



Médecins Sans Frontières

RAPPORT ANALYTIQUE D'OUTREACH

“On avait tout prévu sauf l’humanitaire ”

Descriptions de situations, analyses de contextes d’intervention et propositions de pistes opérationnelles pendant la crise sanitaire induite par la Covid-19 pour les personnes en situation de précarité en Ile-de-France

Projet Urgence COVID et Populations Précaires en Ile-de-France

Mars – Mai 2020

Réalisé par Jean-François Véran et Marianne Viot

Paris, juin 2020

Remerciements à Sandrine Y. Halfen pour sa lecture attentive du manuscrit

Contenu

RESUME	5
PRESENTATION	7
LISTE DES ACRONYMES	8
PREAMBULE	9
UN PROJET D'URGENCE QUI S'INSCRIT DANS LA LIGNEE DU PROJET REGULIER DE PRISE EN CHARGE DE PERSONNES VULNERABLES ET PRECAIRES	9
UN TRAVAIL EN SCIENCES SOCIALES EMBARQUE DANS LES OPERATIONS	10
<u>1. LES NOUVELLES FRONTIERES DE LA PRECARITE AU TEMPS DE LA CRISE INDUITE PAR L'EPIDEMIE DE COVID-19</u>	<u>11</u>
1.1. LES NOUVELLES PRECARITES	11
1.2. LA DISPARITION DE LA RUE	12
1.3. LE PARADOXE DU CONFINEMENT: L'HYPER-MOBILITE DES PRECAIRES	13
<u>2. LES POPULATIONS PRECAIRES FACE A L'EPREUVE DU CONFINEMENT, DES MESURES BARRIERES ET DE LA DISTANCIATION SOCIALE</u>	<u>15</u>
2.1. LES "INCONFINABLES", LES "DECONFINES DE FORCE" ET LES "HYPER-CONFINES"	15
2.2. MESURES BARRIERES ET DISTANCIATION SOCIALE: LE PRAGMATISME DES HEBERGES PRECAIRES	19
2.3. LES CENTRES COVID+ FACE A LEUR PUBLIC	22
2.4. LA GESTION DES CAS COVID+ PARMI LES POPULATIONS EN SITUATION DE PRECARITE	23
<u>3. DE LA SIDERATION A LA REMOBILISATION DES ACTEURS : LES TEMPS DE LA REPONSE COVID-19 PENDANT LE CONFINEMENT</u>	<u>27</u>
3.1. PHASE 1 - LA SIDERATION : "ON AVAIT TOUT PREVU SAUF L'HUMANITAIRE"	27
3.2. PHASE 2 - LA MISE EN ACTION : LES ACTEURS SE REMOBILISENT ET ORGANISENT UNE REPONSE PLEINEMENT TOURNEE VERS LA COVID-19	30
3.3. PHASE 3 – LE DEFI DE LA PROLONGATION DU CONFINEMENT : DES INITIATIVES INEDITES DANS UN SYSTEME RIGIDE	32
<u>4. INTERVENIR AUPRES DES POPULATIONS PRECAIRES PENDANT LA CRISE COVID-19 EN ILE-DE-FRANCE: LES PISTES D'INTERVENTION SUIVIES</u>	<u>37</u>
4.1. ANCRER LA CLINIQUE MOBILE DANS LES QUARTIERS D'INTERVENTION	38
4.2. DANS LE CONTEXTE DE CONFINEMENT : TRAVAILLER DES RESEAUX DE REFERENCES	43

4.3. S'APPUYER SUR LE « CAPITAL DE CONFIANCE » ATTRIBUE A MSF POUR PROPOSER UN « COULOIR HUMANITAIRE »	49
4.4. EXPLORER LA BASCULE DANS LA PRECARITE DES HABITANTS DES QUARTIERS POPULAIRES : LA QUESTION D'INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE	56
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXE : QUELLES QUESTIONS RESTENT EN SUSPENS AU MOMENT DU « DE-CONFINEMENT » ?	64
ANNEXE - EXPLORATIONS ACTIONS	68

Résumé

Contexte / la demande. Ce travail embarqué en sciences sociales est une commande de l'équipe opérationnelle de Médecins Sans Frontière en charge des programmes en France. Il est intégré à la réponse opérationnelle d'urgence déployée par MSF en Ile-de-France auprès de personnes en situation de précarité au cours de la crise épidémique de la Covid-19 et spécifiquement dans le contexte de confinement de la population française.

Méthode / la façon de procéder. Mené par un binôme de chercheurs en sciences sociales (géographie et anthropologie), membres de MSF, ce travail s'est déroulé sur le terrain pendant la période de confinement (précisément du 26 mars au 6 mai 2020), puis s'est étendu jusqu'en juillet 2020 pour la rédaction du présent document. Concrètement, l'équipe « Outreach » a observé par le prisme du projet opérationnel (avec les équipes mobiles et via les cliniques mobiles dans un premier temps) les conditions d'accès aux soins Covid et non-Covid, puis elle a exploré les limites d'accès aux soins dans Paris et en Seine-Saint-Denis.

Il s'est agi dans un premier temps de tenter de comprendre les effets de la réduction de l'espace public, de l'accès aux ressources et de l'offre de services et de soins, limitant la capacité des populations en situation de précarité à subvenir à leurs nécessités, et notamment de santé dans le contexte très spécifique du confinement. Puis, l'équipe a observé la façon dont les politiques publiques en réponse à l'épidémie de Covid-19 ont pu être appliquées – ou non – face aux situations concrètes dans lesquelles les populations en précarité se sont trouvées. Enfin, il a été question d'analyser la capacité des acteurs – dont MSF – d'apporter des réponses aux questions de santé qui se sont posées auprès de ces populations, tant sur le plan de l'épidémie que sur celui des besoins de santé plus généraux.

Concrètement, l'équipe Outreach a sillonné Paris et la Seine Saint Denis – à pied, en voiture ou en transport en commun – de l'aéroport Charles-de-Gaulle, en passant par les sites de distribution alimentaire, les cités de copropriétés dégradées, les squats et campements informels aux interstices des villes. L'équipe a travaillé sur la base de ses observations, de questionnements de l'équipe projet de MSF, de référencements partagés par les personnes ou acteurs associatifs rencontrés sur le terrain.

Opérationnellement, l'équipe Outreach a contribué à la réflexion et l'action sur la base d'observations partagées avec les collègues du projet, notamment sur l'ancrage local des cliniques mobiles dans les quartiers d'intervention ou encore des référencements vers nos unités mobiles via des réseaux communautaires à destination de personnes hyper-confinées éloignées des soins, ainsi que l'identification de personnes en situation précaire en dehors des radars institutionnels et associatifs. L'équipe Outreach a aussi contribué à la réflexion sur les interventions à mener dans les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) qui ont fait l'objet d'une attention forte, tant dans le contexte médiatique qu'à MSF.

Ce document est une synthèse analytique des explorations menées l'équipe Outreach au prisme des opérations de MSF.

Résultats / le contenu du document. Ce document présente des résultats originaux sur la façon dont la crise sanitaire induite par la Covid-19 a reconfiguré la façon de travailler des acteurs médico-sociaux et le ciblage des populations auprès desquelles leur action est destinée. On découvre que ce n'est pas tant l'exposition à la Covid-19 qui guide les principes d'action mais les restrictions d'action induites par le confinement et la mise à disposition de ressources pour agir (RH compétentes, volontaires et disponibles, matériel de protection, doctrines et protocoles). Si dans le projet MSF le terme *précarité* reste flottant et ne permet pas toujours un ciblage d'action clair, c'est aussi le cas pour les acteurs de la réponse qui concentreront leurs efforts sur la mise à l'abri des personnes sans domicile ou sur la provision de soins Covid-19 à destination soit d'un public général, soit d'un public ciblé sans doute en raison de sa perception comme groupe à risque de sur-transmission du virus.

On observe rapidement comment le confinement induit de nouvelles précarités et fait apparaître dans le radar de MSF des populations avec lesquelles l'organisation n'est pas habituée de travailler. On constate que cet élargissement du cercle de la précarité à de nouvelles catégories de personnes se traduit par la multiplication des modes de comportement face au virus. Le type de logement et d'activité tient une place centrale dans la façon de gérer le risque épidémique et les épisodes de maladies à Covid-19. En d'autres termes, pendant la crise épidémique, les personnes en situation de précarité ont peut-être été plus confinées que la population générale : soit par pression des institutions censées les protéger dans les centres d'hébergement d'urgence (CHU) mais réduisant drastiquement leurs mouvements au-delà même du cadre régi par la loi sanitaire d'urgence, soit pour les personnes vivant dans l'informalité administrative par crainte de contrôles de police (ces derniers s'étant pourtant révélés moins appuyés pendant le confinement), ou simplement par peur de contamination au virus. Ce travail révèle en particulier dans les hébergements collectifs qu'ils soient d'urgence (CHU) ou ancrés (FTM ou squats), l'impensé de l'applicabilité des règles du confinement par les autorités à ces populations fragiles socialement à qui par ailleurs *on en a demandé plus*, et dont on ne connaissait pas leur risque d'exposition et de vulnérabilité à la Covid-19.

Discussion / la réflexion opérationnelle. Ces analyses en temps réel et les réflexions collectives « post-confinement » révèlent comment les questions de transmission du virus et l'identification et la référence de cas graves, originellement parmi les objectifs centraux du projet, ont laissé la place à un projet centré sur une provision de soins de santé primaire à un public hétéroclite et finalement plutôt « en bonne santé » en perte d'accès à des services largement défaillants dans un contexte totalement inédit de confinement. D'avis collectif, ce projet opérationnel a rendu un réel service à des personnes éloignées des soins dans une période de pénurie majeure. Pour autant de nombreuses questions restent à travailler (à MSF et au-delà) : la mise en hébergement collectif n'a-t-elle pas contre intuitivement renforcé la transmission ? Comment appliquer dans les hébergements collectifs des règles raisonnables de confinement autour d'une unité de temps, de lieu et d'action ? En cas de seconde vague de Covid-19, si l'objectif opérationnel est de limiter la transmission et identifier plus précocement les cas graves, ne faut-il pas davantage s'intéresser aux personnes cumulant les vulnérabilités (âge, précarité et comorbidité) ? Enfin, une réflexion devra être conduite sur la « gestion des précaires » en contexte épidémique en montrant notamment le caractère ambigu de l'argument de la « mise à l'abri ». Qui a-t-on mis à l'abri, et de quoi ? Face aux évidences sérologiques d'une sur-contamination dans les CHU, on pourra se demander dans quelle mesure ce n'est pas la population générale qui a été mise à l'abri du risque social supposément représenté par des populations stigmatisées comme incapables de respecter les consignes sanitaires.

Présentation

Qu'est-ce que ce document ? Il s'agit d'un texte analytique relatant des observations de terrain dans un projet opérationnel de MSF-France. Il ne s'agit pas de procéder à une évaluation du projet opérationnel, mais de fournir des éléments descriptifs et analytiques s'appuyant sur les sciences sociales et ancrés dans les opérations de MSF.

Quelles sont les sources d'information ? Une équipe dite « Outreach » composée d'un binôme de personnels expérimentés à MSF et compétents en sciences sociales (anthropologie et géographie) a participé à des explorations de terrain pendant la période de confinement en Ile-de-France. Ce binôme « Outreach » était intégré au projet opérationnel de MSF. L'équipe du projet opérationnel avait pour objectif de fournir des services de santé à destination de personnes en situation de précarité. La mobilisation de chercheurs en sciences sociales en soutien opérationnel à un projet de réponse d'urgence n'est pas un dispositif classique à MSF-France. Cette expérience originale est relatée dans ce document via des propositions d'intervention qui ont plus ou moins bien fonctionné.

Comment le lire ? Ce texte comprend des encadrés permettant d'apporter des précisions, proposer des synthèses ou des éclairages opérationnels.

Les encadrés en bleu sont essentiellement des notes de type ethnographique ou des exemples issus du terrain permettant de porter un éclairage sur une situation particulière.

Les encadrés en rouge sont des synthèses ou des apprentissages opérationnels.

De quelle dynamique ce travail participe-t-il ? Ce travail participe d'une dynamique réflexive interdisciplinaire. D'autres travaux portant sur le projet « Projet Urgence COVID et Populations Précaires en Ile-de-France » de MSF sont en cours d'élaboration.

- **Un travail de capitalisation par activité** (équipes mobiles, cliniques mobiles, centres COVID+, télé-conseil...) a été réalisé par l'équipe projet. Cette riche documentation reprend l'histoire, le déroulé et le déploiement des activités du projet au cours des trois mois d'intervention. Sont consignés des descriptions et des données d'activités et aussi de nombreux liens vers les documents opérationnels précieux pour d'autres interventions ou en cas de seconde vague épidémique dans le contexte français (descriptifs de postes, recommandations techniques, doctrines...).
- Une **étude mixte en sciences sociales portant sur l'évolution de l'accès et du recours aux soins** pendant la période de confinement dans la population cible de la mission France en Ile-de-France (Etude PreCARES), réalisée par une équipe interdisciplinaire de MSF.
- Une **enquête de séroprévalence** du SARS-COV2 dans la population cible de la Mission France en Ile de France coordonnée par Epicentre (Enquête PrePREC).

Le présent document, ainsi que les études, enquêtes, documents de capitalisation et données de projet feront l'objet d'une **analyse et d'une synthèse conjointe** afin de partager les résultats du projet et les leçons tirées pour inspirer des réflexions opérationnelles en cas de nouvelle vague épidémique en France ou pour d'autres interventions dans d'autres contextes.

Liste des acronymes

ADP	Aéroports de Paris
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS-IdF	Agence Régionale de Santé – Ile-de-France
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CASO	Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CM	Clinique Mobile
CMS	Centre Municipal de Santé
CTC	Centre de Traitement du Choléra
Covid-19	CoronaVirus Disease 2019
DD-ARS	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
EM	Equipe Mobile
FTM	Foyer de Travailleurs Migrants
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPC	Infection Prevention Control ou Prévention et Lutte contre les Infections
MdM	Médecins du Monde
MNA	Mineur non accompagné
MSF	Médecins sans frontières
MSF-OCG	Médecins sans frontières – Centre opérationnel de Genève
MSF-OCBA	Médecins sans frontières – Centre opérationnel de Barcelone
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Service de Protection Maternelle et Infantile
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
Test PCR	Test Polymerase Chain Reaction
TDS	Travailleur.se du sexe
UASA	Unité d'Assistance aux Sans-Abris
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Préambule

Un projet d'urgence qui s'inscrit dans la lignée du projet régulier de prise en charge de personnes vulnérables et précaires

A son lancement le lundi 23 mars 2020, le projet "Projet Urgence COVID et Populations Précaires en Ile-de-France" s'inscrit dans la réponse d'urgence à la crise sanitaire induite par l'épidémie de Covid-19. Il s'agit d'étendre, de diversifier et de médicaliser la réponse du projet régulier de MSF basé à Pantin (93) traditionnellement centrée sur le soutien aux Mineurs Non Accompagnés (MNA), en passant "dans un mode médical d'urgence". Les principes d'action retenus pour ce projet d'urgence sont les suivants : centrer l'action sur les personnes et les situations les plus à risque (comorbidités, âge), permettre le maintien des systèmes d'aide médico-sociale et de solidarité, s'inscrire dans le système de santé français disponible et soutenir les hôpitaux (via les centres COVID+), point s'étant révélé le plus sensible de cette crise sanitaire.

Les objectifs initiaux du projet d'urgence, selon un document de stratégie d'intervention écrit par l'équipe projet le 22 mars 2020 étaient, dans un contexte de confinement général de la population française et de diverses opérations de l'Etat de mise à l'abri de personnes sans logement, les suivants :

- «(...) minimiser les risques de transmission du Covid dans [les] structures d'hébergement en mettant en place les mesures de précaution nécessaires ;
- (...) protéger les personnes intervenants dans ces structures, en les sensibilisant la conduite à tenir, et en mettant à leur disposition les équipements nécessaires ;
- (...) assurer la détection précoce des cas suspects de Covid et la mise en place des mesures d'isolement appropriées pour ces personnes ;
- (...) assurer dans le délai adéquat la référence des cas graves vers une structure hospitalière de prise en charge.

Par ailleurs, vu le contexte d'accès aux soins limités et le profil vulnérable de ces populations :

- La provision de soins santé primaires de base demeure indispensable ;
- La référence vers le système de santé de droit commun doit pouvoir être assurée. ¹»

Concrètement, une équipe projet déploie des interventions mobiles : une clinique mobile adossée à des distributions alimentaires tournée vers les personnes à la rue ou en très grande précarité, des équipes mobiles en maraude pour des personnes à la rue, en centres d'hébergement ou dans des lieux de vie informels, etc., une hotline à destination des centres d'hébergement et d'autres acteurs associatifs et des interventions dans les centres COVID+ (incluant un centre COVID+ dont le volet médical est entièrement géré par MSF).

¹ Source : Projet Urgence COVID et Populations Précaires en Ile-de-France, Rapport de Capitalisation, mars – juin 2020.

Un travail en sciences sociales embarqué dans les opérations

Ce travail embarqué en sciences sociales est une commande des responsables opérationnels du siège de MSF-France (cellule régulière et coordination). Il est intégré à la réponse opérationnelle déployée en Ile-de-France et plus spécifiquement à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Notre travail a consisté à nourrir les opérations, sous la forme d'explorations/actions se traduisant par des propositions d'interventions ensuite co-construites avec l'équipe. C'est ainsi que nous avons été amenés à travailler, par exemple, à l'ancrage local des cliniques mobiles dans les quartiers d'intervention ou encore à proposer des référencement vers nos unités mobiles via des réseaux communautaires à destinations de personnes hyper-confinées éloignées des soins, ainsi que l'identification de personnes en situation précaire en dehors des radars institutionnels et associatifs.

Ce rapport analytique vise à produire des éléments de réflexion pour l'action dans la temporalité du « dé-confinement » en France et à partager les premiers apprentissages dans cette réponse d'urgence en cas de seconde vague épidémique.

Il s'articule autour de l'enjeu d'instruire et de documenter la façon dont les populations en situation de précarité ont vécu la période de confinement induite par la crise épidémique de Covid-19 au regard des trois axes suivants :

- 1) Les effets de la réduction de l'espace public, de l'accès aux ressources et de l'offre de services et de soins, limitant la capacité des populations en situation de précarité à subvenir à leurs nécessités, et notamment de santé.
- 2) La manière dont les politiques publiques face à l'épidémie de Covid-19 ont pu être appliquées -ou non- face aux situations concrètes dans lesquelles les populations précaires se sont trouvées.
- 3) La capacité des acteurs – dont MSF – d'apporter des réponses aux questions de santé qui se sont posées auprès de ces populations, tant sur le plan de l'épidémie que sur celui des besoins de santé plus généraux.

1. Les nouvelles frontières de la précarité au temps de la crise induite par l'épidémie de Covid-19

Nous avons débuté notre travail² autour d'une hypothèse initiale qui s'est rapidement confirmée : le confinement a provoqué un bouleversement général des cadres sociaux, économiques et institutionnels qui permettaient aux populations précaires d'organiser leur quotidien. Comme nous le mettrons en évidence, ce bouleversement a eu pour conséquence de réduire la capacité des personnes à satisfaire leurs besoins fondamentaux (alimentation, sécurité, hébergement et santé) au moment même où ces besoins augmentaient rapidement du fait de la raréfaction des ressources disponibles. Les réseaux sociaux d'entraide comme le voisinage ont été interrompus du fait du confinement. Les ressources informelles (mendicité, travail précaire, récupération, travail du sexe, etc.) ont disparu. De très nombreux services et aides sociales ont été interrompus (guichets, maraudes, points d'eau, Permanences d'Accès aux Soins de Santé - PASS, SAMU social) saturés ou délaissés (certains centres de santé). Il en a résulté une incompatibilité systématique entre les impératifs de la survie dans un quotidien bouleversé et le respect des règles sanitaires imposées de lutte contre la Covid-19. Ceci a été particulièrement prégnant dans les premières semaines du confinement. Par la suite, tel que nous le verrons au fil du texte, de nouvelles initiatives et mobilisations couvrant partiellement les besoins sont apparues.

1.1. Les nouvelles précarités

Personne "n'est" précaire tout seul. C'est l'enseignement de l'approche situationnelle utilisée notamment en sciences sociales (Clarke, 2007 ; Van Velsen, 1979). La précarité (du latin *precarius* : qui s'obtient par la prière) y est toujours décrite comme une relation entre une personne ayant des besoins et des modes de satisfaction dépendant d'autrui, d'institutions, de l'Etat (le *precarius* latin). Ce qui caractérise la précarité est que cette relation est révocable. Elle n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, et peut toujours être remise en cause.

Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, cette approche situationnelle de la précarité a été particulièrement utile pour rendre compte des dynamiques multiples d'entrées, puis d'enfoncement dans la précarité. Un enjeu du travail embarqué sur le terrain a été de montrer que "les précaires" ne se limitaient pas aux publics habituels de l'action sociale de la Mairie de Paris ou de l'action humanitaire de MSF. Bien-sûr, il y avait les migrants en situation irrégulière, les populations de rue, les habitants des squats, les résidents des Foyers de travailleurs migrants (FTM), les usagers de drogues en situation d'exclusion (consommateurs de crack en particulier), les travailleurs du sexe, les habitants des bidonvilles/campements, les mineurs isolés, les *Gens du voyage*, etc. Mais au-delà, nous avons rencontré en situation précaire des familles vivant en immeubles mais à bout de ressources, des personnes isolées coupées de leurs visites de convivialité, des voyageurs en transit qui se retrouvaient sans point de chute, des livreurs UberEats tombés malades et se retrouvant sans ressources, des personnes à la santé fragile ou avec des maladies chroniques, paniqués à l'idée de consulter un médecin et de se contaminer. Il y a eu aussi tous ceux qui, rompus à la vie dans la rue,

² Le 26 mars 2020

se sont retrouvés dans des centres d'hébergement d'urgence (CHU) entre des murs partagés avec des co-hébergés qu'ils n'avaient jamais fréquentés. Le confinement a ainsi multiplié les situations de précarité. Parfois, la pauvreté des conditions initiales a fait place à la misère: quand la rupture du quotidien a laissé les personnes sans option ou sans savoir comment survivre, entraînant le basculement dans l'insécurité alimentaire, domestique, sanitaire et, bien sûr épidémique.

Appréhender la précarité impliquait aussi de rendre compte du basculement de tous les dispositifs formels et informels qui assuraient un quotidien aux populations qui en dépendaient. Précaires, les distributions alimentaires, le fonctionnement d'un Centre Municipal de Santé (CMS) qui s'est transformé en Centre de diagnostic Covid-19, un poste du SAMU social qui a dû fermer pour contamination de tout son personnel à la Covid-19. Précaire aussi, l'ouverture des points d'eau, la maintenance des toilettes publiques, les services sociaux d'un Foyer de Travailleurs Migrants (FTM). Précaire enfin, la situation de ceux qui étaient à la merci d'un contrôle de police, d'un appel au 115 (SAMU social) qui ne répond plus, de l'ouverture de droits interrompus, de la santé d'un médecin traitant qui cesse ses activités.

La précarité en temps de confinement est bel et bien une multiplicité de situations de brèche entre des personnes et des services. C'est cette multiplication des précarités qui a constitué l'axe principal du projet " Urgence COVID et Populations Précaires en Ile-de-France " de MSF. Ce sont ces situations dont nous nous sommes efforcés de rendre compte et d'opérationnaliser.

1.2. La disparition de la rue

Marianne Viot/MSF©



Photo 1. Rue déserte au marché aux puces de Saint Ouen (93), le 8 avril 2020

“Il n’y a plus que nous ici”

Extrait du carnet de terrain – avril 2020

Pour qui vivait dans la rue, le confinement a fait disparaître la rue. Les poubelles des grands axes de circulation où plus personne ne passe se sont vidées. La mendicité est devenue trop incertaine: “le confinement rend radin”, a écrit un sans-abri sur sa pancarte en guise d’accroche. Mais les passants occasionnels n’ont pas d’argent liquide : par temps d’épidémie, le paiement “sans contact” est devenu un geste barrière. Il n’y a plus de surplus dans les restaurants désormais fermés. Fermées aussi, les toilettes du McDonald's ou de la bibliothèque de quartier. Les bains publics se sont raréfiés, même s’ils ont été progressivement rétablis face aux protestations. Fermés, les parcs, jardins publics et leurs points d’eau. Les bancs eux-mêmes sont devenus interdits, les halls de gare inaccessibles. L’anonymat que permettait la foule est désormais impossible. La rue est devenue un espace d’hyper-visibilité dans lequel on devient plus facilement exposé aux contrôles de police. De fait, nous avons parfois observé des contrôles à la sortie même des distributions alimentaires, en dépit d’une circulaire du ministère de l’Intérieur recommandant de ne pas inquiéter les populations en situation de rue. Enfin, une partie de la population de rue a elle-aussi disparu. “Les Roumains sont partis”, les femmes ont été mises à l’abri dans des hébergements sociaux. Ceux qui le peuvent sont accueillis par des connaissances, parfois même des habitants du quartier. Certains s’endettent pour louer une chambre. Une altercation dans un supermarché explose entre un garde de sécurité et un sans-abri. Il avait pris un sac en toile (payant) pour remplacer le sac en plastique déchiré duquel débordaient ses affaires. Il tente de se justifier : “On ne trouve plus rien dans la rue!”. Quatre jeunes africains portant sape et chaîne en or se font haranguer par deux sans-abris dans une rue déserte: “Arrêtez de faire les beaux, vous ne voyez pas qu’il n’y a plus que nous ici”. La rue a disparu.

1.3. Le paradoxe du confinement: l’hyper-mobilité des précaires

Avant le confinement, un coin de rue permettait la satisfaction des besoins fondamentaux. Les populations “de rue” sont en fait “du quartier”, « spatialisées » comme tout autre résident ou habitué, lui aussi “du quartier”. Le confinement a eu l’effet paradoxal d’augmenter de manière considérable « l’errance » et donc la mobilité de ceux qui, pour des raisons de survie, ne pouvaient pas se confiner. « Le problème principal de l’errance n’est rien d’autre que celui du lieu acceptable », disait Laumonier (Laumonier, 1997, p.20). Le confinement a rendu le quartier habituel « obscur, inacceptable », bousculant la « géographie du savoir survivre » (Zeneidi-Henry, 2002). En effet, la raréfaction des ressources s’est notamment manifestée par leur dispersion spatiale. Par exemple, les distributions alimentaires débutées la semaine du 23 mars ont mis plusieurs semaines avant de parvenir à un maillage, une régularité et un volume permettant de satisfaire une demande croissant de manière exponentielle au fil des jours³.

³ Des patients des cliniques mobiles ou des personnes vivant de mendicité avaient confié trouver plus facilement à manger en cette première partie de confinement qu’en période « normale ». Pour autant, nous comprendrons plus tard que le contenu des distributions alimentaires était largement insuffisant quantitativement (nombre de paniers et de calories) et qualitativement (sandwichs industriels, manque de variété, voire même produits périmés dans de rares cas). Il convient de rappeler le caractère aigu de la situation de crise : l’offre majeure de service est celle des distributions alimentaires, qui ne cesseront de s’étouffer et couvrir plus de publics (familles et résidents des quartiers populaires), jusqu’après le confinement.

Comme nous avons pu le constater, la distribution alimentaire des Grands Voisins dans le 14^{ème} arrondissement, au Sud de Paris, recevait des personnes venues du Nord et ayant fait parfois 1h30 à 2h de transport pour venir. On retrouvait à une distribution Porte de la Villette (19^{ème} arrondissement) des personnes rencontrées à une autre distribution Boulevard Barbès (18^{ème} arrondissement). La distribution alimentaire ayant été interdite par Aéroports de Paris⁴ (ADP), les personnes qui dormaient dans l'aérogare 2E de l'aéroport Charles de Gaulle faisaient 40 minutes de RER pour atteindre les distributions alimentaires les plus proches, comme celle de la Goutte d'Or (18^{ème} arrondissement). Inversement, les personnes se déplaçant dans Paris en quête de nourriture ne pouvaient plus dormir sur place en raison de la fermeture des lieux habituels, de l'explosion de l'insécurité dans des espaces publics abandonnés et des contrôles de police. Ce sont par exemple les raisons pour lesquelles nombreux étaient ceux qui retournaient dormir à l'aéroport Charles de Gaulle la nuit tombée. Autre exemple, après fermeture du poste de SAMU social de Vincennes du fait de la contamination de l'équipe à la Covid-19, il fallait aux résidents des campements du bois de Vincennes 45 minutes à pied pour trouver un bain public ouvert. "Pendant que les bobos sont tranquillement confinés chez eux, nous on doit faire des kilomètres pour survivre" : l'expression outrée d'un sans-abri résume l'impossible confinement des précaires. Non pas parce qu'ils n'avaient pas de point fixe pour dormir, mais parce qu'ils ne pouvaient en avoir un pour survivre.

Cette hyper-mobilité ou « errance » est un facteur évident d'exposition au virus⁵. Tout autant que la concentration des personnes en situation de précarité sur les lieux de distribution alimentaire. Là encore, la surexposition est fonction de la nécessité. Prenant l'exemple de la Goutte d'Or, en trois semaines les opérateurs sont passés de 50, puis à 150, puis à 450 paniers-repas distribués quotidiennement. Certaines distributions comme celles de Clichy-sous-Bois (93) ou de la Gare de l'Est ont accueilli pas moins de 800 personnes par service. De début mars à la fin avril, de réels progrès ont été faits par les opérateurs pour s'adapter au contexte de la Covid-19. Mais dans l'entre-temps, nous avons observé sur de nombreux sites des foules massées attendant l'ouverture des grilles, des points de distribution sans point de lavage des mains, du tohu-bohu face aux rumeurs que, la veille, plus de cent personnes étaient reparties sans rien.

Dans ce contexte, on comprend, que les frontières de la précarité se sont rapidement déplacées pour s'étendre à de nouvelles questions: comment concilier avec le respect des règles sanitaires la nécessité de sortir pour survivre ? Comment rester confiné alors qu'il faut sillonner Paris entre les points de distribution alimentaire et d'accès à l'eau ? Comment, pour beaucoup en situation irrégulière, concilier l'impératif de sortir avec le risque permanent d'un contrôle de police ? Comment accorder à la Covid-19 l'attention demandée alors que les nécessités les plus basiques du quotidien sont une source de préoccupation plus grande encore ? Comment appliquer les gestes barrières alors que l'accès à l'eau et au savon constitue un problème ?

Finalement pour les populations en situation de précarité dont il a été ici question, la crise épidémique de Covid-19 s'est manifestée surtout par des difficultés supplémentaires et une explosion des vulnérabilités au moment précis où les systèmes existants (publics et associatifs) tombaient eux aussi dans la précarité.

⁴ ADP est l'entreprise qui exploite l'aéroport Charles de Gaulle.

⁵ On apprendra par la suite que ce sont plutôt les regroupements intramuros qui renforcent la transmission.

2. Les populations précaires face à l'épreuve du confinement, des mesures barrières et de la distanciation sociale

Les études ou enquêtes réalisées pendant la période de confinement et sans doute pour des raisons inhérentes à l'accès au terrain, ont essentiellement mis l'accent sur la notion de perception de la maladie et de l'acceptabilité des mesures barrières : enquêtes CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) réalisées par nos collègues de MSF⁶, sondages d'opinion en ligne auprès des fournisseurs de l'aide⁷, enquêtes autour du consentement de la population générale aux mesures sanitaires⁸. Ces travaux sont centrés sur les perceptions et représentations, appréhendées comme des instantanés et ont comme limite de ne pas avoir pu observer directement les pratiques. C'est sur cette observation de situations précises et tout au long de la période du confinement que notre approche s'est justement concentrée, afin, d'une part, de documenter et comprendre les limites concrètes auxquelles les personnes étaient exposées et, d'autre part, d'identifier et de co-construire des interventions avec l'équipe projet.

2.1. Les "inconfinales", les "déconfinés de force" et les "hyper-confinés"

Pour lutter contre l'épidémie de Covid-19, le 14 mars 2020, l'Etat français impose des normes de distanciation sociale et demande expressément à l'ensemble des citoyens d'appliquer ces nouvelles mesures sous forme des gestes barrières. Le 16 mars 2020, le confinement est décrété sous la forme d'une injonction à effet immédiat, s'appliquant à tous et de manière indifférenciée. Des différences significatives vont pourtant apparaître rapidement dans la manière dont les populations en situation de précarité vont – ou non – (pouvoir) mettre en application le principe du confinement.

Les "inconfinales"

Nous avons déjà évoqué les problèmes de sécurité alimentaire des populations en situation de rue. Il faut aussi évoquer les personnes - parfois des familles - hébergées dans des hôtels par le SAMU social mais pour certaines sans remise de plateaux repas. La distribution de tickets restaurants ou chèques-service à des personnes hébergées parfois loin de tout commerce a pu imposer des déplacements non conformes au principe du confinement. D'autres personnes hébergées par des canaux privés mais sans ressources pour s'alimenter ont dû s'en remettre aux aléas de la rue et parfois de la mendicité pour survivre.

La question de l'accès aux produits psychotropes (alcool, drogues illicites, médicaments détournés) est revenue de manière récurrente comme un obstacle au confinement. Certains centres d'hébergement d'urgence affichaient une politique de tolérance zéro sur cet aspect, fonctionnant comme repoussoir pour les populations dépendantes. D'autres, souvent par assouplissement

⁶ Enquête CAP de MSF OCG à Genève : <https://www.msf.ch/nos-actualites/communiqués-presse/geneve-precarite-accroît-lexposition-au-covid-19-inquiete> et rapport d'évaluation sur les connaissances, attitudes, pratiques, croyance et les émotions du groupe de travail Covid-19 d'OCBA (Sonia Mairos, 2020)

⁷ Questionnaire « Précarité, personnes migrantes et sans-abris » de l'observatoire « Covid-19 – Ethique et Société » de l'espace Ethique de la région Ile-de-France : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScmU654OyGqkuiT--Q40GPXKcVUpVsPEmtDXiz_pWSxiO1mSQ/viewform Consulté le 29 avril 2020

⁸ <https://presse.inserm.fr/une-grande-enquete-nationale-pour-etudier-la-sante-et-les-enjeux-sociaux-de-la-pandemie-de-covid-19-et-du-confinement/39099/> Consulté le 18 mai 2020

pragmatique des règles initiales, ont fini par tolérer l'achat d'alcool, et parfois même ont envoyé des personnels de sécurité réaliser ces achats pour protéger les populations hébergées. S'agissant des usagers de drogues illicites et de médicaments détournés, le confinement a en revanche été globalement impossible. La réduction de l'activité des associations spécialisées, conjuguée à la dispersion des points d'approvisionnement et à la raréfaction de l'argent pour acheter les produits a provoqué une véritable errance pour ces populations. Chassées régulièrement de la "colline du crack" (Porte de la Chapelle, Paris 18^{ème}), on les trouvait parfois à consommer dans les stations de métro désertées ou le long des jardins publics fermés.

Parmi les "inconfinales", il y a aussi les travailleurs informels ou précaires, qui sont restés en marge des dispositifs de prise en charge de l'Etat justement en raison du caractère illicite ou irrégulier de leurs activités. Pour ces personnes, l'injonction du confinement n'a été que de peu de poids face à la nécessité de nourrir leurs familles. Parmi eux, nous avons rencontré des Roms de migration récente dans des campements largement désertés par tous ceux qui avaient eu les moyens de rentrer dans leur pays d'origine, des travailleur.ses du sexe louant des chambres à la semaine et menacé.e.s d'expulsion. D'autres encore qui ne pouvaient interrompre leurs activités car les familles restées au pays dépendaient des rémitances. Enfin, les livreurs travaillant comme autoentrepreneurs pour des entreprises telles que Uber-Eat ou Deliveroo sont restés inconfinés car sans alternative de survie.

Les "déconfinés de force"

Nous avons aussi rencontrés quelques-uns des 3 500 détenus qui ont été libérés depuis le début des mesures de confinement dans l'objectif de limiter la propagation de l'épidémie de coronavirus dans les prisons. La ministre de la Justice Nicole Belloubet avait indiqué que ces détenus libérés seraient « assignés à domicile et réincarcérés s'ils ne respectaient pas les obligations du confinement »⁹. Mais certains n'avaient pas de domicile où se confiner, et sont ainsi venu grossir les rangs des populations en situation de rue. Il y a une certaine ironie dans le fait que ces personnes se sont trouvées, au bout du compte "déconfinées de force". Nous avons rencontré l'un d'entre eux à l'occasion d'une distribution alimentaire. Le médecin psychiatre auprès duquel il devait obtenir le renouvellement de son ordonnance à sa sortie de prison avait fermé son cabinet depuis le confinement. Sans ses médicaments, il affichait un état d'intense agitation et se disait proche du collapse émotionnel. Un autre, temporairement hébergé par un ami, errait avec deux compagnons d'infortune qui dormaient sous un porche. Il disait ne pas comprendre comment il s'était retrouvé hors de sa cellule et dans la rue, certes avec quelques euros en poche, mais sans même un barbier pour lui redonner l'apparence d'un homme libre.

Les hyper-confinés

D'autres catégories de personnes, à l'inverse, se sont rapidement installées dans une situation d'hyper-confinement, au prix parfois du renoncement à s'alimenter dans des conditions décentes ou de rechercher une aide médicale alors qu'elles en avaient besoin. Dans une large mesure, ce fut le cas de populations étrangères en situation irrégulière, se sachant à la merci d'un contrôle d'identité. L'obligation de présenter une autorisation dérogatoire de déplacement assortie

⁹ <http://www.leparisien.fr/faits-divers/coronavirus-3-500-detenus-liberes-depuis-le-debut-du-confinement-29-03-2020-8290206.php> Consulté le 18 mai 2020

d'une pièce d'identité matérialisait en quelque sorte l'interdit dont elles se sont soudain senties frappées dès l'annonce du confinement. Nous avons ainsi rencontré des travailleur.se.s du sexe, par exemple des transexuel.le.s péruvien.ne.s, pris.es. au piège dans des studios partagés dont ils/elles se sentaient incapables de sortir en raison des risques de contrôle que représentait leur apparence physique dans un espace public déserté. Des employées domestiques brésiliennes et philippines restées en France sans aucun droit, redoutaient elles aussi les contrôles au point de renoncer à venir aux cliniques mobiles de MSF malgré l'envoi d'une invitation personnalisée à leur égard.

Hyper-confinés également les habitants du bois de Vincennes dans leurs campements de fortune. Déserté des promeneurs et de toute activité, le bois leur a fait vivre le confinement en quelque sorte comme dans un îlot, ce que certains ont considéré comme une aubaine en temps de pandémie. Sur le mode de ces indiens isolés dans la forêt amazonienne, ils seraient protégés de la contamination par absence de tout contact avec le monde extérieur. Une distribution alimentaire organisée par Emmaüs, collectée par quelques mandatés pour les autres restés dans le bois, garantissait une subsistance minimale. Une unité mobile du projet MSF a trouvé certains de ces robinsons, certes sans Covid-19, mais avec des problèmes de santé relevant parfois de l'urgence. L'hyper-confinement s'était fait au prix d'un renoncement aux soins.

Hyper-confinés, encore, certains habitants des quartiers populaires emmurés dans leurs barres d'immeubles, révélant des logiques croisées de peur de la contamination et de craintes massives des contrôles de police du fait ou pas d'informalité administrative. Ces espaces de la Seine-Saint-Denis décriés dans les médias comme des zones de non-confinement dans lesquelles les habitants négligeraient les règles, voire même se livreraient à des scènes de provocation, ne correspond pas à ce que nous avons observé pendant les six semaines durant lesquelles nous avons sillonné le département. Notre proposition d'installer des cliniques mobiles au cœur même des cités traduit des besoins réels de rétablir un accès aux soins pour une population qui, même en y ayant le plus souvent accès sur le plan formel, y a renoncé par scrupule de déranger le personnel de soin occupé au front de la pandémie, parce que le centre médical ou le cabinet du médecin traitant a fermé, ou plus souvent par peur de la contagion. Le décès d'un voisin de palier, d'un proche vient parfois raviver la hantise des hyper-confinés.

Hyper-confinés, enfin, les résidents de certains squats pour qui la sortie du squat signifierait la fin du combat politique pour la régularisation de leurs droits. Ensemble ils ont lutté, ensemble ils affronteront le risque de Covid-19. La veille du confinement, ils ont pris soin de faire héberger par des proches ou par l'intermédiaire du SAMU social les femmes, les enfants, les personnes âgées, et tous ceux qui présentaient un facteur de risque. Leur logique ne relève donc pas de l'ignorance ou d'une position de défi par rapport au risque de contamination. Ils consentent même à l'hyper-confinement pourvu qu'ils restent ensemble. Acceptant volontiers les paniers-repas et toute aide qui leur éviterait de sortir, ils rêvent d'autarcie et reçoivent comme une menace les propositions de certaines collectivités territoriales de vivre le confinement dans des conditions plus conformes aux règles sanitaires. Ils y voient le risque d'une fragmentation, de dissolution du squat et de leur lutte pour la régularisation. A notre égard le message a été clair: "Donnez-nous des médicaments et des masques, nous gérerons le covid à notre manière et si besoin on fait appel à vous". C'est au nom de cette logique qu'un squat a pu refuser les soins proposés par le CMS suite à la pratique de tests de dépistage assimilés à un contrôle d'identité.

L'annonce faite le 13 avril 2020 de la prolongation du confinement jusqu'au 11 mai 2020 a été un moment charnière. Même si elle n'est pas arrivée comme une surprise, cette annonce marque pour beaucoup un moment de bascule dans l'inconnu. Que les personnes soient en situation régulière ou non, inconfinables, confinées, ou hyper-confinées, cette reconduction du confinement a coïncidé pour beaucoup avec l'épuisement des ressources financières, la rupture de la sécurité alimentaire et l'entrée dans une temporalité marquée par l'incertitude du lendemain. La rue change. Les sans-abris rencontrés chaque jour sont plus sales, plus maigres. C'est avec une intonation nouvelle qu'ils abordent les rares passants: "Je suis SDF, c'est devenu très dur".

Des actions de MSF à forte valeur ajoutée

Il ne faisait aucun doute au moment de la reconduction du confinement que les besoins en santé primaire allaient exploser du fait même de l'enfoncement dans des conditions de vie faites de privations, manques et renoncement aux soins. L'orientation stratégique du projet à destination des populations en situation de précarité se voyait confirmée. Notre accès, en fonction des diverses situations de confinement, rendait nécessaire des modalités adaptées d'intervention.

⇒ Pour la plupart des populations non-confinables, il a semblé difficile d'aller au-delà de l'approche clinique mobile (cf. p.37). Celle-ci s'est révélée être le dispositif le plus adapté car elle permettait de suivre les frontières de la vulnérabilité à mesure que celles-ci se déplaçaient. Le couplage entre les explorations/ actions et les cliniques mobiles s'est montré réactif, à mesure qu'apparaissaient de nouveaux points de distribution alimentaire, ou qu'étaient identifiés par les explorations de nouveaux « hotspots », campements, espaces urbains d'intervention.

⇒ La reconduction hebdomadaire de certains points d'installation de la clinique mobile a en outre permis d'investir dans l'ancrage communautaire de cette clinique dans certains quartiers (cf. p. 38), permettant d'atteindre de nouveaux bénéficiaires issus de la communauté locale et que le confinement isolait. Au-delà des bénéficiaires des distributions alimentaires, la clinique a commencé à recevoir des habitants du quartier avertis par les réseaux associatifs sur lesquels nous nous sommes adossés.

⇒ Pour les personnes hyper-confinées et éventuellement dispersées dans des espaces urbains plus larges, la stratégie a été d'utiliser des réseaux sociaux réels ou virtuels (cf. p. 42) pour proposer un couloir d'accès aux cliniques mobiles ou des consultations directement dans les lieux de résidence. Les hyper-confinés, bien que vraisemblablement moins exposés au virus, sont restés une source de préoccupation car les barrières d'accès, et notamment celles de la peur des contrôles policiers, étaient rédhibitoires. Des associations en lien avec des publics en situation irrégulière, que ce soit dans les squats, foyers de travailleurs migrants ou locaux hébergeant des travailleurs du sexe, nous ont de manière répétée exprimé leurs regrets que la France n'ait pas emprunté la voie ouverte par le Portugal d'un droit de résidence temporaire qui aurait permis de lever les barrières d'accès aux soins des hyper-confinés.

Photo 2. L'activité Clinique Mobile, boulevard Barbès, Paris 18^{ème}, 3 avril 2020



Marianne Viot/MSF©

2.2. Mesures barrières et distanciation sociale: le pragmatisme des hébergés précaires

Passé le moment d'incrédulité qui a somme toute parcouru l'ensemble de la population française quant à la réalité de la menace, puis une période d'acceptation et d'adaptation où les comportements restaient "flottants" par rapport aux consignes sanitaires, les confinés précaires se sont mis eux aussi à l'heure de la Covid-19. A la fin mars, la menace de la contagion était prise très au sérieux. Partout, dans les Foyers de Travailleurs Migrants, les squats, les centres d'hébergements d'urgence, l'anxiété était palpable : un migrant originaire de Côte d'Ivoire, par exemple, se lamentait qu'après avoir échappé à Ebola, il se retrouvait sous une nouvelle menace épidémique en plein Paris. C'est cette anxiété de l'épidémie, conjuguée à la peur de la stigmatisation et de l'enfermement qui a parfois poussé certains à minimiser voire dissimuler leurs symptômes dans une pulsion d'auto-conjuration: "On a quelques courbatures, mais c'est parce qu'on ne fait plus de sport". Comme dans la population générale et dans toute crise épidémique, des doutes étaient émis sur l'origine du virus ou ses modes de contamination. L'émission télévisée¹⁰ durant laquelle Jean-Paul Mira, chef du service Réanimation de l'hôpital Cochin a indiqué que l'utilisation du vaccin du BCG pour prévenir les infections à Covid-19 pourrait être testée en Afrique¹¹ a provoqué une indignation dans les squats, démultipliée par les discours sur les groupes WhatsApp® avec les proches restés au pays d'origine, imputant le coronavirus aux Blancs qui viendraient contaminer l'Afrique. Dans tous les cas, le virus était bien pris au sérieux et nous imaginions difficilement quelle pourrait être la valeur ajoutée de séances de "sensibilisation" ou de "promotion de santé" sur le mode du "lavé main nou" (lavez-vous

¹⁰ LCI Info, 1^{er} avril 2020 www.lci.fr

¹¹ <https://www.jeuneafrique.com/921486/societe/traitements-contre-le-coronavirus-testes-en-afrique-une-polemique-dangereuse/> Consulté le 18 mai 2020

les mains) qui avait tant agacé les Haïtiens pendant l'épidémie de choléra, alors qu'ils n'avaient pas accès à de l'eau traitée.

Le confinement a généré une pression supplémentaire dans des lieux fragiles, surpeuplés ou dans des conditions d'informalité. Sans surprise, on retrouve des combinaisons de situations anciennes qui se superposent à la situation de crise sanitaire : surpeuplement associé à des conditions de vie délétères dans certains FTM où les personnes vivent à plusieurs dans des chambres exiguës, entassement de travailleur.ses du sexe transsexuel.le.s dans des studios au sein d'un même immeuble de Saint Ouen, lutte pour l'obtention des papiers des travailleurs migrants d'un squat de Montreuil.

Car telle était bien la difficulté, non pas de compréhension ou d'acceptation, mais d'ordre pragmatique. Comment, concrètement appliquer les règles sanitaires pour se protéger du mieux possible ? Les hébergés précaires avaient bien conscience que leur cadre de vie était à lui seul un facteur de risque. Si l'on prend l'exemple de nombreux FTM visités, la liste des difficultés était vite établie: des chambres trop petites, des toilettes et des douches collectives, une grande proportion de population âgée¹², des "surnuméraires" dormant éventuellement dans la cuisine ou les couloirs, des bailleurs négligeant parfois l'application des normes sanitaires. Comment dans ces conditions mettre en place les gestes barrière?

Dans les endroits visités, nous avons observé qu'il y avait bien eu des adaptations qui tendaient dans la mesure du possible, à réduire le risque de Covid-19. Dans certains FTM, par exemple, les salles de prière avaient été fermées à l'initiative des locataires et avant même la publication des arrêtés préfectoraux. Le nettoyage des parties communes avait été renforcé. Beaucoup avaient adopté un code de conduite personnel consistant à limiter les déplacements, éviter les parties communes, respecter les gestes barrières. Dans un squat, des espaces d'isolement individuel avaient été aménagés et un point de lavage des mains avait été installé à l'entrée. Comme indiqué précédemment, une logique d'autarcie tentait de contenir le virus à l'extérieur.

Le confinement a été pensé par les pouvoirs publics exclusivement à l'échelon du foyer individuel mais comment l'organiser lorsque l'échelon de vie est collectif ? Dans des hébergements collectifs comprenant des espaces partagés incontournables comme des cuisines, des toilettes et des salles de bain, la pratique et la densité même des habitants rend illusoire le respect de la distance sociale, l'espace et les gestes possibles du confinement obéit donc à un principe de réalité. En d'autres termes, les solutions ont dû être trouvées par les résidents eux-mêmes. Dans des situations de regroupement pour des raisons sociales, économiques, politiques ou conjoncturelles (squat, résidence de Travailleur.ses du Sexe, FTM surpeuplés, CHU...), ce principe de réalité est que l'unité de confinement ne peut être que l'espace de vie nécessaire à la satisfaction des besoins du quotidien. C'est ainsi que dans les contextes où les parties communes comprennent les lieux de cuisine et d'hygiène, et souvent même de repos (lits superposés dans les squats), l'unité de confinement n'est alors plus la chambre ou le studio mais l'immeuble, le hangar ou la résidence dans son ensemble.

¹² Adoma, en décembre 2013, dans un rapport de sa mission *Personnes âgées immigrées*, précise : « Dans ses 69 000 logements, Adoma accueille 25 189 résidents de 60 ans et plus au 31 décembre 2013, soit 42.6% de la clientèle totale. ». En comparaison, le pourcentage de plus de 60 ans en population générale en France en 2016 est d'environ 25% (Source : INSEE, 2016).

Ceci ne signifie pas qu'il n'y a pas d'adhésion à la norme du confinement, mais un changement de son échelle et une "dégradation" à l'épreuve du possible des conditions de son application : ce n'est pas parce que tout n'est pas applicable que rien ne l'est. L'enjeu étant alors de trouver des accords raisonnables entre la réalité du principe et le principe de réalité. La « logique de bloc » et de « gestion en interne » est une forme d'accord : si les personnes ne sont pas individuellement confinables, elles le deviennent collectivement en s'imposant des règles strictes de contrôle de groupe. Par exemple, dans un squat, le groupe s'imposait des règles de limitation des sorties plus strictes que dans la population générale, en commissionnant une personne de réaliser les achats pour tout le groupe, en renonçant à l'espace de sociabilité aménagé au centre d'un hangar avec des canapés de récupération, en exerçant un contrôle collectif sur le lavage des mains à l'entrée dans le squat.

En dépit de ces accords raisonnables, il est manifeste que les lieux collectifs visités présentaient encore de nombreuses zones de vulnérabilité. De fait, nous avons pu observer que la logique du contrôle collectif soumettait parfois les individus à une pression pouvant les conduire à dissimuler ou maquiller les symptômes. Face à la crainte de la contagion, les logiques accusatoires peuvent rapidement fissurer les solidarités. Pour un toussotement mal contrôlé, nous avons vu un homme se faire foudroyer du regard dans un gymnase d'hébergement d'urgence. La crainte de la mise au ban et de l'éloignement forcé du groupe a pu ainsi constituer une barrière d'accès aux soins. C'est dans ces situations que l'existence d'un centre COVID+ permettant en toute confiance l'accueil puis le retour de la personne malade était un élément fondamental du dispositif. Nous verrons par la suite pourquoi ces centres ont eu du mal à jouer effectivement leur rôle.

Appliquer le concept d'« accords raisonnables »

⇒ Le concept "d'accord raisonnable" s'est révélé fondamental pour comprendre comment concrètement les personnes vivant dans des conditions peu propices ou impropres au confinement se sont attachées malgré tout à aménager leurs espaces de vie et à adopter des codes de conduite individuels et collectifs pour limiter les risques de contagion.

⇒ Ce concept "d'accord raisonnable" peut s'opérationnaliser par une visite technique des lieux par un logisticien / spécialiste Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) et d'un spécialiste Information, Education et Communication (IEC). Il s'agit d'étudier les conditions concrètes d'applicabilité des règles sanitaires, les aménagements possibles pour une meilleure protection. Il s'agit encore d'étudier, avec le groupe, les dispositions collectives et aménagements individuels sur lesquels il peut raisonnablement s'engager vis-à-vis de lui-même. Il s'agit enfin de présenter des solutions claires et de confiance pour la gestion des personnes présentant des symptômes et les personnes testées positives en priorisant quand cela est possible la gestion in-situ des cas ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière.

2.3. Les centres COVID+ face à leur public

Les centres COVID+ ont été conçus pour accueillir les personnes présentant les symptômes de la Covid-19 et les personnes testées positives dont les conditions de vie ne permettaient pas de rester confinées. Il s'agit d'espaces en hébergement individuel et médicalisés offrant toutes les conditions pour vivre du mieux possible l'épreuve de la maladie.

Ainsi posés dans leur principe, il était donc crucial d'ouvrir des centres COVID+ partout où il y avait des populations en situation de précarité non confinables. Mais les centres effectivement ouverts ont eu des taux d'occupation très faibles (58 patients en tout dans les deux centres COVID+ accompagnés par MSF¹³), au point que des projets d'extension et de nouvelles ouvertures¹⁴ annoncées n'ont parfois pas vu le jour et que certains centres ont fermé prématurément. Leur modèle théorique faisait sens dans une perspective épidémiologique, mais leur conception était sans doute trop éloignée des logiques sociales qui ont prévalu pendant la crise épidémique. Ces logiques sont présentées dans la partie suivante.

Le fait est que ces centres ne sont pas parvenus à rentrer dans le champ des accords raisonnables évoqués précédemment. Les références en centre COVID+ ont été faibles. Parmi les éléments ou pistes d'explication, on retient la méconnaissance des acteurs et des individus des conditions de prise en charge dans les centres COVID+, et non pas l'ignorance du dispositif en tant que tel. Les centres COVID+ ont pu être perçus comme un lieu mouvoir ou inconfortable renvoyant à des imaginaires historiques marqués (léproseries, sanatoriums, Centre de traitement du choléra ou d'ébola, « sidatoriums »). Les images venues notamment d'Italie de centres COVID+ installés dans des gymnases se sont imposées dans les esprits, au détriment de la réalité que les centres proposés en Île-de-France étaient, eux, en chambre individuelle. Les conditions initiales d'admission et les circuits de validation et de transfert par l'Agence Régionale de Santé - ARS (plusieurs jours d'attente du résultat du test PCR, pas de choix dans le site d'accueil) et le manque d'explication ou de certitudes sur les conditions de retour ont découragé les références. Les ajustements postérieurs comme l'admission en centre COVID+ sur la base des seuls symptômes et non plus sur le critère unique du test positif n'auront pas permis de combler la sous-occupation. Selon le personnel médical ayant travaillé en centre COVID+, certaines des personnes avaient été acheminées sur un argument d'autorité médicale comme "ce qui devait être fait", mais sans qu'elles n'aient véritablement compris ce qu'étaient ces centres et le caractère optionnel du transfert. Certaines pratiques à la limite de la coaction (au sens de l'action de contraindre une personne ou un groupe de personnes à faire ou à ne pas faire quelque chose) nous ont été reportées, relevant sans doute de la volonté d'améliorer le taux d'occupation des centres. Il est arrivé que des personnes ainsi transférées soient ressorties aussitôt, comme le cas d'un jeune Afghan testé positif mais que des amis sont venu chercher le jour-même de son admission. Beaucoup d'orientations en centres COVID+ partageaient également de l'intime conviction de la part des personnels soignants qu'il s'agissait là de la meilleure solution possible tant sur le plan clinique que épidémiologique. Enfin, on aurait volontiers imaginé que la réticence à se rendre en centre COVID+ concerne essentiellement des personnes dans des situations administratives informelles tels les sans-papiers de squats ou des personnes dans des centres

¹³ Le centre de Chatenay-Malabry avait une capacité maximale de 40 lits et celui d'Aulnay-sous bois de 80 lits. Le staffing était dimensionné pour 60 lits maximum avec un.e infirmier.e par site.

¹⁴ <https://www.leparisien.fr/seine-et-marne-77/ile-de-france-deux-iles-de-loisirs-hebergeront-les-sans-abri-atteints-du-covid-19-09-04-2020-8297001.php> Consulté le 20 juin 2020

d'hébergement d'urgence (CHU). Mais cette logique de "garder et prendre soin" des personnes présentes sur leur lieu-même de résidence s'est retrouvée parfois portée par les hébergeurs eux-mêmes. Les enjeux sociaux de proximité et de solidarité ont prévalu sur les principes de la rationalité épidémiologique. Ce principe a du reste prévalu non seulement au sein des populations précaires, mais semble-t-il auprès de la population générale qui n'a pas non plus adhéré au principe des hôtels COVID¹⁵, même dans de meilleures conditions de confort. Enfin, un dernier élément à prendre en compte est celui de la « symptomaticité ». En effet, de nombreux cas de Covid-19 se sont révélés peu symptomatiques (ou n'ayant pas de symptômes suffisamment handicapants pour encourager les individus à chercher des soins). Cela pose alors l'intérêt pour « ces malades » de se faire hospitaliser. On retrouve ici une logique similaire à celle des patients vivant avec le VIH au stade précoce à qui on demande prendre un traitement à vie.

La solution de centres COVID+ gérés par MSF

⇒ En décidant de s'inscrire dans le système de soins et de références mis en place par les autorités sanitaires et conscient des barrières d'accès aux centres COVID+ tout en capitalisant sur la bonne notoriété de MSF auprès des publics précaires, l'équipe MSF s'est engagée dans la prise en charge médicale de deux centres COVID+ : Chatenay Malabry (92) dans un premier temps et Aulnay- Sous-Bois (93) par la suite. Il est apparu de nos observations de terrain que la plus-value de ces centres était d'offrir aux populations en situation de précarité, une solution de prise en charge avec un « label » MSF de neutralité et garantissant, notamment aux « sans-papiers », un « couloir humanitaire » sécurisant et sécurisé. C'est notamment sur cette voie que l'équipe projet s'est engagée (cf. partie n°4).

2.4. La gestion des cas COVID+ parmi les populations en situation de précarité

La manière dont les populations en hébergement collectif se sont effectivement préparées à l'éventualité de cas, ou géré leurs cas, repose sur le principe de la préservation maximale du cadre de vie et de sociabilité, c'est-à-dire le principe exactement opposé à celui du centre COVID+. Dans l'ensemble des situations d'hébergement rencontrées, une forme de logique universaliste de protection et de solidarité s'est mise en place. Qu'il s'agisse du réceptionniste d'un hôtel du 115, de gestionnaires des centres d'hébergement d'urgence (gymnase, hôtel...), du porte-parole d'un squat, d'une assistance sociale d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), du président d'une association hébergeant temporairement des personnes sans-papier, la même logique préside : celle de la débrouille. On isole un étage d'un hôtel, on nettoie davantage les parties communes, on prend le risque d'une contamination plus large, mais on ne sépare pas le groupe, on n'envoie personne à l'extérieur.

Trois configurations obéissant à ce principe ont pu être observées:

¹⁵https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/05/26/les-hotels-attendent-toujours-leurs-clients-covid_6040729_3244.html Consulté le 27 mai 2020

Le maintien dans le lieu de vie: comme c'est la règle auprès de la population générale, le maintien dans le cadre de vie est l'option adoptée dès lors que le confinement dans un espace individuel est possible. C'est le cas dans les Foyers de Travailleurs Migrants rénovés où les studios / appartements sont indépendants, dans certains hôtels du SAMU social ou des centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Des routines sont alors adoptées pour l'approvisionnement afin que les personnes contaminées puissent vivre leur quarantaine.

L'aménagement du lieu de vie: dans les cas où un espace individuel n'existait pas, nous avons observé de nombreuses configurations dans lesquelles celui-ci a été aménagé en prévision ou en adaptation à la survenue d'un cas. Dans un squat, un espace indépendant de type cabanon a ainsi été spécifiquement construit. Un Foyer de Travailleurs Migrants a aménagé un espace collectif réservé aux cas positifs. Dans des hôtels réquisitionnés pour l'hébergement d'urgence (CHU), les gestionnaires ont réservé un étage avec des chambres individuelles pour les personnes contaminées.

La gestion collective des symptômes: dans le cas où aucun isolement individuel n'était possible, nous avons parfois observé l'adoption d'un "principe de fatalité". Pour des personnes partageant un même studio ou chambre par exemple, l'arrivée d'un cas n'a pas provoqué de mise à l'écart. Peut-être par ignorance de l'existence des centres COVID+, par refus même de leur principe ou par simple pragmatisme : « Un voisin ou un ami a fait un Covid. Ils l'ont géré comme s'ils avaient fait une grippe en hiver avec un peu de distanciation à la maison ». Sans doute et surtout en raison de la concomitance de l'apparition des symptômes auprès de toutes les personnes partageant le même espace. Dans un logement hébergeant des Travailleu.se.s du sexe transsexuel.le.s, par exemple, où 79 personnes vivaient dans 13 studios / appartements, la totalité à l'exception d'une seule personne a déclaré avoir ressenti des symptômes en l'espace d'approximativement deux semaines. La contagiosité élevée de la Covid-19 – qu'elle soit réelle ou perçue dans un contexte de fort matraquage d'information sur la maladie – serait alors l'évidence à partir de laquelle les personnes vivant ensemble ont finalement déterminé leur mode de conduite. D'autres études montreront, sans doute, que cette gestion collective des symptômes est tout à fait comparable au modèle qui a été adopté par la population générale: au sein d'un même domicile, par exemple - à l'exception peut-être s'agissant de personnes avec de forts facteurs de risque -, la décohabitation en cas de symptômes voire même le renoncement à la chambre conjugale, a sans doute été davantage l'exception que la règle. Au "principe de fatalité" dicté par la très forte contagiosité du coronavirus s'est ajouté un principe de socialité et de solidarité. Il est significatif que même là où il était impossible d'appliquer des mesures d'isolement, comme dans les FTM comprenant des personnes "surnuméraires", généralement des personnes jeunes, sans-papier et primo-arrivants, c'est encore la solidarité qui a prévalu. La gestion collective aurait signifié la mise au ban des plus vulnérables non pas cliniquement mais socialement.

Des centres COVID+ qui ne disent pas leur nom

⇒ Tandis que les acteurs politiques et institutionnels exprimaient des préoccupations sur les probables clusters de contamination que deviendraient les lieux de vie des “inconfinables”, ces derniers demandaient pour leur part de la Solution Hydroalcoolique (SHA) et des masques. Alors qu’un surcroît d’application de mesures sanitaires leur était demandé (transformation du cadre de vie, “hyper-confinement”, renoncement au groupe des pairs), ils demandaient, somme toute, comme le reste de la population, des moyens élémentaires de protection.

⇒ En termes opérationnels, la manière dont les hébergements collectifs ont géré leur risque Covid suggère que le maintien dans l’unité de vie est la condition première à partir de laquelle les personnes consentaient aux mesures sanitaires et ont aménagé à leur égard des “accords raisonnables”. La mise en place d’une stratégie de gestion, dans des lieux collectifs similaires, doit tenir compte de ce principe et étudier avec les personnes toutes les solutions possibles pour qu’il soit respecté. A ce titre, il sera toujours préférable d’aménager les espaces existants que de généraliser une approche de type centre COVID+ et surtout de dépister les occupants potentiellement porteur de facteurs de risques en vue d’identifier précocement les possibles cas graves.

⇒ Il reste que les capacités d’aménagement sont limitées. Si la plupart des structures visitées avaient aménagé des espaces permettant de gérer quelques cas, la question qui se pose dans chaque structure est celle du nombre critique de cas à partir duquel, d’un point de vue épidémiologique, une structure devient un cluster et donc une possible chaîne de contamination. Mais cette question n’est pas spécifique aux populations en situation de précarité. Elle s’est posée dans d’autres situations de vie réelle, comme à bord du porte-avion Charles de Gaulle ou autour de la polémique qu’a provoqué la résistance des compagnies aériennes de se mettre en conformité des normes de distanciation sociale.

Quels sont les accords raisonnables d'une possible "dégradation" des règles sanitaires ?

La façon dont les personnes en situation de précarité ont pu mettre en place les règles sanitaires repose sur trois paramètres que nous proposons d'intégrer dans une future stratégie opérationnelle. Il s'agit de regarder les obstacles auxquels les personnes sont confrontées¹⁶.

i) Interroger le niveau de risque perçu que représente le virus au regard des nécessités que le confinement ne permettrait plus de satisfaire : accès à l'alimentation, usage de produits psychotropes, envoi de rémitances...

ii) Évaluer la plausibilité des règles sanitaires par rapport aux conditions réelles de leur mise en œuvre : disponibilité des matériels de protection, modes d'habiter...

iii) Regarder si le cadre du confinement est celui dans lequel les personnes vivaient avant le confinement ou s'il s'agit d'un espace ad-hoc. Si le cadre du confinement est l'habitat "régulier", la gestion du confinement se fera spontanément dans ce cadre (arrangements). Si le confinement est vécu dans un centre d'hébergement d'urgence, la gestion dépendra d'un opérateur (explications et consentement).

⇒ La gestion des cas de Covid-19 tendra à être mieux acceptée si elle se fait sur un mode horizontal et non pas vertical, interne plutôt qu'externe. Cela signifie qu'il convient de s'intéresser avec les individus, les patients et les hébergeurs aux modalités pratiques d'isolement à l'intérieur des structures existantes (urgence ou régulière) sur la base d'accords raisonnables ou de dégradation raisonnée des règles sanitaires. Le risque de Covid-19 ne sera effectivement pris en compte que s'il est combiné et combinable avec d'autres priorités qu'elles soient jugées légitimes ou non par les autorités sanitaires.

¹⁶ A ce titre, s'intéresser à la littérature sur la réduction des risques dans la lutte contre le VIH pourrait être inspirant. Par exemple, en matière de réduction des risques de transmission du VIH par les usagers de drogue injectable, déjà en 1993 Dejarlais, et al. précisent que les mesures de prévention ne portent pas tant sur l'élimination de consommation de drogue que sur la pratique : p. 425. "However, because complete elimination of illicit drug use is extremely unlikely to occur in the foreseeable future, a harm-reduction approach focuses instead upon what can be done to reduce HIV transmission through the sharing of injection equipment.". Partir de ce constat, permet alors pour les praticiens et les usagers de se pencher sur une approche pragmatique : « The answer to this pragmatic question leads us to another characteristic of the harm-reduction perspective; namely, that it is based on multiple, complementary solutions operating simultaneously, rather than some single best solution. That is, there are usually many things that can be done simultaneously to reduce the specific harm, even if some of these activities might appear at first to be in conflict with each other. With respect to the prevention of HIV transmission among IDUs [Injection Drug User], for example, drug abuse treatment programs can be established to reduce the use of psychoactive drugs, while IDUs are being encouraged to use drugs either without injection or by practicing safer injection. At the same time, sterile injection equipment can be provided at no cost (or sold cheaply), so that sharing of equipment is not necessary. And, disinfectants, such as bleach, can be provided so that, whenever sharing does occur, the equipment can be disinfected before multiperson use."

3. De la sidération à la remobilisation des acteurs : les temps de la réponse Covid-19 pendant le confinement

Dans la crise induite par l'épidémie de Covid-19, la réponse des acteurs se déploie en quatre phases majeures, rythmées par les annonces du gouvernement.

Une première phase marquée par la sidération des citoyens, des services publics et des acteurs de la solidarité commence le 16 mars 2020, date de l'annonce par le président de la République de l'instauration d'une période initiale de confinement de 15 jours dans l'ensemble du territoire. La mise à l'arrêt brutale de l'économie et le retrait (avec ou sans télétravail) de nombreux personnels des secteurs sanitaires publics ou associatifs a eu un effet immédiat sur l'accès aux services essentiels pour les personnes les plus précaires. Cette phase se termine autour de la première semaine d'avril avec une "reprise des esprits".

Une seconde phase "tout Covid-19" s'enclenche au cours du mois d'avril. Quand une partie des services sociaux et de santé reprend (en population générale ou à destination des publics précaires) ; ils se concentrent essentiellement sur la réponse à l'épidémie de Covid-19 au détriment des services généralistes qu'ils proposaient initialement.

Une troisième phase de défi marquée par la prolongation du confinement jusqu'au 11 mai 2020 s'engage autour du 13 avril 2020. Si la situation continue de se détériorer pour les personnes en situation de précarité qui voient s'éloigner la reprise de leurs activités, les acteurs de l'aide qui commencent à revenir sur scène peinent, quant à eux, à trouver leur place dans un contexte bouleversé. Il s'agit de continuer d'agir en urgence et de se coordonner.

Une quatrième phase incertaine s'engage au moment du « dé-confinement » progressif en Ile-de-France à partir du 11 mai 2020 et à priori jusqu'au 2 juin 2020¹⁷.

3.1. Phase 1 - La sidération : "On avait tout prévu sauf l'humanitaire"

Entre mi-mars et début avril, la situation de crise sanitaire induite par l'épidémie de Covid-19 pose un défi pour des acteurs (santé, collectivités territoriales, organisations sociales) n'ayant pas une culture d'urgence. Du jour au lendemain, la plupart des services de la vie quotidienne ferment, tels les maraudes, l'accès aux droits et à la santé, les formations des personnels. Les activités se resserrent sur l'urgence de type distribution alimentaire. On observe une quasi-disparition des structures de veille et d'alerte en santé primaire ou spécialisée : fermeture de centres municipaux de santé (CMS), arrêt temporaire des cliniques mobiles de Médecins du Monde (Mdm) et des services d'accueil des usagers de drogue ainsi que les accueils en santé mentale, etc. L'accès à la santé primaire, tel que le suivi des maladies chroniques est sur la brèche : des médecins généralistes sont indisponibles. Sur le terrain, nous avons constaté que certains avaient fermé leurs cabinets pour se réorganiser, pour passer à la télé-médecine ou tout simplement parce qu'ils étaient eux-mêmes malades. Les guichets de l'assurance maladie étaient aussi fermés, réduisant les possibilités

¹⁷ Les activités de l'équipe Outreach ont duré du 26 mars au 6 mai 2020. La phase 4 (postérieure au terrain) qui est celle du déconfinement n'est donc pas décrite dans ce texte. Pour autant, il est possible de partager des « questions en suspens » et de proposer des « pistes d'attention ». Celles-ci font l'objet d'une annexe de ce texte.

d'ouverture de droits pendant cette période. Enfin, et ce dès le début de la période de confinement, des situations de renoncement aux soins nous sont rapportées: "On a peur de déranger avec tout le travail qu'ils ont" ; "On a peur de tomber malade en allant chez le médecin".

Des besoins non couverts apparaissent rapidement, au fil de la détérioration sanitaire. La réponse Covid-19 ou non Covid-19 dépend des capacités locales et institutionnelles de "passer en mode urgence". C'est sans doute pour avoir pris conscience de ces difficultés que l'Agence Régionale de Santé (ARS) fait appel à des intervenants sanitaires en Ile-de-France, dont MSF dès la mi-mars 2020. Un certain nombre d'acteurs "traditionnels" sont identifiés. Ce sont les acteurs connus des territoires et financés en majorité par l'ARS. En ce début de crise, la plupart n'est pas en capacité de répondre. MSF fait également partie des possibles intervenants du fait de sa participation au groupe « migrants » de l'ARS. MSF était connu pour ses interventions via notamment des remontées de données sur les questions d'évacuation de camps et des Mineurs Non Accompagnés (MNA). Quoique pouvant apparaître comme un acteur disruptif, en particulier sur des positionnements vis-à-vis des autorités administratives autour de la question des MNA, l'ARS demande à MSF d'intervenir en ce début de crise comme acteur sanitaire au moment du démantèlement du camp d'Aubervilliers (le 24 mars 2020). D'un autre côté, MSF fait rapidement part à l'ARS de ses intentions de participer à la réponse Covid-19 en Ile-de-France, qu'il s'agisse d'interventions en milieu hospitalier ou auprès des personnes en situation de précarité. MSF est alors prépositionné par la direction de la santé publique de l'ARS comme opérateur "Equipes Mobiles" en Seine-Saint-Denis¹⁸, la plus-value de l'organisation dans la prise en charge des personnes en situation de précarité ayant été retenue. A ce moment, à l'ARS on sait déjà en raison de la combinaison des caractéristiques de vulnérabilité notoire de la Seine-Saint-Denis (populations fragiles, système de santé moins bien doté, grande concentration de Foyers de Travailleurs Migrants et de campements informels) qu'il faut mettre en place un acteur solide pour la réponse et connaisseur de publics en situation informelle. Ceci converge avec la lecture de MSF : l'équipe de coordination est tout à fait consciente de cette vulnérabilité et souhaite mettre à profit sa connaissance du territoire (implantation en Seine-Saint-Denis à Pantin) et des publics précaires (programme MNA et activités de clinique mobile) à Aubervilliers. La coopération avec l'ARS démarre alors sur la base de l'intervention lors du démantèlement du camp d'Aubervilliers et sur le positionnement d'équipes mobiles en Seine Saint Denis.

A ce stade, les actions et les acteurs sont difficiles à répertorier et à mobiliser. On observe une volatilité du contexte. Tous les trois ou quatre jours les configurations changent : un service est interrompu, un autre se remet en place. L'équipe projet compte les PASS (Permanences d'Accès aux Soins) encore ouvertes (via les listings de l'ARS mis à jour le plus régulièrement possible), elle suit les actions de la mairie de Paris, elle rassure les opérateurs des centres d'hébergements d'urgence sur des questions de prévention de lutte contre les infections (IPC – *Infection prevention and control*). Un système d'application simple appelé *Soliguide*¹⁹ deviendra un outil de coordination majeur dans les semaines qui suivent.

Les collectivités territoriales et les municipalités de leur côté, n'ayant par ailleurs pas de compétences légales en santé (Vaillant, 2011) peinent également à trouver leur place dans la réponse dans les premiers temps. Les réactions sont disparates : certaines bricolent, d'autres

¹⁸ A l'exception de la commune de Saint Denis qui s'est déclarée en capacité d'agir sur son territoire.

¹⁹ <https://soliguide.fr/>

mettent complètement à l'arrêt leurs activités sociales et de santé. On observe une dynamique intéressante dans une ville comme Saint-Denis où un ancrage local fort des acteurs de santé et du social a permis un maintien, même en "mode dégradé", d'activités sociales et de santé. C'est le cas dans le quartier du Franc-Moisin avec son centre de santé communautaire qui s'est immédiatement mis à « l'heure Covid-19 » en réduisant les activités de prévention et en taillant sur mesure une réponse Covid-19 et non Covid-19 avec les habitants du quartier : messages Facebook®, groupes WhatsApp®, adaptation des heures et modes de rendez-vous, etc. D'autres communes ou acteurs de la réponse s'inquiètent et font appel à MSF pour être rassurés : mesures de prévention et d'hygiène dans les centres d'hébergements, évaluation de la situation sanitaire dans des Foyers de Travailleurs Migrants, etc.

A Paris, vu du projet MSF, on observe l'arrêt de services aussi essentiels que les points d'eau et les sanisettes dénotant une difficulté de la part des élus et des services municipaux à anticiper l'aggravation des conditions dans lesquelles les personnes non mises à l'abri se retrouvaient jour après jour. Il faudra plusieurs semaines à la mairie de Paris pour remettre en service certains bains douches et une centaine de sanisettes. Par contraste, les distributions alimentaires se sont organisées et se sont montrées réactives tout au long du confinement (adaptation des contenus et des types de paniers, localisation des sites...) grâce aux nombreux partenaires associatifs de la mairie de Paris²⁰ (Aurore, Restos du cœur...), puis à ceux issus de la société civile. Si la culture d'urgence faisait défaut, celle de la distribution alimentaire, dans la mouvance des Restos du cœur, a montré sa solidité. Pourtant, porte de la Villette (Paris 19^{ème}), l'alliance entre la distribution alimentaire des Restos du cœur et la clinique mobile de MSF paraissait bien insuffisante face aux quelques 800 personnes au bord de la rupture. C'est pourtant tout ce qui restait en ce début de confinement.

Apparaissent aussi les limites d'un mode d'action consistant à déléguer une mission de service public (plus particulièrement pour le social, en partie en santé) à des acteurs associatifs travaillant essentiellement avec des bénévoles ou des volontaires. Très rapidement, les associations œuvrant habituellement aux côtés des personnes en situation de précarité se sont retrouvées en difficulté. Sans matériel de protection disponible pour les bénévoles ou les employés, certains d'entre eux ont refusé de s'exposer. Également, une partie des personnels a dû rester confinée pour des raisons familiales, comme dans de nombreux corps de métier. Mais surtout, certaines associations, telles MdM ou les Restos du cœur, qui travaillent beaucoup avec des bénévoles retraités (c'est-à-dire de plus de 60 ans) ont vu fondre leur capacité RH par l'impératif de réduire l'exposition de ces personnels, tant pour eux que pour les personnes assistées. Dans un premier temps, on a vu des associations maintenir leur service sans matériel (masques, gel, savon / eau) ou avec des personnels retraités. C'était la réalité de la réponse à l'épidémie dans cette première phase.

²⁰ <https://www.paris.fr/pages/distribution-de-repas-123#districts-gaockzgkwx-19>

Les apprentissages de cette première phase de “sidération”

→ Avec le recul, on sait que le confinement a duré deux mois mais il faut garder à l'esprit, que dans cette première phase, le confinement ne devait durer que deux semaines et on ignorait alors si l'épidémie allait prendre l'ampleur aujourd'hui connue.

→ C'est dans ce contexte de sidération initiale que MSF a lancé son projet d'urgence et est intervenue dans Paris avec sa clinique mobile et dans différents sites (FTM, CHU, etc.) d'Ile-de-France avec des équipes mobiles, soit sur signalement de l'ARS soit par remontées de terrain.

→ La capacité de réponse de MSF – en particulier dans les premières semaines – a pallié certains manques laissés par les acteurs publics ou associatifs alors en pleine réorganisation. Malgré des limitations en ressources humaines et en matériel de protection disponibles – au même titre que les autres acteurs de la réponse -, une coordination des acteurs encore fragile et l'absence de données épidémiologiques, il a pourtant été aisé de trouver sa place. En effet, rappelons que MSF a l'habitude d'intervenir en situation d'urgence, c'est notre « cœur de métier », ce qui n'était pas le cas de nombreux autres acteurs à côté desquels nous avons agi.

3.2. Phase 2 - La mise en action : les acteurs se remobilisent et organisent une réponse pleinement tournée vers la Covid-19

Passée la phase de sidération, les acteurs se remobilisent et tentent de se mettre à « l'heure Covid-19 ». On observe une remobilisation de ressources, un repositionnement des stratégies, une réorientation des opérations, une réorganisation des services... En d'autres termes, le milieu associatif, les hébergeurs, les pouvoirs publics et la société civile se mettent à « l'heure Covid-19 ». En effet, rappelons la pression politique exhortant à “soutenir l'hôpital” qui est la raison d'être du confinement. On peut alors aisément comprendre pourquoi, tant parmi les collectivités territoriales que les acteurs de santé publique ainsi qu'à MSF, la provision d'une réponse Covid-19 a été la priorité d'action. Pourtant, vu du terrain, nous avons observé une bascule avec des énergies qui se sont centrées essentiellement sur le diagnostic et la prise en charge de la Covid-19 alors que l'accès aux soins de santé primaire et généraux (suivi des maladies chroniques, etc.) était encore largement en rupture.

Décider de fermer un Centre Municipal de Santé (CMS) pour ouvrir un centre de diagnostic Covid-19

Extrait du carnet de terrain – 10 avril 2020

L'exemple des choix opérés dans la ville de Bondy illustre comment des décisions ont rapidement été prises pour s'engager dans la réponse Covid-19.

Avec une coordination active « ville – hôpital²¹ », un Centre Municipal de Santé (CMS), des élus engagés, la commune de Bondy est investie dans le champ de la santé. Afin de participer à l'effort collectif dans la lutte contre la Covid-19, incluant la détection précoce des cas, la municipalité ouvre dès le 1^{er} avril un centre dédié au diagnostic (clinique) Covid-19. D'après un article de presse²² : « Ce centre ambulatoire Covid-19, aux conditions sanitaires très strictes, doit permettre de recevoir les personnes suspectées d'être infectées du coronavirus. Il accueillera aussi les personnes sorties d'hospitalisation suite à une infection Covid pour assurer le suivi de leur convalescence. Des médecins sur place effectueront des diagnostics (pas de tests) pour déterminer la sévérité ou non des cas, puis ils décideront soit d'orienter le patient vers une hospitalisation, soit de le rassurer et de préconiser son retour au domicile. De ce fait, le centre municipal de santé de la commune a été fermé pour que le personnel soignant soit disponible dans ce nouveau centre ambulatoire ».

Au centre de diagnostic Covid-19 de Bondy, nos interlocuteurs partagent leur enthousiasme d'être investis dans la lutte contre la Covid-19 via ce dispositif (existant également dans des communes voisines), mais discutent pour autant l'arrêt temporaire du suivi et de la prise en charge des patients du CMS : «La deuxième vague ne sera pas celle du Covid-19 mais celle de la détérioration de l'état de santé de personnes avec des pathologies chroniques». Nous échangeons alors sur les raisons d'avoir fermé temporairement le Centre Municipal de Santé (CMS) qui assure en temps normal le suivi de 500 à 600 personnes de la commune et en particulier des personnes âgées. Il apparaît que le choix de la fermeture du CMS a résulté à la fois d'une volonté de se concentrer sur la Covid-19 de façon précoce, et aussi parce que les conditions d'accueil au CMS n'étaient pas «Covid compatibles» (pas de parking, circuit patient inadapté, etc). Un suivi à distance sous forme d'appels téléphoniques aux personnes âgées a alors été mis en place avec l'aide du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). L'équipe du CMS, alors concentrée sur la réponse Covid-19 convient que des choix ont été faits, au détriment du suivi régulier des patients chroniques. Pour autant ces choix sont réversibles, modulables, et surtout, rappelons que début avril, était annoncée une flambée dans le département de la Seine Saint Denis.

Des questionnements pendant cette phase « Tout Covid-19 »

A ce moment de la réponse, ces observations nous ont invitées à reconsidérer la place de MSF au regard des choix opérationnels et de la capacité des autres acteurs et des collectivités territoriales essentiellement centrés sur la réponse Covid-19. Nous (l'équipe Outreach) nous sommes interrogés de savoir si dans cette phase de remobilisation, la vocation de MSF était de rester concentré sur la Covid-19 ou de continuer d'explorer les situations de vulnérabilité et de répondre aux limitations d'accès aux soins généralistes. Cette interrogation partagée avec les membres de l'équipe projet et de la mission n'a pourtant pas fait l'objet d'un réexamen des orientations stratégiques.

²¹ Hôpital AP-HP Jean-Verdier de Bondy. <http://chu93.aphp.fr/hopital-jean-verdier-bondy/> Consulté le 28 mai 2020

²² https://actu.fr/ile-de-france/bondy_93010/coronavirus-seine-saint-denis-ouverture-dun-centre-covid-19-bondy_32692879.html Consulté le 28 mai 2020

3.3. Phase 3 – Le défi de la prolongation du confinement : des initiatives inédites dans un système rigide

Le 13 avril 2020, l'annonce de la prolongation du confinement jusqu'au 11 mai 2020 (sous conditions en particulier en Ile-de-France) prend de court les acteurs de santé et les acteurs solidaires (incluant de nouveaux acteurs issus de la société civile) largement (re)mobilisés qui doivent continuer d'agir dans l'urgence et surtout se coordonner. Mais surtout, cette annonce objective pour les personnes en situation de précarité un évanouissement de la possibilité de remobiliser rapidement leurs ressources : retourner travailler ou faire la manche, retourner vers les structures d'assistance, d'accès aux droits, à la santé.

Tel qu'évoquée dans la partie précédente, une dynamique vertueuse s'observe autour des distributions alimentaires. Celles-ci se sont adaptées et coordonnées : sites de distribution, contenus des paniers repas ou colis familiaux, organisation des circuits de distribution, informations générales ou en lien avec la Covid-19. La mairie de Paris et ses associations partenaires, ainsi que des groupements issus de la société civile ont su structurer une réponse d'urgence adaptée. On l'a notamment vu à la Goutte d'Or dans l'articulation entre l'association Aurore et les paroisses du quartier. Au cours de la période de confinement, ces distributions alimentaires n'ont cessé d'augmenter tant en nombre de personnes servies qu'en diversité de sites de distribution. Les publics ont également changé. De plus en plus de familles se sont retrouvées en demande, certaines étaient jusque-là inconnues. A Clichy-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis, c'est l'association Ac-Le-Feu, en lien notamment avec l'Armée du Salut et la municipalité qui ont assuré dès la mi-avril une impressionnante distribution pour les habitants des quartiers populaires de la commune²³. Les distributions alimentaires sont exemplaires de « faisceaux de solidarités inédites réinventées dans l'urgence²⁴ ». A l'inverse, au détour de discussions avec nos collègues de MSF ou par nos relations avec les acteurs rencontrés sur le terrain, nous avons pu observer une forme de pesanteur dans la façon dont les acteurs de la santé et du social se sont engagés dans la réponse d'urgence et comment il a été difficile pour eux de modifier le schéma organisationnel habituel, ne serait-ce que sur une courte période.

Par exemple, du côté de la réponse du système de santé en direction des plus précaires, une forme de "normalité" a plus ou moins repris sa place. Selon l'expression d'un de nos collègues, cette normalité serait celle « d'un repoussoir des indésirables ». Il exprimait par là un sentiment partagé au sein de l'équipe que « la violence du système de santé est plus importante que la violence sociale » pour les personnes en situation de grande précarité. En effet, plusieurs de nos collègues nous ont fait part de leur inquiétude de ce que les PASS soient toujours aussi difficiles à naviguer, que les urgences et autres services soient demeurés concentrés sur la Covid-19 en repoussant « les indésirables » en recherche de soins non Covid-19, que les nouvelles pratiques, telles la télémedecine aient laissé les plus vulnérables de côté : les personnes sans smartphone, celles qui n'osent pas s'exprimer en français ou les plus âgés qui ne sont pas au fait de ces pratiques.

²³ https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/04/18/dans-les-quartiers-populaires-si-on-remplit-le-frigo-on-chope-le-corona_6036998_3224.html Consulté le 28 mai 2020.

²⁴ https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/04/18/dans-les-quartiers-populaires-si-on-remplit-le-frigo-on-chope-le-corona_6036998_3224.html Consulté le 28 mai 2020.

Quant au champ de l'action sanitaire et sociale, son organisation très fine sous forme de maillage territorial et hiérarchique a résisté à la pression qu'imposait une réorganisation à la fois du type d'offre et du type acteurs en place dans une temporalité circonscrite à la période d'urgence. Il n'y a pas toujours eu de perméabilité : quand un acteur était en incapacité d'assurer sa mission pour des raisons tout à fait légitimes dans la période de crise (personnel malade ou en arrêt, manque de moyens de protection, etc.), il n'a pas été aisément remplacé par un autre acteur du même champ. Ainsi que décrit dans l'encadré ci-dessous, nous avons parfois constaté la difficulté de laisser à MSF sa place d'urgentiste dans un système socio-technique très structuré. Parmi les acteurs du champ du social rencontrés pendant les explorations, nous avons aussi constaté une forme de sous-estimation des besoins en santé des personnes auxquelles ils portaient assistance. En effet, la santé est un champ spécifique et certains acteurs du social inexpérimentés dans l'identification des besoins de santé ont parfois associé les questions de santé de leur public à de la « bobologie ». En ne les reconnaissant pas en tant que telles, ils ont parfois rendu leur public « captif » de cette incompetence. Ne pas pouvoir identifier les problèmes de santé ne leur permettait pas de solliciter les bonnes compétences au bon moment.

Quand les questions de santé des résidents des campements du bois de Vincennes sont interprétées comme de la « bobologie »

Extrait du carnet de terrain – 21 avril 2020

La maraude sociale de Emmaüs, au service des résidents de longue date du bois de Vincennes, existe depuis 2009, et est totalement insérée dans un maillage territorial²⁵ coordonné par la mairie de Paris (l'UASA, l'Unité d'Assistance aux Sans-Abris). Emmaüs – pour la santé – travaille avec l'ESC / IDE de Saint Mandé, qui est géré par le SAMU social et fermé depuis le début du confinement. L'accès aux droits, géré par l'UASA n'est plus assuré non plus et ne le sera certainement plus même après la fin du confinement.

Concernant la santé, le coordinateur de la maraude nous confirme qu'il y a des besoins non couverts en termes d'accès, et qu'il serait utile de repérer les besoins des résidents que lui et son équipe sont en peine d'identifier correctement. Il précise connaître les dispositifs d'urgence. Il a par exemple fait appel à la Croix Rouge pour évacuer une personne.

Un îlot de confinement. Ces personnes (plus d'une centaine) vivent dans le bois de Vincennes – pour certaines depuis plusieurs années – et contrairement à d'autres situations de précarité et de surexposition à la Covid-19, tel qu'on l'a vu avec les personnes vivant à la rue, les migrants, etc., il semblerait que la situation soit ici inversée et qu'elles soient dans un îlot de confinement. Dans ces conditions, avec la volonté de prévenir les expositions à l'épidémie de Covid-19, les membres de la maraude sociale auraient « plutôt tendance à leur dire d'attendre et à les décourager d'aller recourir aux urgences [ex. Saint Antoine, Paris 12^{ème}], de peur qu'ils choppent un truc en allant en ville » (bénévole de la maraude). Avec notre présence, le coordinateur de la maraude est intéressé de couvrir les besoins actuels d'accès à la santé, tout en sachant que le retour à la normale prendra du

²⁵ Expression employée par nos interlocuteurs

temps. Il s'agit en priorité de s'assurer que les personnes qui vivaient là avant, et continueront de vivre là après ne se retrouvent pas dans une situation de vulnérabilité au moment du « déconfinement », à savoir quand les promeneurs se remettront à sortir. La crainte est justement le retour de l'utilisation du bois par les habitants de la ville et l'exposition qui s'en suit.

« Bobologie » et sous-estimation du « fait santé ». Une équipe mobile du projet MSF composée d'une infirmière et d'un logisticien a effectué une visite d'évaluation des besoins en santé et en eau, hygiène, assainissement - EHA (matériel de protection, eau) en vue de proposer une réponse immédiate pour des soins infirmiers et de planifier une possible intervention médicale et / ou EHA. Cette évaluation / action est réalisée sous la « responsabilité » de la coordination de la maraude au moment de la distribution alimentaire. La présence de MSF est présentée aux habitués sous la forme d'un soutien ponctuel pour traiter des « bobos » et circonscrite aux personnes présentes ou campant à proximité. Pourtant, la situation est aigüe. En parlant avec les personnes concernées, on comprend alors que les questions de santé sont bien présentes, anciennes et peuvent être lourdes (troubles neurologiques, conditions chroniques, plaies anciennes non soignées...). Ceci est confirmé par l'infirmière qui reviendra par deux fois avec un médecin de l'équipe : « On est loin de la bobologie comme ils l'appellent ».

Une question de coordination des actions. Les acteurs rencontrés sont très engagés et de bonne volonté auprès des personnes bénéficiaires qu'ils connaissent personnellement. L'absence du partenaire en santé pendant la période de crise n'a pourtant – semble-t-il – pas été identifiée de premier abord comme un manque à combler. C'est alors sur une base opportuniste (première visite impromptue du site par une équipe MSF) et concrète (seconde visite d'une équipe médico-opérationnelle) que la coordination d'une réponse médicale s'est opérée. Celle-ci sort du *modus operandi* traditionnel à savoir un fléchage par territoire et par public soumis à l'arbitrage financier des collectivités territoriales ou autres autorités. Non seulement MSF n'est pas intégrée dans le territoire, mais en plus la proposition d'intervention n'entre pas dans un plan d'action circonscrit dans le temps. En d'autres termes, l'équipe MSF met en quelque sorte les pieds dans le filet du maillage territorial.

Deux logiques se sont alors opposées : d'un côté une dynamique d'acteurs nouveaux issus de la crise (associations bénévoles, société civile, MSF, etc.), de l'autre un système sectorisé (par type de public : sans-abri, travailleur.se.s du sexe, migrants...; par champ d'action : santé, santé mentale, social...), territorialisé et hiérarchisé qui a fait apparaître des cloisonnements. Dans le cas précis de cette crise sanitaire, un défi majeur de coordination des acteurs présents a pu générer une inertie de l'action. S'est ajoutée l'incertitude du maintien des activités d'urgence (bénévoles, fonds, lieux disponibles) et de la reprise des financements pour les activités régulières en lien ou non avec la Covid-19²⁶. MSF faisait en quelques sortes l'épreuve d'une situation qui était tout à fait connue et largement décrite dans la littérature associative ou issue de recherches en politiques publiques (Loncle, 2011 ; Callon, 2001 ; Boussaguet, 2010). Outre les distributions alimentaires (dispositifs révélateurs de l'acuité de la crise), cette crise sanitaire et sociale a semblé être un révélateur, voire un amplificateur de situations préexistantes : à savoir une coordination d'acteurs et d'action laborieuse dans un système rigide structuré hiérarchiquement et par territoire ; laissant peu de marge de manœuvre pour l'innovation ou la recomposition, même temporaire, même dans l'urgence.

²⁶ Dans la période de sortie de confinement, cette incertitude perdure.

Après six semaines d'intervention, les jours qui ont précédé le « dé-confinement » ont encore fait apparaître un problème de coordination autour de la problématique du port du masque obligatoire dans certains lieux et de sa mise à disposition. A ce moment de la réponse, il était apparu dans l'ordre des choses pour MSF de se positionner dans la production et la distribution de masques pour les personnes en situation de précarité auprès desquelles nous intervenions. Mais, sur le terrain, nous entendions de la part des acteurs présents que les masques seraient bien distribués à leurs publics et qu'il n'y avait pas de besoins supplémentaires. Pourtant, ainsi que le met en évidence l'encadré ci-dessous, les difficultés de coordination étaient toujours présentes : des annonces ont été faites par des élus et non tenues, des retards de livraison ont eu lieu, des manques d'anticipation autour de la problématique de la distribution se sont révélés. S'est ajoutée une question polémique sur la qualité des masques à destination des publics vulnérables et précaires.

La complexe mise à disposition des masques

Si pour une élue à la santé d'un arrondissement parisien "la guerre économique entre les acteurs du soin" a bel et bien repris sa place, la guerre des masques, elle, débute. En amont du "dé-confinement", la mairie de Paris annonce la production de masques à destination de l'ensemble des « Parisiens » (2,2 millions de masques²⁷). La présidente de la région Ile-de-France travaille elle aussi à rendre disponible des masques, via les officines de pharmacie dans un premier temps, puis en distribution générale dans un second temps. A MSF, on s'oriente autour d'une production de masques lavables, dits "masques population" à destination des personnes bénéficiant de nos services. Mais avec 2.000 masques disponibles à une semaine du "dé-confinement", les choix des publics récipiendaires deviennent complexes. A l'approche du 11 mai, personne n'est prêt et personne ne le reconnaît, en particulier les élus locaux. A trois jours du "dé-confinement", la présidence de la région Ile-de-France mobilise la veille pour le lendemain le Lyons Club pour distribuer quatre cartons de masques à la station de métro Belleville. La mairie de Paris, de son côté, met en ligne des créneaux de distribution qui s'étendent jusqu'en juin. Dans des plus petites communes, on valorise, sur le site communal, la mise à disposition d'un [seul] masque à usage unique pour les aînés²⁸: " *La Ville a décidé d'agir dès maintenant en dotant chaque Villemomblois âgés de plus de 75 ans d'un masque chirurgical, fourni par Madame Valérie PÉCRESE, Présidente de la Région Île de France. La distribution de ces masques en porte-à-porte débutera dès le lundi 27 avril.*" Et au niveau des arrondissements parisiens, ce sont les élus qui établissent - sans expérience préalable - des stratégies de distribution sur leur territoire en fonction des corps de métiers ou des classes d'âge ciblés. L'élue à la santé nous demande alors : " Je fais comment pour aller distribuer des masques aux personnes de plus de 70 ans? Ils sont prioritaires, mais on ne va quand même pas les mettre à risque en les faisant venir en mairie ? ". Et concernant les publics précaires de son territoire où la clinique mobile est installée une fois par semaine depuis le mois de mars ? "Ah non, là, je vous confirme on n'a rien prévu, d'autant que les distributions vont aussi dépendre de nos dotations. Les masques pour les publics précaires seraient *a priori* des masques jetables qu'on nous livrerait sous forme de rouleaux de sopalin".

²⁷ <https://www.paris.fr/pages/la-ville-de-paris-va-distribuer-2-2-millions-de-masques-aux-parisiens-7753> Consulté le 18 mai 2020

²⁸ <http://www.villemoble.fr/operation-a-villemoble-tous-masques/> Consulté le 7 mai 2020.

A MSF, nous avons proposé à la mairie de Paris d'appuyer la distribution de masques. La réponse est claire: "Les masques seront distribués par la Fabrique de la solidarité et les associations partenaires. Par ailleurs, nous avons reçu de gros dons de Lacoste et de Chanel pour ces publics". Outre les modalités de distribution, pour l'équipe MSF, la question de la qualité et de l'usage (explications sur leur utilisation, le lavage, les contextes/conditions dans lesquels ils doivent être utilisés) était une préoccupation majeure. MSF aussi, via le service des partenariats externes, a reçu un don de 10.000 masques de Chanel. Le constat est sans appel : l'équipe approvisionnement a relevé les manquements du masque de la firme de luxe. Il n'est pas aux normes, ne passe pas le test de "la flamme", est fragile (coutures non finies, élastiques trop fins), difficile à porter et lavable seulement 5 fois selon les indications apposées sur le carton. Il sera demandé à Chanel de venir récupérer ses masques. Un second lot a, par la suite été envoyé ; le premier lot reçu était défectueux selon notre interlocuteur de Chanel lui-même. L'équipe approvisionnement en lien avec les différents départements et grâce aux remontées de terrain a continué de travailler à une production de masques adaptés aux personnes fréquentant nos services : en tissu, facilement lavables et suffisamment solides. Une distribution simultanée de 4.300 kits (soit 8.600 masques en tissus) a été organisée le lundi 18 mai sur l'ensemble des sites de distribution alimentaire où nous sommes intervenus, incluant le territoire de l'élue mentionnée. Le kit distribué comprenait un savon, deux masques lavables et une notice d'information.

***Apprentissages externes de cette 3^{ème} phase :
« le défi de la prolongation du confinement »***

Dans cette gestion de crise inédite, les exemples de la production, la distribution et l'usage des masques, ainsi que l'articulation avec les acteurs institutionnalisés visent à illustrer la difficulté collective à apprendre en urgence, à se coordonner et surtout à intégrer les problématiques spécifiques des personnes les plus précaires ou fragiles.

Certes, les adaptations ont été nombreuses (distributions alimentaires, réorganisation des actions, production de masques). Pourtant une forme de crispation, de rigidité s'est maintenue sous la forme du statu quo relevant de l'organisation socio-politique d'un système sanitaire et social (basé sur une forte sectorisation territoriale, des publics cibles, des types d'interventions, des financeurs) plus habitués à agir en silo qu'à se coordonner et œuvrer en transversalité. Si certains acteurs se sont réinventés, la coordination de ceux-ci et les apprentissages en temps réels témoignent une fois encore d'une difficulté du système à passer en « mode urgence ».

4. Intervenir auprès des populations précaires pendant la crise Covid-19 en Ile-de-France: les pistes d'intervention suivies

Dans cette section, sont présentées quatre pistes opérationnelles travaillées et partagées par l'équipe Outreach avec l'équipe projet de MSF. Dans le contexte spécifique du confinement, amplifié par une absence de données épidémiologiques, un nombre réduit de services disponibles et d'acteurs opérants, un accès complexifié aux publics ciblés, pour certains surexposés pour d'autres isolés, ces explorations de terrain ont visé à identifier à la fois des personnes, des situations et des sites en marge des dispositifs, afin de les mettre en lien avec les activités opérationnelles du projet. Celles-ci - pour rappel - comprenaient : des équipes médicales (binômes) facilement mobilisables, des cliniques mobiles vers lesquelles faire des références, et aussi des centres COVID+ visant une continuité des soins. Les pistes opérationnelles présentées n'ont pas toutes fonctionné, mais elles ont permis non seulement de contribuer à la réflexion opérationnelle et ont surtout pu être testées en situation réelle. L'encadré ci-dessous décrit les différents types d'approches considérés au regard du contexte, des données disponibles et des modes opératoires du projet.

Réflexion autour de différents types d'approches à mobiliser en fonction des besoins non couverts identifiés et des possibilités d'intervention

Approche territoriale. L'intervention est ciblée sur un territoire (même très petit). Cette approche spatiale ou de « santé publique » permet de cibler un ensemble de personnes dont on sait (par exemple) que les conditions sociales sont fragiles et possiblement dégradées, mais implique une dilution du facteur individuel. Le choix des quartiers peut se faire en ciblant en priorité les zones les plus défavorisées au regard des indicateurs de vulnérabilité socio – économique (INSEE/ Politique de la ville²⁹), tels les quartiers défavorisés de Seine-Saint-Denis, des Hauts-de-Seine ou du Nord-Est parisien.

Approche par type d'hébergement. Il s'agit ici de favoriser les opérations dans des structures collectives : les campements, les hébergements temporaires, les squats, les hôtels sociaux, les Foyers de Travailleurs Migrants, les prisons, les immeubles de type « copropriétés insalubres », les parkings, les caves... Dans le contexte du confinement et au regard des dispositifs mobiles déployables cette approche a été largement privilégiée.

Approche par type de population. C'est une entrée classique de considérer un public auprès duquel agir. L'originalité de la crise épidémique est d'avoir déplacé les frontières de la précarité : nous avons vu des variations de situations impliquant des combinaisons de facteurs et dépassant la « simple » attribution individuelle ou d'étiquetage (Becker, 1985). Autrement dit, il s'est agi de s'intéresser non pas à des groupes de population (personnes immigrées en situation irrégulière, travailleur.ses du sexe, personnes âgées), mais de replacer ces catégories dans le contexte du confinement : TDS sans papiers ne pouvant plus travailler, personnes âgées en Foyer de Travailleurs Migrants ou en situation d'isolement, personnes sans ressource ne sachant pas « naviguer » dans le système sanitaire et social... C'est en croisant les situations que nous avons mis à jour des catégories dont nous n'avions pas connaissance : réseaux de personnes brésiliennes ou philippines sans papier avec une faible

²⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2500431?sommaire=2500477> Consulté le 10 juin 2020

connaissance des dispositifs de santé et la crainte de sortir pendant la période de confinement, personnes en situation d'isolement à leur domicile, individus avec de très faibles ressources pris au piège à Paris au moment du confinement (un couple de Guadeloupéens venus en métropole pour un stage professionnel finalement annulé sans solution d'hébergement et dont la femme souffrait de maladie chronique, un jeune Hongrois toxicodépendant sans possibilité immédiate de retour dans son pays, un homme originaire de Bordeaux sans revenus et actuellement sans ses papiers). Cette approche a nécessité une entrée par le terrain.

Approche par indicateurs épidémiologiques. Dans notre domaine, c'est l'entrée usuelle. C'est d'ailleurs ainsi que l'équipe Outreach a originellement été mobilisée afin de regarder par le prisme du terrain comment contribuer à proposer des actions « là où ça flambe ou là où ça risque de générer une transmission ». L'intérêt opérationnel de cette démarche basée sur les foyers épidémiques aurait été d'identifier les poches et de circonscrire la transmission (Piaroux, 2019). Or, dès le début des interventions menées par le projet d'urgence de MSF, les données épidémiologiques et d'hospitalisation mises à disposition (en particulier par Santé Publique France³⁰) n'étaient pas opérantes : les données intéressantes (telles les suspicions de cas identifiés par le réseau Sentinelles) n'était pas disponibles à un échelle suffisamment fine (uniquement à l'échelon départemental³¹) et les nombres de cas confirmés n'étaient pas un indicateur suffisamment précis non plus au regard des populations en situation de précarité ayant de fait moins accès aux soins et aux tests, en particulier en début de confinement. Les données collectées (Réseau Sentinelles, SOS médecins, CépiDC, Laboratoires d'analyses biologiques de ville...) concernaient essentiellement des nombres de cas, de consultations, de décès, de passages aux urgences ; mais le système de surveillance tel que déployé n'a pas permis d'établir de lien entre l'origine des individus et leur condition clinique (testé ou diagnostiqué). L'approche par cluster, telle qu'elle a pu être mise en œuvre dans la gestion de Choléra en Haïti en 2010, puis dans les épidémies d'Ebola à partir de 2014 n'a pas été possible.

4.1. Ancrer la clinique mobile dans les quartiers d'intervention

L'activité clinique mobile de MSF a été lancée dès le début du projet (23 mars 2020). Dans la lignée d'actions déjà menées en France, la clinique mobile était un service à destination des personnes à la rue, fonctionnant 5 jours sur 7 et composé d'un trinôme : médecin, infirmier, logisticien³². Les choix d'implantation de ce dispositif mobile ont été modulés dans les premiers temps de la réponse. Dans ce contexte d'urgence, la clinique mobile s'est accolée aux grandes distributions alimentaires de Aurore (l'association partenaire de la ville de Paris), aux Grands Voisins à Denfert Rochereau (Paris 14^{ème}) et au Carreau du Temps (Paris 3^{ème}), et des Restos du Cœur à la Porte de Villette (Paris 19^{ème}), sous forme de roulements quotidiens.

³⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde#block-242821> Consulté le 10 juin 2020

³¹ https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=222745,6269228,70802,41308&c=indicator&f=0&i=sp_pos_quot.p&s=2020-06-06&selcodgeo=75&t=a01&view=map2 Consulté le 10 juin 2020

³² Document projet : Proposition intervention Covid IdF – 29 mars 2020

Si la clinique mobile devait notamment permettre de faire du « *cluster case detection* » de Covid-19 au moment de son lancement, elle a surtout permis de maintenir un accès aux soins (et de référer quand c'était possible les personnes dont les problématiques portaient sur l'accès aux droits, l'usage de drogue / d'alcool, la santé mentale, l'accès à l'hébergement). En effet, la pratique du test PCR n'était pas généralisée (uniquement à la discrétion du médecin MSF en cas de suspicion). La clinique mobile a alors couvert un besoin d'assistance en soins de santé primaire, notamment du fait de l'absence de Médecins du Monde (Mdm), l'acteur agissant habituellement auprès des populations en situation de rue ou de grande précarité. Si on sait aujourd'hui que les « consultations Covid-19 » ont concerné environ 10% sur le total de nos consultations en équipes et cliniques mobiles, on peut sans aucun doute affirmer que ce dispositif a été une réponse utile aux effets indirects de l'épidémie à savoir le rétrécissement de l'accès aux soins courants de personnes avec ou sans couverture santé³³.

En concertation avec l'équipe projet, il a rapidement été convenu de réfléchir aux sites de déploiement du camion mobile afin de « capter » le mieux possible les personnes les plus éloignées du soin (Covid-19 ou non Covid-19) en stabilisant les jours et les sites d'intervention : pour permettre d'informer les personnes venant aux distributions alimentaires et assurer des suivis si nécessaire. C'est au cours de discussions avec l'équipe projet et à la suite d'explorations de terrain décrites ci-après qu'est venue l'idée de combiner la présence de la clinique mobile pour les personnes en situation de grande précarité avec une offre de soins pour les habitants du quartier. En effet, en particulier au début de la période de crise, un des axes de travail de l'équipe Outreach consistait à explorer les barrières d'accès aux soins et à prêter une attention spécifique aux possibles décès communautaires dus à la Covid-19, à savoir dans les lieux de vie des gens (Nacoti, 2020).

Nos explorations de terrain nous ont rapidement menées dans le quartier de Goutte d'or (Paris 18^{ème}). A la lisière de celui-ci, dès le début du confinement, était centralisée par Aurore, boulevard Barbès, une opération de distribution de 1 250 repas par jour³⁴. Ces paniers étaient répartis entre une distribution dans un local du 70 Boulevard Barbès et plusieurs paroisses du quartier qui se chargeaient de distribuer l'autre partie ; parmi elles, l'Eglise Saint Bernard, site historique de lutte pour l'obtention des droits des personnes sans-papier³⁵. C'est avec l'association laïque « Solidarité Saint Bernard » que nous avons travaillé la possibilité d'ancrer la clinique mobile sur le parvis de l'église. Evidemment, cette proposition d'intervention tenait moins de la symbolique du lieu que de l'opportunité de mailler avec les acteurs associatifs et de la société civile connaissant leur quartier et ses habitants. Début avril, la distribution alimentaire assurée par les bénévoles de l'association « Solidarité Saint Bernard » concernait environ 100 ou 150 personnes. La quantité de paniers dépendait de la capacité d'Aurore de les fournir³⁶. Selon le nombre de paniers, des groupes de deux ou trois bénévoles allaient marauder pour distribuer des paniers à ceux qui ne se déplaçaient pas. Cette activité d'urgence était nouvelle sous cette forme. Habituellement, un petit déjeuner était organisé pour 4 000 bénéficiaires le week-end (le samedi et le dimanche). La provision alimentaire a donc été modifiée à l'entrée dans le confinement avec cette distribution de paniers-repas le midi. Tel

³³ Cette analyse est partagée par nos collègues de l'équipe projet.

³⁴ Chiffres datant de début avril. Les distributions alimentaires n'ont cessé d'augmenter et de s'étoffer (nombre de calories : de 850Kcal à 1250 Kcal) au cours des semaines du confinement.

³⁵ <https://www.franceinter.fr/societe/20-ans-apres-saint-bernard-reste-gravee-dans-la-memoire-collective> Consulté le 10 juin 2020

³⁶ 1^{er} avril 2020: 150, 2 avril 2020 seulement 100 paniers

que constaté dans les autres sites de distribution alimentaire, l'information circulait visiblement bien via le bouche à oreille et les informations étaient affichées et partagées à l'oral lors des distributions.

En échangeant avec les membres de l'association et de la paroisse, nous découvrons sans surprise les liens entre les acteurs de la société civile (le restaurateur de la rue Léon, les bénévoles confinés...) **et associatifs** (association Aurore pour la distribution alimentaire ou le suivi des usagers de drogue), **ainsi que leur connaissance des résidents du quartier** (qu'ils soient logés ou non). La rencontre avec le président de l'association Solidarité Saint Bernard a donc généré l'opportunité de creuser la question de situations dégradées dans son quartier en s'appuyant sur le dispositif de la clinique mobile. En effet, les membres de l'association et de la paroisse avaient la capacité de contacter les résidents (via les emails ou le téléphone pour certains ou directement par le bouche-à-oreille) et de mettre à jour l'invisibilité de situations « se jouant à porte close » pour des personnes extérieures comme nous. Qu'il s'agisse de résidents du quartier dans les logements précaires, surpeuplés ou insalubres, ou des hébergements d'urgence (femmes, familles qu'on ne voit pas), leur accès était perméable du fait des règles édictées par le confinement. Pour les habitants, temporaires ou permanents, qui ne venaient pas aux distributions alimentaires ou ne sortaient pas chez eux, par peur des contrôles, par crainte d'être stigmatisés, nous avons cherché comment leur proposer une consultation médicale. Si, les activités associatives (salle Saint Bruno) et paroissiales (messe) étaient arrêtées, des sœurs continuaient de visiter certains paroissiens. Même avec des contacts distendus pendant le confinement, il s'agissait d'une occasion de s'appuyer sur le lien social pour vérifier les besoins en santé et proposer un service. C'est ainsi que tous les mercredis, la clinique mobile a été installée sur le parvis de l'Eglise Saint Bernard en parallèle des distributions alimentaires. Certes, cette distribution étaient moins importante que celle du local d'Aurore situé directement boulevard Barbès, et offrait donc une visibilité moindre à la clinique, mais ce site était positionné au cœur d'un quartier résidentiel populaire. Pour ce faire, nous avons travaillé un plan plus intégré avec les acteurs du quartier au niveau de l'Eglise Saint Bernard : les Relais santé (médecins de quartiers ayant manifesté leur disponibilité pour passer des informations), le Réseau Précarité Goutte d'Or et dans une moindre mesure une association d'aide et de soins à domicile. Ces appuis ont permis d'offrir une consultation médicale à des résidents du quartier, dont certains en totale rupture de soins et notamment des personnes sans papier hébergées par la paroisse pendant la période de trêve hivernale.

Un mois plus tard, fin avril, nous constatons que les activités de l'association Solidarité Saint Bernard n'avaient cessé d'augmenter. Le président nous confiait alors : « On se sent utiles, mais combien de temps on va pouvoir durer ? ». La distribution alimentaire s'était étoffée massivement. Ce n'était plus Aurore, mais l'Armée du Salut qui assurait l'approvisionnement. « On est passés à 400 / 500 repas par jour. Tout part en 7 ou 8 mn ». Mais la tension était palpable. La file d'attente s'enroulait désormais autour de l'Eglise et chaque jour plusieurs dizaines de personnes repartaient sans rien. A l'autre bout de l'église, une autre distribution avait été initiée : celle des « femmes », comprenant des colis alimentaires pour les familles du quartier. Malgré notre travail d'ancrage de la clinique mobile et notre volonté de faire venir en consultation des gens du quartier, les bénévoles omettaient parfois de rappeler haut et fort la présence de la clinique. Une bénévole nous précisait alors : « vous savez ce sont des gens du quartier, ils ont normalement accès à un médecin ». Ce jour-là plusieurs femmes se sont finalement rendues au camion pour une consultation.

L'installation de la clinique mobile à la Goutte d'Or le 15 avril s'est « pérennisée » pendant 6 semaines tandis qu'était abandonné le point d'installation Boulevard Barbès, trop passant, bruyant et inconfortable en raison de l'étroitesse de la chaussée. Nous avons aussi évalué que l'importante présence policière aux alentours n'offrait pas les conditions nécessaires de sérénité pour nos activités. C'est donc le site du quartier à taille humaine de la Goutte d'Or qui s'est imposé, rassemblé autour de sa place, de son église et des réseaux denses de ses militants associatifs. Avec beaucoup moins de passage que sur les boulevards, la fréquentation d'en moyenne 20 consultations par jour était certes inférieure à celle d'autres points d'installation comme La Villette et le Carreau du Temple, (30 consultations/ jour). Pourtant, une fois parti le public de la distribution alimentaire, plus tard dans l'après-midi, venaient quelques habitants du quartier, montrant que le périmètre d'activité de la clinique mobile n'était plus restreint à celui de la distribution alimentaire. La clinique terminera ses activités à la Goutte d'Or le 27 mai, date de fin de la distribution alimentaire. Dans sa tradition de forte implication sociale, l'Eglise Saint Bernard avait autorisé l'usage de l'église, de la nef au presbytère, pour y entreposer les aliments et ouvert les grilles de son enceinte pour y organiser la distribution. Les autorités venaient d'annoncer la réouverture des églises par le dimanche 31 mai de la Pentecôte : il fallait en toute hâte préparer l'église aux règles d'hygiène. Les caisses d'aliments entreposées devant l'autel n'étaient certainement pas conformes et l'Eglise se devait à ses fidèles privés de culte depuis plus de deux mois. La stratégie de « l'ancrage communautaire » a eu des succès limités mais réels. Le temps très accéléré du calendrier épidémiologique n'a pas permis de développer davantage les liens avec le tissu associatif. Au-delà des passages de résidents du quartier à la clinique mobile, les contacts associatifs locaux que sa présence avait permis de tisser ont conduit à la référence de trois mineurs non accompagnés afghans et ont orienté l'équipe Outreach vers un Centre d'hébergement d'Urgence dans lequel nous avons par la suite réalisé des activités médicales.

Les membres de l'équipe projet étaient intéressés d'étendre la démarche aux autres sites de la clinique mobile. Porte de la Villette (Paris 19^{ème}), la clinique mobile s'installait dans une contre-allée entre le boulevard périphérique et le commissariat de police, à proximité du site de distribution des Restos du cœur coincé dans un « cul de sac ». Certes ce site était très fréquenté par les personnes en situation de rue, mais il était plus difficile de « l'intégrer » ou de « s'y intégrer » dans le quartier. Plusieurs tentatives de mise en lien ont été faites avec une maison de santé pluridisciplinaire ou encore via un collectif d'habitants solidaires d'un grand ensemble voisin : en vain. Plus que la situation de confinement, ce sont certainement la temporalité de la crise sanitaire, à savoir une intervention en urgence, et une population largement marginalisée qui semble n'avoir pas permis d'aller plus loin dans l'articulation avec le territoire.

Quant aux Grands Voisins (Paris 14^{ème}), lieu associatif installé dans les murs de l'ancien hôpital Saint Vincent de Paul, dans le quartier cosu de Denfert Rochereau, la fréquentation de la clinique mobile était moins importante. Nos collègues rapportaient des situations conférant leur activité à un accompagnement social pour certains, face à des personnes en grand isolement. Nous nous sommes alors intéressés – avec les données disponibles – à l'origine des personnes. Certains venaient du Nord de Paris et même au bout de plusieurs semaines, continuaient de faire des allers-retours vers ce site de distribution alimentaire, d'autres étaient originaires de communes limitrophes du Sud de Paris. Fin avril, afin de statuer sur la continuité de l'activité de la clinique mobile aux Grands Voisins ou bien de renforcer son activité, c'est par l'intermédiaire de l'élue à la santé de l'arrondissement que nous avons cherché à savoir si les services de santé commençaient à reprendre et si la population de son

arrondissement semblait en rupture d'accès aux soins. Pour elle, le constat était clair, il n'y avait pas de besoins pour les habitants du quartier : « l'Institut Alfred Fournier [centre de santé polyvalent situé à quelques centaines de mètres des Grands Voisins] a toujours été ouvert et ne serait utilisé qu'à 20% de ses capacités ». Sans forcément plus d'informations sur la prise en charge de personnes sans couverture santé, il apparaissait que les services « de droit commun » étaient de nouveau disponibles et que l'intégration des consultations du camion mobile dans l'offre de santé de l'arrondissement ne semblait pas nécessaire.

Ce travail d'ancrage n'est donc pas une évidence car une des fonctions du concept de camion mobile est d'accéder aux interstices de la ville. Ce fut le cas à la Porte de la Villette : l'environnement d'intervention tenait davantage de l'urgence que de l'intégration. Aux Grands Voisins, si la rupture de l'offre de santé pour les habitants du quartier s'était maintenue, ce travail aurait pu être utile. Enfin, à la Goutte d'or, après une tentative de positionner la Clinique mobile directement boulevard Barbès, les logisticiens avaient jugé le site trop exposé (confidentialité, sécurité). S'installer à l'intérieur du quartier dans un site connu et « protégé » a fait le plus de sens pour tenter de combiner une approche centrée sur un type de population en situation de grande précarité (migrants, personnes à la rue...) et une offre à destination de personnes résidant dans le quartier.

Ancrer la clinique mobile dans un quartier : comprendre les dynamiques du quartier et le rapport à la clinique mobile dans le système local

Pour ce faire, il convient de connaître les services existants dans le quartier et les raisons de leur arrêt ou de leur mise en suspens. La question sous-jacente est la suivante : « Devons-nous ancrer, développer le service de clinique mobile MSF (service d'urgence non pérenne) ou contribuer à la remobilisation du système de soin local ? ».

Si la présence de la clinique mobile prend tout son sens, il importe de prendre en compte le temps disponible des équipes pour se coordonner avec les acteurs de terrain. Il convient de s'interroger sur son accessibilité (Où est localisée la clinique mobile ? Est-ce facilement accessible pour les habitants du quartier ?) et son acceptabilité (Comment la clinique mobile est-elle perçue par les habitants du quartier ? Se sentent-ils concernés ou au contraire, la clinique est-elle vue uniquement pour des personnes à la rue ?).

Cette approche nécessite une connaissance de l'environnement urbain, des relais locaux et un grand effort de communication et d'implication pour toucher les habitants dans un temps court.

4.2. Dans le contexte de confinement : travailler des réseaux de références

Une des approches initiale de nos activités Outreach se focalisait sur des unités de résidence et visait à mettre en évidence des configurations particulières de confinement. Des hébergements d'urgence aux squats, des Foyers de Travailleurs Migrants aux "Hôtels du 115" (ceux relevant du SAMU social), nous avons cherché à comprendre les difficultés spécifiques des hébergements collectifs présentant une forte densité de résidents et d'importantes parties communes. Ces structures présentaient l'avantage d'être facilement identifiables et accessibles, et d'offrir aux opérations un modèle simple d'intervention: une unité de lieu, de temps et d'action. Ce modèle présentait pourtant à nos yeux l'importante limite de correspondre à une forme de "déterminisme spatial" (Wellman, 1981) : identifier les situations de précarité de groupes sociaux uniquement sur la base du partage d'un même lieu de vie. Conscients de ces limites, nous avons ensuite travaillé sur l'hypothèse que la précarité pendant le confinement ne découlait pas uniquement de la concentration en hébergements collectifs, mais aussi et symétriquement de la dispersion territoriale. Nous n'avions pas de modèle d'intervention pour des personnes qui seraient en situation de précarité, socialement isolées et spatialement dispersées. Nous avons à l'esprit la canicule de 2003 comme situation exemplaire d'absence d'anticipation des risques sanitaires et qui s'était soldée par une surmortalité de 15 000 personnes (Vassy, 2007). La préoccupation était notamment que l'ARS sollicitait beaucoup le projet MSF pour intervenir dans des structures collective en raison d'un risque épidémique potentiellement accru, mais que justement, les situations de précarité résultant de l'isolement social, beaucoup plus difficilement détectables, restaient frappées d'invisibilité. A la fin mars, le nord de l'Italie découvrait déjà de nombreux décès survenus à domicile à l'écart de toute assistance médicale. Comment étendre la détection des situations de précarité à des personnes dispersées dans l'espace?

En nous appuyant sur la sociologie des réseaux (Mercklé, 2011), nous avons émis l'hypothèse que certaines catégories de personnes ne partageaient pas nécessairement un même espace de vie, mais étaient connectées en des réseaux sociaux ramifiés et facilement accessibles. Nous nous sommes d'abord orientés vers la détection de groupes de travailleurs précaires, comme les employés domestiques en situation le plus souvent illégale, et dispersées dans toute la région Île-de-France. Il nous avait été signalé que des centaines de Brésiliennes s'étaient organisées pour exiger du Consulat général du Brésil qu'il organise leur rapatriement d'urgence. Un contact auprès de l'association Les amis du Brésil a vite permis de comprendre le sens de leur démarche : environ 500 personnes, pour la plupart arrivées avec un visa de touriste pour tenter leur chance en vivant d'emplois informels, de fait souvent dans la domesticité, étaient à bout de ressources. La grande majorité n'avait aucun accès à la santé, ne parlait pas français, et vivait confinée entre la peur du virus qui pouvait frapper dans l'absence complète de tout soutien familial et la peur toute aussi présente des contrôles de police. Un formulaire rendu disponible sur la page Facebook® de l'association (sans aucune mention à MSF) nous a permis de faire remonter les besoins de santé d'une trentaine de personnes, puis l'association nous a mis directement en contact par WhatsApp® par l'intermédiaire d'un numéro que nous avons mis à disposition à cette intention. Le modèle proposé au projet MSF était ensuite d'orienter ces personnes dispersées territorialement vers les cliniques mobiles les plus proches de leur lieu de résidence. Le principal obstacle apparu à travers les prises de contact était clairement la peur des contrôles de police. Pour essayer de vaincre cette

barrière d'accès, nous avons émis des invitations individuelles au format PDF avec papier à en-tête de MSF.

Dès les premiers jours, trois personnes sont venues à la clinique mobile installée sur le parvis de l'église Saint Bernard. L'une présentait une situation dramatique pour laquelle il n'y avait hélas pas de réelle possibilité d'intervention pour notre équipe médicale : avec un double cancer de l'utérus, une femme âgée de 46 ans devait rentrer au Brésil pour son suivi médical, mais son vol, le 6 avril, avait été annulé. Elle se retrouvait sans ressource, hébergée en s'endettant auprès d'une logeuse dans une chambre qu'elle partageait avec trois autres personnes, sans accès aux soins et avec de violentes douleurs qu'elle soulageait avec des comprimés à base de morphine. La deuxième personne référée était une jeune femme enceinte de 24 semaines et dont le médecin qui avait commencé de la suivre en facturant 190 euros la consultation avait « disparu », « sans doute rentré au Portugal ». Après un appel (par le médecin de l'équipe MSF) au laboratoire où avait été réalisée l'analyse de sang, la jeune femme a pu être référencée à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) d'Argenteuil. La troisième personne était un homme avec suspicion de Covid-19. **Son cas nous montrait qu'en suivant la piste des réseaux, il était bien possible d'identifier de possibles clusters de contamination et des personnes en situation de grande précarité restées en-dehors des dispositifs d'intervention existants.** Malheureusement, le dispositif n'a souvent pas permis de vaincre la crainte des contrôles de police. Même avec l'invitation de MSF envoyée personnellement, des femmes avec des besoins d'assistance en santé nous annonçaient au dernier moment qu'elles avaient renoncé à se déplacer. Ces observations nous permettent alors de réfléchir à notre configuration opérationnelle : « La question est du coup en rapport avec notre mobilité: plutôt qu'une clinique mobile qui n'est pas vraiment *mobile* dans le sens où elle s'ancre sur un lieu, ne vaut-il pas mieux déployer plus d'équipes mobiles? »

Ce fut également le cas avec un réseau de personnes philippines activé via une association culturelle franco-philippine. Un collectif de plusieurs associations s'était constitué pendant le confinement autour de la distribution de colis alimentaires ciblée pour des personnes philippines sans ressources. S'agissant des personnes sans papier, elles étaient généralement des individus entrés en France avec un visa touristique finalement expiré. Il ne s'agissait pas de filières de travail ou d'exploitation. Les gens étaient donc facilement joignables pourvu qu'ils se manifestent ou qu'ils soient identifiés. Nous avons même obtenu un contact direct avec le consulat des Philippines en France, intéressé par l'action médicale de MSF à destination de ses ressortissants. Mais lorsque nous avons énoncé que notre demande était d'identifier des personnes « prises au piège » en région parisienne pendant le confinement, le consulat s'était finalement désolidarisé de ses ressortissants : « [...] *Filipinos in France are generally doing well despite the lockdown. [...]* ». Nous avons finalement agi sur le même principe que le réseau brésilien. Nos interlocuteurs associatifs ont interpellé les membres de leur réseau sur Facebook® afin d'identifier (fonction de filtre) et de nous référer des personnes isolées et confinées émettant des besoins de santé. C'est ainsi qu'une demi-douzaine de personnes se sont manifestées : questions sur l'accès aux droits et aux services ouverts pour les sans papier (consultation PASS, PMI ou maternité...), problèmes dermatologiques. Aucun cas de Covid-19 n'a été signalé et il a été difficile de fournir plus de service que des renseignements et de tenter des références vers les structures existantes (Boulogne Billancourt, Argenteuil, Pontault-Combault...). Une personne a été référée à la clinique mobile des Grands Voisins.

Une autre tentative de connexion et d'activation de réseaux a été réalisée dans le quartier de Belleville à destination des travailleuses du sexe chinoises. Depuis le début du confinement, ces femmes avaient disparu de l'espace public. Il était également difficile de suivre les activités des acteurs travaillant habituellement avec elles, tel le Lotus bus. De nos observations de rue, il n'y avait pas d'intervention de type clinique mobile, ni de maraudes sachant qu'elles étaient confinées. Nous ne savions pas non plus, si elles étaient confinées dans le quartier ou à l'extérieur de la ville. C'est par l'intermédiaire d'un habitant du quartier en accointance avec la communauté chinoise de Belleville que nous avons tenté une « approche ». Sachant qu'il nous avait expliqué que de nombreuses femmes travailleuses du sexe chinoises étaient restées dans le quartier, hyper confinées et « ne mangeant du riz qu'une fois par jour et ne sortant même pas faire des courses de peur de s'exposer dans la rue », nous avons imaginé appliquer le même modèle que le groupe WhatsApp® du réseau brésilien. Nous cherchions à obtenir le contact d'une personne pouvant être le relais de l'information concernant nos services de cliniques mobiles dans Paris. Nous avons fait traduire le flyer en chinois et expliqué que selon les besoins qui émergeraient, nous pourrions adapter notre offre de services mobiles : soit des références vers les cliniques mobiles existantes, soit faire venir une équipe dans le quartier. Nous avons finalement obtenu le contact recherché, mais la personne n'a pas souhaité relayer l'information dans son réseau : « je ne sais pas, désolée ». Nous savions qu'il s'agissait d'un réseau très imperméable et, malgré le contact de confiance que nous avons eu, se jouaient des relations de pouvoir dans un milieu informel et opaque. A peine entre-ouverte avec le contact WhatsApp® d'une femme intégrée aux réseaux de prostitution du quartier, notre porte d'entrée vers les femmes travailleuses du sexe de Belleville se refermait. Confiance, défiance, instrumentalisation, il n'était pas possible d'y accéder par cette entrée. La raison probable de cet échec tenait sans doute au mode d'organisation de ces femmes. A la différence des Brésiliennes organisées en un groupe de WhatsApp® librement constitué autour d'un enjeu commun (demander leur rapatriement au consulat), les Chinoises étaient vraisemblablement coordonnées en une filière de prostitution verrouillant l'accès à ceux qui n'en faisaient pas partie.

C'est l'Association ACCEPTESS-T (« *Actions Concrètes Conciliants : Education, Prévention, Travail, Équité, Santé et Sport pour les Transgenres* ») qui nous a mis sur la voie d'un autre réseau, de travailleuses du sexe, en l'occurrence des transsexuelles d'origine latino-américaine. Une première rencontre avec la présidente de l'association avait conduit à l'intervention de l'équipe médicale dans un immeuble à Saint-Ouen (93) concentrant 79 de ces personnes. Mais il ne s'agissait là que d'une petite partie des personnes affiliées à l'association, les autres étant dispersées dans toute la région. Les problématiques rencontrées à Saint-Ouen nous avaient semblé alarmantes: la pratique du travail du sexe pendant le confinement était impossible, coupant les personnes de toute source de revenu. Invisibles aux yeux de l'Etat, elles ne recevaient aucune aide. La pression du loyer à payer et de l'argent à envoyer aux familles restées au pays se traduisait parfois par des prises de risque et donc de surexposition. Lors de notre visite, il était apparu que la totalité (à l'exception d'une seule) des 79 personnes avait ressenti avoir développé des symptômes de la Covid-19 et 4 avaient été hospitalisées, ayant eu accès aux services d'urgence.

Forts de notre première expérience en équipe mobile composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une psychologue dans l'immeuble de Saint Ouen auprès des personnes transsexuelles sans papier, nous nous sommes de nouveau appuyés sur le travail de support social apporté par ACCEPTESS-T pour déployer une nouvelle intervention auprès de ces personnes hyper confinées,

ainsi que des personnes sans autre recours aux soins pré-identifiées avec l'association (nombreux cas de Covid-19 signalés, population exposée pour le déconfinement, possibilité de distribution de masques, possible identification de foyers). A l'occasion de leurs rares déplacements pour recueillir des colis alimentaires dans le cœur de Paris, nous adosserions une consultation dans un bar associatif et militant : la Mutinerie (quartier de Beaubourg, Paris 3^{ème}).

Photo 3 – L'intervention mobile dans le salon de tatouage du lieu associatif « La Mutinerie », Paris 3^{ème} arrondissement



Jean-François Véran©/MSF

Des consultations médicales pour personnes transsexuelles sans papier dans le salon de tatouage d'un bar culturel, politique et féministe

Extrait du carnet de terrain – avril 2020

La Mutinerie est « un bar, mais aussi un espace festif, culturel et politique. Un lieu féministe, par et pour les meufs, gouines, bies, trans', queers, participatif et ouvert à tout.e.s³⁷ ».

Depuis le début du confinement, c'est devenu un lieu de distribution alimentaire opéré par l'association ACCEPTESS-T. Les distributions ont lieu tous les jours du lundi au vendredi, de 14h à 18h. Il s'agit de paniers hebdomadaires composés de produits frais et de denrées non périssables destinés

³⁷ <https://lamutinerie.eu/>

à des bénéficiaires transsexuels et travailleurs du sexe latino. S’y ajoutent quelques femmes cisgenre³⁸.

La médiatrice de santé confirme l’hyper-confinement auquel s’astreignent de nombreuses TDS transsexuelles par peur des contrôles de police, renforcés par la visibilité accentuée de ces personnes dans l’espace public. Elle confirme que dans un tel contexte, les cas de renoncement au soin se multiplient. Elle juge souhaitable l’intervention de MSF comme espace de reconnexion aux soins dans un cadre protégé.

Nous proposons la visite d’une équipe médicale. Cette visite est annoncée par le biais des réseaux sociaux dont dispose l’association ACCEPTESS-T. Une remontée des besoins médicaux en amont par ACCEPTESS-T permettrait une meilleure identification des besoins et des capacités de réponse.

Cette intervention constitue une combinaison de services pour des hyper-confinées qui limitent leurs sorties au strict nécessaire. Il s’agit d’une tentative inscrite dans la démarche de connexion de réseaux non territorialisés (dispersés) aux dispositifs d’intervention déjà existants de MSF (équipes mobiles). S’agissant d’un public à la fois dans l’informalité économique et administrative, souvent séropositif et dont l’activité professionnelle est un facteur de contamination supplémentaire à la Covid-19, il nous semble que leur situation s’inscrit dans les priorités opérationnelles du projet. Selon la perspective du « case contact », il est attendu la mise en réseau conduite à l’identification de clusters pour l’étude épidémiologique et la détection active de cas possiblement référables aux centres COVID+ de MSF.

En effet, un barnum MSF près de Beaubourg devant un bar féministe LGBTQI+, ça ne passe pas inaperçu. La tente est installée devant le salon de tatouage qui fait office de cabinet de consultation pour le médecin de l’équipe. La médiatrice santé s’entretient avec chaque personne qui vient chercher son colis alimentaire pour lui expliquer la présence de l’équipe MSF et la nature des consultations proposées : Covid ou non Covid. Les personnes sont enthousiastes.

Avec ou sans Covid ? A l’issue des 15 consultations du premier jour, l’équipe indique avoir eu des suspicions de Covid-19 et précise l’intérêt de répéter la clinique mobile un autre jour pour toucher une autre population. L’association ACCEPTESS-T a déjà communiqué sur un retour de la clinique mobile le mercredi suivant. Une équipe sera finalement positionnée à la Mutinerie pendant trois semaines du mois de mai et aura réalisé 37 consultations (motifs variés : continuité des soins, détection Covid-19, besoins en santé mentale).

La tentative de connecter des réseaux non territorialisés aux cliniques mobiles présente donc un bilan mitigé, entre échec et succès relatif. Deux principaux facteurs semblent avoir joué : la temporalité très accélérée de l’épidémie et la nature des réseaux sur lesquels nous avons essayé de nous brancher. L’approche a plutôt bien fonctionné avec ACCEPTESS-T qui était un réseau dense, antérieur à l’épidémie et avec un fort capital de confiance envers ses organisateurs. Elle a obtenu quelques réussites dans le réseau ramifié des Brésiliennes, qui était un réseau *ad-hoc* constitué autour des enjeux du rapatriement, mais qui reposait sur une sociabilité en réseau déjà très

³⁸ Le cisgenre est un type d’identité de genre où le genre ressenti d’une personne correspond à son sexe biologique, assigné à sa naissance

développée avant l'épidémie. Le groupe Facebook® des Brésiliennes à Paris, par exemple, est traditionnellement très actif. Le réseau des Philippins que nous avons cherché à susciter *ad-hoc* à partir d'une association qui n'en était pas à l'initiative, n'a pas donné de résultats. Finalement, l'approche en réseau s'est heurtée à la logique de la filière de prostitution s'agissant des Chinoises.

Mobiliser des réseaux de référence : un travail sur mesure pour proposer une continuité des soins dans un moment de rupture

Deux paramètres sont donc à intégrer dans le développement d'une approche opérationnelle sur des réseaux non territorialisés : la temporalité dans laquelle s'inscrit le projet et la nature des réseaux.

Il faut donc étudier dans un premier temps les réseaux considérés, ce qui peut être fait à partir de la grille d'analyse suivante :

- **Denses** : lorsque le réseau concentre une part importante de l'activité sociale de ses membres, qu'il possède des règles claires d'inclusion et d'exclusion qui permettent de contrôler son aspect « communautaire », qu'il véhicule en son cercle des valeurs de coopération et de solidarité.

- **Ramifiés** : lorsqu'ils se focalisent sur une activité particulière ou un centre d'intérêt commun, qu'ils n'occupent qu'une partie limitée de l'activité sociale de ses membres, que les règles d'inclusion et d'exclusion sont soumises à un contrôle limité et que les valeurs qui prédominent sont celles de l'intérêt en commun mais limité à l'objet du réseau.

- **Lâches** : lorsqu'ils sont épisodiques ; constitués *ad-hoc* autour d'une circonstance (comme l'organisation d'un événement par exemple) et facilement révocables une fois la circonstance passée. Ils ne mobilisent que très peu leurs membres et les valeurs qui prédominent sont celles de l'intérêt individuel immédiat.

- **Exclusifs** : lorsqu'ils absorbent et contrôlent la totalité des relations sociales de leurs membres, que les règles d'inclusion et d'exclusion reposent sur la coercition, la coaction et éventuellement la violence, que les valeurs qui prédominent sont celles du secret.

La temporalité est ensuite ce qui oriente la possibilité d'engagement :

- **Temporalité courte** (2-3 semaines) : les réseaux denses peuvent être utilement mobilisés.

- **Temporalité moyenne** (3-6 semaines) : outre les réseaux denses, les réseaux ramifiés peuvent être mobilisés, mais avec une forte implication du projet dans la communication et un accompagnement individualisé des personnes référencées à travers le réseau.

- **Temporalité longue** (> 6 semaines) : outre les réseaux denses et ramifiés, il devient intéressant pour le projet de créer son propre réseau *ad-hoc*, cette option restant préférable à celle d'utiliser des réseaux lâches, trop facilement révocables et donc hasardeux à investir. Les réseaux exclusifs ne sont accessibles que par une négociation directe avec ceux qui en contrôlent les accès.

4.3. S'appuyer sur le « capital de confiance » attribué à MSF pour proposer un « couloir humanitaire »

Une valeur ajoutée de MSF tient à son capital de confiance et à sa légitimité dans l'action en temps de crise. Ceci était une hypothèse forte de travail auprès des publics connus de l'association (personnes migrantes ou sans papier, personnes en situation de rue) et des donateurs. En effet, les cliniques mobiles de MSF en plein Paris ont permis de rendre visible l'invisible aux côtés d'autres acteurs. Il est également ressorti – de discussions informelles avec des personnes tout venant – que l'intervention de MSF faisait sens au regard de l'acuité de la crise que nous vivions. Avec les autorités sanitaires, les acteurs de santé publique, les collectivités territoriales et les opérateurs des hébergements d'urgence, la place de MSF a aussi été de rassurer³⁹ et de partager l'expérience, voire l'expertise, de réponses d'urgence, tant dans l'évaluation de besoins (FTM, CHU...) que l'organisation de réponses ponctuelles (IPC, parcours patient, consultations...) et les prises en charge médicales (centres COVID+, protocoles médicaux...).

Dès la mi-mars, les autorités de santé (ARS –IdF via son directeur de la santé publique) ont sollicité MSF pour intervenir dans les centres d'hébergement d'urgence ; la première étape ayant été le démantèlement du camp d'Aubervilliers (Seine-Saint-Denis) le 24 mars 2020 et le relogement de ses résidents dans ces centres d'accueil d'urgence (4 gymnases et 2 hôtels). C'est ainsi que MSF a initialement été mandaté par l'ARS pour fournir non seulement une assistance médicale aux personnes hébergées pendant la crise, mais aussi aux opérateurs se disant eux-mêmes peu expérimentés en réponse d'urgence (adaptation des protocoles d'hygiène et de prévention spécifiques Covid-19), pouvant ainsi bénéficier du support qu'apportait notre département médical et alimenté en temps réel par les opérations de MSF en Europe.

Un mode de fonctionnement s'est alors rapidement mis en place entre l'ARS-IdF (avec ses délégations départementales, DD-ARS) et les associations locales, les hébergeurs, les collectivités territoriales et le projet MSF. Chapeautés par l'ARS, les acteurs et le projet MSF en particulier, recevaient des signalements d'intervention dans des centres d'hébergement d'urgence, tels des interventions médicales ou de prévention, des référencement vers les centres COVID+... Dans ce contexte, le projet MSF prenait une place dans la réponse au côté des acteurs publics alors présents.

De nos observations de terrain et avec l'équipe, nous avons compris que le rôle que jouerait MSF dans la réponse ne serait pas d'être un intervenant parmi d'autres sous mandat des autorités. Notre fonction serait ailleurs, celle de répondre en « spécialiste » auprès d'un certain public et de certaines situations, correspondant à l'expérience de l'association en qualité d'urgentiste international. De fait, cette expertise est régulièrement apparue auprès d'acteurs de la réponse et de personnes nous connaissant pour nos interventions dans leur pays d'origine.

Nous l'avons rapidement constaté en visitant des squats, des campements et des Foyers de Travailleurs Migrants (FTM). Pour les personnes Rroms, leur interlocuteur était traditionnellement

³⁹ Nombreux sont nos collègues qui ont insisté sur la valeur ajoutée de leur travail d'accompagnement technique auprès des partenaires, tels les CHU ou dans les Centres COVID+ et même dans les EHPAD, comme un élément rassurant auprès des personnels médicaux ou non médicaux peu expérimentés en réponse d'urgence (IPC, référencement, protocoles médicaux, parcours patients...).

MdM en Ile-de-France, alors que dans les squats, des FTM, des CHU hébergeant des personnes venues d’Afrique sub-saharienne ou d’Asie centrale, MSF n’était pas un interlocuteur nouveau. Le logo apposé sur nos dossards et le nom de l’organisation était tout à fait familier pour des personnes d’origine ivoirienne, malienne, afghane, pakistanaise, iranienne, etc. Dans un squat de la Courneuve (93), alors en plein début d’épidémie de Covid-19, une personne ivoirienne nous voyant arriver s’est exclamée : « Vous êtes les guerriers, vous êtes les vrais guerriers ». Il faisait référence à l’action de MSF pendant la guerre civile dans son pays. Cette formule résumait en quelques mots le capital de confiance de MSF.

En se rendant sur ces lieux (FTM, squats...) que ce soit sur signalement des collectivités territoriales, de l’ARS ou à notre propre initiative, le même phénomène se produisait : nous nous connaissions mutuellement et l’instauration d’un climat de confiance opérait immédiatement. Un autre phénomène opérait, celui de la reconnaissance de notre expérience auprès de ces personnes par les autorités publiques, même concernant des résidents de longue date. C’est ainsi que MSF s’est « retrouvé » un interlocuteur « facilitateur » dans les FTM et certains squats de Paris et de Seine-Saint-Denis. Pour notre part, nous nous interrogeons sur l’attitude de certaines autorités publiques appelant MSF pour les « rassurer » face à la peur épidémique croissante dans des sites (FTM ou les squats) de leur territoire. Une adjointe au maire d’une commune de Seine-Saint-Denis nous a demandé : « Le maire souhaiterait que vous interveniez [*dans les FTM de la commune*], ça nous rassurerait quand-même. Vous savez, nous on ne les connaît pas. ». Cette ignorance semblait dominée par une imagerie entretenue par les médias de lieux grouillants et incontrôlables et pour cela perçus comme inaccessibles. Dans d’autres sites, où les autorités locales étaient notoirement engagées et impliquées, le télescopage de la question migratoire et de la gestion épidémique a parfois provoqué des imbroglios dans lesquels elles se sont empêtrées. Nous observions une forme de pacte tacite. D’un côté, les autorités sanitaires et administratives et les gestionnaires de FTM (type Coalia, Adoma ou ADEF) peinaient à dialoguer et intégrer les demandes et les besoins de personnes perçues comme ingérables (pourtant leurs administrés ou clients). De l’autre MSF était reconnu et reconnaissait sa capacité à non seulement dialoguer mais aussi à fournir des services en santé adaptés à ces personnes dans un contexte de confiance. L’exemple de la demande expresse d’intervention dans le squat de la rue de Stalingrad de Montreuil (93) par le directeur de la santé publique de l’ARS-IdF en témoignait. Pour rappel, nous étions dans une temporalité où l’épidémie de Covid-19 flambait dans les EHPAD, et où le directeur lui-même annonçait la « bombe sanitaire » que ne manqueraient pas de constituer les « collectivités recensant des personnes fragiles »⁴⁰. Ce sont les étapes de la tentative d’intervention dans le squat de Montreuil que nous développons dans les encadrés suivants.

⁴⁰https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/04/11/coronavirus-la-crainte-d-une-contamination-rapide-dans-les-squats-et-foyers-de-travailleurs_6036317_3224.html Consulté le 11 juin 2020

Etape 1. Comprendre les enjeux politiques et administratifs d'une intervention en santé dans le squat de la rue Stalingrad de Montreuil en « temps de Covid »

Extrait du carnet de terrain – Visite du 9 avril 2020

L'information sur les conditions de vie « en temps de Covid » du squat du 138 rue Stalingrad a d'abord été donnée par un contact de l'Armée du Salut. Celles-ci étaient également documentées par une série d'articles - notamment sur le site du Nouveau Parti Anticapitaliste⁴¹ et de vidéos grand public⁴². Une demande de visite de MSF a ensuite été formulée par e-mail par l'ARS à la cheffe de mission de MSF, avec la Mairie de Montreuil en copie. L'e-mail relate qu'après une seconde visite du personnel médical envoyé par la mairie (CMS), les occupants ont collectivement refusé tout examen médical. En effet, les deux précédentes consultations médicales réalisées par le CMS avaient suscité un effet de crispation chez les résidents du squat qui avaient vécu comme une forme de brutalité la série de tests qui avait été pratiquée. La première visite s'était soldée par 3 tests positifs sur 8 et le transfert en centre COVID+ des positifs, sans trop comprendre les conditions.

Nous réalisons alors une visite impromptue, rencontrons le porte-parole du squat et visitons les lieux. En sortant, au détour d'un coin de rue, un jeune occupant nous livre sa version des faits.

Une histoire ancienne et qui se répète. A deux jours de la trêve hivernale, le 29 octobre 2019, la préfecture de Seine Saint Denis fait évacuer les habitants du centre AFPA, un squat ouvert avec l'autorisation de la mairie de Montreuil après la décision de fermeture du foyer Bara⁴³ pour raisons sanitaires en septembre 2018. Les personnes ayant obtenu des papiers sont relogées individuellement, les autres travailleurs sans papier se retrouvent dans un hangar de la rue Stalingrad. **Ce nouveau squat héberge 240 travailleurs sans papier dans des conditions matérielles précaires et absolument pas « Covid-compatibles ».** L'exiguïté des lieux, les lits superposés espacés de quelque 50 cm, le nombre limité de sanitaires et le manque de produits d'hygiène ne permettent pas le respect des règles de confinement et de prévention. L'absence de distributions régulières de nourriture contraint le groupe à de fréquentes sorties. Par la suite, les distributions alimentaires seront adaptées aux conditions de vie grâce aux solidarités locales (Armée du Salut, mairie de Montreuil, voisins).

Le porte-parole « officiel » se montre préoccupé et nous présente un discours compatible avec celui de l'ARS et de la mairie. Il y a au moins un cas positif avéré dans le squat, la promiscuité est importante et c'est une évidence que la totalité des occupants est menacée de contamination. Pour lui, la solution est le test systématique, la prise en charge et le confinement des malades, puis le relogement des autres en hôtel. Le CHU de Bondy (Hôtel B&B) aurait déjà accueilli 40 volontaires logés en chambre de 2 ou 3 personnes. Lors de notre visite, le porte-parole établissait une nouvelle liste de volontaires, auxquels il était demandé de faire les valises et de se tenir prêt pour le transfert

⁴¹ <https://npa2009.org/actualite/antiracisme/montreuil-au-138-rue-de-stalingrad-une-bombe-sanitaire-previsible> Consulté le 11 juin 2020

⁴² <https://www.france24.com/fr/video/20200328-coronavirus-dans-les-foyers-de-travailleurs-immigr%C3%A9s-des-conditions-sanitaires-qui-font-craindre-le-piere> Consulté le 11 juin 2020

⁴³ FTM historique datant de la fin des années 60'

dans la journée. Par la suite, en visitant l'hôtel B&B de Bondy, il a été confirmé qu'une trentaine de personnes avaient été effectivement accueillies.

Dans le squat, trois hommes semblent circonspects quant à notre présence, se montrent peu loquaces. Ils connaissent MSF mais déclarent ne pas avoir besoin d'assistance médicale pour le moment. Le porte-parole du squat s'était auparavant plaint de l'esprit contestataire et peu collaboratif de ceux qui s'obstinent à rester sur place malgré le risque de contamination et les conditions insalubres.

C'est dans la rue en sortant du squat que nous nous faisons aborder par un homme d'environ 25 ans, né à Abidjan et de nationalité malienne. Hors de vue des autres occupants du squat, dans un coin de rue, **il nous dit que nous n'avons pas parlé à la bonne personne et nous livre sa version des faits**. Le porte-parole ne parlerait qu'en son nom propre. A la différence des autres occupants du squat, tous en situation irrégulière, lui aurait une carte de séjour, un appartement et un accès privilégié à la mairie. L'opposition rencontrée par l'équipe médicale du CMS de Montreuil lors de son second passage serait en réalité une décision collective de refuser la dispersion que provoquerait inévitablement le tri entre les « positifs » et les autres menant de fait à la dissolution du squat.

Nous comprenons alors que la gestion de la crise sanitaire est perçue par ses occupants comme un stratagème pour résoudre le problème que représente le squat du point de vue de la politique migratoire. Faisant le lien avec une attitude de gestion collective – consistant à s'isoler ou faire sortir les vulnérables – des autres squats visités à Aubervilliers et la Courneuve, il nous semble désormais avéré que la principale barrière d'accès aux soins pour les occupants de squats en situation irrégulière est la peur d'une destruction de leur capacité de lutte collective pour la régularisation. Le test Covid est alors associé ainsi à un contrôle d'identité, la mise en confinement à une mise en détention provisoire, l'infection à une expulsion. Au final, nous comprenons qu'il apparait préférable de se confiner en groupe que d'être dispersés, quitte à se contaminer.

Outre sa bonne notoriété auprès des populations concernées, il émerge de ces visites que la valeur ajoutée de MSF est sa distance des autorités et la possibilité de construire des espaces perçus comme neutres et indépendants. En contrepartie de fournir l'assistance aux personnes en situation irrégulière vivant dans des hébergements collectifs de type squat, nous proposons alors que MSF pourrait obtenir de l'ARS la prérogative de déterminer le lieu d'hébergement en centre COVID+ des personnes testées positives.

C'est ainsi qu'il a été possible de négocier un "couloir humanitaire" incluant : consultation médicale généraliste volontaire, test sous consentement en cas de suspicion à la proposition du médecin MSF, transfert en centre COVID+ géré par MSF toujours sous consentement et retour sur le lieu de résidence pour des personnes craignant pour leur intégrité (peur de perdre son collectif, d'être reconduit à la frontière, d'atterrir dans un centre de rétention...). La cheffe de mission avait également reçu de la préfecture des garanties verbalisées mais non formalisées que les personnes qui séjourneraient en centre COVID+ ne seraient pas inquiétées quant à justification de leur statut administratif et qu'elles seraient assurées de pouvoir réintégrer leur centre d'hébergement d'origine une fois guéries. Dans les faits, cette garantie de réintégration n'a pas toujours fonctionné, certains centres se montrant rétifs d'accepter le retour des convalescents. Dans ce cas, la Direction Régionale

et Interdépartementale de l'Hébergement du Logement (DRIHL) a pu être saisie en médiation ou pour attribution d'un nouveau centre d'hébergement. Ces éléments se sont révélés primordiaux dans la réponse apportée par MSF et dans l'affirmation de notre rôle auprès de personnes en « délicatesse » avec les services de l'Etat. Quand on sait, que pendant la période de confinement, une des barrières d'accès majeure au système de santé était la crainte des contrôles de police et que celle-ci a engendré le fait de cacher des symptômes ou de renoncer aux soins, MSF proposait alors un « continuum de soins » avec « un couloir humanitaire sécurisé », permettant par là-même d'imposer la légitimité d'un centre COVID+ dont le volet médical était entièrement géré par MSF, celui d'Aulnay-sous-Bois⁴⁴. Il a ainsi été négocié par la coordinatrice de projet et la cheffe de mission, d'obtenir de la part de l'ARS, la main sur les références de ces personnes en centre COVID+. Il était question non seulement d'améliorer les références par une information plus transparente (qu'est-ce qu'un centre COVID+, quelles sont les conditions de prise en charge et de retour à la suite de la période de maladie) et d'assurer le retour des personnes contaminées dans leur lieu de vie (ou de lutte pour certains) à l'issue de leur « épisode Covid ». Ce couloir humanitaire a fonctionné dans la seconde partie de la réponse auprès de personnes rencontrées dans des CHU et des FTM. Mais cette proposition n'a pas été appliquée dans les squats pour deux raisons. Dans les squats d'Aubervilliers et de la Courneuve, les interventions médicales sur site ont été menées par MdM et à Montreuil, nous n'avons finalement plus eu accès aux résidents. La seconde étape de négociation est détaillée dans l'encadré suivant.

Etape 2. La délicate tentative d'intervention au squat de Montreuil

Extrait du carnet de terrain – Visite du 21 avril 2020

Après la négociation d'un accord avec l'ARS de transférer les personnes qui nécessiteraient et accepteraient une prise en charge en centre COVID+ géré par MSF, la coordinatrice de projet de MSF propose une intervention auprès des résidents du squat.

La lutte devient visible. A l'extérieur du squat, nous voyons affichée la lutte politique avec de larges banderoles revendiquant leur statut de travailleurs sans papier. « Nous sommes des travailleurs sans papier ; les habitants du hangar Stalingrad » ; « Depuis 1968, le foyer de Montreuil est un symbole... ». Nous arrivons pendant un moment de déchargement de nourriture, affrétée par la mairie de Montreuil. Plusieurs personnes nous reconnaissent. Nous introduisons la coordinatrice de projet.

Nous discutons de nouveau avec le porte-parole « officiel ». Nous savons qu'il n'est pas le représentant réel des résidents du squat (vs. le leader des sans papier), mais il est notre entrée dans le hangar. Nous découvrons au détour de ce second entretien l'imbrication des liens personnels et de loyauté de cette personne envers la mairie de Montreuil : « Dans ma région à Kayes [au Mali], la mairie a permis de construire 150 km de route ». Il fait l'éloge de l'action des ONG dans sa région au Mali (construction de puits...) : « C'est grâce à l'action d'organisations comme la vôtre que nous nous

⁴⁴ Il est toutefois important de préciser un bémol dans la gestion des centres COVID+ et la place de MSF dans le dispositif. En effet, à Aulnay-sous-Bois MSF était seulement en charge du volet médical (non pas hébergement...) et nous n'avons pas eu la main sur la fermeture du centre. Le gel des admissions a été demandé par la DD-ARS de manière unilatérale dès le 12 mai sans préciser la date de fermeture. Celle-ci ayant été effective dans la foulée.

développons ». Il fait aussi l'éloge du système de santé français. Il est dithyrambique sur l'horizon des possibles dans notre pays : « Ici tout le monde a le droit à la santé, la France est le meilleur pays du monde ». Mais le soufflé retombe quand on entre dans le vif du sujet de la proposition d'une consultation médicale généraliste dans le squat. Il se retrouve en réalité le porte-parole des bonnes volontés et de la conception maladroite des autorités montreuilloises de la réponse à leur apporter face à l'épidémie. En d'autres termes, la proposition est la suivante : « Tester les gens est important, ils ont refusé jusqu'à présent, mais si vous venez avec les médecins de Montreuil, qu'on met aussi des policiers pour assurer la sécurité et qu'on explique à quel point c'est important, ils viendront tous à la consultation ». Le bruit circule dans Montreuil que le CMS fait des dépistages Covid-19 auprès des résidents de Foyers de Travailleurs Migrants et des squats par arrêté préfectoral. Imaginons la scène : *un bâton dans le nez pour tous orchestré par MSF et le CMS sous contrôle des policiers mandatés par la préfecture !* (sic). L'objectif du porte-parole « officiel » n'est pas la remise des résidents aux autorités sanitaires, mais d'appliquer une forme de collaboration en bonne intelligence en temps de crise. Il imagine un échange de bons procédés sur un principe simple : un test accepté devrait valoir un visa prolongé. Il nous explique s'inspirer du modèle portugais, où la résidence a été temporairement proposée. Accepter d'être testé serait un gage pour la santé publique qui mériterait bien un bien un coup de pouce administratif.

Il s'agit maintenant de trouver un accord raisonnable pour surmonter le refus d'intervention médicale dans le squat. En proposant que MSF réalise une consultation de médicale générale avec pratique du test uniquement en cas de suspicion et avec le consentement du patient, il s'agissait à la fois de fournir un service en santé générale et de détecter les cas suspects. L'offre de service de MSF est la suivante : une consultation tout-venant ou Covid-19 pour les personnes qui le souhaitent et surtout un espace de neutralité, une sorte de couloir humanitaire, au sein duquel les personnes qui seraient diagnostiquées positives à la Covid-19 pourraient avoir accès à un centre COVID+ géré par MSF et retourner au squat une fois guéries. De notre côté, il « suffit » d'informer les autorités municipales d'une proposition d'intervention « généraliste » dans le squat sans renfort (sans la police ni le CMS). C'est un accord raisonnable accepté par le porte-parole: il nous invite à revenir la semaine prochaine.

Etape 3. Epilogue : fin de non-recevoir au squat de Montreuil

Pourquoi l'intervention n'a finalement pas lieu au squat de Montreuil ? Pendant la période de négociation avec le porte-parole « officiel » du squat, l'attention locale et médiatique s'est gonflée autour de la situation de ces personnes : les voisins sont venus apporter de l'aide aux résidents (nourriture, signes de solidarité dans leur lutte pour l'obtention de leurs papiers), MdM a réalisé deux interventions en prévention santé avec les habitants du quartier la semaine où nous devions nous y rendre, etc. Entre temps, le squat était devenu le symbole de la vulnérabilité et de la stigmatisation des sans papier en pleine crise sanitaire.

Face à une telle politisation, l'intervention de MSF négociée avec le porte-parole « officiel » du squat n'était plus acceptable. Et sans accès au « leader des sans papier », l'arrivée seule de l'équipe mobile de MSF pour proposer ce qui avait été négocié avec le porte-parole « officiel » a finalement fait l'objet d'une fin de non-recevoir par le reste du groupe.

Au final, l'intervention n'a pas eu lieu à Montreuil, mais le travail collectif de réflexion et de négociation avait permis de repenser le positionnement du projet de MSF par rapport aux acteurs partenaires et aux potentiels bénéficiaires, de clarifier la valeur ajoutée interne et externe de l'organisation et de construire une base d'argumentation pour nous permettre de travailler selon les principes d'engagement de l'association.

S'appuyer sur les forces et l'expérience de MSF

S'intéresser à la perception de MSF auprès des personnes auxquelles nous souhaitons apporter de l'aide ou avec lesquelles nous voulons collaborer est essentiel. S'interroger sur la notoriété spontanée, étudier les terrains d'intervention passés et présents dans les pays de ces personnes pour activer une mémoire et légitimité de l'organisation, expliquer de manière précise et concrète toutes les implications du principe de neutralité dans la situation présente.

S'attacher à la construction de cet espace de neutralité en négociation avec les acteurs perçus comme des menaces dans l'accès aux soins des garanties de respect de cet espace. Dans ce but, il est important de résister aux contraintes contextuelles telles que des partenariats de principe, l'accès aux personnes orchestré par d'autres acteurs, etc. Faire confiance à notre notoriété pour négocier des accès quelques soient nos interlocuteurs.

Outre la question cruciale de la neutralité, il convient de proposer d'autres garanties qu'il est effectivement possible de tenir : qualité des soins, continuum de soins, respect de la confidentialité, consentement du patient....

4.4. Explorer la bascule dans la précarité des habitants des quartiers populaires : la question d'inégalités sociales et territoriales de santé

L'importance de réaliser nos investigations dans les grands ensembles de copropriétés dégradées s'est imposée d'emblée. Elle nous avait été fortement suggérée par le responsable de la cellule régulière⁴⁵. Nous ne manquions pas d'observer, lors de nos visites de Foyers de Travailleurs Migrants, les barres d'immeubles situées de l'autre côté du trottoir et dont nous aurions été bien en peine d'établir, sur une simple observation du bâti, ce qui les différençait des FTM. Or, s'il était facile d'accéder à ces derniers, parfois même pressés que nous étions de nous y rendre par des élus de communes pour « évaluer les conditions de la Covid-19 », il nous a été très difficile d'accéder aux « cages d'escalier » des HLM ou copropriété dégradées. Non qu'un danger particulier nous y en empêchait, mais les résistances dans la nouvelle direction de la Mission France de MSF à s'y investir, l'absence de sollicitations de la part de l'ARS ou d'élus pour y intervenir médicalement et l'absence d'interlocuteurs identifiables sur le terrain nous compliquaient la tâche.

Toujours suivant notre approche situationnelle de la précarité, nous faisons pourtant l'hypothèse que dans les conditions de vie des logements délabrés des quartiers populaires, de très nombreuses situations de renoncement aux soins, d'isolement, de violence, d'impossible respect des gestes barrières avaient lieu. Des personnes isolées, confinées en situation de bascule de précarité, se retrouvaient certainement captives et écartées du système sanitaire et social censé les accompagner. En écho à cette inquiétude, un acteur associatif rencontré sur le terrain s'interroge : « Combien de cadavres on va retrouver après le confinement ? »

Il apparaît essentiel de continuer de regarder la détérioration des conditions de vie des personnes confinées en situation "borderline", telles les familles de travailleurs pauvres, les familles monoparentales, qui ne sont pas habituées aux systèmes d'aide sociale (par ailleurs très fragilisées – sans ressources, sans recours), la violence intra-domiciliaire, les personnes très mal logées dans des quartiers de grands ensembles ou encore le mal logement comme facteur aggravant de pathologies préexistantes.

Approche centrée sur les populations et participation des habitants : une occasion manquée à Villemonble en Seine-Saint-Denis

Extrait du carnet de terrain - Visite du 6 mai 2020

L'association des habitants du quartier la Sablière de Villemonble nous avait été référée par un collègue universitaire philosophe qui avait rendu visite à son président quelques semaines avant le confinement. Ce collègue avait souligné la lucidité et le sens de l'engagement citoyen d'un personnage qui lui avait semblé être un contact incontournable pour comprendre les dynamiques sociales à l'œuvre dans les quartiers populaires en cette période de crise sanitaire. En choisissant cette approche, nous avons cherché une entrée au plus proche des habitants. L'idée était que les services des mairies et des collectivités territoriales agissaient sans aucun doute dans le meilleur intérêt des habitants connus de leurs services, mais qu'un certain nombre d'entre eux passeraient

⁴⁵ Responsable opérationnel de la Mission France au siège de MSF jusqu'en avril 2020 puis de nouveau à partir de juillet 2020.

entre les mailles du filet. Et c'est ce que nous avons observé avec l'association de la Sablière de Villemonble.

Créée en 2019, l'association la Sablière est un collectif "autogéré" au sens où il part de l'initiative d'habitants cherchant à améliorer les conditions de vie dans un quartier politique de la ville de 2.500 habitants, bénéficiant de peu de soutien de la mairie. C'est au gré de nombreux exemples, que notre interlocuteur détaille et montre le cheminement des initiatives développées au cours des mois précédant le confinement. Tout a commencé par un atelier de réparation de vélos pour les enfants, agrémenté des goûters des parents. Puis les actions se sont continuées avec la transformation d'un box de parking en mini salle d'entraînement pour occuper les adolescents. Les actions ont continué avec la composition d'une fresque devant l'école pour la fête des mères. Cette initiative a permis de masquer les tags pornographiques devant lesquels les enfants jouaient au ballon. "Pour 150 €, nous avons quand même fait plus pour le quartier, que la fresque géante à 6.000 € payée par la mairie". Un parc à chien (dit "caniparc") âprement négocié avec la mairie est venu pacifier les relations entre les propriétaires des dogues nombreux dans le quartier et les résidents inquiets de leur proximité. L'ensemble de ces initiatives - toujours selon notre interlocuteur - ont permis de réinitier un dialogue avec le bailleur (gestionnaire de l'ensemble des logements des 2.500 résidents), de remettre du lien social entre les habitants et notamment entre les différentes générations et surtout de montrer par la preuve à la mairie qu'il existait bien un collectif citoyen "légitime" dans le quartier. Et c'est sur ces récents acquis que l'association s'est lancée dans des initiatives pendant la crise sanitaire. En effet, la jeune association s'est déclarée volontaire – sans financement – pour assurer une distribution ciblée de colis alimentaires et de masques en tissus réalisés localement. Les masques étaient confectionnés bénévolement par des habitantes du quartier à partir d'une collecte de tissus et de prêts de machines à coudre. Quant à la distribution alimentaire, elle s'est étendue au quartier miroir de la Sablière de Bondy. Le local associatif est devenu le lieu de convergence des actions (préparation des colis et des kits) et de centralisation des demandes d'assistance. Par exemple, pendant notre visite, une jeune femme est directement venue à la rencontre du coordinateur de l'association pour signaler une femme en situation d'isolement : "Elle n'ose pas sortir de chez elle, elle n'aurait plus que du riz à manger". On comprendra dans la suite de la visite que cette femme était déjà identifiée par l'association. En effet, l'identification des personnes en situation de fragilité est un enjeu partagé tant par les habitants et leurs collectifs associatifs que par les collectivités territoriales. Notre interlocuteur ne s'est pas privé de nous faire partager son regard ironique sur la situation: « la mairie n'a jamais manifesté le souhait de soutenir la jeune association, mais n'a pas hésité à partager une liste d'habitants du quartier pouvant être ciblés par ses actions ». Depuis, la Sablière de Villemonble a suivi une dynamique de mise en réseau entre des personnes et des groupements associatifs venant pour les uns s'inspirer des initiatives en cours et pour les autres en partageant les expériences en train de se faire. Ces actions se sont prolongées alors même que le confinement était révoqué.

Au terme de cette visite, nous convenons que notre interlocuteur réaliserait un état des lieux des demandes d'assistance médicale en vue de proposer une visite médicale par une équipe ou la clinique mobile. Cette proposition s'appuyait sur le fait que 5 décès récents rapportés comme étant dus à la Covid-19 dans le quartier avaient secoué les habitants. Une semaine plus tard, notre interlocuteur nous confirme avoir exploré les besoins en santé exprimés et les opportunités d'accès. Sans expérience préalable, il peine à faire remonter les besoins.

Arrivés à la Sablière en fin de mission, nous n’aurons malheureusement pas le temps ni l’opportunité d’affiner la nature des besoins (ou pas) et les modalités d’interventions avec ses habitants dans ce type d’habitat. Cette occasion manquée reflète les choix de priorisation des cibles et modalités d’intervention. Le projet était alors centré sur la question des Foyers de Travailleurs Migrants, ce qui convergeait avec les demandes à la fois de la direction de MSF et de l’ARS.

L’action du projet était, rappelons-le, initialement centrée sur les personnes en situation de précarité, qui paraissaient les plus exposées au sens large du terme et qui correspondaient *à priori* aux publics déjà connus par MSF (migrants, personnes à la rue...). Il était aussi apparu que la notion de précarité était non consensuelle, et c’est sans doute la raison pour laquelle elle n’a fait l’objet d’aucune tentative de définition formelle dans la discussion initiale autour des objectifs du projet MSF. Pour certains, qui s’inscrivaient parfois dans l’expérience du projet de Calais, la définition des « précaires » semblait aller de soi. Les précaires étant les migrants, ou plus exactement ceux des migrants qui étaient en situation irrégulière et sans accès aux droits. Il est significatif que l’accès à la clinique mobile de MSF (avant le confinement) située aux alentours du campement d’Aubervilliers était limité aux personnes sans accès, ni à la CMU, ni à l’AME, c’est-à-dire aux primo-arrivants en situation irrégulière. Pour d’autres, il y avait un écart entre les droits formels et les droits réels, la précarité résultant non seulement dans l’inexistence d’accès aux droits, mais aussi dans la discontinuité ou les barrières d’accès pour ceux qui en bénéficiaient. L’épreuve du confinement sera plus que jamais et jusque dans ses conclusions la démonstration que l’ouverture formelle de droits ne vaut pas garantie d’y avoir effectivement accès, et que les barrières d’accès sont bien plus liées aux dysfonctionnements ou insuffisances des institutions qu’à l’apathie supposée de bénéficiaires qui seraient incapables de se prendre en charge. Ceci relève d’un champ d’analyse déjà bien développé par les chercheurs et les praticiens français, celui des inégalités sociales et territoriales de santé (Lang, 2016). Depuis une quinzaine d’année cette question façonne les modes d’intervention des acteurs de santé publique en France. Le directeur de la santé publique de l’ARS nous confirme les observations que nous avons faites *a posteriori* sur le ciblage de la réponse en Ile-de-France pendant la période de crise. En effet, nous avons tous bien ciblé les personnes en situation de grande exclusion, que nous connaissions déjà, mais nous sommes globalement passés à côté des populations en difficulté sociale et vivant dans les bâtis dégradés ou les quartiers de grands ensembles dont on a pu observer à distance la bascule dans la précarité. Ceci tient certainement à un manque de reconnaissance des questions relatives aux inégalités de santé comme des questions “humanitaires” légitimes. L’engagement local était pourtant là : les distributions alimentaires et les initiatives issues des habitants eux-mêmes ou de petits collectifs témoignaient des besoins qui émergeaient et de l’absence des acteurs publics et d’associations comme la nôtre pour s’en saisir.

En dépit de l’ambition affichée⁴⁶ de développer des approches centrées sur les habitants, les patients, les communautés, on constate que nous – à MSF – sommes passés à côté de la modalité d’action consistant à s’appuyer sur les initiatives locales qu’elles soient formelles ou non. Ces approches relèvent du champ des inégalités sociales et territoriales de santé que nous maîtrisons mal, en particulier, dans le contexte urbain de la métropole parisienne.

⁴⁶ Dans notre plan stratégique (2020-2023) MSF OCP.

Dans les quartiers populaires : creuser au-delà des dispositifs et services existants

Les quartiers populaires (dits quartiers Politique de la ville) sont dotés en France de dispositifs institutionnels de financements et d'actions ciblés. Ils bénéficient donc d'une attention particulière de l'Etat (pour les financements) et des municipalités (Centres Communaux d'Action Sociale - CCAS, CMS) et des associations pour les actions. Pour autant, nombreuses sont les personnes – primo-arrivants, maîtrisant peu le français, en situation d'isolement – qui échappent aux actions des mairies et des associations. « Il faut déjà beaucoup d'énergie pour sortir de chez soi et demander de l'aide à une asso, même dans son quartier », précise une actrice de terrain (association de prévention / dépistage) de Seine Saint Denis. L'hypothèse est la suivante : si on sait que la mise en réseau ou la dynamique d'acteurs locaux existe (ce qui fût réellement le cas en Seine-Saint-Denis spécifiquement), les plus fragiles y échappent certainement. Il s'agit plutôt d'aller plus loin que les dynamiques instituées par des processus de coordination institutionnelle en s'appuyant directement sur les habitants et collectifs. Dans ces quartiers, l'intérêt est donc de comprendre l'environnement urbain et politique dans un premier temps : types de population, types d'habitat (HLM vs copropriétés dégradées), présence d'associations et de services (offre de soins, support social) ; de s'intéresser dans un second temps aux sous-quartiers (ex. petites barres d'immeubles), aux populations (ex. primo-arrivants, TDS...) qui pourraient échapper à ces services. Enfin, il convient dans un troisième temps d'identifier des individus ou des groupements formels ou informels (amicale des locataires, habitants influents, commerçants implantés dans le quartier, associations hors dispositif de la politique de la ville...) permettant la mise en œuvre d'une intervention très ciblée.

L'approche méthodologique consiste à sortir des dispositifs institutionnels et à se brancher sur les initiatives individuelles et collectives qui précisément se développent en marge. C'est l'approche dite bottom-up ou de participation des habitants. Deux difficultés se posent : l'accompagnement des porteurs d'initiative dans l'identification des besoins de santé et le temps nécessaire à comprendre les systèmes locaux d'action (acteurs, thématiques d'intervention, jeux de pouvoir) afin de limiter les risques d'instrumentalisation.

Conclusion

Nous avons souligné en introduction le cadre de réflexion “flottant” dans lequel s’est inscrite la phase initiale du projet sur ce que seraient ses priorités opérationnelles. D’un côté, nourrie par l’expérience du programme régulier dans les camps de migrants au Nord-pas-de-Calais et les Mineurs non accompagnés, la question de la précarité d’accès aux soins de ces populations était d’emblée posée. Il était acquis dès son origine qu’elle deviendrait un enjeu du projet. Mais de l’autre côté, la vague COVID annoncée s’imposait comme une priorité absolue: il fallait en toute urgence détecter et isoler les cas suspects et désamorcer la “bombe sanitaire” des gymnases et centres d’hébergements collectifs pour migrants. Dans un tel contexte, les discussions techniques sur l’aménagement des espaces et les stocks de réactifs (pour réaliser les tests PCR) prenaient le pas sur la réflexion plus stratégique qui mettait en perspective les enjeux de l’épidémie par rapport à ceux, plus généraux, de l’accès à la santé des populations précaires. “Nous aider à sortir le nez du guidon”, ainsi avait été présenté à l’équipe projet de MSF le but de nos activités Outreach à un moment où, précisément, la question de la précarité s’entêtait à ressurgir. Elle débordait alors du cadre initial de la situation des migrants, pour s’étendre à celle de populations plus larges précipitées dans la précarité par les effets du confinement. Alors que, d’un côté, la part COVID des activités médicales baissait rapidement (nous saurons par la suite que l’essentiel de la vague était déjà passée, dès la fin février / début mars), la précarité et les besoins d’assistance en santé s’étendaient bien au-delà des populations migrantes, ainsi que nous l’avons montré dans la première partie de ce rapport. C’est bien l’observation et l’analyse de ces déplacements des frontières de la précarité, engendrées par les effets de la crise de la Covid-19, plus que le virus lui-même, qui a constitué le cœur de nos activités Outreach. Celles-ci venaient en quelque sorte apporter un contrepoids sociologique aux questions et enjeux techniques de la réponse médicale et épidémiologique.

En guise d’épilogue, soulignons qu’au rythme rapide où avançait l’innovation biomédicale (l’apparition des tests) et où se mettaient en place les dispositifs sanitaires (les centres COVID+, puis COVISAN⁴⁷ et la question des cas contacts), l’équilibre entre les enjeux techniques de la réponse épidémiologique et les enjeux de santé soulevés par les situations sociales de précarité s’est pourtant montré difficile à tenir au sein du projet. Le fait que le projet se situait à Paris, sur les “terres d’excellence” du modèle sanitaire français et de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a peut-être contribué aux hésitations face à l’idée d’un déplacement de la priorité opérationnelle du projet de la Covid-19 vers l’accès à la santé de populations en cours de précarisation dans ce contexte de crise. C’est pourtant bien ce déplacement qui s’était imposé dans les faits, ainsi qu’en témoignent les données médicales elles-mêmes, montrant la diminution rapide de la part Covid-19 des activités du projet. Au final, ces effets de priorisation ont eu un impact sur la réception et l’opérationnalisation de certaines des pistes suivies et proposées par l’équipe Outreach ou par certains membres de l’équipe projet de MSF. Par-delà les questions très particulières liées donc à l’ancrage du projet dans la métropole parisienne, nous voyons aussi dans cette difficulté à intégrer les dimensions non biomédicales dans la gestion d’une crise épidémique, la répétition de schèmes

⁴⁷ Dispositif de dépistage et d’accompagnement des personnes COVID +.

<https://www.aphp.fr/actualite/lancement-de-covisan-un-dispositif-de-suivi-renforce-des-personnes-covid>

déjà identifiés comme problématiques lors des épidémies récentes de choléra et de ébola (Hewlett, 2007 ; Cohn, 2016).

Cette pondération étant posée, il reste que la constitution d'une équipe Outreach composée de deux chercheurs en sciences sociales allait bien dans le sens de ce "retour en grâce des sciences sociales"⁴⁸ "au-delà des microbes" salué dans une émission de France Culture qui soulignait "qu'une enquête sur cinq parmi celles qui ont été financées depuis le début de la crise sanitaire mobilise la sociologie, l'histoire ou l'anthropologie". Justement, dans le sillage des activités Outreach et de la sensibilité du projet à l'égard des enjeux de santé de la précarité en France, l'enquête PreCARES⁴⁹ de méthodologie mixte quantitative et qualitative construite à l'interface entre les sciences sociales et l'épidémiologie vient renforcer ce processus collectif d'apprentissage. Demandées par la coordination et la cellule, ces données de première main visent à nourrir les réflexions opérationnelles de MSF, et à partager, avec les acteurs publics et associatifs de la réponse d'urgence, des éléments concrets des situations de rupture dans lesquelles se sont trouvés "les précaires" pendant la crise.

⁴⁸ <https://www.franceculture.fr/societe/lepidemie-au-dela-des-microbes-le-retour-en-grace-des-sciences-sociales>

⁴⁹ PreCARES: « Précarité et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé » Paris Ile-de-France. Il s'agit d'une étude transversale sur les pratiques de prévention, la recherche de soins, les barrières d'accès en lien avec le confinement et les parcours de soins pendant l'épidémie de Covid-19 en Ile-de-France auprès des populations destinataires du programme d'urgence "Covid-19 et populations précaires" de MSF France. Les données du volet quantitatif ont été collectées du 18 au 27 juin 2020 auprès de 509 personnes en situation de rue, résidant dans des Foyers de travailleurs migrants, ou hébergées en Centre d'hébergement d'urgence / Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile, dans des sites d'intervention de MSF.

Bibliographie

Becker, H. S. (1973). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press.

Boussaguet, L., Jacquot, S., Ravinet, P., Muller, P., & Hall, P. A. (2010). *Dictionnaire des politiques publiques* (Vol. 1-1). Presses de Sciences Po, DL 2010.

Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*. Éd. du Seuil.

Clarke, A. (2007). *Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn* (The blackwell Encyclopaedia of Sociology). The Blackwell Encyclopaedia of Sociology.

Cohn, S., & Kutalek, R. (2016). Historical parallels, Ebola virus disease and cholera: understanding community distrust and social violence with epidemics. *PLoS currents*, 8.

Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., & Ward, T. P. (1993). Harm reduction: a public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annual Review of Public Health*, 14, 413-450.

Hewlett, B. S., & Hewlett, B. L. (2007). *Ebola, culture and politics: the anthropology of an emerging disease*. Cengage Learning.

Lang, T., & Ulrich, V. (2016). *Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016* (DREES).

Laumonier, A. (1997). L'errance ou la pensée du milieu. *Magazine littéraire*, 20-23.

Loncle, P. (2011). La jeunesse au local : sociologie des systèmes locaux d'action publique. *Sociologie*, 2(2), 129-147.

Mairos, S. (2020), *COVID-19 Knowledge, Attitudes, Practices, Beliefs + Emotions (KAPB+E) Assessment - Inclusive report*, MSF OCBA HPCE/MHPSS COVID-19 working group, Study Report

Mercklé, P. (2011). *Sociologie des réseaux sociaux*. La découverte

MSF-CH, Hopitaux Universitaires de Genève (2020), *Connaissance, Attitude et Pratiques en lien avec le Covid-19 parmi les personnes en insécurité alimentaire à Genève*, Rapport d'étude. <https://www.msf.ch/nos-actualites/communiqués-presse/genève-precarité-accroît-lexposition-au-covid-19-inquiète>, Consulté le 18 mai 2020.

Nacoti, M., et.al. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*.

Piaroux, R. (2019). *Choléra. Haïti 2010-2018 : histoire d'un désastre* (CNRS). CNRS Editions.

Vaillant, Z., Rican, S., Salem, G., Salamon, A., & El Ghazi, L. (2011). Dynamiques territoriales, dynamiques sanitaires : observer, décrire pour décider et agir ? *Pouvoirs Locaux*, III(90), 101-106.

Van velsen, J. (1979). The Extended-case Method and Situational Analysis. In A. L. Epstein (Éd.), *The Craft of Social Anthropology* (p. 129-149). Pergamon.

Vassy, C., Dingwall, R., & Murcott, A. (2007). Comment analyser l'absence d'anticipation des risques? Le cas de la canicule de 2003 en France. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 161-179.

Wellman, B., & Leighton, B. (1981). Réseau, quartier et communauté: préliminaire a l'étude de la question communautaire. *Espaces et sociétés*, (38), 111-133.

Zeneidi-Henry, D. (2002). *Les SDF et la ville: géographie du savoir-survivre*. Editions Bréal.

ANNEXE : Quelles questions restent en suspens au moment du « dé-confinement » ?

1. Des situations en suspens au moment du « dé-confinement »

Tout au long de ce travail de terrain, nous nous sommes efforcés d'investiguer et de décrire des situations et des contextes relevant de la précarité et non pas seulement des catégories de personnes. Reste que certains types de populations, dans des configurations particulières, sont passés en dehors des « mailles du filet » des activités Outreach, ainsi que du projet.

- De notre travail de terrain, **les Mineurs Non Accompagnés** apparaissent régulièrement quoi que furtivement. 1) Lors de la visite du Squat Shaeffer et du Squat de la Seine (La Courneuve, 93), en tout début de confinement, on nous rapporte que les MNA qui y séjournaient temporairement ont été mis à l'abri, ainsi que les populations âgées et porteurs de comorbidité. Les références au 115 auraient été réalisées à l'initiative des leaders de squat. 2) A la Goutte d'Or (Paris 18^{ème}), nos contacts nous signalent deux MNA de 15 et 16 ans, d'origine algérienne qui dormaient sous un pont. Nous les avons référés au programme régulier. 3) Lors de notre rencontre avec une actrice associative d'Aulnay-sous-bois, celle-ci nous signale un jeune MNA malien qui dormirait dans le couloir d'un FTM et qui n'aurait pas accès aux soins. Il renoncerait de se rendre à la clinique mobile de MdM à Saint Denis de peur de se déplacer. Nous le référons immédiatement au projet régulier. Au total, on ne sait pas si la faible présence des MNA dans le travail d'Outreach relève d'une lacune ou d'un public particulièrement difficile à identifier et à suivre. Pour autant, de ces rares rencontres, nous pouvons tirer *a minima* la conclusion qu'il a existé pendant le confinement des mineurs ayant échappés aux dispositifs de veille et de mise à l'abri. Et nous pouvons aussi dire, que le système de référencement avec le programme régulier de MSF de Pantin a fonctionné.

- **Les femmes sont restées largement invisibles de notre travail de terrain.** Plusieurs facteurs explicatifs concourent à cette invisibilité. Dans un premier temps, les femmes à la rue *auraient* rapidement été mises à l'abri, ensuite au regard des dispositifs avec lesquels nous travaillons, les distributions alimentaires à côté desquelles sont implantées les cliniques mobiles attirent essentiellement des hommes (outre le site de Coustou à Paris 18^{ème}). Cette relative invisibilité des femmes peut être aussi lue comme une surreprésentation des hommes parmi les personnes qui se sont retrouvées en situation accrue de précarité et les plus frappés par le dysfonctionnement des dispositifs d'assistance publique. Dans cette perspective, il est plutôt logique que les bénéficiaires d'un projet MSF ciblant la précarité aient été les hommes.

Pour autant, concernés par l'invisibilité des femmes, tel que décrit dans la partie 4.2., nous avons tenté d'approcher des réseaux ou des sites de femmes travailleuses du sexe afin de comprendre si elles étaient - dans le contexte du confinement - en rupture d'accès aux soins. S'agissant des TDS, nous nous sommes rendus dans les lieux notoires (Bois de Vincennes, quartier de Belleville, etc) d'où elles étaient absentes. Ceci a été corroboré par les acteurs ou les résidents partageant plusieurs hypothèses. Dans le quartier de Belleville, où la prostitution de rue, notamment de femmes chinoises, est commune, certaines auraient été rapatriées chez elles, d'autres seraient restées hyper-confinées dans le quartier avec une grande crainte des contacts extérieurs. Au bois de Vincennes, où nous n'avons pas vu d'activité de prostitution, notamment Nigérianes, les acteurs travaillant dans le

secteur, nous ont rapporté qu'elles auraient été mises à l'abri dans des conditions qui nous sont restées inconnues. On peut supposer que du fait de l'informalité de ce travail nécessitant un contact physique et fortement précaire, leur activité a été rendue impossible. Pour autant, c'est par l'intermédiaire de l'association Acceptess-T que nous avons pu conjointement proposer une consultation à des travailleuses du sexe transsexuelles péruviennes en situation informelle.

Concernant la violence intrafamiliale et des situations de renforcement de la précarité pour des foyers monoparentaux, nous n'avons pas eu de remontées, et les explorations dans les grands ensembles ou dans certains quartiers parisiens n'ont pas fait apparaître de besoins vraisemblablement présents.

- **Sont demeurées des personnes non-confinables et pour lesquelles on ne pouvait *a priori* pas apporter de solution adaptée.** La situation d'errance et de dégradation rapide des usagers de drogue a bien été identifiée, notamment dans le Nord Est parisien (ex-Colline du Crack, Jardin d'Eole, Stalingrad, Jaurès...). Il est à noter que bien que très dégradés, certains services d'acteurs compétents et connaissant leur public ont été maintenu (Gaia, certains Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues -CAARUD, etc.). Par ailleurs, MSF possède peu de compétence en toxicologie et ces interventions sont d'autant plus difficiles à mener dans un contexte d'urgence. Néanmoins, l'équipe projet a réalisé des soins courants (plaies, etc.) pour des personnes migrantes usagers de drogue (Crack) dans le 19^{ème} arrondissement parisien venant pleinement en complémentarité des autres acteurs travaillant uniquement dans le domaine de la toxicologie ; et une intervention en lien avec le CAARUD YUCA de Bondy pour un groupe de patients qui vivent à la rue à côté de l'hôpital Avicenne (clinique mobile réalisée le 29/05 dans la rue auprès de ce groupe de patients).

- **Les grands ensembles des quartiers populaires** sont les grands absents des sites dans lesquels nous aurions pu mener des interventions. Malgré deux explorations (Clichy Sous-bois et Villemonble) et des quartiers sillonnés à l'occasion de visites de Foyers de Travailleurs Migrants (Aulnay Sous-Bois, Bondy, Tremblay en France...), il n'a pas été possible d'y mener des interventions. Tel que décrit dans la partie 4.4, les besoins n'ont pas été si simples à identifier : d'un côté l'ancrage des acteurs associatifs et municipaux est bien présent (CCAS, CMS, acteurs associatifs) et identifier les personnes qui restent en dehors des dispositifs d'intervention est un travail fin à mener au long court ; de l'autre, les habitants ou acteurs locaux que nous avons rencontrés et qui étaient motivés pour travailler une intervention dans leur quartier étaient en peine d'identifier les besoins en santé de leurs concitoyens : les besoins étaient-ils tus, difficiles à décrire ou bien pris en charge dans le système existant ? Parallèlement, si l'exploration des quartiers populaires avait été évoquée comme un axe de travail à part entière au moment de la définition de la mission de l'équipe Outreach, le changement de management de la cellule a réorienté une partie des priorités d'exploration à la défaveur de ces quartiers.

2. Des questions opérationnelles autour des ruptures induites par la sortie du confinement

Ce texte est rédigé dans le courant du mois de mai et juin 2020, au moment du « dé-confinement ». Cette période est toujours marquée d'incertitudes tant au regard d'un possible rebond épidémique, que de la pleine réouverture des services (publics ou associatifs) et du maintien des dispositifs

d'urgence. En parallèle de rapports de capitalisation et de plaidoyer rédigés par la mission et l'équipe terrain, il nous apparaît important de contribuer à partager les questions opérationnelles en suspens sur l'accès aux soins et la protection des personnes les plus précaires.

- **Les centres COVID +** ont brutalement fermé courant mai dans un contexte où la politique sanitaire vise pourtant à dépister et isoler les cas suspects et leurs contacts. L'équipe projet - dans une temporalité où l'épidémie ne connaît pas de rebond - propose une capitalisation des apprentissages du déploiement et de la gestion de ces centres ayant eu un taux d'occupation très faible (qu'ils soient médicalement gérés ou non par MSF).
- **Les centres d'hébergement d'urgence** sont en train d'amorcer leur fermeture (30 juin / 10 juillet). Selon la cheffe de mission de MSF : « La France, envers et contre ses recommandations sanitaires prend le risque de remettre à la rue des cas suspects ou même positifs ne pouvant plus être envoyés en Centre COVID+ ». En reprenant la chronologie des événements autour des centres d'hébergement d'urgence, on constate qu'ils ont été lancés au moment de l'annonce du confinement mi-mars (la période de confinement initiale était de 15 jours) et qu'ils étaient initialement prévus d'être en service jusque fin mai, date de prolongation de la trêve hivernale. Entre temps, le confinement a duré près de deux mois et la trêve hivernale est repoussée jusqu'au 10 juillet. La question en suspens au moment de la rédaction de ce texte est donc de savoir si les CHU vont subir une fermeture brutale à l'instar des Centres COVID+ ou s'ils seront ouverts encore quelques mois ou semaines, afin de : permettre aux opérateurs (accès à la santé, accès aux droits, Samu Social...) de revenir en pleine capacité auprès de leurs publics et de conserver un dispositif opérant en cas de rebond épidémique.
- **Les associations et les guichets de l'aide ne vont pas être en mesure de rouvrir dans leur capacité antérieure au confinement d'ici la fin de l'année 2020.** Les raisons tiennent notamment de contraintes techniques de l'application des mesures barrières : des locaux trop petits pour accueillir les publics et un manque de ressources humaines (âge, temps partiel...). Par exemple, MdM ne pourra pas rouvrir son Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation (CASO) à 100% de ses capacités (peut-être à 50% d'ici la fin 2020), le Secours populaire devra réorganiser ses circuits et certainement réduire son offre. s
- **Après deux mois de mise à l'arrêt des services, quelle va être la pression sur les guichets qui rouvrent?** Risque t-on de passer d'un guichet fermé à un guichet saturé? A la reprise des services, quelle sera la possibilité réelle de résoudre des problèmes administratifs, quel temps de latence prévoir pour que les services se remettent en marche et quelles situations (santé, social, administratives) vont-elles émerger ?
- **Quelle pratique de testing et d'isolation devons-nous appliquer et dans quelles conditions si les personnes que nous assistons sont remises à la rue?** Cela inclut des questions pratiques autour de la recontamination, la gestion des risques (symptômes vs. immunité), les faux négatifs, la disponibilité des tests.

- **La question du déconfinement est aussi à travailler autour du stigma** et de l'importance de protéger ceux qui vont être pointés de continuer de transmettre le virus du fait de leur supposé « in confinement ». Un travail de veille et de plaidoyer est à maintenir.

- **Veille et mapping de la reprise des activités, tout en mesurant la capacité réelle de reprise et de réponse à la « demande », de soins et de services et en maintenant les activités de la clinique mobile.** Au moment de la rédaction de ce rapport, l'activité de la clinique mobile est en baisse, mais demeure l'hypothèse que de nombreuses personnes ont renoncé aux soins pendant la période de confinement. Maintenir l'activité des cliniques mobiles avec un possible ancrage dans les quartiers d'intervention, en développant de activités ciblées identifiées par l'équipe projet tel que le dentaire et spécifiquement la santé mentale, tout en se coordonnant avec le retour des acteurs traditionnel permettrait non seulement de maintenir un service et combler des gaps auprès des personnes précaires dans un contexte toujours dégradé, de tester des dispositifs opérationnels et surtout de pouvoir produire des arguments de plaidoyer sur la base d'opérations concrètes.

- **Où en est-on de l'épidémie de Covid-19 ?** La première vague est-elle passée auprès des personnes les plus précaires ? Les études en cours : PrePREC (portant sur la séroprévalence) et PreCARES (portant sur l'évolution des barrières d'accès aux soins en période de confinement) vont permettre de dresser un portrait sur l'exposition au virus et sur les difficultés réelles auxquelles ont fait face les personnes rencontrées dans le projet MSF à Paris et en Seine-Saint-Denis.

ANNEXE - EXPLORATIONS ACTIONS

Sites et situations explorées par l'équipe OutReach entre le 26 mars et 6 mai 2020 à Paris et en Seine-Saint-Denis. L'ensemble de ces situations a fait l'objet de rapports circonstanciés rédigés (dont une partie de ces rapports internes est la matière qui a servi à rédiger ce travail analytique) et de discussions opérationnelles en temps réel avec les membres de l'équipe projet de MSF : coordinatrice de projet, infirmier.e.s, logisticien.ne.s, médecins, travailleurs sociaux...

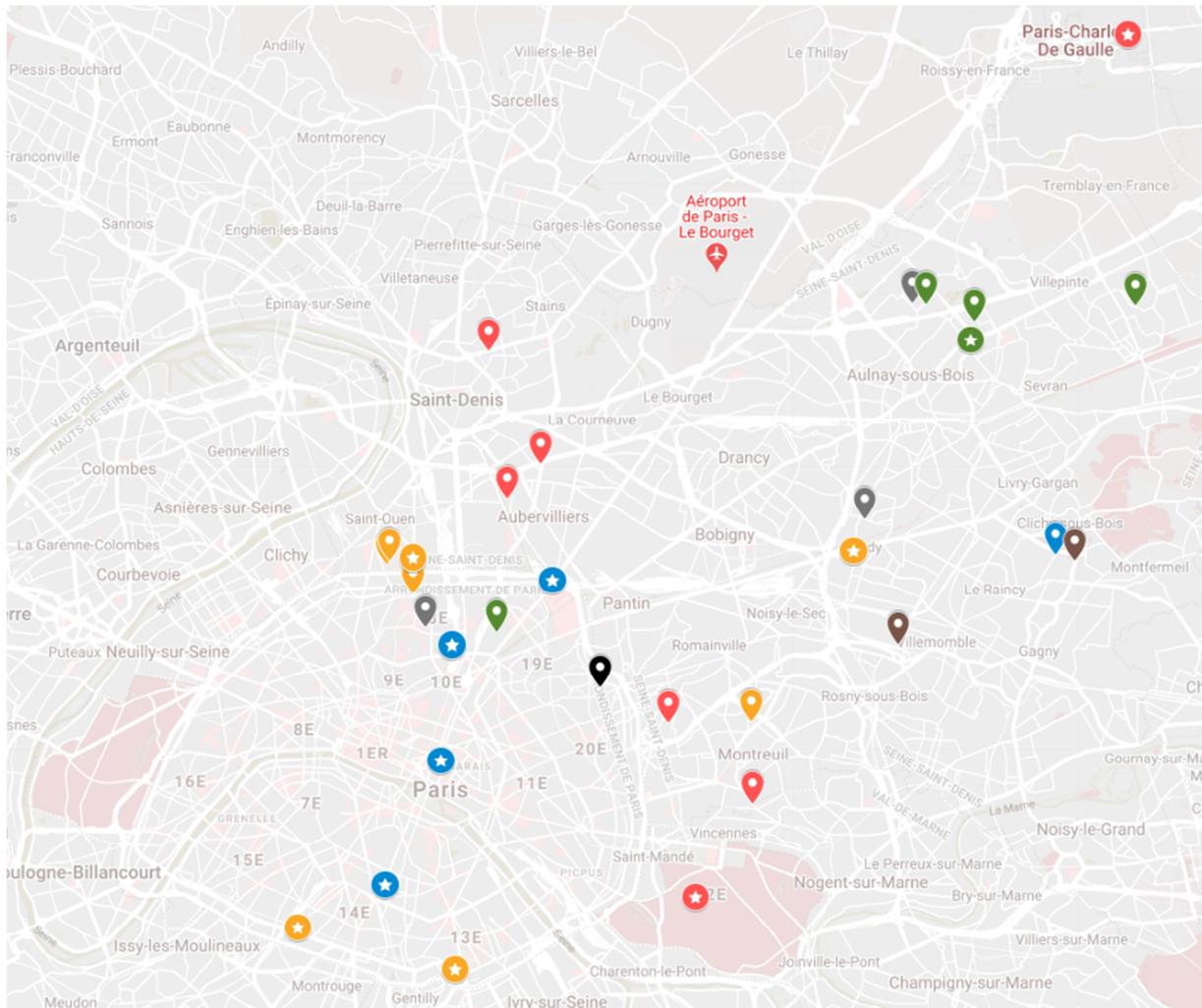
Type de lieu	Site	Ville	Arrondissement ou quartier	Raison d'exploration	Action proposée	Intervention concrète
Centre d'hébergement d'urgence	Gymnase Auguste Renoir	Paris	14 - Porte de Vanves	Rencontre avec l'opérateur suite à la mise en isolement interne d'un cas suspect avec comorbidité	Intérêt ++ pour renforcer la sensibilisation et les références	Follow up équipe projet MSF
Distribution alimentaire	Grands Voisins	Paris	14 - Denfert Rochereau	Observation des conditions de distribution alimentaire	Réflexion de l'équipe projet d'y installer une clinique mobile	Clinique mobile MSF une fois par semaine
Squat	Squat Schaeffer	La Courneuve		Identification possible de cas Covid-19 ou autre intervention en santé	Intérêt de voir les références possibles en Centre COVID+	Suivi et réponse assurée par MdM
Squat	Squat de la Seine	Aubervilliers		Identification possible de cas Covid-19 ou autre intervention en santé	Intérêt de voir les références possibles en Centre COVID+	Suivi et réponse assurée par MdM
Campements	Campement Rom	Saint Denis	Méto Université	Identification possible de cas Covid-19 ou autre intervention en santé	Intérêt d'une intervention d'une équipe mobile pour suivi de maladies chroniques	Suivi et réponse assurée par MdM
Campements		Saint Denis		Recherche de situations précaires	Sites éparpillés et mouvants	Pas d'intervention sur ces sites
Distribution Alimentaire	Restos du Cœur et Clinique mobile MSF	Paris	19 - Porte de la Villette	Observation des conditions de distribution alimentaire en parallèle de la Clinique Mobile	Renforcement du lien entre les activités de la CM et celle de distribution	Clinique mobile MSF une fois par semaine
Distribution Alimentaire	Aurore	Paris	18 - Bd Barbès	Observation des conditions de distribution alimentaire	Tenter une CM, malgré une localisation (Grand Boulevard) moyennement adaptée	Clinique mobile MSF, quelques fois puis renvoyée vers la Goutte d'Or
Distribution Alimentaire	Eglise Saint Bernard	Paris	18 - Goutte d'Or	Observation des conditions de distribution alimentaire	Clinique Mobile : bon site, mais moins de passage - à ancrer avec les assos et habitants du quartier	Clinique mobile MSF une fois par semaine
Personnes à la rue	Rue Riquet, Max Dormoy, Rue Ordener, Jardin d'Eole, rue d'Aubervilliers	Paris	18	Observations informelles de rue	S'intéresser aux référencements avec les acteurs en place et en lien avec la hotline	Suivi et réponse assurée par d'autres

Type de lieu	Site	Ville	Arrondissement ou quartier	Raison d'exploration	Action proposée	Intervention concrète
Centre d'hébergement d'urgence	Hôtel Kellerman géré par Coallia	Paris	13 - Porte d'Italie	Rencontre avec l'opérateur pour discuter les besoins en santé	Evaluation par équipe med pour intervention en équipe ou clinique mobile	Intervention réalisée en première intention par un groupement infirmier du territoire puis par MSF dans un second temps
Hôtel Social	Hôtels sociaux / 115 Samu Social	Saint Ouen		Observer les conditions de confinement et questionner les besoins en santé dans ces hôtels hébergeant des publics précaires avant la crise	Diffuser l'info sur les références possibles en Centre COVID+	Pas d'intervention sur ces sites
Squat	138 rue Stalingrad	Montreuil		Sur demande de l'ARS (avec mairie en CC) aller voir les modalités d'intervention en santé suite à deux refus des résidents de recevoir une consultation médicale	Travailler avec l'équipe projet une intervention : consultation médicale et possible intervention wash	Coordination non aisée avec les autres acteurs et finalement refus des résidents d'une intervention MSF
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	Cité Myriam	Montreuil		Rencontre avec l'opérateur pour discuter les besoins en santé	Pas de proposition d'intervention	Pas d'intervention sur ces sites
Squat	Association Baras, Locaux CPAM	Bagnolet		Identification possible de cas Covid-19 ou autre intervention en santé	Pas de proposition d'intervention	Suivi et réponse assurée par MdM
Centre d'hébergement d'urgence	Hôtel B&B géré par Coallia	Bondy		Rencontre avec l'opérateur pour discuter les besoins en santé ; 20 personnes du squat de la rue Stalingrad de Montreuil sont transférées dans ce CHU (55 puis 139 personnes)	Proposer de suivre ce site ; besoins rapportés par l'équipe de gestion pour intervention équipe mobile	Follow up équipe projet MSF
Centre de diagnostic Covid-19	Centre Sportif	Bondy		Comprendre les stratégies en santé à l'échelle d'une municipalité et les possibles besoins d'appui	Pas de proposition d'intervention ; RH nombreuses et capacité d'intervention du CMS	Pas d'intervention sur ce site
Personnes à la rue	Aéroport Charles De Gaulle	Roissy		Sur recommandation de l'équipe projet, observer et identifier les possibles besoins en santé	Proposition d'intervention à l'hôtel de Gonesse en support à la Croix Rouge	Plusieurs interventions d'équipes mobiles MSF
Hébergement privé	Résidence de travailleur. ses transsexuelles, Villa Biron	Saint Ouen		Rencontre avec l'association ACCEPTESS-T pour voir comment collaborer	Planification une intervention auprès de 59 personnes TDS confinées dans 13 studios d'un petit immeuble	Intervention avec une équipe mobile MSF : méd., inf, psy
Foyer de travailleurs migrants	Riquet géré par Adoma	Paris	19 - Flandre	Observations de conditions de confinement et identifications de possibles besoins santé ou wash	Discussion avec l'équipe projet selon leurs observations	Pas d'intervention sur ces sites
Foyer de travailleurs migrants	Henri Matisse par ADEF	Aulnay sous-bois		Observations de conditions de confinement et identifications de possibles besoins santé ou wash	Pas de proposition d'intervention	Pas d'intervention sur ces sites

Type de lieu	Site	Ville	Arrondissement ou quartier	Raison d'exploration	Action proposée	Intervention concrète
Foyer de travailleurs migrants	Calmette et Guérin par Coallia	Aulnay sous-bois		Observations des conditions de confinement et identifications de possibles besoins santé ou/et wash	Pas de proposition d'intervention	Pas d'intervention sur ces sites
Foyer de travailleurs migrants	Avenue du Parc par Adoma	Tremblay en France		Observations des conditions de confinement et identifications de possibles besoins santé ou/et wash	Pas de proposition d'intervention	Pas d'intervention sur ces sites
Quartier Populaire	Rues de quartiers populaires	Aulnay sous-bois		Observation de rues ; discussion avec la présidente de l'asso des femmes relais	Pas de proposition d'intervention	Pas d'intervention sur ces sites
Foyer de travailleurs migrants	Romainville par Coallia	Paris	19 - Porte des Lilas	Observations de conditions de confinement et identifications de possibles besoins santé ou/et wash - <i>Fait partie de la liste des foyers identifiés par le collectif des gilets noirs.</i>	Pas de proposition d'intervention	Pas d'intervention sur ces sites
Campements	Bois de Vincennes	Paris	12 - Bois de Vincennes	Observation et identification de possibles besoins en santé et Wash pour les résidents	Proposition d'intervention méd et éval wash	Plusieurs interventions d'équipes mobiles MSF
Camions / Travail du sexe	Bois de Vincennes	Paris	12 - Bois de Vincennes	Observation et identification de possibles besoins en santé pour les TDS	Pas de proposition d'intervention	Pas d'intervention sur ces sites
Distribution Alimentaire	Bar la Mutinerie	Paris	3 - Beaubourg	Proposition d'intervention auprès de personnes transsexuelles par ACCEPTESS-T en marge d'une distribution de colis alimentaires pour personnes hyper confinées sans papiers	Proposition de clinique mobile intégrée au salon de tatouage du bar	Intervention MSF en clinique mobile toutes les semaines
Quartier Populaire	Quartier Bois du temple	Clichy Sous-Bois		Observation et possible intervention med et wash pour les résidents des quartiers populaires	Creuser les opportunités d'intervention dans le quartier du bois du temple directement avec les habitants	Co-construction à suivre avec l'équipe projet MSF
Foyer de travailleurs migrants	Berthollet par Adoma	Aulnay sous-bois		Observations de conditions de confinement et identifications de possibles besoins santé ou wash à la demande de l'équipe projet	Proposition d'intervention med et wash	Intervention par l'équipe projet MSF
Quartier Populaire	Quartier Sablières	Villemonble		Observation et possible intervention med et wash pour les résidents des quartiers populaires	Creuser les opportunités d'intervention dans le quartier directement avec les habitants	Co-construction à suivre avec l'équipe projet MSF

Sites visités par l'équipe OutReach

Punaise = visite sans intervention // Étoiles = Avec intervention de MSF



Sites Visités- 27 mars - 6 mai

Styles individuels

- Asso - Secours Populaire
- Asso - Femmes relais Aulnay...
- Centre de diagnostic Covid+
- Squat - 138 Rue de Stalingrad
- Squat - de la Seine
- Squat - Shaeffer
- Squat - Asso Baras
- Campement - Rrom
- Hôtel Social - Prestige
- Hotel - Le 18 P. Clignancourt
- CHRS - Centre d'hébergement
- Hotel Social - Aux Bons Enfa...
- FTM - Coallia (Gilets Noirs) R...
- FTM - Adoma Parc
- FTM - ADEF Henri Matisse
- FTM - Adoma Riquet
- FTM - Coallia Calmette & Gu...
- Distrib' - Clichy sous Bois
- Cité des Sablières - Villemon...
- Cité - Bois du Temple - Clichy...

Sites visités et d'interventions MSF

Styles individuels

- Campement - Vincennes
- Personnes sans abri - Roissy
- CHU - Gymnase A. Renoir
- CHU - Coallia hôtel Kellerman
- CHU - Coallia B&B Bondy
- Hébergement TDS Transsex...
- Distrib' Grands Voisins - Clini...
- Distrib' Restos coeur - Cliniq...
- Distrib' Saint Bernard - Cliniq...
- Distrib' Mutinerie - Clinique ...
- FTM - Adoma Berthollet