + : certains hébergements émettent des réserves pour réaccueillir des personnes sortant de notre centre, même après qu'elles aient complété la "quatorzaine" chez nous. Difficulté à trouver des centres d'hébergement de longue durée : souvent, les résidents partent en hôtel pour 8 jours, avec incertitude sur leur devenir... (MSF, IDF – médecin).

Difficulté d'obtenir accès au 115 pour des femmes seules ou enceinte ou avec des enfants. Même chose pour couples avec enfants (ROM, Yvelines - médecins Bénévoles).

Nous avons dû insister auprès de la DDCS 37 pendant quelques jours avant le début du confinement afin d'obtenir un hébergement à l'hôtel de 20 jeunes (en procédure juridique de reconnaissance de minorité) vivant en squat accompagnés par l'association. Ils sont en attente de savoir s'ils vont être remis à la rue le 2 juin (Utopia56, Centre-Val de Loire - bénévole).

Pas de chambre seule pour patients angoissés et persécutés par leurs voisins (Centre Kestemberg, ASM13 - Psychanalyste, travail en situation transculturelle).

### **Perte d'une solution de logement**

Nous trouvons parfois des hébergements, mais tous les hébergeurs bénévoles sont des personnes âgées qui sont des personnes à risque (Association SOROSA, Auvergne Rhône Alpes – bénévole).

Arrêt de notre hébergement citoyen du fait du manque de dépistage et impossibilité de respecter les gestes barrières avec des enfants (Sans toit ni loi, Hauts de France - bénévole).

Incapacité à payer l'hôtel ou l'hébergeur pour les personnes travailleuses du sexe du fait de l'arrêt de l'activité (Groupez SOS, IDF - directeur.trice d'association).

Fin de l'internat, logement à trouver pour des jeunes en urgence, qui normalement sont uniquement hébergés les week-ends et vacances scolaires chez des bénévoles (Association SOROSA, Auvergne Rhône Alpes – bénévole).

Il y a aussi le problème des personnes (sans-papiers ou demandeuses d'asile) qui pouvaient payer leur loyer jusqu'à il y a peu mais, ne pouvant plus travailler, sont

menacés d'être mises à la rue, voire effectivement mises à la rue, surtout quand elles étaient déjà logées par des propriétaires douteux (marchands de sommeil) (Groupe d'information et de soutien des immigré.e.s (Gisti) IDF - juriste, avocat.e).

Nous avons 3 jeunes en hébergement citoyen pour lesquels les hébergeurs ont souhaité arrêter avant le début du confinement ou juste à la fin (le 11/05) (Utopia56, Centre-Val de Loire - bénévole).

### **Vols de matériels**

Vols de SHA car produit difficile à obtenir pour le public précaire (PASS, Nouvelle-Aquitaine - animateur social).

Vols de matériel en début de crise par un ou des membres du personnel de l'association, et non pas par le public rencontré (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ière).

### **Autres**

Les personnes, pour conserver un minimum de ressources, sont obligées de sortir et travailler, quoi qu'il en coûte, donc le confinement n'est pas très possible dans ces conditions (Groupe d'information et de soutien des immigré.e.s (Gisti) IDF - juriste, avocat.e).

## **Synthèse "Confinement, mesures barrières et matériels de protection"**

### **Disponibilité de matériels (masques, solutions hydro-alcooliques, etc.)**

Faute de matériels de protection suffisants, certaines équipes ont décidé de suspendre leurs interventions sur le terrain. Ces difficultés d'approvisionnement témoignent d'un manque de reconnaissance des professionnels du secteur ainsi que des publics concernés. Un défaut de coordination entre les autorités (Préfecture, DDCS, etc.) a également été pointé. Au final, certaines structures ont pu être approvisionnées en matériels de protection plusieurs semaines seulement après le début du confinement. Dans le CRA de Paris-Vincennes par exemple, il a fallu attendre la découverte du premier cas de contamination pour qu'une livraison de matériels soit organisée.

### **Difficultés logistiques pour appliquer les mesures barrières dans certains lieux de confinement**

Dans les lieux d'hébergement collectif, en particulier dans les gymnases, il est très difficile d'appliquer les mesures barrières et d'isoler les personnes malades du Covid-19. Dans les bidonvilles, la promiscuité rend également très difficile le respect des mesures barrières. De surcroît, dans ces lieux, les équipements sanitaires (accès à l'eau, au savon) sont le plus souvent extrêmement insuffisants, voire inexistant.

### **Absence de solution de logement**

Certains publics en particulier ont eu beaucoup de difficultés à trouver un hébergement, voire n'ont jamais pu être mis à l'abri : les personnes consommatrices de produits psycho-actifs, les exilés célibataires, les mineurs non accompagnés, les demandeurs d'asile dublinés, les personnes vivant en squat, les personnes sortant de prison (vagues de libération en raison du Covid), etc.

### **Modalités et critères d'orientation vers un hébergement s'il existe**

Les autorités ont parfois exercé une pression sur ces populations, en les forçant au confinement et/ou en leur imposant certains lieux de confinement. Les acteurs de terrain insistent également sur les délais parfois très longs pour obtenir un hébergement comme sur les difficultés à trouver des hébergements de longue durée (par exemple, accueil en hôtel pour quelques jours puis remise à la rue). Plus largement, concernant les hébergements proposés de façon temporaire pendant le confinement, se pose la question de leur maintien au moment du déconfinement. Pour les personnes sortant d'un centre de "dessalement" (lieu d'accueil des malades du Covid en situation de grande précarité), il était parfois difficile d'être de nouveau acceptées au sein de leur hébergement collectif. Par ailleurs, la vie en commun n'est pas toujours simple lorsque, par exemple, des familles avec enfants sont obligées de côtoyer au quotidien d'anciens détenus ou des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves. Ensuite, au sein des gymnases notamment, les personnes hébergées ne sont pas nécessairement toutes arrivées au même moment, chaque arrivée entraînant de nouveaux risques de contamination (pas de réelle quarantaine). Enfin, à certains endroits, les femmes enceintes ou avec enfants n'étaient pas prioritaires pour obtenir un hébergement.

### **Perte d'une solution de logement**

L'hébergement citoyen n'a pas toujours pu se poursuivre, soit parce que les hébergeurs étaient âgés, soit en raison de la présence d'enfants rendant difficile le respect des gestes barrières. Un accès facilité au dépistage aurait peut-être permis de solutionner un certain nombre de situations. Par ailleurs, beaucoup de personnes en situation irrégulière, hébergées par des marchands de sommeil, se sont retrouvées dans l'impossibilité de continuer à travailler et donc de payer leur loyer. Les mineurs non accompagnés, habituellement hébergés en internat la semaine, n'avaient plus de solution de logement. Les travailleurs.es du sexe, en raison de l'arrêt de leur activité, n'avaient plus les moyens de payer l'hôtel ou leur hébergeur habituel.

## **2. Compréhension et acceptabilité des mesures sanitaires**

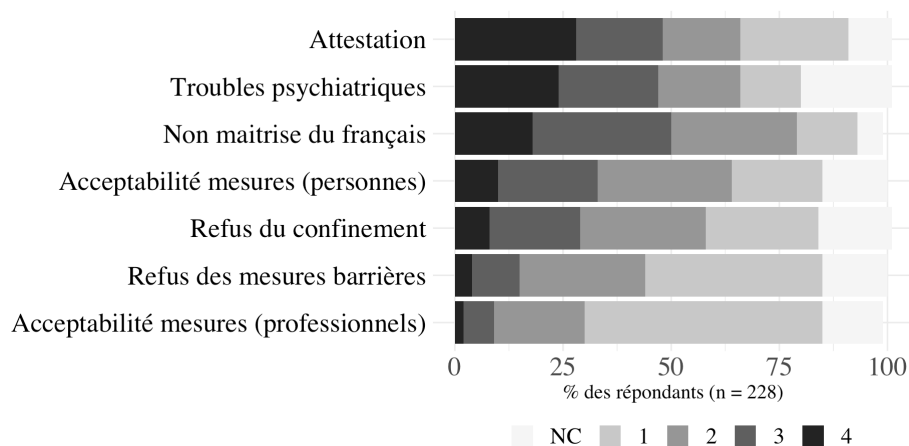


Figure 5.

### Compréhension et acceptabilité des mesures sanitaires

- ◆ Difficultés majeures :
  - Difficultés pour se procurer une attestation de déplacement dérogatoire (accès à Internet, problèmes de langue, etc.)
  - Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ayant des troubles psychiatriques (confinement, mesures barrières)
  - Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ne parlant pas français et/ou sans accès à l'information (confinement, mesures barrières)
- ◆ Difficultés non négligeables :
  - Difficultés pour les personnes soignées/accompagnées à accepter les mesures barrières
  - Refus d'être confiné de la part de personnes soignées/accompagnées
- ◆ Difficultés mineures :
  - Refus des mesures barrières de la part de personnes soignées/accompagnées
  - Difficultés pour les professionnels/bénévoles à accepter les mesures barrières

### Verbatims "Compréhension et acceptabilité des mesures sanitaires"

#### Difficultés pour se procurer une attestation de déplacement dérogatoire

Donner la possibilité aux migrants d'avoir accès à une imprimante pour imprimer les attestations, leur en donner avec traduction en certaines langues (arabe, pachto...) (Assiette migrante, IDF – bénévole).

Les attestations sont inutiles pour les personnes n'ayant pas d'hébergement et malgré cela elles se font contrôler et verbaliser alors que ces populations sont sans-abris (Humanity diaspo, IDF – juriste).

Amende adressée à deux personnes à la rue avant qu'on parvienne à leur trouver un hébergement chez un ami. Camp incendié avec quelques affaires personnelles laissées sur place (Sans toit ni loi, Hauts de France - bénévole).

Impression par centaines d'attestations à destination des personnes accompagnées, et ce dans les différentes versions (plus de 500 exemplaires mis à la poubelle car changement de versions !) Problèmes de "rétention" des attestations par les travailleurs des centres d'hébergement de demandeurs d'asile, qui jouent le paternalisme et le « pré-flicage », demandant au préalable pour quelle raison la personne veut sortir. Décidant ensuite, si la raison est valable et selon leur bon vouloir, de délivrer ou non une attestation à des personnes dans l'incapacité de s'en procurer elles-mêmes, confinées à 2 ou 3 dans des chambres de 10 m<sup>2</sup> (Association Sorosa, Auvergne Rhône Alpes – bénévole).

Si on procure des attestations, on n'est pas sûr que l'usage soit bien compris par tous du fait de la barrière de la langue (MdM, Occitanie - médecin).

Concernant les attestations de sortie dérogatoire : les personnes que nous accompagnons n'ont pas d'imprimante, ne maîtrisent pas toujours l'écrit et/ou n'osent pas faire une attestation manuscrite. Par ailleurs, elles ont des difficultés d'accès au centre de santé du Comede - au sein de l'hôpital du Kremlin Bicêtre - sans feuille de RDV médical (Comede, IDF – AS).

Pas de soucis en hôtels sociaux, mais de vrais problèmes pour les gens à la rue, en squats et bidonvilles. Les buralistes en proposent en échange de 30 ou 40 centimes pièce... Indispensable de proposer des attestations mensuelles par exemple... Inadmissible que des gens à la rue soient verbalisés (MdM auprès de populations Roms, Occitanie - sociologue).

Les personnes en situation d'errance n'ont ni la possibilité d'imprimer, ni internet, ni des unités pour charger leurs téléphones (MdM, Guyane – médiatrice sanitaire).

Depuis la création de l'attestation électronique, les difficultés se présentent moins pour les personnes hébergées. Elles se posent toujours pour les personnes à la rue la journée, logées seulement le soir à partir de 20h dans des haltes de nuit, et qui marchent dans Paris sans justificatif suffisant (Assfam, Groupe SOS Solidarités, IDF - juriste, avocat.e).

Complexité d'avoir accès à une attestation entraînant notamment une diminution du recours aux soins (Comede + MSF, IDF – médecin).

Concernant les attestations de sortie dérogatoire possible sur les smartphones, je ne suis pas très à l'aise pour conseiller aux personnes qui maîtrisent le français et

l'utilisation du smartphone de les utiliser à cause des questions de traçage... (Comede, IDF - AS).

Nos services impriment et mettent à disposition des bénéficiaires des attestations (Croix-Rouge française, IDF - responsable d'équipe).

Tutoriels et vidéos en différentes langues pour lever la difficulté de compréhension et d'utilisation de l'attestation dérogatoire (Autremonde, IDF - directeur.trice d'association).

### **Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ayant des troubles psychiatriques**

Difficultés de rencontrer les populations précaires aux antécédents psychiatriques lourds avec la "sous activité" de secteurs psy et EMPP pendant la période de confinement (MdM, Pays de la Loire – médecin).

Personnes ayant des troubles psychiques (victimisation, paranoïa, agitation), refusant les soins, accueillies à l'hôtel. Difficulté d'être présent pour elles car en télétravail et peu de matériel de protection pour les rencontrer (Service Départemental ASE, Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Patient ayant des troubles psy refusant les barrières de distance, avec montée de l'agressivité devant nos visages masqués. Tension importante des consommateurs usagers de drogues devant le manque d'argent ou de produits (EMPP, Occitanie – infirmière).

### **Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ne parlant pas français et/ou sans accès à l'information**

Un petit groupe informel de la permanence juridique du BAAM - composé d'un pharmacien, de deux juristes, d'une sociologue et de plusieurs interprètes - a dû gérer les premières traductions pour palier à l'inexistence de traduction du discours du président, des gestes barrières, etc. (BAAM, IDF - sociologue).

Compréhension limitée du mécanisme de la contagion et des mesures barrière. Aucun usage des attestations de déplacement (Secours catholique auprès de populations Roms, IDF – bénévole).

Concernant les personnes migrantes : Au-delà de la question de la compréhension sur les gestes barrières, leur application est impossible lorsqu'ils vivent en squat et bidonville (cases en taule, chaleur, promiscuité, difficultés d'accès à l'eau...). De plus, la compréhension passe par l'appropriation du problème par la communauté et donc par un travail de terrain en médiation de santé. Par ailleurs, ces populations ayant recours au travail informel pour survivre, elles sont obligées de sortir de chez elles pour trouver de quoi manger (MdM, Guyane – directrice d'association).

Difficultés de compréhensions dans le cas par exemple d'une volonté de rentrer en Albanie. Ils ne comprennent pas pourquoi il serait compliqué d'y retourner, ils ne voient pas la globalité du problème. Très peu d'attestations. Une femme qui a une place en hôtel revient tous les jours sur le camp. Elle ne va à l'hôtel que pour prendre une douche et dormir. Elle ne se confine pas (Utopia56, Occitanie – bénévole).

Les personnes n'ont souvent pas accès à Internet (PASS, Nouvelle Aquitaine – animateur social).

Bonne compréhension des enjeux de santé publique, même pour les personnes allophones. Souhait de suivre les recommandations sanitaires, mais impossibilité physique (pas d'hébergement ou hébergement inadapté) (Comede + MSF, IDF – médecin).

La compréhension n'a pas été le problème majeur (si ce n'est du fait de la langue), c'est surtout l'absence de possibilité concrète de mettre en place ces mesures (moyens matériels) (MSF, IDF - médecin).

Dans le nord de Paris, les difficultés ont été parfois importantes, le Covid étant considéré comme une fausse information ou une punition divine... (BAAM, IDF - sociologue).

L'interprétariat : dans les centres covid + ou les lieux d'hébergement en général, les informations sont-elles données dans la langue que la personne comprend ? (Comede, IDF - AS).

Difficultés extrêmes pour les personnes vivant en bidonville d'avoir des informations claires et précises sur les avancées dans les décisions politiques, leurs droits et les interdictions de toutes sortes (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

### **Difficultés pour les personnes soignées/accompagnées à accepter les mesures barrières**

Certaines personnes vivant seules continuent à voir certains de leurs proches de manière régulière, pour colmater le risque d'un effondrement psychique... Pour tout un chacun, se retrouver "seul" signifie "se retrouver face à soi-même". Ce qui peut accentuer le risque de ruminations (anxieuses). Pour cette population, cette situation est d'autant plus insupportable qu'elle n'a, souvent, pas les capacités psychiques (défenses) d'y faire face, les autres venant suppléer des failles narcissiques importantes. Ainsi, tout en ayant l'impression de respecter le confinement, certaines personnes en situation de précarité, souvent isolées, ont maintenu leurs habitudes et continuent à sortir et à voir leurs proches (EMPP, Nouvelle Aquitaine - psychologue).

Difficultés de communication avec les mineurs non accompagnés : l'application des gestes barrières et l'éducation ne sont pas au cœur de leurs préoccupations -

crainte pour les professionnels d'être exposés (DDAEOMI, Occitanie - infirmier.ère).

Ces jeunes en hôtel avaient du mal à comprendre l'interdiction de sortir pendant le confinement ou de passer d'une chambre à l'autre. Ils ont eu des masques en tissu mais n'ont aucun moyen de les laver en machine (Utopia56, Centre-Val de Loire - bénévole).

La plupart des patients que nous voyons sont la plupart du temps au courant et appliquent bien les mesures. Nous rencontrons cependant des difficultés pour le confinement et les mesures barrières chez 2 groupes de population : les roms et les sans-abris de longue date (PASS, Auvergne Rhône Alpes – médecin).

Nous accueillons un public multiculturel, notamment dans notre activité Gens de la Rue. Un temps d'adaptation a eu lieu. Globalement, avec un affichage polyglotte, une information claire et pas mal de pédagogie, les mesures barrières sont respectées tant par nos bénévoles que les personnes accueillies (Restos du Cœur, Pays de la Loire – secrétaire administratif).

Concernant l'acceptation des gestes barrière et du confinement, il me semble qu'il n'y a pas de différence avec l'ensemble de la population française : la grande majorité comprend leur nécessité et les accepte, même si c'est particulièrement difficile, car les liens avec ceux de la communauté d'origine sont essentiels quand on est exilé. Vu le jeune âge moyen des exilés, l'acceptation est même excellente. Comme dans l'ensemble de la population, il y a une petite minorité qui, par contre, s'est d'abord défendue par le déni du risque. Elle me semble de moins en moins nombreuse.

J'ajoute que le degré d'anxiété me semble plus grand encore chez les exilés, car beaucoup ont connu des épidémies meurtrières, dans des contextes de vécu d'impuissance, du fait de la faiblesse des structures sanitaires dans leur pays. D'autre part, la situation d'enfermement liée au confinement rappelle à beaucoup des circonstances dramatiques de leur vie, en particulier en Libye, et réactive des traumatismes. (CADA Refuge solidaire, Provence Alpes Côte d'Azur - bénévole).

Les personnes avec qui j'ai pris contact, vivant en structures collectives d'accueil ou en logement individuel, semblaient accepter les mesures. Par contre, elles avaient parfois réellement peur de sortir, même une heure pour s'aérer, ce qui est pourtant autorisé en Belgique (initiative psycho-sociale spécifique pour les migrants et étrangers Wallonie – psychologue).

Les personnes migrantes ont accepté les mesures barrières, mais se sont trouvées dans l'incapacité de les respecter (distances, lavage des mains, etc.) (CAMO : Collectif d'Aide aux Migrants de Ouistreham, Normandie – bénévole).

La possible consommation de produits illicites sur l'établissement d'hébergement permettrait de mieux respecter le confinement (Groupe SOS, IDF – directrice).



J'observe que les personnes en situation de rue se sont familiarisées en grande majorité avec les gestes barrières, sauf les plus en difficulté d'entre eux. Le public ne parlant pas français ou très peu, les personnes avec une problématique psy, le public consommateur — et j'en oublie — restent en partie à la marge de nos dispositifs car, bien que connus de nos services, nous rencontrons plus de mal à leur venir en aide et à trouver des solutions sur nos dispositifs. Il y a aussi les lieux d'accueil qui, au regard de l'urgence sanitaire, ne sont pas adaptés au profil du public en situation de rue ; je pense aux "plus abimés" d'entre eux, ayant ou pas un chien, voire avec un mode de vie à la rue incompatible avec les lieux censés les accueillir (Samu social CMAO Lille, Hauts-de-France - AS).

### **Refus d'être confiné de la part de personnes soignées/accompagnées**

Les refus d'être confinés en cas de symptômes sont liés à l'éloignement des sites de confinement. Nous travaillons à l'obtention de caravanes supplémentaires sur site pour permettre le confinement des personnes concernées (MdM auprès de populations Roms, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

Personnes vivant en bidonvilles qui ne veulent pas être séparées (Romeurop 94 – bénévoles militants).

La situation a évolué depuis le début du confinement. Moins de refus qu'au début, plus d'acceptation parce que plus de malades dans l'entourage (Association accueil communauté de Taizé, Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Le refus du confinement dépend presque exclusivement des conditions proposées. Certains se sentent plus à l'abri dans la rue où ils peuvent s'éloigner des autres que "confinés" dans un espace réduit où la distanciation sociale est impossible (MdM, IDF – bénévole).

Le public marginalisé est habitué à passer ses journées dehors pour faire la manche. Il a donc continué à sortir, malgré le confinement (abej Solidarité, Hauts-de-France - directeur.trice d'établissement).

### **Refus des mesures barrières de la part de personnes soignées/accompagnées**

Au départ, le 09 avril 2020<sup>1</sup>, certaines personnes retenues ont refusé le port du masque et des gants affirmant que, dans tous les cas, elles avaient déjà été infectées et qu'il était trop tard (Groupe SOS, IDF - juriste, avocat.e).

### **Difficultés pour les professionnels/bénévoles à accepter les mesures barrières**

---

<sup>1</sup> Date de la mise en place des mesures barrières au CRA de Paris-Vincennes, suite à la découverte du premier cas de contamination.

Les bénévoles ont eu beaucoup de difficultés à accepter le confinement ; ce qui n'aidait pas forcément les personnes migrantes à comprendre elles-mêmes la situation (Bureau d'Accueil et d'Accompagnement des Migrants (BAAM), IDF - sociologue).

### **Synthèse "Compréhension et acceptabilité des mesures sanitaires"**

#### **Difficultés pour se procurer une attestation de déplacement dérogatoire**

Du fait de la barrière de la langue, du nonaccès à Internet ou à une imprimante, de l'absence d'unités téléphoniques, de la non-maîtrise de la langue écrite, etc., beaucoup de personnes ont été en difficulté pour se procurer une attestation. Si la mise en place de l'attestation électronique a permis de simplifier la situation pour les personnes hébergées, les difficultés ont continué de se poser pour les personnes à la rue la journée et logées uniquement la nuit. Pour ces dernières et plus largement pour les personnes sans-abri, cette attestation n'a évidemment aucun sens et l'absurdité de les verbaliser a été mentionnée à plusieurs reprises. Par ailleurs, certains dénoncent l'attitude paternaliste de professionnels qui ne délivraient une attestation aux personnes hébergées que (selon eux) pour « de bonnes raisons ». Enfin, ces difficultés pour se procurer une attestation peuvent en partie expliquer un moindre recours aux soins.

#### **Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ayant des troubles psychiatriques**

Certaines personnes ayant des troubles psychiatriques refusent les mesures barrières, avec parfois de l'agressivité face aux visages masqués. Certaines peuvent également être dans une attitude de refus de soins. Le fait de travailler en sous-effectifs et/ou à distance pendant la période de confinement a rendu encore plus difficile l'accompagnement de ces personnes.

#### **Difficultés de compréhension de la situation par les personnes ne parlant pas français et/ou sans accès à l'information**

Le plus souvent, les associations et structures ont dû elles-mêmes pallier l'inexistence de traductions en plusieurs langues des messages officiels pour les personnes allophones. De plus, beaucoup de personnes en situation de précarité n'ont pas accès à Internet.

S'il y a compréhension de la situation et volonté de suivre les recommandations sanitaires, leur application reste impossible en l'absence d'hébergement ou lorsque celui-ci est inadapté.

La compréhension de la situation suppose que les personnes puissent s'approprier les enjeux de santé publique ; ce qui passe notamment par des interventions de médiation en santé par les acteurs de terrain.

### Difficultés pour les personnes soignées/accompagnées à accepter les mesures barrières

Seule une minorité des personnes soignées/accompagnées s'est montrée réellement réticente à l'égard des mesures barrières et du confinement, en particulier certains sans-abris de longue date ou encore certains mineurs isolés pour qui la situation sanitaire n'était pas au centre de leurs préoccupations. Par ailleurs, il a été avancé l'hypothèse que les personnes en situation de grande précarité auraient moins de facteurs de résilience que la population générale pour supporter le confinement, en particulier les plus isolées et/ou celles pour qui la situation de confinement fait écho à des expériences passées d'emprisonnement. Plus largement, la situation d'exil rend sans doute encore plus essentiel le maintien des liens avec la communauté d'origine. Ce qui contribuerait à expliquer le fait que certaines personnes aient continué à voir leurs proches pendant le confinement pour éviter de s'effondrer psychologiquement.

### Refus d'être confiné de la part de personnes soignées/accompagnées

Le refus du confinement s'explique principalement par les conditions de confinement proposées : éloignement des sites de confinement et volonté de ne pas être séparé des siens (en cas de symptômes), espaces de confinement inadaptés (distanciation sociale plus difficile en gymnase que dans la rue).

## 3. Alimentation

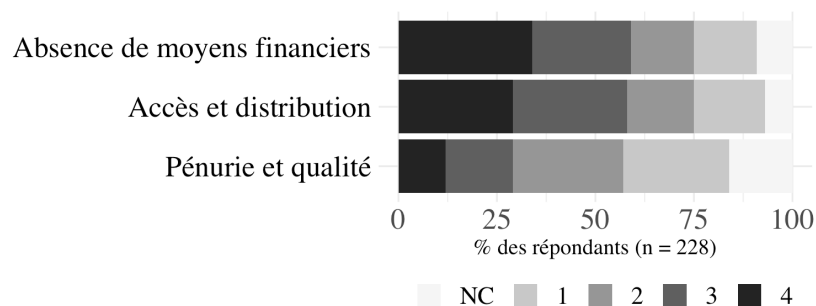


Figure 6.  
Alimentation

- ◆ Difficultés majeures :
  - Absence de moyens financiers pour acheter des aliments
  - Problématique de l'aide alimentaire (accès et distribution)
  
- ◆ Difficultés non négligeables :
  - Pénurie et qualité des produits

## Verbatims "Alimentation"

### Absence de moyens financiers pour acheter des aliments.

Au début, beaucoup de difficultés pour fournir de la nourriture, mais depuis quelques jours nous arrivons à en trouver suffisamment. Curiosité : les Roms, dont personne ne voulait, obtiennent des tickets alimentaires de 7€ alors que pour les déboutés et x, on obtient au maximum 3€ ou 3,50€ (Rom Yvelines, IDF – médecin bénévole).

Très peu de dons de la part des entreprises. Gros besoins de denrées non périssables ou produits secs. Pas de réponse des diverses prospections pour de nouveaux dons. Déficit qui augmente au Secours populaire : perte estimée à plus de 200.000 euros par mois en ce moment (Secours populaire, Hauts de France - Chargée de missions santé / partenariats).

Des personnes et des parents ont été accompagnés à des distributions alimentaires situées loin de leur domicile, en urgence, par manque de moyens financiers (ATD Quart Monde, Bretagne – médecin).

Perte presque complète des revenus habituels (petits boulots, mendicité) d'où l'impossibilité d'acheter de la nourriture. Solution apportée par des distributions de denrées (par des associations) puis par des chèques-services de l'Etat (dispositif "sans-abris" du DIHAL) à partir du 20 avril (Secours catholique, accompagnant familles Roms, IDF – bénévole).

Les personnes en fin de procédure de demande d'asile et n'ayant plus l'ADA se retrouvent sans revenus. Difficulté majeure pour les personnes ayant l'autorisation de rester en France et vivant de petits métiers ou de la charité dans la rue (ATD Quart Monde, Occitanie - animatrice).

Plus de cantines, gros problèmes pour les familles précaires au niveau financier. Insoluble pour les familles sans-papiers pour qui la cantine était le seul repas de la journée pour les enfants (Association Sorosa, Auvergne-Rhône-Alpes – bénévole).

Les difficultés alimentaires touchent un public beaucoup plus large que les sans-abris. Ce public s'est fortement accru dans notre département alpin du fait de la perte de travail et de revenu des saisonniers et de très nombreux salariés, artisans, commerçants... (Tous migrants, Provence-Alpes-Côte d'Azur – bénévole).

Notre mission de secours alimentaire est renforcée en cette période en raison de la fermeture de points d'aide alimentaire. Nous identifions ces surcoûts en lien avec la crise afin de les faire financer par l'Etat (Croix Rouge, IDF – directrice d'établissement).

Nous avons "détourné" les cadeaux aux soignants (alimentaires) pour les redistribuer aux populations précaires... (PASS, Nouvelle Aquitaine – médecin).

Les fins du mois sont compliquées... mais comme toujours. Une coordination associations-DDCS a été mise en place pour répondre rapidement aux difficultés alimentaires (Secours catholique, Grand Est – cheffe de service structure sociale).

Les familles craignent de ne pas pouvoir donner assez à manger à leurs enfants. Plus de crèches ou de cantines parfois prises en charge par les mairies. Les parents se privent pour leurs enfants (Secours populaire, Hauts de France – chargée de mission santé/partenariats).

Difficulté à s'approvisionner avec des produits peu chers qui sont pris d'assauts (MdM, Auvergne-Rhône-Alpes - médiatrice en santé).

Réponse très rapide de collectifs/associations/initiatives personnelles pour venir en aide aux plus marginaux pour la nourriture (à Lille en tout cas). En revanche, le manque de revenus liés à la manche dans la rue, la prostitution, etc. a mis en difficulté le public consommateur de drogues, parfois tout aussi essentielles à la survie que la nourriture (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmière).

### **Problématique de l'aide alimentaire (accès et distribution)**

Problème majeur (MdM, Guyane – directrice d'association).

Favoriser le « confinement intelligent » avec possibilité d'avoir accès à des repas car, en général, les personnes n'ont pas d'accès à des cuisines (Assiette Migrante, IDF - bénévole).

La DDCS de notre département (Drôme) nous refuse les tickets chèques-services au motif qu'elle les a déjà distribués à l'association référente (Diaconat protestant). Or, les personnes concernées (demandeurs d'asile sans logement) n'ont pas accès au bureau du Diaconat qui est fermé et ne peuvent pas de faire de demande de chèques-services par mail. Quid des personnes en procédure Dublin ou accélérée ? Pour toute réponse, on nous demande d'établir un tableau avec les noms et les statuts administratifs, après quoi on étudiera notre demande de chèques-services. Nous refusons de fournir ledit tableau... La préfecture a, durant les trois premières semaines, communiqué et renvoyé tout le monde sur les Restos du Coeur qui étaient fermés (fermeture annuelle pour un mois, qui tombait malheureusement pile au même moment). Pression de la préfecture sur les Restos du Coeur pour rouvrir en urgence : les Restos du Coeur n'avaient pas de nourriture à donner. La préfecture disait que ce n'était pas son problème et refusait d'acheter ou de réquisitionner de la nourriture en magasin, faisant du chantage à la subvention. Et durant trois semaines, préfecture et mairie ont dit qu'il n'y avait pas de souci : Allez aux Restos du Cœur ! (qui étaient fermés !). Et les médias locaux reprenaient en chœur (Association Sorosa, Auvergne Rhône Alpes – bénévole).

Arrêt des distributions alimentaires et vestimentaires habituellement organisées à Calais. Aide alimentaire apportée dans un Centre d'hébergement d'urgence rendue très compliquée par le confinement et le manque d'informations sur les distances maximales pouvant être parcourues pour porter assistance à personnes vulnérables (Sans toit ni loi, Hauts de France - bénévole).

Beaucoup de lieux de distribution étant fermés, il a fallu orienter des patients vers des banques alimentaires d'un autre secteur (Hôpital IDF – AS).

Sur 10.000 familles accompagnées, seulement 1/3 bénéficie de l'aide alimentaire en cette période. Peu d'antennes du Secours populaire ouvertes car difficile d'avoir des bénévoles jeunes sans problème de santé. Pas toujours d'équipements, masques, gants... (Secours populaire, Hauts de France - Chargée de missions santé/partenariats).

Dans les bidonvilles, début de l'aide alimentaire au bout de 20 jours. Pas d'eau ni sanitaires sur les lieux de vie. Procédure en cours devant le Tribunal Administratif (Romeurope 94 – bénévole).

Seules les associations caritatives, débordées, distribuent un peu de nourriture. Aucune aide de la ville (Nice) pour les personnes "sans papiers" (Habitat & citoyenneté, Provence Alpes Côte d'Azur – médiatrice sociale).

Les associations qui, habituellement, apportent cette aide sont composées de beaucoup de bénévoles âgés (Restos du Cœur, Hauts de France – bénévole).

Fermeture de la plupart des sites de collecte alimentaire habituels. Impossibilité de poursuivre les activités génératrices de revenus. Les personnes sont refoulées par certains sites de distribution alimentaire. Beaucoup d'entre elles ont faim (MdM accompagnant familles Roms, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

Très grandes difficultés pour accéder aux distributions alimentaires quand elles sont mises en place. Beaucoup de patient.e.s sont confiné.e.s en dehors de Paris, les possibilités de distribution alimentaire sont quasi inexistantes. Nous avons sollicité la fondation Abbé Pierre pour avoir des tickets services à remettre aux patient.e.s qui n'ont pas d'autres possibilités, mais cela implique que les personnes se déplacent au Comede et prennent donc des risques (Comede, IDF – AS).

Temps long de mise en place des distributions alimentaires, coordination parfois très difficile avec les partenaires, obstruction de la préfecture sur des livraisons de colis alimentaires par exemple (MdM, Occitanie – infirmière).

Au niveau de l'alimentation, nous avons la chance d'avoir eu beaucoup de dons alimentaires ainsi que des dons via une cagnotte Hello Asso. Les exilés sont en autogestion et cuisinent eux-mêmes, des bénévoles gèrent les stocks. Depuis la reprise des cantines scolaires, la mairie a repris la livraison de 10 repas du lundi au vendredi, chose qu'elle faisait depuis la création de notre association (Association

indépendante travaillant avec MdM et la PASS de l'hôpital de Briançon - coordinatrice).

Beaucoup de gens à la rue ne se signalent pas systématiquement. La régularité de l'approvisionnement alimentaire n'est pas assurée dans les hôtels sociaux (les colis arrivent l'après-midi). Problème d'accès à l'eau important (les sanisettes en ville ne sont pas toutes ouvertes et les fontaines pas toutes en service) (MdM, Occitanie - sociologue).

Distributions alimentaires interrompues ou peur d'y aller (Association accueil Communauté de Taizé, Bourgogne-Franche-Comté – éducatrice spécialisée).

Des initiatives individuelles rendent la distribution de denrées plus facile. Mais la déresponsabilisation de l'Etat reste un problème de taille (Utopia56 Occitanie – bénévole).

Tous les lieux ne sont pas toujours desservis. L'aéroport par exemple est vide de monde. Il est donc difficile d'y faire la manche et d'avoir à manger, mais il y a l'eau potable et les toilettes. A contrario du centre ville où il est encore possible d'avoir des dons, mais grosses difficultés d'accès à l'eau et aux toilettes publiques (Utopia56, Occitanie - bénévole).

La peur des personnes en situation irrégulière de sortir faire des courses et de devoir justifier d'un titre de séjour en même temps que le contrôle de l'attestation de déplacement. La réduction des distributions de nourriture oblige les personnes à la rue à marcher encore davantage dans les rues de Paris, toujours sans justificatif (Assfam Groupe SOS Solidarités, IDF - juriste).

Lieux de distribution alimentaire limités ou quasi inexistants selon les départements (ex : 77) (PASS, IDF – AS).

Augmentation des besoins alimentaires et réduction des distributions, nécessité de faire des queues prolongées, avec souvent l'absence d'approvisionnement en fin de queue (MdM IDF – bénévole).

Les personnes migrantes ont été confinées dans une autre commune où ils sont nourris par la Croix Rouge. Nous apportons de l'alimentation dans les squats (CAMO, Collectif d'Aide aux Migrants de Ouistreham, Normandie - bénévole).

Nécessité évidente pour bonne organisation des distributions alimentaires d'évaluer le nombre de personnes sur les différents lieux de vie précaires, mais aussi de rentrer dans un décompte plus précis (familles...). Documents à usage interne à ne pas diffuser, beaucoup de vigilance à avoir sur ce sujet (École

primaire Saint Joseph La Salle Toulouse<sup>2</sup>, Occitanie - Professeur Relais École et Précarités<sup>3</sup>).

Pas possible d'utiliser les chèques alimentaires sur le secteur car les supermarchés ne sont pas partenaires. Distributions alimentaires fermées ou avec une fréquence diminuée (MdM, Auvergne-Rhône-Alpes - médiatrice en santé).

Distribution alimentaire à réorganiser dans l'établissement pour ne pas submerger les locaux des associations. Le dispositif hivernal a ouvert 24h/24 du jour au lendemain, ce qui suppose de nourrir les nouveaux hébergés (Croix-Rouge française, Auvergne-Rhône-Alpes - directeur.trice d'établissement).

Nombreux cas de personnes ne pouvant plus trouver de quoi se nourrir ou nourrir leurs enfants. Les distributions alimentaires n'existent pas partout et/ou ne sont pas toujours très accessibles et/ou sont fermées le dimanche, etc. (Groupe d'information et de soutien des immigré.e.s (Gisti), IDF - juriste, avocat.e).

L'organisation des distributions alimentaires grand public a mis plusieurs semaines à s'organiser (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

Aide alimentaire compliquée pour les personnes en situation de rue : les distributions habituelles étaient fermées ou en cours de réorganisation au début du confinement. Autremonde s'est mis en lien avec la Protection Civile pour la distribution de sachets repas (Autremonde, IDF - responsable vie associative).

Points de distribution de repas et épiceries sociales fermés. Nécessité de répondre à ces demandes urgentes, nous avons dû distribuer des repas et des paniers d'épicerie et mobiliser des fonds à cette fin (Autremonde, IDF - directeur.trice d'association).

### **Pénurie et qualité des produits**

Nous avons dû faire appel à la Banque Alimentaire pour nous approvisionner (Église évangélique méthodiste, Grand Est – pasteur).

Pas de pénurie (hormis farine), mais les prix ont flambé ! (Association Sorosa, Auvergne Rhône Alpes – bénévole).

Pas de possibilité de respecter les croyances religieuses (ex : livraison de sandwiches au jambon), problèmes de constipation car pas de produits frais (ou très peu) donc difficultés d'appliquer des règles hygiéno-diététiques... (MdM, Occitanie – infirmière).

---

<sup>2</sup> Enseignement privé sous contrat.

<sup>3</sup> Médiation scolaire et, pendant la crise sanitaire, soutien à l'organisation des distributions alimentaires sur bidonvilles, campements et squats.



C'est surtout l'absence de micro-onde et frigos qui pose problème (préparation des biberons, manger froid). Pas non plus de repas spécifiques pour les enfants... (MdM, Occitanie - sociologue).

Rajoutons aux difficultés antérieures que les aliments distribués par la CCAS sont périmés (MdM, Guyane – médiatrice sanitaire).

Aucun produit frais, plus de ramassages (Restos du Coeur, Normandie - directeur.trice d'association).

On observe un bouleversement des dons, une perte de produits habituels à commander comme les fruits et légumes. Arrivée massive d'autres types de dons. Adaptation des repas distribués avec transformations : les Gens de la Rue ont désormais des colis ambiants ; adaptation de la nature des produits dans la part standard dans les centres de distribution pour les personnes précaires (Restos du Cœur, Pays de la Loire – secrétaire administratif).

Nourriture chaude, équilibrée et en quantité suffisante. Repas deux fois par jour. Adaptation pour le Ramadan (Croix Rouge, Pays de la Loire – bénévole).

Les mineurs non accompagnés (MNA) reçoivent des livraisons de repas en barquettes pension complète, dont la qualité et le goût les dérangent énormément. Ceci est le principal problème que nous avons rencontré (Conseil Départemental Essonne, IDF - psychologue).

Les jeunes du squat, hébergés à l'hôtel pendant le confinement, avaient de la nourriture en quantité peu importante et se sont vus supprimer le repas du midi pendant le Ramadan. Donc un seul repas du soir : quantités journalières insuffisantes (Utopia56, Centre-Val de Loire - bénévole).

## **Autres**

Vos questions ne permettent pas de clarifier les situations. Il aurait fallu séparer les situations à la rue et en centre d'hébergement pour les migrants (sans papiers / demandeur d'asile, réfugié statutaire ou sous protection...) (Secours catholique, Grand Est – cheffe de service structure sociale).

## **Synthèse "Alimentation"**

### **Absence de moyens financiers pour acheter des aliments**

En raison de la perte des revenus habituels (petits boulots, mendicité), beaucoup de personnes n'ont plus eu la possibilité d'acheter de la nourriture. Les exilés n'ayant pas pu demander l'asile ou en fin de procédure d'asile n'ont pas ou plus perçu l'allocation pour demandeur d'asile (ADA). L'arrêt de la cantine pour les enfants (parfois prise en charge par la mairie) a mis beaucoup de familles précaires en difficulté, avec des parents qui se sont privés de manger pour nourrir leurs enfants.

### Problématique de l'aide alimentaire (accès et distribution)

Un certain nombre de sites de distribution alimentaire ont été obligés de fermer, notamment parce que les bénévoles sont souvent des personnes âgées. Au début du confinement, trop de personnes ont souffert de la faim : à certains endroits, il a fallu attendre plusieurs semaines pour que l'aide alimentaire soit organisée. Ensuite, en plus d'être en quantité réduite et inégalement réparties sur le territoire, les distributions mises en place n'étaient pas toujours facilement accessibles, ce qui obligeait les personnes à la rue à faire parfois d'importants déplacements sans attestation valable. Par ailleurs, les chèques alimentaires distribués n'étaient pas utilisables dans les supermarchés non partenaires. L'accès à l'eau a également été un problème important en ville (plusieurs sanisettes et fontaines fermées).

### Pénurie et qualité des produits

Les repas distribués ne respectaient pas toujours les croyances religieuses et les règles hygiénodététiques n'étaient pas nécessairement prises en considération (manque de fruits et légumes).

## 4. Santé des personnes soignées/accompagnées

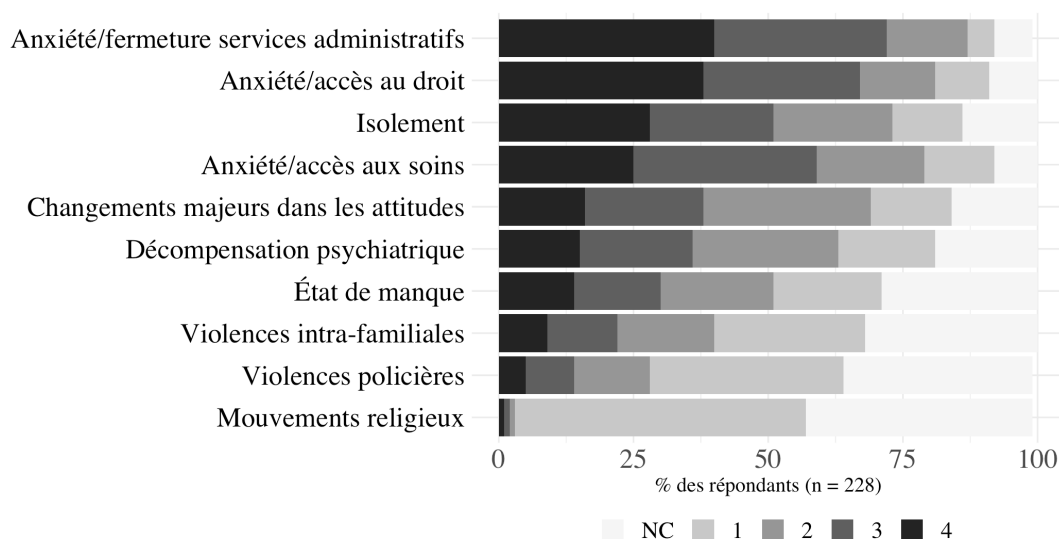


Figure 7.  
Santé des personnes soignées/accompagnées

#### ◆ Difficultés majeures :

- Anxiété des personnes liée à la fermeture et/ou aux conditions d'accès modifiées des services administratifs
- Anxiété des personnes liée à leur accès au droit (menace d'expulsion, non renouvellement des titres de séjour, etc.)

- **Isolement et difficultés à maintenir le lien** avec les personnes soignées/accompagnées suite à l'éloignement physique du terrain
- **Anxiété des personnes liée à leur accès aux soins**
  
- ◆ Difficultés non négligeables :
  - Changements majeurs dans les attitudes des personnes soignées/accompagnées (repli sur soi, déplacement géographique, montée des violences, etc.)
  - Décompensation psychologique/psychiatrique chez les personnes soignées/accompagnées (réactivations de syndrome de stress post-traumatique, etc.)
  - État de manque des personnes consommatrices de produits psychoactifs
  - Personnes soignées/accompagnées victimes de violences au sein de leur famille ou groupe social
  
- ◆ Difficultés mineures :
  - Personnes soignées/accompagnées victimes de violences policières
  - Apparition de mouvements religieux intégristes

### Verbatims "Santé des personnes soignées/accompagnées"

#### **Anxiété des personnes liée à la fermeture et/ou aux conditions d'accès modifiées des services administratifs**

Suspension de RSA sans raison valable, absence totale de revenu pour les migrants (Secours Populaire, Grand Est - bénévole).

Difficultés liées à la dématérialisation des documents administratifs, absence de connexion internet, difficultés extrêmes pour joindre la CAF, la CARSAT... et les assistantes sociales (foyer AMLI) (Secours populaire, Grand Est – bénévole).

Inquiétude liée à la situation administrative : ralentissement des procédures (DDAEOMI, Occitanie - infirmière).

Peur de l'après confinement : l'inconnu, l'expiration des titres de séjour, la réouverture des préfectures, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous (Assfam, Groupe SOS Solidarités, IDF - juriste).

Beaucoup d'anxiété de la part de l'ensemble des patients accompagnés en ce qui concerne la fermeture des structures administratives, notamment la préfecture, la CPAM et la CAF (Hôpital, IDF - AS).

Inquiétudes par rapport à la question des régularisations du fait de l'arrêt des services administratifs (OFPRA, préfecture, etc.) (Service Départemental ASE, Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Peur de se déplacer sans autorisation, d'être contrôlé par la police et que cette situation se prolonge du fait de l'absence de démarches administratives possibles (MdM, IDF – bénévole).

Le ralentissement du traitement des demandes de titre de séjour de la part de la préfecture est une source d'angoisse réelle pour les jeunes majeurs anciennement mineurs non accompagnés (MNA). Les délais sont déjà longs d'ordinaire, mais la crise sanitaire n'a fait que rajouter des difficultés à cela, rendant certains jeunes vulnérables. Ne pouvant plus travailler car majeur pendant le confinement, ils n'ont pas reçu le récépissé malgré leur demande de titre de séjour envoyée 6 mois avant leur majorité (La Sauvegarde du Nord, Hauts-de-France - Educateur.trice spécialisé.e).

Les jeunes hébergés à l'hôtel ne savent pas si et quand ils seront remis dehors et cela les inquiète beaucoup. Les audiences au tribunal pour la reconnaissance de minorité ont été suspendues pendant 2 mois et les procédures étaient déjà très longues à Tours (6 à 12 mois). Les démarches consulaires pour obtenir un passeport et prouver leur minorité sont également interrompues et n'ont toujours pas repris à ce jour (21/05) (Utopia56, Centre-Val de Loire - bénévole).

### **Anxiété des personnes liée à leur accès au droit**

Les explications apportées et le fait de travailler via téléphone et mail ont permis de les rassurer. Cependant la fracture numérique étant extrêmement importante pour le public accompagné, cela a repoussé des démarches qui pourraient avoir un impact d'autant plus important dans leur situation de précarité. L'accès à internet est limité pour la plupart d'entre eux qui n'ont pas accès à des outils informatiques leur permettant de nous transmettre des documents justificatifs dans le cadre de la constitution de leurs dossiers de droits communs (Hôpital IDF – AS).

Dossiers administratifs AME en suspens. Pas de couverture sociale (Romeurope 94 – bénévole).

Annulation des rendez-vous préfecture/guichet unique qui maintienne dans la précarité des demandeurs d'asile. Précarisation médicale associée : délais de carence plus long pour les ouvertures de droits (6 mois sans titre de séjour contre 3 mois pour les demandeurs d'asile) (PASS, Grand Est – AS).

Les personnes ont plus peur pour le maintien de leurs droits (Aurore, IDF – psychologue).

Anxiété liée aux contrôles policiers, incompréhension de l'attitude des forces de l'ordre délogeant des squats et parcs où se réfugient des personnes sans logement. Impossibilité de mettre à jour les droits à la sécurité sociale ou au titre de séjour, source d'angoisse, impossibilité d'obtenir des traitements (MSF, IDF – médecin).

Donner tout de suite à tous les exilés sans-papier un droit d'asile pour la durée du confinement et des ressources pour survivre (Centre Kestemberg, ASM13 - Psychanalyste, travail en situation transculturelle).

Difficulté d'accès au droit. Un certain nombre de permanences physiques a fermé. Malgré le report des délais, les personnes sont isolées, ne sont pas au courant et sont angoissées à l'idée de ne pas pouvoir contester une décision. Un exemple : la préfecture de Lyon a émis un refus de séjour la semaine dernière suite à une demande de renouvellement de titre de séjour avant le confinement. Certaines préfectures continuent donc à travailler mais, semble-t-il, au seul « service éloignement » (Assfam Groupe SOS Solidarités, IDF - juriste).

Problèmes de prise en charge des personnes migrantes sans sécurité sociale (ou en attente de la carte d'AME ou d'un renouvellement). Demandes de paiements et factures dans le cadre d'une urgence liée au Covid-19 (Habitat & Citoyenneté, Provence Alpes Côte d'Azur – médiatrice sociale).

Absence de réponse à une demande de protection universelle maladie (PUMA) en absence du document AGDREF (Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France) qui devait être remis par la préfecture le 30 mars. En conséquence, une facturation a été établie à une patiente pour ses frais de soins délivrés en urgence vitale puisque les droits à la Puma sont en réalité incontestables et incontestés. Les services hospitaliers lui ont indiqué qu'ils la rembourseraient plus tard ! (Cimade, IDF – bénévole).

La nécessité de simplifier le parcours de soin pour toutes et tous paraît nécessaire. La fusion de l'AME/PUMA devrait le permettre (MSF, IDF - médecin).

Anxiété démultipliée par l'enfermement et la perspective d'un renvoi (Groupe SOS, IDF - juriste, avocat.e).

### **Isolement et difficultés à maintenir le lien**

Isolement des personnes hébergées dans des centres qui n'assurent plus de permanences (Assfam, Groupe SOS Solidarités, IDF – juriste avocat.e).

Anxiété de certaines personnes, en particulier de celle dont les proches sont hospitalisés dont elles n'ont pas de nouvelles dans leur langue. Nous avons ouvert une permanence téléphonique roumanophone qui tente de pallier au problème (MdM, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

Rupture du suivi (Entraide protestante Grand Est – directrice d'association).

Isolement au sein de la communauté ou du voisinage qui n'est pas au courant du droit au séjour de l'intéressé (Assfam, Groupe SOS Solidarités, IDF - juriste).

Effectifs réduits de moitié, difficultés pour maintenir le lien auprès de 40 mineurs en hébergement diffus (appartements, studios). Certains mineurs isolés en studio ayant

déjà vécu des situations d'enfermement ou de confinement ont connu des épisodes dépressifs (France terre d'asile, Hauts de France - juriste).

Les familles que nous suivions ont notre numéro de téléphone, mais ne nous appellent plus. Nous avons perdu le contact (Réseau Educateurs Sans Frontières, Bretagne - bénévole).

Avec le retrait physique des équipes, nous perdons notre pouvoir d'observation. Aussi, les personnes en grande précarité sociale, en souffrance physique et/ou psychologique, ne parlant pas beaucoup le français, n'osant pas appeler la permanence téléphonique, sont laissées de côté si personne n'alerte l'équipe à leur sujet (...) L'une des mesures sanitaires mise en place par le Centre de rétention administrative est la suppression des visites : cette question, visant à « protéger » les personnes retenues, pose de très gros problèmes en termes d'accès aux droits fondamentaux dans des lieux de privation de liberté et en termes d'impact sur le moral des personnes enfermées. L'absence physique de l'équipe dans les centres constitue une source d'angoisse supplémentaire (Groupe SOS, IDF - juriste, avocat.e).

### **Anxiété des personnes liée à leur accès aux soins**

Les personnes soignées/accompagnées ont des difficultés à se rendre sur les lieux de soins par peur d'être contaminées (MdM, Occitanie – infirmière).

Concernant les hôpitaux, les personnes ont très peur, y allant, de tomber malade (Aurore, IDF – psychologue).

Les nouvelles mesures (carence pour les ouvertures de droits à l'assurance maladie et traitement des dossiers AME à Bobigny avec un allongement des délais considérable et sans interlocuteurs) ont considérablement augmenté le nombre de patients dans l'impossibilité d'accéder à des soins en pleine période de Covid (PASS, Grand Est –AS).

La fermeture ou la restriction d'ouverture des PASS (prise de rendez-vous nécessaire) n'est pas adaptée au public des PASS (barrière de la langue, possession d'un téléphone, accès à internet...) (Comede et MSF, IDF – médecin).

Réorganiser la médecine de ville en la dissociant du paiement à l'acte par la mise en place d'une forfaitisation permettrait d'éviter les mécanismes de calcul comptables privilégiant la rentabilité sur l'accès au soin (MSF, IDF – médecin).

Grande difficulté d'accès aux soins psychiatriques avec violences engendrées, en présence de populations migrantes aux parcours de vie très compliqués. Inhumain... Quid des droits de l'homme ? (PASS, Nouvelle Aquitaine – médecin).

Plusieurs cas de renoncement aux soins par peur d'aller à l'hôpital en raison du Covid (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

### **Changements majeurs dans les attitudes des personnes soignées/accompagnées (repli sur soi, déplacement géographique, montée des violences, etc.)**

L'État commence à apporter des solutions (après plus d'un mois de confinement !) Mais les personnes ne leur font plus confiance et préfèrent rester dehors (Les Restos du Cœur, Hauts de France – bénévole).

Tensions maximum sur le terrain avec des agressions de bénévoles à l'occasion de plusieurs maraudes. Restent à la rue des gens consommateurs (crack, héroïne, cocaïne...), avec une majoration de leur sentiment d'invisibilité, de leur isolement (MdM, Occitanie – infirmière).

Mise en danger des bénévoles dans la rue du fait des tensions qui ont beaucoup augmenté. Une maraude alimentaire d'ampleur a littéralement abandonné ses tournées. Multiplication des problématiques : toxicomanie, alcool, violences et nouveaux arrivés à la rue (MdM, Occitanie – sociologue).

Observation de l'augmentation de la violence (Utopia 56 Occitanie – bénévole).

Retours de nombreux cas d'agressions dans la rue entre SDF, mais aussi sur des collègues venant travailler (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

### **Décompensation psychologique/psychiatrique chez les personnes soignées/accompagnées (réactivations de syndrome de stress post-traumatique, etc.)**

Comme pour la population générale, la privation de liberté et l'angoisse liée à la maladie, l'insuffisance d'exercice physique et le désœuvrement sont générateurs de retrait, de sentiments dépressifs ou de tensions. L'entassement dans les structures d'accueil, la promiscuité avec des personnes que l'on n'a pas choisies, l'absence d'activités de loisirs renforcent la souffrance psychique. Par ailleurs, le degré d'angoisse me semble plus grand encore chez les exilés que dans le reste de la population, car beaucoup ont connu des épidémies meurtrières, dans des contextes de vécu d'impuissance, du fait de la faiblesse des structures sanitaires dans leur pays. La situation d'enfermement liée au confinement rappelle à beaucoup des circonstances dramatiques de leur vie, en particulier en Libye et réactive des traumatismes. Enfin, les incertitudes liées à la crise sanitaire se cumulent avec des incertitudes liées à leur propre avenir. Il y aura des conséquences psychiques plus ou moins graves pour la plupart d'entre eux (CADA Refuge solidaire, Provence Alpes Côte d'Azur - bénévole).

Normalement, le Refuge est un lieu de passage, une pause avant la reprise de la route pour les exilés. Avec le confinement, les exilés se sont retrouvés bloqués dans ce lieu et ne peuvent pas continuer leur route et leur projet. Cela génère une angoisse et une impatience : quand partiront-ils ? Le confinement a

augmenté l'angoisse de la personne que nous accueillons avec des troubles psychiques (Association indépendante travaillant avec MDM et la PASS de l'hôpital de Briançon – coordinatrice).

La santé mentale des personnes est encore plus fragilisée. Les traumatismes remontent. Perte d'espoir, déprime (Association Accueil Communauté de Taizé, Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Réactivations de stress post-traumatique pour des personnes migrantes (PASS, Nouvelle Aquitaine – animateur social).

La distance, l'éloignement, l'isolement réactivent chez certains jeunes des traumas de leurs parcours migratoires (séparations, violences, etc.) (Service Départemental ASE, Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Maintien des suivis par téléphone pour éviter des décompensations psychiques (psychologiques ou psychiatriques). Bien que les réactions soient diverses, il semble que le maintien d'un suivi téléphonique permette de prévenir les conséquences les plus graves du confinement (EMPP, Nouvelle Aquitaine - psychologue).

### **État de manque des personnes consommatrices de produits psychoactifs**

Difficulté à trouver des produits psychoactifs, manque de ressources (mendicité et vol plus difficiles qu'avant, etc.), rejet des riverains (Groupe SOS, IDF – directrice d'établissement).

Beaucoup de décompensation chez les toxicomanes et d'anxiété par rapport à la fermeture des associations qui les accueillait, fort sentiment d'abandon (PASS, Hauts-de-France - chef.fe de service hospitalier).

### **Personnes soignées/accompagnées victimes de violences au sein de leur famille ou groupe social**

La violence faite aux femmes (Utopia56, Occitanie – bénévole).

Les violences conjugales ont aussi lieu pour les personnes en couple et vivant dans la rue, sans compter celles qui sont liées au genre (Humanity diaspo, IDF – juriste).

Violences conjugales, démarches en préfecture stoppées, etc. (Avocats pour la défense des droits des étrangers (ADDE), Bourgogne Franche Comté – avocat).

Deux femmes rencontrées : une "tombée à vélo" et l'autre "mordue par un chien". Nous finissons par comprendre qu'elles sont battues. La drogue est plus chère, mais elle continue d'être prise et génère plus de bagarres (Utopia56, Occitanie – bénévole).



Augmentation significative des violences intra familiales en pédiatrie ; augmentation du stress et de l'agressivité chez les parents qui n'ont pas de couverture médicale (CPAM fermées). (PASS, IDF – AS).

### **Personnes soignées/accompagnées victimes de violences policières**

Destruction policière de l'habitat précaire (tentes...) (MdM, IDF - médecin).

Les maraudeurs ne trouvent pas les personnes qui sont chassées par la police (IDF - cinéaste).

Pas de retours concernant des violences policières, mais des amendes injustifiées (MdM, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

La plupart des personnes accueillies ont subi des violences depuis leur pays d'origine, et souvent jusqu'ici (traque dans la montagne frontalière, refoulement en Italie). Cependant, contrairement à d'autres territoires, je n'ai pas eu d'écho jusqu'ici de difficultés rencontrées lors des contrôles policiers du confinement dans le Briançonnais (Tous migrants, Provence Alpes Côte d'Azur – bénévole).

Intimidations policières et amendes pour les équipes de terrain (Utopia56, IDF – bénévole).

Des personnes ont fait état de violences policières et d'insultes au Centre de rétention administrative. Il est très compliqué de les aider à dénoncer ces faits à distance (Groupe SOS, IDF - juriste, avocat.e).

### **Apparition de mouvements religieux intégristes**

Les mouvements religieux intégristes étaient déjà présents auparavant (MdM, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

## **Synthèse "Santé des personnes soignées/accompagnées"**

### **Anxiété des personnes liée à leur accès au droit**

La fermeture des services administratifs et le ralentissement des procédures sont sources de beaucoup d'angoisses pour les exilés dont le titre de séjour arrive à expiration et, plus globalement, pour ceux en attente d'une régularisation. En raison de la forte présence policière pendant le confinement, les personnes en situation irrégulière ont eu peur de se déplacer et de se faire contrôler. Par ailleurs, la fracture numérique dans un contexte de dématérialisation des démarches administratives a ajouté une difficulté supplémentaire.

Beaucoup d'exilés se sont retrouvés sans aucune ressource financière pendant cette période et, en l'absence de possibilité d'ouverture ou de mise à jour de leurs droits à la Sécurité sociale, certains ont dû payer leurs frais de soins en pleine crise du

Covid-19. Dans un objectif de simplification du parcours de soins, les professionnels du secteur recommandent depuis longtemps une fusion de l'AME et de la Puma.

### **Difficultés pour maintenir le lien avec les personnes soignées/accompagnées suite à l'éloignement physique du terrain**

Avec le retrait physique, les professionnels et/ou bénévoles ont perdu leur pouvoir d'observation et le maintien du lien avec les personnes accompagnées n'a pas été simple, en particulier lorsque ces dernières ne parlent pas français ou n'osent pas utiliser la permanence téléphonique mise en place. S'ajoute à cela que le voisinage n'a souvent pas eu connaissance de la situation administrative de la personne. En cas d'hospitalisation, il a parfois été difficile pour les personnes ne parlant pas français d'obtenir des nouvelles de leur proche dans leur langue. Dans les CRA, la suppression des visites interroge l'accès aux droits fondamentaux des personnes retenues. L'ensemble de ces éléments ont pu être à l'origine d'un sentiment d'isolement et d'abandon.

### **Anxiété des personnes liée à leur accès aux soins**

En raison de l'allongement des délais de carence pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie et des délais pour le traitement des dossiers AME, l'accès aux soins a été rendu impossible pour certaines personnes en pleine crise du Covid-19. Par ailleurs, les conditions d'accès modifiées à certaines PASS (prise de rendez-vous par téléphone) n'étaient pas adaptées aux personnes ne parlant pas français et/ou ne possédant pas de téléphone. De plus, beaucoup de personnes ont eu peur de se rendre à l'hôpital en raison des risques de contamination.

Afin que l'accès aux soins pour tous puisse prévaloir sur la quête de rentabilité, une réorganisation de la médecine de ville a été suggérée ; il s'agirait de la dissocier du paiement à l'acte via la mise en place d'une forfaitisation.

### **Changements majeurs dans les attitudes des personnes soignées/accompagnées**

Une montée importante des violences sur le terrain a été rapportée, notamment à l'égard des professionnels et bénévoles, mais également entre les personnes vivant à la rue. Ce qui peut s'expliquer par une aggravation des problématiques de toxicomanie et un sentiment d'abandon des personnes accompagnées.

### **Décompensation psychologique/psychiatrique**

Les professionnels font état d'une grande anxiété chez les personnes soignées/accompagnées, liée à la promiscuité non choisie, à l'incertitude concernant leur avenir, etc. La pandémie et le confinement ont également pu réactiver des traumatismes anciens (expériences d'enfermement, épidémies dans leur pays d'origine, etc.). Des syndromes de stress post-traumatique ont ainsi été rapportés.

### État de manque des personnes consommatrices de produits psychoactifs

Les produits psychoactifs ont été plus difficiles à trouver et les personnes consommatrices ont disposé de moins de ressources pour se les procurer (mendicité et vol rendus plus difficiles avec le confinement). Il en est résulté beaucoup de violences et de situations cliniques de décompensation.

### Personnes soignées/accompagnées victimes de violences au sein de leur famille ou groupe social

On constate une augmentation des violences conjugales et liées au genre, ainsi que celles faites aux enfants.

## 5. Santé des professionnels

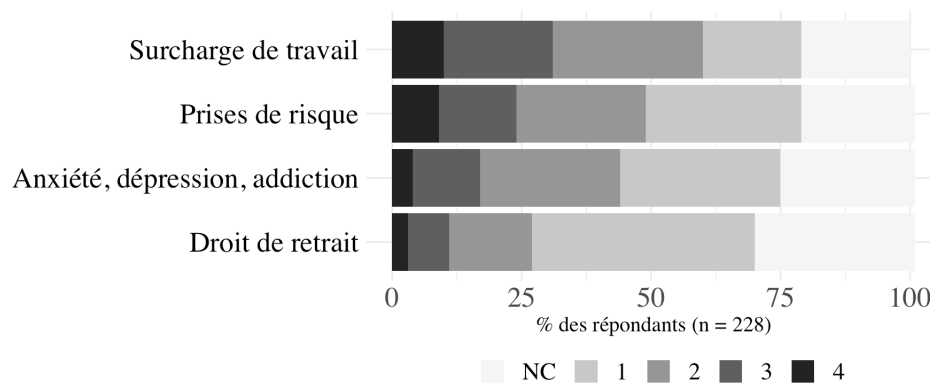


Figure 8.  
Santé des professionnels

- ◆ Difficultés non négligeables :
  - Soutenabilité d'une surcharge de travail sur une durée indéterminée
  - Attitudes de prises de risque, pour eux-mêmes et pour les autres, de la part de professionnels/bénévoles non protégés
  - Anxiété, dépression et/ou addiction chez les professionnels
- ◆ Difficultés mineures :
  - Invocation du droit de retrait de la part des professionnels

### Verbatims "Santé des professionnels"

Soutenabilité d'une surcharge de travail sur une durée indéterminée

Augmentation soudaine de la charge de travail et impact sur les conditions de travail : prise en charge d'un groupe de jeunes confinés, mise en place d'activités à visée occupationnelle (DDAEOMI, Occitanie – infirmière).

Rien de pensé pour les professionnels en terme de sécurité d'intervention et de condition de travail (Soliha Haute Garonne Occitanie - éducatrice).

Pas de surcharge réelle de travail (PASS, IDF – médecin).

Rythme de travail ayant augmenté en intensité depuis que s'est ajouté le suivi pédagogique des jeunes. N'ayant pas accès, dans leur logement, à internet en wi-fi, à une imprimante, etc., nous avons du faire le suivi pédagogique de chacun (20 jeunes), imprimer tous les devoirs, leur transmettre et les renvoyer aux centres de formation et écoles (...) La charge de travail et « la surveillance des chefs » se sont accentuées : obligation d'envoyer un message chaque matin à la cheffe de service au moment de prendre notre poste (une sorte de pointage) ; mails quotidiens avec une liste impressionnante de choses à faire en plus du reste de notre travail habituel ; exigence de comptes-rendus quotidiens de nos activités par mail (chose qui ne se faisait pas auparavant et qui ajoute une charge de travail supplémentaire et le sentiment d'être « fliqué »). Sur chaque territoire du département, les équipes se sont dite essouffées et fatiguées par ce rythme encore plus éreintant et imposé par la hiérarchie (qui elle ne rentre dans aucun logement et travaille tranquillement en télé-travail). Evidemment, aucune prime de risque (financière) pour ceux restés sur le terrain sans droit de retrait ni arrêt de travail... (La Sauvegarde du Nord, Hauts-de-France - éducateur.trice spécialisé.e).

### **Attitudes de prises de risque, pour eux-mêmes et pour les autres, de la part de professionnels/bénévoles non protégés**

Equipes parfois constituées de bénévoles kamikazes : mise en danger des autres et des publics. Les bénévoles font jusqu'à plus de 20 heures par semaine en plus de leur travail... sans beaucoup (pas...) de possibilités de partager le vécu hyper violent des rencontres de la rue. Bénévoles pas tous médicaux... et médicaux pas tous dans l'approche sociale (MdM, Occitanie – sociologue).

Colère (situation politique, inégalités sociales...), abattement, retrait des activités bénévoles, sentiment de « surpuissance », surinvestissement (MdM, Occitanie – infirmière).

Les bénévoles passionnés sont mobilisés. Ils appliquent la distanciation, mais n'ont pas toujours de gants ni de masques. Contrarié car les 3/4 ont plus de 65 ans et ont parfois des soucis de santé (Cimade, IDF – bénévole).

Dans certaines situations, certains collègues n'ont pas le choix d'intervenir (enfants en danger : parents violents, risque de passage à l'acte très grand). Les collègues se déplacent (audiences, visites médiatisées, placements en urgence en famille

d'accueil ou en foyer) sans protection (masques, gants, etc.) (Service Départemental ASE, Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Dès le début du confinement, nous étions sans aucune protection et poussés par notre hiérarchie à aller quotidiennement dans les logements des jeunes. A y entrer et même à y rester toute la journée. Plusieurs logements avec chacun 4 à 5 jeunes par logement. Même en respectant au mieux la distance d'un mètre, la promiscuité est la première chose à éviter (ce que la hiérarchie ne semblait pas saisir) (...) Les masques sont finalement arrivés 10 jours avant la fin du confinement. La hiérarchie était clairement peu sensible à la sécurité de ses salariés. Il a été très difficile de négocier du télé-travail. Nous étions par ailleurs noyés dans les mails, informations contradictoires, etc. (La Sauvegarde du Nord, Hauts-de-France - éducateur.trice spécialisé.e).

### **Anxiété, dépression et/ou addiction chez les professionnels**

La situation est très fragile. Nous devons concilier la protection des nos familles et celles des personnes exilées. Parmi les unes et les autres, il y a des personnes particulièrement fragiles face au Covid-19. Plusieurs bénévoles sont contaminés et hospitalisés. Cela génère beaucoup d'anxiété (Tous migrants, Provence Alpes Côte d'Azur – bénévole).

Peu de COVID 19 dans mon unité, mais des personnels anxieux et cependant insuffisamment rigoureux dans les mesures barrières malgré les rappels faits (PASS, IDF – médecin).

Cela est accentué par des décisions institutionnelles souvent inacceptables et incohérentes au vu de la réalité du terrain. Certaines personnes ont l'impression d'être baladées (tels des pions) selon les désirs des personnes qui dirigent... Sans compter les injonctions paradoxales... Il y a de quoi être déstabilisé (EMPP, Nouvelle Aquitaine - psychologue).

Anxiété maximum en début de crise par peur d'une éventuelle hécatombe au sein du public avec lequel nous travaillons. Au début, sentiment d'aller au combat sans armes... (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

Tensions dans les équipes face à des injonctions contradictoires : absence de masque mais port obligatoire ; Annonce de dispositifs de garde d'enfants pour les soignants alors que, sur le terrain, le personnel est confronté à des municipalités en incapacité de répondre aux besoins ; Centres de desserrement uniquement gérés par des bénévoles, aucun soutien juridique et matériel. Bilan : burn out du personnel en poste (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

### **Invocation du droit de retrait de la part des professionnels**

Nombreux salariés absents, asymptomatiques (Groupe SOS, IDF - directeur.trice d'établissement).

Très peu de bénévoles continue d'aller sur les bidonvilles (Romeurop94, IDF – bénévole).

Plusieurs de nos bénévoles ont été infectés par le Covid et cela a généré une panique, énormément de désistements pour venir nous aider dans nos actions (Humanity diaspo, IDF – juriste).

A l'APHP, peu de personnes ont revendiqué le droit au retrait ; les équipes sont solidaires dans la gestion de crise (PASS, IDF - AS).

Pas de surcharge, mais droit de retrait de certains... (PASS, Nouvelle Aquitaine – médecin).

Risque de cassure entre ceux qui travaillent et ceux qui ont dû rester confinés (garde d'enfant, personnes à risque) (La Mie de Pain 75013, IDF - directeur.trice d'établissement).

On est quasiment toutes bénévoles, donc le droit de retrait ne s'applique pas. L'équipe "classique" n'est quasiment pas présente (service civique, stagiaires) car pas le droit de travailler (Utopia56, IDF – bénévole).

Pas de soucis, mise à part les files d'attente (téléphone, rendez-vous, etc.) du fait du trop grand nombre de sollicitations ! Mais dans l'ensemble, les infirmiers, médecins, kiné, etc. sont tous là !!! (ASE, Bourgogne Franche Comté – éducatrice spécialisée).

Droit de retrait des travailleurs et travailleuses sociales légitime car absence de moyens de protection (MSF, IDF - médecin).

### Synthèse "Santé des professionnels"

#### **Soutenabilité d'une surcharge de travail sur une durée indéterminée**

Beaucoup de professionnels ont été confrontés à une surcharge de travail et, plus globalement, à des conditions de travail dégradées (sécurité d'intervention insuffisante, glissements de tâches, etc.). Certains professionnels n'ont pas eu la possibilité d'exercer leur droit de retrait et/ou n'ont bénéficié d'aucune prime de risque financière.

#### **Attitudes de prises de risque, pour eux-mêmes et pour les autres, de la part de professionnels/bénévoles non protégés**

Des attitudes « sacrificelles » ont pu être observées de façon marginale chez certains bénévoles. Mais le plus problématique a résidé dans le manque de considération accordée, dans certains lieux, à la sécurité des professionnels. Les déplacements sur le terrain pouvaient parfois être imposés par la hiérarchie, même en l'absence d'équipement de protection.

### Anxiété, dépression et/ou addiction chez les professionnels

Les injonctions contradictoires (absence de masque mais port obligatoire) et les dilemmes éthiques (protéger sa famille *versus* protéger les personnes accompagnées) ont généré beaucoup d'anxiété chez les professionnels. Le sentiment d'avoir été envoyé au combat sans armes et le manque de soutien de la part des institutions ont fortement impacté les acteurs de terrain.

## 6. Accès aux soins et continuité des soins

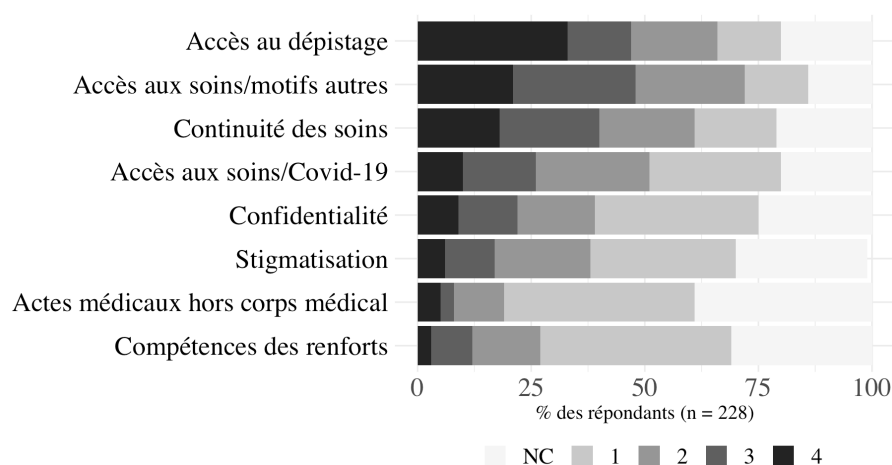


Figure 9.  
Accès aux soins et continuité des soins

- ◆ Difficultés majeures :
  - Difficultés d'accès au dépistage pour les personnes soignées/accompagnées
  - Difficultés d'accès aux soins pour des motifs autres que le Covid-19
  - Difficultés pour assurer la continuité des soins des personnes soignées/accompagnées suite à l'éloignement physique du terrain
  
- ◆ Difficultés non négligeables :
  - Difficultés d'accès aux soins en cas de suspicion de Covid-19
  - Problématiques liées au respect de la confidentialité
  - Personnes soignées/accompagnées victimes de stigmatisation dans l'accès aux soins
  
- ◆ Difficultés mineures :
  - Difficultés liées à la réalisation d'actes médicaux par des personnes n'appartenant pas au corps médical
  - Difficultés liées aux compétences des professionnels/bénévoles venues en renforts

## Verbatims "Accès aux soins et continuité des soins"

### Difficultés d'accès au dépistage

Patients symptomatiques : isolés mais non dépistés (DDAEOMI, Occitanie – infirmière).

Début de symptômes Covid et test plus de 15 jours après pour infirmière mobile (EMPP, Occitanie – infirmière).

### Difficultés d'accès aux soins pour des motifs autres que le Covid-19

Difficulté d'accéder aux examens de santé urgents en raison du confinement des hôpitaux (exemples : pas de consultation de spécialistes, pas de mammographie...) (PASS, Grand Est – AS).

Difficultés d'accès aux soins déjà présentes avant le confinement (Groupe SOS, IDF – directrice).

Plusieurs de nos bénéficiaires n'osent pas aller à l'hôpital, inquiets par le Covid (soit d'être infecté sur place ou de prendre la place d'une personne qui serait plus malade qu'eux), mais aussi du fait de la prise en charge financière pour ceux qui n'ont pas encore accès à la Puma (Humanity diaspo, IDF – juriste).

Habituellement, dépistage sérologique des maladies infectieuses stoppé pendant le Covid (DDAEOMI, Occitanie – infirmière).

Soins psychiatriques notamment, mais aussi dentaires si quarantaine (PASS, Occitanie – médecin).

Je crains qu'un certain nombre de personnes accompagnées n'osent plus se présenter en centre de santé malgré l'apparition de problèmes de santé autres que Covid-19 (Assfam Groupe SOS Solidarités, IDF - juriste).

Problème : accès urgences dentaires (LHSS, Occitanie – infirmière).

Nombreux exemples de personnes refusées aux urgences : "on ne fait que du Covid". Une personne SDF, avec plaie cutanée surinfectée, a été vue dans 3 services d'urgence, mais refusée car "on n'a pas le temps pour vous". Patient fébrile, plaie nécrotique. Autre patient présentant un problème gastrique refoulé des urgences car "ce n'est pas urgent, qu'est-ce que vous foutez hors de chez vous, restez confiné !" Patient aux lourds antécédents psy et somatiques avec handicap majeur, incontinence urinaire et fécale, déchargé d'un service de psychiatrie, instable, juste avant le confinement "pour vider les lits", retrouvé dans un état sanitaire indigne, sans suivi ni possibilité de continuité des soins, car toutes les structures sont fermées. (...) Médecins traitants injoignables (télémédecine non adaptée), refusant de ré-ouvrir au moment du déconfinement car pas rentable du



fait de la baisse des consultations. PASS fermées ou prenant uniquement les urgences. Problèmes dentaires impossible à régler (MSF, IDF – médecin).

Il reste des personnes atteintes de troubles psychologiques et/ou psychiatriques en rétention. Ces dernières n'ont pas accès à un suivi psychologique ou psychiatrique. Les personnes retenues n'ont pas accès à un interprète au service médical, ce qui pose la question de leur suivi médical et des symptômes qu'ils peuvent avoir, de façon générale mais encore plus dans ce contexte (...) Les soins en rétention administrative sont limités par rapport à des milieux "ouverts". Seules les urgences vitales mènent à des hospitalisations/opérations, et certains soins sont quasiment inexistantes, comme la psychothérapie, la kinésithérapie (Groupe SOS, IDF - juriste, avocat.e).

### **Difficultés pour assurer la continuité des soins des personnes soignées/accompagnées suite à l'éloignement physique du terrain**

Ces personnes ne sont pas répertoriées par les services sociaux. Seules des associations les recensent et expriment des besoins aux autorités locales. Aucun suivi médical, pas plus depuis le début de la pandémie qu'avant (sauf quelques jeunes enfants suivis par la PMI avant la pandémie ; plus rien depuis). Contact avec le milieu médical uniquement en cas d'urgence (urgences hospitalières) (Secours catholique, IDF – bénévole).

Au début du confinement les rendez-vous médicaux ont été reportés et les téléconsultations ont été mises en place. Les semaines passant, les patient.e.s reviennent et nous donnons rendez-vous à ceux et celles pour lesquels une consultation "physique" nous paraît nécessaire (Comede, IDF – AS).

Globalement les SDF ont rarement un ordinateur... Même les personnes qui ont des droits ouverts à la CPAM ne peuvent pas accéder aux téléconsultations, n'ont pas de compte Ameli qui permettrait d'éditer une nouvelle attestation de droits (quand ils ont perdu la leur par exemple). (MdM, Provence Alpes Côte d'Azur – coordinatrice générale).

Trop de services par téléphone et un manque de lieux d'accueil avec une consultation médicale de base pour vérifier les symptômes (La mie de pain 75013, IDF – directrice).

En ce moment, la santé n'est plus une priorité pour eux. Pas d'accès à la télé-médecine pour les plus précaires (Secours populaire, Hauts de France – chargée de mission santé/partenariats).

Il y a moins de présence en mobilité pour préserver les soignants. On constate donc un arrêt des permanences sur CHRS ou accueil de jour qui sont remplacées par des réponses téléphoniques. (...) Arrêt de suivis programmés (psy, suivi échographique),

avec sans doute un retard ensuite dans les diagnostics (EMPP, Occitanie – infirmière).

Difficultés d'amener la téléconsultation au sein de l'hôpital, importance de le développer à l'avenir en tant que solution "dégradée" dans certaines situations (Équipe mobile des maladies du foie, Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales en Alsace (SELHVA), Grand Est – médecin).

Question du cadre à aménager pour permettre la poursuites des soins à distance avec les patients les plus fragiles : attendre la fin des mesures sanitaires pour reprendre le travail dans le cadre habituel ou adapter dans la précipitation ce cadre avec des questions plutôt déontologiques (EMPP, Hauts-de-France - psychologue).

### **Difficultés d'accès aux soins en cas de suspicion de Covid-19**

Factures à payer et renvoi de l'hôpital à la maison d'une personne Covid-19 positive car sans papiers ni ressources (Habitat & Citoyenneté, Provence Alpes Côte d'Azur – médiatrice sociale).

Une fois les consultations Covid mises en place, il a été plus facile de faire prendre en charge les gens (MdM, Occitanie – infirmière).

### **Problématiques liées au respect de la confidentialité**

Perte de l'anonymat si nécessité de transfert dans un centre Covid (PASS, Normandie – médecin).

Lorsque la personne ne parle pas français, nous avons déjà dû appeler les professionnels soignants pour favoriser l'accès au soin, mais au détriment du secret professionnel (Croix Rouge, Pays de la Loire – bénévole).

Face au Covid, plus de confidentialité, que les pathologies relèvent du Covid ou non. (EMPP, Occitanie – infirmière).

La question de la confidentialité concerne les entretiens psy par vidéo-conférence avec les résidents de structures d'accueil collectives (CADA), mais également dans les foyers, lorsque toute la famille est présente. Certaines femmes m'ont dit préférer attendre le déconfinement car elles ne peuvent pas s'isoler pour me parler (Initiative psycho-sociale spécifique pour les migrants et étrangers, Wallonie - psychologue).

Questionnement éthique sur le respect du secret médical face au Covid en centre d'hébergement, par rapport au risque de transmission si pas d'information (PASS, Normandie – médecin).

Quelques difficultés à conserver une stricte confidentialité en ces temps de crise où on remarque un certain "relâchement" sur ce principe en faisant justement valoir l'aspect de "crise", ce qui à mon sens ne se justifie absolument pas ! (Réseau Louis Guilloux, Bretagne – médecin).

Partage des informations médicales entre travailleurs sociaux et médecins, question de la sécurisation des données (Cimade, IDF - directrice).

Les personnes retenues ont accès à un interprète à l'OFII, qui n'est pas médecin. Se pose alors la question de la possibilité pour ces personnes de pouvoir raconter les maux dont ils souffrent à des personnes non issues du milieu médical, mais également la question du secret médical quand elles en parlent (Groupe SOS, IDF - juriste, avocat.e).

### **Personnes soignées/accompagnées victimes de stigmatisation dans l'accès aux soins**

Aggravation des mécanismes de refus de soin par le système de santé de celles et ceux jugées "indésirables" (MSF, IDF – médecin).

Centres médicaux de santé refusant de prendre en charge les patients sans prise en charge sociale, méconnaissance des possibilités d'envoi en centre COVID des patients sans hébergement, manque de volonté net d'assurer des soins aux personnes les plus précaires (MSF, IDF – médecin).

Quant à la stigmatisation, voilà une posture liée à la nature humaine de tout à chacun, nourrie par la crainte et amplifiée par la pandémie. Cette attitude maladroite, à laquelle nous sommes malheureusement confrontés au jour le jour, nous renvoie à notre bon sens. Heureusement, le soutien de notre réseau nous permet de trouver des alternatives (Samu social CMAO Lille, Hauts-de-France - AS).

Une autre difficulté est les refus de prise en charge pour soins des personnes en situation de rue, car l'établissement hospitalier croit que la personne sans-abri souhaite un hébergement, et cela sans qu'il y ait d'examen (Samu social CMAO Lille, Hauts-de-France - AS).

### **Difficultés liées à la réalisation d'actes médicaux par des personnes n'appartenant pas au corps médical**

Prise des constantes : par travailleurs sociaux (DDAEOMI, Occitanie – infirmière).

En cas de Covid, les travailleurs sociaux se sont transformés en infirmiers/infirmières... (Aurore, IDF – éducateur spécialisé).

### **Difficultés liées aux compétences des professionnels/bénévoles venus en renforts**

Difficultés liées à la réquisition du système hôtelier pour l'accueil des sans-abris par les préfetures. Or les logeurs ne sont pas issus du milieu médico-social, donc formation/communication nécessaire à mettre en place car ils deviennent des acteurs centraux dans la limitation de la propagation du virus et la prise en soin des patients (Équipe mobile des maladies du foie, SELHVA, Grand Est – médecin).

Les problèmes de comportement des personnes SDF orientées à l'hôtel. Les hôteliers ne sont pas formés pour gérer des personnes en difficulté. Impossibilité pour les associations de mobiliser des moyens supplémentaires pour assurer cet accompagnement car elles ont dû gérer en interne leur fonctionnement avec du personnel réduit. Il convient aussi de réfléchir en amont à des établissements dédiés. Nous avons eu toutes les peines du monde à trouver des hôtels pour accueillir des SDF (Association Espoir, Grand Est – directeur).

L'urgence et l'intensité des problèmes ont conduit à recruter des bénévoles pas du tout aguerris : pertes de suivi, pas de respect des protocoles, incohérences... (MdM, Occitanie - sociologue).

### Synthèse "Accès aux soins et continuité des soins"

#### **Difficultés d'accès au dépistage**

L'accès au dépistage est longtemps resté un problème majeur, tant pour les personnes soignées/accompagnées que pour les professionnels.

#### **Difficultés d'accès aux soins pour des motifs autres que le Covid-19**

Les difficultés d'accès aux soins étaient déjà présentes avant le confinement, en particulier pour ceux qui ne bénéficient pas de la Puma. Mais, pendant cette période, l'accès aux consultations de spécialistes, en particulier aux soins psychiatriques, ainsi que la prise en charge des urgences dentaires, a été encore plus problématique.

S'ajoute à cela que certaines personnes ont eu peur d'aller à l'hôpital en raison des risques de contamination ou ont évité de s'y rendre pour ne pas risquer de prendre la place d'une personne plus gravement malade.

En raison notamment de la priorisation mise en place sur la prise en charge du Covid-19, des situations préoccupantes de renoncement aux soins ont été rapportées.

#### **Difficultés pour assurer la continuité des soins suite à l'éloignement physique du terrain**

Afin d'assurer la continuité des soins, la majorité des structures ont mis en place un système de téléconsultations. Mais les personnes à la rue, même si elles ont des droits ouverts à la CPAM, disposent rarement d'un ordinateur pour y accéder.

On peut craindre que cette moindre présence sur le terrain ait pour conséquence d'importants retards dans les diagnostics à venir.

#### **Difficultés d'accès aux soins en cas de suspicion de Covid-19**

Il a surtout été rapporté la difficulté qu'ont rencontrée certaines personnes en situation irrégulière pour accéder aux soins (factures à payer, renvoi de l'hôpital, etc.).

### Problématiques liées au respect de la confidentialité

Beaucoup de professionnels s'interrogent sur la question du respect du secret médical lorsque celui-ci se trouve mis en balance avec le risque de transmission du coronavirus en l'absence du partage de l'information. La situation de crise sanitaire peut-elle justifier une mise entre parenthèses du principe de confidentialité ?

Par ailleurs, la situation de confinement a pu entraver la poursuite du suivi psychothérapeutique : l'impossibilité de s'isoler le temps de l'entretien a conduit certains patients à préférer attendre le déconfinement pour reprendre le suivi en présentiel.

De plus, se pose la question de la sécurisation des données, en particulier lorsque les informations circulent entre professionnels de santé et travailleurs sociaux.

### Personnes soignées/accompagnées victimes de stigmatisation dans l'accès aux soins

Une amplification des phénomènes de stigmatisation - refus de soins à l'encontre des personnes sans-abris et/ou sans protection sociale - a été rapportée par certains acteurs.

## 7. Prise de décisions et mise en application opérationnelle des mesures

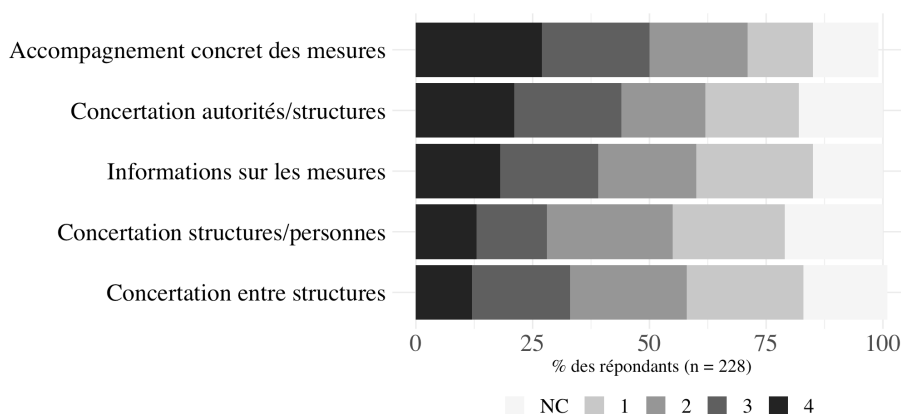


Figure 10.

Prise de décisions et mise en application opérationnelle des mesures

#### ◆ Difficultés majeures :

- **Déficit d'accompagnement concret des mesures sanitaires** imposées par l'État

- Manque de concertation entre les autorités et les structures d'accueil, de soins et d'accompagnement
  
- ◆ Difficultés non négligeables :
  - Manque d'informations sur les mesures opérationnelles à mettre en œuvre
  - Manque de concertation entre les structures et les personnes soignées/accompagnées
  - Manque de concertation entre les différentes structures d'accueil, de soins et d'accompagnement

### Verbatims "Prise de décisions et mise en application opérationnelle des mesures"

#### Déficit d'accompagnement concret des mesures sanitaires imposées par l'État

Logiques de fonctionnement bien différentes entre diverses associations, services de l'État, collectivités territoriales. Pas mal de tensions sous-jacentes par moment ou de luttes de pouvoir personnel et collectif, de divergences de points de vue... Toutefois, de nouveaux réseaux se créent grâce à ces échanges lorsque chacun y met du sien. Il est regrettable que l'État « sous-traite » beaucoup de choses aux associations concernant l'aide aux personnes vulnérables (École primaire Saint Joseph La Salle Toulouse, Occitanie - Professeur Relais École et Précarités).

Méconnaissance complète de l'existence de ces personnes par les autorités municipales, départementales et sanitaires (exception : mesures d'expulsion fréquentes sans accompagnement social, hors période de la pandémie) (Secours catholique, accompagnant familles Roms, IDF – bénévole).

Manque d'implication de l'ARS : prise en charge d'un projet COVID SDF par la cohésion sociale et non par l'ARS (PASS, Occitanie – médecin).

Nous avons une équipe de bénévoles, comprenant un ancien médecin, engagée dans la prise de contact et maintien du lien entre l'association et les partenaires institutionnels. Sans demande et négociation, nous n'aurions pas obtenu spontanément un soutien matériel (masques principalement) de la part de la DDCS ou de la préfecture... Depuis, la situation s'est apaisée et nous entretenons un dialogue avec la DDCS. Les municipalités en revanche ont joué le jeu, en facilitant la logistique et la sécurité des distributions (Restos du Cœur, Pays de la Loire – secrétaire administratif).

Grosse difficulté entre les demandes de l'ARS et les réalités du "terrain" (PASS, Nouvelle Aquitaine – médecin).

A ce jour (25 avril 2020) nous n'avons toujours pas reçu de gants ni de masques (Secours populaire, Hauts de France – chargée de mission santé/partenariats).

Au début de la crise, les administrations (ARS, DDCS, préfecture) semblaient "amateurs", manque de professionnels de Santé (PASS, Nouvelle Aquitaine – animateur social).

Parfois dissonances de point de vue entre la préfecture, l'ARS et la DDCS (PASS, Hauts-de-France - chef.fe de service hospitalier).

Action associative : interpellation de la mairie pour demander accès à l'eau sécurisé, aux toilettes, aux douches, au ramassage des ordures, à une sensibilisation sanitaire en langue roumaine. Accusé de réception reçu, mais jusqu'à présent pas de solutions proposées (Secours catholique, IDF – bénévole).

### **Manque de concertation entre les autorités et les structures d'accueil, de soins et d'accompagnement**

Les règles et recommandations changent constamment (Groupe SOS, IDF - directrice).

Aucune rencontre entre les associations et la sous-préfecture (Restos du Cœur, Hauts de France - bénévole).

Grande difficulté de prise de décisions et d'écoute active des acteurs de terrain par les autorités. Les associatifs, partenaires ont su se mettre en lien, les autorités ont mis (et mettent) toujours beaucoup de temps à faciliter l'accompagnement des plus vulnérables. Exemple : annonce de création de 140 places d'accueil. Au final, même pas 100. La préfecture bloque les camions alimentaires pour 1000 personnes et met plus d'une semaine, sous pression des associatifs, pour reconnaître l'existence de 1500 nécessiteux (alors que nous en comptons toujours 1900...). Toujours pas d'accès à l'eau et aux sanitaires malgré de nombreuses relances (MdM, Occitanie – infirmière).

Les personnes vulnérables et les bénévoles n'ont toujours aucun accès aux EPI (équipements de protection individuelle) et aux moyens de dépistage. La concertation avec les autorités préfectorales et départementales se heurte à leur déni des réalités et ne tient qu'au rapport de force que nous parvenons à établir. Signalons ici que, pour eux, nous sommes des "droits-de-l'hommeistes irresponsables". Ici, comme de nombreux rapports l'ont établi, les droits des personnes exilées et des enfants sont bafoués par les autorités depuis 2017. Heureusement, les professionnels de santé et de nombreux fonctionnaires, à tous niveaux, font leur travail sans discrimination et du mieux qu'ils le peuvent. Cette situation mêlant rapports de force et collaborations permet ainsi des avancées. L'épidémie a également contraint la préfecture à agir, mais l'essentiel de l'aide aux personnes démunies a reposé sur les associations pendant de trop longues semaines alors que leurs moyens étaient limités par le confinement. Un dispositif départemental a été mis en place, géré par Médecins du Monde, et en partenariat avec les autorités (ARS, préfecture) pour prendre en charge les

personnes exilées et les sans-abris qui seraient affectés par le Covid-19 sans besoin d'hospitalisation (Tous migrants, Provence Alpes Côte d'Azur – bénévole).

Difficultés avec la préfecture, qui demande l'application de mesures ne correspondant pas aux recommandations, voire allant à leur rencontre (exemple : refus que les personnes consomment de l'alcool sur le centre d'hébergement) (PASS, Normandie – médecin).

Très honnêtement, dans le 06 et durant les 2 premières semaines, le temps de penser et mettre en oeuvre les dispositifs, nous avons quasiment tous les jours l'ARS, la DDCS et l'hôpital au téléphone. Dès que nécessaire, une audio conférence était organisée. Il y a eu une réelle mutualisation des moyens et une réelle concertation (MdM, Provence Alpes Côte d'Azur – coordinatrice générale).

Décisions municipales, préfectorales et hospitalières sans concertation, notamment du terrain, et interprétation discutable (voire non respect) des textes (PASS, Occitanie – médecin).

Le dernier rapport de l'ARS-Nouvelle Aquitaine stipule que les équipes mobiles en psychiatrie sont fortement mobilisées en ce temps de crise... Dans notre département, c'est faux ! Notre activité se réduit au strict minimum au profit d'autres activités de l'hôpital. Pourtant, les besoins, autant chez les personnes en situation de précarité que chez les partenaires, sont bien présents... (EMPP, Nouvelle Aquitaine - psychologue).

### **Manque d'informations sur les mesures opérationnelles à mettre en œuvre**

Pas d'informations des services de l'État à notre endroit (Romeurop 94 - bénévole).

Promiscuité dans les hôtels hébergeant des familles exilées et/ou précaires et absence d'informations et de moyens pour l'hygiène nécessaire afin d'éviter la contamination et la propagation du Covid-19 (Habitat & Citoyenneté, Provence Alpes Côte d'Azur – médiatrice sociale).

Informations générales sur certaines mesures (tickets repas) dont on ne connaît pas l'application en région. Manque d'information claire et concertée sur les moyens de se nourrir. Par exemple, en ville, on travaille avec du lien informel et on a souvent une vision incomplète (ATD Quart Monde, Occitanie – animatrice).

Les deux premières semaines, des informations arrivaient de tous les côtés. Sensation de mouvement de panique : tout le monde ferme (le choix a été fait au Comede de rester ouvert, tout en appliquant les mesures de confinement). Ça a été complexe de repérer qui faisait quoi, où, comment, vers qui on pouvait orienter "physiquement" les personnes que nous accompagnons. Impression que chacun.e de son côté répertorie les informations - ce qui a été fait au Comede en fonction des éléments qui paraissaient répondre aux problématiques du public



qu'on accompagne. Ou alors les infos partagées étaient trop "denses", trop d'informations, donc finalement pas "pratique" (Comede, IDF – AS).

Manque d'information correcte (MdM, Guyane – médiatrice sanitaire).

Information délivrée au dernier moment sur les mesures à mettre en place, notamment au début du confinement avec la fermeture des établissements, puis absence de position définie ou de décision sur le port du masque par les professionnels (France terre d'asile, Hauts de France – juriste).

Noyés sous les mails d'informations et les dispositions n'arrétant pas de changer, c'est comme si nous n'avions aucune information... Nous ne savons pas quoi appliquer, ce n'est pas clair. Un manque de cohérence et de fluidité (La Sauvegarde du Nord, Hauts-de-France - éducateur.trice spécialisé.e).

### **Manque de concertation entre les structures et les personnes soignées/accompagnées**

Il faut une approche qualitative des choses : cela dépend du bénévole, de ses compétences, ses capacités, etc. (Bureau d'Accueil et d'Accompagnement des Migrants (BAAM), IDF - sociologue).

Absence de prise en compte des comités d'usagers dans nombre de foyers avant de mettre en oeuvre un dépistage (Cimade, IDF – bénévole).

### **Manque de concertation entre les différentes structures d'accueil, de soins et d'accompagnement**

Difficultés de coordination entre les différents partenaires. Mesures mises en places hétérogènes d'une structure à une autre. Relais de l'information non immédiat (DDAEOMI, Occitanie – infirmière).

Aucune consigne pour l'accès aux soins et aucune concertation entre l'accès aux soins et les structures d'hébergement (PASS, Occitanie – infirmière).

Seules remontées : une association qui nous donnait les informations en off (CAMO Collectif d'Aide aux Migrants de Ouistreham, Normandie – bénévole).

Décalage entre les mesures sanitaires prises par les établissements hospitaliers - auxquels l'EMPP est rattachée - et celles prises par les établissements médico-sociaux dans lesquels l'équipe intervient. Exemple : arrêt brutal de toutes les activités de consultations en santé mentale vs poursuite des entretiens par les assistantes sociales dans les structures sociales (EMPP, Hauts-de-France - psychologue).

**Synthèse "Prise de décisions et mise en application opérationnelle des mesures"**

### **Déficit d'accompagnement concret des mesures sanitaires imposées par l'État**

A quelques exceptions près, les autorités administratives (ARS, DDCS, préfectures) ont été vivement critiquées pour leur manque d'implication et de réactivité pendant la crise. Trop souvent, l'obtention de matériels de protection (masques, gels, etc.) a nécessité une phase préalable de négociations auprès des autorités responsables.

Les acteurs pointent également le manque de dialogue entre les différentes autorités. Ce qui se traduit par des dissonances importantes dans les demandes adressées aux structures.

Globalement, les associations ont le sentiment que l'État s'est beaucoup déchargé sur elles, alors même que leurs moyens sont limités, et qu'il n'a pas assumé ses responsabilités en termes d'aide et d'accompagnement des personnes en situation de précarité.

### **Manque de concertation entre les autorités et les structures d'accueil, de soins et d'accompagnement**

En raison du manque de concertation, un hiatus important a souvent été rapporté entre les demandes des autorités et les réalités concrètes du terrain.

De plus, les autorités locales ont parfois pu demander l'application de mesures contraires aux recommandations.

### **Manque d'informations sur les mesures opérationnelles à mettre en oeuvre**

Les acteurs de terrain déplorent un manque d'informations, notamment concernant la mise en oeuvre de mesures de prévention dans les lieux à forte promiscuité comme les gymnases ou les hôtels sociaux.

Par ailleurs, une information concertée au niveau régional aurait été nécessaire concernant les différentes possibilités d'aide alimentaire (modalités d'utilisation des tickets-services notamment) afin que les acteurs puissent se repérer et orienter rapidement les personnes accompagnées.

En parallèle, les professionnels disent avoir reçu des informations trop changeantes et trop denses. Ce qui, au final, a nuit à la clarté des consignes à appliquer.

### **Manque de concertation entre les structures et les personnes soignées/accompagnées**

Au sein des structures collectives d'hébergement, le point de vue du comité d'usagers n'a pas toujours été pris en compte lors des prises de décision.

### **Manque de concertation entre les différentes structures d'accueil, de soins et d'accompagnement**

Les mesures mises en place ont pu être très hétérogènes d'une structure à l'autre.

Les acteurs déplorent un manque de concertation entre les structures sanitaires et les structures médico-sociales ou sociales, susceptible d'aboutir à d'importants décalages au niveau des mesures sanitaires mises en place.

## 8. Autres difficultés

Absence d'accès à l'eau dans plusieurs points à Paris et de produits d'hygiène de base pour les sans-abris depuis la pandémie (Humanity diaspo, IDF – juriste).

Diminution des maraudes auprès des sdf. Comment se lavent-ils si les bains douches sont fermés ? Nous manquons d'eau minérale indispensable pour les sans-abris pendant le confinement (cimetières fermés... pas de robinet) (Secours populaire, Hauts de France – chargée de mission santé/partenariats).

La scolarité des enfants / jeunes à la rue (Comede, IDF - AS).

Le confinement strict dans les hôtels 115 / les foyers : pas le droit de sortir des chambres (Comede, IDF - AS).

Hébergement en hôtels réquisitionnés pour personnes SDF : règles très strictes avec autorisations de sortie à horaires précis, etc. Géré par bénévoles de la protection civile. Plusieurs retours avec le sentiment d'être « comme en prison ». Cela questionne la liberté individuelle ! (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

Le confinement et le manque de disponibilité des bénévoles, du fait de la situation et des nouvelles priorités auxquelles ils doivent faire face, réduisent nos capacités d'initiative. Dans le même temps, les personnes vulnérables sont encore plus fragilisées par l'épidémie (Tous migrants, Provence Alpes Côte d'Azur – bénévole).

Le paysage associatif et institutionnel est hyper complexe... Fonctionne sur la base d'une multitude d'acronymes que les nouveaux publics (et les nouveaux bénévoles) ont du mal à comprendre. La dispersion géographique des lieux d'accueil et de soins constitue un vrai obstacle pour les publics (se repérer, se transporter, intégrer les horaires...) (MdM, Occitanie – sociologue).

Aller tester dans une collectivité d'accueil au risque de contaminer le lieu de prélèvement (simple salle, non sécurisée) et donc de provoquer des cas secondaires (le test nasopharyngien provoque de gros risques de contamination atmosphérique) (PASS, Occitanie – médecin).

Certains directeurs.ices ont choisi de mettre en chômage partiel leur équipe. Or, le seul maintien des cadres ne permet pas le maintien d'un lien relationnel de qualité. Il y a des professions dont le maintien en activité est indispensable. Il devrait être impératif de maintenir les travailleurs sociaux en activité dans ces périodes, pour un travail sur l'insertion, pas uniquement sur l'urgence sociale (Soliha Haute Garonne, Occitanie – éducatrice spécialisée).

Nous observons une arrivée de nouveaux publics, en situation de précarité, qui n'ont pas forcément, en temps normal, les niveaux de ressources adéquates pour

bénéficiaire de l'aide alimentaire. L'origine de la difficulté de ces nouveaux accueillis est multiple et due à de nombreux facteurs : réduction de la mobilité, perte de revenus suite au chômage partiel, perte d'activité, micro-entrepreneurs, fermetures administratives, réduction du lien social intergénérationnel, isolement rural, etc. Notre politique actuelle est l'accueil inconditionnel dans cette période incertaine. Nous considérons que toute personne frappant à la porte de notre association vient pour une raison simple : elle a besoin d'aide. A aucun moment, nous ne nous sommes posés la question de la légitimité de ces nouveaux accueillis. Cependant, nous nous interrogeons sur la situation dans le moyen et le long terme et craignons l'explosion de la pauvreté en France (Restos du Cœur, Pays de la Loire – secrétaire administratif).

Violences de la grande précarité psychiatrique... avec des familles de déboutés hébergées dans les mêmes endroits étriqués et peu adaptés au confinement (PASS, Nouvelle Aquitaine – médecin).

L'omniprésence de la solution dématérialisée pour les démarches administratives reste inaccessible à la plupart de notre public sans outil informatique (MdM, Auvergne-Rhône-Alpes - médiatrice en santé).

## V. INITIATIVES

Dans un dernier temps du questionnaire, les répondants étaient invités à faire connaître les initiatives concrètes d'ores et déjà mises en place ou à l'état de projet au sein de leur structure (figure 11). Ces initiatives sont susceptibles d'apporter des éléments de réponse aux difficultés rencontrées.

Des questions ouvertes leur permettaient ensuite d'explicitier ces initiatives ou d'en présenter d'autres.

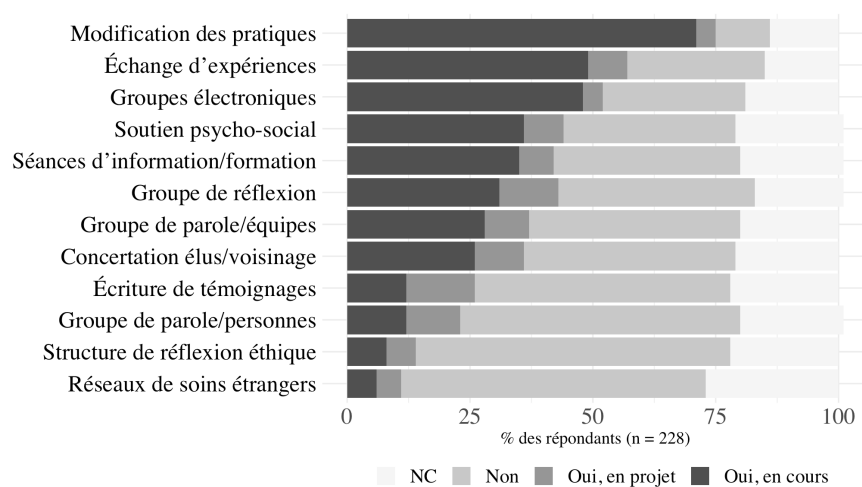


Figure 11. Initiatives

## 1. Principales initiatives mises en place

Concernant les initiatives mentionnées en majorité par les répondants (en cours ou en projet au moment de la réponse), nous pouvons retenir :

- Dans 75% des structures, une **modification des pratiques de soins et d'accompagnement** du fait du retrait physique des acteurs de terrain (permanences téléphoniques, téléconsultations, etc.) ;
- Dans plus de 50%, une **concertation/échange d'expériences avec d'autres structures** (articulation des initiatives) ;
- Dans plus de 50%, des **groupes électroniques de professionnels** (Whatsapp, etc.).

### Verbatims relatifs aux principales initiatives

**Modification des pratiques de soins et d'accompagnement du fait du retrait physique des acteurs de terrain (permanences téléphoniques, téléconsultations, etc.)**

Permanence téléphonique roumanophone, cellule d'écoute psychologique (MdM, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

Nous constatons l'importance du lien créé par les appels téléphoniques et les rencontres virtuelles (ATD Quart Monde, Occitanie – animatrice).

Soutien scolaire individuel pour chaque enfant ; appel téléphonique de chaque ménage ; achat de jeux de société, de produits de première nécessité par l'établissement pour les familles. Animation par visio avec les enfants et l'éducateur de jeunes enfants du CHRS/CHU. Solidarité inter-équipes pour soulager les salariés présents habituellement sur le collectif et prendre leurs permanences. Journal de bord avec les familles sur les activités proposées, les jeux et devoirs avec envoi de photos (Groupe SOS, IDF – directeur).

Mise en place d'une plateforme de mise en relation entre bénévoles - proposant du soutien scolaire à distance - et jeunes en difficulté pour suivre leur scolarité dans le cadre de la continuité pédagogique (Association Repairs ! 75 – vice présidente).

Aide à la continuité de l'apprentissage pour les enfants (Croix Rouge, Pays de la Loire – bénévole).

Pas de retrait physique du terrain pour les mineurs isolés, visites en appartement donc pas de modification de l'accompagnement en ces termes (France Terre d'Asile, Hauts-de-France - juriste, avocat.e).

Mises en place de permanence médecin addictologue du CHU dans des structures d'hébergement (EMPP, Occitanie – infirmière).

Maintien d'activités collectives, de cours de français par vidéo-conférence, Whatsapp et Zoom (Groupe SOS, IDF – directeur).

Maintien de deux permanences dans deux HUDA (Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile) à Aubervilliers et Saint, veille téléphonique de personnes accompagnées dans le cadre du projet, proposition d'activités à distance (Projet FASDA<sup>4</sup>, EPS Ville Evrard, IDF – ergothérapeute).

Mise en place d'un numéro de téléphone pour répondre aux professionnels et au public de 9h à 17h, 7 jours sur 7 (PASS, Nouvelle Aquitaine – animateur social).

Garder le lien avec les personnes en CADA (Centre d'accueil de demandeurs d'asile) via un échange de courriers et colis avec des citoyens volontaires (Initiative psycho-sociale spécifique pour les migrants et étrangers, Wallonie - psychologue).

Mise en place de groupe vidéo avec des personnes accompagnées via Zoom ou Whatsapp, notamment pour les cours de français (Groupe SOS, Nouvelle-Aquitaine - directeur.trice d'établissement).

Nous avons mis en place une chaîne téléphonique avec une équipe bénévole pour prendre des nouvelles des publics qui fréquentent notre association. Les appels étaient soutenus par une FAQ mise à jour quotidiennement pour répondre aux demandes des interlocuteurs. Beaucoup de questions relatives aux droits des étrangers (Autremonde, IDF - directeur.trice d'association).

### **Concertation/échange d'expériences avec d'autres structures (articulation des initiatives)**

Un travail de collaboration entre les structures s'occupant d'exilés reste à construire (Centre Kestemberg, ASM13 - psychanalyste).

Visioconférence régulière dans le cadre de la DIHAL (Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement) à l'échelle nationale, beaucoup d'échanges dans le cadre professionnel (CASNAV - Centre académique pour la scolarisation des enfants allophones nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs, inter-associations, intra-collectif, organisation distribution alimentaire...). Mais attention, nous pourrions passer la semaine sur Zoom à échanger des informations, sans être vraiment dans l'action ! (École primaire Saint Joseph La Salle Toulouse, Occitanie - Professeur Relais École et Précarités).

La situation bouleverse les priorités et conduit à agir de manière concertée et conjointe avec les autres acteurs de la solidarité sur les priorités communes, à commencer par la mise à l'abri des personnes vulnérables dans des conditions

---

<sup>4</sup> Faciliter l'accès au soin en santé mentale des demandeurs d'asile

décentes et avec la possibilité de respecter les gestes barrières (Tous migrants, Provence Alpes Côte d'Azur – bénévole).

Grande solidarité entre les professionnels et les différents partenaires : mise en commun de certaines ressources (mutualisation des soins, téléconsultations...) (DDAEOMI, Occitanie – infirmière).

Soutien à d'autres partenaires : le Comede en IDF assure la partie médicale d'un centre Covid géré par Aurore à Torcy. A ouvert à la mi-avril (projet ARS et AP-HP - hôpital du Kremlin Bicêtre) : le service de santé mentale du Comede assure une permanence téléphonique pour les soignant.e.s du Kremlin Bicêtre et le service social de MSF Pantin en soutien à l'AS sur les mineurs non accompagnés - renforcement d'un partenariat déjà existant entre le Comede et MSF (Comede, IDF - AS).

Définir des protocoles d'action et de coopération en cas de crise sanitaire (protocoles reproductibles) (Équipe mobile des maladies du foie, SELHVA, Grand Est – médecin).

Le Réseau santé précarité Lille métropole, créé depuis 20 ans et financé par l'ARS, est un réel atout qui nous a permis de faire face dans une coordination exemplaire des actions. Ce réseau formalisé est à la fois social, médical (généraliste et psy) et médicosocial (PASS, Hauts-de-France - chef.fe de service hospitalier).

## **2. Initiatives moins fréquentes**

Concernant les initiatives moins fréquemment mentionnées, nous retenons qu'environ 40% des structures ont mis en place les initiatives suivantes (en cours ou en projet lors de la réponse) :

- Solution de soutien psycho-social des professionnels
- Séances d'information et de formation spécifiques pour les professionnels
- Groupe de réflexion entre professionnels, associatifs, etc.
- Groupe de parole au sein des équipes
- Concertation avec les élus, le voisinage ou les acteurs de proximité

### **Verbatims relatifs aux initiatives moins fréquentes**

#### **Solution de soutien psycho-social des professionnels**

Soutien psycho des équipes de travailleurs sociaux régulièrement par téléphone (PASS, Occitanie – médecin).

En plus de mes soins en Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, j'ai monté une plateforme de supervision, débriefing et soutien psy pour les soignants des services Covid, donc je parle aussi de cette place (EMPP, IDF – psychologue).

Dès le début du confinement, les initiatives de soutien psychologique destinées aux professionnels, aux soignants, se sont multipliées, pas celles à destination des personnes fragiles et en souffrance... encore moins pour les personnes en situation de précarité. Les psychologues privés de leur premier outil de travail (l'entretien clinique en face à face) ont cherché à "être utiles" dans cette situation de crise. Ces plateformes ont été peu utilisées globalement au point que des équipes de CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) ont mis en place des maraudes dans les services hospitaliers pour aller à la rencontre des soignants. Je m'interroge sur ce déploiement d'énergie et de moyens. Aucune maraude ni action spécifique de soutien psychologique n'ont été pensées pour les personnes en situation de précarité. Je m'interroge sur notre manque d'initiative. J'ai l'impression que cette situation inédite a perturbé notre capacité à penser (EMPP, Hauts-de-France - psychologue).

### **Séances d'information et de formation spécifiques pour les professionnels**

Co-animation d'un copil information, prévention et veille sociale concernant les populations en précarité (MdM, Guyane – directrice association).

Mise en place de Formation pour les bénévoles d'associations (PASS, Nouvelle Aquitaine – animateur social).

Vidéos avec des personnes accompagnées et des professionnels pour conseils en temps de confinement (ex. démarches à la préfecture, accès aux traitements ARV et suite des soins, etc.) (Groupe SOS, IDF – directeur).

### **Groupe de réflexion entre professionnels, associatifs, etc.**

Peu de temps de parole organisés de manière officielle (tels que des groupes Balint entre les professionnels de terrain) (Équipe mobile des maladies du foie, SELHVA, Grand Est - médecin).

Temps d'analyse de la pratique, échanges possibles avec l'ensemble des équipes, en France et à l'international, réseau très professionnel, échanges réguliers avec les partenaires institutionnels et associatifs (MdM, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

### **Groupe de parole au sein des équipes**

Le maintien de réunion des équipes de bénévoles en vidéo conférence permet d'apaiser le malaise, l'inquiétude de ne pas en faire assez (Cimade, IDF - bénévole).

### **Concertation avec les élus, le voisinage ou les acteurs de proximité**

Sous l'impulsion d'une députée locale, groupe de travail rapidement lancé autour de la prise en charge des élèves les plus fragiles vivant en habitat précaire



(pendant la période de confinement et la période à venir de déconfinement) avec l'Education Nationale et les acteurs de terrain au niveau local (École primaire Saint Joseph La Salle Toulouse, Occitanie - Professeur Relais École et Précarités).

### 3. Initiatives rares

Les initiatives suivantes ont été plus rares au sein des structures :

- Proposition d'écriture de témoignages aux personnes soignées/accompagnées (environ 25% des structures) ;
- Groupe de parole avec les personnes soignées/accompagnées (environ 25%) ;
- Consultation d'une structure de réflexion éthique (moins d'une structure sur 7) ;
- Recours aux réseaux de soins étrangers pour échanges d'expériences (moins d'une structure sur 7).

#### Verbatims relatifs aux initiatives rares

##### Proposition d'écriture de témoignages aux personnes soignées/accompagnées

Proposition d'articles/témoignages sur le confinement des personnes accompagnées pour les publier dans la revue et sur le site du Comede. Le recueil peut se faire par écrit ou à l'oral par téléphone (Comede, IDF - AS).

Sur le site : possibilité de participer au journal des confinés, fabrication de masques... (ATD Quart Monde, Bretagne - médecin).

##### Groupe de parole avec les personnes soignées/accompagnées

Les meilleures informations viennent de l'implication d'une "personne accompagnée" en tant que bénévole elle-même dans des structures d'accueil et de soutien aux SDF (ATD Quart Monde, Occitanie – animatrice).

Un dialogue s'est instauré avec les exilés et des activités d'expression sont proposées (Association indépendante travaillant avec Mdm et la PASS de l'hôpital de Briançon, Provence-Alpes-Côte d'Azur - coordinatrice).

Les cultures professionnelles renvoient à des attentes différentes. Les comptes-rendus de sorties, par exemple, tendent à se réduire à des données comptables (nombre de kits distribués, types de soins, types d'orientation...). Le qualitatif, qui permet d'envisager une optimisation des interventions, n'est pas systématiquement recueilli (entendu, mais pas ou peu solutionné) : recension des plaintes, des attentes, des besoins, des problèmes rencontrés (discrimination,

exclusion, violences, rapports humains, négligences, gestion espace, interactions sociales) (MdM, Occitanie – sociologue).

Les groupes de paroles ne sont pas formels, mais nous discutons beaucoup entre salariés et avec les résidents (Aurore, IDF - éducateur.trice spécialisé.e).

Le confinement a interrompu la poursuite du groupe de parole de mères exilées mis en place un mois auparavant au Centre Binet de l'ASM13 (Centre Kestemberg, ASM13 - psychanalyste).

Manque considérable de temps d'échanges avec des traducteurs. Manque aussi de psychologues pour les soignés/accompagnés (abej Solidarité, Hauts-de-France - infirmier.ère).

#### 4. Autres initiatives

Consultations déportées dans le cadre des EQSAM – PASS (EQuipes SANitaires Mobiles) dans les centres d'hébergement et mise en place des centres Covid. Mise en place des EQSAM par directive ministérielle très utile, mais pas de moyens supplémentaires en ressources humaines professionnelles... Difficile ! (PASS, Nouvelle Aquitaine – médecin).

Mise en place d'équipes sanitaires mobiles concernant l'accès aux soins primaires / suivi des pathologies chroniques en hors les murs dans les zones d'habitat précaire : PASS, MdM, CRF et acteurs de la médiation (MdM, Guyane – directrice d'association).

Aller vers avec les cliniques mobiles de MSF (Comede et MSF, IDF - médecin).

Sorties sur le terrain avec une attention particulière sur l'accès à l'eau et les possibilités de confinement, informations Covid, accès aux soins, gestes barrières, etc. (MdM, accompagnant familles Roms, Pays de la Loire – médiatrice en santé).

Livraison à domicile de colis d'urgence : une première au Secours Populaire (Secours Populaire, Hauts-de-France - Chargée de missions santé/partenariats).

Après un temps de réflexion et le retour du personnel malade, ouverture d'une permanence infirmier EMPP sur de nouvelles structures d'hébergement type gymnase ou foyer, renforcement des maraudes Samu social (EMPP, Occitanie - infirmière).

Renforcement des visites sur place, à domicile, au plus près des personnes accompagnées (Entraide Protestante, Grand Est - Infirmier.ère).

Notre association continue ses actions de plaidoyer plus que jamais légitimées par l'épidémie qui dévoile la vulnérabilité des personnes démunies. Nous avons notamment saisi le Conseil d'Etat en référé liberté et posé une question prioritaire

de constitutionnalité au sujet de la loi d'urgence sanitaire compte tenu de ses lacunes à l'égard des populations en situation de vulnérabilité. Localement, nous avons obtenu la mise à l'abri de 33 mineurs grâce également à une action en référé liberté auprès du tribunal administratif. Ces actions sont conduites en coopération avec d'autres associations engagées sur le terrain (Tous Migrants, Provence Alpes Côte d'Azur - bénévole).

Saisine des juridictions et des institutions pour demander la fermeture des Centres de rétention administrative (Groupe SOS, IDF - juriste, avocat.e).

Un nouveau salarié a été embauché pour assurer le rôle de maître de maison durant le confinement. Il a pour mission d'assurer le respect des gestes barrières, l'entretien du lieu, l'organisation d'activités en collaboration avec la coordinatrice (Association indépendante travaillant avec MdM et la PASS de l'hôpital de Briançon – coordinatrice).

Location temporaire d'un logement pour mise à l'abri de 5 hommes isolés avec le projet d'une mini recherche action auprès des bénéficiaires pour mesurer le vécu des personnes, effets sur le syndrome post traumatique et accompagnement au déconfinement (Centre Primo Levi, Paris – AS).

Ateliers d'information sur la situation à destination du public sans abri (La Mie de Pain 75013 – directeur).

Prévention Coronavirus/Ramadan (Aurore, IDF – éducatrice spécialisée).

Auto-fabrication de masques en tissus par et pour les hébergés ainsi que pour le voisinage et les riverains. Soutien et dons de masques en tissu pour tous les professionnels ainsi que pour tous les hébergés (Association Œuvres de la mie de pain, IDF - directeur.trice d'établissement).

Ateliers de création de masques avec les jeunes (DDAEOMI, Occitanie - infirmier.ère).

Création d'un atelier de masques en tissu (Restos du Coeur, Pays de la Loire - Secrétaire administratif de l'association).

Développement d'un projet FASDA, travail autour de la recherche de fond solidaire pour ne pas clôturer le projet (Projet FASDA, EPS Ville Evrard, IDF – ergothérapeute).

Séance de sport quotidienne en petit groupe (Groupe SOS, Hauts-de-France - éducateur.trice spécialisé.e).

Activité sportive via réseau social, avec un animateur qui filme la séance (Autremonde, IDF - directeur.trice d'association).

### Synthèse des initiatives mises en place

**Modification des pratiques de soins et d'accompagnement du fait du retrait physique des acteurs de terrain (permanences téléphoniques, téléconsultations, etc.)**

Des plateformes proposant du soutien scolaire à distance ont été mises en place afin d'assurer une continuité pédagogique pour les enfants. Des cours de français par vidéo-conférence ont également été organisés.

Globalement, les rencontres virtuelles ont malgré tout permis de créer ou de maintenir du lien avec les personnes soignées/accompagnées.

#### **Concertation/échange d'expériences avec d'autres structures**

Si, de manière localisée, la création ou le renforcement de partenariats entre différentes structures de soins et d'accompagnement ont permis une mise en commun des ressources et une coordination des actions, la mise en réseau des initiatives - à la fois sanitaires, médico-sociales et sociales - n'est malheureusement pas systématique sur l'ensemble du territoire.

Des protocoles d'action et de coopération, applicables en cas de crise sanitaire, pourraient également être anticipés.

#### **Solution de soutien psycho-social des professionnels**

De nombreuses plateformes de soutien psychologique destinées aux professionnels du soin et de l'accompagnement ont été mises en place mais, globalement, elles ont été peu utilisées.

#### **Groupe de réflexion entre professionnels, associatifs, etc.**

Globalement, les acteurs de terrain disposent de peu de temps pour échanger entre eux et analyser leurs pratiques.

#### **Autres**

La mise en place d'équipes sanitaires mobiles permet indéniablement d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

### Commentaires libres

Discussion rarement abordée en France : celle de l'empowerment des exilés eux-mêmes pour définir leurs demandes et leurs besoins (Centre Kestenberg, ASM13 - Psychanalyste, travail en situation transculturelle).

Vivement que l'Éducation Nationale s'empare vraiment des questions de précarité en étant attentive et bienveillante avec les acteurs de terrain sur ce sujet (École primaire Saint Joseph La Salle Toulouse, Occitanie - Professeur Relais École et Précarités).

Oublis d'organisation de prises en charge du public précaire (PASS, Occitanie – infirmière).

Le Collectif d'Aide aux Migrants de Ouistreham s'est constitué à l'été 2017 pour venir en aide aux jeunes soudanais qui essayaient de rejoindre le Royaume-Uni par le ferry qui part de notre cité balnéaire. Entre 50 et 200 jeunes vivent dehors sur un rond-point pour tenter de monter dans un camion. Notre collectif, qui rassemble environ 300 bénévoles, leur apporte de l'aide en terme de soins, de nourriture, d'hébergement, de vêtements, douches, d'accès aux droits, sans aucun soutien ni de la mairie ni de la préfecture. Le 21 mars, la Croix Rouge est venue leur proposer un hébergement et, grâce à notre accompagnement, ils ont accepté de les suivre. Depuis, il n'y a plus de personnes migrantes à Ouistreham. Nous sommes tous inquiets pour la suite des événements car ni la préfecture ni la mairie ne semblent avoir changé de position quant à l'accompagnement de ces jeunes. En tant que Collectif, nous n'avons aucune information autre que celles glanées par les bénévoles qui appartiennent ou sont en contact avec des collectifs ou associations institutionnels (CAMO Collectif d'Aide aux Migrants de Ouistreham, Normandie – bénévole).

Je suis assez remontée par la non-importance que l'on donne à notre pratique en tant qu'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité. Cette impression était déjà là avant cette situation, elle n'en prends que plus de relief... Finalement quelle place la société laisse/donne à ces populations précaires ? La mise en place des EQSAM, qui était pourtant une idée intéressante, montre bien l'étendue de la méconnaissance de nos politiques concernant la population des sans-abris ou des grands précaires. Ces équipes ne sont qu'un voile qui vient, encore une fois, cacher une réalité insupportable, un vide qu'il s'agit de combler à coups de conventions et de protocoles (EMPP, Nouvelle Aquitaine – psychologue).

Les travailleurs sociaux sont des professionnels de première ligne qui restent invisibles et sous-estimés. Cette crise sanitaire l'a particulièrement montré. Non reconnus par la société, notre propre hiérarchie. Et les premiers à pâtir de cela sont nos publics... (La Sauvegarde du Nord, Hauts-de-France - éducateur.trice spécialisé.e).