

CRISE LIÉE

À LA PANDÉMIE

COVID-19

**Personnes en situation
de précarité-pauvreté
et professionnels de santé
analysent ensemble
la période et formulent
des recommandations**

**Rapport d'étude participative du Mouvement ATD Quart-Monde
dans le cadre du Fonds National de Démocratie Sanitaire**



Étude participative réalisée par
12 personnes en situation de précarité-pauvreté
et **13 professionnels de santé du Réseau Santé**
du Mouvement ATD Quart-Monde

Avec le soutien financier de :



SOMMAIRE

INTRODUCTION p. 4

Une démarche de démocratie sanitaire avec les personnes en situation de précarité-pauvreté

CHAPITRE 1 : MÉTHODE DE TRAVAIL p. 6

La parole des personnes en précarité-pauvreté comme fil rouge, et la co-construction avec les professionnels de santé pour penser et élaborer ensemble des préconisations

CHAPITRE 2 : CONSTATS ET ANALYSES P. 12

Une crise qui touche tous les domaines de la vie et qui affecte la santé dans toutes ses dimensions

2.1 - Accès aux droits et aux soins p. 13

La maltraitance institutionnelle s'est accentuée tant pour les personnes en grande pauvreté que pour les professionnels

« *Là, les consultations s'arrêtent et on devient de plus en plus stressé* »

2.2 - Isolement et perte des liens sociaux p. 17

Des conséquences sur la santé mentale et physique, et sur le bien-être des personnes

« *Depuis que les associations sont fermées, on ne sait plus où aller* »

2.3 - Vaccination et pass sanitaire p. 21

« *On ne sait plus qui croire, et ça divise !* »

2.4 - Alimentation p. 24

« *Se nourrir, ce n'est pas seulement manger* »

2.5 - Le numérique p. 27

Le numérique provoque des inégalités d'accès, de la rigidité et une dégradation de la relation

« *On veut des interlocuteurs humains, pas des répondeurs* »

CHAPITRE 3 : 6 MESSAGES-CLÉS p. 30

La crise du COVID, révélateur et amplificateur des inégalités

3.1 - Les effets amplificateurs p. 31

« *Si nous n'étions pas en situation de précarité, tout cela n'aurait pas eu autant d'impacts sur notre vie... car il suffit d'un déséquilibre pour tomber* »

3.2 - Une communication contradictoire qui a largement entamé la confiance des populations et la crédibilité des autorités p. 34

« *Le gouvernement, ils ne savent pas où ils en sont alors nous... un coup noir, un coup blanc, ça trotte dans la tête* »

3.3 - La non-confiance : amplifiée par la peur, atténuée par la posture professionnelle	p.35
<i>« On nous apprend à avoir peur les uns des autres »</i>	
3.4 - Tout fermer brutalement a eu des conséquences graves	p.37
<i>« Au moment où on en a le plus besoin, le soutien psychologique s'arrête »</i>	
3.5 - Conserver des liens humains et la possibilité de contacts humains, est vital	p.38
<i>« J'ai pris l'habitude de ne plus sortir (...). L'isolement est un cercle vicieux »</i>	
3.6 - La liberté de choisir : un bien encore plus précieux quand on vit la pauvreté	p.40
<i>« Pour me sentir libre (...), pouvoir choisir... et faire valoir ce droit de choisir »</i>	

CHAPITRE 4 : PRÉCONISATIONS POUR MIEUX TRAVERSER LES CRISES, ET SURTOUT POUR RÉTABLIR LA JUSTICE ET LA DIGNITÉ EN TEMPS ORDINAIRE P. 42

4.1 - Trois recommandations socles p. 43

1^{ère} recommandation-socle : p. 44

Toujours associer les personnes en situation de précarité aux prises de décisions à tous les niveaux (de la vie nationale à locale), avec le souci et les moyens d'aller chercher celles qui sont les plus éloignées
« Décider pour nous sans nous c'est souvent contre nous »

2^{ème} recommandation-socle : p. 44

Privilégier des mesures permanentes et durables, maintenues en situation de crise pour que les plus pauvres disposent d'un véritable filet de sécurité, et en allant à la rencontre des plus pauvres
« Si on a vraiment ses droits, on a moins besoin de mesures exceptionnelles »

3^{ème} recommandation-socle : p. 45

En situation de crise ne jamais tout fermer et maintenir le lien humain avec des services minimum (publics et associatifs) et un accès à des droits et à des interlocuteurs pour éviter aux personnes l'aggravation de leur situation
« Toujours un lieu ouvert avec des liens humains »

4.2 - 8 ambitions essentielles déclinées en 30 préconisations p. 46

- A** - Garantir l'accès effectif aux droits, et veiller à maintenir en temps de crise la continuité des services de proximité afin d'éviter les ruptures
- B** - Prendre soin des liens, éviter l'isolement : des conditions de la santé mentale de tous
- C** - Au niveau local développer des lieux et des temps ouverts et accessibles pour que les plus pauvres participent à la vie locale et aux décisions
- D** - Promouvoir une alimentation digne, durable et de qualité
- E** - Réformer l'aide alimentaire pour qu'elle ne soit pas indigne et humiliante
- F** - Promouvoir pour tous un logement de qualité, vecteur de meilleure santé
- G** - Former l'ensemble des acteurs de la santé à la connaissance de la grande pauvreté
- H** - Veiller à une meilleure communication en temps de crise

CONCLUSION : IL EST TEMPS D'AGIR P. 64

Que les droits soient effectifs pour ne laisser personne de côté...

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des auteurs de cette étude participative p. 67

Annexe 2 : Pour aller plus loin p. 69

Annexe 3 : Mots-clés relatifs à cette étude p. 70

INTRODUCTION

UNE DÉMARCHE DE DÉMOCRATIE SANITAIRE AVEC LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ-PAUVRETÉ

Le Mouvement ATD Quart-Monde a signé début 2021 une convention dans le cadre du fonds national pour la démocratie sanitaire intitulée : **« Les plus pauvres, acteurs et partenaires en démocratie en santé : un groupe de militant·e·s Quart Monde¹ santé-sentinelles partenaires en Démocratie Sanitaire pendant et après la crise du Covid »**.

Les objectifs en sont :

- ① Produire des connaissances sur les effets de cette période de crise sur la santé des personnes en situation de précarité et l'impact de cette situation sur leurs conditions de vie et sur leurs droits.
- ② Exercer un rôle sentinelle, participer à une évaluation des politiques publiques d'information et de prévention, et produire des préconisations et ou des propositions innovantes issues des travaux avec une construction collective impliquant des citoyens ayant eu ou vivant l'expérience de la grande pauvreté (« groupe militant·e·s Quart-Monde santé sentinelles »), et des professionnels de santé.

Les participants sont :

- D'une part des personnes vivant ou ayant vécu en précarité ou en grande pauvreté ; la plupart d'entre elles ont l'expérience des *labos d'idées*, des *Universités Populaires Quart Monde* et/ou des *coformations* ; elles ont alors déjà pratiqué des méthodes leur permettant d'être acteurs et partenaires en démocratie en santé².
- D'autre part des professionnels de santé, proches du Mouvement ATD Quart-Monde, dont l'activité quotidienne ou récente est en relation avec des personnes en situation de pauvreté.

Ce rapport d'étude³ participative est le fruit du travail collectif réalisé en 2021 dans le cadre de cette convention.

Les constats et les préconisations émis concernent l'ensemble des personnes en situation de précarité **et seront, de ce fait, profitables à toutes et à tous**. Ceci, dans le cadre de la crise actuelle liée à la pandémie

Covid-19, bien sûr, mais également au-delà, ***dans le cadre de l'accès aux soins et à la santé pour tous.***

Les professionnels du champ sanitaire et social qui ont participé à ces travaux en croisement des savoirs, seront également sources de transformation des pratiques dans leurs institutions, forts des nouvelles connaissances acquises.

Le premier chapitre présente notre méthode de travail : une approche basée sur le vécu et l'analyse des personnes en difficulté qui entrent en dialogue avec des professionnels. Cette approche que nous avons mise en œuvre s'inspire de la méthode du Croisement des Savoirs et des Pratiques, propre au Mouvement ATD Quart-Monde.

Le deuxième chapitre présente les connaissances issues de nos travaux, avec un retour sur la période de crise liée à la pandémie Covid-19 au travers de 5 thèmes qui sont :

- ❶ **l'accès aux droits et aux soins ;**
- ❷ **l'isolement et la perte des liens sociaux ;**
- ❸ **la vaccination et le pass sanitaire ;**
- ❹ **l'alimentation ;**
- ❺ **le numérique.**

Tout au long de ce chapitre le lecteur trouvera des verbatim issus de nos travaux, ce sont les verbatim des personnes en difficulté ou des professionnels. L'analyse pour chacun de ces thèmes présente un regard assez critique sur la dégradation des conditions de santé des personnes fragiles et/ou isolées pendant la pandémie. C'est pourquoi notre groupe a tenu à émailler ces analyses d'exemple de résistances, de combats quotidiens et d'entraides, venant soit de l'expérience des personnes en difficulté soit de la pratique des professionnels.

Le 3^{ème} chapitre formule, par-delà les approches thématiques du 2^{ème} chapitre, 6 messages-clés essentiels à retenir de cette période.

Le 4^{ème} chapitre présente les préconisations que les auteurs de cette étude souhaitent porter à la connaissance des institutions, des professionnels, des associations et des citoyens. Ces 30 préconisations concrètes sont regroupées en 8 ambitions, qui dessinent la volonté d'une société plus juste et plus digne. Avant de détailler ces ambitions et ces préconisations, nous formulons 3 recommandations-socle, appelées ainsi car elles donnent toute leur consistance et leur assise aux préconisations qui suivent.

1. Le terme « *militant Quart-Monde* », dans le Mouvement ATD Quart-Monde, désigne les femmes et les hommes qui vivent une situation de grande pauvreté ou de précarité, et qui s'engagent au sein du Mouvement pour lutter contre la misère et prendre la parole, au nom des personnes vivant la même situation.

2. *Les labos d'idées, les Universités Populaires Quart-Monde et les coformations par le croisement des savoirs et des pratiques* constituent des modalités de travail créées et pratiquées par ATD Quart-Monde. Leur point commun est de faciliter, dans des dynamiques collectives, la pensée et l'expression de personnes en situation de pauvreté, en dialogue avec d'autres citoyens d'horizons divers. Pratiquer ces méthodes – ici sur le thème de la santé – permet d'être ensemble acteurs de changement : voilà ce que signifie « être acteurs et partenaires en démocratie en santé ».

3. Rapport d'étude ? Ou rapport de recherche participative ? Le groupe des participants (auteurs) a opté pour l'expression « Rapport d'étude » au sens de « Rapport d'étude participative ». En effet, « *On a tous participé, on a réfléchi les uns avec les autres, on a travaillé* » ; « *On a cherché ensemble des solutions* » ; « *Mais on n'est pas [tous] chercheurs comme de vrais chercheurs* ».

CHAPITRE 1

MÉTHODE DE TRAVAIL :

LA PAROLE DES PERSONNES

EN PRÉCARITÉ-PAUVRETÉ COMME FIL ROUGE,

ET LA CO-CONSTRUCTION AVEC

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

POUR PENSER ET ÉLABORER ENSEMBLE

DES PRÉCONISATIONS.

1.1

Un collectif de participants actifs, auteurs de ce rapport

28 personnes ont **directement** contribué à cette étude de juillet 2021 à janvier 2022 : 12 militants Quart-Monde, 13 professionnels, 3 animateurs. Aucune n'a été simplement « interviewée », pour que d'autres analysent sa parole, ce qui est le principe quasi-permanent des recherches.

Ce collectif de travail est l'auteur de ce rapport (voir la liste nominative pages 54-55) :

25 auteurs ont apporté et construit tous les contenus : récit des vécus, confrontation d'idées, analyses des matériaux, choix des thèmes importants, jusqu'à la validation du plan, des titres et des contenus, avant une relecture finale. **3 animateurs** ont facilité les échanges et tenu la plume.

De janvier à juillet 2021, la plupart de ces 12 militants Quart-Monde⁴, ainsi que 6 autres, avaient participé à des rencontres préalables, qui ont donné lieu à un premier rapport, remis et diffusé en même temps que le présent rapport, à partir de février 2022. D'autre part, 3 autres professionnels ont également contribué (en plus des 13) à ces travaux en juillet 2021, sans pouvoir poursuivre jusqu'au bout leur participation.

Au total 37 personnes ont donc contribué à cette étude, initialement ou durablement.

Voici les principales raisons qui expliquent pourquoi 6 militants Quart-Monde n'ont pas pu s'engager à participer fin 2021, notamment aux regroupements en présentiel lors de week-ends :

- Problème de santé empêchant les déplacements
- Contraintes familiales et enfants à charge
- Refus du pass sanitaire
- Désintérêt pour parler de nouveau de la pandémie et de la Covid
- Désintérêt pour des échanges en partie à distance (= en visioconférence).

Voici les principales raisons qui expliquent pourquoi 3 professionnels n'ont pas donné suite, ainsi que d'autres professionnels sollicités en septembre 2021 :

- Manque de disponibilité générale et/ou aux dates requises
- Sentiment de moindre légitimité lié à leur départ en retraite (de quelques mois ou années).

4. Voir note 1 au bas de la page 5

Avant de préciser l'approche retenue (en point 1. 2), le déroulement des travaux (1. 3), et les choix quant à la rédaction (1. 4), présentons quelques caractéristiques des **25 auteurs** :

LE « NOYAU DUR » DES 12 MILITANT·E·S QUART-MONDE, QUI CONNAISSENT LA PRÉCARITÉ-PAUVRETÉ.

- ◆ Ces personnes sont âgées de 37 à 71 ans.
- ◆ 3 hommes, 9 femmes.
- ◆ La plupart sont engagées dans la vie associative (au-delà d'ATD Quart-Monde) ou dans la vie de leur quartier. L'une d'entre elles a une activité professionnelle.
- ◆ Plusieurs d'entre elles ont l'expérience du handicap ou de la maladie chronique. En particulier une personne en dialyse et trois personnes en fauteuil roulant ont levé les obstacles pour pouvoir participer aux regroupements loin de chez elles.

LE « NOYAU DUR » DES 13 PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

- ◆ Ces professionnels sont âgés de 43 à 75 ans.
- ◆ 3 hommes, 10 femmes.
- ◆ Ils sont principalement infirmiers et médecins (voir le détail page 54).
- ◆ 7 sont retraités et souvent très actifs, avec ATD Quart-Monde et au-delà.
- ◆ Tous ont travaillé ou travaillent en relation avec des personnes en situation de précarité-pauvreté.

Une partie de ces personnes en situation de pauvreté et de ces professionnels ont l'habitude de travailler ensemble au sein du réseau Wresinski Santé.

Les lieux géographiques couvrent 13 départements différents, principalement dans la partie est de la France. Corbeil-Essonnes (91), Ivry-sur-Seine (94), Nancy (54), Pont-sur-Madon (88), Epinal (88), Goersdorf (67), Plombières-lès-Dijon (21), Feyzin (69), Saint-Etienne (42), Chambéry (73), Valence (26), Arles (13), Montpellier (34), Lamothe-Capdeville (82).

Tous sont impliqués sur la base du volontariat et du bénévolat. Une prise en charge des frais de déplacements et d'hébergement-restauration était prévue lors des séminaires en présence.

1.2

L'approche adoptée : inspirée du Croisement des Savoirs et des Pratiques

Nous présentons ici quelques principes éthiques et méthodologiques du Croisement des Savoirs et des Pratiques, car cette démarche ne peut se réduire à une méthode ou à l'utilisation de techniques que l'on appliquerait.

Quelques principes éthiques du Croisement des Savoirs et des Pratiques :

- Considérer chaque personne en situation de pauvreté comme quelqu'un qui réfléchit à part entière et qui *peut m'apprendre certaines réalités que personne d'autre ne peut m'apprendre sur la pauvreté et la société.*
- Accepter de questionner son propre savoir, ses représentations, ses pratiques et être prêt à faire place aux questions nouvelles et au savoir encore méconnu que portent les personnes les plus exclues. Ce précepte s'applique bien sûr aux personnes qui participent au Croisement des Savoirs et des Pratiques, **mais il interroge aussi chaque lecteur dans la façon dont il recevra les éléments apportés par cette étude.**

Une pédagogie du croisement a été élaborée. Elle permet à chacun d'exprimer sa pensée, de la construire au sein d'un collectif de pairs, de réellement entendre celui qui a le plus de difficultés, de prendre en compte sa réflexion. Elle permet une coproduction de savoirs pour des transformations sociales. Ci-dessous quelques principes méthodologiques essentiels :

- **Le travail en groupe de pairs** : essentiel pour permettre une parole libre et passer de l'expression individuelle au récit collectif. Le groupe facilite pour chacun de pouvoir s'exprimer avec des personnes qui vivent le même type de situation, sans crainte de jugement, de non-compréhension.
- **La co-animation** : pour maintenir une égalité des positions, la co-animation par une équipe dédiée est un pilier important, chaque animateur ayant en référence un groupe de contributeurs. Pour notre étude, il y a eu 3 rôles différents et complémentaires dans l'équipe d'animateurs :

- ◆ Le groupe de personnes en précarité a toujours été animé par une salariée du Mouvement ATD Quart-Monde, professionnelle de santé publique (notamment santé communautaire). Cette personne a également organisé la venue des personnes lors des déplacements pour les séminaires en présentiel. Sa prise de notes et ses comptes-rendus ont permis d'assurer des restitutions lors du travail en séminaires en présentant une parole collective basée sur les discussions des personnes et pas simplement sur le témoignage d'une personne.
- ◆ Le groupe de professionnels de santé a été animé par un professionnel de l'animation de ce type de démarche, lui-même membre de longue date du Mouvement ATD Quart-Monde.
- ◆ Les séminaires en présentiel ont été animés par les 3 animateurs : les 2 personnes mentionnées ci-dessus et un 3^{ème} professionnel de l'animation des démarches participatives, impliqué dans le soutien des démarches de Croisement des Savoirs et des Pratiques.

→ **La parole des personnes en situation de pauvreté comme point de départ et comme fil rouge** : si on veut rétablir l'égalité, il faut reconnaître que c'est d'abord l'inégalité qui prévaut. Un soin particulier est donc donné à la pensée des personnes en situation de pauvreté, qui ensuite entre en dialogue avec celle des professionnels. Une importance particulière est donnée au respect de la parole et des mots de chacun, d'où le recours fréquent aux verbatim.

→ **Analyse croisée et confrontation** : les résultats respectifs de chacun des groupes de pairs sont soumis à l'autre groupe. Les points de convergence, mais également les points de blocage font l'objet de travaux en commun : d'où le terme de croisement des savoirs et des pratiques.

→ **Co-écriture et maîtrise des résultats** : nous l'avons dit plus haut : ici pas de « *témoins* » ou de « *population enquêtée* » face à des « *chercheurs-penseurs* ». Les professionnels partent aussi de leur vécu, de leurs récits, et pas seulement de leurs analyses. Et de même, les personnes en situation de pauvreté sont partie prenante de l'analyse. Dans un 2^{ème} temps de la démarche, la production des préconisations est réalisée en commun, au sein de petits groupes mixtes réunissant personnes en situation de précarité et professionnels.

5. Pour en savoir plus : <https://www.atd-quartmonde.fr/nos-actions/reseaux-wresinski/croisement-des-savoirs/le-croisement-des-savoirs-et-des-pratiques/>

1.3

Le déroulement

Les « militants Quart-Monde » ont commencé à travailler en visioconférences, en groupe de pairs dès le début de l'année 2021. Ces premières réflexions ont d'une part été formalisées dans un rapport complémentaire à ce présent rapport (et publié en même temps); elles ont d'autre part servi de base aux travaux de juillet à décembre 2021, notamment en identifiant quelques thèmes clés qui vont structurer le chapitre 2 de ce rapport.

Une rencontre *trait d'union* en présentiel a eu lieu en juillet 2021 en région parisienne, lors d'un rassemblement national du Mouvement ATD Quart-Monde. Deux demi-journées ont été consacrées à ce projet : une 1^{ère} demi-journée a consisté en un travail par groupe de pairs c'est à dire que les professionnels de santé se sont rencontrés indépendamment des personnes en difficulté et de même les personnes en difficulté ont d'abord travaillé ensemble. La 2^{ème} demi-journée a réuni l'ensemble des contributeurs, avec un premier temps de constitution du groupe d'étude pour créer la dynamique collective par des exercices d'interconnaissance ; puis avec un second temps de présentation réciproque des vécus et des analyses de chacun des deux groupes de pairs ; avant d'identifier, de conforter, d'approfondir les convergences, les divergences (en fait peu nombreuses), les points à approfondir.

C'est à la suite de cette rencontre que le groupe de professionnels de santé et le groupe de militants Quart-Monde se sont définitivement stabilisés en fonction de la possibilité d'engagement des uns et des autres.

L'essentiel du travail de « production » (constats issus du vécu et de l'expérience, analyses, préconisations) a été effectué entre septembre et décembre 2021 par **alternance entre des visioconférences par groupes de pairs et des rassemblements lors de 2 week-ends**. Un premier week-end à Nîmes début novembre puis un autre week-end à Montreuil début décembre.

Au total, à part quelques absences ponctuelles liées aux contraintes de la vie, chaque participant a participé à une dizaine de visioconférences de 2 heures et à 3 rassemblements d'environ 2 jours chacun. Sans oublier, entre ces temps collectifs, des temps de réflexion personnelle, des contacts informels, des lectures de comptes-rendus, des moments de rédaction de synthèses ou d'exemples, du travail de relecture du rapport etc... et même ponctuellement pour certains la participation à deux séances du Comité de pilotage de la démarche.

Tout ce travail n'aurait pas été possible sans un minimum de matériel adéquat. Jusqu'au mois de juin, chaque militant Quart-Monde a utilisé son propre matériel en autonomie (téléphone portable, ordinateur) ou bien s'est appuyé sur un proche au sein d'ATD Quart-Monde. A partir de juillet, 10 tablettes ont été achetées et mises à disposition (modèle Ardoiz proposé par la Poste). Pour certains, ces tablettes ont renforcé leur autonomie pour participer aux travaux collectifs. Pour quelques autres cela n'a pas suffi du fait des difficultés de connexion ou de maîtrise de l'outil.

Les visioconférences ont permis un véritable travail de préparation et d'approfondissement d'un certain nombre d'idées et de vécus à partager mais l'essentiel du travail le plus productif s'est effectué lors des rassemblements, sur les week-ends : c'est là que le lien se renforce entre l'ensemble des contributeurs et que l'intelligence collective produit tout son intérêt.

Mais si les week-ends réunissant les deux groupes ont été très productifs, c'est parce que les visioconférences en groupe de pairs ont été elles-mêmes très intenses, suffisamment rapprochées durant les mois de septembre, octobre et novembre 2021.

Fidèles à la démarche du Mouvement ATD Quart-Monde, la méthode a permis de partir de la parole, du vécu et de l'analyse issue de l'expérience de vie des personnes en précarité. Les personnes les plus précaires ont vraiment pris la parole, elles à qui on ne la donne quasiment jamais et qui ne participent jamais aux décisions à prendre, alors qu'elles sont les premières concernées.

1.4

La rédaction du rapport

Cette parole se confronte au vécu et à l'analyse des professionnels de santé, soit parfois pour converger et établir, chacun de son point de vue, les mêmes constats, soit pour noter que les perceptions ne sont pas les mêmes. Il y a alors un travail dit de confrontation constructive pour trouver et formuler collectivement ce que révèlent ces différences de perception.

C'est seulement à partir de cette confrontation et cette recherche de compréhension que les deux groupes de pairs peuvent co-élaborer des préconisations : celles-ci sont véritablement basées sur l'expérience de vie des personnes en difficulté et elles ont été pensées, réfléchies et formulées avec ces mêmes personnes et avec des professionnels de santé.

Au sein des 3 animateurs de la démarche, un d'entre eux était plus spécifiquement chargé de la rédaction du rapport, non pas comme un chercheur écrirait un rapport, mais comme un écrivain public tenterait d'être fidèle à la pensée d'un auteur, ici un auteur collectif. Son travail a été soutenu, relu, enrichi par les 2 autres animateurs. Les comptes-rendus intermédiaires des visioconférences et les comptes-rendus des séminaires en présentiel ont constitué les bases indispensables au moment de la rédaction finale.

Le plan a été travaillé, amendé lors des visioconférences par groupe de pairs. Puis le dernier séminaire en présentiel (Montreuil, décembre 2021) a permis la validation définitive du plan et un travail de rédaction collective de l'ensemble du sommaire (formulation précise des titres et des sous-titres, choix des verbatim d'illustration, etc).

Le présent rapport est volontairement très enrichi de « verbatim » exprimés tout au long du travail collectif. On y repère généralement s'il s'agit de verbatim tenus par des professionnels ou par des personnes en situation de pauvreté. Ces verbatim sont nombreux, ils ne sont pas à considérer comme de simples « témoignages ». Parfois ce sont en effet des illustrations : tel propos personnel illustre un vécu, un ressenti et vient soutenir une idée. Parfois ce sont des extraits des divers comptes-rendus des visioconférences ou des séminaires, contenant les propos d'un collectif, dépassant le statut d'illustration : ce sont de véritables analyses, des savoirs issus de l'expérience qui sont proposés.

C'est donc un parti-pris rédactionnel, de mêler étroitement l'écriture classique et les verbatim vivants, tant les 25 auteurs et les 3 rédacteurs sont persuadés que la compréhension des situations et la restitution de l'intelligence collective, passent par le dialogue entre ces deux registres.

CHAPITRE 2

CONSTATS ET ANALYSES :

UNE CRISE QUI TOUCHE

TOUS LES DOMAINES DE LA VIE

ET QUI AFFECTE LA SANTÉ

DANS TOUTES SES DIMENSIONS

Là, les consultations s'arrêtent et on devient de plus en plus stressé

2.1

Accès aux droits et aux soins : la maltraitance institutionnelle s'est accentuée tant pour les personnes en grande pauvreté que pour les professionnels

La crise liée à la pandémie Covid-19 a entraîné pour beaucoup un arrêt des soins, le report et l'annulation de rendez-vous, une attente plus longue et des démarches administratives de plus en plus compliquées, des difficultés de transport qui ont la plupart du temps conduit à un renoncement aux soins et à l'accès aux droits.

A ♦ L'arrêt des soins

Depuis la pandémie de la Covid 19, certaines consultations se sont arrêtées et n'ont pas été remises en route : les consultations des psychologues, des kinésithérapeutes et des podologues par exemple. L'arrêt brusque de ces soins a des conséquences néfastes sur l'état de santé en général mais surtout sur la santé mentale des personnes en situation de précarité.

« Au moment où on en a le plus besoin, ce soutien psychologique s'arrête. »

Durant cette période le stress et l'angoisse ont augmenté : le besoin d'en parler devient plus vital. L'arrêt des consultations plonge donc les personnes en difficultés dans un cercle vicieux : **« On angoisse et on stresse plus par rapport à la Covid, mais là les consultations s'arrêtent et on devient de plus en plus stressé. »**

Ces consultations régulières sont aussi des repères pour ceux qui sortent rarement de chez eux : *« Les rendez-vous avec le kiné et le psychologue me permettaient de suivre quel jour on est. Depuis qu'il y a la Covid et l'arrêt des soins, j'ai beaucoup de mal avec le temps, le jour, le mois et même l'année. »*

B ♦ Les téléconsultations ne sont pas une solution, car la confiance n'est pas là

Remplacer les consultations par des téléconsultations ou des consultations à distance n'est pas adapté aux personnes en situation de précarité : *« On ne parle pas de la même façon », « Ce n'est pas rassurant »*. Faire confiance est très difficile quand on a la vie difficile : c'est devenu encore plus compliqué quand le professionnel de santé n'est pas en face de soi.

Beaucoup de professionnels confirment cela : *« La dématérialisation diminue l'accès aux droits pour les plus en difficulté »*. Ils constatent eux aussi que : *« pour les personnes précaires la santé continue à être un parcours semé d'embûches. Une porte s'ouvre mais plus loin une autre se ferme ! »*

« La dématérialisation est un obstacle en plus quand on n'est pas équipé et qu'on ne maîtrise pas l'informatique. », disent les personnes en situation de pauvreté. Les professionnels déplorent que l'on n'ait pas pensé les décisions en analysant les conséquences avec les personnes elles-mêmes, sans notamment prendre en compte qu'un nombre non négligeable de personnes n'ont pas accès aux dispositifs numériques : il aurait fallu proposer systématiquement des alternatives, ont-ils dit.

Les personnes en situation de pauvreté et les professionnels de santé ont constaté l'importance de laisser parfois la porte ouverte d'une consultation ou d'une association, malgré l'injonction de rester fermé.

« C'est le travail de proximité et l'engagement des professionnels et des associations, plus que les téléconsultations, qui ont limité les effets de la crise » ont dit les professionnels.

C ♦ Le report et l'annulation des rendez-vous

Dans certains cas, les consultations ne sont pas annulées mais reportées à des dates ultérieures, une voire plusieurs fois. Ces reports aussi entraînent des répercussions sur la santé des personnes en situation de précarité et sur leur vie quotidienne.

« Nous, on ne peut pas faire face à des réductions brusques de nos sources de revenus, on n'a pas des sous mis de côté. »

EXEMPLE DU REPORT DE SOINS À L'INAPTITUDE AU TRAVAIL

Une des personnes contributrices de l'étude devait être opérée mais son opération a été reportée à cause de la Covid 19. Elle a donc été déclarée inapte à travailler. En plus des douleurs qu'elle a dû supporter pendant des mois supplémentaires, du stress lié à l'attente d'une autre date et de l'impossibilité de pouvoir travailler, elle a fait face à une diminution de ses ressources. La situation est devenue un cercle vicieux à l'intérieur duquel elle était perdue dans l'angoisse et l'inquiétude.

Les professionnels du collectif d'étude ont regretté que tout le système de santé ait été mobilisé sur l'urgence infectieuse et que les maladies chroniques et la santé mentale aient été délaissées.

Une personne du groupe d'étude avait une opération de la cataracte programmée : finalement suite aux reports l'opération a eu lieu un an après la date



prévue. Elle a vécu avec une vue très basse pendant toute la période, avec en plus l'angoisse de ne pas pouvoir se faire opérer à temps.

D ♦ Ces reports et ces annulations accentuent le sentiment d'être abandonné : « On est deux fois rejetés »

Par-delà les conséquences concrètes de ces reports, la signification qu'elles prennent pour des personnes en grande difficulté est à entendre : « Je me sens abandonné. », « Je me sens encore plus discriminé. », « Je me demande pourquoi ma maladie n'est pas prioritaire, est-ce parce que c'est moi ? »

Un participant rapporte les propos d'une personne sans domicile, qui lui disait que « quand on vit dans la rue, déjà on se cache puisqu'on se sent mal vu, alors quand on nous refuse un soin ou qu'on nous reporte un rendez-vous, on est deux fois rejetés. »

« Les personnes en situation de précarité n'abandonnent pas les soins, ce sont souvent des absences de soins déguisées. »

Les professionnels de santé ont constaté cet effet d'abandon : par exemple, les délais très longs pour une prise de rendez-vous ou la fin de validité d'un devis de soins ont conduit à un découragement et bien des personnes n'ont pas recommencé ces démarches après le confinement.

Les reports de rendez-vous ont donc des répercussions sur la vie des personnes qui peuvent devenir dramatiques au niveau social (perte d'emploi, baisse de ressource, etc.) mais aussi au niveau physique et mental (aggravations des maladies, dépression, etc.).

.....

E ♦ Une attente plus longue, des démarches administratives compliquées, souvent à distance : ce sont des situations qui empirent et se dégradent fortement

La pandémie a conduit à une désorganisation des démarches administratives, délais d'attentes plus longs, accueils physiques fermés, démarches dématérialisées et à distance. Pour les personnes en situation de précarité, ces changements ne sont pas sans conséquences. Quand les démarches se prolongent, les droits ne sont pas ouverts, les sources de revenus des personnes en situation de précarité diminuent.

Les exemples sont nombreux : une personne a perdu son logement à cause des impayés suite à l'attente des régulations de la CAF. Une autre est retournée habiter chez sa mère suite à une longue démarche administrative sans fin qui a coupé ses sources de revenus...

Faire plusieurs allers-retours quand on a des problèmes de transport (et qu'on paye soi-même le transport en commun avec le peu de ressources

EXEMPLES DE RÉSISTANCE ET SOLIDARITÉ

Soulignons l'importance des associations et de leur rôle, pour briser l'isolement, mais aussi pour apporter des solutions pratiques et souples pour se nourrir et se laver. Le maintien de ces liens personnels, de ces solidarités, a été une soupape de sécurité pour les personnes les plus en difficulté.

Parfois c'est simplement la solidarité et la confiance qui offrent un répit : « *Ma femme ayant le Covid, elle n'a pas pu travailler pendant 2 mois (en intérim). Nous n'avons donc pas pu payer notre loyer... mais notre propriétaire a accepté d'échelonner le paiement de ces 2 mois !* »

qu'on a), ou arriver à faire des démarches à distance quand on n'est pas équipé, deviennent un parcours du combattant.

.....

F ♦ Une baisse des ressources en l'absence d'épargne est intenable

Faire plusieurs allers-retours pour les démarches administratives pour les personnes en situation de précarité, qui souvent travaillent à l'heure, diminue leur temps de travail et a nécessairement un impact

EXEMPLES DE RÉSISTANCE ET SOLIDARITÉ

« *Dans le quartier du Haut du Lièvre à Nancy tout était fermé au premier confinement (administration, poste, associations, accès à la photocopieuse). Les gens qui me connaissaient comme ancienne femme relais venaient quand même chez moi pour que je les aide à faire leurs papiers et on faisait attention aux gestes barrières : personne n'a eu la Covid.* »

Face à ces constats, des professionnels insistent sur l'importance que les démarches ne trainent pas en longueur : « *Ça demande trop d'énergie aux personnes.* » Pour les professionnels sensibles à cela, deux éléments ont été importants dans leur pratique pendant la crise : la régularité des contacts avec les professionnels de santé habituels, y compris si c'était par téléconsultations faute de mieux. Et la nécessité de garder un lien personnel : « *Pendant le confinement dans la Drôme avec ma collègue infirmière nous avons appelé toutes les personnes des résidences sociales, même celles chez qui on n'intervenait pas ou qu'on ne connaissait pas : elles ont apprécié que quelqu'un demande comment elles allaient.* »

sur leurs ressources. Et ici encore, cette pandémie met en lumière que les personnes en situation de précarité n'ont pas d'épargne et ne peuvent pas faire face à des imprévus. Une baisse de ressources suite à un droit non ouvert ou retardé a un impact sur l'ensemble de leur quotidien : « *Quand on n'a pas le budget, c'est le budget alimentation qu'on baisse* ». Les professionnels ont constaté également que les revenus des plus précaires ont encore chuté lors des confinements (revenus liés à des petits travaux par exemple, des contrats très courts...)

G ♦ Ces attentes prolongées, souvent non expliquées, engendrent incompréhension, puis un sentiment de colère et d'agressivité

Une personne a effectué des démarches pour son logement et elle n'a pas eu de retour malgré les relances : « *Je deviens agressive, j'ai même envie d'enfreindre les lois, d'arrêter de payer mes loyers pour exprimer ma colère et ma frustration.* »

L'attente de la régularisation des papiers est aussi nocive pour la santé mentale. Une personne a raconté qu'elle a dû faire des démarches administratives suite au décès d'un proche. Les délais ont été très longs et pendant ce temps, ni elle ni la famille n'ont pu faire le deuil.

EXEMPLE D'ÉVOLUTION INSTITUTIONNELLE

Le renouvellement automatique de la CSS ou de l'AME, une décision utile. Paradoxalement, dans cette période, certaines démarches ont été momentanément simplifiées, rappellent les professionnels : ce fut le cas pour le renouvellement automatique de la CSS⁶ ou l'AME⁷. Les professionnels regrettent toutefois qu'il n'y ait pas eu d'envoi d'attestation papier pour établir et prouver ce renouvellement. Sinon, disait une professionnelle : « *Tout ce qui complique (dont le numérique) augmente le renoncement aux soins, et de façon toujours plus importante pour les personnes en difficulté.* »

H ♦ Les difficultés des transports sanitaires

Les personnes ont aussi identifié cette difficulté : il est de plus en plus compliqué de trouver un véhicule sanitaire léger. Les démarches pour les avoir sont très longues mais en plus, leur nombre est réduit. Il faut savoir se débrouiller pour arriver à en avoir : « *Je suis obligé d'appeler plusieurs villes pour en trouver un.* »

6. La CSS, Complémentaire Santé Solidaire mise en place le 1^{er} novembre 2019, a remplacé la CMUc (Couverture Maladie Universelle complémentaire) et l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé).

7. AME : Aide Médicale de l'État.

Conclusion : des décisions anodines aux conséquences dramatiques

Toute une série de décisions anodines pour ceux qui les prennent (professionnels de santé, administrations...) plongent les personnes dans le cercle vicieux de la précarité, dont il est très difficile de sortir.

Une attente prolongée pour une démarche ou un soin n'a pas les mêmes conséquences pour des personnes plus aisées, qui arriveront à faire valoir leurs droits, qui auront des sécurités par

ailleurs leur permettant de ne pas plonger. Mais pour une personne qui a peu de ressources et pas d'épargne, beaucoup de stress et d'angoisse liés à la peur du lendemain. Pour une personne qui souffre souvent de la honte et de l'humiliation d'avoir à demander, cela peut s'avérer dramatique et peut même faire perdre le peu de droits qu'elle a : logement, ressources...

Ce sont des adaptations auxquelles les personnes en situation de précarité ne peuvent pas faire face, c'est pourquoi elles disent : « *Pendant et après une crise, j'ai plus besoin de soins et de proximité avec les professionnels des soins (santé et bien-être). Pendant et après une crise, j'ai besoin de moyens pour m'adapter aux changements brusques et éviter de tomber dans la grande pauvreté. J'ai besoin d'un accompagnement adapté.* »

2.2

ISOLEMENT ET PERTE DES LIENS SOCIAUX : DES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE, ET SUR LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES

Cette question de l'isolement est une caractéristique des situations de précarité : le fait d'être éloigné des liens sociaux ordinaires, de ne pas pouvoir ni savoir à qui s'adresser pour résoudre un problème est constitutif des situations de pauvreté. Il s'agit finalement d'une difficulté d'accès aux ressources que celles-ci soient financières ou sociales. C'est pourquoi la situation de confinement mis en place brutalement a imposé une sorte de double peine pour ceux qui sont déjà en situation de laissés-pour-compte.

À cette situation qui touche particulièrement les citoyens les plus fragiles, les institutions (notamment celle de la santé, du social ou de l'école) ont montré elles aussi une forme de repli sur soi : repli sur les procédures, en perdant parfois le sens de leur mission. Beaucoup de professionnels, mais aussi de bénévoles associatifs, étaient en effet dans un vrai désarroi par rapport à la conduite à tenir pour accomplir leur travail quotidien dans une situation totalement inédite.

A ♦ Un isolement aggravé par le confinement, et une santé mentale et psychologique encore plus précaire

Selon un professionnel de santé : « L'isolement renforcé par le confinement a fragilisé un équilibre déjà le plus souvent fragile chez les personnes en situation de précarité. » Les professionnels comme les personnes en difficulté convergent pour dire que la situation sociale et la situation de santé déjà précaires pour certains, avant même la crise, ont été encore plus dégradées à partir du confinement.

« Depuis que les associations sont fermées, on ne sait plus où aller »

Fracture numérique, manque de transport, situation de handicap, maladies chroniques, ces facteurs déjà présents dans leur vie ont été accentués par la crise sanitaire.

« J'habite dans un endroit où je suis obligé de prendre les bus. Quand ils ont arrêté de fonctionner je n'ai pas pu sortir. », « Je suis en fauteuil et j'ai une peur bleue du virus. Si je dois sortir il faut désinfecter tout, je n'arrive pas. »

L'arrêt des activités des associations a eu un impact important sur la vie sociale : « Depuis que les associations sont fermées, on ne sait plus où aller. », disait une personne isolée, ce que confirmait une professionnelle : « Les personnes seules sont parfois invisibles. »

B ♦ L'isolement devient alors une habitude, à défaut d'être un choix...

« L'isolement est un cercle vicieux. » Une fois le confinement terminé, il n'a pas été facile pour beaucoup de sortir à nouveau. Plusieurs personnes sont restées enfermées, parfois par habitude, parce que les contacts s'étaient perdus, ou même par peur. « Il me faut toute une organisation pour sortir et comme je suis à risque, je ne sors plus depuis plus d'un an. » « J'ai pris l'habitude de ne plus sortir, je n'arrive vraiment plus à sortir. »

Une personne en difficulté, impliquée dans la vie associative, a partagé son expérience au sein d'une association qui effectue une distribution de petits-déjeuners aux personnes précaires : le nombre de personnes qui viennent a diminué de moitié depuis la Covid 19. Si des nouveaux bénéficiaires s'inscrivent, les habitués viennent de moins en moins parce que malgré le déconfinement, ils craignent encore de se retrouver avec les autres.

C ♦ La peur du contact des autres renforce l'isolement... et l'angoisse...

Pour beaucoup de personnes, la peur a été un facteur d'isolement :

« A cause de toutes ces mesures draconiennes et des informations incessantes sur le fait qu'il faut s'éloigner les uns des autres, on devient méfiant. »

« L'autre devient une menace qui peut nous transmettre la maladie et on se méfie. »

EXEMPLE DE RÉSISTANCE ET DE SOLIDARITÉ

Dans les Vosges au sein de notre groupe à ATD Quart-Monde on a maintenu un lien téléphonique pendant le confinement à tour de rôle pour prendre des nouvelles des uns et des autres et aussi pour distribuer des masques faits par une militante Quart-Monde et des photocopies pour les attestations de sortie. Cette militante Quart-Monde a par la suite distribué ses masques dans le bus.

« Le virus circule, il circule grâce à l'autre, donc cette peur, on la décharge sur l'autre : ne t'approche pas d'elle, elle n'a pas de masque, aie peur d'elle, elle n'est pas fiable, elle n'a pas de masque, éloigne-toi d'elle. »

« Dans les bus maintenant, on a peur des autres. »

D ♦ De la peur à l'agressivité : une transformation progressive des rapports sociaux : « Une peur constante, ce n'est plus vivable. »

« Quand on a peur, on devient agressif. » a souligné une personne en situation de précarité. Ce constat a été très partagé par nombre des contributeurs. Depuis la pandémie, les personnes ont dit qu'elles vivent dans une atmosphère anxiogène. Il leur semble alors préférable de rester chez soi et d'éviter les risques dehors. « Ce n'est plus la même ambiance, quand on fait les courses on ne prend plus le temps de discuter, même les gens qu'on connaît on ne s'arrête plus, on se dit bonjour et on fuit, on a peur qu'on reste trop longtemps. »

Malheureusement, l'isolement agit comme un cercle vicieux : on reste isolé par peur, mais on angoisse plus quand on reste enfermé : « Moi j'ai choisi de me confiner, j'ai peur de sortir et de rencontrer des gens dans la rue. »

La situation d'angoisse et de peur quotidienne augmente l'agressivité et la colère : « Je n'ai plus envie de sortir, les gens deviennent agressifs, j'ai peur de m'emporter et de me retrouver à la gendarmerie. » « L'agressivité, elle était déjà là mais à force ne plus avoir rien à faire, ça aggrave. » « Des gens sont devenus égoïstes, même des fois agressifs... ou alors ils sont sur la défensive, toujours prêts à riposter. »

E ♦ Une atmosphère malsaine de méfiance et dénonciation

Une personne en situation de pauvreté, lors d'un temps de travail, trouve que « la situation actuelle ressemble aux temps de guerre : quand je vois tout ça et que je compare à ce que j'ai lu sur la guerre de quarante, on en est là ! Les gens dénoncent leur propre voisin, on en est où là ? » Plusieurs avis convergent alors, pour dire que les médias ont également joué un rôle dans cette incitation à la méfiance : même les publicités incitent les enfants à se méfier les uns des autres.

« Je n'arrive pas à comprendre qu'une épidémie puisse couper les liens chez les gens. » Et parce qu'on craint cette agressivité ou parce qu'on est soi-même dépassé par cette agressivité qu'on ne contrôle plus, on s'isole encore plus. **Cette pandémie est une pandémie de la peur.** La peur et la colère plongent dans une méfiance et une agressivité qui divisent, qui séparent. Plus on a peur, moins on a de contacts avec l'extérieur, plus on s'isole et moins on a d'occasions pour en parler et briser cet isolement.

F ♦ L'absence de contact avec les proches et plus généralement avec les autres ont renforcé la dépression et parfois le recours aux addictions

« Le plus dur c'est de ne pas avoir de contact avec les autres et la famille. » « J'aurais aimé voir ma petite fille de 15 mois mais elle habite loin de moi, je ne peux pas. » Les photos reçues régulièrement ne remplacent pas la présence.

Cette privation des liens d'amour, des liens familiaux a été très durement ressentie. Ne pas se voir, ou alors avec une interdiction de contact physique.

« Ne pas prendre dans les bras, ne pas faire des bisous, les contacts humains manquent. »

« Je n'ai pas été très impactée par la Covid sauf les problèmes des petits enfants que je voyais seulement en visio, et surtout ma petite fille qui est née en mai dernier et que je ne peux pas voir puisqu'elle habite une autre région. »

« Je ne vois personne, à part les infirmières, mon infirmière psy qui venait à la maison ne vient plus... Elle m'aide sur le moral, c'est devenu une fois de temps en temps au téléphone et c'est compliqué, j'ai plus de crises d'angoisse, plus d'envies de pleurer. »

« À l'heure actuelle je vais dans la déprime... Moi j'avais l'habitude d'être en réunion, en intervention. Depuis un an je suis à la maison ordi, télé... Tu n'as plus le contact avec les êtres humains, pour les papiers non plus, tout par téléphone. »

Ces privations durables ont été difficiles pour tous, mais pour les personnes seules, elles ont été dramatiques, conduisant à des recours aux médicaments : « Heureusement j'ai les cachets qui me tiennent parce que sinon, ce n'est pas évident la solitude, moi je suis toute seule chez moi je n'ai pas le contact, à part les téléphones. »

Un sentiment de perte durable s'est exprimé fortement : « Avec les associations on faisait des repas et petits-déjeuners, y a plus, perte de lien social, alors qu'on avait appris à se connaître avec quelques-uns, je ne les ai plus revus depuis un an. Ils étaient toujours là, quand on avait besoin de discuter, de se changer les idées. » Ce propos d'une personne en situation de précarité fait écho à celui d'une professionnelle : « La fermeture des lieux d'accueil et d'activité (privés et publics) a été trop brutale, trop longue et à plusieurs reprises, pour toutes et tous ! »

G ♦ Face à cela le numérique n'est pas la solution : être isolé, c'est aussi s'éloigner de l'accès aux droits, de l'accès aux soins...

La dématérialisation des démarches administratives – nous y reviendrons plus loin (partie 2.5) –, est aussi un facteur supplémentaire d'isolement pour ceux qui sont déjà isolés.

H ♦ Parfois la promiscuité imposée par le confinement a été très difficile à vivre

Si en restant en famille au moins on ne souffre pas de solitude, pour les personnes en situation de précarité, être confinés à plusieurs dans un logement étroit, sans activités, devient très difficile : les relations deviennent tendues et les violences peuvent survenir. L'obligation d'être ensemble 24 heures sur 24 dans des conditions de logement difficiles, a été souvent une épreuve épuisante, déprimante ou angoissante. « La télé allumée nous replongeait dans les informations redondantes de Coronavirus qui alimentaient notre angoisse. » ont raconté les personnes.

« Les risques de bagarres et de violence sont fréquents quand on reste trop longtemps ensemble. »

« C'est très tendu avec ma fille, elle a 44 ans et c'est elle qui commande. Et puis je suis stressée, parce que ma fille est une boule de nerfs. »

Ces constats ont été faits également du côté des professionnels de santé : « Quand il y a promiscuité, il y a un risque de décompensation des agressivités. » notait l'un d'entre eux.

Sur ce point, plusieurs professionnels tiennent à alerter sur l'erreur souvent commise : « La violence et l'agressivité, qui résultent de l'enfermement, du surpeuplement et des conditions de vie, sont attribuées au tempérament des personnes, alors qu'il s'agit de conditions de vie et de logement souvent invivables. »

I ♦ L'attitude des institutions et des associations a joué aussi sur la façon dont les personnes ont subi et ressenti l'isolement

Certaines institutions et associations, en période de confinement et parfois même au-delà, ont accru leur rigidité : repli sur les procédures, moins de contacts, fermetures... Les professionnels (et les bénévoles) ont parfois subi ces rigidités et parfois ont eux-mêmes manqué de souplesse.

Certaines autres institutions et associations ont au contraire fait preuve de souplesse et même

d'adaptation inhabituelle et de réactivité : les discussions au sein du groupe d'étude ont fait part d'exemples d'initiatives venant de diverses institutions, de divers professionnels et aussi de citoyens.

C'est pourquoi une professionnelle déclarait qu'il aurait mieux fallu « *soutenir les travailleurs sociaux qui ont dû faire face aussi à leur propre peur et isolement, pour qu'ils puissent s'adapter aux besoins des personnes en difficulté.* »

EXEMPLE DE RÉSISTANCE ET DE SOLIDARITÉ

Une association d'un quartier de Nancy (Haut-du-Lièvre) a fait du lien pendant la crise en contactant les personnes pour prendre de leurs nouvelles et en leur proposant un service de courses.

Conclusion : comment sortir du cercle vicieux de l'isolement des uns, du désarroi des autres ?

L'isolement a été un facteur d'abandon de soins et une entrave à l'accès aux droits, nous le détaillons dans les autres parties de cette étude. Les réflexions du groupe d'étude sur ce sujet de l'isolement se sont conclues par de nombreuses questions...

Tant pour les professionnels...

- Comment mettre en place une « démarche d'aller vers » pour briser l'isolement ? Comment identifier les personnes qui en ont le plus besoin ?
- Peut-on faire de l'isolement un critère de précarité à « enregistrer » par les professionnels de santé, du social... ? (« Ya t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter en cas de problème ? » mais c'est très délicat à recueillir)
- Comment travailler pour tisser des filets de sécurité pour les plus pauvres ?
- Peut-on considérer ce qui touche à l'isolement comme un élément essentiel (comme se nourrir) étant donné que beaucoup ont vécu très difficilement le fait d'être isolé ?
- Pourquoi n'avons-nous pas un « plan orange » pour le social, comme on a un plan blanc pour le sanitaire ? Jusqu'où peut-on aller au-delà de ce qui est prescrit ?

... que pour les personnes en situation de pauvreté :

- Comment créer et maintenir des liens malgré la situation ?
- Comment ne plus voir l'autre comme une menace ?
- Comment faire en sorte que les médias et le gouvernement arrêtent de nous faire peur ?
- Comment créer des activités à faire ensemble, à l'extérieur, pour créer à nouveaux des liens et éviter de déprimer à l'intérieur ?
- Comment créer des activités proches de nos lieux de vies ?
- Comment retrouver la positivité ? L'optimisme ? L'espoir ?

Des questions comme autant de défis, pour lesquelles le groupe d'étude espère que ses recommandations pourront être utiles.

2.3

Vaccination et pass sanitaire

A ♦ LA VACCINATION

Chez les personnes en situation de pauvreté, comme dans l'ensemble de la population, certains sont vaccinés ou ont entamé les démarches pour l'être, et certains s'opposent à cette idée.

A.1 ♦ Les raisons qui conduisent à se faire vacciner :

Elles sont multiples : cela facilite la vie quotidienne, cela permet de se protéger et de protéger les autres. Cela a été vécu comme encore plus important quand on a des maladies chroniques, ou que l'on a dans son entourage des personnes présentant des facteurs de comorbidité.

Se faire vacciner est souvent vécu comme une nécessité à laquelle on se plie : *« Je le fais par obligation. »* nous dit une personne. *« Je n'avais pas le choix si je voulais toujours sortir. »* dit une autre.

Certains renvoient au fait que la vaccination est une pratique habituelle, qui ne soulève pas de question : *« On a toujours été obligés d'être vaccinés, je ne vois pas en quoi c'est une perte de liberté, c'est un choix [national]. »*

A.2 ♦ Les raisons qui poussent à ne pas se faire vacciner :

Quand on demande aux personnes qui n'ont pas voulu se faire vacciner, là aussi plusieurs raisons apparaissent.

La peur est une des raisons principales, par exemple la peur des effets secondaires du vaccin : *« Je ne l'ai pas fait parce que j'ai peur : j'ai des problèmes de santé. »* dit une personne.

Des informations contradictoires et angoissantes : « on ne sait plus qui croire. »

Mais peur aussi vis-à-vis des informations qui circulent qui sont contradictoires et angoissantes. *« Je suis contre parce que tout change, on entend tout et n'importe quoi. De plus j'ai attrapé le Covid, on s'en sort très bien après une semaine, j'ai entendu que les vaccins font plus de morts, que les vaccinés sont plus à risque que les non vaccinés, le vaccin ne sert à rien. »* Face à l'impossibilité pour les simples citoyens de se faire une idée précise et fondée du comportement adéquat, face aux controverses (scientifiques comme médiatiques), chacun s'est fait sa propre idée.

Pour certains c'est à partir de leur propre expérience : *« La première fois que j'ai été vacciné, je suis tombé malade. »*

« On ne sait plus qui croire, et ça divise ! »

D'autres se font leur propre idée de la question : *« Pour moi le vaccin c'est une histoire de fric, comme les médicaments. »*

Pour d'autres encore, le fait qu'il n'y ait pas d'obligation vaccinale leur a signifié qu'ils avaient le choix : *« J'ai choisi de ne pas le faire, le fait que ce ne soit pas obligatoire, on ne m'a rien demandé donc je ne sais pas pourquoi je dois le faire. »*

A.3 ♦ Des difficultés d'accès à la vaccination qui sont problématiques

Par-delà les positions personnelles de chacun face à la vaccination, plusieurs ont souligné un point plus problématique. En effet, la campagne vaccinale a priorisé d'abord les plus âgés, ce qui était compréhensible, mais elle a été étendue progressivement à l'ensemble de la population en croisant des facteurs d'âge, de comorbidité, et ce en plusieurs étapes. Ce qui était certainement considéré comme une sagesse du point de vue médical s'est révélé être très compliqué à suivre et à comprendre, amenant au découragement de beaucoup : *« L'attente était longue, j'ai abandonné la démarche. »*

Ces difficultés sont également soulignées par les professionnels : « *Il y a eu une complexité des démarches, entre la prise de rendez-vous, les problèmes administratifs, la nécessité de fournir des papiers d'identité...* ». Beaucoup insistent sur le premier obstacle qu'a été la prise de rendez-vous.

B ◆ LE PASS SANITAIRE

B.1 ◆ Sur ce point les positions sont également très contrastées :

Beaucoup comprennent la nécessité de la mise en place du pass sanitaire et ont même accepté par obligation de l'avoir : « *Je l'ai fait pour ne pas être hors la loi, sinon ça va me coûter encore cher.* » Le pass sanitaire facilite le quotidien pour certains, et est rassurant : « *Ça me rassure de savoir que quand je vais à la piscine, tous ceux qui rentrent ont un pass sanitaire.* »

Mais il est discriminant pour d'autres : « *Quand on n'a pas le pass, on est classé hors-la-loi.* ».

B.2 ◆ La peur à nouveau, et des relations de méfiance qui s'installent entre les personnes :

La mise en place du pass sanitaire n'enlève pas la peur et la méfiance vis-à-vis de l'autre : « *Comment peut-on être sûr que tout le monde a le pass ?* », « *Face aux personnes vaccinées qui ne respectent plus les gestes barrières, on a encore plus peur.* »

« *J'ai encore peur, quand je vais dans un restaurant, je ne peux pas savoir si les gens ont le pass, il y a peut-être des gens qui passent à travers, j'ai toujours peur d'attraper.* »

B.3 ◆ Une solidarité avec ceux qui refusent le pass :

Une partie des personnes en difficulté qui ont le pass comprennent le choix de ceux qui ne l'ont pas. « *Ça ne me dérange pas du tout qu'il y ait des gens qui n'ont pas de pass sanitaire.* »

Certains d'entre eux sont même solidaires avec eux et ne montrent pas leur pass : « *Je respecte le choix des personnes qui ne veulent pas le faire, ils ont une raison.* » « *Pour être solidaire avec ceux qui ne l'ont pas, je ne montre pas mon pass.* »

Cette solidarité avec d'autres personnes en situation de pauvreté, par-delà les avis divergents de chacun, est à souligner : il n'est pas sûr que cette solidarité soit aussi marquée dans d'autres catégories de population moins sensibles à la question de l'exclusion sociale.

B.4 ◆ Une communication mal ciblée : « *Je ne vais jamais au restau, au cinéma, je ne sais pas à quoi ça va me servir.* »

Plusieurs ont souligné que la communication gouvernementale relative au pass sanitaire (basée sur le fait que l'on pourrait retrouver le plaisir des sorties : restaurants, cinéma, théâtre), s'adressait peu aux personnes en grande précarité qui n'en ont pas les moyens.

C ◆ QU'IL S'AGISSE DE LA VACCINATION OU DU PASS SANITAIRE, CERTAINS ENSEIGNEMENTS PRINCIPAUX ONT ÉTÉ FORMULÉS AU COURS DE NOS TRAVAUX

C.1 ◆ Les déterminants principaux de la vaccination : la proximité et la confiance. Et la confiance signifie avant tout une relation de confiance

« Pour adhérer à quelque chose, j'ai besoin de me sentir en sécurité et en confiance. », ont dit les personnes en situation de pauvreté.

Face à l'absence d'informations claires et de questions qui restent sans réponses autour du vaccin, les personnes en situation difficile, de même que les professionnels, ont identifié que la relation de confiance et la proximité ont été des déterminants importants. « La confiance est importante : on se fait vacciner ou pas à cause d'elle. », disent les personnes en situation de pauvreté.

Les professionnels ont parlé eux de « la nécessité d'une grande proximité et d'une confiance dans les intervenants (médicaux et/ou sociaux) pour améliorer l'acceptabilité ». Selon une professionnelle : « Les motivations pour se faire vacciner ne sont pas toujours celles que l'on pourrait attendre, par exemple les effets de groupe sont plus forts que les arguments médicaux. » Ceci entre en résonance avec le propos suivant des personnes : « En ce qui concerne le vaccin, on fait confiance à ce que les gens autour de nous disent. On en parle entre nous. »

Un exemple simple relaté par une personne : « J'ai trouvé pratique qu'il y ait un lieu de vaccination stratégique près de la mairie de Montpellier facile d'accès juste à côté de là où passent le bus et le tramway. » Autre exemple : le transport pour se rendre au centre de vaccination à Epinal a été proposé aux personnes âgées fragiles.

C'est donc un enseignement important à retenir pour d'autres situations identiques : plus que des campagnes d'information, ou des incitations qui seront prises pour des injonctions, la relation de proximité est celle qui fonde la confiance.

Les personnes en situation de pauvreté soulignent ainsi que « l'absence de repères de proximité (des

personnes, des associations, etc) qui peuvent répondre aux questionnements et à qui on peut parler de nos doutes et nos inquiétudes, est un obstacle. »

Ce que les professionnels confirment ainsi : « Les raisons médicales de santé publique ne semblent pas être celles qui fonctionnent le mieux. Plusieurs exemples montrent que des personnes se sont fait vacciner grâce à la demande de leurs proches ou d'un membre connu d'une association et parce que le lieu était facile d'accès, proche et connu (pharmacie...). »
« On va se faire vacciner parce que c'est proposé par un professionnel que l'on connaît, et qui le propose et l'organise ou parce que des proches le font avec nous. »

C'est ainsi qu'une personne conclut : « Il y a trop d'informations, on en entend trop, on ne sait plus qui croire, je préfère passer par mon médecin. »

De même, la vaccination dans les pharmacies fonctionne bien car ce sont des lieux connus, neutres et proches pour tout le monde.

C.2 ◆ La situation a engendré des relations de peur, de méfiance, et une atteinte durable au lien social entre les personnes.

« A cause et au travers des controverses autour du vaccin, j'ai peur d'être exclue, encore plus exclue en tant que personne précaire mais aussi exclue au sein de ma communauté. » disent en résumé les personnes en difficulté. Elles ajoutent :

« A cause du vaccin (ou de la situation actuelle) on se méfie l'un de l'autre.

- A cause du vaccin on s'exclut entre nous.

- Séparer les vaccinés des non vaccinés c'est mettre les gens dans des cases.

- C'est une injustice de se faire licencier parce qu'on n'est pas vacciné. »

Certains ont évoqué des tensions très fortes entre

les personnes, parfois au sein d'une même famille : « *Ma fille, si elle ne veut pas se faire vacciner, je vais lui demander de partir de chez moi, parce qu'elle ne pourra pas avoir du travail, et je ne peux pas accepter ça.* »

L'analyse a mis en évidence à quel point les questions de la vaccination et du pass sanitaire suscitent de la confusion et des tensions. Ce sont parfois des tensions entre voisins, car les uns soupçonnent les autres.

Les professionnels de santé ont été surpris de ce ressenti rapporté par les personnes en situation de pauvreté.

Lors des premières rencontres, les professionnels ont dit être loin de cette colère à cause de la bienveillance de la population envers eux par rapport à la situation sanitaire.

Ils ont posé beaucoup de questions pour essayer de comprendre les liens que faisaient les personnes entre colère, agressivité, comportements agressifs et peur. Ils ont été intéressés pour **comprendre comment on est passé de la peur du virus à la peur de l'autre.**

Pour comprendre cette vision des choses, une réunion entre personnes en situation de pauvreté, au cours de notre démarche, a développé l'explication collective suivante : « *La circulation des informations contradictoires et préoccupantes ont engendré une atmosphère d'angoisse et de peur. Vivre régulièrement dans cette peur, cette incertitude et cette colère, amène les personnes en situation de pauvreté à être plus méfiantes et à se sentir menacées. Ceci a augmenté l'agressivité et la violence.* »

Certains constatent et déplorent : « *On ne se supporte plus.* » « *Même entre voisins on se dénonce pour une histoire de sortie de chien.* »

A cette peur et cette méfiance correspond un grand désarroi des soignants.

Les professionnels de santé, dans la présente étude, ont fait part du désarroi dans lequel ils se sont trouvés face aux populations qui elles-mêmes étaient déboussolées.

2.4

Alimentation

Un constat partagé au sein du groupe d'étude est que la crise et notamment l'obligation de confinement ont très largement perturbé les habitudes alimentaires, et ce pour plusieurs raisons. Là encore la question du coût élevé de l'alimentation a été et reste un obstacle important.

“ **Se nourrir,
ce n'est pas seulement
manger** ”

A ♦ La perte d'appétit lié au confinement : « Le moral a un impact sur notre mode d'alimentation »

Certains ont perdu l'appétit, d'autres au contraire ont mangé plus. Il a fallu retrouver un équilibre et des habitudes après le déconfinement. « *Moi je ne mangeais pas grand-chose au début, maintenant c'est revenu au normal quand même.* »

« *Pendant le confinement, je ne mangeais pas ou je mangeais beaucoup mais mal, parce que j'ai eu aussi très peur de prendre du poids et tout mais maintenant ça va mieux.* »

« *J'ai pris une décision de faire une cure pour perdre le poids que j'ai gagné pendant le confinement, je ne mangeais que des boîtes de conserves, tellement j'étais mal, j'étais démotivé mais maintenant qu'on commence à ressortir, ça va mieux je prends le temps de prendre soin de moi et de commencer à cuisiner comme avant.* »

Les professionnels abondent en ce sens : « *Mal manger implique prise de poids notable et mésestime de soi, voire honte.* »

B ♦ Se nourrir, c'est se nourrir de relations

Le groupe d'étude insiste sur l'importance du lien entre alimentation et relations sociales : « *Quand on*

sort, on voit les amis, on mange mieux. » dit une personne pauvre. Pour les professionnels, l'alimentation doit être perçue comme une occasion de lien social et de convivialité, avec un fort impact sur le moral.

Le fait de se retrouver et de sortir, a néanmoins rétabli l'équilibre alimentaire perturbé par les confinements, ont tenu à souligner plusieurs.

C ♦ Pour certains, découvrir le temps de cuisiner

Certaines des personnes en situation de pauvreté estiment que le confinement et la pandémie ont eu des avantages sur leurs habitudes alimentaires : ils ont eu plus de temps pour cuisiner et/ou pour s'occuper des jardins comme le dit quelqu'un : « Comme je ne faisais rien, j'ai commencé à cuisiner pendant la pandémie, je continue jusqu'à maintenant. »

D ♦ La plus grande difficulté : le prix et la disponibilité des produits

Pour les personnes en situation de précarité, la plus importante conséquence de la Covid 19 sur l'alimentation, c'est l'augmentation des prix. Beaucoup d'entre elles indiquent qu'il y a eu une nette différence de prix depuis la pandémie. « Il y a des différences de cinquante centimes, un euro pour chaque article, au total ça revient cher. »

Chacun constate que ce sont surtout les fruits et les légumes qui deviennent inaccessibles. Même les magasins réputés avoir les prix les moins chers ont augmenté leurs prix. « Même chez Lidl et Aldi, on voit bien la différence. »

Beaucoup de professionnels confirment ces constats : la crise Covid et surtout les confinements successifs ont aggravé les difficultés d'accès à la nourriture pour les plus précarisés. Les personnes ont eu des difficultés pour s'approvisionner faute d'avoir pu s'organiser, faute de revenus (petits boulots) et par arrêt des aides (associatives) au début du confinement... Faire les fins de marché également n'était plus possible...

E ♦ Quand on fait face à une baisse des ressources, c'est le budget alimentation qui prend un coup

La baisse de revenu liée au confinement a des impacts immédiats sur le budget alimentation. Se nourrir n'est pas la priorité quand on a d'autres problèmes à régler, ont dit les personnes en situation de pauvreté. « Il faut d'abord payer le loyer et les autres dépenses et ce n'est qu'après qu'on peut penser alimentation. »

La situation actuelle est donc subie comme une double peine : les ressources pour consommer diminuent pendant que les prix augmentent. L'accès à une alimentation de qualité devient difficile. « Dès que j'entends parler de qualité, je me dis ce n'est pas pour moi. » « On n'a plus vraiment le choix si on veut manger, on va direct sur les discounts. »

Face à ces difficultés, chacun trouve les solutions qu'il peut : « J'ai demandé à être sous curatelle. Depuis j'ai l'esprit libre et j'ai les moyens de manger correctement, cela m'a aidé à traverser la crise du Covid. »

EXEMPLE DE RÉSISTANCE ET DE SOLIDARITÉ

L'espace de vie sociale du quartier Champ-le-Bœuf à Nancy est venu apporter des repas dans la rue et chez l'habitant.

F ♦ C'est encore plus difficile quand on a un régime alimentaire spécifique

Pour une personne qui suit un régime spécial, le budget alimentation a augmenté. Pour d'autres il leur est devenu impossible de consommer des produits frais. Leur prix a-t-il augmenté parce qu'il y a eu moins de production ? Une personne témoigne qu'elle a du mal à trouver des produits qu'elle doit pourtant consommer régulièrement. Il lui est devenu très difficile de concilier son régime actuel indispensable pour sa santé et l'accessibilité des produits alimentaires.

G ♦ Des produits frais inaccessibles... en coût, mais aussi en accessibilité

La difficulté à trouver des produits frais est apparue pour beaucoup. Pour les personnes sans véhicule qui doivent prendre les transports en commun ou encore les personnes en situation de handicap qui ont du mal à se déplacer, il est très contraignant de devoir faire des kilomètres pour avoir les produits alimentaires.

EXEMPLE DE RÉSISTANCE ET DE SOLIDARITÉ

Le CCAS d'Épinal (Centre Communal d'Action Sociale) a mis en place au moment du premier confinement un service « Épinal Solidaire » destiné à proposer des services aux personnes isolées : prendre régulièrement de leurs nouvelles, faire leurs courses, répondre à tout questionnement quel qu'il soit. Ce service perdure toujours en 2022. Il a également permis aux personnes qui n'avaient pas de moyen de locomotion, d'être véhiculées pour aller se faire vacciner au centre de vaccination.

« Faire des kilomètres pour aller faire ses courses, c'est une dépense en plus. » « Je dois demander autour de moi qui pourra me faire les courses. »

A cet égard un professionnel du groupe tient à dire « la surprise voire la colère des personnes précaires, constatant lors des distributions le rationnement des produits frais (fruits, légumes, etc), et qui ensuite vont à la poubelle car périmés. L'alimentation est un des piliers de la santé ! »

H ♦ Face à cela, les personnes en difficultés savent s'organiser pour être solidaires

Les personnes en situation de précarité se débrouillent toujours comme elles peuvent pour faire face. L'une parle d'un achat dans un autre pays, car elle habite près d'une frontière. Une autre parle d'achats groupés : elle se réunit avec d'autres personnes de sa ville pour faire des achats directement auprès des producteurs pour avoir des prix avantageux. Ceux qui ont des petits jardins partagés (ou nourriciers) témoignent aussi que grâce à ça, leur budget alimentation est un peu soulagé.

Enfin, des questions demeurent

Du côté des professionnels...

- Sur les territoires, il y a une pluralité d'associations. Quelle amplitude horaire et temporelle ? Une coordination entre elles serait-elle possible, pour assurer à tour de rôle toute l'année civile (semaines et week-ends compris) l'ouverture et la distribution de denrées alimentaires ? Comme les pharmacies de garde.
- Comment prendre en compte les personnes qui ne connaissent pas les associations, qui n'ont pas de filet de sécurité (entourage et financier), d'autant plus en situation de crise brutale ?
- Comment rendre visibles ces personnes et alerter ?

... comme du côté des personnes en situation de pauvreté

- Pourquoi y a-t-il autant d'intermédiaires entre les productions agricoles et les consommateurs ?
- Si on peut acheter directement aux producteurs, les prix seront moins chers. Si les taxes baissent on aura moins à payer aussi, disent les personnes.

2.5

Le numérique provoque des inégalités d'accès, de la rigidité et une dégradation de la relation

La question du numérique a été transversale tout au long de notre réflexion. Cette partie résume les points saillants sur cette question, qui font dire au groupe d'étude que le numérique seul ne doit jamais être l'unique solution.

On veut des interlocuteurs humains, pas des répondeurs...

A ♦ Des problèmes d'équipements et d'accès, tout simplement, et des difficultés d'utilisation

Plusieurs ont rappelé cette chose simple : « *Quand on a internet et tout, on peut communiquer avec les autres mais ce n'est pas le cas pour tout le monde.* » « *Il y a beaucoup de gens qui n'ont pas internet.* »

Cette vérité simple doit être absolument rappelée... et prise en compte.

La pandémie a aussi eu un impact sur l'organisation des démarches administratives : beaucoup d'accueils physiques ont fermé leurs portes et ont laissé la place aux démarches dématérialisées et à distance. Pour les personnes en situation de précarité, ces changements ne sont pas sans conséquences. Arriver à faire des démarches à distance quand on n'est pas équipé devient un parcours du combattant. « *Quand on n'a pas d'imprimante, comment on est censé faire ? On paye en plus ?* »

Il y a aussi des raisons de connaissance et d'aisance à la navigation : « *Moi je ne sais pas utiliser WhatsApp, ni Zoom...* » « *Tant que je n'arrive pas à être autonome avec la tablette, je me sens seule.* »

B ♦ Une complication des procédures et des démarches qui nuit à l'accès aux soins et aux droits

Le numérique, en prétendant rendre autonomes les personnes, leur demande en fait de remplir par elles-mêmes des dossiers, des formulaires, ou d'accomplir des démarches qui d'ordinaire se faisaient soit directement avec la compétence d'un professionnel travailleur social ou d'un professionnel de santé, ou au moins se faisaient en collaboration avec un professionnel et en sa présence. Être seul face à son écran et à des interfaces pas toujours simples, renforce le risque d'abandon, de découragement et finalement accroît le non-recours aux droits et aux soins.

Téléconsultation, dématérialisation des démarches administratives : ces dispositifs excluent encore plus ceux qui ne maîtrisent pas l'usage et ceux qui ne sont pas équipés et complexifient l'accès aux droits et aux soins. La dématérialisation est un obstacle en plus, même si elle a pu être parfois une roue de secours, quand on est équipé et à l'aise avec l'outil : un professionnel du groupe d'étude rappelle que pour les téléconsultations qui ont réussi à se mettre en place assez vite techniquement, cela a permis de ne pas rompre la continuité des soins et de s'adapter à la situation.

C ♦ Le numérique, plutôt que de rapprocher les personnes, est vu comme un facteur d'éloignement et d'isolement

La fracture numérique (matériel insuffisant / manquant / non maîtrisé) constitue une difficulté en plus pour créer des liens, pour maintenir les liens avec l'extérieur. C'est un facteur d'isolement.

La dématérialisation des démarches administratives, selon les personnes en situation de pauvreté

est aussi un facteur d'isolement pour ceux qui sont déjà isolés : « *Comme les bureaux sont fermés, on n'a plus besoin d'aller se déplacer.* » témoigne une personne. De ce fait, les occasions de sorties et de rencontres sont encore réduites. La dématérialisation devient donc un frein en plus pour s'inclure dans la vie sociale et exclut ceux qui sont les plus en difficulté : « *Je me sens coupé du monde.* »

Le sentiment d'isolement face à l'outil numérique est renforcé pour certains, alors que cet outil numérique a été créé pour rapprocher.

« *Le plus dur c'est de ne pas avoir de contact avec les autres et la famille. Internet, Facebook, c'est bien beau mais sans contact physique et si on ne meurt pas du Covid, on va mourir de dépression.* »

Le numérique renforce la non-confiance et dégrade la relation entre les personnes et les professionnels

Le numérique ne remplace pas le contact humain, qu'il s'agisse des relations avec les professionnels ou des relations avec les autres.

Les soins à distance ne remplacent pas la présence : il est plus difficile de faire confiance et de se sentir en sécurité à distance.

« *Les Messenger, Visio etc. ne règlent pas les choses.* »
« *On ne raconte pas ses problèmes à distance.* »

« *On angoisse plus quand on ne voit physiquement pas les personnes qu'on aime. On se dit : et si elles ne vont pas bien mais le cachent ?* »

La solution de remplacer les consultations par des téléconsultations ou des consultations à distance n'est pas non plus adaptée aux personnes en situation de précarité, selon ces personnes. « On ne parle pas de la même façon. » « *Ce n'est pas rassurant.* » : selon elles-mêmes, elles n'arrivent pas à se fier aux consultations à distance. Déjà que « faire confiance » est difficile, c'est devenu encore plus compliqué quand la personne professionnelle n'est pas en face de soi.

Les professionnels perçoivent parfois cette barrière et sont eux-mêmes habités par le doute : « *Me suis-je bien expliqué ? La personne a-t-elle osé poser ses questions ?* ». L'absence de présence physique les coupe eux aussi d'une perception fine, de signaux imperceptibles avec un écran interposé, signaux pourtant souvent palpables en présence.

Et puis, a ajouté une personne en précarité lors d'un séminaire, même quand on est en présence effective, personne et professionnel, l'écran qui happe l'attention du professionnel est un obstacle à l'établissement d'une bonne relation. Voici dans **l'encadré ci-après**, ses propos, que beaucoup dans le groupe – personnes en situation de pauvreté et professionnels – ont approuvés.

EXEMPLE D'ANALYSE DE LA RELATION

« **Les trois-quarts du temps, de trois quarts** » : même en présence, le numérique éloigne, a expliqué une personne lors d'un rassemblement du groupe d'étude, à propos des relations entre une personne et un professionnel de santé ou du social :

« Même pour un rendez-vous en présence, on ne voit le professionnel que de 3/4 puisqu'il regarde son écran d'ordinateur sur le côté... pendant les 3/4 du temps.

Il ne lui reste à peine qu'un quart du temps pour une relation de face-à-face, les yeux dans les yeux. Nous, en tant que patients, on le regarde et lui regarde son ordinateur et écrit des choses... Ce n'est pas une relation en face... C'est une relation de trois quarts, les trois-quarts du temps... ».

Au final, le numérique renforce l'isolement et la bascule vers la grande précarité

Les personnes en situation de précarité sont isolées et souffrent de cet isolement, nous l'avons dit précédemment.

La fracture numérique, souvent vue comme étant due à l'absence d'équipement des personnes, et à la grande difficulté pour certains à se repérer dans les démarches ou les procédures, donc étant d'une certaine façon imputée aux personnes, peut être vue sous un autre angle : c'est l'absence, par les institutions, de prise en considération des besoins des personnes en difficultés, c'est la méconnaissance de leur situation réelle (équipement, aisance à naviguer...), qui accentuent la fracture sociale et génèrent des non-recours.

Une professionnelle en atteste : « *Dans les Vosges, tout a été fermé aussi au niveau de la préfecture, les démarches devaient être faites à distance, notamment la prise de rendez-vous, avec une attente très longue, un site inaccessible à certaines heures, etc... Et les personnes n'avaient plus le droit aux accompagnateurs, ni aux interprètes pour les étrangers...* »

Sans compter que la dématérialisation dont on parle concerne des procédures complexes, souvent sécurisées, dans un univers administratif compliqué, avec son vocabulaire et ses codes, ce qui génère déjà souvent une étrangeté, y compris quand on est face à un professionnel qui est là pour nous l'expliquer...

Les professionnels constatent eux aussi que les démarches administratives à distance sont trop compliquées pour la plupart des personnes en difficulté. Ils tiennent à rappeler l'importance d'une offre numérique accompagnée par la possibilité d'un accueil interpersonnel.

Là encore, lorsqu'on est en situation de plus grande fragilité personnelle et sociale, les choses s'enchaînent en cercle vicieux :

- **La dématérialisation et les téléconsultations, la complication des démarches administratives, l'allongement des délais, les reports de rendez-vous, le découragement, l'absence d'aide humaine pour pallier tout cela génère...**
- **... un abandon des soins et des démarches, un retard de prise en charge avec un risque d'aggravation, un renoncement aux soins et aux droits...**
- **... ce qui fragilise un peu plus la personne et sa situation sur le plan sanitaire comme sur le plan social.**
- **Dès lors la bascule vers la grande précarité est proche.**

CHAPITRE 3

6 MESSAGES-CLÉS :

LA CRISE DU COVID :

RÉVÉLATEUR ET AMPLIFICATEUR

DES INÉGALITÉS

De l'ensemble de nos analyses ressortent 6 enseignements essentiels, qu'il est impératif d'intégrer pour comprendre ce qu'a été la crise liée à la pandémie Covid-19 ou ce qu'elle a révélé et mis en lumière de façon accrue. En effet ces 6 enseignements teinteront fortement les recommandations et préconisations du chapitre suivant.

3.1

Les effets amplificateurs

Le groupe d'étude a identifié de nombreuses situations dans lesquelles le report d'un seul rendez-vous, l'annulation d'une opération, d'un rendez-vous administratif a fait basculer certaines personnes, entraînant des réactions en chaîne difficilement imaginables si on n'est pas soi-même en situation de pauvreté. La Covid 19 et ses conséquences, surtout le confinement, ont agi là où il y avait déjà d'avance des difficultés.

Le plus grand risque, c'est l'effet boule de neige que peuvent avoir ces répercussions. Du jour au lendemain, parce qu'il y a eu des dysfonctionnements non repérés d'avance, beaucoup peuvent basculer dans la grande pauvreté.

L'isolement des personnes en situation de précarité est aggravé par les difficultés socio-économiques et sanitaires dans lesquelles elles vivent : fracture numérique, manque de transport, baisse de revenus, maladies chroniques, situation de handicap, etc.

Les personnes en difficulté résumant ainsi cet effet amplificateur par les équations suivantes :

- Atmosphère de peur + moins de soutien social + téléconsultations + informations préoccupantes en boucles
= encore plus d'isolement et plus de dégradation de la santé mentale.
- Arrêt de l'offre de soins (psychologue, kinésithérapeute) + fermeture des bureaux physiques [= moins de contact avec le monde extérieur] + éloignement des services de santé et des services sociaux
= encore plus d'isolement.
- Fracture numérique + isolement + dématérialisation et téléconsultation + prolongation des attentes + complications des démarches administratives
**= abandon des soins / renoncement aux droits / baisse des ressources / dégradation de la santé mentale
= bascule vers la grande précarité.**



Il est très difficile de s'adapter quand les difficultés s'accumulent. Il est difficile de faire face quand on est privé de moyens (privations matérielles et sociales, revenu insuffisant et précaire).

Sur quoi faut-il ou aurait-il fallu agir en premier ? Sur le soutien social, ont dit les personnes en difficulté. Or c'est ce qui a cessé très brutalement au début de la crise. Tout cela provoque renoncement, abandon, épuisement.

Voici trois exemples très concrets vécus par des personnes du groupe d'étude, dans lesquels on mesure l'effet amplificateur : dans des conditions de vie fragiles, un simple événement déclencheur risque réellement de faire basculer une personne, une famille, dans la grande précarité.

“ **Si nous n'étions pas en situation de précarité, tout cela n'aurait pas eu autant d'impacts sur notre vie... car il suffit d'un déséquilibre pour tomber** ”

1^{er} exemple

Une annulation d'opération = arrêt de travail = grande précarité et dégradation de la santé mentale.

« Eux, quand ils changent les rendez-vous, ils ne pensent pas que nous derrière on paye cher. » disait une personne en situation de précarité.

Une personne de notre groupe a eu un accident au début de l'année 2020 : une opération de la jambe est alors programmée. La semaine où l'opération devait enfin avoir lieu, la pandémie démarre. L'hôpital, contraint de réorganiser les plannings, l'informe de l'annulation de son rendez-vous sans possibilité de proposer une nouvelle date.

« Je ne peux pas avoir l'opération qu'il me faut, la douleur est permanente, c'est fatigant. Le pire, c'est que suite à l'annulation de mon rendez-vous, **je suis déclarée inapte à travailler**, j'ai dû faire une demande pour avoir droit à l'AAH (Allocation Adulte Handicapé). Entre-temps je n'ai plus de ressources, et même quand je vais l'avoir, ce sera moins qu'avant. Je ne sais pas encore quand je pourrai à nouveau retravailler, je n'ai toujours pas eu mon rendez-vous, ça devient long quand même et puis l'angoisse de ne pas savoir jusqu'à quand ça va durer, toutes les démarches administratives à faire pour l'AAH et les bureaux qui sont fermés, du coup c'est dur à gérer. »

Or les personnes en situation de précarité n'ont pas d'épargne, elles vivent à l'euro près : elles ne peuvent pas faire face à une baisse de ressources ni à un retard de versement de ces dernières.

Une annulation ou un report de rendez-vous entraîne une baisse de ressources, ce à quoi une personne sans épargne et qui ne gagne pas beaucoup sa vie ne peut pas faire face. Cela peut aussi la soumettre à un changement de situation (arrêt maladie, situation de handicap etc...), changement qui n'est pas sans conséquences : il faut faire des démarches administratives souvent longues et compliquées, et attendre le temps de la régularisation, il faut s'attendre à une baisse de revenu.

2^{ème} exemple.

Complication des démarches administratives = arrêt des droits = perte de logement et surendettement.
Et si suite à une complication des démarches administratives, on se retrouve à la rue ?

Madame L est bénéficiaire d'aides sociales (AAH pour son enfant), cette aide lui permet d'avoir un logement, de se nourrir, etc. Mais pour en bénéficier Madame L doit renouveler régulièrement son dossier auprès des services sociaux.

Pendant la pandémie, beaucoup d'accueils physiques ont fermé leurs portes au public, les démarches administratives doivent se faire à distance via Internet.

Madame L n'a pas d'imprimante chez elle, elle a un petit forfait de téléphone (2 heures par mois). Elle n'a pas bien compris ce qu'on lui demandait comme « *papiers pour régulariser sa situation.* » Pour résoudre le problème, elle appelle plusieurs fois le service (dépenses pour un forfait en plus), elle cherche une imprimante autour d'elle (difficile en temps de pandémie, toutes les associations sont fermées, dépense en plus), il faut prendre un autre rendez-vous avec le service (avec la pandémie, l'attente est longue). **Entre-temps, le dossier non régularisé entraîne une rupture de droit et la coupure des ressources.** Mais les factures, elles, n'attendent pas : se loger et se nourrir ne peuvent pas attendre.

Madame L est donc contrainte de rendre son logement au propriétaire suite au non-paiement des loyers. Heureusement elle a sa maman qui accepte de l'héberger. Une solution provisoire mais pas sans risque, puisque la maman de Madame L est aussi en situation de précarité : elle vit dans un 30 mètres carrés avec une petite retraite. Maintenant, elle est bien obligée de partager « *des ressources qui ne suffisaient pas déjà à elle seule.* »

Sa mère raconte :

« *Les démarches étaient compliquées, il fallait photocopier des papiers, prendre des bus pour aller les déposer, retourner pour plusieurs rendez-vous. La petite venait d'accoucher, elle n'a pas pu suivre tout. Elle n'a pas réussi à tout faire à temps donc tout s'est arrêté, elle n'a plus reçu l'aide qui lui permettait d'avoir un logement, elle est retournée vivre ici, et vous savez, dans un petit appartement, avec une personne en plus et le bébé, c'est difficile, c'est compliqué de vivre ensemble.* »

3^{ème} exemple

Le cercle vicieux: suite à la fermeture des services sociaux, une personne en situation de précarité s'est retrouvée en surendettement.

« *La Caf me demandait d'envoyer des papiers, je l'ai fait, mais après il y a eu la fermeture, on ne savait pas trop comment faire, il a fallu attendre : à la CAF personne n'est au courant, ils demandent d'attendre, sauf que le propriétaire ne peut pas attendre longtemps, les dépenses cumulent et j'ai dû retourner vivre chez la famille aussi.* »

3.2

Une communication contradictoire, qui a largement entamé la confiance des populations et la crédibilité des autorités

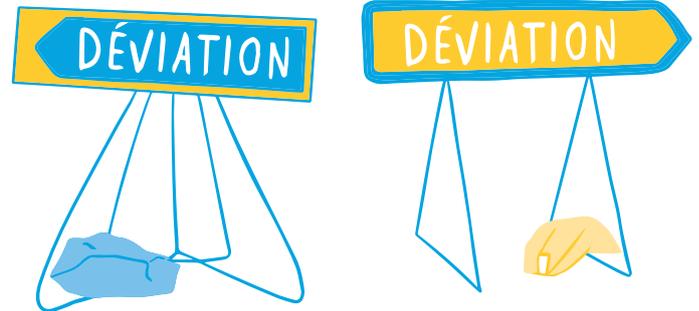
Le premier obstacle soulevé par l'ensemble des personnes à l'adhésion à la vaccination et au pass sanitaire, est la difficulté à voir clair dans l'information concernant la pandémie et le vaccin lui-même : des informations contradictoires circulent, trop d'informations négatives génèrent de la peur, cela manque d'informations claires et compréhensibles par tous.

Plusieurs professionnels ont souligné ce manque de cohérence : « On rejette trop souvent la « faute » sur les personnes vivant dans la précarité alors que les institutions ont un rôle majeur à jouer : leur manque de coordination a cassé la cohérence qui aurait dû présider aux différents échelons (État, collectivités, associations, médecins généralistes). »

À cela s'ajoutent des décisions compliquées à suivre et une mise en œuvre encore plus compliquée à comprendre. Lors du rassemblement du groupe d'étude en juillet 2021, une personne en difficulté a exposé au nom de son groupe leur réflexion :

« Les informations étaient complexes ou bien incompréhensibles ou insuffisantes surtout. Même si on avait envie de se faire vacciner il y avait plusieurs critères... Alors d'abord il y avait déjà des personnes très âgées, dites fragiles, celles qui étaient en EHPAD : c'est normal qu'on les vaccine mais du coup les autres étaient en attente. Après il y avait les personnes qui avaient des problèmes de santé, celles qui étaient dans les âges : elles pouvaient se faire vacciner... mais les personnes qui avaient aussi des problèmes de santé, genre diabète ou autres, normalement on faisait partie des critères... mais vu qu'on n'avait pas l'âge, du coup on n'avait pas le droit de se faire vacciner... donc c'était beaucoup d'incompréhension... »

Et en dehors de ces incompréhensions, il y a eu une difficulté à accéder au vaccin pas seulement à cause du manque de transport, ou parce que c'était trop difficile



d'avoir un rendez-vous, mais on n'avait pas assez d'informations pour savoir où aller, quand il faut y aller, ce qu'il faut faire pour y aller... et on ne savait pas vers qui se tourner...

Oui et puis il y avait certains vaccins qui étaient accessibles à certains, d'autres... c'était pas... genre Astra

Zeneca qui était interdit pendant un temps... Nous n'avons pas bien compris parce que certains ont eu la 1^{ère} dose Astra Zeneca, puis après ils te l'interdisent, ça fait peur... Ils t'annoncent des trucs...

Du coup t'as plus droit d'être vacciné avec ce vaccin-là, et après en fin de compte ils l'ont remis... Donc du coup les gens ils ont eu la psychose complète sur les vaccins, sur toutes les

choses qui pouvaient arriver par rapport à ça. »

Ce propos présenté aux professionnels a recueilli leur assentiment et beaucoup témoignent du fait qu'ils étaient eux-mêmes démunis pour expliquer aux personnes les décisions. La crédibilité et la légitimité des autorités gouvernementales et sanitaires ont été mises à rude épreuve, mais elles ont largement été endommagées par les autorités elles-mêmes. Les volte-face autour de l'utilité du masque ont marqué de soupçons le début de cette crise : « On nous mène en bateau. » ont dit certains, « On nous prend pour des enfants. » ont ajouté d'autres.

Lors d'une réunion en groupe de pairs, les personnes en difficulté ont réfléchi sur les raisons du refus du vaccin chez certains. Elles ont conclu ainsi : « Ils refusent le vaccin et le pass sanitaire surtout par manque de confiance envers le gouvernement et les médias. »

“
Le gouvernement,
ils ne savent pas où
ils en sont alors nous...
un coup noir,
un coup blanc,
ça trotte dans la tête
”



3.3

La non-confiance : amplifiée par la peur, atténuée par la posture professionnelle

Nous avons vu dans le chapitre précédent combien la pandémie avait influé sur l'atmosphère sociale et sur les relations entre les personnes. Nous avons même parlé d'atmosphère de guerre, autour des thèmes de la méfiance et de la dénonciation (chapitre 2, par exemple en 2.2 sur l'isolement et la perte des liens sociaux).

C'est ainsi que les personnes en précarité ont formulé la notion de non-confiance, pour signifier que la confiance n'est pas accordée de prime abord, de façon évidente, mais qu'il s'agit plutôt d'une attitude de non-confiance parce que l'expérience de la vie leur a appris à ne pas accorder n'importe comment leur confiance. Ici donc le contexte particulier de la pandémie a joué sur cette non-confiance, mais elles ont affirmé qu'il s'agissait plus globalement d'une attitude dans la vie liée à des expériences négatives notamment dans les liens avec les professionnels et avec les institutions.

Le groupe d'étude a approfondi cette question-là dans le contexte spécifique de la pandémie en essayant d'identifier dans un premier temps (a) les raisons de la non-confiance, liées à l'expérience relationnelle, puis (b) les moyens utilisés par les professionnels de santé

pour créer la confiance, moyens qui n'atteignent pas leurs buts, pour enfin terminer (c) par les moyens qui permettent de dépasser cette non-confiance.

A ♦ Les raisons de la non-confiance sont souvent liées à des expériences relationnelles négatives

Bien évidemment le rapport de domination est ressenti de façon forte par beaucoup. Ce n'est pas tant le fait qu'un professionnel de santé sache un certain nombre de choses que le patient ignore qui est problématique car ceci est inévitable du fait de sa formation spécialisée. Mais c'est plutôt que ce savoir professionnel engage un rapport de domination avec un professionnel qui se comporterait comme un sachant et surtout qui ne porterait pas attention ni considération envers la personne. C'est pour certains l'expérience de ne pas avoir été écoutés voire de ne pas avoir été compris : « *Le médecin ne fait pas confiance à ma parole, donc moi non plus.* »

Quand la relation n'a pas fait l'objet d'une discussion, la confiance ne peut pas s'établir : « *J'ai l'impression de ne pas avoir vraiment le choix, du coup le seul choix*

On nous apprend à avoir peur les uns des autres

que je peux avoir c'est celui de ne pas avoir confiance. »

Pour certains l'expérience est très dure : *« Parfois le médecin s'en fout de toi, il regarde ton pied uniquement et il fait la prescription devant son ordinateur. Je suis en face d'une machine et on me prend pour un objet. »*

Les expériences de mauvais jugement de la part d'un professionnel atteignent durablement la relation, le sentiment qu'on vous *« colle une étiquette »*, surtout quand on retrouve cette étiquette *« retracée par écrit »*. La conséquence, ont dit certaines personnes, est la suivante : *« On ne dit plus la vérité parce qu' autrement on est trahi... »*

Plusieurs personnes ont également insisté sur les changements d'interlocuteurs : ce n'est pas parce que la confiance a été accordée à un professionnel que celle-ci se transmet automatiquement en cas de remplacement par exemple. La relation humaine est alors à nouveau à recréer.

B ♦ Les moyens utilisés par les professionnels de santé pour créer la confiance, mais qui n'atteignent pas leurs buts quand ils sont très (trop) techniques

Plusieurs moyens ont été décrits qui sont des tentatives d'établir la confiance de la part des professionnels, mais ces tentatives soit échouent, soit ne suffisent pas. Un professionnel peut être tenté de donner des explications rationnelles sur un sujet (le virus ou le vaccin, par exemple), mais ceci s'avère de peu d'utilité, selon les personnes en situation de précarité. D'autant que parfois ces explications se mêlent avec un jargon scientifique qui exclut l'interlocuteur, qui de fait ne peut pas entrer en discussion sur ce terrain. C'est finalement comme si la personne était ignorée.

En écho à ce qui a été dit au chapitre précédent, les discours qui entretenaient la peur n'ont pas été très

efficaces, sauf pour entretenir la non-confiance : *« Si on me dit « si tu ne te vaccines pas, tu iras en réanimation », c'est une volonté de me faire peur, mais cela ne me convainc pas. »*

Se situer uniquement sur le terrain de la technicité sans répondre à la demande de relation et sans même l'entendre, est voué à l'échec, ont affirmé les personnes en situation de précarité.

Parfois la volonté, peut-être sincère, de comprendre, ressemble à un interrogatoire ou à une demande de justification : *« Pourquoi n'êtes-vous pas venu au dernier rendez-vous ? »* Une telle question est parfois ressentie comme un jugement...

C ♦ Les moyens qui permettent de dépasser cette non-confiance et d'humaniser la relation

Dès lors qu'un professionnel de santé accepte sa part d'humanité, la confiance peut s'établir. Certains ont souligné la nécessité qu'un médecin, par exemple, puisse reconnaître une erreur d'appréciation ou qu'il n'a pas de solution à tel ou tel problème : *« Il faut qu'un professionnel accepte qu'il peut se tromper, l'erreur est humaine »*. Par-delà la rencontre avec un professionnel, le besoin est celui d'une rencontre *« humaine »* : *« La confiance se bâtit avec le temps et la relation interpersonnelle peut être une relation qui ne soit pas basée que sur le travail rémunéré. »*

Le premier contact est alors primordial : il passe par le regard mais également par l'attitude physique : des bras croisés, une attitude rigide, fermée, seront autant d'obstacles. Le premier accueil dans toutes ses dimensions est primordial. Un groupe de travail lors d'un séminaire a souligné l'importance du regard, en distinguant le regard physique bien sûr, mais aussi le *« regard psychique »*, c'est-à-dire l'attitude de non-jugement, l'accueil bienveillant.

3.4

Tout fermer brutalement a eu des conséquences graves

Il en résulte quelques préconisations (avant même le chapitre 4) en direction des professionnels :

- **Écouter profondément les émotions de la personne, sans jugement**
- **Prendre le temps de donner des explications claires et complètes en considérant le patient comme une personne responsable et capable de prendre des décisions**
- **Reconnaître la personne comme un être humain et pas comme un problème**
- **Utiliser un langage et des mots compréhensibles par tous.**
« Comorbidité, ça fait peur ! »
- **Prendre le temps de la clinique, c'est-à-dire être capable d'être au chevet de la personne, dans toute sa singularité : l'écoute, le temps et l'empathie sont des conditions de cette qualité clinique, ainsi que l'examen clinique proprement dit, bien sûr**
- **Avoir un discours rassurant**
- **Comprendre l'importance de la réciprocité dans la relation, avec des échanges et des apports de chacun. Donner, recevoir, rendre sont des incontournables pour une relation de réciprocité et de confiance**
- **Faire participer la personne à la recherche des solutions et de la décision.**

Au moment où on en a le plus besoin, le soutien psychologique s'arrête

La décision de confiner et sa mise en œuvre très rapide ont eu des impacts très différents selon que les personnes ou les familles avaient des ressources et des sécurités de tous ordres (logement, réserves financières, ressources matérielles...), ou au contraire n'en avaient pas.

D'autant que le confinement a finalement duré plusieurs semaines, ce qui n'était pas la perspective première. Cette situation absolument inédite n'était pas du tout préparée ni par les autorités ni par les foyers français, chacun a dû alors s'appuyer sur ses propres ressources. Pour ceux qui étaient déjà confrontés à de multiples difficultés, cette période a eu de lourdes conséquences, exposées dans le chapitre précédent, sur de nombreux domaines de la vie quotidienne : alimentation, accès aux soins etc.

L'ensemble des récits des personnes en difficulté converge vers cette analyse : celles qui n'ont pas suffisamment de ressources et de sécurité dans leur sphère familiale et personnelle ont un recours quasi quotidien à la sphère associative et publique, pour tenter de pallier leurs difficultés.

Les professionnels abondent en ce sens :

« La décision était nécessaire mais les pouvoirs publics pourraient penser au temps d'adaptation nécessaire à toutes et tous pour s'organiser (laisser 2 jours par exemple après l'annonce de la mesure). »

« Les annonces le vendredi soir ou dans le week-end ne permettent pas de « se retourner » pour les démarches administratives. »

« Les décisions prises ont eu un impact négatif sur l'alimentation (fin de marchés, épiceries solidaires fermées, distributions alimentaires stoppées). »

Ce dessin, élaboré lors d'un rassemblement du groupe d'étude, résume cette réalité : le confinement et les fermetures trop brutales ont terriblement coupé certaines personnes du monde et renforcé leur isolement.



EXEMPLE DE RÉSISTANCE ET SOLIDARITÉ

Au moment du confinement à Chambéry, les centres d'hébergement d'urgence sont restés ouverts en journée. Les gens allaient alors beaucoup mieux, alors que d'ordinaire ces centres n'ouvrent qu'en fin de journée, pour les personnes qui y passeront la nuit.

3.5

Conserver des liens humains et la possibilité de contacts humains, est vital

Cet enseignement, qui traverse l'ensemble de cette étude, devient un impératif constant qui traversera toutes nos préconisations (voir chapitre 4).

Nos analyses sur l'isolement et la santé mentale bien évidemment en attestent. Et la possibilité de maintenir un contact humain, une présence humaine, pour discuter, rassurer, établir la confiance, est déterminante pour éviter le risque de renoncement aux soins ou à la vaccination. Pour des personnes n'ayant pas toujours des liens familiaux, personnels ou sociaux suffisants, **conserver des liens humains** est une nécessité et non une option.

Ci-dessous est reproduit un schéma que le groupe des professionnels a présenté aux personnes en difficulté lors de notre deuxième rassemblement en présence, début novembre. Il est issu de l'expérience des professionnels, croisée avec l'expérience des personnes en difficulté.

Ce schéma est une manière de souligner l'interdépendance entre l'ensemble des liens (entre tous les acteurs). Tous ces liens sont indispensables pour garantir un « filet de sécurité relationnelle minimum », fondement de ce que devrait être un « Plan orange social », par analogie avec le *Plan blanc sanitaire*.

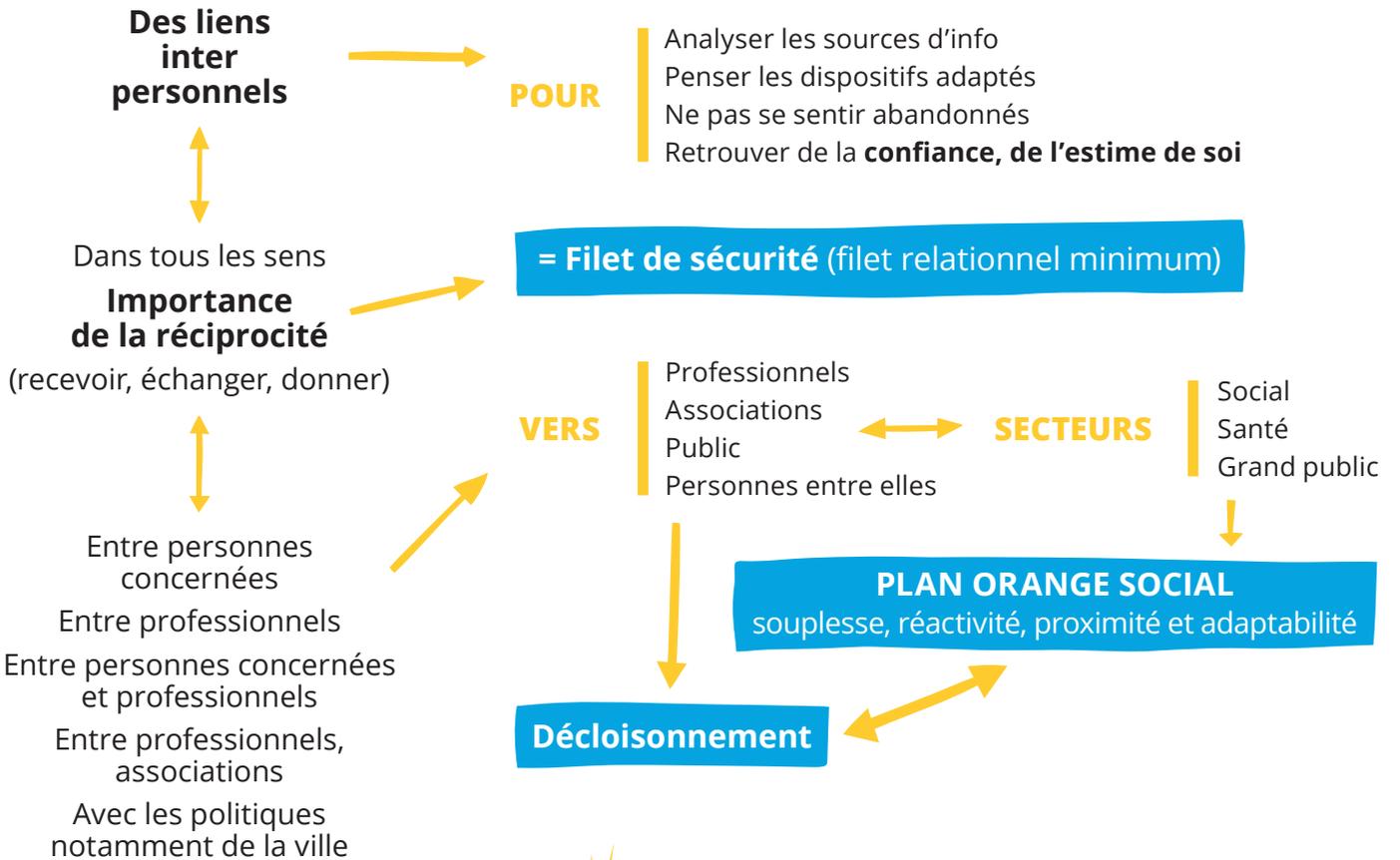
Le groupe d'étude propose ici la notion de **filet de sécurité relationnelle minimum**, en insistant sur la nécessité de prendre conscience de toute son importance : ce filet de sécurité est en fait visible lorsqu'il est défaillant ou troué. C'est ce qui a fait dire à certains que ce n'est pas un filet de sécurité qu'il faudrait, mais une toile de sécurité (sans trou !). Pour tous ceux (décideurs, personnes insérées socialement...) qui disposent d'un solide filet de sécurité relationnelle, il est difficile de prendre réellement conscience des conséquences pour ceux qui n'en ont pas.

C'est pourquoi nous insistons sur cette notion.

“ J’ai pris l’habitude de ne plus sortir (...). L’isolement est un cercle vicieux ”



Analyses et propositions : le rôle essentiel des liens

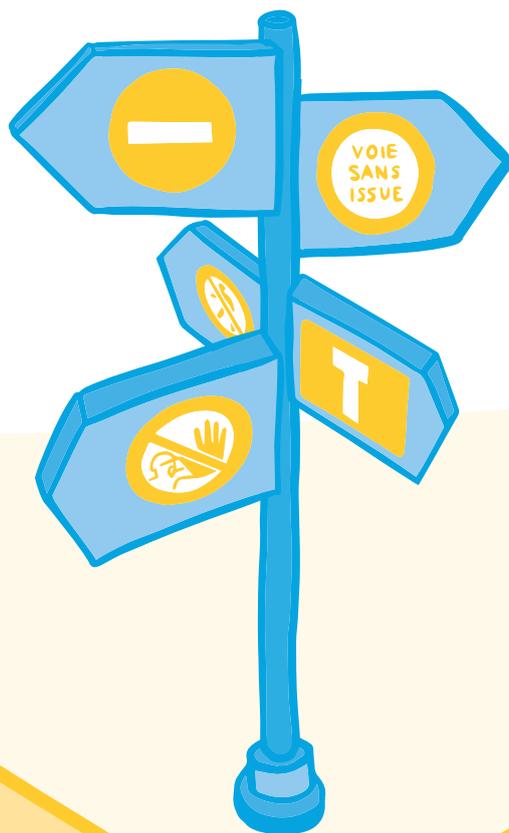


*Pour me sentir libre
(...), pouvoir choisir...
et faire valoir
ce droit de choisir*

3.6

La liberté de choisir : un bien encore plus précieux quand on vit la pauvreté

Cette liberté de choisir est essentielle aux yeux de ceux qui vivent en situation de pauvreté. Car justement, en situation de pauvreté, vous n'avez pas la main sur des éléments déterminants de votre vie et une grande partie de vos actions sont déterminées par des décisions extérieures (de professionnels, d'institutions, d'administrations...). Il y a une expérience quasi permanente de dépossession du pouvoir d'agir. Dès lors la liberté de choisir devient un bien très précieux.



QUELLE LIBERTÉ DE CHOIX POUR LA PERSONNE ?

Or on comprend aisément que dire non à une proposition, voire à une injonction m'assure toujours plus de ma liberté que de dire oui. Car contester ou protester sont des signes de liberté alors qu'attester ou accepter peut renvoyer à un sentiment de domination, d'imposition.

Cette question est venue principalement dans le débat sur la vaccination. Les personnes en situation de pauvreté, qu'elles aient ou non choisi de se faire vacciner, ont formulé collectivement l'importance pour elles d'avoir le choix : « Pour me sentir libre et « pouvoir agir », j'ai besoin de cette « résistance » : REFUSER le vaccin c'est pouvoir choisir et faire valoir ce droit de choisir. »

Voici les principaux arguments qui ont été donnés pour appuyer cette idée :

- « *Se faire vacciner est une obligation « déguisée », pas un choix. »*
- « *Le vaccin est une entrave à la liberté : on se sent étouffé avec la mise en place du confinement, du vaccin, du pass sanitaire et des contraintes qui vont avec. »*
- « *Dire qu'on n'est pas obligé de se faire vacciner mais faire en sorte de nous contraindre à le faire, est une manipulation. »*

C'est le sentiment qu'ont eu certains de perdre leur liberté, d'être obligés de se faire vacciner qui est le plus contraignant. Ils évoquent leur sensation d'étouffement, de colère et de rage, et une envie de transgresser les règles pour garder leur droit à la liberté : « *C'est la liberté qu'on nous enlève* », « *C'est un contrôle abusif.* »

Et puis, face au sentiment de perdre leur liberté, les personnes en situation de pauvreté ont expliqué qu'elles ont envie de prouver qu'elles ont le droit de choisir, même si c'est un choix non justifié. Le fait de choisir de ne pas se faire vacciner n'est pas fondé sur des argumentations qui concernent le vaccin lui-même mais sur la volonté de s'imposer là où elles se sentent manipulées et contraintes.

Beaucoup des professionnels du groupe d'étude ont compris cette perception qu'ont eue les personnes. L'un d'entre eux invite à « *entendre ce refus pas seulement comme un rejet ou une incompréhension, mais une volonté de faire des choix, d'autant plus pour les personnes qui subissent le plus.* »

« *Refuser le vaccin : dernier espace de liberté ?* » : c'est une question qu'un des professionnels du groupe s'est posé et a posée...

Conclusion de ces 6 messages-clés

Il est important de distinguer et de retenir ces 6 messages-clés. Ils dépassent l'approche thématique que nous avons adoptée et permettent de comprendre un certain nombre de mécanismes qui ont été à l'œuvre pendant la crise mais qui par ailleurs sont souvent à l'œuvre en dehors d'une pandémie.

Soulignons qu'une partie de ces messages-clés concerne précisément les populations en situation de précarité mais peut également s'appliquer à toute la population. Il est important de bien comprendre ces messages car on verra que des préconisations en découlent directement.

CHAPITRE 4

PRÉCONISATIONS

POUR MIEUX TRAVERSER LES CRISES, ET SURTOUT POUR RÉTABLIR LA JUSTICE ET LA DIGNITÉ EN TEMPS ORDINAIRE

4.1

Trois recommandations-socles

Ces trois préconisations-socles donnent leur sens à toutes les autres. Quel que soit ce qui sera entrepris, et que ce soit par des décideurs politiques, des acteurs locaux, des associations ou des citoyens, nous affirmons que les 3 préconisations suivantes valent à chaque fois :

1^{ère} RECOMMANDATION-SOCLE

Toujours associer les personnes en situation de précarité aux prises de décisions à tous les niveaux (de la vie nationale à locale), avec le souci et les moyens d'aller chercher celles qui sont les plus éloignées.

2^{ème} RECOMMANDATION-SOCLE

Privilégier des mesures permanentes et durables, maintenues en situation de crise pour que les plus pauvres disposent d'un véritable filet de sécurité, et en allant à la rencontre des plus pauvres.

3^{ème} RECOMMANDATION-SOCLE

En situation de crise ne jamais tout fermer et maintenir le lien humain avec des services minimum (publics et associatifs) et un accès à des droits et à des interlocuteurs pour éviter aux personnes l'aggravation de leur situation.

DÉTAILLONS CES 3 RECOMMANDATIONS-SOCLES

1^{ère} recommandation-socle

Toujours associer les personnes en situation de précarité aux prises de décisions à tous les niveaux (de la vie nationale à locale), avec le souci et les moyens d'aller chercher celles qui sont les plus éloignées

« Décider pour nous sans nous c'est souvent contre nous »

Ceci passe par une éducation de l'ensemble des décideurs, des institutions et des professionnels à ne plus penser à la place des personnes et à ne plus penser que les personnes elles-mêmes en situation de précarité ne peuvent pas les aider à réfléchir et ne peuvent pas réfléchir avec elles.

C'est un modèle de démocratie sanitaire que le groupe d'étude veut promouvoir qui passe par le dialogue permanent avec les populations concernées.

Les décisions et les mesures proposées sont toujours mieux ciblées, plus pertinentes et donc plus efficaces dès lors qu'elles ont été pensées, discutées et construites avec l'ensemble des parties prenantes, notamment avec la voix, l'expérience et l'intelligence de ceux qui sont d'ordinaire le moins associés.

Il n'est que de voir le caractère déplacé d'une communication qui promeut la vaccination pour retourner au restaurant ou au théâtre, quand toute une partie de la population n'y va jamais en temps ordinaire, ou si peu.

Pour cela plusieurs pistes concrètes sont développées au travers des préconisations de ce rapport d'étude : comment faire une place aux absents, comment se former avec les personnes en situation de précarité, à égalité de parole et à égalité de pensée et d'analyse... ?

2^{ème} recommandation-socle

Privilégier des mesures permanentes et durables, maintenues en situation de crise pour que les plus pauvres disposent d'un véritable filet de sécurité, et en allant à la rencontre des plus pauvres

« Si on a vraiment ses droits, on a moins besoin de mesures exceptionnelles »

Un certain nombre des préconisations de ce rapport ont été produites consécutivement à la crise parce que celle-ci a révélé comment certaines fragilités empirent la situation des personnes en situation de crise mais il apparaît évident à l'ensemble des contributeurs de cette étude qu'une grande partie des mesures proposées, plutôt que d'être des palliatifs, devraient être soit des droits, soit des services permanents : ceux-ci contribueraient ainsi à améliorer la situation des personnes et n'auraient pas besoin d'être mis en œuvre uniquement en cas d'urgence ou de crise. Cela améliorerait évidemment grandement leur efficacité en temps de crise, pour faire face...



3^{ème} recommandation-socle

En situation de crise ne jamais tout fermer et maintenir le lien humain avec des services minimum (publics et associatifs) et un accès à des droits et à des interlocuteurs pour éviter aux personnes l'aggravation de leur situation

« Toujours un lieu ouvert avec des liens humains »

Les réflexions du groupe d'étude ont clairement montré combien le passage brusque à un confinement a précipité de nombreuses personnes parmi les plus pauvres dans des situations très difficiles voire dangereuses pour leur santé.

Lors du confinement, les inégalités de logement (sa situation, sa taille, sa qualité, avec un espace extérieur ou non...), les inégalités d'accès à des ressources culturelles, à des échanges, au numérique, ont été rendues encore plus criantes. Les personnes favorisées ont réussi à solliciter leurs propres ressources pour tenir, quand les plus vulnérables ont vu brutalement leur vie se compliquer, leurs conditions de vie se détériorer. Car leur vie sociale, leur santé, leur alimentation quotidienne et celle de leurs enfants, leurs liens sociaux, leurs ressources, sont beaucoup plus dépendantes des services publics ou des associations.

C'est pourquoi, pointant les inégalités de vie qui se traduisent par des difficultés accrues de surpopulation ou d'isolement pour les personnes en situation de précarité, le groupe d'étude a créé le dessin ci-dessous pour montrer l'injustice d'un message qui recommande, de façon équivalente pour tous, de rester chez soi :

Le groupe d'étude souligne l'importance que, quelles que soient leurs conditions de vie, toutes les personnes et toutes les familles puissent trouver les moyens de garder des liens humains et l'ouverture qui apportent de l'énergie au quotidien.

EXEMPLE DE RÉSISTANCE ET SOLIDARITÉ

Lorsque toutes les consultations ont fermé à l'hôpital, la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de Chambéry a pu continuer à soigner dans un lieu en centre-ville. Pour pouvoir accueillir toutes les personnes concernées, la PASS a organisé un circuit spécifique pour les patients suspects d'être atteints de Covid, et un circuit pour les autres.

La formule de Jean Jaurès affirmant que « *le service public est le patrimoine de ceux qui n'en ont pas* », se révèle ici encore très juste. Plusieurs préconisations déclinent concrètement cette recommandation qui apparaît comme essentielle. C'est pourquoi le groupe d'étude avance l'idée d'une gestion anticipée et organisée de crise, en cas d'urgence ou de situation similaire : **un plan social orange**, comme il existe le *plan blanc sanitaire*. Nos préconisations développeront cette idée (dès la préconisation A.1).

CHEZ VOUS!



4.2

8 ambitions essentielles déclinées en 30 préconisations

Le groupe d'étude propose 8 grandes ambitions pour une société plus juste et plus digne. Chacune (A à H) est déclinée en plusieurs préconisations. Ces 30 préconisations sont présentées ci-après.

* A * GARANTIR L'ACCÈS EFFECTIF AUX DROITS, ET VEILLER À MAINTENIR EN TEMPS DE CRISE LA CONTINUITÉ DES SERVICES DE PROXIMITÉ AFIN D'ÉVITER LES RUPTURES

Cette série de préconisations (A) découle directement du constat des effets délétères d'un arrêt des accueils physiques et d'une fermeture de beaucoup de services publics et de lieux associatifs. Les effets sur les situations financière, sociale et sur la santé mentale de beaucoup de nos concitoyens ont été dramatiques. L'accès aux droits ne peut et ne doit jamais être mis entre parenthèses. Seules les populations qui disposaient de certaines sécurités ont pu traverser cette situation sans trop de dommages. Mais pour les personnes en situation de précarité, les constats établis dans les chapitres précédents (2 et 3) sont sans appel.

A.1 ♦ Coordonner des actions de proximité contre la précarité en temps de crise

La rédaction d'un grand **plan orange social** sur le modèle du plan blanc sanitaire serait de nature à coordonner et mettre en œuvre toutes les actions de proximité auprès des personnes en situation de précarité en temps de crise.

Ce plan serait piloté par l'État, réunissant des élus locaux, des partenaires institutionnels de proximité, des associations... Il devrait entre autres aborder les différents axes notés dans ce rapport : services minimums dans les institutions publiques (CPAM, CAF, CMS...) avec possibilité effective pour toute personne de rencontrer un interlocuteur pour maintenir ou ouvrir des droits, tels qu'accéder à l'alimentation, avoir un logement, etc.

Ce plan devrait réfléchir à la pertinence d'une réserve sociale sur le modèle de la réserve sanitaire. Il pourrait également définir les modalités d'une « cellule de crise sociale » opérationnelle dès le déclenchement du plan.

A.2 ♦ Éviter l'apparition et l'aggravation de l'isolement

Afin d'anticiper les conséquences d'une future crise/pandémie sur l'isolement et en tenant compte des connaissances locales apportées par la pandémie actuelle, il est ici préconisé que les collectivités territoriales en étroite collaboration avec les associations et institutions élaborent un **plan de lutte contre l'isolement** sur le modèle du plan canicule, l'objectif essentiel étant de ne laisser personne sur le bord de la route, par une vigilance accrue.

Cette préconisation peut s'inspirer par exemple de ce qui a été fait par des membres d'ATD Quart-Monde dans les Vosges : téléphoner pour prendre des nouvelles, expliquer pourquoi on appelle en temps de crise, rendre visite... (encadré page 18).

Propositions complémentaires :

- ♦ Ne pas arrêter les aides à domicile en temps de crise.
- ♦ Amener, créer ou maintenir une activité culturelle de proximité.
(Voir aussi la préconisation B.3)

A.3 ♦ En temps de crise, maintenir un service public minimum ouvert

Les difficultés rencontrées par les personnes en situation de pauvreté ont été aggravées par l'éloignement géographique de citoyens, la fracture numérique, les difficultés de transport et le manque de moyens financiers. Ces facteurs se concentrent souvent dans certains quartiers.

Il est nécessaire d'identifier ces **zones prioritaires** en amont d'une crise afin de maintenir dans ces quartiers un **service public minimum ouvert en pré-sentiel**. Cette préconisation peut s'inspirer par l'exemple du CCAS d'Epinal (encadré page 26).

A.4 ♦ Faciliter l'accès à la vaccination

Dans les zones identifiées prioritaires (cf préconisation A.3 ci-dessus), l'accès à la vaccination doit être facilité localement pour tous les citoyens, par exemple par la mise en place de mini-centres de vaccination, par des **actions locales ponctuelles d'information et de vaccination**.

A.5 ♦ Créer en mairie des permanences d'orientation et d'aide sociale et sanitaire de premier niveau

Ces permanences d'orientation et d'aide sociale et sanitaire de premier niveau devraient être accessibles dans toutes les mairies (et mairies de quartier) et sans rendez-vous, anonymes et gratuites, toute l'année ; il conviendrait notamment d'assurer une permanence en temps de crise.

Cette nouvelle fonction serait d'apporter de l'information, mais aussi et surtout de **s'assurer d'une orientation effective** du demandeur. Cette action pourrait fonctionner sur le modèle de l'écrivain public ou avec des bénévoles formés.

Pour préciser, « orientation effective » signifie orientation vers une personne physique nominative en aidant la personne qui vient à la permanence à prendre un rendez-vous en direct, en s'assurant qu'elle a les moyens (locomotion, financier...) de s'y rendre, en organisant si besoin une modalité de déplacement... Trop souvent, les informations données consistent à orienter une personne vers une institution, une association, un corps de professionnels, sans s'assurer qu'elle parviendra *effectivement* à aller au bout de la démarche, alors qu'elle peut se heurter à divers obstacles (exemple : difficulté à trouver aujourd'hui un médecin généraliste qui vous reçoive, une consultation avec un spécialiste).

A.6 ♦ Simplifier le renouvellement de la complémentaire santé solidaire (CSS)

Afin de simplifier le renouvellement de la complémentaire santé solidaire, nous proposons de simplifier les démarches administratives : mettre en place un **renouvellement automatique de la complémentaire santé solidaire** pour ses utilisateurs, charge à la CPAM, avec l'accord de l'utilisateur concerné, de récupérer les éléments nécessaires directement auprès des organismes tels que centre des impôts, caisses de retraite...

Aujourd'hui par exemple, un retraité doit fournir un document attestant de ses revenus versés par les caisses de retraite de date à date. Or il peut être complexe de réunir ces documents.

Cette simplification devrait faire l'objet d'une loi (voir encadré page 16).

A.7 ♦ Permettre et faciliter l'accès des migrants à la couverture sociale afin de rendre effectif l'accès aux soins des personnes migrantes

L'actuel recul dans l'accès aux soins entraîne aujourd'hui des difficultés majeures tant pour les personnes concernées que pour les professionnels, associations ou institutions. En particulier, les demandeurs d'asile ne peuvent prétendre à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) avant 3 mois de présence ininterrompue en France, c'est-à-dire en pratique 3 mois minimum après leur enregistrement à la préfecture en tant que demandeurs d'asile (d'après l'article⁹ D.160-2 du Code de la Sécurité Sociale qui a pris effet le 1^{er} janvier 2020). Ce qui les place dans un même délai d'attente que les irréguliers avec l'Aide Médicale d'État (AME).

⁹. Article D.160-2 du Code de la S.S. : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042947082

Il convient donc de :

- ◆ Revenir au droit à une ouverture de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) pour les demandeurs d'asile primo arrivants dès leur enregistrement en préfecture ;
- ◆ Simplifier les démarches pour l'accès à l'Aide Médicale d'État (AME) (documents demandés à plusieurs reprises, parfois non utiles...). De plus le panier de soin de l'AME devrait être élargi (prothèses dentaires et optiques notamment).

*** B * PRENDRE SOIN DES LIENS SOCIAUX,
ÉVITER L'ISOLEMENT : DES CONDITIONS
DE LA SANTÉ MENTALE DE TOUS**

La santé mentale est la grande sacrifiée de cette crise. Cela vaut pour la population générale mais nous l'avons vu, c'est encore plus prégnant pour des populations en précarité et notamment les personnes isolées.

Comment à l'avenir préserver la *santé physique* des populations face à une éventuelle pandémie, sans générer des effets tout aussi graves sur la *santé mentale* ?

B.1 ◆ Prendre soin des liens sociaux

Comment maintenir des liens humains, en toutes circonstances, sachant que les liens sont vitaux, même quand il y a des risques de contamination ?

- ★ **Proposer toujours une possibilité d'engager une rencontre en présentiel pour effectuer les démarches administratives et autres.**

Cette préconisation peut s'inspirer par exemple des femmes relais de Nancy (encadré page 10) ou des centres d'hébergement d'urgence de Chambéry (encadré page 33).

Ces rencontres en présentiel avec quelqu'un que l'on connaît sont préférables aux appels téléphoniques (sur numéros spéciaux) pour « se confier à quelqu'un qu'on ne connaît pas : ça peut faire du bien à certains mais en bloquer d'autres. »

- ★ **Cela implique de ne pas fermer totalement les services et d'équiper des lieux d'accueil pour maintenir le lien, voire développer des « espaces communs » au plus près de la vie des habitants, tels que les équipements locaux : salle municipale, café associatif, épicerie sociale, MJC, Maison pour Tous... sans oublier les espaces extérieurs (espaces verts, jardins partagés...).**

- ✱ Cela implique aussi une coordination et un partenariat qui concernent les services publics, les administrations, les associations et les équipements locaux (voir préconisation A.1 et plan orange).
- ✱ Cela implique également une stratégie du « aller vers » les personnes et la nécessité pour les services, qu'ils soient sociaux, éducatifs, sanitaires, de penser une organisation plus « mobile » et « proactive ».
- ✱ Cela implique enfin une stratégie de communication et d'information pour soutenir ces initiatives avec numéro vert, affichage municipal, informations dans la presse locale...

B.2 ♦ Mettre en place des espaces de liens, tels que des bus de proximité

Des espaces spécifiques de liens existent déjà, avec des modalités pour « aller vers », par exemple sous la forme de **bus de proximité** (de type écrivain public). Cela permet de mettre en place des permanences itinérantes, assurant une permanence d'aide sociale et sanitaire de premier niveau.

Un tel espace de liens permet aussi d'offrir des services plus techniques et un accès aux équipements informatiques par exemple. Cela permet en particulier de rejoindre des habitants plus particulièrement isolés, notamment en milieu rural.

B.3 ♦ Prendre soin de la santé mentale

Comment aider les personnes fragilisées par la peur, l'angoisse, les ressentis douloureux, les difficultés à vivre ? (les émotions étant souvent liées à l'expérience de la pandémie et de l'isolement).

- ✱ **Créer des espaces de confiance, d'écoute et de soutien, où puissent s'exprimer ces émotions et les « ressentis » : groupes de parole, groupes d'entraide mutuelle.**
- ✱ **Développer le contact téléphonique gratuit (numéros verts) avec un professionnel de santé (profil approche psychologique)... tout en connaissant les limites du téléphone par rapport au présentiel (voir le premier point de B.1).**
- ✱ **Soutenir et développer des activités d'expression, écrite, corporelle, théâtrale, de relaxation.**

Dans le cadre d'actions plus ciblées sur les difficultés à vivre des personnes fragilisées et afin de « prévenir » des situations plus aiguës, il convient de tenir compte d'une situation d'extrême pénurie des professionnels de la santé mentale et de considérer qu'il y a urgence à développer des formations spécifiques.

Dans l'attente, il serait opportun de renforcer les coordinations avec le secteur social et médico-social, l'éducation populaire et, momentanément, de réserver certains professionnels pour la supervision de ces pratiques.

- ★ ... sans oublier de développer la diffusion par les médias de « bonnes nouvelles » et d'histoires positives voire drôles, afin de ne pas amplifier des dynamiques de dramatisation... (voir aussi page 62 la préconisation H.1).

★ C ★ AU NIVEAU LOCAL DÉVELOPPER DES LIEUX ET DES TEMPS OUVERTS ET ACCESSIBLES POUR QUE LES PLUS PAUVRES PARTICIPENT À LA VIE LOCALE ET AUX DÉCISIONS

Le groupe d'étude suscite ici la **tenue d'assemblées locales**, à l'initiative d'habitants, en s'assurant qu'y soient également invitées et présentes des personnes habituellement oubliées. Les quatre préconisations présentées ici sont comme les **4 étapes d'une méthode** facilitant leur participation aux réflexions et aux décisions. Cette méthode devrait s'installer de façon pérenne et dès lors être toujours valable en temps de crise.

On pourrait envisager que la même logique soit mise en œuvre au niveau communal, au-delà d'un quartier, voire même au niveau national, comme cela a été le cas pour les 150 participants à la Convention Citoyenne pour le Climat.

C.1 ♦ Inviter à une rencontre locale

- ★ Partir de préoccupations d'habitants, associer par exemple un animateur de quartier.
- ★ Organiser et réaliser du « porte-à-porte » pour inviter ceux qui n'osent pas, pour chercher ce qui faciliterait leur participation. Faire fonctionner le bouche à oreille et la proximité humaine.
- ★ Informer aussi dans les entrées d'immeubles ou sur la place du village, à des heures où il y a du monde.

C.2 ♦ Se réunir régulièrement

- ★ Lors de rencontres conviviales, s'appuyer sur un noyau de plusieurs personnes qui donnent la parole à chacun et qui font en sorte qu'on prenne en compte cette parole.
- ★ Faire avec et pas « à la place de... ».

- ✳ Organiser plusieurs rencontres pour faciliter la place de chacun. Essayer d'avoir le même lieu et le même horaire, à proximité des personnes qu'on souhaite absolument toucher.
- ✳ Éventuellement prévoir des solutions pour garder les enfants au même endroit.
- ✳ Parfois, cela peut être intéressant d'avoir un « intervenant » (un médecin, quelqu'un de la mairie, etc...) pourvu que cette personne soit au service de la réflexion des habitants.

C.3 ♦ Participer à la décision

- ✳ Avoir une information fiable et claire pour que tout le monde comprenne bien de quoi on parle.
- ✳ Inviter des décideurs locaux pour un échange sur les décisions possibles.
- ✳ Bien informer les habitants sur les rencontres avec les décideurs et les enjeux.

C.4 ♦ Participer à l'évaluation

- ✳ Prendre des notes pendant la démarche (trace écrite du déroulement et comptes-rendus).
- ✳ S'assurer du bon suivi de la démarche, vérifier que tout le monde la comprend bien, rectifier le déroulement si nécessaire, tirer les leçons du déroulement des rencontres et des contacts avec les responsables, à partir des avis des différentes personnes impliquées.

✳ D ✳ PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION DIGNE, DURABLE ET DE QUALITÉ

Le combat reste à mener pour l'accès de toutes et tous à une alimentation digne, durable et de qualité. Il répond à un enjeu de santé publique mais également de dignité. **« L'urgence » de ce combat est d'actualité, en période de pandémie comme en période de non pandémie.**

D.1 ♦ Actualiser la loi européenne et la loi française sur le droit à une alimentation digne, durable et de qualité

- ✳ Promouvoir l'alimentation comme un bien commun pour toutes et tous.

- ✳ Inclure dans les négociations les « experts du vécu » du monde de la précarité.
- ✳ Réviser et réguler les accords signés dans le cadre de l'Union Européenne (UE) et de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC).

Suggestion :

- ◆ S'inspirer des actions du CIVAM, regroupement de tous les représentants du monde agricole (Centre d'Initiatives pour Valoriser l'Agriculture et le Milieu rural).

« En France, il y a assez de produits secs et frais pour nourrir toute la population. Le blé est vendu à l'UE, qui le revend à la Chine, qui le revend ensuite aux pays membres de l'UE, suite aux accords signés dans le cadre de l'OMC (le blé n'a pas encore quitté le territoire, sur lequel il a été cultivé). Des transactions à n'en plus finir : ainsi, le blé acheté à bas prix aux producteurs français est ensuite beaucoup plus coûteux pour le public vivant en France. »

D.2 ◆ Veiller à l'application des lois pour une alimentation digne, durable et de qualité

- ✳ Inclure systématiquement à chaque rencontre - bilan les « experts du vécu » du monde de la précarité, afin de réellement prendre en compte leurs besoins.

Suggestion :

- ◆ Dans le domaine de l'alimentation digne, durable et de qualité, développer et généraliser la participation citoyenne aux politiques de solidarités, avec des outils tels que le KIT du Haut Conseil du Travail Social ou le guide de la participation d'ATD Quart-Monde (voir annexe 2 page 69).

D.3 ◆ Prendre une série de mesures concrètes

- ✳ Encourager les achats groupés.
- ✳ Développer les jardins partagés et nourriciers, accessibles à toutes et tous même en temps de crise.
- ✳ Prendre en compte les besoins différents de produits alimentaires, selon les régions (recettes locales).
- ✳ Respecter les cultures de toutes les personnes résidant en France, quelles que soient leurs origines.
- ✳ Partir sur du « gagnant-gagnant » pour les agriculteurs, les maraîchers, les éleveurs... ainsi que les personnes vivant la précarité.

- ★ **Annuler l'obligation de calibrage des produits frais (fruits - légumes - lait - etc.) imposée par l'Union Européenne.**

Propos entendus lors de l'étude :

« Quand les quotas sont atteints par les producteurs agricoles (normes imposées par l'UE), il faudrait qu'ils puissent vendre leurs surplus dans des conditions dignes pour eux. Actuellement, c'est à perte, alors ils jettent. »

« Que les agriculteurs soient autorisés à nous vendre leurs surplus, à prix très abordables pour les familles (adultes, adolescents et jeunes enfants). »

« Si tu manges bien, tu seras en meilleure santé. Si tu équilibres tes repas avec des aliments sains, tu as une vie plus saine. ».

★ E ★ RÉFORMER L'AIDE ALIMENTAIRE POUR QU'ELLE NE SOIT PAS INDIGNE ET HUMILIANTE

L'aide alimentaire pensée comme un système permanent et mis en œuvre depuis des décennies est absolument inacceptable dans un pays riche. Il faut y mettre fin car c'est une mauvaise réponse à une question essentielle et à un besoin fondamental.

Néanmoins dans la situation actuelle et puisque l'aide alimentaire existe, il est absolument indispensable de la réformer pour qu'elle ne soit pas indigne ou humiliante.

E.1 ♦ Viser la qualité des produits

- ★ **Exiger un contrôle qualité sur les produits alimentaires donnés par l'Union Européenne et la France.**
- ★ **Effectuer à l'improviste des contrôles qualité systématiques et réguliers, sans informer préalablement les organismes de distribution.**
- ★ **Mettre en place des contrôles qualité sur le modèle des contrôles d'hygiène effectués dans les différents lieux de restauration.**

Propos entendus lors de l'étude :

« Il ne faut pas être étonné de voir les gens trier les produits à la sortie et mettre dans le fossé tout ce qu'on ne peut pas manger... »

« Il y avait des bêtes dans le paquet de farine, je l'ai jeté... Certaines fois on doit jeter une grande partie des produits distribués... »

« On m'a donné des produits abîmés, pourris ;
suite à ma remarque, on m'a dit que quand on est dans
ma situation, on prend ce qu'on vous donne... »

E.2 ♦ Réviser les critères d'attribution

- ✳ Prendre l'instant présent vécu par la personne et non les mois précédents ; ne pas prendre en compte le délai de résidence dans une commune.
- ✳ Interdire la demande faite par tous les organismes de communiquer les relevés de compte des 3 ou 6 mois précédant la demande d'aide.
- ✳ Ne pas exiger que l'endettement soit un critère obligatoire pour bénéficier de l'aide, quelle qu'elle soit.
- ✳ Respecter un RESTE A VIVRE commun à tous les organismes – associatifs et institutionnels ; en le rendant raisonnable pour une VIE DIGNE et en le revalorisant chaque année pour tous les organismes - associatifs comme institutionnels.

Suggestions :

- ♦ Nécessité d'intégrer les « experts du vécu » du monde de la précarité dans les différentes commissions, dans le but d'informer les autres membres des conditions réelles d'existence des personnes vivant la précarité.
- ♦ Objectif à viser : la suppression définitive des commissions d'attribution d'aides matérielles, avec la mise en place d'un revenu digne de vie.

Propos entendus lors de l'étude :

« On vit avec des minima sociaux et donc on n'est pas crédible... »

« Et quand tu as des dettes, tu es regardée de haut ; cherchez l'erreur... »

« Une fois, j'ai payé ma facture de reliquat d'eau de 65 euros et toutes mes charges. Alors le CCAS m'a dit qu'il ne pouvait pas m'accorder l'Épicerie sociale car je n'avais pas de dette. »

E.3 ♦ Donner le choix du type d'aide alimentaire

- ✳ Privilégier le développement et la généralisation des Épiceries sociales, sur tous les territoires (citadins et ruraux).
- ✳ Respecter les régimes alimentaires suivant les cultures des uns et des autres.

Propos entendus lors de l'étude :

« On veut avoir le choix des produits alimentaires, de ce que l'on va manger... »

« On veut être dans le participatif au lieu de l'assistanat... même si cela nous coûte un euro. »

« On préfère payer un petit peu que de tout recevoir gratuitement, ce qui est tendre la main... »

« On ne veut plus de la charité... »

« La honte, elle est là quand on va à l'aide alimentaire... »

« Et en plus dans les épiceries sociales, ils proposent des ateliers cuisine selon les produits de saison pour les personnes ne sachant pas quoi faire à manger. »

E.4 ♦ Former les bénévoles et les professionnels à l'accueil et à la distribution

- ★ **Intervenir notamment sur les questions de dignité pour les personnes vivant la précarité.**
- ★ **Proposer une co-formation aux bénévoles et salariés du milieu associatif et des institutions, avec les « experts du vécu » du monde de la précarité.**

Propos entendus lors de l'étude :

« Cette putain de honte... tu n'es qu'un numéro de carte qu'on appelle... »

« Ne plus être un numéro pour que ça soit digne... »

« Pour la distribution alimentaire, j'ai l'exemple d'une amie qui vit avec son fils de 19 ans. Une année, elle a eu 19 points accordés. L'année suivante, elle est passée à 11 points, alors que rien n'avait changé dans sa situation familiale. C'était la décision du national, à respecter.

Passer de 19 points à 11 points, une sacrée chute avec beaucoup moins de produits alimentaires reçus... Tous les organismes font leurs calculs de points chaque année... »

« Si le jeune a 20 ans et qu'il n'est ni étudiant ni apprenti etc, il n'est plus compté avec la famille dans la distribution alimentaire. Ces jeunes doivent faire leur propre demande et en général, ils ne la font pas. Mais ils ont besoin de manger autant si ce n'est plus. »

E.5 ♦ Maintenir un accueil minimum en toute période et en temps de crise

- ★ **En maintenant un accueil physique minimum dans toutes les associations, en toute période de l'année et en temps de crise.**
- ★ **En mettant en place pour les situations d'urgence un « tour de garde » des associations de distribution alimentaire (sur le modèle des pharmacies).**

- ★ **En amenant les associations de distribution alimentaire à collaborer entre elles.**

Propos entendus lors de l'étude :

« Au mois d'août, l'Épicerie sociale ferme ; tu dois te débrouiller... Toutes les associations, c'est la période hivernale en priorité... Une distribution l'été mais très peu de mois et avec des critères financiers très restreints, très stricts (Quel calcul est fait pour les bases d'été ? Pourquoi des calculs de points d'hiver et de points d'été ?) »

« La difficulté, on la vit été comme hiver, alors qu'on a les mêmes revenus en été et en hiver... y a pas le choix. »

« Que les associations soient ouvertes, en hiver comme en été, où on doit vivre la canicule depuis plusieurs années... Les saisons ne changent pas la donne pour les revenus... »

E.6 ♦ Mutualiser les outils et les moyens entre les différentes associations

- ★ **Mettre en place la mutualisation (le partage), non pas dans un objectif économique mais de fonctionnalité.**
- ★ **Demander aux sociétés d'assurance d'étudier la mise en place d'un contrat pour le co-partage de moyens et d'outils.**
- ★ **Mettre en place un dossier unique de demande d'aide alimentaire (pourquoi selon les associations un dossier différent, avec des critères différents ?), une plateforme numérique collaborative (accès de toutes les associations au dossier unique) et une commission de coordination d'attribution des aides, réunissant institutionnels, associatifs et « experts du vécu » du monde de la précarité.**

Suggestions :

- ♦ Entraide collective pour un projet dans le monde rural. Exemple d'un véhicule anonymisé pour la livraison de produits alimentaires. But visé : protéger les personnes vivant la précarité du sentiment d'humiliation et de honte (par rapport au voisinage)
- ♦ Pour une même association, sur tout un département : exemple d'un seul véhicule des FRANCAS en Meurthe-et-Moselle
- ♦ Entre plusieurs associations sur un même territoire et/ou un département : exemple d'un véhicule commun et co-partagé, sans être attribué à une seule association, car financé par plusieurs institutions (département – commune – organismes d'action sociale – etc)
- ♦ « Éviter le démarchage démultiplié, dans le but de recevoir plus de colis alimentaires... »

LE CHÈQUE ALIMENTAIRE : BONNE OU MAUVAISE IDÉE ?

Pour lutter contre la précarité alimentaire et soutenir la production alimentaire française, le gouvernement réfléchit à un chèque alimentaire. C'est une proposition issue de la Convention Citoyenne pour le Climat.

Dans ce contexte, l'IGAS¹, l'IGF² et le CGAAER³ ont auditionné ATD Quart Monde, dont la délégation comprenait certains auteurs de ce rapport d'étude (militant Quart Monde et professionnel).

Lors de cette audition, ATD Quart Monde a notamment souligné les points suivants :

✳ **Pour vivre dignement, toutes les personnes en situation de pauvreté ont besoin d'un revenu digne, convenable et durable. C'est cela qu'il convient de construire, à terme.**

✳ **Extrêmement nombreuses sont les personnes qui ont actuellement recours (et davantage encore pendant la période Covid) à l'aide alimentaire. Cela dépanne, mais dans de mauvaises conditions.**

Même si j'ai eu besoin de recourir à l'aide alimentaire, c'est toujours humiliant.

✳ **En attendant la mise en place d'un revenu convenable pour tous, l'idée de chèque alimentaire dans l'immédiat devrait nécessairement s'appuyer sur les exigences suivantes :**

- **Simplicité pour obtenir des chèques alimentaires**

Passer par la mairie, l'aide sociale, c'est dur... Redéballer son histoire,

et tous ces justificatifs, y a un moment où j'en ai marre. Je ne veux plus.

Il faut faciliter les démarches, comme pour le chèque énergie : tu donnes ton attestation de non-imposition et on t'envoie le chèque à la maison.

- **Respect de la dignité et de la considération**

L'idée du chèque alimentaire peut être bien, mais pas si on nous prend pour des assistés.

- **Simplicité dans l'utilisation du chèque**

L'idéal : un chèque permettant de payer directement le commerçant. Comme un ticket-restaurant. Sans qu'on soit humilié, rien qu'au regard.

- **Avoir le choix, ne pas être infantilisé**

Que chacun soit libre d'aller dans plusieurs magasins, proches de chez lui.

Les gens sont adultes : il faut qu'ils puissent choisir eux-mêmes les aliments.

- **Favoriser les petits producteurs, surtout ceux qui sont dans la précarité**

Pouvoir acheter au petit maraîcher ou au marché. Pas qu'aux grandes surfaces.

L'État pourrait même compléter les revenus des petits producteurs quand on paye avec un chèque alimentaire.

✳ **Vigilance : ne pas confondre solution immédiate et solution durable.**

Le chèque alimentaire, ce serait dans l'immédiat. Avoir un revenu d'existence nous permettrait de ne pas nous trouver en difficulté. Après, c'est chacun qui doit faire son budget.

1. Inspection Générale des Affaires Sociales (mission interministérielle)

2. Inspection Générale des Finances (ministère de l'économie, des finances et de la relance)

3. Conseil Général de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Espaces Ruraux (ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation)

*** F * PROMOUVOIR POUR TOUS**
UN LOGEMENT DE QUALITÉ,
VECTEUR DE MEILLEURE SANTÉ

Le logement est un facteur déterminant de la santé, entendue aussi bien sur le plan physique que social et mental. Durant la pandémie, et surtout pendant le confinement, ce fut un facteur essentiel de la capacité des personnes et des familles à traverser cette crise avec plus ou moins de dégâts.

F.1 ♦ Rénover les habitats collectifs

- ✱ **Prévoir des logements adaptés aux besoins et aux goûts, aux cultures, afin que chacun s'y sente bien (y compris les personnes en situation de handicap)...**
- ✱ **... logements favorables à la santé morale (motivation pour entretenir son logement, se sentir bien chez soi...);**
- ✱ **... logements favorables à la santé sociale (être fier de son chez soi, pouvoir inviter chez soi...);**
- ✱ **... logements favorables à la santé physique (moins d'humidité, moins de maladie...).**

Pour cela, créer des emplois pour les jeunes de la cité à rénover, les chômeurs de longue durée, les personnes en requalification, pour aboutir à une qualification reconnue, utile, valorisante et payée au juste prix.

Ces programmes devront être co-construits entre les partenaires (État/ ville/bailleurs sociaux/associations/architectes) et les personnes concernées ayant vocation à y être relogées.

F.2 ♦ Rénover les habitats insalubres...

- ✱ **... que les occupants soient propriétaires ou non, en milieu rural ou urbain ;**
- ✱ **... sur le modèle des CASTORS : « Des gens qui se mettent ensemble pour construire des maisons avec la participation citoyenne »**

Cela nécessite la coopération entre les différents acteurs, les personnes concernées, les citoyens de proximité, les associations, les pouvoirs publics, l'ADEME...

F.3 ♦ Améliorer l'hébergement d'urgence

- ✦ **Créer de nouvelles structures d'accueil pour tous dans un environnement sécurisé et avec les animaux de compagnie, ouvertes 24h/24 et 7j/7 avec repas : des lieux adaptés aux situations différentes dont il faut tenir compte (victimes de violence, migrants, personnes sans domicile fixe...). Voir par exemple l'expérimentation pour 3 ans « le village de l'insertion » qui vient de démarrer à Nancy (janvier 2022) avec des personnes qui vivent dans la rue depuis longtemps.**

En concertation avec les mairies, le Conseil Régional et Départemental, les associations.

Avec la présence d'un référent médico social 24h/24.

Dans tous les territoires, avec priorité aux grandes villes en s'inspirant d'expériences réussies telles que le Toit Haguenovien : hébergement d'urgence accessible dans l'immédiat, hommes et femmes, de tous milieux ; ou telles que le lieu «Les abeilles» à Nancy qui accueille les jeunes majeurs sortis de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) avec leurs animaux, avec cuisine collective et cuisine individuelle pour préparer l'autonomie.

F.4 ♦ Créer des hébergements relais et de répit en temps de crise, comme transition avec un logement autonome

Dans ce cadre, prévoir des logements intermédiaires, avec suivi psychosocial rapproché, respectueux des différences, attentif aux difficultés imprévues ; relogement préparé en amont ; pour les personnes venant d'horizons de vie inhabituels : nomades sédentarisés ou gens du voyage, migrants, personnes sans domicile fixe.

Dans le but d'aider à accéder au logement autonome avec les mêmes caractéristiques que celles énoncées pour la rénovation de l'habitat collectif.

- ✦ **Dans tous les territoires avec priorités aux grandes villes.**
- ✦ **Sous la responsabilité d'associations telles que Habitat et Humanisme, Emmaüs... à partir d'expériences réussies et aussi en analysant les échecs (attention à l'accumulation des difficultés, toxicomanies...).**
- ✦ **Présence de professionnels 24h/24 avec intervention de professionnels extérieurs selon les besoins de santé et les demandes sociales.**

F.5 ♦ Proposer un logement digne, de qualité et adapté à chaque situation

- ✳ Faire appliquer la loi DALO, ne jamais expulser sans reloger, proposer un environnement agréable.
- ✳ Anticiper les besoins de logement. Construire ou libérer suffisamment de logements sociaux, rattraper les retards de logements sociaux.
- ✳ Donner des priorités, attribuer à ceux qui en ont le plus besoin.
- ✳ Proposer des logements pas trop loin des bassins d'emploi, là où il y a des transports publics, écoles, commerces, animation.
- ✳ Adapter rapidement les aides et allocations logement selon les situations de vie.
- ✳ Tenir compte des évolutions avec plus de souplesse : demander des surloyers si les revenus augmentent, proposer un logement plus petit ou plus grand si la composition familiale évolue, assurer un logement adapté selon le handicap.
- ✳ Les municipalités doivent respecter les règles de quotas pour les logements sociaux, avec un service social efficace y compris dans les petits villages.

✳ G ✳ FORMER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE LA SANTÉ À LA CONNAISSANCE DE LA GRANDE PAUVRETÉ

Pour le Mouvement ATD Quart-Monde, se former à la connaissance des plus pauvres passe absolument par une co-formation associant des personnes qui elles-mêmes vivent les situations de pauvreté. Cela nécessite des conditions éthiques et méthodologiques particulières.

G.1 ♦ Former l'ensemble des acteurs de la santé à la connaissance des plus pauvres

- ✳ Développer des formations (initiales et continues) à destination de tous les professionnels et bénévoles œuvrant dans le champ de la santé, du social et de l'éducation, en incluant des personnes qui ont l'expérience vécue de la précarité.
- ✳ Sensibiliser aux obstacles aux droits et à leurs conséquences à partir de l'expérience vécue.

Ces formations peuvent s'appuyer sur des associations telles que le Mouvement ATD Quart-Monde, sur le modèle des co-formations conduites par ATD Quart-Monde avec des professionnels et des publics précaires. La prise en charge financière pourrait être intégrée dans le CPF (Compte Personnel de Formation) ou directement par les entreprises et les organismes employeurs.

Voir aussi la préconisation E.4 page 56, relative à la formation des bénévoles et salariés du milieu associatif et des institutions.

*** H * VEILLER À UNE MEILLEURE COMMUNICATION EN TEMPS DE CRISE**

Nous l'avons dit de façon transversale dans ce rapport, la communication a énormément joué sur le brouillage des repères et la difficulté de l'ensemble des citoyens à savoir se positionner. C'est pourquoi nous formulons une préconisation en ce sens.

H. 1 ♦ Veiller à une meilleure communication en temps de crise

Le groupe d'étude propose que soit établie une charte des médias (télévision, internet, réseaux sociaux, radios, presse écrite...), particulièrement en temps de crise, pour développer l'impact positif potentiel en relayant les bonnes initiatives et limiter l'impact négatif (peur, angoisse, incompréhension...).

Cette charte engagerait les médias à :

- ✳ **Présenter chaque jour une bonne initiative et des exemples positifs d'actualité.**
- ✳ **Être compréhensible par tous (vocabulaire) mais sans simplifier (tout blanc/tout noir)**
- ✳ **Attention aux mots peu familiers (comorbidité...) et aux explications trop complexes.**
- ✳ **Ne pas diffuser de fake news (par un contrôle des informations).**
- ✳ **Limiter le temps consacré aux informations anxiogènes (les chiffres doivent être explicités, accompagnés d'explications, de comparaisons... et pas livrés bruts).**
- ✳ **Développer le temps consacré à ce qui fait du bien et ce qui fait du lien (musique, rire, etc...).**

- ★ **Impliquer les citoyens, les partis politiques dans les programmes, les instances concernées (médias publics et privés, conseil supérieur de l'audiovisuel, presse écrite).**

Propos entendu lors de l'étude :

« D'habitude on voyait plein de choses négatives à la télé, des informations contradictoires sur le Covid. Et ce jour-là, pour une fois, la télé a montré du positif : les jeunes se sont mobilisés dans un quartier. Dans un local ils distribuaient de la nourriture à tout le monde. Les gens du quartier pouvaient les voir autrement et ça a créé des liens. Et après ils ont continué. »

CONCLUSION

IL EST TEMPS D'AGIR !

QUE LES DROITS

SOIENT EFFECTIFS

POUR NE LAISSER

PERSONNE DE CÔTÉ...

L'ensemble de ce rapport montre les difficultés qui se sont aggravées pendant la crise liée à la pandémie Covid-19, mais un lecteur attentif comprendra que les nombreux exemples de résistance de ceux qui vivent des situations intolérables illustrent **dès aujourd'hui l'expression de leur pouvoir d'agir** (individuel et collectif).

Ce rapport n'est pas une finalité, il n'est qu'un des moyens pour un changement réel, à partir de ce que cette pandémie a permis de déceler et de souligner avec plus d'acuité...

L'ensemble des auteurs-contributeurs de cette étude tient à souligner qu'il est important d'agir rapidement, et qu'il est tout autant essentiel de continuer à travailler ensemble avec les idées de tout le monde dans le dialogue entre les professionnels et les personnes en difficulté.

Continuer à penser et agir ensemble.

Trois messages méritent d'être soulignés ici, en écho aux 3 recommandations-socles.

***« Tout ce qui est fait pour nous
sans nous est fait contre nous »***

Cette expression est revenue à plusieurs reprises dans nos réflexions : la crise liée à la pandémie Covid-19 a montré l'importance de la démocratie sanitaire et a révélé le danger de prendre des décisions non pensées avec les personnes concernées, dans la méconnaissance de leurs situations, de leurs fragilités et aussi de tout leur potentiel.

En particulier, il est indispensable que l'expertise de la connaissance de la pauvreté par ceux qui la vivent, enrichisse la formation des professionnels. Mettre ceci en œuvre nécessite une vigilance toute particulière qui passe par la formation de personnes en capacité d'animer ces dynamiques.

**« Si on a vraiment ses droits,
on a moins besoin
de mesures exceptionnelles ».**

La meilleure résistance à une situation de crise est d'avoir des sécurités minimales en temps ordinaire. Préparer une crise, c'est – bien avant qu'elle ne survienne – disposer d'un système d'accès aux droits solide, souple, humain, connecté aux réalités, en prise avec la vision de chacun, professionnels comme personnes en difficulté.

**« En situation de crise,
garder toujours des lieux ouverts...
avec surtout des liens humains ».**

Nous avons vu que la pandémie Covid-19 et ses conséquences avaient amplifié en de nombreux domaines des fragilités que beaucoup de personnes vivent au quotidien en temps ordinaire. Etablir et mettre en œuvre un *plan orange* (par analogie au *plan blanc*) lorsque surgit une crise doit se traduire concrètement, pour toute personne, en proximité : *des lieux sont ouverts et accessibles ; des liens humains existent réellement ; il est possible de réaliser sans délai les démarches les plus indispensables.*

L'ensemble des auteurs-contributeurs et avec eux l'ensemble du Mouvement ATD Quart-Monde seront vigilants à la diffusion de ces préconisations et à leur mise en œuvre pour que les leçons soient véritablement tirées de cette crise sans précédent.

C'est d'autant plus important qu'il y va de la dignité et l'honneur d'un pays riche. Ajoutons que de nombreux scientifiques et épidémiologistes nous alertent sur de possibles situations similaires à l'avenir. Il ne sera plus possible de dire que la situation est inédite et que nous ne savions pas.

**« Considérer les progrès de la société
à l'aune de la qualité de vie du plus démuné
et du plus exclu, est la dignité d'une Nation
fondée sur les droits de l'homme. »**

ANNEXES

ANNEXE 1 :

LISTE DES AUTEURS DE CETTE

ÉTUDE PARTICIPATIVE

ANNEXE 2 :

POUR ALLER PLUS LOIN

ANNEXE 3 :

MOTS-CLÉS RELATIFS À CETTE ÉTUDE

ANNEXE 1 : LISTE DES AUTEURS DE CETTE ÉTUDE PARTICIPATIVE

AUTEURS, REPRÉSENTANT LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ-PAUVRETÉ

12 militants Quart-Monde ont participé activement à la totalité de la démarche

Micheline ADOBATI	Nancy (54 - Meurthe-et-Moselle)
Olivier CHAPELLE	Pont-sur-Madon (88 - Vosges)
Oriane CHAPELLE	Pont-sur-Madon (88 - Vosges)
Aquilina FERREIRA	Nancy (54 - Meurthe-et-Moselle)
Odile HERBET	Saint-Etienne (43 - Loire)
Yves JEANJEAN	Montpellier (34 - Hérault)
Béatrice MOUTON	Feyzin (69 - Rhône)
Georges MOUTON	Feyzin (69 - Rhône)
Emilienne NOBEL	Nancy (54 - Meurthe-et-Moselle)
Lucienne SOULIER	Plombières-lès-Dijon (21 - Côte d'Or)
Viviane TIRLICIEN	Nancy (54 - Meurthe-et-Moselle)
Marie-France ZIMMER	Pont-sur-Madon (88 - Vosges)

AUTEURS, REPRÉSENTANT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

13 professionnels de santé ont participé activement à la totalité de la démarche

Edith BLANCHET

médecin gériatre hospitalier Montpellier (34)

Sabine BUFFIN

infirmière PASS et de santé publique Chambéry (73)

Catherine CORBEAU

médecin de santé publique Montpellier (34)

Bruno DEGOER

médecin hospitalier PASS, médecine carcérale et addictologie Chambéry (73)

Alain DEVIDAS

médecin hospitalier - hématologie SIDA Corbeil-Essonnes (91)

Béatrice DIETSCH

médecin généraliste addictologue Epinal (88)

Anne-Marie DORÉ

sociologue éducation populaire et engagée en santé mentale Montpellier (34)
et Arles (13)

Henri DUBOIS

médecin généraliste et de santé publique Lamothe-Capdeville (82)

Priscille DUBOURG

infirmière de médiation santé Valence (26)

Catherine HOTTIER

gestionnaire de projets, service social de l'Assurance Maladie Nancy (54)

Anne-Sylvie LAURENT

infirmière médico-sociale et précarité Ivry-sur-Seine (94)

Catherine MOREL

médecin du travail Chambéry (73)

Marie-Madeleine SANTIN

médecin généraliste retraitée active Gœrsdorf (67)

ANIMATEURS DE LA DÉMARCHE ET CO-RÉDACTEURS DU RAPPORT

Denys CORDONNIER

facilitateur Nancy (54 - Meurthe-et-Moselle)

Niry RANDRIAMBELOSON

professionnelle de santé publique, santé communautaire Aix-en-Provence
(13 - Bouches du Rhône)

Laurent SOCHARD

psychosociologue, accompagnateur de démarches participatives Lamastre
(07 - Ardèche)

COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE (COPIL)

Paul MARÉCHAL délégué national
du Mouvement ATD Quart-Monde

Isabelle BOUYER déléguée nationale
du Mouvement ATD Quart-Monde

Geneviève DECOSTER responsable du pôle politique
du Mouvement ATD Quart-Monde

Catherine CORBEAU co-animatrice du réseau Wresinski Santé
d'ATD Quart-Monde

Henri DUBOIS co-animateur du réseau Wresinski Santé
d'ATD Quart-Monde

Invités aux réunions du COPIL : les 3 animateurs
et des représentants des auteurs.

ANNEXE 2 : POUR ALLER PLUS LOIN

- * **Le guide de la participation** (ATD Quart-Monde, novembre 2021)
<https://www.atd-quartmonde.fr/reussir-la-participation-de-toutes-et-tous-petit-guide-pratique-pour-agir/>
- * **Faire face à l'impact du numérique sur les inégalités**
(ATD Quart-Monde, mars 2021)
<https://www.atd-quartmonde.fr/il-doit-y-avoir-un-droit-pour-tous-de-savoir-utiliser-le-numerique/>
- * **CO FORMATION PRECARITE & SANTE**
Vidéo de 5 minutes relative à une co-formation en précarité et santé (2017)
<https://www.youtube.com/watch?v=ApV0f0tzjts&t=1s>
- * Document « **Se nourrir quand on est pauvre** » (ATD Quart-Monde, 2016)
[https://www.atd-quartmonde.fr ' uploads ' 2016/07](https://www.atd-quartmonde.fr/uploads/2016/07)

ANNEXE 3 : MOTS-CLÉS RELATIFS À CETTE ÉTUDE

LISTE DES PRINCIPAUX MOTS-CLÉS RELATIFS À CETTE ÉTUDE

- * étude participative
- * santé
- * Covid 19
- * pandémie
- * pauvreté
- * précarité
- * accès effectif aux droits
- * accès aux soins
- * vaccination
- * santé mentale
- * confinement
- * isolement
- * perte des liens sociaux
- * alimentation digne
- * aide alimentaire
- * logement digne
- * dimension systémique de la pauvreté
- * effets amplificateurs
- * recommandations
- * formation des acteurs de la santé
- * co-formation
- * croisement des savoirs et des pratiques
- * ATD Quart-Monde

* www.atd-quartmonde.fr *

* **Contact :** departement.sante@atd-quartmonde.org *

* **Conception graphique et illustrations :** Cécile Wintrebert *

