



Réponses à la crise sanitaire et évaluation de leurs impacts auprès d'un public en situation de précarité

-Retour d'expériences en Bretagne et Ile de France-

En Novembre 2020, le Réseau Louis Guilloux a organisé avec ses partenaires un temps de réflexion et d'échange en visioconférence sur le thème « *Soins et accompagnement des personnes en situation de précarité en période de crise sanitaire : L'exemple de la COVID-19* ». Face à une crise qui dure, nous avons souhaité partager nos constats et interrogations concernant la réponse globale à cette crise pour le public précaire et particulièrement en situation d'immigration récente, en Bretagne et en Ile-de-France.

Lors de cet échange, plusieurs structures qui ont été impliquées dans le volet précarité de la gestion de la crise sanitaire ont pu faire part de leur expérience : la PASS d'Ile-de-France, le Réseau Louis Guilloux de Rennes, le point santé « Point H » de Brest, la PASS de Lorient, et le point santé ADALEA de Saint-Brieuc. Ces structures ont pu gérer, selon le niveau de gravité de l'épidémie sur leur territoire, des équipes mobiles COVID-19, le suivi médical des personnes SDF mises à l'abri, la mise en place et/ou la valence médicale du centre d'hébergement dédié pour les personnes COVID+ SDF de leur département. Pour la Bretagne, ces professionnels ont également la particularité d'appartenir à un réseau régional DATASAM d'appui aux professionnels pour l'amélioration de l'accès à la santé des personnes en situation de migration. Les échanges ont également été accompagnés par le Professeur Grégoire Moutel, directeur de l'Espace de Réflexion Ethique de Normandie.

1) Des conséquences particulièrement fortes de la crise sanitaire sur le public précaire et les personnes en situation de migration

- **Une surreprésentation en termes contamination, de formes graves et de mortalité des personnes immigrées** : Une étude menée par Médecins Sans Frontières à l'été 2020 sur la séroprévalence de la COVID-19 - à savoir « *la proportion de personnes exposées au virus qui ont développé des anticorps* » - chez les personnes qui fréquentent des lieux destinés aux personnes en situation de grande précarité, a montré une très forte circulation du virus dans les lieux d'hébergement d'urgence (de 23 à 62% de prévalence chez les personnes testées) et dans deux foyers de travailleurs (de 82% et 94% de prévalence).¹ Or les personnes en situation de migration sont souvent également en grande précarité en France et sont fortement représentées dans ce type de lieux de vie collectifs.

En outre, les 1ers résultats épidémiologiques internationaux montrent que les minorités ethniques et raciales ont été plus touchées par la mortalité face à la COVID-19 aux Etats-Unis² et au Royaume-Uni³.

¹ Roederer, Thomas et al., « Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study » *The Lancet Public Health*, Volume 6, Issue 4, e202 - e209

² Magali Barbieri, « Mortalité par Covid-19: Inégalités ethno-raciales aux États-Unis », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », *De facto* [En ligne], 19 | Mai 2020, mis en ligne le 15 mai 2020. URL : <http://icmigrations.fr/2020/05/15/defacto-019-04/>

Les explications données pointent les inégalités sociales associées comme « *les conditions de vie plus précaires, [l']occupation d'emplois subalternes,[la] plus grande fréquence de comorbidités [...] et [les] inégalités ethno-raciales dans l'accès aux soins et la prise en charge par le système de santé* »⁴.

Si en France, le cadre législatif ne permet pas de mener ce type d'études, les statisticiens constatent une hausse des décès plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en 2020⁵, notamment du fait des décès dus à la COVID-19. On constate également une surmortalité en France des personnes résidentes de Seine-Saint-Denis entre mars et avril 2020 ; un des départements les plus pauvres, les plus densément peuplés et qui compte la plus forte part de personnes immigrées du pays.⁶

- **Une précarisation accrue d'un public déjà précaire** a été constatée dans les services de la PASS d'Ile-de-France notamment, avec en particulier une forte pression sur l'accès à l'alimentation en période de confinement, ainsi qu'une précarisation brutale de personnes qui n'étaient pas auparavant identifiées comme telles et qui n'ont pas pu travailler durant ces périodes : les personnes hébergées en Foyer Travailleurs Migrants, en résidences jeunes travailleurs ou en résidences étudiantes notamment, ainsi que les personnes qui dépendaient économiquement d'activités rémunérées informelles.
- **Des conséquences importantes sur le suivi médical et sur la santé mentale des personnes migrantes et précaires** : Les centres de santé et les PASS de Bretagne et d'Ile-de-France ont constaté une forte baisse des consultations lors du 1^e confinement. Le retard causé par ces ruptures de suivi et de soins risque d'aggraver la détérioration déjà connue de l'état de santé des personnes migrantes suite à leur arrivée en France. Les professionnels du secteur de la précarité d'Ile-de-France et de Bretagne ont aussi vu les impacts particulièrement néfastes en termes de santé mentale qu'a pu avoir le confinement prolongé, notamment chez les personnes demandeuses d'asile ayant déjà eu des expériences d'enfermement. On constate d'ailleurs depuis une hausse des demandes de suivi psychologique alors que les moyens existants sont déjà sous tension, à Rennes par exemple.

³ Laïa Bécares et James Nazroo, « Racisme et inégalités face à la Covid-19 au Royaume-Uni », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », De facto [En ligne], 19 | Mai 2020, mis en ligne le 15 mai 2020. URL : <http://icmigrations.fr/2020/05/15/defacto-019-02-fr>

⁴ Solène Brun et Patrick Simon, « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », De facto [En ligne], 19 | Mai 2020, mis en ligne le 15 mai 2020. URL : <http://icmigrations.fr/2020/05/15/defacto-019-05/>

⁵ Sylvain Papon, Isabelle Robert Bobée. (2021, 16 avril). Décès en 2020 : hausse plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France, surtout en mars-avril - Insee Focus - 231. Insee.fr. https://www.insee.fr/fr/statistiques/5353976?pk_campaign=avis-parution

⁶ Solène Brun et Patrick Simon, « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », De facto [En ligne], 19 | Mai 2020, mis en ligne le 15 mai 2020.

2) Des perspectives pour une meilleure action dans l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants

- **Le développement d'une action mobile efficace** : Le travail des équipes mobiles mises en place pendant la crise sanitaire dans de nombreuses villes, a permis un travail d'aller-vers important, vers les publics les plus éloignés des soins notamment. Cette action est très pertinente au-delà de la question du COVID-19 dans une approche globale du parcours de soins de ces publics : repérage de personnes sans médecin traitant ou sans suivi médical, orientation vers les structures dédiées... Cela a permis à ces professionnels d'aller dans les lieux peu connus des structures dédiées (hôtels, squats, maisons gérées par des associations...). C'est un atout aujourd'hui en contexte de reprise épidémique, et globalement pour l'amélioration du suivi médical des personnes précaires éloignées du soin.
- **L'occasion de souligner l'importance du travail avec interprète** : L'organisation de la réponse à cette crise a été l'occasion pour de nombreux professionnels de travailler avec des services d'interprétariat, et de sensibiliser des équipes qui n'en avaient pas l'habitude à l'intérêt du recours à ce service dans un cadre médical. L'interprétariat s'est avéré fondamental pour pouvoir réellement communiquer et avoir le consentement des personnes, et pour transmettre l'intérêt du dépistage et de l'isolement face aux risques de transmission du virus. Il est essentiel de continuer dans cette démarche et de pouvoir proposer de l'interprétariat aux équipes mobiles et aux professionnels de santé en général dans une perspective plus globale pour pouvoir se faire comprendre et avoir le consentement éclairé des personnes dans leur parcours de soin.
- **Un travail partenarial qui a permis de construire certaines solutions pour la prise en charge des personnes précaires et sans droits** et qui pourra trouver une continuité au-delà de cette crise : nous constatons que la réponse à la crise du COVID-19 a notamment permis de s'accorder des solutions qui jusqu'ici étaient toujours compliquées à élaborer sur nos territoires, notamment avec l'hôpital et la pharmacie hospitalière pour mieux prendre en compte les patients sans droits à l'hôpital. C'est aussi vrai du partenariat entre les administrations publiques et les associations de défense des personnes exilées : cette meilleure interconnaissance permet une vision plus fine des situations et un meilleur contact avec des personnes vivant dans des lieux de vie peu visibles. De manière générale, on a assisté à des échanges efficaces de compétences et de savoirs entre des équipes de professionnels plus ou moins proches des publics concernés.

3) Des questionnements soulevés par la crise sur les actions publiques et associatives envers les publics précaires et migrants

- 3.a) Les limites de la prise en compte du consentement des publics précaires et ou migrants :

- **Nous faisons le constat que le consentement des personnes concernées n'a pas toujours été pensé dans la conception et la mise en œuvre de la réponse à la crise sanitaire.** Cela n'est pas uniquement valable pour notre public -les personnes migrantes et précaires- mais nous trouvons important de souligner qu'il a fallu rappeler que les personnes devaient rester libres de d'accepter ou de refuser l'isolement dans certains Centre COVID+ dédiés, là où certains partenaires institutionnels ont pu envisager un isolement systématique sans consultation des souhaits des personnes.
- **Un autre de nos constats est que la qualité des informations données a pu poser problème :** les transferts et la mise à l'abri des personnes précaires notamment celles vivant en squat a été l'occasion de stress et de tensions pour les personnes, car l'information qui leur était donnée n'étaient pas toujours complète, ni bien communiquée ou comprise par les personnes, en particulier à cause de la barrière de la langue : cela pose la question du consentement réellement éclairé aux propositions de prise en charge qui sont faites. De même, dans les cas de suspicion COVID-19 et de remise de résultat, la temporalité n'est pas toujours prévisible et l'interprétariat n'est donc pas toujours possible, ce qui interroge la qualité de l'information donnée et des décisions qui pourront être prises par la suite.
- **Concernant le consentement libre : Quel choix est réellement laissé aux personnes ?** Dans le cas par exemple d'une mise à l'abri en hébergement collectif conditionnée à un test PCR, quelle liberté de choix face au test est-elle donnée à une personne qui dort dans la rue et qui n'a pas d'autre alternative ? De manière générale les expériences de terrain nous ont permis de constater que l'on obtient des réponses très différentes aux propositions de tests dans les lieux de vie institutionnels et dans les squats.

Effectivement les tests ont été majoritairement acceptés en CADA et massivement refusés en squat. Cela nous questionne notamment sur une possible pression implicite du cadre institutionnel sur leurs résidents face à leur parcours de santé.

3.b) Des mises à l'abri avec des privations de libertés plus importantes qu'en population générale.

Le confinement imposé aux personnes mises à l'abri par les pouvoirs publics s'est fait dans des conditions plus difficiles que pour le reste de la population : isolement dans des chambres d'hôtels ou des espaces collectifs qui n'étaient pas toujours adaptés, peu d'occupations possibles notamment pour les enfants, et une potentielle surveillance des allées et venues de personnes...

Pour certaines personnes, notamment celles en plus grande difficulté psychologique et/ou psycho-traumatisées par leur exil, le confinement a pu être particulièrement difficile, et entraîner aux seins de structures collectives des situations de tensions voire de violence difficiles à gérer pour les personnes hébergées et les personnes qui interviennent auprès d'elles. Cela pose ainsi la question des conditions de confinement proposées à ces personnes.

3.c) Le décalage entre la proposition de prise en charge et les besoins réels des personnes précaires

- **L'aller-vers peut créer des craintes pour des personnes en situation sociale ou administrative précaire** : Dans le Morbihan, on a constaté que les personnes précaires qui devaient recevoir de l'aide ou des soins dans le cadre de l'épidémie ont pu craindre d'être stigmatisées au sein du collectif en acceptant cette aide ou ces soins. L'arrivée de l'équipe mobile pouvait créer sur le lieu de vie un ressenti très négatif voire même de l'animosité et du rejet aux conséquences graves envers les personnes malades à qui l'équipe venait rendre visite. De même, des personnes craignant de devoir dévoiler leur lieu de vie ont pu refuser de l'aide alimentaire de crainte pour leur sécurité.

- **L'isolement proposé peut être insécurisant socialement** : Beaucoup de personnes ont refusé d'être accueillies dans les centres COVID+ dédiés d'Ile-de-France. Elles préféraient rester sur leur lieu de vie, même en CHRS ou en chambre partagée, plutôt que d'être hébergées en centre COVID-19 le temps de l'isolement. Le fait de rester proche de sa communauté de vie était ainsi beaucoup plus rassurant que d'en être extrait en cas de positivité à la COVID-19, même si les conditions d'isolement étaient plus strictes sur le lieu de vie habituel que dans le centre dédié.

- **Un risque personnel particulièrement élevé face aux dépistages** : Pour les personnes en bonne santé et avec peu ou pas de symptômes, le risque du test s'il est positif est souvent de ne pas pouvoir aller travailler, dans le cas des personnes qui ont un emploi. Lors du 1^{er} premier confinement la difficulté d'avoir accès à des ressources alimentaires a été très forte et dramatique. L'idée d'être empêché de travailler suite à un test soulève donc cette crainte de crise alimentaire.
Une autre crainte qui peut motiver des refus de tests ou d'isolement est qu'en plus d'être éloigné des proches, il puisse y avoir des ruptures de démarches administratives en cours, une exclusion de la structure d'hébergement, ou la perte d'un emploi précaire, en intérim notamment.

- **Des recommandations sur les comportements individuels qui sont en décalage avec les conditions d'accueil collectives** : Les équipes mobiles ont fait un travail d'information et de prévention dans les hébergements collectifs pour rappeler et expliquer les gestes barrières, distribuer des masques, du gel hydro-alcoolique et répondre aux questions des personnes. Beaucoup de retours de la part des personnes leur ont fait état du fait que les gestes barrières sont parfois impossibles à appliquer dans certains lieux de vie collectifs, notamment dans les cuisines et les sanitaires partagés. Dans ces lieux de vie, le risque de contamination dépend donc moins de la volonté des individus de respecter ces gestes que des conditions d'accueil préexistantes.

4) Nos pistes de travail pour une santé publique et une prise en charge médicale plus juste envers les personnes précaires et migrantes

- **Au vu des constats posés plus haut, il convient de se poser la question des conditions d'accueil et de leur impact sur la santé des personnes en situation de migration.** Nous reconnaissons les efforts importants qui ont été faits pour la mise à l'abri des personnes à la rue pendant la crise sanitaire, mais sur des lieux de vie où les précautions individuelles et les gestes barrières sont quasiment impossibles à appliquer, on a vu et on voit toujours aujourd'hui des forts taux de contaminations. Une des conséquences aujourd'hui est la mise en place de dépistages de masses répétitifs qui épuisent les personnes et rendent le travail des soignants difficile.
- **Il est important de réaffirmer l'importance des notions d'égalité et d'équité en matière de prise en charge médicale.** Ainsi, le consentement et la protection des données des personnes précaires, vulnérables, et en situation de migration, a et doit toujours avoir la même valeur aux yeux des pouvoirs publics et des professionnels que ceux de la population générale.

En outre, la qualité de l'information donnée aux personnes en situation de migration doit prendre en compte leur situation spécifique notamment concernant leur langue parlée, ou leurs connaissances du système de soins français. Pour cela le recours à l'interprétariat professionnel et à la médiation en santé doit être encouragé. Enfin, les propositions qui sont faites aux personnes (test, isolement, vaccin,...) doivent également informer les personnes des conséquences potentielles de leur choix. Ce constat a fait écho à nos pratiques et à nos préoccupations d'améliorer la qualité de l'information partagée, d'avoir l'assurance d'un véritable consentement aux soins et de garantir la protection de leurs données. Concernant l'égalité d'accès aux soins nous réaffirmons l'importance que la prise en charge des personnes précaires et migrantes ne repose pas uniquement sur les dispositifs dédiés mais aussi sur le droit commun.

- **Ainsi il est d'une importance primordiale de pouvoir apporter des garanties, qui prennent en compte les problématiques spécifiques des populations migrantes et précaires,** avec notamment l'assurance de la protection du secret face à l'administration, à la police, et au secteur privé. Il est également important de compenser les conséquences économiques et sociales de l'isolement pour les personnes précaires afin que la décision de faire un test COVID-19 ou d'accepter un isolement ne soit pas mise en concurrence avec celle d'accéder à des ressources alimentaires, de garder son emploi, ou de continuer une démarche administrative. Les politiques de santé publique doivent prendre en compte que les risques pris par les individus pour protéger le collectif ne sont pas les mêmes pour tout le monde, notamment face à la précarité économique et sociale.