UNIVERSITÉ DE LORRAINE | BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES

AVERTISSEMENT
DROIT D'AUTEUR

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
34 COURS LÉOPOLD — CS 25233
54052 NANCY CEDEX
WWW.UNIV-LORRAINE.FR

École doctorale Sociétés, Langages, Temps, Connaissances (SLTC)

Centre de Recherche sur les Expertises, les Arts et les Transitions (CREAT)

Thèse

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE l'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Mention : Sociologie

par **: Quentin MOSCATO**

Sous la direction de la Professeure Kheira Belhadj-ziane

Crise sanitaire et inégalités sociales : le cas des personnes âgées immigrées non-européennes en contexte pandémique et postpandémique Covid-19 en France.

Présentée et soutenue à Metz, le 21 novembre 2025

Membres du jury :

Directrice de thèse	Mme Belhadj-ziane Kheira	Professeure des Universités en sociologie, Université de Lorraine, Metz.
Président du jury	M. Piero Galloro	Professeur des Universités en sociologie, Université de Lorraine, Metz.
Rapporteurs	Mme Céline Bryon-Portet	Professeure des Universités en sociologie, Université Paul Valéry, Montpellier 3.
	M. Thierry Malbert	Professeur des Universités en anthropologie, Université de La Réunion, Saint-Denis.
Examinateurs	M. Emmanuel Jovelin	Professeur des Universités en sociologie du Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
	Mme Gisèle Dambuyant	Maîtresse de conférences/HDR en sociologie, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny.

Préambule

Lorsque je me suis inscrit en doctorat en octobre 2020, ma recherche portait sur un tout autre sujet que celui présenté dans cette thèse. Ce sujet, je m'y suis pourtant consacré pendant plus d'un an et demi, enfermé dans ma chambre par la pandémie, sans me douter alors de l'opportunité qui allait m'être donnée. Cette opportunité, c'est celle d'intégrer la recherche-action COVID-PAI-TS, en qualité d'apprenti-chercheur à temps plein pendant plus d'un an. Coordonnée par la Professeure Kheira Belhadj-ziane, en collaboration avec les Professeurs Emmanuel Jovelin et Piero Galloro, cette recherche-action, financée par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), avait pour objectif principal d'outiller les travailleurs sociaux (TS) d'un guide de pratiques visant à intervenir adéquatement auprès des personnes âgées immigrées (PAI) en contexte de pandémie[1]. Après un temps d'hésitation, j'ai saisi cette opportunité, tout en conservant mon sujet de thèse initial. Nous sommes alors en mars 2021.

Pendant les mois suivants, je multiplie les rencontres, que ce soit lors de réunions avec l'équipe de recherche, mais surtout lors de missions de terrain auprès de personnes âgées immigrées ou de professionnels et bénévoles qui les accompagnent. Au contact de toutes ces personnes, j'apprends, je me forme, je m'éveille.

Le vaccin est là, mais le virus circule toujours et les inégalités socioéconomiques se creusent. En septembre 2021, mes missions de terrain prennent fin, mais une partie de moi reste là-bas, auprès de toutes ces personnes qui ont accepté de nous rencontrer en apportant leurs contributions dans cette recherche. J'entends leurs voix, leurs rires, parfois aussi leurs larmes mais surtout leur silence. Et dans tout ce bruit, je m'interroge sur mon rôle de chercheur et la manière dont la science pourrait contribuer à améliorer leurs conditions d'existence. À cette période, je retranscris des entretiens la journée et je lis la nuit. Un soir, je tombe sur ces mots de Bertolt Brecht (1938 [2006]) faisant écho aux doutes qui me traversent alors :

> […] le seul but de la science consiste à soulager les peines de l'existence humaine. Quand des hommes de science intimidés par des hommes de pouvoir égoïstes se contentent d'amasser le

[1] https://anr.fr/Projet-ANR-21-CO16-0003

> savoir pour le savoir, la science s'en trouve mutilée, et vos nouvelles machines pourraient ne signifier que des tourments nouveaux (p.131).

À cette période, je m'en rends compte aujourd'hui, ma décision de changer de sujet de thèse était déjà prise. Bien sûr, je mentirais si je laissais croire qu'il m'a été facile de faire ce choix. Même avec de « bonnes raisons », on ne renonce pas aussi facilement à un an et demi de travail, encore moins sur un sujet personnellement choisi. Cette décision est le fruit d'un processus mûrement réfléchi, dans lequel je souhaiterais aussi souligner le rôle déterminant de la professeure Belhadj-ziane. Nos échanges réguliers m'ont permis de réfléchir sereinement à la réorientation de ma thèse et de mesurer l'opportunité d'une telle réorientation : celle de valoriser avant tout les personnes rencontrées et leurs expériences, recueillies dans un contexte sanitaire exceptionnel, parmi des populations jusqu'ici largement invisibilisées dans les recherches sur la pandémie en France.

Cette thèse est donc le résultat d'un travail de trois ans et demi, amorcé après un virage à 180 degrés. Elle s'inscrit en continuité de la recherche-action COVID-PAI-TS en mobilisant une partie de ses données collectées, tout en explorant certains enjeux soulevés par cette recherche pour les PAI dans le contexte postpandémique.

Remerciements

Cette thèse est le résultat d'un travail rendu possible par le soutien, l'accompagnement et l'implication de nombreuses personnes que je souhaite remercier.

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de thèse, la Professeure Kheira Belhadj-ziane, pour la qualité de son encadrement. Son sens aiguisé de la pédagogie, ses conseils avisés, et son engagement en faveur de la formation de la relève scientifique, ont contribué à ma formation bien au-delà de ce seul travail de thèse. D'une bienveillance et d'une disponibilité constantes, elle a également fait de mon éveil scientifique et du développement de mon autonomie des objectifs centraux dans ma formation de chercheur. Pour tout cela et pour tout le reste, je lui adresse toute ma reconnaissance et toute ma gratitude.

Au cours de cette thèse, j'ai aussi eu l'honneur de travailler avec d'autres chercheurs et d'apprendre de leur expérience. Je tiens donc à remercier tout particulièrement le Professeur Piero Galloro, le Professeur Emmanuel Jovelin, ainsi que l'ensemble des chercheurs associés à la recherche-action COVID-PAI-TS. Travailler à vos côtés fut, à bien des égards, un véritable plaisir et enrichissement pour moi.

Je remercie également les membres de mon Comité de suivi de thèse, la Professeure Ewa Bogalska-Martin et le Professeur Hervé Levilain pour l'attention et le regard qu'ils ont porté sur mon travail. Ma gratitude va plus largement aux enseignants ayant contribué à ma formation tout au long de mon parcours académique, de ma licence de droit privé à ma maîtrise de droit public, puis de ma licence en Humanités à mon master en Sciences Humaines et Sociales (parcours Innovations Culturelles et Sociales). Je remercie donc les enseignants du département de Droit, du département d'Humanités et du département de Sociologie de l'Université de Lorraine à Metz. Surtout, je remercie les membres du jury de cette thèse, Piero Galloro, Céline Bryon-Portet, Thierry Malbert, Gisèle Dambuyant et Emmanuel Jovelin pour l'honneur qu'ils me font d'avoir accepté d'évaluer ce travail et d'y avoir consacré leur temps et leur attention.

Merci également aux membres du CREAT, et surtout aux doctorantes et doctorants de ce laboratoire et d'autres pour les moments que nous avons partagés : Mustapha, Sophie, Ivana, Kheira, Emma, Oumar, Damien, Sophien, Zahir, Yann, Louise, Talita, Amal, Sophie, Ibrahima, Nancy, Camille, Lucie, Béatrice, Maudez, Frédéric et les autres. J'ai trouvé en chacun de vous une source d'inspiration et de motivation pour achever ce travail. Merci également à Catherine, Radoslav et Aurore pour votre soutien.

Aussi, parce que cette thèse n'aurait pu se faire sans leur engagement et leur disponibilité, je tenais à remercier les professionnels qui ont accepté de me rencontrer. Merci également à l'ensemble des personnes enquêtées dans la recherche COVID-PAI-TS, et tout particulièrement aux personnes âgées que j'ai eu l'honneur de rencontrer. Aujourd'hui encore, les souvenirs de nos rencontres m'habitent. Cette thèse est pour vous.

Enfin, mes remerciements vont à mes amis, à ma famille, et à ma compagne Justine. Car pour celui qui la commet, une thèse ne saurait être résumée à ses résultats, et encore moins à une simple formation ou expérience de recherche. Une thèse, c'est aussi le temps de quelques années, une expérience de vie totale et à part entière. Un envol, mais dans lequel on laisse parfois des plumes. Alors en dépit de pouvoir reproduire ici les remerciements que j'ai initialement rédigés pour chacun d'entre eux, je tenais simplement à les remercier du fond du cœur pour leur bienveillance, leur soutien et leurs encouragements dans ce moment de ma vie.

Résumé

Cette thèse interroge les inégalités sociales engendrées par la pandémie Covid-19 chez les personnes âgées immigrées (PAI) originaires des pays du Maghreb et d'Afrique subsaharienne en France. **Son objectif général** vise à décrire et mieux comprendre la manière dont les PAI ont vécu et interprété les inégalités sociales nouvelles ou exacerbées, d'abord dans le contexte pandémique, puis dans le contexte postpandémique. Un intérêt particulier est ici porté aux ressources individuelles, collectives et institutionnelles mobilisées par ces populations dans ces deux contextes.

De **nature qualitative** et de **type compréhensif**, cette recherche s'appuie sur un **cadre théorique interactionniste** inspiré des concepts de « définition de situation » (Thomas, 1923) et de « cadres d'expérience » (Goffman, 1974). La **collecte des données** a été réalisée à partir d'une méthode de triangulation (Sawadogo, 2021) articulée en deux étapes principales : la première étape porte sur le contexte pandémique et repose sur une analyse secondaire (Brugidou et al, 2014) des données qualitatives collectées dans le cadre de la recherche-action COVID-PAI-TS (Belhadj-ziane et al, 2022). Elle porte plus précisément sur les entretiens et les focus groups réalisés dans 4 régions (Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie), entre avril et septembre 2021, auprès de PAI (N=57) et de travailleurs sociaux de divers statuts les ayant accompagnés durant la pandémie (N=29). La deuxième étape porte sur le contexte postpandémique. Elle repose sur des entretiens et des focus groups supplémentaires, réalisés entre novembre 2024 et janvier 2025 auprès de professionnels du secteur médico-social de divers statuts, ayant accompagné des PAI pendant et après la pandémie (N=9).

Les résultats montrent que la pandémie a exacerbé les inégalités sociales vécues par les PAI, notamment en matière de logement, d'accès à l'information sanitaire, aux droits sociaux, aux soins, ainsi qu'en termes d'isolement social. Ces inégalités s'inscrivent en prolongement d'inégalités socioéconomiques préexistantes, aggravées par une gestion standardisée de la crise sanitaire (confinements, attestation de déplacement, dématérialisation). Néanmoins, pour y faire face, les PAI ont mobilisé des ressources individuelles (expérience de vie, spiritualité, activités), collectives (famille, amis, voisins, communautés) et institutionnelles (travailleurs sociaux). Dans le contexte postpandémique, le maintien et la généralisation de la

dématérialisation apparaissent comme des facteurs centraux dans la persistance des inégalités vécues par les PAI, en particulier en matière de perte d'autonomie, d'accès aux droits et aux soins. Face à cela, plusieurs professionnels ont observé un renforcement des liens de solidarité entre PAI depuis la pandémie. Aussi, malgré des contraintes systémiques et des marges d'action restreintes, plusieurs professionnels ont réajusté leurs pratiques afin de répondre en partie aux difficultés perçues chez les PAI qu'ils accompagnent.

Mots clés : personnes âgées immigrées non-européennes (PAI) ; accompagnement médico-social ; contexte pandémique et postpandémique ; inégalités sociales ; France.

Abstract

This dissertation examines the social inequalities generated by the COVID-19 pandemic among older immigrants (OI) originating from the Maghreb and Sub-Saharan Africa living in France. Its overall objective is to describe and better understand how OI experienced and interpreted new or exacerbated social inequalities, first in the pandemic context and later in the post-pandemic context. Particular attention is given to the individual, collective, and institutional resources mobilized by these populations in both contexts.

Based on a qualitative and interpretive approach, this research relies on an interactionist theoretical framework inspired by the concepts of "definition of the situation" (Thomas, 1923) and "frame analysis" (Goffman, 1974). Data collection was conducted through a triangulation method (Sawadogo, 2021) structured in two main phases. The first phase focuses on the pandemic context and is based on a secondary analysis (Brugidou et al., 2014) of qualitative data collected within the COVID-PAI-TS action research project (Belhadj-Ziane et al., 2022). More specifically, it draws on individual interviews and focus groups conducted in four French regions (Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, and Occitanie) between April and September 2021, involving OI (N=57) and social workers of various statuses who supported them during the pandemic (N=29). The second phase focuses on the post-pandemic context and is based on additional individual interviews and focus groups conducted between November 2024 and January 2025 with medico-social professionals (N=9) who had accompanied OI both during and after the pandemic.

The findings show that the pandemic exacerbated the social inequalities experienced by OI, particularly in terms of housing, access to health information, social rights, healthcare, and social isolation. These inequalities were rooted in pre-existing socio-economic disparities, further aggravated by the standardized management of the health crisis (lockdowns, movement certificates, and digitalization). Nevertheless, to cope with these challenges, OI mobilized individual resources (life experience, spirituality, activities), collective resources (family, friends, neighbors, communities), and institutional resources (social workers). In the post-pandemic context, the persistence and generalization of digitalization appear as central factors in the continuation of inequalities, especially concerning loss of autonomy, access to social

rights, and healthcare. In response, several professionals observed a strengthening of solidarity ties among OI since the pandemic. Furthermore, despite systemic constraints and limited room for maneuver, many professionals have adjusted their practices to partially address the difficulties perceived among the OI they support.

Keywords : Older immigrants; medico-social support; pandemic and post-pandemic context; social inequalities; France.

Table des matières

Préambule 3

Remerciements 5

Résumé 7

Abstract 9

Glossaire des acronymes 17

Liste des tableaux 21

Liste des Illustrations 22

Introduction 23

Partie I – Problématisation : parcours et conditions de vie des PAI en France avant la pandémie : de leur migration à leur vieillissement 30

CHAPITRE 1 : Vieillissement et conditions de vie des PAI en France avant la pandémie de Covid-19 31

1. Le vieillissement des PAI en France : une visibilité récente pour une réalité ancienne 31

1.1 Repères socio-historiques : l'immigration des personnes originaires d'anciennes colonies françaises 31

1.2 L'avancée en âge des PAI : une prise de conscience politique tardive 40

2. Le passage à la retraite des travailleurs immigrés : une transition biographique complexe 44

3. Du statut de travailleur à celui de retraité : la continuité d'une précarité économique 47

3.1 De faibles pensions de retraite 48

3.2 Les minima sociaux des PAI à l'âge de la retraite 49

3.3 Accès aux droits et discriminations institutionnelles 54

4. La situation résidentielle des PAI en France 56

4.1 Une ségrégation spatiale 56

4.2 Vieillir en FTM 58

5. Santé et accès aux soins des populations âgées immigrées en France avant la pandémie 64

5.1 L'état de santé des PAI en France 65

5.2 Des déterminants sociaux de santé souvent défavorables, facteurs d'inégalités sociales de santé 68

5.3 L'inaccessibilité du système de santé 75

5.4 Le manque de formation interculturelle des professionnels du secteur médico-social et sanitaire 81

5.5 Déterminants sociaux de santé et inégalités sociales : une reconnaissance politique limitée 84

Synthèse partie 1 88

PARTIE 2 – Contextualisation : La pandémie COVID-19, entre continuité et ruptures 90

Chapitre 2 : Gestion de la pandémie en France : contexte socio-juridique et socio-politique 91

1. Déclenchement du plan ORSAN et instauration de l'État d'urgence sanitaire 91
2. Des mesures de confinement au nom de la « guerre sanitaire » 93
3. L'Attestation dérogatoire de déplacement 96
4. Les règles funéraires 98
5. Dépistage et contrôle des contaminations 101
6. L'obligation du port du masque 102
7. Les mesures de couvre-feu 105
8. La vaccination comme levier de lutte contre le virus 106
   8.1 Une vaccination par phases et par « publics prioritaires » 107
   8.2 Infodémie, polémiques, hésitation vaccinale et mouvement antivax 111
9. Pass sanitaire et Pass vaccinal 114
10. Fermeture et réouverture des frontières extra-communautaires 116

Chapitre 3 : Contexte socio-épidémiologique de la pandémie Covid-19 en France 118

1. Une mortalité importante chez les personnes âgées 119
2. Les répercussions de la pandémie chez les personnes âgées en France 121
3. Inégalités sociales et pandémie 124
4. Les personnes âgées immigrées : des populations multi-exposées 126
   4.1 Des répercussions importantes mais des connaissances limitées 128
5. Questions de recherche, objectifs et hypothèses 129
   5.1 Objectif général et objectifs spécifiques 134
   5.2 Hypothèses de recherche 134

Synthèse partie 2 **137**

Partie 3 – Cadre théorique d'analyse 139

Chapitre 4 : Une recherche à l'intersection de trois champs sociologiques 140

1. Le champ de la sociologie de l'immigration 141
2. Le champ de la sociologie de la vieillesse et du vieillissement 143
3. Le champ de la sociologie de la santé 145

Chapitre 5 : Une recherche de type compréhensif inspirée de l'interactionnisme symbolique 149

1. L'interactionnisme symbolique : origines et influences 149
2. L'interactionnisme dans notre recherche 157

Synthèse partie 3 **160**

Partie 4 – Cadre méthodologique **162**

Chapitre 6 : Deux stratégies méthodologiques complémentaires 163
1. Méthodologie dans le contexte pandémique : une analyse secondaire de données 164
1.1 Présentation de la recherche-action COVID-PAI-TS 164
1.2 Le corpus COVID-PAI-TS mobilisé pour l'analyse secondaire des données 167
2. Méthodologie dans le contexte postpandémique : entretiens individuels et focus groups 172
3. Stratégie d'analyse du corpus 175
4. Limites méthodologiques de la recherche 177

Synthèse partie 4 **183**

PARTIE 5 – Résultats sur le contexte pandémique 184

Chapitre 7 : Une gestion de la pandémie amplificatrice des inégalités sociales 185
1. La communication gouvernementale 185
1.1. Un accès inégalitaire à l'information sanitaire officielle : exclusion informationnelle 185
1.2 Une communication gouvernementale source d'interférence dans l'interprétation et la définition de la situation sanitaire 189
2. Le traitement médiatique 193
2.1 De la surinformation à la désorganisation des cadres interprétatifs : vers une redéfinition anxiogène de la situation 194
2.2 Les effets négatifs de la mise en scène médiatique de la pandémie **Erreur ! Signet non défini.**
2.3 Le phénomène d'infodémie : un biais dans la définition de la situation 197
3. Les mesures de confinement 198
3.1. Des inégalités sociales de logement amplifiées par les confinements 199
3.2 Une exacerbation de l'isolement social et une redéfinition souvent douloureuse de la vie quotidienne et familiale 201
4. La fermeture des frontières internationales 204
4.1 La fermeture des frontières : une rupture du lien transnational et une atteinte à l'identité sociale 205
4.2 Des enjeux funéraires 207
4.3 Par-delà la réouverture des frontières, le maintien des contraintes sur la liberté de voyager 208
5. La vaccination 210
5.1 Des inégalités d'accès à la vaccination 211
5.2 Des vaccinations potentiellement pratiquées à l'insu des PAI 212
6. L'attestation dérogatoire de déplacement 213
6.1 Un dispositif inégalitaire 214
6.2 Un dispositif coercitif amplifié par des contrôles abusifs 216
7. Fermeture des guichets administratifs et dématérialisation 219
8. Une précarisation économique accrue 220

Chapitre 8 : Ressources des PAI face aux difficultés et aux inégalités vécues durant la pandémie 225

1. Les ressources individuelles mobilisées par les PAI 225
1.1 Des pratiques et des stratégies d'adaptation multiples 226
1.2 La spiritualité, une ressource aux multiples facettes 228
1.3 Les épreuves de vie comme cadre expérientiel de définition de la situation sanitaire 232
2. Les ressources collectives mobilisées par les PAI 235
2.1 Le rôle des enfants 235
2.2 Solidarités entre pairs et rôle de l'entourage 238
3. Les ressources institutionnelles des PAI face aux inégalités sociales vécues 239
3.1 Un rôle de médiation, de traduction et de vulgarisation de l'information sanitaire 240
3.2 Des actions face à l'isolement social 242
3.3 Les actions menées face aux inégalités engendrées par l'attestation dérogatoire de déplacement 245
3.4 Les actions menées face aux inégalités d'accès aux équipements de protection et à l'alimentation 247
3.5 Des actions face aux inégalités d'accès aux soins 249

Synthèse partie 5 **252**

Partie 6 – Résultats sur le contexte postpandémique 254

Chapitre 9 : Perceptions des PAI par les professionnels depuis la pandémie 255
1. Perceptions générales des professionnels sur les PAI en tant que « public » 255
1.1 Des parcours migratoires, professionnels et familiaux perçus comme difficiles 255
1.3 Des modes de vie oblatifs pour une génération perçue comme sacrifiée 259
2. Des perceptions différenciées entre « jeunes » et « vieux » PAI 264
2.1 Critères de catégorisation liés à l'appartenance générationnelle 264
2.2 Critères de catégorisation liés à la perception de comportements et d'attitudes stéréotypés 265

Chapitre 10 : Les perceptions des professionnels à propos des difficultés des PAI en contexte postpandémique 269
1. Une accentuation de la dématérialisation des services administratifs et médicaux 269
1.1 Les inégalités persistantes face à la dématérialisation 269
1.2 Des inégalités persistantes pour accéder aux guichets 271
1.3 Les conséquences de la dématérialisation sur les PAI 274
2. Des inégalités de droit renforcées, sources d'injustices sociales nouvelles ou exacerbées 279
2.1 ASPA et APL : des remboursements de « montants indus » toujours d'actualité 279
2.2 Le durcissement des conditions de l'ASPA : une situation administrative à redéfinir 280
2.3 L'AVFS comme substitut à l'ASPA : méconnaissance et méfiance envers un dispositif spécifique sous utilisé 283
3. Accès aux soins et santé : entre continuité et rupture 288
3.1 Vieillissement et perte d'autonomie : une analyse de situation sous tension face à des processus qui s'amplifient 288
3.2 L'accès à une mutuelle santé : un facteur persistant dans les inégalités d'accès aux soins des PAI 296

3.3 FTM et RS : des espaces de vie socialement disqualifiés, sources d'inégalités de santé 298
3.4 Un suivi médical dégradé, source d'inégalités d'accès aux soins 302
4. Un isolement social en partie persistant 307
4.1 La persistance des effets de la pandémie sur l'isolement 307
4.2 Un isolement aux conséquences multiples 309
5. Des inégalités sociales de logement persistantes 313
5.1 La poursuite du PTFTM : une transition RS/FTM difficile 313
5.2 Les limites d'un vieillissement en établissement d'accueil mixte : une cohabitation parfois difficile avec les autres « publics » 316
5.3 Des enjeux et défis sécuritaires actuels et émergents 319

Chapitre 11 : Ressources individuelles et collectives perçues chez les PAI par les professionnels 323
1. Les ressources individuelles 323
1.1. La force du vécu comme cadre de redéfinition de la situation 323
1.2 Des attitudes de reconnaissance et des modes de vie simples 325
1.3 L'apprentissage d'outils numériques 328
2. Les ressources collectives 329
2.1. Différents acteurs et pratiques de solidarités 330
2.2 Des ressources relationnelles extérieures aux RS et FTM 334

Chapitre 12 : L'accompagnement par les professionnels : une ressource institutionnelle limitée 337
1. La construction de nouvelles pratiques face à la dématérialisation 337
2. Pallier les inégalités à l'accès aux soins et au suivi médical 339
2.1 La téléconsultation 339
2.2 La réhabilitation symbolique des FTM et des RS auprès des professionnels de santé 341
2.3 L'utilisation de savoirs expérientiels 342
3. Des pratiques pour lutter contre l'isolement social et les effets des inégalités de logement persistantes 344
3.1 La mise en œuvre d'activités collectives 344
3.2 Une redéfinition de l'espace habité comme levier de reconstruction du lien social 346
4. Les limites perçues à l'accompagnement face à la dématérialisation 348
4.1 Un accroissement de la charge de travail 348
4.2 Des obstacles à la définition du cadre légal de nouvelles pratiques d'accompagnement 350
5. Les limites perçues à l'accompagnement des PAI en perte d'autonomie 352
5.1 Des dispositifs d'aides perçus comme inadaptés 353
5.2 Des FTM et des RS réhabilités, mais toujours inadaptés au vieillissement et à la perte d'autonomie 354
6. Les limites perçues à la lutte contre l'isolement social des PAI 356

6.1 Un manque d'équipements 356
6.2 Des initiatives limitées, entravées, et pas toujours adaptées aux PAI 357

Synthèse partie 6 362

Discussion 365

1. Des inégalités sociales exacerbées en contexte pandémique et postpandémique 365
2. Les ressources des PAI face aux inégalités vécues en contexte pandémique et postpandémique 371

Conclusion générale 376

Bibliographie 381

Annexe 434

Glossaire des acronymes

ACRONYME	Définition
ADD	Attestation dérogatoire de déplacement
AFNOR	Association française de normalisation
AFTA	Autorisation d'entrée en France pour les familles de Travailleurs Algériens
ALD	Affectation de Longue Durée
AME	Aide Médicale d'État
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAFE	Association Nationale d'Assistance aux Frontières pour les Étrangers
ANR	Agence Nationale de la Recherche
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARFS	Aide à la Réinsertion Familiale et Sociale des anciens migrants
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATMF	Association des Travailleurs Maghrébins en France
AVFS	Aide à la Vie Familiale et Sociale
AVTS	Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés
BTP	Bâtiment Travaux Publics
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CATRED	Collectif des Accidentés du Travail, handicapés et Retraités pour l'Égalité des Droits

CCAS	Centre communal d'action sociale
CCFSG	Comité de coordination des foyers Sonacotra en grève
CE	Conseil d'État
CEDH	Convention Européenne des Droits de l'Homme
CEPI	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies
CILPI	Commission interministérielle pour le logement des populations immigrées
CIV	Comité Interministériel des Villes
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-c	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNLI	Commission nationale pour le logement des immigrés
CNRPA	Comité national des retraités et des personnes âgées
CNV	Conseil National des Villes
COVARS	Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires
COVID-PAI-TS	Recherche-action pour outiller les professionnels du travail social : élaboration d'un guide de pratiques visant à intervenir auprès des personnes âgées immigrées en contexte de pandémie
COVS	Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale
CS	Conseil Scientifique
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DIV	Délégation Interministérielle à la Ville
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMA	Agence Européenne du Médicament
EPI	Équipement de Protection Individuelle

EPICoV	Épidémiologie et conditions de vie
ERP	Établissements recevant du public
EUS	État d'urgence sanitaire
FASTI	Fédération des associations de solidarité avec tous·te·s les immigré·e·s
FIND	Foundation for Innovative New Diagnostics
FTM	Foyer de Travailleurs Migrants
GE	Grand Est
HALDE	Haute autorité pour lutter contre les discriminations et pour l'égalité
HAS	Haute Autorité de Santé
HCI	Haut Conseil de l'Intégration
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HLM	Habitation à Loyer Modéré
IAG	Intelligence artificielle générative
IDF	Île-de-France
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LDH	Ligue des Droits de l'Homme
OCC	Occitanie
ODAS	Observatoire national de l'action sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONI	Office national de l'immigration
ONU	Organisation des Nations Unies
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

PAI	Personnes âgées immigrées
PCR	*Polymerase Chain reaction* (réaction en chaîne par polymérase)
PEEC	Participation des Employeurs à l'Effort de Construction
PTFTM	Plan de traitement des foyers de travailleurs migrants
QPV	Quartiers prioritaires de la politique de la ville
RECI	Ressources pour l'Égalité des Chances et l'Intégration
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RS	Résidence sociale
SAF	Syndicat des Avocats de France
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SI-DEP	Système d'Information de DEpistage Populationnel
SM	Syndicat de la Magistrature
SSE	Situation Sanitaire Exceptionnelle
TS	Travailleurs sociaux
UE	Union européenne
UNAFO	Union professionnelle du logement accompagné
UNICEF	*United Nations International Children's Emergency Fund*

Liste des tableaux

Tableau 1 : Part en % des personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières selon l'origine, l'âge et le sexe 71

Tableau 2 : Nombre de décès enregistrés en France en 2019 et 2020, selon le pays de naissance des personnes décédées et la période 126

Tableau 3 : Nombre de personnes décédées en mars-avril 2019 et mars-avril 2020, par pays de naissance selon l'âge 127

Tableau 4 : Profils des PAI retenues dans l'analyse secondaire des données issues de COVID-PAI-TS 169

Tableau 5 : Répartition des TS par régions retenues dans l'analyse secondaire des données issues de COVID-PAI-TS 170

Tableau 6 : Profils des TS retenus dans l'analyse secondaire des données issues de COVID-PAI-TS 171

Tableau 7 : Critères d'inclusion des PMS et justifications 173

Tableau 8 : Profils des participants et modalités de collecte des données 174

Liste des Illustrations

Figure 1: Chronologie des rapports d'institutions publiques sur les PAI : 43

Figure 2 : Calendrier de la première campagne de vaccination (1) 107

Figure 3 : Calendrier de la première campagne de vaccination (2) 108

Figure 4 : Chronologie et caractéristiques des vaccins utilisés en France : 110

Figure 5 : Carte des régions enquêtées dans la recherche-action COVID-PAI-TS 165

Figure 6 : Carte des régions enquêtées dans notre recherche 168

Figure 7 : Mécanismes inégalitaires associés à l'Attestation dérogatoire de déplacement chez les PAI 367

Figure 8 : Inégalités sociales et discriminations engendrées par la vaccination 368

Figure 9 : Illustration du phénomène d'inégalité des PAI face aux effets des inégalités 373

Figure 10 : Contingence de l'accompagnement médico-social selon les processus des définitions données par les professionnels à leur situation, à leurs pratiques et aux situations des PAI 374

Introduction

La pandémie COVID-19, déclarée officiellement le 11 mars 2020 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020), constitue une crise inédite, tant par son ampleur que par ses répercussions sanitaires, sociales, économiques et politiques (Mansour et Lepelletier, 2021). Bien que les origines du virus SARS-CoV-2 fassent encore l'objet d'incertitudes (Banoun, 2022), sa prolifération à l'échelle mondiale a entraîné une mobilisation[2] scientifique sans précédent. Dès les premiers mois de la pandémie, cette mobilisation a permis d'identifier un risque accru de contracter une forme grave, voire mortelle du virus, tant pour les personnes âgées (Verity et al., 2020) que pour les personnes souffrant de pathologies chroniques cardiovasculaires ou respiratoires, ainsi que d'obésité (Chen, 2020 ; Host et al., 2021).

Sur le plan de la gestion politique de la pandémie, les mesures sanitaires adoptées pour endiguer le virus ont varié d'un État à l'autre, donnant lieu à des réponses différenciées selon les contextes nationaux, les connaissances scientifiques disponibles, les modèles de protection sociale ou encore selon les systèmes institutionnels. Cependant, certaines de ces mesures ont engendré des effets indésirables et disproportionnés sur les populations. C'est le cas pour les personnes âgées, chez qui ces mesures ont accru leur risque en matière d'isolement et de solitude, de santé mentale, de perte d'autonomie, ou encore de perte de revenu (Pentaris et al., 2020). C'est également le cas pour les catégories de population qui étaient déjà parmi les plus vulnérabilisées avant la pandémie, telles notamment les « minorités raciales et ethniques, les personnes âgées et les familles à faible revenu » (ONU, 2020, s.p). De manière générale, Piccolo (2022) note que « la crise a affecté inégalement les populations en fonction de leurs états de santé initiaux, de leurs environnements socio-économiques et géographiques, et ce, tant dans la longévité de la vie (espérance de vie) que dans la densité de la vie (bien-être) » (p. 98).

En France, Bajos et ses collaborateurs (2020) soulignent que « les mesures mises en place pour lutter contre l'épidémie de COVID-19, si elles ont permis de freiner efficacement la diffusion du virus, se sont heurtées aux inégalités sociales qui structurent profondément la société française » (p. 11). Les effets socialement différentiés des épidémies sur les populations sont

[2] Au sens non-sociologique du terme.

un phénomène qui était déjà identifié dans la littérature à travers trois principaux facteurs, souvent cumulatifs : « la vulnérabilité différenciée face à l'épidémie, les inégalités face au risque d'exposition, et les différences d'accessibilité au sens large au système de santé et de prévention » (Host et al., 2021, p. 304).

En France, la situation des personnes âgées immigrées (PAI) originaires des pays du Maghreb et d'Afrique subsaharienne s'est révélée particulièrement préoccupante. Entre mars et avril 2020, « les décès […] de personnes nées à l'étranger ont augmenté de 48 % par rapport à la même période en 2019, contre + 22 % pour les décès de personnes nées en France » (Papon et Robert-Bobbée, 2020, s.p). Cette hausse des décès a été la plus forte pour les personnes nées dans un pays du Maghreb (+54%) ou dans un autre pays africain (+114%), en particulier pour les personnes âgées (Papon et Robert-Bobbée, 2020, s.p). Certains facteurs ont été avancés pour comprendre cette situation, tels l'exiguïté et le surpeuplement de leurs logements, leur concentration dans des communes densément peuplées, ou les faibles ressources économiques de ces populations (INSERM, 2020). Cependant, ces facteurs restent insuffisants pour expliquer à eux seuls cette situation.

Par ailleurs, outre cet excès de mortalité, les difficultés vécues par les PAI durant la pandémie s'inscrivent en continuité des inégalités sociales qu'elles vivaient déjà avant cette crise (Belhadj-ziane et al., 2024). Ces inégalités, souvent associées à des parcours migratoires, professionnels, familiaux, médicaux, administratifs et sociaux difficiles, ont été mises en lumière dans une succession de rapports publics (Jaeger et Jovelin, 2016), dont le rapport d'information parlementaire sur les immigrés âgés de Jacquat et Bachelay (2013) constitue le point d'orgue. Parmi ces inégalités, sont notamment abordées le « manque de reconnaissance de leur apport au développement économique et social de la France, [leurs] faibles pensions de retraite, [leur] accès aux droits défaillant, [leurs] conditions de logement indignes, [leur] santé précaire et [leur] dépendance précoce, [leur] solitude et [leur] isolement… » (Jacquat et Bachelay, 2013, p. 11). Or depuis ce rapport, la situation des PAI en France reste globalement inchangée (Math, 2022) et témoigne d'une invisibilisation persistante de ces populations dans les politiques publiques, et plus largement de leur vulnérabilisation accrue (Mezzouj et Jovelin, 2022). Par ailleurs, une part de leur invisibilisation peut également s'expliquer par le manque de connaissances et de formation de certains professionnels sur ces populations (Emsellem, 2016), mais aussi par les stratégies de certaines PAI « qui cherchent, souvent de manière très

réfléchie, à se rendre invisibles pour échapper à des jugements sociaux stéréotypés et dépréciatifs » (Bogalska-Martin, 2016, p.3).

Durant la pandémie, l'ANR a financé une recherche spécifiquement dédiée aux PAI : la recherche-action COVID-PAI-TS[3] (Belhadj-ziane et al. 2022). Ses objectifs généraux visaient, d'une part, à améliorer les connaissances scientifiques et professionnelles sur l'accompagnement des PAI en contexte pandémique, et d'autre part à outiller les travailleurs sociaux (TS) qui les accompagnent en élaborant un guide de pratiques visant à intervenir adéquatement auprès des PAI en contexte de pandémie. Les objectifs spécifiques de cette recherche visaient à identifier et analyser les perceptions, les attitudes, besoins et les forces des PAI dans le contexte de la Covid-19 ; à décrire et analyser les pratiques d'intervention mises en œuvre par les TS auprès des PAI dans le contexte de la Covid-19 ; et à proposer des pistes d'action et d'intervention sous forme de recommandations fondées sur des données probantes, en vue de répondre de manière adéquate aux besoins spécifiques des PAI en contexte de pandémie.

Le financement de cette recherche s'inscrit dans le cadre de l'appel à projets Recherche-Action COVID-19 (RA-COVID-19)[4], lancé en 2020 par l'ANR, pour soutenir dans un contexte d'urgence des travaux scientifiques sur la pandémie COVID-19. Elle tire plus précisément son origine « d'un besoin exprimé par les travailleurs sociaux (TS), lié à l'urgence de développer des outils d'intervention adaptés aux réalités spécifiques des personnes âgées immigrées (PAI) en contexte de pandémie ».

En France, la recherche COVID-PAI-TS est la seule ayant spécifiquement pour objet d'étude les PAI en contexte de pandémie COVID-19. Déployée dans 6 régions de France, ses résultats ont notamment permis de documenter les difficultés spécifiques ou non vécues par les PAI durant la pandémie.

[3]Intitulé complet : Recherche-action pour outiller les professionnels du travail social : élaboration d'un guide de pratique visant à intervenir auprès des personnes âgées immigrées en contexte de pandémie – COVID-PAI-TS. Repéré à : https://anr.fr/Projet-ANR-21-CO16-0003

[4]Agence Nationale de la Recherche. Appel à projets RA-COVID-19. Repéré à : https://anr.fr/fr/detail/call/appel-a-projets-ra-covid-19/

Une part de ces difficultés concerne l'accès à l'information sanitaire, en raison des barrières linguistiques de ces populations et l'absence de messages sanitaires multilingues en début de pandémie, entravant chez beaucoup de PAI leur compréhension du contexte sanitaire, tout en renforçant leur invisibilisation et leur vulnérabilisation (Belhadj-ziane et al., 2024). Leur accès aux soins et aux droits sociaux a également été entravé par la généralisation soudaine et non préparée de la dématérialisation (Belhadj-ziane et al., 2024). Mais ce sont les confinements et les restrictions de mobilité (fermeture des frontières internationales, pass sanitaire) qui ont été les mesures les plus difficilement vécues par les PAI, en raison de l'isolement social qu'elles ont engendré et de ses répercussions sur leur santé physique et mentale. Les PAI vivant seules en France et dont la famille (conjointe, enfants) réside dans leur pays d'origine ont été les plus exposées.

Les inégalités sociales ont façonné les expériences vécues par les populations durant la pandémie COVID-19, qu'il s'agisse des inégalités préexistantes à cette crise, ou celles qui ont été engendrées ou exacerbées par et pendant celle-ci. Dans cette perspective, les résultats de la recherche-action COVID-PAI-TS nous ont amené à approfondir la compréhension des expériences vécues par les PAI durant la pandémie, en situant notre analyse sous l'angle des inégalités sociales.

Les recherches et définitions relatives aux inégalités sociales sont nombreuses, tant en sociologie que dans d'autres disciplines, si bien que, comme le souligne Fayat :

> […] produire une liste de « tout ce qui peut être constitué comme inégalité » est probablement une tâche vaine car « ce qui fait inégalité » est sans cesse remis en jeu dans le cadre d'une concurrence, elle-même inégale, pour la définition des ressources socialement valorisées (Fayat, 2022, p. 7).

Dans notre recherche, nous entendons les inégalités sociales telles que les définissent Galland et Lemel (2018), c'est-à-dire comme « une différence dans l'accès à des éléments ayant de la « valeur » (des biens matériels aux biens symboliques) ; une différence entre des personnes ou des groupes ; une différence jugée injustifiée et devant ainsi être idéalement modifiée » (p. 102).

Par ailleurs, les changements sociaux engendrés par la pandémie, dont le maintien et la généralisation de la dématérialisation constituent l'un des exemples les plus emblématiques en France, interrogent plus largement sur la manière dont les inégalités vécues par les PAI durant

la pandémie ont pu se prolonger, s'amplifier ou générer de nouvelles inégalités dans le contexte postpandémique. Ces questionnements font plus largement écho aux enjeux soulevés par le Secrétaire général des Nations Unies dans un rapport de 2020[5] :

> Lorsque nous aurons surmonté la crise, nous devrons faire un choix : retourner dans le monde d'hier ou nous attaquer résolument aux problèmes qui nous rendent tous inutilement vulnérables aux crises. Tout ce que nous faisons pendant et après la crise doit concourir à l'édification de sociétés plus égales, plus inclusives et plus résistantes aux pandémies, aux changements climatiques et aux nombreux autres problèmes que nous rencontrons […] La crise devrait raffermir notre volonté de lutter contre l'inégalité sous toutes ses formes et dans toutes ses manifestations […] non seulement pour soutenir les revenus et défendre les intérêts des personnes vulnérables et des pauvres, mais également pour chercher par tous les moyens à mettre fin à la pauvreté et aux inégalités (ONU, p. 26).

Dans cette perspective, cette thèse entend décrire et mieux comprendre les inégalités sociales vécues par les PAI dans le **contexte pandémique**, mais aussi dans le **contexte postpandémique.** Elle est ainsi guidée par les **questions de recherche** suivantes : comment les inégalités sociales engendrées ou exacerbées par la pandémie ont-elles été vécues et interprétées par les personnes âgées immigrées ? Quelles sont les inégalités sociales persistantes ou nouvelles perçues chez ces populations par les professionnels du médico-social en contexte postpandémique ? **Son objectif général** vise à décrire et mieux comprendre la manière dont les PAI ont vécu et interprété les inégalités sociales nouvelles ou exacerbées, d'abord dans le contexte pandémique, puis dans le contexte postpandémique. Un intérêt particulier est ici porté aux ressources individuelles, collectives et institutionnelles mobilisées par ou pour ces populations dans ces deux contextes.

Le **plan de cette thèse** se structure en six parties.

Dans la **première partie**, nous revenons sur la situation des PAI en France avant la pandémie pour comprendre les inégalités sociales qui ont jalonné leur parcours. Cette partie se compose d'un chapitre unique (chapitre 1), qui aborde les conditions de vie des PAI, de leur arrivée en France jusqu'à leur retraite ; puis le vieillissement de ces populations en France et les principales inégalités qui affectent leurs conditions d'existence avant que ne survienne la pandémie.

[5] Source : Organisation des Nations Unies (2020, mars). Responsabilité partagée et solidarité mondiale : gérer les retombées socioéconomiques de la Covid-19 ». New York, Nations unies.

La **deuxième partie** porte sur le contexte de la pandémie Covid-19 en France. Dans un premier temps, nous revenons sur les principales mesures sanitaires adoptées par les autorités politiques dans la gestion de la pandémie (chapitre 2). À partir de ce contexte sociojuridique, nous abordons les principales répercussions de la pandémie et de la gestion de cette crise chez les personnes âgées de manière générale, et chez les personnes âgées immigrées de manière spécifique (chapitre 3). Ce dernier chapitre se termine par la présentation de notre question de recherche, de nos objectifs de recherche, et de nos hypothèses.

La **troisième partie** porte sur la présentation de notre cadre théorique. Elle s'articule en deux chapitres, l'un portant sur les grands champs sociologiques dans lesquels s'inscrit notre recherche, à savoir le champ de la sociologie de l'immigration, le champ de la sociologie de la santé et le champ de la sociologie du vieillissement (chapitre 4). Le second sur le cadre d'analyse de type compréhensif de notre recherche et ses inspirations interactionnistes (chapitre 5).

La **quatrième partie** de cette thèse est consacrée à la présentation de notre cadre méthodologique (chapitre 6). Elle présente dans un premier temps la recherche-action COVID-PAI-TS et les données qui en sont issues, ces données faisant l'objet d'une analyse secondaire dans cette thèse. Dans un second temps, cette partie présente et justifie nos choix concernant notre stratégie de collecte de données, nos outils de collecte de données, notre stratégie d'analyse, tout en revenant sur les limites méthodologiques de notre recherche.

La **cinquième partie** de cette thèse est consacrée à la présentation de nos principaux résultats concernant le contexte pandémique. Elle revient sur les inégalités sociales vécues par les PAI (chapitre 7) ainsi que sur leurs ressources individuelles, collectives et institutionnelles face à ces inégalités (chapitre 8).

La **sixième partie** de cette thèse concerne la présentation de nos principaux résultats sur le contexte postpandémique. Elle s'ouvre sur l'analyse des perceptions des professionnels du secteur médico-social à l'égard des PAI depuis la fin de la pandémie (chapitre 9). Nous revenons ensuite sur les inégalités sociales persistantes ou nouvelles perçues par ces professionnels chez les PAI depuis la fin de la pandémie (chapitre 10). Nous poursuivons par la façon dont ces professionnels identifient les ressources individuelles et collectives des PAI

face aux inégalités vécues dans le contexte postpandémique (chapitre 11). Dans un dernier chapitre, nous focalisons notre analyse sur les pratiques d'accompagnement des professionnels en tant que ressources institutionnelles pour les PAI face aux inégalités vécues, pour aborder ensuite les limites perçues par les professionnels à ces pratiques dans leur accompagnement de ces populations (chapitre 12).

À l'issue de ces 12 chapitres, nous articulons la **discussion** de nos principaux résultats autour de la vérification de nos hypothèses de recherche, des limites de ces résultats, ainsi que des pistes et perspectives de recherche qui s'en dégagent, avant de procéder à la **conclusion générale** de ce travail de thèse.

Partie I – Problématisation : parcours et conditions de vie des PAI en France avant la pandémie : de leur migration à leur vieillissement

Sommaire :

Chapitre 1 : Vieillissement et conditions de vie des PAI en France avant la pandémie Covid-19

Cette partie présente les trajectoires migratoires des PAI depuis leur arrivée en France (chapitre 1). Elle poursuit avec la question du vieillissement de ces populations et de leurs conditions de vie avant que ne survienne la pandémie (chapitre 2). Au fil de cette partie, nous verrons que la pandémie Covid-19 n'est pas un évènement hors-sol ni hors temps, et que ses effets sur les populations s'inscrivent et s'expliquent en partie par leurs conditions de vie et leur place dans la société avant sa survenue. Ultimement, à travers cette première partie, il s'agit de mieux comprendre les inégalités que vivaient les PAI avant la survenue de la COVID-19, afin de les mettre en perspective dans le contexte pandémique et postpandémique.

CHAPITRE 1 : Vieillissement et conditions de vie des PAI en France avant la pandémie de Covid-19

Ce chapitre présente le phénomène du vieillissement des PAI en France, et plus particulièrement leurs conditions de vie avant la survenue de la pandémie Covid-19. L'objectif est d'éclairer les expériences vécues par les PAI durant la pandémie à travers une contextualisation de leurs conditions de vie avant la crise sanitaire et des inégalités sociales qu'elles vivaient déjà.

1. Le vieillissement des PAI en France : une visibilité récente pour une réalité ancienne

Les réalités du vieillissement des personnes âgées immigrées en France s'inscrivent en prolongement de l'histoire migratoire de ces populations. Ce phénomène, relativement récent en tant qu'objet d'étude, n'a été reconnu que tardivement par les autorités politiques, participant ainsi à éclairer la position sociale de ces populations avant la pandémie et la prise en compte de leurs réalités dans les politiques publiques.

1.1 Repères sociohistoriques : l'immigration des personnes originaires d'anciennes colonies françaises

Jusqu'en 1915, l'immigration de personnes originaires d'anciennes colonies d'Afrique est un phénomène minoritaire en France (Jagielski, 2008). Or à la veille de la Première Guerre mondiale, l'armée française a réformé son organisation pour systématiser le recours aux colonies dans l'effort de guerre (Gastaut et al., 2014). La Première Guerre mondiale a ainsi marqué un tournant dans l'histoire de l'immigration en France (Dornel, 2014), en posant les

premiers jalons d'une « immigration choisie », orientée vers la logique d'une « immigration désirable »[6] (Noiriel, 2010, p.36), destinée à combler les effectifs militaires et le manque de main-d'œuvre dans les usines. Notons que le recours aux soldats issus des colonies ne s'était alors jamais vraiment présenté sur le sol métropolitain, ces soldats n'étant le plus souvent employés qu'à défendre et étendre les territoires colonisés (Dornel, 2019). Le recrutement de soldats issus des colonies s'est fait tout au long de la guerre en fonction des pertes et besoins de l'État-major français. Le nombre de recrutés a ainsi grimpé entre 500 000 et 600 000 personnes, parmi lesquels figuraient les « indigènes » d'Afrique du Nord, représentant « le plus gros contingent, soit 293 756 hommes, [quand] ceux des colonies d'Afrique noire, de Madagascar, de la Côte des Somalis, du Pacifique sont au nombre de 275 230 dont 165 229 tirailleurs sénégalais » (Antier, 2008, p. 35). Concernant les travailleurs étrangers, leur recrutement est placé sous la responsabilité du Service de la main-d'œuvre étrangère (SMOE) pour les travailleurs européens, et, à partir de 1916, sous celle du Service de l'Organisation des Travailleurs Coloniaux (SOTC) pour les travailleurs coloniaux et chinois (Antier, 2008). Pour Dornel (2014), l'une des principales conséquences du contrôle exercé par les autorités françaises sur son immigration a été « la racialisation de cette dernière » (p.5) à travers l'idéologie d'une « hiérarchie des races » (p.5), déjà profondément ancrée dans la société française (Reynaud-Paligot, 2006). Dans ce contexte, la SOTC s'est divisée en plusieurs sections correspondant chacune à « une race de travailleurs » (Dornel, 2014, p. 9), avec l'idée que chacune d'elles renvoyait à « des aptitudes physiques et psychologiques particulières qui déterminent des types d'emploi particuliers » (Dornel, 2014, p. 9). Ces sections de travailleurs s'appuyaient plus largement sur des stéréotypes raciaux hérités de la colonisation, des sciences humaines, de la biologie et de la médecine (Dornel, 1995).

Avec la fin de la Première Guerre mondiale apparaissent les premières revendications sociales et politiques. D'une part, les États colonisés exigent le retour de leurs ressortissants envoyés en France, car ceux-ci représentaient une main-d'œuvre importante. D'autre part, certains soldats et ouvriers coloniaux formulent leurs propres revendications, notamment l'octroi de la nationalité française en reconnaissance de leur engagement pour la France. Comme l'explique Antier (2008), « il faut noter également que la promesse de citoyenneté française à de jeunes

[6] En opposition à une immigration incontrôlée (Noiriel, 2010).

gens de parents étrangers, installés dans les colonies, entraîne des adhésions ; 60 % d'entre eux accepteront de s'enrôler dans l'armée française pour obtenir leur naturalisation » (p.35). Émergent alors les premiers enjeux liés à la reconnaissance du sacrifice des soldats des colonies. Au niveau politique, cette question suscite un tiraillement entre, d'un côté la volonté de minimiser leur contribution, et de l'autre, une tentative de valorisation de leur engagement (Dornel, 2019). Néanmoins, la tendance dominante reste le rapatriement des soldats et travailleurs coloniaux (Gastaut et al., 2014), recevant pour cela des pensions et des allocations de départ attribuées « parfois irrégulièrement et avec parcimonie » (Antier, 2008, p.36). Gastaut et ses collaborateurs (2014), soulignent que « ce rapatriement de masse […] va se faire dans des conditions anarchiques, avec beaucoup de travailleurs qui échappent aux autorités et veulent rester en France » (p.136). Les hommes restés en France, que ce soit de manière régulière ou clandestine, constituent les prémices d'un mouvement migratoire qui s'intensifiera durant l'entre-deux-guerres (1918-1939), dans un contexte de luttes anticolonialistes et de préparation à la Seconde Guerre mondiale (Journoud, 2018).

Comme pour la première, la Seconde Guerre mondiale a conduit au recrutement de populations coloniales mobilisées aux côtés de la France, tant dans l'armée que dans l'industrie (Stora et al., 2016). Au total, environ 500 000 « soldats indigènes » ont été enrôlés (Deroo et Champeaux, 2013). Le recrutement des travailleurs coloniaux, quant à lui, s'est effectué par le biais du Service de la main-d'œuvre indigène nord-africaine et coloniale (SMOINAC) créé en 1939, alors que la France comptait déjà, à cette période, entre 80 000 et 120 000 travailleurs algériens, marocains et tunisiens présents sur son territoire (Cadiot et Mulonnière, 2025).

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, la France fait face à une pénurie de main-d'œuvre pour sa reconstruction et la relance de son industrie. Dans un contexte où les forces de travail nationales sont affaiblies, épuisées et numériquement insuffisantes, notamment dans certains secteurs industriels stratégiques comme l'extraction minière, la sidérurgie, la métallurgie ou encore l'agriculture (Viet, 1999a), les autorités françaises ont de nouveau eu recours à une main-d'œuvre étrangère. C'est dans ce cadre que sont créés, en 1945, l'Office national de l'immigration (ONI) et le Code de l'immigration, chargés de coordonner le recrutement et l'accueil de travailleurs étrangers, notamment en affectant ces derniers dans les régions et les secteurs économiques les plus touchés par la pénurie de main-d'œuvre (Simon, 2015). L'ONI et surtout le Code de l'immigration visaient également à encadrer légalement les flux

migratoires, dans une volonté de rompre avec les pratiques de recrutement opérées en période de guerre, marquées par des traitements discriminatoires, voire violents (Simon, 2015). Par ailleurs, la baisse de la démographie en France (Weil, 1995), ainsi que la rationalisation de la politique d'immigration a nourri un débat entre, d'un côté les économistes, qui évaluaient à 1 million le nombre de travailleurs étrangers nécessaires à l'économie, et de l'autre, les démographes, qui prônaient une immigration de peuplement estimée à 5 millions d'étrangers (Blanc-Chaléard, 2001). Dans un premier temps, la politique de recrutement de cette main-d'œuvre s'articule autour d'une logique ethnique et culturelle à visée assimilationniste, privilégiant une immigration européenne (allemande comprise) et nordique, jugée plus « assimilable » que les ressortissants des colonies (Spire, 2002). Néanmoins, l'ONI se heurte à d'importantes difficultés pour recruter suffisamment de travailleurs européens (Chapman, 2021), ce qui conduit progressivement au recours de travailleurs d'anciennes colonies, en particulier d'Afrique du Nord, notamment après les déclarations successives d'indépendance[7] des années 50-60. Ces indépendances aboutiront à l'adoption de traités bilatéraux entre la France et ces différents pays, avec pour chaque traité des régimes juridiques spéciaux portant notamment sur les conditions de circulation de leurs ressortissants entre les deux pays. Dans les années 60, l'usage des contrats de travail de l'ONI décline, alors que les entreprises prennent l'habitude d'organiser elles-mêmes le recrutement sur place, notamment en Afrique du Nord. Au Maroc, par exemple, de nombreux candidats au départ attendent les visites de Félix Mora, l'envoyé des Houillères, dont les méthodes de recrutement entre les années 60 et 80 lui vaudront le surnom de « négrier », revendiquant à lui seul l'embauche de 66 000 Marocains (Blanc-Chaléard, 2001 ; El Baz, 2009).

À leur arrivée en France, les travailleurs immigrés sont regroupés dans des logements de fortune, symboles de leur grande précarité et de leur statut perçu comme provisoire. Ils sont d'abord installés dans des bidonvilles à formes multiples, moyennant souvent un loyer (Sayad,

[7] 2 mars 1956 indépendance du **Maroc** ; 20 mars 1956 indépendance de la **Tunisie** ; 2 octobre 1958 indépendance de la **Guinée** ; 1er janvier 1960 ; indépendance du **Cameroun** (partie sous tutelle française) ; 4 avril 1960 Indépendance du **Sénégal** ; 27 avril 1960 indépendance du **Togo** ; 26 juin 1960 indépendance de **Madagascar** ; 1er août 1960 indépendance du **Dahomey** (actuel **Bénin**) ; 3 août 1960 indépendance du **Niger** ; 5 août 1960 indépendance de la **Haute-Volta** (actuel **Burkina Faso**) ; 7 août 1960 indépendance de la **Côte d'Ivoire** ; 11 août 1960 indépendance du **Tchad** ; 13 août 1960 indépendance de la **République centrafricaine** ;15 août 1960 indépendance du **Congo** (Brazzaville) ; 17 août 1960 indépendance du **Gabon** ; 22 septembre 1960 indépendance du **Soudan français** (actuel Mali) ; 28 novembre 1960 indépendance de la **Mauritanie** ; 5 juillet 1962 indépendance de l'**Algérie**.

1980). D'autres sont logés dans des hôtels meublés (aussi appelés « garnis ») essentiellement concentrés en région parisienne, dont le nombre avoisinait les 200 000 au début des années 60 (Lévy-Vroelant, 2007). Placés sous le contrôle de la Préfecture de Police, ces logements, collectifs ou individuels, sont le plus souvent composés d'une seule pièce, dont la superficie et l'ameublement variaient selon les hôtels. La taille et l'équipement des chambres sont même catégorisés par un arrêté du 9 février 1951, certaines catégories ne proposant ni chauffage ni eau courante, et détermine le prix des loyers (Michel, 1955). Notons que ces logements se louaient « de gré à gré, pour une durée déterminée, à la journée, à la semaine, et plus rarement au mois » (Lévy-Vroelant, 2007, p.8).

Les nombreux accidents mortels observés dans les bidonvilles, et plus largement la précarité des conditions de vie des travailleurs immigrés, ont amené à la construction de foyers de travailleurs migrants (FTM) (Bernardot, 1999), avec la création de la Sonacotral en 1956[8], renommée Sonacotra à la fin de la Guerre d'Algérie[9]. Ces foyers visent alors principalement à loger et à contrôler les Français musulmans d'Algérie qui, en 1954, date du début de la Guerre d'Algérie (1954-1962), étaient au nombre de 200 000 (contre dix fois moins en 1946) (Hmed, 2014). Comme le précise Bernardot (1997), « à défaut de statistiques et d'autres dispositifs, la Sonacotra sert à la fois d'instrument d'infiltration, de comptage et de surveillance des collectivités de travailleurs algériens isolés » (p.18), dans un contexte particulièrement marqué par la Guerre d'Algérie. La création de ces foyers intervient aussi dans un contexte de crise nationale du logement (bidonvilles, saturation des HLM dont l'accession se fait prioritairement pour les Français), symbolisée notamment par l'appel à la mobilisation en faveur des sans-abris lancé par l'Abbé Pierre durant l'hiver 1954 (Ben Yahmed, 2011). Réservés aux hommes seuls venus d'Algérie, les FTM sont des logements semi-collectifs, inadaptées à l'accueil des familles, organisés en chambres individuelles de 4,5 mètres carrés, avec des cuisines et sanitaires communs à l'ensemble des résidents (Bernardot, 2008). Outre l'aménagement rudimentaire des lieux et l'absence du statut de locataire des résidents (qui payaient une redevance et non un loyer, renouvelable tous les mois), la localisation géographique de ces foyers constituait une forme de ségrégation spatiale. Comme le décrit Galano (2002), « les foyers se présentent comme de grandes bâtisses généralement en zones péri-urbaines fortement

[8] La SOciété NAtionale de COnstruction de logements pour les TRAvailleurs ALgériens.
[9] Depuis 2007, la Sonacotra a été renommé Adoma.

industrialisées, à l'écart de l'ensemble de la population et des commerces, construits sur les terrains dédaignés par les promoteurs, mal desservis par les transports en commun » (p.123). Ce parc de logements s'est ensuite étendu et diversifié, d'abord avec l'accueil de travailleurs algériens dans les années 1955, puis plus généralement à d'autres travailleurs africains dans les années 1965 (Desrumaux, 2006). Comme les Algériens, les travailleurs africains feront l'objet de contrôle et de surveillance de la part des gestionnaires de foyer (Galano, 2002) alors qu'Hmed (2006) analyse ces pratiques comme « le signe d'une survivance de l'ère coloniale » (p.4).

Jusqu'aux années 80, la gestion des FTM est principalement assurée par d'anciens fonctionnaires et militaires ayant servi durant la guerre d'Algérie (Hmed, 2014). Ces foyers étaient régis par un règlement intérieur strict et spécifique à chaque site, limitant l'autonomie des résidents. Les travailleurs algériens étaient soumis à des applications réglementaires plus sévères de ces règles (Galano, 2002). Parmi ces interdictions figurait celle des visites féminines, ce qui contribuait à maintenir ces travailleurs immigrés dans une situation de célibat de fait, voire forcé (Cohen, 2017). Pour Viet (1999, b), cette restriction a contribué à « déstructurer l'identité de l'immigré jusqu'à lui dénier le droit de mener une vie familiale (et sexuelle) normale » (p.98).

Entre 1964 et 1976, le nombre de FTM en France est passé de 59 à 260 établissements (Hmed, 2014). Pour Bernardot (1999), cela témoigne de « l'accompagnement résidentiel d'une politique de main-d'œuvre ayant pour objectif la limitation de l'installation durable de ces travailleurs et du regroupement familial de ces derniers » (p. 19). De manière générale, Blanc-Chaléard (2006) souligne que l'ensemble des formes d'habitat réservées aux immigrés ont ainsi contribué à situer ces populations dans « un ailleurs social, celui du temporaire et d'une misère extérieure à la France » (p.27).

Au tournant des années 1970, la France est frappée par la crise économique de 1973, la restructuration des secteurs industriels et la montée du chômage, qui affecte particulièrement de nombreux travailleurs immigrés maghrébins peu qualifiés (Borrel, 1999). Le chômage des travailleurs immigrés s'explique également par des discriminations à l'embauche (Gastaut, 2004) alors que ces populations font par ailleurs l'objet de discriminations légales et de racisme ordinaire, dont ce dernier, souvent larvé, se révélera difficile à prouver pour des syndicats

ouvriers sensibles depuis les années 60 à ce type de problématiques et aux enjeux de pédagogie anti-raciste qu'elles impliquent (Tripier et al., 1995). Les années 1970 sont également marquées par une crise du logement touchant les immigrés, dont la grève des foyers (1969-1981) constitue un symbole (Galano, 2002). D'abord cantonnée à quelques foyers isolés de région parisienne, cette grève fut menée par des résidents qui, face aux augmentations répétées de leur redevance, ont collectivement cessé de payer cette dernière (Galano, 2002). À partir de 1975, dans un contexte où les redevances ont continué d'augmenter, la grève s'est élargie à d'autres foyers en France qui, progressivement, ont coordonné leur lutte. Cette coordination s'est traduite par la création du *Comité de coordination des foyers Sonacotra en grève* (CCFSG) en 1975, évoluant en *Comité de coordination des foyers en lutte* en 1978, qui a permis une unification et un renforcement du mouvement de grève jusqu'alors désorganisé (Hmed, 2007) malgré des revendications convergentes. Ces revendications portaient sur la « baisse des loyers trop élevés par rapport aux équipements et services disponibles, [sur la] mise en cause des règlements intérieurs [la] reconnaissance des comités de résidents et, dans de nombreux cas, [sur le] départ des « gérants racistes » » (Galano, 2002, p.122). Jusqu'à sa fin au début des années 80, ce mouvement de grève a reçu l'appui d'associations de travailleurs immigrés (Gisti, Cimade, Fasti), de partis politiques (Parti Socialiste, Parti socialiste unifié) et de groupuscules d'extrême gauche (trotskiste et maoïste) (Hmed, 2009). Il aura été marqué par des répressions policières, des expulsions et des saisies de salaires chez les résidents grévistes (Galano, 2002).

Dans ce contexte des années 70, la politique migratoire française évolue, d'abord à travers le durcissement du contrôle de l'immigration, dans l'objectif de réduire le chômage (Lochak, 2020) et le mal-logement (Cohen, 2014), avec pour point d'orgue la suspension de l'immigration de travail en 1974 (Zehraoui, 2015). Puis, s'amorce la reconnaissance du droit au regroupement familial en 1976 (Cohen, 2014). Pour Blanc-Chaléard (2001), cette période participe au développement de phénomènes déjà bien identifiés lors des crises économiques précédentes (1890 et 1930), caractérisées par une « fièvre xénophobe, [une] recherche désordonnée d'une politique pour se protéger des étrangers redevenus un « problème » [et une] résistance des immigrés à travers des processus de stabilisation » (p.73). En 1975, la création de la Commission nationale pour le logement des immigrés (CNLI) marque une réorganisation de la politique publique du logement, dans un contexte où la crise des foyers suit son cours. En dissociant la fonction « logement » de « l'action sociale », et en instaurant un pilotage plus

territorialisé via la création de commissions départementales (CDLI), la CNLI visait à faciliter l'accès des immigrés au parc HLM en consacrant spécifiquement une part spécifique du dispositif, « 1 % logement »[10], soit l'équivalent de 0,2% (Viet, 1999, b). Bien qu'initialement aucune disposition légale n'interdise l'accès des étrangers aux logements sociaux, en dépit de leur très rare présence (Pinçon, 1981), leur intégration progressive dans les HLM est encadrée par l'instauration de quotas fixés entre 15 et 20%, officiellement pour *«* éviter les problèmes de cohabitation avec les Français » (Blanc-Chaléard, 2006, p. 28). Or selon Viet (1999b), l'élargissement progressif de la part de locataires étrangers dans les HLM a progressivement entraîné une forme de « jeu de chaises musicales », avec d'un côté, le départ des familles françaises s'estimant incommodées par la présence d'étrangers ou ayant accédé à la propriété, et de l'autre, par l'arrivée de nouveaux étrangers. Lévy-Vroelant (2006) souligne que, de 1975 à 1990, les HLM ont contribué à améliorer les conditions de logements des ménages étrangers, avec une baisse de leur proportion dans les logements précaires (de 10% en 1975 à 4% en 1990) et les logements inconfortables (occupés à 45% par des étrangers en 1975, contre 15% en 1990).

Néanmoins, selon les nationalités, les conditions de logements des immigrés demeuraient précaires à plusieurs égards. À cette période (1975-1990), l'accès à la propriété restait plutôt rare pour les Maghrébins, les Africains subsahariens et les Turcs, alors que 40% d'entre eux occupaient des logements surpeuplés (Lévy-Vroelant, 2006). Aussi, « les ménages « très mal logés » étaient quatre fois plus nombreux chez les personnes originaires d'Algérie, de Turquie, d'Afrique subsaharienne et du Maroc (entre 45 et 50 %) que dans la population générale (11 %) » (Lévy-Vroelant, 2006, p. 7). Par ailleurs, un article de Kirszbaum et Simon (2001) sur « les discriminations raciales et ethniques dans l'accès au logement social » souligne plusieurs formes de discriminations systémiques et structurelles à l'encontre des populations immigrées ou perçues comme telles. Ces discriminations se manifestent par des refus d'attribution de logement, des délais anormalement longs ou une orientation forcée vers des quartiers socialement stigmatisés. Pour Tissot (2005), ces traitements inégalitaires s'appuient souvent sur des critères ethniques implicites, parfois dissimulés derrière des principes présentés comme neutres, tel que celui de la mixité sociale. Cette ethnicisation de la gestion locative a également

[10] Instauré par un décret de 1953, le système du 1% logement (aujourd'hui aussi appelé « Participation des Employeurs à l'Effort de Construction » [PEEC]), est un dispositif d'aide au logement qui visait alors à faciliter l'accès au logement des salariés grâce à une contribution patronale à auteur de 1% de la masse salariale des entreprises privées de plus de 10 salariés [50 aujourd'hui] afin de financer la construction de logement sociaux (Frouard, 2005).

conduit à la ségrégation spatiale de ces populations, progressivement regroupées dans des « secteurs ‘’non récupérables’’ ou ‘sacrifiés’’ » (Kirszbaum et Simon, 2001, p.10), c’est-à-dire des quartiers fortement marqués par la présence de populations étrangères et perçus de manière dévalorisée. Pour Lévy-Vroelant (2006), « ces processus discriminants reposent sur l’idée, développée par les gestionnaires, de « risque sociologique »[11], le ménage immigré étant représenté comme apportant avec lui non pas tant un risque d’impayé de loyers que de disqualification symbolique du patrimoine immobilier et du quartier » (p. 9). Si la surreprésentation de certaines nationalités d’immigrées a contribué à la formation « d’îlots à forte concentration » dans plusieurs villes et quartiers (Simon, 1996), ces secteurs, où se concentrent avant tout des personnes à faibles revenus (indépendamment de leur nationalité), ont toutefois renforcé la ségrégation spatiale des populations immigrées non-européennes (Verdugo, 2011).

Au-delà des discriminations et des inégalités persistantes en matière de logement, d’emplois et d’accès aux droits, le début des années 80 est marqué par une montée de violences policières et d’agressions racistes (Chenchabi, 2015). C’est dans ce contexte qu’a eu lieu, en 1983 la *Marche pour l’égalité des droits et contre le racisme*, qualifiée par le sociologue Abdellali Hajjat de « mai 1968 des enfants d’immigrés post-coloniaux » (Harzoune, 2014, p.1). Considérée comme un évènement central dans l’histoire migratoire française (Galloro, 2016), cette marche, et dans une moindre mesure celles de 1984 et 1985, ont contribué à rendre visibles les problèmes sociaux (agressions racistes parfois mortelles, inégalités en matière de droits et d’accès à l’emploi) vécus par les populations immigrées, toutes générations confondues, ainsi que l’insuffisance des réponses politiques apportées à ces problèmes (Zehraoui, 2015). Cela, en dépit de certaines avancées symboliques, comme l’instauration, en 1984, d’une carte de résident renouvelable de plein droit tous les dix ans (Nasri, 2015). Cette réforme vient mettre fin au système de double carte de séjour et de travail jusqu’alors en vigueur (Loi n°84-622 du 17 juillet 1984). Selon Lochak (2015), cette réforme portait également le message symbolique « que les immigrées n’étaient plus considérées comme un simple volant de main-d’œuvre, mais comme une composante de la société française, et qu’ils et elles pouvaient, sans crainte d’une décision arbitraire de l’administration, construire leur avenir en France » (Lochak, 2015, s.p). Cette analyse est cependant nuancée par un nouveau durcissement des politiques migratoires, dont la

[11] Encore observé au-delà des années 2000 (Belqasmi, 2007).

loi Pasqua de 1986 constitue un exemple emblématique. Celle-ci introduit des dispositions plus restrictives en matière de regroupement familial et d'accès à la carte de séjour, et renforce les contrôles aux frontières (Viprey, 2010). Elle revient également sur « un certain nombre de droits reconnus aux immigrés entre 1981et 1984 […] en supprimant la plupart des garanties dont ils bénéficiaient dans leurs rapports avec l'administration », entraînant une « dégradation généralisée » de leurs rapports avec celles-ci, ainsi qu'une « précarisation générale de la population immigrée résidant en France » (Hommes et Migrations, 1989, p.23).

Jusqu'aux années 1980, le projet d'un retour définitif au pays d'origine structure aussi bien la vie familiale des travailleurs immigrés[12] que la gestion politique de l'immigration (Momméja, 2018). Or, la prise de conscience progressive de l'installation permanente de cette immigration postcoloniale conduit à la déconstruction du mythe du retour, jusque-là entretenu par les travailleurs eux-mêmes, leurs familles, ainsi que par les autorités françaises et celles de leurs pays d'origine (Sayad, 1991, 1999). En 1985, le nombre de personnes originaire d'un pays du Maghreb vivant en France atteint 1 500 000 personnes, soit un nombre équivalent au nombre de personnes européennes vivant au Maghreb à la fin de la période coloniale (Ageron, 1985). Cette nouvelle donne sociologique marque, au début des années 90, une certaine prise de conscience politique du vieillissement spécifique de ces populations, notamment au regard des inégalités qu'elles ont cumulées tout au long de leurs parcours migratoire, professionnel, résidentiel et familial.

1.2 L'avancée en âge des PAI : une prise de conscience politique tardive

Pendant plusieurs décennies, le vieillissement des immigrés est demeuré un angle mort de la recherche académique en France. Dans un article de 2001, l'historien Témime constate en effet que la littérature produite sur l'immigration depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale est marquée par « l'absence presque totale de références au problème de la vieillesse immigrée, tandis que l'on consacre des pages innombrables à la seconde génération » (p.51). Un manque de connaissances d'autant plus étonnant, selon lui, que « les questions posées par l'allongement de la vie, le poids social représenté par l'augmentation de personnes âgées, les conditions d'accès à la retraite des salariés de tous ordres, etc. font l'objet de multiples travaux » (p.51).

[12] Envoi d'argent à la famille restée au pays d'origine, mobilités fréquentes entre la France et le pays d'origine.

De son côté, le sociologue Madaoui (2015) apporte un éclairage complémentaire en soulignant que la question du vieillissement des populations immigrées en France a « longtemps été négligée, tant par les pouvoirs publics à cause sans doute du désintérêt pour le vieux migrant devenu "improductif", que par le monde académique plus préoccupé par la question de l'intégration à la société française de descendants d'immigrés » (p.11). Bien que les premières études sur ces populations immigrées âgées remontent au milieu des années 70 (Dubus et Braud, 2001), ce n'est véritablement qu'à partir des années 1980 que les sociologues commencent à s'intéresser au vieillissement de ces populations (Madaoui, 2016).

Dans les années 1990, Gallou (2001) observe un essor de recherches de type qualitatif à travers des monographies universitaires, comme celles de Noiriel (1992), des travaux quantitatifs fondés sur la collecte de données pour la Sonacotra (Bernadot, 1997), ainsi que plusieurs études institutionnelles sous forme de rapports et de recherches-actions. L'auteur renvoie ici aux études respectives de la Fasild (1995) sur les foyers des travailleurs immigrés dans la politique de la ville, 1995 ; de l'Unafo (1995) sur « Le vieillissement des résidents dans les foyers de travailleurs migrants » ; et de la Sonacotra (2002) pour « répondre à l'urgence et loger les personnes en difficulté ». Ces travaux ont contribué à visibiliser et à documenter les réalités sociales des PAI, qu'il s'agisse d'isolement accru, de perte d'autonomie, de précarité économique, de mal-logement ou encore les difficultés d'accès aux droits.

Bien que le sujet du vieillissement des PAI en France ait fait l'objet d'un nombre croissant d'études depuis le milieu des années 70, il demeure jusqu'au début des années 2000, un impensé des autorités politiques, voire relèverait, selon Slama (2012), d'une forme de « négligence » (p.1). Cette reconnaissance tardive s'explique, en partie, par la persistance d'un mythe collectif du retour des immigrés dans leur pays d'origine. Leur présence en France avait été pensée de manière temporaire, et justifiée par des motifs professionnels et économiques, aussi bien par ces populations, leur famille que par les autorités françaises (Meslin, 2010). Or pour diverses raisons, certains travailleurs immigrés ont fini par s'installer durablement en France, même après leur retraite. Ces populations sont communément désignées dans la littérature scientifique sous le nom de « Chibanis » pour les hommes, et de « Chibanias » pour les femmes (Leblanc et Pinel, 2020). Le mot Chibani (cheveux blancs en arabe) est entré dans le dictionnaire du Petit Larousse en 2013 et dans le Petit Robert en 2017 ; il désigne un « immigré maghrébin de la première génération, arrivé en France au début des années 1960 pour y travailler, et qui a fait

le choix, la retraite venue, de ne pas retourner dans son pays d'origine »[13]. Le mot chibani peut plus largement être utilisé pour désigner aussi les personnes les personnes originaires d'Afrique Subsaharienne venues en France durant les Trentes Glorieuses, vivant en logement diffus ou en FTM (Jacquat et Bachelay, 2013).

Entre 1990 et 1999, la population immigrée âgée de 60 ans et plus a augmenté de 107 %. Cette population vivait essentiellement dans les FTM, où 62 % avaient au moins 50 ans en 1999 (Gallou, 2001). Dans les années 90, l'accroissement des travaux au sujet des PAI a permis de mieux documenter leur vieillissement, tout en contribuant à étendre la visibilité de leurs enjeux auprès des autorités politiques (Meslin, 2010). Ce processus de visibilisation a également été alimenté par l'action d'associations de défense des immigrées (Madaoui, 2016), ainsi que par les signalements de certains responsables de foyer, alertant sur les difficultés croissantes vécues par leurs résidents vieillissants et la nécessité de développer des connaissances quantitatives et qualitatives pour répondre à ces difficultés (Barou, 2016). Ces difficultés étaient principalement liées à leur état de santé dégradée, à leur isolement, aux obstacles à leur accès aux droits et aux soins, ainsi qu'à leur invisibilité sociale (Barou, 2016).

À partir des années 2000, dans un contexte toujours marqué par le manque de connaissances sur les PAI et les problématiques spécifiques de leur vieillissement, ces signalements ont conduit des institutions publiques à commander des études à propos des PAI (Jaeger et Jovelin, 2016). Ces travaux ont contribué à diagnostiquer les difficultés et les besoins de ces populations, notamment en matière d'accès aux droits, de santé et de reconnaissance sociale. Ils ont plus largement participé à visibiliser les enjeux propres au vieillissement des PAI en France.

[13] Source : Le petit Larousse Illustré (2013, p.2). Dossier presse. Repéré à : https://www.alacroiseedesmots.com/fichier/Nouveaux%20Mots/LAROUSSE/PL2013_dossier_de_presse.pdf

Figure 1: Chronologie des rapports d'institutions publiques sur les PAI :

Année de parution	Institution – auteur(s)	Titre du rapport	Principaux apports
2002	IGAS – Bas-Théron et Michel	Rapport sur les immigrés vieillissant	Visibilise la situation des immigrés vieillissants, principalement à travers leurs problématiques d'accès aux droits, de perte d'autonomie précoce, et de sous-représentation dans les établissements gérontologiques
2005	Haut Conseil à l'Intégration (HCI)	La condition des travailleurs immigrés âgés	Élargit les connaissances sur les difficultés des anciens travailleurs immigrés pour mieux tenir compte de la complexité de leur vieillissement.
2005	Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	Le vieillissement des hommes immigrés en foyer	Documente de manière statistique la situation socio-économique et médicale des PAI depuis leur retraite et les raisons du maintien de leur présence en France.
2008	Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA), confié par la Direction générale de l'action sociale Direction générale de l'action sociale (DGAS)	Enquête sur les actions en direction des personnes âgées immigrées	Approfondit l'identification des difficultés des PAI à l'échelon local dans 68 départements.
2013	Rapport d'information parlementaire : Jacquat (président), Bachelay (rapporteur).	Mission d'information sur les immigrés âgés	Dresse un état des connaissances sur la situation globale des PAI en France et de leurs problématiques spécifiques afin d'orienter un vaste plan de réforme pour améliorer leur situation. 82 recommandations seront formulées à cet effet.
2016	Rapport d'information parlementaire (Commission des affaires sociales), présenté par Bachelay (député).	Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions de la mission d'information sur les immigrés âgés	Dresse un bilan sur l'application d'une partie des 82 recommandations formulées dans la Mission d'information parlementaire de 2013, et dont la plupart sont restées lettre morte.

En effet, le vieillissement des PAI en France soulève des enjeux et défis communs à leurs homologues non-immigrées (Autant-Dorier et Lebbal, 2017), mais il présente aussi des caractéristiques spécifiques aux PAI liés aux difficultés vécues au cours de leurs parcours migratoire, professionnel, social, familial, résidentiel, administratif et médical. Dans la suite de cette thèse, nous aborderons plus en détail ces difficultés ainsi que ces rapports. Notons pour l'instant que le rapport d'information parlementaire de Jacquat et Bachelay de 2013 constitue le point d'orgue du processus de visibilisation de la situation des PAI en France, mais aussi de la prise de conscience par les autorités politiques des spécificités du vieillissement des PAI.

2. Le passage à la retraite des travailleurs immigrés : une transition biographique complexe

En sociologie du vieillissement, le paradigme de la déprise constitue l'un des principaux cadres théoriques pour appréhender le vieillissement. Ce paradigme envisage le vieillissement comme un processus de réorganisation du mode de vie des personnes, à mesure que de nouvelles difficultés surviennent avec l'avancée en âge (Barthe, Clément et Druhle, 1998, 1990). Cette réorganisation s'articule autour de « transitions biographiques » telles que la retraite, le veuvage, la maladie ou l'entrée en maison de retraite (Caradec, 2014). Ce processus implique une redéfinition des rôles et des statuts sociaux, une modification des activités et des relations sociales, marquée par la disparition de certaines (déprises) et l'apparition de nouvelles [prises ou reprises] (Gagnon, 2018). Il s'accompagne également de modifications des représentations de soi, tant celles portées par soi-même que par autrui (Barthe, Clément et Druhle, 1990). Ce processus génère aussi des tensions dans le maintien et le renouvellement de l'identité, notamment face au déclin de l'autonomie (Ancet, 2018). Selon Caradec (2018), ces difficultés peuvent engendrer un changement progressif du rapport à soi et au monde. Ils peuvent également être vécus comme des traumatismes ou des microtraumatismes, nécessitant des formes de résilience spécifiques au vieillissement (Ribes, 2006 ; Cyrulnik, 2005).

Ainsi, le vieillissement des personnes apparaît à la fois comme un phénomène subjectif et un « phénomène social pluriel » (Meidani et Cavalli, 2018). Il peut être envisagé à travers les politiques publiques et les catégorisations médicales, ainsi que « par la position [que les personnes] occupent dans les rapports sociaux de genre, de classe ou ethniques ou au croisement de plusieurs de ces rapports sociaux » (Caradec, 2018, s.p.). À cela s'ajoutent les conditions de

vie passée (mode de vie, ressources socioéconomiques accumulées), reconnues pour leurs impacts sur les trajectoires de vieillissement, et les « supports » disponibles au moment du passage à la retraite pour faciliter cette transition (Caradec, 2014). Parmi ces supports, Caradec (2014, p.8) distingue les « supports collectifs » qui renvoient à des rôles sociaux valorisés à cette étape de la vie ; les « supports identitaires » qui concernent à la fois les identités construites au fil de l'expérience passée et celles qui peuvent être réinvesties ou développées à la retraite ; et les « supports relationnels » qui renvoient aux soutiens et à la stimulation apportés par le partenaire et les proches, notamment pour entreprendre de nouvelles activités.

Au regard de ces connaissances, la sociologie du vieillissement permet d'éclairer la situation des personnes âgées immigrées, pour lesquelles le passage à la retraite se heurte à des difficultés particulières, issues à la fois de leur parcours migratoire et de leurs conditions de vie passées (professionnelles, résidentielles, etc.), de leurs faibles ressources économiques, et des limites de leurs supports relationnels.

En France, les travaux de Sayad (1986, 1991,1999, 2001) comptent parmi les premiers consacrés à l'analyse du vieillissement des travailleurs immigrés. À travers l'exemple des travailleurs algériens, Sayad montre comment la retraite constitue une étape critique, souvent douloureuse, dans leur trajectoire migratoire. Cette souffrance est également observée par Noiriel et ses collègues (1992), dans leur étude sur le vieillissement des immigrées en région parisienne. Pour ces auteurs, cette douleur proviendrait du sentiment d'illégitimité des travailleurs immigrés, tout particulièrement chez les Algériens, mais aussi les Marocains et Sénégalais, quant à la perception de leur statut de retraité : « Illégitime vis-à-vis de la France qui ne les a acceptés qu'à condition qu'ils travaillent, mais illégitime aussi vis-à-vis de leur pays d'origine qu'ils ont l'impression d'avoir définitivement trahi en renonçant au retour » (p.15).

Idée récurrente dans la littérature sociologique du début des années 2000, l'illégitimité sociale perçue du vieillissement des travailleurs immigrés originaires des pays du Maghreb essentiellement, et dans une moindre mesure des pays d'Afrique Subsaharienne, a été analysée à travers la transition du statut de travailleur à celui de retraité. Cela implique une double perte de fonctions sociales, d'une part, au niveau de sa vie professionnelle et de son utilité économique pour la société française par le biais de sa force de travail, et d'autre part, son rôle

de soutien familial et communautaire à travers les transferts d'une partie de ses revenus vers sa famille ou son village d'origine (Arab, 2013). Le passage à la retraite marque ainsi une transition qui remet en question à la fois leurs rôles sociaux et la légitimité de leur présence en France. En effet, le statut de travailleur est souvent présenté comme le « seul alibi légitime » (Sayad, 2001, p.10) à la présence de l'immigré sur le sol français, ce qui induit une perception illégitime de leur vieillissement en France. La présence temporaire en France est dès lors pensée en miroir de l'absence temporaire au pays d'origine (Sayad, 2001).

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux représentations sociales et les facteurs, conscients ou non, influençant la décision des PAI de rester en France après leur retraite, tant chez les personnes originaires du Maghreb (Emsellem, 2007 ; Mezzouj, 2015) que d'Afrique subsaharienne (Daume, 2007 ; Barou et Gallou, 2011). Parmi les éléments décisifs figurent les représentations de la vieillesse, la localisation géographique de la famille (épouse, enfants), la possession ou non d'un logement dans le pays d'origine, ainsi que l'état de santé et les besoins médicaux (Martineau, 2018).

Certaines études proposent toutefois une lecture plus nuancée du vieillissement des PAI. Ainsi, la décision de certaines PAI de rester en France après la retraite peut être interprétée comme un indicateur d'intégration sociale, en opposition à l'idée d'une vieillesse illégitime de ces populations (Attias-Donfut, Tessier et Wolff, 2005). Ces auteurs montrent que les PAI qui disposent de ressources économiques suffisantes et d'un bon état de santé vivent généralement mieux leur retraite. En revanche, les difficultés persistantes d'accès aux droits, de reconnaissance sociale et de conditions de logement réactivent quasi systématiquement l'idée d'une « vieillesse illégitime » (Témime, 2001 ; Emsellem, 2007, Madaoui, 2016). Cette illégitimité se prolonge même au niveau symbolique, à travers la question de l'inhumation. L'insuffisance de carrés musulmans dans les cimetières français empêche les PAI d'être enterrées selon leurs rites et le respect de leur foi, ce qui contribue à entretenir l'illégitimité de leur vieillissement en France jusque dans la mort (Samaoli, 2016, 2011 ; Mezzouj, 2015 ; Carayon, 2023 ; Carayon et Kobelinsky, 2023).

Toutefois, le vieillissement des PAI ne peut être réduit à une lecture binaire et systématique opposant vieillissement légitime et vieillissement illégitime. En effet, les PAI ne constituent pas un groupe homogène. Les réalités de leur vieillissement sont multiples et plurielles, et

varient en fonction des trajectoires de vie individuelles, ainsi que des stratégies d'adaptation, conscientes ou non, face aux difficultés rencontrées (Martineau, 2018). Par exemple, certaines PAI trouvent un équilibre émotionnel et affectif à travers leurs allers/retours réguliers entre la France et leur pays d'origine (Mezzouj, 2016, 2020 ; Smiti, 2012). D'autres recherches (Boudouda et Gana, 2017) soulignent que la religion peut jouer un rôle favorable dans la « satisfaction de vie » des PAI, comparativement à leurs homologues non-immigrées, en dépit d'un moindre soutien social et d'une solitude plus marquée.

Toutefois, comme nous allons le voir, le vieillissement des PAI s'inscrit dans une continuité de situations de précarité antérieure, ainsi que dans le prolongement d'une lutte pour l'égalité et la reconnaissance de leurs droits. Cette lutte, amorcée à leur arrivée en France, apparaît comme la toile de fond d'un vieillissement davantage singulier qu'illégitime, et marqué par différentes formes de précarité.

3. Du statut de travailleur à celui de retraité : la continuité d'une précarité économique

En 2002, est publié un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la situation des PAI en France. Commandé par le secrétaire d'État aux personnes âgées, ce rapport gouvernemental est l'un des premiers spécifiquement dédiés à cette population. Il s'articule autour de deux principaux axes : d'une part, l'accès des PAI aux droits sociaux, notamment à la retraite et au minimum vieillesse ; d'autre part, leur prise en charge par les dispositifs de droit commun et les organismes dédiés aux étrangers. Parmi les résultats, le rapport souligne les nombreuses difficultés rencontrées par les PAI pour faire valoir leurs droits à leur pension de retraite. Ces difficultés sont liées à des parcours professionnels souvent discontinus, à des erreurs administratives, tels que des noms mal transcrits, dates de naissance imprécises), ainsi qu'une maîtrise limitée de la langue française. Aussi, les conditions d'octroi du minimum vieillesse, conditionné à l'obligation d'une résidence stable en France, sont mal comprises par les PAI et inégalement appliquées par les caisses de retraite. Bien que ce rapport ait contribué à la mise en lumière et à une certaine reconnaissance politique de la situation des PAI, les difficultés qu'il soulève restent toujours observables jusqu'au début de la pandémie, et d'autres problématiques se sont, par ailleurs, ajoutées. La présente section expose ces principales difficultés.

3.1 De faibles pensions de retraite

En France, le passage à la retraite s'accompagne généralement par une diminution des revenus. Cette baisse est d'autant plus marquée pour les personnes immigrées, qui disposent en moyenne d'un revenu de pensions inférieures à celles des non-immigrées (INSEE, 2021). Les écarts de retraite entre les PAI et les autres retraités s'expliquent par plusieurs facteurs structurels.

Tout d'abord, les PAI ont majoritairement occupé des emplois peu qualifiés, peu rémunérés, dans des secteurs pénibles, tels que les travaux publics, la sidérurgie, les secteurs minier, industriels et agricoles. Aussi, comme le souligne la GISTI dans une action collective portée avec l'ATMF et la CATRED, les PAI « paient au prix fort les pratiques illégales, mais pourtant généralisées dans certains secteurs, d'employeurs peu scrupuleux qui n'ont pas versé de cotisations et qui ont été protégés par la passivité complice des pouvoirs publics pendant des décennies » (GISTI, 2010, s.p.). Lors du calcul de leurs droits à la retraite, certaines PAI sont par ailleurs victimes de discriminations vécues lors de leur parcours professionnel, telles que « les discriminations dans l'accès aux emplois, les inégalités salariales, la précarité des statuts, l'évolution des carrières, les mauvaises conditions de travail et de vie, etc. » (Slama, 2012, p.1). À cela, s'ajoutent de nombreux obstacles administratifs qui participent à leur précarité financière, dont « une méconnaissance des procédures administratives ; des difficultés à réunir les justificatifs de carrières ; une défiance vis-à-vis des administrations ; un isolement social et un sentiment de mise à distance avec l'extérieur » (Grdr, 2020, p.8). Plusieurs PAI se retrouvent également confrontées à des difficultés pour prouver leur âge, ce qui peut conduire à un refus des demandes de départ à la retraite à l'âge légal ou à l'octroi d'une retraite à taux plein (Grdr, 2020). L'ensemble de ces obstacles peuvent, par ailleurs, aboutir à des non-recours aux droits, amplifiant leur situation de précarité. Ainsi, loin de constituer une phase de sécurisation, le passage à la retraite cristallise une précarité économique structurelle, dans le prolongement d'un parcours professionnel marqué par la pénibilité des emplois, l'invisibilité sociale et les inégalités cumulées.

Concernant les femmes âgées immigrées, leur situation est encore plus préoccupante. Majoritairement arrivées en France dans le cadre du regroupement familial à partir des années 70, ces femmes ont en moyenne exercé moins d'activités professionnelles que les hommes. Elles sont ainsi davantage exposées à la précarité lors de leur retraite (Attias-Donfut et Delcroix,

2004), notamment en raison de carrières discontinues, courtes ou non-déclarées (ODAS, 2018). Le nombre de femmes immigrées retraitées a considérablement augmenté au fil du temps, avec des problématiques spécifiques liées à la non-reconnaissance de leurs droits, ainsi qu'au versement de leur pension de réversion (Slama, 2012). Ce constat s'inscrit dans un cadre plus large d'inégalités entre les femmes et les hommes, y compris sur la question du montant des retraites ou du profil des bénéficiaires des minima sociaux (DREES, 2023). Malgré leur vulnérabilité croissante, la situation des femmes PAI en France demeure peu étudiée ; les données et analyses manquent pour documenter leur précarité financière.

3.2 Les minima sociaux des PAI à l'âge de la retraite

Remplaçant l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés (AVTS) créée en 1942, le Minimum vieillesse est un dispositif non-contributif créé en 1956. Son objectif est d'assurer un revenu minimum aux personnes âgées de 65 ans et plus (hors dérogation). Son versement procède d'un dispositif à deux étages : une allocation dite de premier étage, équivalente au montant autrefois versé au titre de l'AVTS[14], et une allocation vieillesse supplémentaire (AVS) si la première allocation ne suffit pas atteindre le montant du Minimum Vieillesse. Bien que l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) ait remplacé ce dispositif à partir 2006, les personnes qui bénéficiaient du Minimum vieillesse avant cette réforme ont pu continuer à le percevoir après 2006 ; le montant de l'ASPA étant égal au montant des allocations cumulées du Minimum Vieillesse.

À partir de la loi dite « Reseda » de 1998[15], le Minimum vieillesse a été ouvert à l'ensemble des étrangers résidant régulièrement en France, sans condition de nationalité (Chaput et al., 2007). L'un des critères d'éligibilité des étrangers extra-européens au Minimum vieillesse était conditionné à l'existence d'accords entre la France et le pays d'origine. Toutefois, les récentes actualisations des informations sur le profil des bénéficiaires de cette allocation ne permettent pas de distinguer la part de PAI qui en bénéficie, encore moins selon leur nationalité. Dans l'édition 2020 de son ouvrage « La retraite et les retraités », la DREES revient sur les limites

[14] Plus précisément, l'allocation versée au titre du premier étage relevait de plusieurs régimes : l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) ; l'allocation aux vieux travailleurs non-salariés (AVTNS) ; l'allocation de vieillesse agricole (AVA) ; le secours viager ; l'allocation aux mères de famille (AMF) ; l'allocation spéciale de vieillesse (ASV) ; l'allocation vieillesse aux rapatriés (AVR) (Chaput et al., 2007).
[15] Loi Chevènement (n° 98-3498) du 11 mai 1998.

de l'analyse du profil des allocataires du Minimum vieillesse, mais sans mentionner l'absence de prise en compte de l'origine ou de la nationalité des bénéficiaires (DREES, 2020)[16], participant là encore à l'invisibilisation de ces populations dans les statistiques nationales. L'ouverture tardive et progressive du Minimum vieillesse aux PAI illustre combien le vieillissement de ces populations en France n'a été que peu pensé, et comment leur vieillissement s'inscrit dans un continuum d'une lutte pour l'égalité des droits (Isidro, 2016). Cette lutte, qui portait à l'origine sur les inégalités d'accès au Minimum vieillesse (fondées sur la nationalité), porte depuis la loi Reseda (1998) sur des inégalités fondées sur la condition de résider régulièrement en France pendant 6 mois. Cette condition de résidence est à l'origine d'un régime spécifique plus contraignant pour les PAI, tant en termes d'accès et de maintien des droits au Minimum vieillesse, qu'au regard de l'atteinte portée au droit de ces populations à voyager comme elles le souhaitent entre la France et leur pays d'origine, voire à retourner définitivement vivre dans leur pays d'origine (Math, 2009).

Parmi les autres minima sociaux figure l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA). Depuis 2006, l'ASPA remplace et simplifie le Minimum Vieillesse. Cette prestation est délivrée uniquement sur demande des personnes âgées de 65 ans et plus, sans condition de cotisation, sous réserve que les bénéficiaires potentiels justifient de faibles revenus ou n'en disposent d'aucun. Dans le cas où les personnes présentent des revenus, l'ASPA est reversée en partie au prorata du montant de ses revenus. Les personnes âgées étrangères peuvent également bénéficier de l'ASPA, mais selon des conditions d'éligibilités supplémentaires :

- Être retraité/avoir une retraite de réversion.
- Être âgé de 65 ans : l'âge d'accès peut être abaissé dans certains cas à l'âge minimum de la retraite : inaptitude au travail, handicap, ancien combattant, mère de famille ouvrière, etc.
- Avoir liquidé l'ensemble de ses droits à la retraite en France comme à l'étranger.
- Résider en France plus de 6 mois [durant l'année civile où l'allocation est perçue/demandée]
- Avoir un titre de séjour depuis au moins 10 ans au point de départ de l'allocation.
- Ne pas dépasser un plafond de ressources : en 2020, ce plafond est fixé à 10.838,40€ par an pour une personne seule (903,20€/mois), et à 16.826,64€ pour un couple (1.402,22 €/mois).

(Grdr, 2020, p.9).

[16] Bien que cela soit hors de la période ici considérée, notons que selon la DREES, en 2021, 65% des bénéficiaires des allocations de premier étage du Minimum résidaient à l'étranger[16] et 61% d'entre eux étaient des hommes (DREES, 2023, p.225-226). Cependant, ce rapport ne précise pas le pays où résident ces personnes. Toujours selon le même rapport, un bénéficiaire du Minimum Vieillesse sur deux est une femme seule.

Selon un rapport de l'ODAS (2018, p.8), sur les 422 000 bénéficiaires de l'ASPA, 40% sont nés à l'étranger, dont 60% sont originaires Maghreb. Or le critère de résidence en France au moins 6 moins dans l'année fait l'objet de difficultés importantes pour les PAI, notamment au regard de leur mobilité transnationale. Depuis des années, la GISTI (2016), la HALDE (2008) puis le Défenseur des Droits (2023) exhortent l'abrogation de cette condition jugée discriminatoire, en vain. Outre qu'elle encadre et limite les allers-retours des PAI dans leur pays d'origine (Samaoli, 2011), la condition de résidence fait l'objet de contrôles abusifs et répétés par les administrations (Jacquat et Bachelay, 2013). Les PAI qui résident en FTM sont tout particulièrement sujets à ces contrôles ciblés, que ce soit concernant leurs droits à l'ASPA, ou plus largement aux allocations logement (APL) ou à une couverture universelle maladie (CMU) qui sont également soumises à la condition de résidence (UNAFO, 2012). Par ailleurs, le critère d'ancienneté de séjour régulier en France de l'ASPA, passée de 5 à 10 ans depuis 2011, est également critiqué à plusieurs égards. Pour Samaoli (2011), l'alourdissement de cette condition constitue une « surenchère politique déplorable » (s.p), en nourrissant les préjugés à l'endroit des PAI, perçues comme responsables des « déficits de divers organismes publics » (Samaoli, 2011, p.72) par leur perception d'aides sociales supposément indue. Ce durcissement de la condition de séjour régulier est surtout critiqué en ce qu'il constitue une forme de « préférence nationale déguisée » au détriment des PAI, dont beaucoup peinent ou échouent à prouver la satisfaction de cette condition (GISTI, 2016, s.p.). Notons que plus récemment, un décret en date du 10 août 2023 (n° 2023-754) a étendu la condition de résider en France à 9 mois sur l'année civile, contre 6 mois auparavant, à partir de 2024 concernant l'ASPA. La perception d'APL ou d'allocations familiales est également concernée par cette extension, qui est désormais soumise à une condition de résidence de 8 mois. La condition d'ancienneté de séjour régulier est maintenue à 10 ans.

Comme le souligne Math (2024), jusque dans la deuxième moitié du XXème siècle, les aides relevant de la protection sociale étaient soumises à une condition de nationalité visant à en limiter l'accès ou à exclure les étrangers. La condamnation de ce critère discriminatoire par les juges européens à conduit à l'utilisation progressive d'autres critères, cette fois relatifs à la régularité de séjour sur le territoire et à la résidence, qui ont participé à maintenir une différence de traitement entre nationaux et étrangers (Borgetto et Lafore, 2024). Cette situation s'explique par la conception juridique du principe d'égalité tel qu'il apparaît dans la jurisprudence

européenne, et qui permet « le traitement différent de catégories distinctes d'ayants droit ou de bénéficiaires sur la base de leur différence de situation ou de raisons d'intérêt général » (Borgetto et Lafore, 2024). Concrètement, cela se traduit par l'utilisation de restrictions plus importantes à l'égard des personnes non-européennes dans l'accès aux aides relevant de la protection sociale, que pour les nationaux ou les citoyens européens dont la situation et le statut juridique diffèrent. Or cela participe de fait à maintenir une hiérarchisation entre les citoyens français, les citoyens européens et les citoyens d'un pays extra-européens dans l'accès aux aides sociales. Pour Isidro (2017), cette situation tend à s'expliquer par la posture « démissionnaire » (p.90) des juges français et européens dans l'encadrement du législateur qui, dès lors, « ne rencontre aucun obstacle dans son entreprise de limitation de l'accès des personnes étrangères à la protection sociale » (p.90).

Pour les PAI, cette hiérarchisation tend également à s'observer à travers l'existence d'aide spécifique, telle l'Aide à la Réinsertion Familiale et Sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine (ARFS), instaurée par la loi du 5 mars 2007, visant à permettre aux personnes immigrées âgées disposant de faibles ressources et vivant seules en FTM, d'effectuer des séjours prolongés dans leur pays d'origine sans perdre le bénéfice d'un soutien financier pour non-respect de la condition de résidence. Conçue comme une alternative à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), laquelle n'est pas exportable au-delà de six mois d'absence du territoire français, l'ARFS ambitionnait de répondre aux besoins spécifiques des migrants dits « célibatairisés » vivant « entre deux rives », en l'articulant avec un dispositif de location alternée dans les FTM.

Toutefois, ce dispositif s'est révélé largement inefficace et inadapté aux réalités des PAI. Selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS, 2019) commandé par la ministre des Solidarités et de la Santé, seuls 46 dossiers avaient été déposés entre 2016 et 2018, dont 29 ont été acceptés. L'IGAS attribue ce recours marginal à « deux défauts majeurs de construction et de conception » du dispositif. D'une part, en raison de ses conditions d'éligibilité trop restrictives (vivre seul en FTM ou RS, disposer de revenus modestes, effectuer des séjours longs à l'étranger), ce qui « exclut une grande partie du public pour les besoins desquels elle a été instaurée » (IGAS, 2019, p.3), certaines PAI ne vivant plus en FTM ou RS. D'autre part, ce faible recours s'explique par les « conditions peu incitatives » de l'ARFS qui, en plus de proposer un montant inférieur à celui de l'ASPA (écart moyen de 281 € par mois), implique

une perte des aides au logement[17], une absence de garantie de relogement en FTM ou RS lors des retours en France, et une obligation de renouveler la demande chaque année[18].

Face à l'échec que constitue l'ARFS, cette aide a été remplacé en juillet 2020 par l'Aide à la Vie Familiale et Sociale (AVFS). Bien que cette réforme s'inscrive en dehors du contexte anté-pandémique présenté dans ce chapitre, il nous apparaît opportun d'en mentionner dès à présent les principales caractéristiques. L'AVFS est une allocation mensuelle[19] compensatoire destinée aux personnes âgées étrangères, dotées de faibles revenus et résidant en FTM ou en RS. Son objectif est de permettre à ces populations « d'effectuer des séjours de longue durée (plus de 6 mois) dans leur pays d'origine, afin de leur offrir la possibilité de se rapprocher de leurs familles » (DREES, 2023, p.214). Cette aide reste ainsi limitée aux résidents de FTM ou de RS alors que cette restriction était identifiée comme l'une des limites majeures de l'ARFS, tant par le rapport de l'IGAS (2019) que par le rapport d'information parlementaire de Stella Dupont (2018), qui en recommandaient tous deux la suppression. Aussi, comme l'ARFS, l'AVFS reste non cumulable avec d'autres minima sociaux ou des APL[20] ; elle se destine « à compenser la perte de certaines prestations qui ne sont plus versées en cas de résidence à l'étranger (par exemple, l'allocation de solidarité aux personnes âgées - Aspa) » (Service Publique France, 2023, s.p.). Ces conditions d'éligibilités sont les suivantes :

> - Avoir 65 ans (ou à l'âge légal du départ à la retraite si titulaire de l'AAH)
> - Être étranger
> - Résider en France depuis plus de 15 ans et avoir un titre de séjour en règle ou un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour
> - Résider en FTM ou en résidence sociale au moment de la demande
> - Disposer de ressources n'excédant pas 8 378,63 euros par an » [critère 2023]
>
> (Service Public France, 2023, s.p.).

Néanmoins, cette aide participe elle aussi à reproduire une différence de traitement entre ses bénéficiaires. À titre de comparaison, notons que pour les personnes originaires de Suisse ou d'un pays de l'Espace Économique Européen, la condition de résidence est abaissée à 3 mois minimum, bien loin des 15 années exigées pour les PAI. Le montant maximum de l'AVFS est

[17] Les APL et l'ARFS ne pouvant être cumulées.
[18] Ce qui en devient impossible en cas de perte de sa place en FTM ou en RS lors du retour en France, dans la mesure où résider dans l'un de ces établissements est une condition d'éligibilité à cette aide (IGAS, 2019, p.4).
[19] L'ARFS était versée mensuellement.
[20] L'AVFS permet néanmoins de conserver une couverture maladie pour des soins réalisés en France, et d'échapper à la condition de résidence annuelle.

fixé annuellement[21] et son versement évolue en fonction des ressources déjà perçues par la personne bénéficiaire. Le nombre d'allocataires de l'AVFS fin 2020 était de 40 personnes (contre 37 personnes bénéficiant de l'ARFS en 2019), loin des 10 000 à 15 000 demandes originellement prévues sur 5 ans (DREES, 2022, p.74). Les raisons avancées pour expliquer ce faible recours portent sur la faiblesse du montant de cette allocation (inférieur au minimum vieillesse) et sur ses conditions d'éligibilité restrictives. En effet, au-delà de conditions de ressources, « il fallait notamment que les demandeurs soient, au moment de la demande, hébergés dans un foyer de travailleurs migrants ou dans une résidence sociale (désormais, il suffit que ce soit le cas lors de la première demande) » (DREES, 2022, p.74). En 2021, seules 40 personnes bénéficiaient de l'AVFS (DREES, 2023, p.74), dont tous sont des hommes à 90% âgés de plus de 80 ans (DREES, 2023, p.228).

3.3 Accès aux droits et discriminations institutionnelles

Pour de nombreuses PAI, l'accès aux droits sociaux est entravé par une méconnaissance des dispositifs existants, la complexité et la lourdeur des procédures administratives, ainsi qu'une méfiance à l'égard des institutions. Ces obstacles, soulignés de manière récurrente dans la plupart des études consacrées à ces populations, mettent en lumière un paradoxe entre l'objectif affiché d'inclusion des politiques publiques et leurs effets de marginalisation sur les PAI (Emsellem, 2016). Dans cette perspective, Alexis Spire (2015) analyse le non-recours aux droits sociaux comme le résultat d'inégalités structurelles, façonnées par des mécanismes de discrimination systémique. Il insiste sur le fait que ces inégalités renvoient à deux niveaux de responsabilité, celle du législateur, dont les actions et inactions participent à restreindre la reconnaissance ou l'accès à certains droits ; et celle des agents de guichet des administrations, dont le pouvoir discrétionnaire peut jouer un « rôle d'amplificateur du non-recours » (Spire, 2015, p. 3). Plusieurs travaux font ainsi état des effets d'une « politique du guichet » (Bourgeois, 2015 ; Dubois, 2005, 2010), caractérisée par le comportement de certains agents qui, par leur pouvoir discrétionnaire, contreviennent à l'application de la loi aux usagers et à la reconnaissance de leurs droits (certains bénéficiant de passe-droit, et d'autres faisant l'objet de

[21] En 2021, le montant de l'AFVS était de 7584 euros, soit 632 euros mensuel maximum ; en 2022, le montant annuel de l'AVFS était de 7920 euros, soit 660 euros/mois maximum ; en 2023, son montant était de 8378 euros, soit 697 euros/ mois maximum.

discriminations). Le phénomène de « politique du guichet » constitue ainsi un paradoxe où des administrations censées garantir la protection sociale participent, dans les faits, à accentuer l'exclusion et la précarisation des personnes les plus vulnérables (Dubois, 2005). Bien que non spécifiques aux PAI, plusieurs études montrent que ces pratiques administratives visent tout particulièrement les populations immigrées originaires d'Afrique. Celles-ci sont souvent assignées à des stéréotypes négatifs fondés sur des caractéristiques culturelles et ethniques essentialistes (Bourgeois, 2015 ; Sala Pala, 2005 ; Chareyon et l'Horty, 2023), ce qui participe à altérer leur rapport aux institutions et à renforcer leur éloignement des dispositifs d'aide. Plusieurs auteurs et associations alertent aussi sur certaines dérives institutionnelles, allant de mesures de contrôle abusives et de suspensions de droits, notamment de l'ASPA (Math, 2012) ou des APL (Host et Pépin, 2012), à des obstacles législatifs entravant l'accès à des prestations, telles que l'ASPA et l'allocation de perte d'autonomie (APA), ou encore la naturalisation (Hajjat, 2008). Le tout, sous fond d'une politisation du droit des étrangers (Spire, 2016) et sur une application *de facto* discriminatoire du principe de territorialité en matière d'éligibilité aux droits sociaux[22].

L'accès aux droits pour certaines PAI procède d'un parcours façonné par une législation souvent défavorable et par la complexité des relations entretenues avec les administrations. Ce parcours implique l'imbrication de plusieurs espaces (locaux des administrations, associations, etc.), confrontant les personnes à des contraintes spécifiques (règlement, dématérialisation, distance, etc.) et à des temporalités disjointes (délai, horaires d'ouverture, organisation personnelle, etc.) (Alahyane, 2021). La difficulté d'accès aux droits ne relève pas seulement de la complexité administrative ; elle s'explique plus largement par « l'hyper-exposition » (Alahyane, 2021, p.113) des PAI à ces institutions tout au long de leur parcours et des spécificités du droit des étrangers. Cette hyper-exposition concerne l'ensemble des étapes de leur parcours en France, incluant notamment leurs conditions d'arrivée et d'installation, la régularisation de leur titre de séjour, l'accès à l'emploi, le regroupement familial, le logement et plus largement les droits sociaux-sanitaires (Alahyane (2021).

[22] Rappelons ici la décision prise par décret du 10 aout 2023 (n° 2023-754) d'allonger la condition de résidence à 9 mois – contre 6 auparavant – pour la perception l'ASPA, à partir de 2024. La perception d'APL ou d'allocations familiale est également concernée par cette extension, qui est désormais soumise à une condition de résidence de 8 mois. Cette mesure est adoptée par le Gouvernement dans le cadre de sa lutte contre la fraude sociale.

Pour un grand nombre de PAI, les difficultés d'accès aux droits sociaux et sanitaires s'ancrent ainsi dans la continuité d'obstacles rencontrés depuis leur arrivée en France, voire dans certains cas, avant leur émigration. Les contraintes structurelles auxquelles elles sont confrontées, combinées à l'inertie des pouvoirs publics à intervenir sur ces problématiques pourtant bien documentées, participent à entretenir un accès restreint, parfois conditionnel, au système de protection sociale, y compris pour des populations ayant vécu la plus grande partie de leur vie active en France.

4. La situation résidentielle des PAI en France

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, depuis leur l'arrivée en France, les problématiques liées au logement[23] occupent une place centrale dans les difficultés vécues par les populations immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Restées en France lors de leur retraite, elles continuent d'habiter dans des logements peu adaptés à leur vieillissement, prolongeant ainsi leur précarité résidentielle.

Selon la localisation du logement, les inégalités sociales de logement peuvent interagir avec des inégalités sociales de territoire [quartier, département, région] (Fijalkow, 2016), aussi appelées inégalités écologiques ou environnementales (Charles et al., 2007). Notons ici qu'avec la génétique et les comportements, l'environnement constitue l'un des principaux déterminants de santé (Charles et al., 2007). En considérant que les inégalités sociales de logement et de territoire apparaissent nécessaires à la compréhension des conditions de vie des PAI avant la pandémie, cette partie revient sur la situation résidentielle de ces populations avant cette crise. L'objectif est ici de rappeler les difficultés auxquelles ces populations étaient déjà confrontées, pour mieux comprendre les environnements à partir desquels elles ont vécu la pandémie.

4.1 Une ségrégation spatiale

La ségrégation, souvent étudiée à travers les problématiques urbaines, désigne la répartition inégale des populations dans l'espace, pouvant conduire à l'isolement de certains quartiers (Paugam, 2015). Elle ne se limite toutefois pas à une dimension géographique, mais recouvre

[23] Insalubrité, vétusté, surpeuplement, discriminations isolées ou structurelles dans l'accès au logement, ségrégation spatiale, etc.

également des inégalités sociales liées aux statuts et aux conditions de vie des habitants, ainsi que des discriminations d'ordre ethnique visant les immigrés et leurs descendants (Paugam, 2015). La ségrégation renvoie ainsi à deux dimensions, celle des inégalités socio-économiques vécues par les habitants d'un territoire, et celle des discriminations dont ces territoires et leurs habitants sont sujets (Le Goix, 2022). Comme le précise Paugam (2015), « la concentration de la misère dans ces quartiers renforce le stigmate pesant sur ceux qui y vivent » (p.2) tout en témoignant d'un « d'un processus de disqualification à la fois sociale et spatiale » (p.2).

En France, les PAI sont particulièrement exposées à la ségrégation spatiale en raison de leur forte concentration dans certains territoires. Selon l'ODAS (2018), les PAI sont « sur-représentées dans le logement social : 42 % d'entre-elles sont locataires HLM contre 8 % pour les personnes âgées non immigrées » (p.8). En ce sens, les PAI sont particulièrement présentes dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV). Selon l'INSEE (2025), les QPV sont « des territoires d'intervention de l'État et des collectivités territoriales définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 dans l'objectif commun de réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines » (s.p). Les principales caractéristiques de ces quartiers sont une forte concentration de logements sociaux, souvent vétustes, parfois insalubres et/ou surpeuplés ; une concentration importante de populations au revenu (très) modeste ; un accès aux soins et aux services limité par un manque de structures ; le tout dans des zones à forte densité de population. Toutefois, l'identification de QPV ne repose que sur un seul critère, celui du revenu par habitant (INSEE, 2025), ce qui est critiqué en raison des limites de ce critère unique à identifier la précarité socio-économique réelle des quartiers considérés (Vallée et Le Roux, 2018). À titre indicatif, selon l'INSEE, en 2017, l'écart entre le niveau de vie annuel médian des personnes domiciliées en QPV en régions IDF, GE, ARA et OCC avec le reste de la population était respectivement de : -41,6% ; -38,7 ; -39,9% ; -40,0% (INSEE, 2021, 04/29). Aussi, selon l'Observatoire National de la Politique de la Ville (ONPV), « en France métropolitaine, le taux de pauvreté monétaire au seuil de 60 % du revenu médian est trois fois plus élevé au sein des QPV que sur l'ensemble du territoire (43,2 % vs 14,5 % en 2017) » (ONPV, 2021, p.4*).*

Au-delà de la précarité économique des habitants de QPV, ces territoires appellent à envisager des inégalités plus larges, qui touchent aussi les conditions de vieillissement, comme en témoigne l'isolement accru des personnes âgées. Bien que peu d'études portent sur ces

populations en QPV, un rapport d'étude publié en 2019 par l'association Petits Frères des Pauvres indique que les QPV apparaissent comme les territoires où le risque d'isolement des personnes âgées est le plus élevé, indépendamment de leur origine, bien que l'étude souligne une surreprésentation des étrangers âgés. Les personnes âgées vivant en QPV déclarent plus fréquemment que les autres un sentiment de solitude (32% contre 27%), une absence de projection à vieillir sereinement (30% contre 18%), une non-utilisation d'internet (38% contre 23%), ou encore une perception d'un manque de solidarité dans leur lieu de vie (45% contre 31%). Ce rapport souligne également que « les personnes âgées ne représentent que 10 % des publics concernés par les actions financées par les contrats de ville, des proportions faibles au regard de la démographie vieillissante des quartiers » (p.39). Rappelons par ailleurs que le patrimoine immobilier constitue une ressource essentielle à l'approche de la retraite, notamment eu égard à la baisse des revenus et à la perte d'autonomie (Le Roux et al., 2022). Or, les personnes âgées immigrées disposent d'un accès beaucoup plus limité à la propriété. En effet, en 2018, 78 % des personnes non-immigrées de plus de 55 ans étaient propriétaires de leur logement, contre seulement 37 % parmi les personnes immigrées du même âge (ODAS, 2018). Ainsi, au moment du passage à la retraite, un grand nombre de PAI se retrouvent à vieillir dans des conditions résidentielles précaires, voire insécures, notamment en raison de leur moindre accès à la propriété. Cette vulnérabilité révèle une persistance d'inégalités sociales ancrées dans des trajectoires migratoires marquées par la précarité économique.

4.2 Vieillir en FTM

Parmi les PAI restées en France au moment de leur retraite, plusieurs ont continué à vivre en FTM. Gallou (2005) observe « (qu')une part importante des résidents des foyers a vieilli sur place, en même temps que les foyers eux-mêmes » (p.58), soulignant que l'augmentation du nombre de retraités au sein de ces foyers a contribué à aggraver la précarisation économique de leurs résidents (Gallou, 2005). Les FTM, souvent vétustes et inadaptés au vieillissement des populations, font progressivement l'objet d'un processus de transformation en résidences sociales (RS) à partir des années 90, dans le cadre du Plan de traitement des foyers de travailleurs migrants (PTFTM). La présente sous-section présente ce processus, afin d'éclairer les conditions de vie des PAI résidant en FTM ou en RS, ainsi que les problématiques spécifiques liées aux transitions entre ces deux types d'établissements.

L'adoption du PTFTM en 1997 s'inscrit dans un contexte politique et médiatique tendu autour des questions migratoires. À partir des années 1990, les foyers dits « africains » font l'objet de nombreuses critiques publiques. Ils sont perçus comme des lieux de repli communautaire, de dysfonctionnements sociaux et d'activités illicites (Buyck et Curbelo-Fiorentino, 1996 ; Guérin, 2023). Ce climat est nourri par une montée des discours sur le « communautarisme », mobilisé comme instrument de légitimation d'interventions publiques ciblées, dans des espaces considérés excessivement homogènes culturellement ou ethniquement (Viet, 1999). Dans ce contexte, le rapport parlementaire Cuq (1996) sur « la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants »[24] joue un rôle décisif dans la construction et la diffusion d'une image négative de ces espaces. Il les décrit comme des foyers de trafics et d'économie souterraine, accusant certains résidents de vivre « à très bon compte », tout en finançant l'immigration clandestine (Guérin, 2023, p.2). Ce rapport dénonce également leur supposé isolement culturel, confondant les formes de solidarités communautaires avec un repli identitaire jugé incompatible avec les objectifs d'intégration (Buyck et Curbelo-Fiorentino, 1996). Mais il alerte également sur l'inadéquation de ces logements au vieillissement des résidents, en raison « des chambres étroites, des sanitaires inadaptés, des étages non desservis par un ascenseur, une absence de téléphone personnel, et une dissémination des espaces collectifs » (Leborgne, 2005, p.14).

C'est sur la base de ces constats qu'est adopté, en 1997, le PTFTM, initialement conçu comme un plan quinquennal, dont le pilotage est confié à la Commission interministérielle pour le logement des populations immigrées (CILPI)[25], créée en 1998. Présenté comme une politique publique ambitieuse face à une situation jugée « très dégradée » (Info-Gouv, 2022)[26], le PTFTM vise principalement à réhabiliter ou à transformer les FTM en RS. Compte tenu de l'ampleur d'un tel projet, la priorité est accordée aux structures les plus vétustes ou ne répondant plus aux normes de sécurité. Un virage s'opère véritablement avec la circulaire de 2002**,** qui promeut une refonte architecturale des foyers par la création de logements individuels équipés de sanitaires et de kitchenettes, et l'introduction d'un accompagnement social adapté. Cette transformation s'accompagne d'un objectif de mixité sociale. Il s'agit d'ouvrir l'accès de ces

[24] Cuq, H. (1996). Mission parlementaire sur la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants. *Rapport remis au ministre chargé de l'intégration et de la lutte contre l'exclusion.*
[25] Qui remplace la Commission nationale pour le logement des immigrés (CNLI) créée en 1975.
[26] Info-Gouv (2022, 30 mai). Le Plan de traitement des foyers de travailleurs migrants, 25 années de progrès social par le logement. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/le-plan-de-traitement-des-foyers-de-travailleurs-migrants-25-annees-de-progres-social-par-le#:~:text=Bâtis%20dans%20les%20années%201950,bidonvilles%20en%20périphérie%20des%20grandes

RS (anciens FTM) à d'autres publics précaires, afin de déconstruire l'image d'espaces réservés aux immigrés originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne (Guérin, 2023). Par la suite, la circulaire du 4 juillet 2006[27] marque une étape importante dans l'évolution du PTFTM. Elle souligne l'importance de maintenir les résidents historiques dans les RS, en anticipant les enjeux liés à leur vieillissement dans les années à venir. Elle prévoit une adaptation possible de ces RS, mais uniquement pour les personnes âgées autonomes, dans la mesure où « même adaptées, les résidences sociales gardent une mission principale de logement pour des publics diversifiés et ne peuvent assurer la fonction d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) » (Circulaire du 4 juillet 2006, Annexe II, 3.3, s.p). Selon le ministère de l'Intérieur (2021), le PTFTM concernait à son lancement 687 foyers, soit environ 100 000 travailleurs immigrés âgés, notamment les chibanis. Près de trois décennies plus tard, 96 FTM restaient encore à transformer en RS au 1er janvier 2024[28], représentant près de 20 000 places (Info-Gouv, 2024). Cette situation illustre les lenteurs structurelles du processus de transformation, mais aussi des tensions persistantes entre des impératifs de transformation architecturale, les logiques gestionnaires et la prise en compte des parcours de vie des résidents.

La transformation des FTM en RS s'accompagne d'une suppression progressive des espaces collectifs (chambres partagées, cuisines, douches, salle télé), remplacés par des studios autonomes entièrement équipés. Or, ces espaces collectifs constituaient pour de nombreuses PAI des lieux essentiels de sociabilité et de solidarité, qui participaient à compenser la précarité de leurs conditions de logement (Hoare, 2019). Quelques années après le lancement du PTFTM, Hmed (2006) avertissait déjà du danger de fragilisation accrue que représentait la transformation des FTM en studio individuel. Une anticipation vérifiée par Couillot (2016) qui souligne le mécanisme d'isolement produit par cette transformation, et l'altération de la vie sociale de résidents habitués à se réunir. Il souligne également que « cette transformation [des FTM en résidences sociales] entraîne une hausse des loyers et une limitation beaucoup plus

[27] Circulaire n°2006-45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales. Repéré à : https://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/documents/Bulletinofficiel-0019096/A0140035.pdf;jsessionid=261434AEE4096DE4C2F30A0ABCA31DC2

[28] Dont 7 foyers dans le Grand Est, pour l'équivalent de 1330 places ; 55 foyers en Île-de-France, pour l'équivalent de 12945 places ; 11 foyers en Auvergne-Rhône-Alpes, pour l'équivalent de 2158 places ; 2 foyers en Occitanie, pour l'équivalent de 254 places ; et 7 établissements en région Provence-Alpes-Côte-D'azur, pour l'équivalent de 1305 places. Source : https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/11/4c4c562cf523cc0454bdf8bc646c0864404648a3.pdf

effective des « surnuméraires » (personnes hébergées dans une chambre en sus du ou des résidents « officiels ») » (p.18) qui, en plus d'isoler les résidents, entravent leurs pratiques de solidarité. En effet, la transformation des FTM en RS s'accompagne d'un renforcement des contraintes normatives pour les résidents, chez qui les valeurs de solidarités peuvent prendre la forme d'un devoir d'hospitalité envers les membres de leur communauté (Mbodj-Pouye, 2016). Ces éléments touchent plus largement à la question des limites liées à l'appropriation du logement par les PAI. En effet, outre le fait de ne pas pouvoir héberger qui elles le souhaitent, elles font l'objet de contrôles réguliers et parfois intrusifs de la part des gestionnaires (Guerrin, 2019), reproduisant des pratiques de contrôles sociales historiquement observées en FTM. Dans les résidences de l'enquête de Guerrin (2019), les gestionnaires possédaient un double des clés de chaque studio, limitant le sentiment d'appropriation de certains résidents face au risque d'intrusion à leur insu d'un gestionnaire dans leur logement. De manière générale, ces résultats soulignent les tensions entre l'objectif d'amélioration des conditions de logement visé par le PTFTM et le maintien des pratiques de contrôle des résidents par les gestionnaires. Or ces tensions interrogent concernant leurs conséquences sur les droits (vie privée, dignité humaine, autonomie) des PAI concernées par ces pratiques déjà pointées dans le rapport d'information parlementaire de Jacquat et Bachelay en 2013.

Par ailleurs, la diversification des profils accueillis en RS et dans les FTM encore existants peut être source de tensions liées à leur cohabitation. Ces tensions étaient anticipées dans la circulaire du 4 juillet 2006 qui avertit de la nécessité de prendre en compte « par une politique de peuplement, d'aménagement des espaces et un dispositif favorisant la vie collective » (Annexe III, 3.4 : la diversité des Publics, s.p), tout en précisant qu'une « attention particulière sera dans tous les cas accordée à la population des résidents vieillissants afin qu'ils bénéficient de conditions d'occupation paisible de leur logement » (Annexe III, 3.4 : la diversité des Publics, s.p). Dans son rapport annuel de 2014, la Cour des comptes revient sur ces difficultés de cohabitation, soulignant qu'elles impliquent « une régulation quotidienne » (p.353) de la part des gestionnaires, dont certains sont spécifiquement formés à la « prévention des conflits » (p.353). Sont également soulevées les difficultés liées l'accompagnement de populations aux situations et aux besoins hétéroclites (vieillissement, accès aux droits et aux soins pour les PAI ; addiction, parentalité, précarité économique pour les « nouveaux publics ») (p.354). La complexité des situations (accumulation de difficultés, de désavantages, qui peuvent interagir

entre eux), le temps d'accompagnement qu'elles nécessitent, ainsi que les missions limitées des gestionnaires en matière d'accompagnement social et médico-social, participent ainsi à vulnérabiliser les PAI.

En 2018, les PAI représentaient « près du tiers des résidents de foyers de travailleurs migrants (FTM) et de résidences sociales, soit 35 000 personnes âgées de plus de 65 ans. Cette situation concerne principalement les immigrés maghrébins » (ODAS, 2018, p.8)[29]. Le vieillissement des PAI en FTM incarne un double paradoxe né d'une part, du maintien durable des personnes âgées dans des logements initialement conçus pour de jeunes actifs, et d'autre part, leur installation quasi définitive dans des logements censés être provisoires (Moméja, 2018). Comme le souligne Gallou (2001), les difficultés cumulées que rencontrent ces populations, telles que « de mauvaises conditions de logement, (…) la faiblesse des revenus ou encore (les) problèmes de santé engendrés par la pénibilité des conditions de travail, sont exacerbées au moment de la retraite par l'isolement et la précarité » (p.158). Plusieurs études pointent le sentiment de solitude vécu par ces populations (Dury, 2019), traduisant une forme d'expérience sociale oxymorique d'une vie en collectivité vécue dans l'isolement (Desrumaux, 2006, Hmed, 2006).

D'autres études soulignent les spécificités de la vie sociale dans ces espaces qualifiés « d'entre-lieux » (Gruev, 2020) ou de « doubles-espaces » (Cagnol, 2010), symbolisant les vécus entre la France et le pays d'origine. La « célibatairisation forcée », le « célibat géographique » (Gallou, 2005) ou le « célibat de fait » (Cohen, 2017) qu'impose la vie en FTM, en raison de l'impossibilité d'accueillir une famille dans un logement de sept mètres carrés en moyenne, ont alimenté la construction d'un isolement durable, renforcé avec l'âge par la perte progressive d'autonomie. Malgré les travaux de réhabilitation engagés depuis l'adoption du PTFTM, un rapport de la Cour des comptes de 2014[30] souligne « des conditions de logements inadaptées et encore indignes » (p.348) pour les PAI. Or ces facteurs sont pourtant largement reconnus comme accélérant sur la perte d'autonomie précoce.

[29] En 2021, le nombre chibanis vivant en FTM était estimé à 51 000 personnes (InfoGouv, 2022, 14 octobre).
[30] Cour des Comptes (2014). Rapport annuel 2014. 3 La transformation des foyers de travailleurs migrants en résidences sociales : une politique à refonder. Repéré à : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_4_3_transformation_foyers_travailleurs_migrants_en_residences_sociales_Tome_I.pdf

Des dispositifs d'accompagnement social et médico-social ont par ailleurs progressivement été mis en œuvre auprès de ces populations, dont le faible recours aux aides et aux soins est cependant régulièrement souligné depuis le rapport de l'IGAS en 2002. Toutefois, leur efficacité reste limitée, notamment en raison de l'inertie de certains professionnels à intervenir dans ces lieux socialement disqualifiés, mais aussi en raison des « réticences culturelles » de nombreuses PAI concernant « l'intervention des aides ménagères ou des auxiliaires de vie dans leur espace privé » (Ridez et al., 2002 p.22) que nous aborderons plus en détail lors de la section suivante.

Si des études explorent les pratiques d'appropriation de ces espaces, notamment par l'usage du téléphone pour maintenir un lien social avec la famille au pays d'origine (Guerin, 2020), d'autres études font état des tensions et des négociations liées aux différentes temporalités (liées à l'emploi du temps des professionnels, aux activités des résidents [cuisine, prière, etc.], au contraintes réglementaires, etc.) qui s'y recoupent (Guerin, 2019), d'un enracinement d'une partie des résidents dans ces habitats, et paradoxalement d'un processus de « double désaffiliation » les tenant durablement éloignés à la fois de la société d'origine et de la société d'accueil tout en (Hmed, 2006, p.158). Cette forme d'enracinement se manifeste chez certains résidents âgés par le refus de quitter leur foyer pour une place en EHPAD[31], perçu comme un lieu « d'abandon, de solitude, et de bannissement de la communauté » (Yall, 2016, p. 156). Un rapport de la Cour des Comptes (2014) souligne que ce rejet est également dû au coût élevé des EHPAD, empêchant le maintien des solidarités financières avec la famille restée au pays d'origine (p.355-356), alors que le maintien de ces solidarités constitue selon Hmed (2006) une forme « d'ascétisme » (p.158) qui oriente la manière dont ces populations se logent, s'alimentent, ou interagissent. Le sentiment de devoir moral des PAI envers leur famille restée au pays, à qui ils envoient une partie de leur revenu, est aussi largement identifié dans la littérature, indépendamment du type de logement des PAI (Mezzouj et Jovelin, 2022 ; Martineau et Plard, 2018 ; Alahyane, 2018 ; Hunter, 2015 ; Emsellem, 2007 ; Barou, 2001 ; etc.).

À la précarité des conditions de logement, s'ajoutent les effets délétères de discriminations institutionnelles, notamment par le biais de contrôles liés aux aides sociales conditionnées à des

[31] Proposition expérimentée dans un foyer Adoma à Bobigny (Yall, 2016).

critères de résidence (APL, CAF, ASPA). Les résidents des FTM sont particulièrement ciblés par des pratiques qualifiées de maltraitances institutionnelles (Math, 2012). Le statut juridique de « résident » dans les foyers repose sur un régime dérogatoire au droit commun locatif, bien moins protecteur que celui de locataire classique. Héritage d'une politique migratoire conçue comme provisoire, cette précarité statutaire « prolonge dans l'espace d'habitation l'« illusion du provisoire » dont parle Sayad à propos de la condition d'immigré et du regard que portent les sociétés d'émigration et d'immigration sur le fait migratoire » (François, 2016, p. 112-113). Cette précarité statutaire renforce par ailleurs le processus de vulnérabilisation des PAI, pour qui un simple manquement au règlement intérieur de l'établissement ou un impayé peut suffire à déclencher une procédure judiciaire, sans les délais ni les formalités habituellement applicables aux locataires ordinaires (François, 2016). Cette vulnérabilisation est d'autant plus préoccupante au regard de la sévérité des décisions judiciaires prises lors des procédures d'expulsion des résidents de FTM. Celles-ci reposent à la fois sur « un ressort légal, qui s'appuie sur la précarité juridique du statut d'occupation propre aux foyers-logement ; [et] un ressort pratique, qui renvoie aux logiques infra-juridiques qui structurent les décisions des juges à l'encontre de leurs occupants » (François, 2016, p. 125).

5. Santé et accès aux soins des populations âgées immigrées en France avant la pandémie

Le champ de la sociologie de la santé constitue un angle d'analyse complémentaire pour appréhender le vieillissement et les conditions de vie des PAI en France. Les travaux relevant de ce domaine mettent en évidence la dimension sociale de la santé, de la maladie et du vieillissement, considérés non comme des données universelles et purement biologiques, mais comme des constructions socialement situées, variant selon les contextes historiques, culturels et sociaux, ainsi qu'en fonction des appartenances sociales des populations (Vassy et Derbez, 2019). Comme le souligne Fassin (1997), la santé agit comme un « révélateur particulièrement sensible » (p.107) de l'ordre social et politique d'une société, « tant par la manière dont les rapports sociaux se marquent dans les corps – produisant des inégalités sociales de santé – que par la façon dont les institutions politiques organisent la protection, la prévention et les soins » (p.107). Notons que le développement croissant de l'épigénétique, discipline ayant pour objet d'étude l'influence de l'environnement et des comportements humains (activités, alimentation, etc.) sur les personnes (phénotype, ADN) et leur santé (Junien et al., 2016), participe également

à mieux prendre en compte les effets de l'environnement social et politique sur la santé des populations (Lafaye, 2014) et les inégalités sociales de santé qui les traversent (Delpierre et al., 2018).

En France, les connaissances sur la santé des populations immigrées sont lacunaires, « en raison principalement d'un manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance dans la plupart des enquêtes de santé » (Berchet et Jusot, 2012, p.1). Dix ans plus tôt, ce constat était déjà observé par Fassin (1998), qui mettait en lumière la méconnaissance et la faible prise en compte de la santé des immigrés en France dans les statistiques et recherches en Santé publique. Il dénonçait une « cécité sélective » empêchant de produire des connaissances précises sur les inégalités de santé affectant ces populations, en raison d'arguments éthiques, politiques et scientifiques visant principalement à ne pas stigmatiser ces populations, notamment en les associant à certaines maladies infectieuses (Filali et al., 2024). Aujourd'hui encore, plusieurs chercheurs interrogent la pertinence des catégories utilisées pour analyser la santé des immigrées, particulièrement dans le contexte de la pandémie (Brun et Simon, 2020 ; Melchior et al., 2021) notamment au regard du manque de prise en compte des discriminations liées à l'origine (nationale, ethnique) sur leur santé et leurs parcours de soins (Filali et al., 2024). Par ailleurs, Cognet, Hoyez et Poiret (2011) expliquent ce manque de connaissances par le désintérêt de la recherche française pour la santé des immigrées. Malgré ces limites, nous allons voir que les études disponibles sur la santé des PAI en France rendent compte d'un état de santé en moyenne moins bon chez ces populations, comparativement aux personnes nées en France. Nous verrons également que plusieurs inégalités sociales participent à expliquer cette différence de situation.

5.1 L'état de santé des PAI en France

À partir du milieu des années 70, plusieurs études en démographie et en statistique contribuent à documenter et rendre visible les réalités sociales du vieillissement des populations immigrées âgées en France (Dubus et Braud, 2001). La prise de conscience progressive autour des enjeux spécifiques liés à ce vieillissement et des difficultés qu'elles vivent, se renforcent, se diversifient et s'actualisent à partir des années 1990 (Dubus et Braud, 2001). Néanmoins, leurs problématiques de santé sont le plus souvent absorbées à des analyses plus larges, sans faire l'objet d'études spécifiques. Jusqu'au début des années 2000, les études disponibles dans la

littérature internationale rendent compte d'un état de santé en moyenne meilleur pour les populations immigrées par rapport aux nationaux du pays d'accueil (Berchet et Jusot, 2010). Cependant, au-delà de l'hétérogénéité méthodologique de ces études, plusieurs biais participent à nuancer leurs résultats : le *ealthy migrant effect,* qui renvoie à un biais de sélection au moment de l'immigration, celle-ci étant entreprise par les personnes les plus aptes physiquement ; et le *salmon biais*, qui repose sur l'hypothèse d'un retour au pays d'origine d'une partie des immigrées en mauvaise santé, limitant ainsi toute analyse comparative avec l'état de santé des nationaux (Berchet et Jusot, 2010). À partir des années 2000, les résultats de la majorité des études réalisées indiquent une tendance inverse, soulignant l'état de santé en moyenne moins bon des populations immigrés par rapport à celles nées dans le pays d'accueil (Berchet et Jusot, 2010). En France, les PAI ne font pas exception à cette tendance.

En 2002, un rapport de l'IGAS commandé par le secrétariat d'État aux personnes âgées met en lumière « la santé précaire » des PAI résidents en FTM, caractérisée par « un vieillissement prématuré et une survenance précoce de la perte d'autonomie » (p. 3). L'étude quantitative d'Attias-Donfut et Tessier (2005) montre également que les populations âgées immigrées déclarent un état de santé en moyenne moins bon que leurs homologues non-immigrés, tout en ayant moins recours aux services de soins. Cette étude met également en lumière un phénomène de dégradation progressive de l'état de santé des populations immigrées au fil du temps passé en France, en raison des effets cumulés de leurs mauvaises conditions de vie depuis leur arrivée.

Mais c'est dans un rapport du Haut Conseil à l'intégration (2005) qu'un éclairage inédit sur l'état de santé des PAI est apporté, en affirmant explicitement que ces dernières connaissaient une mortalité plus précoce que les Français d'origine, souffraient de nombreuses pathologies liées à la pénibilité du travail, et faisaient face à un accès difficile aux soins (Jaeger et Jovelin, 2016).

Pour autant, la question de la santé des PAI en France reste un domaine insuffisamment structuré, en raison notamment de l'absence d'indicateurs sur le pays d'origine ou l'ethnicité. À titre d'illustration, il est possible d'observer que tous les rapports disponibles sur les ALD[32] ne précisent pas le pays d'origine ou la nationalité des bénéficiaires. De même, l'évaluation de

[32] Ces rapports annuels sont disponibles sur le site de l'Assurance maladie et couvrent la période 2008-2024. Pour les consulter : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald

la prévalence des pathologies chroniques selon l'âge et le pays d'origine sont peu fréquentes en France. Certaines études rapportent néanmoins une prévalence de diabète de type II importante chez les populations originaires des pays du Maghreb[33] (Fosse et Fagot-Campagna, 2012), en particulier chez les femmes (Savall, 2017), sans toutefois cibler spécifiquement les personnes âgées. Or, il réside un intérêt à croiser ces variables, dans la perspective de mieux saisir les enjeux de santé vécus par ces populations. Par exemple, plusieurs institutions, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le Centre national de ressources et de résilience (Cn2r) en France, alertent sur les risques accrus de troubles de santé mentale chez les personnes migrantes. Plusieurs facteurs sont en cause, notamment les expériences traumatiques vécues avant et pendant la migration, les défis d'intégration vécus dans le pays d'accueil, ainsi que leurs conditions socio-économiques souvent précaires (Pannetier et al., 2017). En outre, le racisme et les discriminations, bien que peu étudiés dans le champ de la santé, présentent des « effets indéniables sur les individus et sur leur santé psychique et physique. Ces expériences discriminatoires leur inculquent l'idée qu'ils doivent « rester à leur place » ; elles peuvent entraîner une dévalorisation de l'image de soi » (Cognet et al., 2012, p. 23).

De manière générale, les personnes âgées, indépendamment de leur origine, présentent un risque accru de troubles en santé mentale. La solitude et l'isolement social, auxquels elles sont largement exposées, sont des facteurs de risque importants pour leur santé mentale (OMS, 2023, 23 octobre). Néanmoins, en dépit de ces constats, peu d'études en France s'intéressent spécifiquement à la santé mentale des PAI et aux effets que leurs parcours difficiles peuvent avoir sur elle (Liogier d'Ardhuy, 2024). Si nous observons le développement d'une littérature grandissante sur la santé mentale des populations migrantes, cette littérature est le plus souvent focalisée sur des populations plus jeunes, telles que les demandeurs d'asile ou les mineures non accompagnés.

[33] S'appuyant sur données de l'Enquête décennale santé de 2002-2003, Fosse et Fagot-Campagna (2012) note que « la prévalence du diabète traité pharmacologiquement ou non était estimée à 7,5% [7,0%-8,0%] chez les personnes âgées de 45 ans ou plus, originaires de France et 14,0% [9,9%-18,0%] chez celles originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France. Ces différences étaient davantage marquées chez les femmes (16,6% versus 6,5%) que chez les hommes (12,1% versus 8,6%) » (2012, p.35).

5.2 Des déterminants sociaux de santé souvent défavorables, facteurs d'inégalités sociales de santé

Les déterminants sociaux de la santé sont définis par l'OMS (2025) comme « les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que les forces plus larges qui façonnent les conditions de la vie quotidienne » (OMS, 2025). Plus précisément, ces déterminants renvoient le plus souvent au type d'emploi et aux conditions de travail, aux conditions de logement, au quartier, à l'éducation, aux revenus, aux discriminations potentiellement vécues, à l'accès aux soins, à l'accès à l'alimentation, ou encore à l'inclusion et au soutien social (Manus, 2022 ; Braveman et Gottlieb, 2014), bien que cette liste ne soit pas exhaustive (Raphael et al., 2020). Selon Ben Ammar Sghari et Hammami (2016) les déterminants sociaux de la santé constituent « l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde » (s.p.). Pour ces auteurs, « le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé » (s.p.). Autrement dit, les écarts observés en termes d'espérance de vie, de prévalence de certaines maladies ou de recours aux soins constituent des inégalités sociales de santé, tandis que les conditions de travail, de logement ou de revenus qui en sont à l'origine relèvent des déterminants sociaux.

La prise en compte des déterminants sociaux constitue en santé publique l'un des principaux enjeux de recherche pour agir sur les sociales inégalités de santé (Moatti, 2013). Comme le souligne Carde (2021), plusieurs définitions des inégalités sociales de santé coexistent dans la littérature et sont étroitement liées à celles données aux inégalités sociales. Cependant, les éléments communs aux définitions des inégalités sociales de santé permettent de les définir comme des différences injustes entre différents groupes de populations (classe sociale, catégorie socioprofessionnelle, genre, âge, ethnie, etc., selon les contextes sociohistoriques) en matière de santé (espérance de vie, maladie, etc.), d'accès aux soins et à la prévention (Carde, 2021). Cette définition interroge toutefois sur la manière dont est apprécié le caractère injuste de ces différences entre groupes. Or cette question est d'autant plus importante qu'elle permet de déterminer si une différence de santé relève d'une inégalité sociale ou pas, et si elle nécessite que l'on agisse dessus (politique de santé publique) ou pas (Aïch et Fassin, 2004). Carde (2021) avance plusieurs pistes pour répondre à cet enjeu : l'approche émique, qui consiste à demander

aux populations concernées ce qui relève pour elles d'une injustice ; et l'approche éthique, qui consiste à demander aux populations concernées ce qui leur apparaît comme juste. Cependant, ces approches sont peu utilisées en France, en particulier dans les études au sujet des PAI et de leur santé. Cela étant, les déterminants sociaux de santé et les inégalités sociales de santé constituent des concepts aux liens étroits, particulièrement pertinents pour comprendre l'état de santé souvent dégradé des PAI en France. Cette sous-section aborde le parcours professionnel, le revenu, et le parcours résidentiel des PAI, ainsi que les principales inégalités engendrées par ces déterminants sociaux sur la santé et l'accès aux soins de ces populations.

5.2.1 Parcours professionnels à risque et faibles revenus

Le parcours professionnel et les conditions de travail difficiles constituent des déterminants sociaux de santé communément soulignés pour expliquer l'état de santé des PAI (d'Halluin, 2015). En effet, à leur arrivée en France, les PAI ont pour beaucoup occupé des emplois particulièrement pénibles et éprouvants physiquement, dans des secteurs tels la sidérurgie, le BTP, l'agriculture ou l'industrie. Ces métiers ont souvent été exercés sans suivi médical régulier ni mesures de prévention adaptées (IGAS, 2002). Or ces conditions sont la cause, en grande partie, d'une prévalence importante de certaines pathologies chez ces populations, comme les rhumatismes (Leborgne, 2005) ou les problèmes respiratoires (Dury, 2019). Les PAI ont bien souvent été exposées à des accidents de travail et des maladies professionnelles (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Jaeger et Jovelin, 2016), bien qu'ils soient souvent « peu considérés et mal reconnus » (Dury, 2019, p.158). Qualifié « (d')effet du migrant usé » (« *exhausted migrant effect* ») par Bollini et Siem (1995), les conséquences des mauvaises conditions de travail sur la santé des immigrées vieillissant est un phénomène bien identifié dans la littérature internationale (Bolzmann et al. 2017 ; Ukrayinchuk et Drapier, 2017) pour expliquer leur état de santé en moyenne moins bon que la population née dans le pays d'accueil. Pour Meslin et Benelhadj (2014), ces mauvaises conditions de travail ont également participé à construire le rapport au corps de ces populations[34], contribuant ainsi à expliquer les raisons de leur non-recours aux soins et leur faible sensibilisation à la prévention médicale. En effet, selon ces auteurs, ces populations considèrent bien souvent leur corps « comme des machines que l'on peut pousser jusqu'à la rupture » (p.13), si bien qu'elles deviennent peu attentives à « ses signes

[34] En l'occurrence d'origines algérienne et marocaine dans cette étude.

de fatigues ou d'usure » (p.13). Ainsi, quand arrive l'âge de la retraite, elles perçoivent leurs problèmes de santé comme « des signes naturels du vieillissement : les manifestations d'un destin sur lequel ils n'ont pas prise (p. 13).

Les effets des conditions de travail sur la santé des PAI peuvent également s'articuler avec ceux produits par la dégradation de leur situation économique au moment de leur retraite, le revenu étant un déterminant de santé à part entière. Rappelons par exemple qu'en 2018, l'INSEE soulignait un écart d'espérance de vie de 13 ans entre les hommes les plus aisés et ceux les plus modestes (Blanpain, 2018). Une étude menée par Croguennec (2012), fondée sur les données de l'enquête Handicap-Santé réalisée par l'INSEE et la DREES entre 2008 et 2009, permet d'apporter un éclairage statistique quant aux effets de la précarité économique sur la santé des PAI, en particulier en matière d'accès aux soins. Il en ressort que les populations âgées originaires d'Afrique consultent soit très rarement, soit relativement fréquemment les généralistes, mais « une partie notable d'entre eux a renoncé à des soins pour raison financière. Les immigrés âgés sont beaucoup plus aidés par des personnes non professionnelles, comparativement aux personnes de même âge non immigrées » (Croguennec, 2012, p. 1). Comme l'illustre le tableau 2 ci-dessous, la part des hommes originaires d'un pays d'Afrique renonçant à des soins pour des raisons financières est près de 4 fois supérieures à celle des hommes non-immigrés, et près de 9 fois supérieure à celle immigrés européens. Pour les femmes immigrées originaires d'Afrique, cette part est plus de deux fois supérieure à celles non-immigrées, et près de 3 fois supérieure à celles des immigrées européennes. Notons que ce renoncement s'accentue avec l'avancée en âge, indépendamment de l'origine et du genre des personnes, mais reste bien supérieur chez les personnes originaires d'Afrique comparativement aux non-immigrés ou aux immigrés européens. Il convient néanmoins de nuancer les résultats de cette étude, dans la mesure où les données n'incluaient pas les résidents des FTM, alors estimés à 10% des hommes immigrés extra-européens vivant en France. L'étude ne précisait pas non plus le pays d'origine exact des enquêtés mais seulement leur continent, empêchant notamment les comparaisons à l'intérieur des catégories de populations étudiées.

Tableau 1 : Part en % des personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières selon l'origine, l'âge et le sexe

Âge et sexe	Pays d'origine		
	Maghreb et Afrique subsaharienne	Union européenne	Non immigrés
Plus de 55 ans	16,8	4,9	6,3
55-64 ans	17,6	7,2	7,4
65-74 ans	14,0	4,4	7,3
75 ans et plus	18,5	2,2	4,0
Hommes	17,9	4,4	4,7
Femmes	15,3	5,3	7,7

Source : Croguennec (2012). L'état de santé de la population immigrée âgée. Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration. Infos migrations, n° 35, février 2012, p. 3.[35]

Bien que les personnes vivant en FTM et en RS ne soient pas prises en compte dans l'étude de Croguennec (2012), Dury (2019) souligne chez ces populations « des problèmes dentaires, oculaires et de surdité, parce que les frais pour ces pathologies ne sont pas ou très peu pris en compte par la Sécurité sociale et la précarité financière de ces patients immigrés ne leur permet pas de les couvrir » (p158). Aussi, la précarité économique des PAI, à laquelle s'ajoute chez certaines un devoir de solidarité économique envers leur famille restée au pays d'origine, participent à expliquer la rareté de leur présence en établissement gérontologique spécialisé (IGAS, 2002), mais aussi leur moindre recours aux couvertures d'assurance santé (Dury, 2019). Nous verrons cependant que ce moindre recours à une assurance maladie, de même que la rareté de leur présence en établissement gérontologique spécialisé, ne se limite pas uniquement au

[35] Tableau adapté.

faible revenu de ces populations, mais reposent également sur d'autres déterminants sociaux, eux aussi sources d'inégalités structurelles en matière de santé et d'accès aux soins.

5.2.2 Des parcours résidentiels sources d'inégalités sociales de santé

Au-delà du parcours professionnel, le logement constitue un déterminant de santé désormais bien établi dans la littérature scientifique, notamment anglo-saxonne (Ginot, 2024). Avec l'allongement de l'espérance de vie et les politiques de prévention de la perte d'autonomie, la question du logement est progressivement devenue une préoccupation des politiques de santé publique (Boulmier, 2012), car il est reconnu comme un facteur du « bien-vieillir » (Courbebaisse et Vanneste, 2021, p. 23).

Les caractéristiques du logement, telles que la qualité de l'air, le confort thermique, la sécurité, l'accessibilité, l'environnement sonore et lumineux, influencent directement l'état de santé physique, le bien-être psychique et le niveau d'autonomie des personnes vieillissantes (Déoux, Massot et Girard, 2011). Avec l'avancée en âge, le domicile devient d'autant plus déterminant qu'il constitue le principal espace de vie quotidienne. Un logement inadapté peut non seulement accentuer les pertes d'autonomie, mais aussi les accidents domestiques, les troubles anxiodépressifs ou encore l'isolement social (Best et Vanoni, 2019). À l'inverse, plusieurs travaux mettent en évidence les effets protecteurs que peut produire un logement approprié sur les conditions de vie des personnes âgées. Il peut constituer, par exemple, un levier de compensation face à la baisse de revenus induite par le passage à la retraite (Rougier, 2016), ou encore offrir une réponse architecturale et ergonomique adaptée à l'évolution des besoins liés au vieillissement et à la perte d'autonomie (Morestin et Cauvin, 2011). Le logement se révèle également comme un facteur de protection lorsqu'il est situé dans un environnement accessible, c'est-à-dire à proximité de commerces, de transports, de services publics et de réseaux de sociabilité (Broussy, 2013).

Ainsi, il existe un consensus scientifique à propos des effets délétères des inégalités de logement sur la santé physique et mentale des populations, en particulier parmi les plus précaires (Ginot et Peyr, 2010). Particulièrement exposées à ces inégalités, les PAI ont une « plus forte prévalence des pathologies liées aux mauvaises conditions de logement » (Kriegel et al., 2005, p.204). La situation des personnes résidant en FTM et en RS constitue, à ce titre, un exemple

emblématique de cet effet de lieu sur la santé (Faure, 2011). Bien que ces établissements recouvrent des réalités sociales hétérogènes, plusieurs études tendent à souligner les effets de l'isolement social produit par la vie en FTM/RS, notamment sur la prévalence des troubles dépressifs (Gallou, 2005). Ces effets sont particulièrement marqués chez les personnes « célibatairisés de fait », dont la famille est restée au pays d'origine (Smiti, 2012). Le caractère souvent inadapté de ces structures au vieillissement et à la perte d'autonomie des PAI est également régulièrement mis en cause pour expliquer l'ampleur de leur vulnérabilité quant à leur état de santé (IGAS, 2002 ; Cour des Comptes, 2014, Plard et al., 2015). Une étude récente menée par Frisone et Couillot (2018) dans trois foyers parisiens illustre l'impact de ces lieux de vie sur la santé de leurs résidents âgés. Les données collectées révèlent qu'ils présentent des indicateurs de santé plus défavorables que les PAI vivant en habitat diffus (hors FTM et RS). Ils sont plus nombreux à déclarer au moins une pathologie, à avoir été régulièrement ou ponctuellement hospitalisés, mais moins nombreux à recourir aux soins infirmiers et aux spécialistes, en particulier aux chirurgiens-dentistes. Concernant le recours aux aides à domicile, Emsellem (2016) observe que « certains professionnels ont encore des réticences à intervenir en foyer, résultant de représentations négatives inhérentes au foyer et aux hommes seuls immigrés qui y résident » (p.64). Ce constat illustre de manière explicite les effets de disqualification sociale qui pèsent sur ces lieux, et leur impact sur l'accessibilité aux services gérontologiques pour leurs résidents. Par ailleurs, le passage à la retraite des PAI vivant en FTM renvoie souvent à un équilibre précaire, lié à un sentiment d'illégitimité à vieillir en France et par des tensions dans leur identité sociale et familiale. Cela les conduit à maintenir des allers-retours entre la France et leur pays d'origine plutôt qu'à opter pour un retour définitif comme elles en avaient initialement le projet. Or, Odeye et al. (2017) montrent que cet équilibre peut se traduire par « des troubles psychologiques grandissants avec l'âge (anxiété, dépression, perte de dynamisme, mélancolie) conjugués à une forme de fatigue » (p.14) avec pour conséquence sociale un « un repli sur son environnement immédiat se limitant de plus en plus à l'unité de vie dans le foyer ou la résidence » (p.14).

En ce qui concerne les PAI vivant en logement diffus, les données disponibles sont limitées, en raison d'un manque d'études spécifiques les concernant et d'une faible prise en compte de la nationalité dans les statistiques nationales. Nous avons vu cependant que ces populations résident le plus souvent dans des logements du parc social (HLM), majoritairement situés en

QPV[36]. Dans ce contexte, les données disponibles permettent d'apporter un éclairage indirect, mais pertinent sur les conditions résidentielles des PAI résidant dans ces quartiers et leurs effets sur la santé.

Un rapport du Conseil National des Villes (CNV) de 2021, rappelle que « les personnes âgées des quartiers prioritaires de la politique de la ville sont pauvres, leur espérance de vie plus réduite que la moyenne, leur désarroi souvent silencieux » (p.12). Ces inégalités s'expliquent, selon ce rapport, par le croisement de facteurs tels que leur environnement socioéconomique, spatial et psychologique, qui « pèsent sur leur vie quotidienne, qu'elles soient valides ou dépendantes » (p. 12). À titre d'exemple, parmi les personnes âgées de 60 ans et plus vivant en appartement, seules 20% disposent d'un ascenseur, ce qui compromet la qualité du maintien à domicile et renforce les risques d'isolement social (HCFE, 2021). Par ailleurs, l'éloignement géographique des services publics et des commerces essentiels constitue un obstacle à leur autonomie. En effet, plus d'un quart des QPV sont situés à plus de deux kilomètres de la mairie dont ils dépendent (CNV, 2021). Les QPV sont par ailleurs touchés par une raréfaction de l'offre médicale, en raison de leur « manque d'attractivité pour les professionnels de santé » (CNV, 2021, p.29). En 2014, pour 100 000 habitants, on dénombrait en moyenne : 71,1 médecins généralistes en QPV, contre 99,3 dans le reste de la France métropolitaine ; 30,2 spécialistes en QPV, contre 68,8 dans le reste de la France métropolitaine ; et 3,8 hôpitaux en QPV, contre 11 dans le reste de la France métropolitaine (CNV, 2021, p.29). Par ailleurs, les personnes âgées bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont particulièrement surreprésentées dans les QPV, comparativement à celles vivant dans d'autres zones urbaines (Audras-Marcy et Pilon, 2017), bien que l'étude ne précise pas la nationalité exacte de ces bénéficiaires.

Par ailleurs, toujours selon le rapport du CNV (2021), « les barrières sociales économiques et culturelles propres aux habitants et habitantes des QPV - difficultés dans la maîtrise de la langue, illectronisme, non-connaissance des dispositifs de droit commun - entraînent une surreprésentation de ce public dans le non-recours aux aides financières » (CNV, 2021, p.30). Ce constat fait écho à celui de l'impact du manque de ressources économiques sur le moindre recours aux soins chez les PAI, que nous avons identifié plus haut (Croguennec, 2012). Pilon

[36] En 2020, 1296 étaient dénombrées en France métropolitaine.

et Laspasse (2018) notent d'ailleurs que la présence de personnes âgées étrangères peut être associée aux quartiers où l'on observe le plus des difficultés d'accès aux soins et aux droits.

Enfin, comme les PAI résidents en FTM ou en RS, certaines PAI vivant en logement diffus ont maintenu des pratiques de mobilité transnationale, en effectuant des allers-retours entre la France et le pays d'origine. Ces séjours de quelques mois ont des effets positifs sur les plans affectifs, culturels et sociaux, mais ils peuvent parfois impacter leur santé, en raison notamment de possibles discontinuités dans leur suivi médical ou des retards dans leur prise en charge thérapeutique. Certains auteurs, comme Duguet et ses collègues (2012), vont jusqu'à faire un rapprochement entre la vulnérabilité particulière des PAI originaires des pays du Maghreb, leurs conditions de vie et leurs « traditions » : « surtout quand [elles] deviennent dépendant(e)s puisque leurs conditions de vie, souvent précaires et influencées par les traditions, les maintiennent hors du système d'aide et de soins » (p.472). Or, leur analyse questionne : la précarité des conditions de vie et l'exclusion du système d'aide et de soins vécues par les PAI peuvent-ils réellement être mises en lien avec leurs traditions ? Cette exclusion ne peut-elle pas davantage s'analyser au regard du manque de prise en compte des déterminants sociaux de santé de ces populations dans leur accès au système d'aide et de soins ?

5.3 L'inaccessibilité du système de santé

Si le parcours professionnel et résidentiel des PAI, ainsi que leur faible revenu, constituent des déterminants sociaux de santé récurrents dans la littérature pour expliquer les inégalités sociales qu'elles vivent en matière de santé et d'accès aux soins, d'autres déterminants sociaux participent à étendre l'analyse de ces inégalités, en particulier en matière d'accès aux soins et plus largement au système de santé. En France, le système de santé repose sur l'articulation de trois grands secteurs complémentaires et de leurs structures. Le premier est le secteur sanitaire et renvoie à l'offre de soins en milieu hospitalier. Le deuxième est le secteur médico-social et social et est le plus souvent destiné au soutien, à l'accompagnement ou à l'hébergement de populations âgées, handicapées, ou vulnérables dans leur parcours de soins et d'accès aux droits. Le troisième est le secteur ambulatoire (bien que parfois confondu avec le secteur médico-social) ; il renvoie à la médecine de ville, c'est-à-dire aux offres médicales situées en dehors des hôpitaux (médecins généralistes, médecins spécialistes, etc.). Si ce système de santé

est régi par un principe d'égalité d'accès aux soins (Dellalou, 2016) et à l'assurance maladie (Huteau, 2020), il n'en demeure pas moins inégalitaire dans les faits pour beaucoup de PAI.

En effet, alors que l'état de santé de ces populations tend à se détériorer au fil de leur présence sur le territoire, Spire (2015) souligne que cette dégradation résulte notamment de la précarisation sociale et administrative des immigrants, ainsi que d'une variété d'obstacles entravant leur accès au soin. Parmi ces obstacles figurent, d'une part, une méconnaissance à propos de leurs droits, et d'autre part, la complexité des dispositifs d'accompagnement et de protection sociale, tels que l'AME, la CMU, l'ALD, l'APA ou encore les mutuelles de santé, dont l'opacité engendre des situations de non-recours. Ce constat n'est pas nouveau. Dès les années 1998-1999, une étude réalisée par Chedidi (2001) soulignait que « l'un des principaux obstacles réside dans la méconnaissance des droits et du fonctionnement d'un système de soins dont la réglementation et les procédures sont complexes. Les résidents sont souvent ignorants de l'existence des dispositifs spécifiques et/ou de leur fonctionnement » (p.35). Par la suite, plusieurs études ont confirmé la persistance de ces difficultés, en soulignant que la majorité des PAI résidant en FTM ou en RS ne disposent pas de couverture complémentaire de santé, et ce non pas par choix, mais parce qu'elles en ignorent l'existence ou ne savent pas comment y accéder, faute d'être suffisamment informées par les organismes en charge de ces aides (Louyot, 2007 ; Couillot, 2016 ; Odeye et al., 2017). Dans certains cas, ces PAI renoncent à souscrire à une assurance maladie (dont la CMU) ou une assurance maladie complémentaire (dont la CMU-C), soit parce qu'elles ne remplissent les critères d'éligibilité de ces dispositifs (condition de revenu) ; soit parce qu'elles les estiment trop coûteux ; soit encore parce qu'elles pensent ne pas en avoir besoin du fait de leur prise en charge dans le cadre d'une affectation longue durée (ALD), conduisant ici à une confusion entre différents régimes de protection : celui de l'ALD, dont le remboursement se limite aux soins de maladies chroniques spécifiquement reconnues par l'Assurance Maladie ; et ceux d'une assurance maladie et d'une assurance maladie complémentaire, qui couvrent des besoins médicaux plus larges (Louyot, 2007 ; Couillot, 2016). La répercussion de ces obstacles est d'autant plus forte dans la mesure où l'absence de couverture maladie et surtout d'assurance complémentaire santé (CMU-C comprise) constitue des facteurs bien identifiés dans la littérature au sujet du moindre recours aux soins des populations les plus démunies (Perronnin, Pierre et Rochereau, 2011) et des populations immigrées en situation régulière (Spira, 2020).

Bien que les connaissances concernant la situation des PAI vivant en logement diffus soient plus limitées, la méconnaissance du système de santé et ses dispositifs de protection ne concernent pas uniquement les résidents des FTM. Elle est également présente chez les PAI vivant en logement diffus, qui, contrairement aux premiers, sont moins ciblées par les campagnes de prévention, les actions de médiation ou les programmes de promotion en santé (Couillot, 2016). De manière générale, la méconnaissance du système de santé et de ses dispositifs de protection constitue des déterminants sociaux bien identifiés dans la littérature sur les inégalités d'accès aux soins des PAI. En effet, la diversité des dispositifs existants et de leurs organismes porteurs, mais aussi les réformes successives et le caractère plus contraignant du droit des étrangers (procédures et critères d'éligibilité spécifiques, droits moins favorables que les nationaux) sont autant de déterminants sociaux de santé structurels (Ben Ammar Sghari et Hammami, 2016), qui participent à complexifier la compréhension du système de soin par ces populations et à en limiter leur accès (Odeye et al., 2017).

Ces mécanismes sont par ailleurs renforcés par des barrières linguistiques, identifiées dans la littérature internationale comme un déterminant social de santé à l'accès aux soins des populations immigrées en situation de minorité linguistique (Berchet, 2013), mais aussi chez les PAI en France (Halluin, 2015 ; Wolff et Jovelin, 2015 ; Martineau et Plard, 2018). En effet, ces barrières compromettent non seulement la compréhension des démarches administratives nécessaires à l'accès aux soins, mais aussi la qualité des interactions avec les professionnels de santé. Les auteurs identifient plusieurs difficultés pour les PAI, découlant de ce déterminant de santé.

D'abord, certaines PAI hésitent à consulter par crainte de ne pas comprendre ou d'être mal comprises par les professionnels. Ensuite, certaines rencontrent des difficultés à comprendre leurs prescriptions médicales, pouvant conduire à une non-observance des traitements. Enfin, certaines PAI ont de la difficulté à faire comprendre leurs symptômes de manière précise, ce qui peut retarder le diagnostic ou conduire à des erreurs médicales. Ces défis soulèvent la question centrale de l'interprétariat dans le système de santé. La thèse en médecine de Pareau (2010) sur les « particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale », et celle de Massaoudi (2018) sur l'« influence des facteurs socio-culturels dans la prise en charge d'un patient immigré maghrébin de première génération, atteint de diabète de type 2 », constituent des exemples spécifiques de ces

conséquences liées à la fois aux barrières linguistiques et au manque de dispositif d'interprétariat dans le système médical français. Un manque également souligné par D'Halluin (2015), alors que Tabouri (2009) faisait déjà ce constat 6 plus tôt, estimant que les enjeux de l'interprétariat médical étaient sous-estimés en France. En l'absence de médiation linguistique institutionnalisée, certaines PAI mobilisent bien souvent des stratégies informelles, telles que le recours à un membre de la famille ou à un tiers bénévole. Si ces pratiques témoignent d'une forme d'adaptation et de résilience, elles soulèvent néanmoins des questions éthiques liées à la confidentialité, à la qualité de l'interprétation, voire à la distorsion de l'information médicale. D'autres auteurs (Louyot 2007 ; Croguennec, 2012 ; Couillot, 2016) mettent en évidence des situations où les difficultés d'accès aux soins sont exacerbées par l'illettrisme, voire l'analphabétisme chez certaines PAI. Ces déterminants limitent leurs capacités à comprendre les correspondances administratives et médicales, renforçant leur exclusion face à un système de santé en peu adapté à ces réalités. De manière générale, dans le système de santé français, le manque de dispositif d'interprétariat est observé jusqu'à la survenue de la pandémie Covid-19 (Brisset et Kotobi, 2020).

Ce manque de dispositif d'interprétariat fait plus largement à écho aux obstacles que peut soulever la relation soignant-patient. En effet, des études en sociologie de la santé (Brisset et Kotobi, 2020), en sciences médicales (Bizouarn, 2008) et en management hospitalier (Isseki et Brasseur, 2023) rappellent de manière convergente le rôle central de la relation soignant-soigné dans la qualité du parcours de soin. Cette relation repose fondamentalement sur l'établissement d'un lien de confiance, dont les effets se déploient à plusieurs niveaux, tels que l'accès aux soins, la formulation du diagnostic, l'adhésion thérapeutique et la continuité de la prise en charge. En d'autres termes, la confiance des patients à l'égard du système de santé et ses professionnels conditionne leur disposition à consulter, leur engagement dans le traitement proposé et leur trajectoire thérapeutique. Or, cette relation de confiance se construit dans un contexte d'inégalités sociales de santé qui tend à la fragiliser, en particulier pour les personnes issues de l'immigration. Fassin (2000) met en lumière la manière dont des malentendus, engendrés par une méconnaissance ou une ignorance des référentiels socioculturels des patients immigrés, participent à la dissolution de ce lien de confiance. Ces malentendus traduisent un déficit de reconnaissance symbolique et d'adaptation des pratiques cliniques à la pluralité des expériences sociales et culturelles de la maladie. Ainsi, les PAI en tant que patients minorisés

dans le champ médical, sont particulièrement exposées à une relation thérapeutique asymétrique, dans laquelle leur compréhension et leurs besoins sont insuffisamment pris en compte.

Ces malentendus peuvent parfois provenir de dissonances entre les représentions et les attentes en matière de santé, de maladie et de vieillesse des PAI et des soignants (Wolff, 2016). Ces dissonances peuvent donner lieu à des jugements culturalistes, voire à des formes de stigmatisation. Par exemple, certaines PAI peuvent interpréter leur pathologie à travers des cadres symboliques ou spirituels, tels que le mauvais œil ou l'intervention de *djinns* (mot provenant de l'arabe littéraire *jin*, qui désigne des « créatures maléfiques qui attaquent les hommes et provoquent des maladies graves difficiles à guérir » (Radi, 2013, p.4)), suscitant l'incompréhension, voire des moqueries de la part des soignants (Wolff, 2016). Ces situations peuvent entraver la qualité de la prise en charge, et conduire certaines PAI à se détourner du système de soin formel, en recourant à des pratiques alternatives ou traditionnelles, souvent en marge du cadre médical institutionnel (Duguet et al., 2012). Or le mécanisme d'exclusion dont rendent compte ces recours à des pratiques alternatives ou traditionnelles hors cadre institutionnel appellent plusieurs questions : quelles conséquences présentent-ils sur la santé et le parcours de soins des PAI concernées ? Comment ces dernières vivent-elles ces situations et dans quelle mesure ces situations agissent-elles sur leur rapport à la santé, au système de santé et à ses professionnels ?

Par ailleurs, Wolff (2016) met également en lumière l'existence, au sein de certaines pratiques professionnelles, de stéréotypes culturalistes, tels que celui du supposé « syndrome méditerranéen », une catégorisation péjorative attribuée aux expressions jugées excessives de la douleur, en particulier chez les patients originaires du Maghreb. Dénoncé comme une forme de racisme hérité de la médecine coloniale (Lambert et al., 2020), ce biais tend à délégitimer les symptômes de ces patients, à invisibiliser leur souffrance réelle, à compromettre la qualité du soin, et à dégrader leur confiance dans le système de santé. Il participe plus largement à une hiérarchisation implicite des patients chez certains professionnels, fondée sur des représentations culturalistes de l'expression de la douleur, construisant ainsi les figures archétypales du « bon » et du « mauvais patients » (Wolff, 2016). En psychiatrie, Baubet et Moro (2003) soulignaient eux aussi les effets de ce biais dans la construction d'une hiérarchisation entre l'archétype du « bon patient » et celui du « mauvais patients » incarné par

la figure du Maghrébin. Or cette hiérarchisation contribue à fragiliser davantage la relation thérapeutique, au détriment de populations déjà exposées à des inégalités structurelles de santé. Comme l'explique Wolff (2016), lorsqu'elle n'est ni reconnue ni entendue, la plainte ne remplit plus sa fonction de sollicitation d'aide, elle devient au contraire le support d'une perception négative du patient, accusé de « théâtralisme ». Comme le note l'auteure : « là où le malade cherche à solliciter aide et compassion, le soignant semble voir nuisance et perturbation » (p.168). Duguet et al. (2012) vont plus loin en soulignant que les représentations culturelles des professionnels peuvent engendrer des réticences réciproques, contribuant à des parcours fragmentés et des retards dans les diagnostics.

En miroir, d'autres études insistent sur l'impuissance éprouvée par les professionnels du secteur social et médico-social face aux refus d'aide de certaines PAI qu'ils accompagnent. Ces refus peuvent porter sur la mise en place d'une aide à domicile (portage de repas, aide-ménagère, aide à la toilette), sur l'intervention d'infirmier à domicile, ou sur la proposition d'un placement en EHPAD (Leborgne, 2005 ; Wolff et Jovelin, 2015). Si ces résistances peuvent s'expliquer, en partie, comme nous l'avons vu, par différents déterminants sociaux de santé, comme la méconnaissance des droits, la complexité administrative des dispositifs, ou encore la précarisation socio-économique ; ces résistances peuvent également être reliées à une crainte d'intrusion dans leur sphère intime (Emsellem, 2016 ; Dury, 2019), en particulier dans le cas des aides à domicile. Les attentes en matière de pudeur, notamment en contexte de soins corporels, sont en effet peu prises en compte dans les pratiques professionnelles, et ce tant dans le secteur médico-social que sanitaire (Wolff et Jovelin, 2015). Dans cette perspective, comme le rappellent Plard et ses collaborateurs (2015), « le contact physique délicat (notamment pour les toilettes et les soins) et la pénétration des lieux privés présentent des difficultés dans la prise en charge des immigrés âgés en EHPAD » (p. 23). Par ailleurs,

Ces éléments permettent de mieux comprendre la faible représentation des PAI dans ces structures, malgré leur perte d'autonomie précoce, et au-delà du coût financier souvent trop élevé d'une place en EHPAD. Emsellem (2016) observe par ailleurs un biais professionnel consistant à croire que les PAI auraient accès à des réseaux d'entraide communautaires ou familiaux supposés fonctionner en parallèle des dispositifs publics. Or cette croyance occulte les limites de ces formes d'entraides familiales ou communautaires (Attias-Donfut et Gallou, 2006), et persuade les professionnels qu'ils ne parviennent pas à atteindre ce public (Emsellem,

2016). Par ailleurs, plusieurs auteurs ont mis en lumière les difficultés éprouvées par les professionnels à comprendre la situation des PAI accompagnées, notamment du fait de l'inertie de ces dernières à leur exprimer leurs besoins (Duguet et al., 2012 ; Wolff et Jovelin, 2015).

De manière générale, les difficultés abordées dans cette sous-section interrogent quant au manque de connaissances des professionnels sur ces populations, mais aussi sur la manière dont ils les perçoivent, dont ils communiquent avec elles, dont ils interprètent leur situation et dont ils répondent à leurs besoins. En effet, l'accompagnement social et médico-social constituent eux-mêmes des déterminants sociaux de santé à part entière, qui peuvent influer sur la santé et les inégalités vécues par les populations en la matière (Manus, 2022). Or nous allons voir que le manque de formation des professionnels sur les PAI constitue un déterminant social de santé qui participe à expliquer une part des inégalités de santé et d'accès aux soins vécues par ces populations.

5.4 Le manque de formation interculturelle des professionnels du secteur médico-social et sanitaire

Dans la littérature internationale, la formation des professionnels constitue un levier bien identifié pour lutter contre les inégalités sociales de santé, en particulier concernant celles que vivent les minorités ethniques (Jackson et Gracia, 2014). Cela implique de former les professionnels à mieux prendre en compte les déterminants sociaux de santé des populations, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles elles vivent et vieillissent, à la fois pour comprendre comment ces déterminants agissent sur leur santé, et pour lutter contre les inégalités qu'ils engendrent en adaptant leurs pratiques en conséquence (Allen et al., 2013).

En France, le manque de formation interculturelle des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social constitue un facteur structurel largement reconnu dans l'analyse des tensions et des malentendus survenant lors de l'accompagnement et la prise en charge des PAI (Aggoun, 2001 ; Wolff, 2016 ; Cohen-Emerique, 2016 ; Makouta et al., 2017 ; Dury, 2019).

L'interculturalité peut se définir comme « une relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle » (Abdallah-Pretceille, 1989, citée par Cohen-Emerique, 1999,

p. 72). Dans cette relation, chaque personne met en scène la culture et le système de valeurs dont elle est porteuse, tout en reconnaissant la culture et les valeurs de l'autre, de manière à construire ensemble, par leurs interactions, un cadre commun de compréhension, respectueux de la singularité de chacun (Abdallah-Pretceille, 1989, citée par Cohen-Emerique, 1999).

Dans le cadre du travail social, cette relation interculturelle et les difficultés qu'elle soulève ont d'abord étaient pensées au travers de l'idée d'un « choc des cultures » entre professionnels et usagers immigrés (essentiellement originaires d'anciennes colonies), nécessitant chez les premiers de développer des « compétences interculturelles » pour dépasser leurs difficultés à comprendre, à communiquer et à accompagner les seconds dans le respect de leur identité, de leur culture et de leurs valeurs (Cohen-Emerique (1999, 2016). Le concept de « compétences interculturelles » renvoie aux compétences, aux aptitudes et aux connaissances acquises par les professionnels pour communiquer et agir de manière appropriée, tant par rapport à une situation donnée, que par rapport à leur propre culture et à celle de leur usager (Leeds-Hurwitz, 2016). L'approche interculturelle dont découle ce concept a été popularisé en France par Magalit Cohen-Emerique, dont les travaux font référence concernant la formation des professionnels du travail social.

Si l'approche interculturelle et l'apprentissage de « compétences interculturelles » sont plébiscitées par certains auteurs pour répondre au manque de formation des professionnels du travail social (Cohen-Emerique et Rothberg, 2015) et du médico-social (Marccioni, 2016), d'autres soulignent néanmoins les risques de culturaliser des problèmes ou des difficultés qui ne sont pas culturels (Bolzman, 2012), d'essentialiser la culture d'autrui, tout en réduisant autrui à sa culture, et ce alors que celle-ci est souvent représentée de manière stéréotypée (Guerraoui, 2011), figée (Guélamine, 2008) ou réifiée (Boilard et Leanza, 2011). Or ces risques peuvent plus largement alimenter des pratiques relevant d'une approche plus culturaliste qu'interculturelle (Emsellem, 2016. ; Lenoir et Alaoui, 2020), voire ethnocentrique (Salée, 2010) ou raciste (Rachédi, 2024), créant chez les personnes concernées une inégalité de traitement dans leur accès aux services et à des soins de qualité (Lenoir et al., 2024). Dès lors, s'il existe un consensus quant à la nécessité de former davantage les professionnels aux dimensions interculturelles de leurs pratiques, cela soulève une interrogation centrale : quel contenu proposer pour que ces formations améliorent les pratiques et postures professionnelles, et par extension, l'accompagnement des PAI ?

À cet égard, Sicot et Touhami (2015) invitent à dépasser le seul déficit de formation. Selon eux, les difficultés rencontrées par les soignants en contexte interculturel ne relèvent pas uniquement de lacunes en termes de connaissances ou de parcours, mais s'inscrivent plutôt dans des dilemmes éthiques et personnels. Ces tiraillements se manifestent, par exemple, dans l'effort de reconnaître l'influence des appartenances culturelles sans tomber dans le culturalisme, ou encore la tentative de concilier le respect des différences avec l'attachement aux valeurs universalistes. Les professionnels sont, selon ces auteurs, placés face à des arbitrages complexes lorsqu'il s'agit d'articuler les dimensions sociales et culturelles de la situation des patients. De son côté, Kessar (2012), à partir d'une enquête en milieu hospitalier, montre que les difficultés éprouvées par les professionnels face aux spécificités culturelles de certaines catégories de patients immigrés sont le plus souvent liées à des dysfonctionnements organisationnels internes propres à l'établissement d'exercice. Ces derniers sont liés à la redéfinition des missions hospitalières, à des tensions entre professionnels, à des problèmes d'organisation ou à un manque de temps. Toujours selon l'auteur, imputer la culture des patients à des problèmes structurels expose au risque d'un contournement des enjeux systémiques. Dans cette optique, des formations peuvent se révéler inefficaces tout en produisant des effets de stigmatisation, en laissant croire que les difficultés proviennent des patients eux-mêmes. Ce constat est partagé par Emsellem (2016), qui rappelle, par ailleurs, que « les analyses culturalistes produisent des solutions culturalistes » (p. 64). Autrement dit, elles tendent à enfermer les personnes immigrées dans des identités culturelles figées, à les essentialiser, au lieu de considérer leurs besoins selon leur situation sociale, économique et politique (Fassin, 2016). Cette approche culturaliste se retrouve cependant dans certaines actions de santé publique. L'étude de Braud (2020) à propos des actions médicales destinées aux personnes immigrées diabétiques montre que, sous couvert de lutte contre les inégalités de santé, ces dispositifs différenciés sur des critères ethnoculturels peuvent avoir des effets paradoxaux. L'auteure souligne que « la distribution différenciée des soins sur un critère d'ethnicité participe le plus souvent à reproduire des inégalités sociales préexistantes à l'origine des écarts de santé constatés, mais aussi à en produire, via une distribution des soins de moindre qualité » (p.33). Cet exemple situation nous amène à aborder un dernier aspect relatif aux déterminants sociaux de santé des PAI et à leurs inégalités sociales de santés vécues avant la pandémie : leur reconnaissance politique.

5.5 Déterminants sociaux de santé et inégalités sociales : une reconnaissance politique limitée

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé constitue un levier important pour agir contre les inégalités sociales de santé qu'ils engendrent. Or cette lutte ne se limite pas aux actions et à la formation des professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire, mais repose également sur l'engagement des gouvernements à agir sur ces déterminants sociaux sources d'inégalités[37]. Les connaissances et la reconnaissance des déterminants sociaux défavorables à la santé d'une population donnée apparaît donc comme une étape préalable pour agir sur les inégalités vécues par cette population, le concept de déterminants sociaux de la santé visant, pour rappel, « à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé » (Ben Ammar Sghari et Hammami, 2016, s.p.).

Nous avons vu qu'en France, la prise de conscience institutionnelle du vieillissement des populations immigrées s'est révélée tardive. En effet, ce n'est qu'à partir des années 2000 qu'une série de rapports publics a progressivement mis en lumière la précarité des conditions de vie de ces populations, ainsi que les effets différenciés de leurs parcours migratoires sur leur santé, leur accès aux droits et leurs besoins spécifiques liés à l'avancée en âge (Jaeger et Jovelin, 2016). Toutefois, jusqu'à la publication du rapport parlementaire de Jacquat et Bachelay (2013), ces travaux sont restés majoritairement centrés sur les personnes résidant en FTM ou en RS, construisant ainsi une lecture partielle, voire réductrice, des réalités plurielles du vieillissement des PAI en France (RECI, 2013), au-delà du manque d'études sur ces populations.

Le rapport Jacquat et Bachelay (2013), abondamment cité dans la littérature académique française afférente aux PAI, est reconnu comme l'un des plus significatifs pour l'élargissement du périmètre des connaissances au sujet des conditions de vie des PAI (Martineau, 2018). Ce rapport s'appuie sur une trentaine d'auditions et de tables rondes, regroupant une centaine de participants au total, parmi lesquels des « représentants d'administrations nationales et locales, de caisses de sécurité sociale, [des] professeurs et chercheurs, [des] acteurs associatifs, [des] gestionnaires de foyers de travailleurs migrants, [des] médecins, *etc*. » (Jacquat et Bachelay, 2013, p.11). Avant ce rapport, la situation des PAI n'avait jamais été abordée au Parlement, en

[37] OMS, (s.d.). Social determinants of health. Health topic. Repéré à : https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

dépit des difficultés multiples de ces populations : « manque de reconnaissance de leur apport au développement économique et social de la France, faibles pensions de retraite, accès aux droits défaillant, conditions de logement indignes, santé précaire et dépendance précoce, solitude et isolement… » (Jacquat et Bachelay, 2013, p.7). Cette reconnaissance s'est accompagnée d'une mise en cause des politiques d'intégration et des politiques publiques ayant contribué à engendrer cette situation, soit par leur insuffisance à répondre aux difficultés et aux besoins de ces populations, soit par l'absence totale de prise en compte de ces difficultés et besoins, soit par la construction de politiques discriminatoires, en particulier en matière de logement (Jacquat et Bachelay, 2013).

Sur la base de cet état des connaissances de la situation globale des PAI en France, les auteurs de ce rapport ont formulé 82 recommandations, structurées en 4 axes principaux, afin de répondre aux inégalités vécues par ces populations. Le premier axe est de « promouvoir une mémoire partagée et favoriser une meilleure intégration » (p.95) des PAI, notamment par un travail de valorisation et de transmission de leur histoire, en favorisant leur participation à la vie locale, ou en encourageant les recherches sur ces populations. Le second axe regroupe les recommandations visant à agir sur les inégalités de logement des PAI, notamment via l'achèvement du PTFTM, l'aménagement des résidences sociales face au vieillissement et à la perte d'autonomie des résidents ; ou encore en limitant la relégation sociale des PAI par l'élargissement de leur accès au logement social. Les recommandations du troisième axe visent à assurer l'accès aux droits sociaux et aux soins des PAI, notamment en limitant les ruptures de droits lors de leur passage à la retraite, mais aussi en facilitant leur accès à la prévention et aux soins via un renforcement de leur accompagnement social et médico-social (y compris avec des associations) afin d'élargir leur accès à la CMU-C, à l'assurance maladie complémentaire, ainsi qu'aux soins à domicile. Enfin, les recommandations du quatrième axe visent à « permettre le libre choix entre pays d'accueil et pays d'origine » (p.181) des PAI, notamment en mettant fin au « soupçon de fraude » (p.182) à l'origine de contrôles ciblés des administrations sur les PAI pratiquant des allers-retours, mais aussi en permettant un transfert des droits sociaux dans le pays d'origine, ou encore en garantissant le respect du choix de leur lieu d'inhumation.

Les échanges tenus à l'occasion d'un séminaire organisé par l'Association des Travailleurs Maghrébins de France (ATMF, 2014), réunissant chercheurs, acteurs associatifs et citoyens, offrent un éclairage significatif sur la réception des recommandations du rapport Jacquat et

Bachelay. Ce séminaire visait à « regrouper différents acteurs évoluant autour des *chibani-a-s* afin de dresser un état des lieux des actions mises en place par les autorités publiques depuis la publication du travail de la mission parlementaire sur les immigrés âgés » (p.4). Les discussions qui s'y sont déroulées mettent en lumière un décalage manifeste entre les recommandations formulées dans le rapport et leur application concrète sur le terrain ou par les politiques publiques. Plusieurs participants y ont dénoncé l'absence de mesures juridiquement contraignantes à l'égard des institutions**,** le manque d'engagement du gouvernement dans la mise en œuvre de réformes structurelles concrètes, ainsi que le caractère symbolique d'un bon nombre de recommandations, réduites bien souvent à de simples rappels au droit existant.

En 2016 est publié un second rapport d'information parlementaire, portant sur « la mise en œuvre des conclusions de la mission d'information sur les immigrés âgés » (Bachelay, 2016). Si la vérification des 82 recommandations apparaît impossible, ce rapport dresse un bilan restreint et mitigé de leur mise en œuvre en matière de logement (inachèvement du PTTM, rejets fréquents et juridiquement infondés des demandes de logements des PAI résidant en FTM ou en RS par les bailleurs sociaux et les services communaux du logement) et d'accès aux droits (échecs de l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine [ARFS], insuffisance de l'assouplissement des critères d'éligibilité à l'ASPA, absence de publication des critères sur lesquels les administrations fondent leurs contrôles ciblés). Il souligne cependant la consécration légale du droit au respect de la vie privée et le renforcement du rôle des comités de résidents dans les FTM et RS (consultation obligatoire en cas d'adoption ou de modification du règlement intérieur, mise à disposition d'une salle de réunion pour les membres).

La même année, un communiqué de la GISTI et de la FASTI (2016) fait écho aux griefs formulés lors du séminaire de l'ATMF de 2014. Ces deux organisations déplorent tout particulièrement le maintien d'une « préférence nationale déguisée » concernant les critères d'éligibilité à l'ASPA, l'absence de portabilité des prestations sociales dans le pays d'origine, et le rejet des « demandes de moratoires sur les créances réclamées par des organismes sociaux à la suite de contrôles excessifs et discriminatoires des personnes immigrées âgées » (GISTI et FASTI, 2016, s.p.). Aussi, alors que le rapport parlementaire de 2013 soulignait l'expertise des associations de migrants et l'importance de leur rôle pour la protection et le bien-être des PAI, les recommandations visant à pérenniser le soutien financier de leurs actions sont depuis restées

lettre morte, faute de leur inscription au calendrier pluriannuelle de financements (Emsellem, 2016). En l'absence de politiques de santé publique prenant en compte la complexité et les spécificités de la situation des PAI, Emsellem (2016) observe un cloisonnement entre le secteur de l'immigration (essentiellement associatif) et celui de la gérontologie, alors que leurs connaissances et leurs expertises respectives apparaissent complémentaires dans l'accompagnement de ces populations. Ce constat est également observé plus tôt par Wolff et Jovelin (2015), qui soulignaient « les stratégies de bricolages » (p.23) utilisées par les professionnels, faute de collaborations intersectorielles ou de partenariats pluridisciplinaires, témoignant ainsi de contraintes supplémentaires dans l'accompagnement médico-social des PAI.

Dans ce contexte, bien que les conditions de vie précaires des PAI soient largement reconnues comme des déterminants de leur état de santé, souvent plus dégradé que celui de leurs homologues non-immigrés ou immigrés d'un pays européen, les politiques publiques continuent d'être structurellement inadéquates pour répondre à la complexité de leurs situations. Le rapport parlementaire de 2013, qui devait contribuer à améliorer leur situation et permettre une reconnaissance de leur apport à la société française, apparaît comme le symbole d'une invisibilisation sociale des PAI dans les politiques publiques. Les rares recommandations qui en ont découlé ont été insuffisamment mises en œuvre, et les politiques de vieillissement continuent d'être pensées à partir de normes standardisées, inadaptées aux parcours sociaux de ces populations (Math, 2022).

Synthèse partie 1

Cette première partie est dédiée à la problématisation de ce travail de thèse. Elle aborde dans un premier temps les inégalités vécues par les PAI à travers l'histoire de leur arrivée initialement provisoire en France, jusqu'à l'installation définitive d'une part de ces populations au moment de leur retraite. Dans la continuité de ce cadre socio-historique, nous abordons le vieillissement de ces populations en France, marqué par une prise de conscience politique tardive et des problématiques spécifiques liées inégalités sociales accumulées au cours de leur vie active et s'étant prolongées ou recomposées au moment de leur passage à la retraite.

Cette partie souligne principalement :

- les **inégalités socioéconomiques** persistantes des PAI liées à leurs faibles revenus à la retraite. Cela s'explique d'une part en raison de parcours professionnels fragmentés (exposition accrue au chômage, aux discriminations, au travail non-déclaré par les employeurs) et l'occupation d'emplois peu qualifiés, peu rémunérés, occupés dans des secteurs d'activité physiquement éprouvants, voire dangereux, notamment en ce qu'ils ont exposé de nombreuses PAI à des accidents de travail, bien que ces accidents n'aient pas toujours été reconnus les autorités compétentes). Cela s'explique d'autre part en raison de leur représentation importante parmi les bénéficiaires de l'ASPA et autres minima sociaux ;

- les **inégalités d'accès aux droits,** alimentées par la méconnaissance des PAI de leurs droits, la complexité du système administratif ; mais aussi par les discriminations systémiques au niveau macro (dispositifs inégalitaires de fait en raison de régimes juridiques spécifiquement plus contraignants pour ces populations) et au niveau micro (« politiques du guichet », contrôles ciblés, etc.) ;

- les **inégalités de logement** liées à des politiques discriminatoires ayant contribué à concentrer ces populations dans habitats précaires (FTM, RS, HLM ; QPV), souvent inadaptés aux défis du vieillissement et de la perte d'autonomie, en plus de renforcer l'isolement social voire la ségrégation spatiale de ces populations ;

- **les inégalités de santé** alimentées par des déterminants socioéconomiques défavorables, se traduisant par un état de santé en moyenne plus dégradé, un vieillissement et une perte d'autonomie plus précoce comparativement aux personnes âgées non-immigrées ou originaires d'Europe. Ces inégalités de santé sont également alimentées et aggravées par les **inégalités d'accès aux soins** que vivent ces populations, ainsi que par les limites de leur accompagnement médico-social.

Cette partie permet ainsi de contextualiser la situation des PAI avant la pandémie, en soulignant comment les inégalités structurelles vécues par ces populations depuis leur arrivée en France s'inscrivent dans un continuum, construit à la fois par un processus d'invisibilisation de ces populations et des spécificités de leurs besoins dans les politiques publiques, et par un processus de vulnérabilisation alimenté par cette invisibilisation et par les effets cumulés de leurs parcours de vie difficiles. La partie suivante portera sur la contextualisation du contexte pandémique à travers les principales mesures sanitaires adoptées en France pour endiguer la crise et protéger les populations.

PARTIE 2 – Contextualisation : La pandémie Covid-19, entre continuité et ruptures

Sommaire :

Chapitre 2 : Gestion de la pandémie en France : contexte sociojuridique et sociopolitique

Chapitre 3 : Contexte socio-épidémiologique de la pandémie Covid-19 en France

Si les personnes âgées immigrées ont souvent fait l'objet d'une invisibilisation dans les politiques publiques avant la pandémie, la survenue de la crise sanitaire a contribué à exacerber les inégalités préexistantes, tout en visibilisant davantage l'ampleur de leurs vulnérabilités. Pour comprendre la manière dont ces populations ont été touchées, tant directement par le virus que par les mesures de gestion de la crise, il est nécessaire d'analyser la pandémie comme un contexte social et politique singulier, générateur d'un bouleversement de la vie sociale et des cadres normatifs. C'est dans cette perspective que s'inscrit la deuxième partie de cette thèse, qui aborde la gestion institutionnelle et politique de la pandémie en France (chapitre 2), avant d'en analyser les effets sanitaires et sociaux chez les personnes âgées en général, puis chez les PAI en particulier (chapitre 3).

Chapitre 2 : Gestion de la pandémie en France : contexte sociojuridique et sociopolitique

Ce chapitre repose sur une approche volontairement et principalement descriptive. Il propose une contextualisation sociopolitique de la gestion de la crise sanitaire à partir d'une présentation des principales actions du gouvernement français dans la gestion de la pandémie Covid-19. Les sous-parties suivent, autant que possible, un déroulement chronologique des évènements, malgré certains chevauchements temporels entre certaines mesures présentées. Ce chapitre se justifie par l'exigence de contextualisation qui soutient notre démarche et par le manque de travaux retraçant la chronologie des décisions gouvernementales en matière de gestion de la pandémie.

1. Déclenchement du plan ORSAN et instauration de l'État d'urgence sanitaire

En France, à la suite de l'alerte lancée par l'OMS concernant des cas de contaminations au SARS-CoV-2, le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) relevant du ministère de la Santé, active son protocole de veille. Constitué de 4 niveaux gradués selon la gravité de la situation sanitaire, ce protocole atteint le niveau 3 dès le 26 janvier 2020. Ce stade correspond « à une alerte exceptionnelle susceptible d'avoir un impact sanitaire significatif et/ou dont les cadres de gestion ne sont pas complètement établis) » (Ministère de la Santé, s.d., s.p). Quinze jours plus tard, le 13 février 2020, le gouvernement

déclenche le plan ORSAN (volet Risque Épidémique et Biologique, [REB]). Créé en 2014, ce dispositif de crise vise à coordonner, optimiser et maintenir l'accès aux soins pour les personnes contaminées. Son déploiement s'effectue au niveau régional via le soutien des Agences Régionales de Santé (ARS).

À ce dispositif, s'ajoute le « Plan blanc » applicable aux établissements hospitaliers, et le « Plan Bleu » destiné aux établissements médio-sociaux tels que les EHPAD (activés le 8 mars 2020). Tous deux sont déclenchés à l'initiative de la direction de l'établissement ou du préfet, afin d'adapter leur fonctionnement au contexte de situation sanitaire exceptionnelle (Duguet, 2020). Le 11 mars 2020, les visites en EHPAD sont interdites par le gouvernement (Poirier et Simon, 2020). Le même jour, l'OMS requalifie l'épidémie Covid-19 en pandémie, alors que 118 000 cas sont dénombrés dans 114 pays, pour un total de 4291 décès (OMS, 2020, 11 mars).

L'évolution préoccupante de la situation sanitaire en Europe et en France, a conduit le gouvernement à instaurer un État d'urgence sanitaire (EUS). Ce régime juridique spécial et temporaire (1 mois reconductible), créé par la loi du 23 mars 2020, vise à lutter contre le virus en élargissant les pouvoirs et prérogatives du gouvernement. Adoptée en conseil des ministres, la prolongation de l'État d'urgence repose cependant sur un vote du parlement. Ce régime spécial constitue ainsi le cadre légal à partir duquel le gouvernement a adopté les restrictions sanitaires (confinements, couvre-feu, etc.), conformément à l'article L3131-1 du Code de Santé Publique. Il autorise la suspension de certains droits et libertés fondamentales, notamment la liberté d'aller et venir, la liberté d'entreprendre, la liberté de réunion, ainsi que le droit à la propriété (par la réquisition possible de tous biens et services nécessaires à la lutte contre le virus). L'EUS a été activé deux fois. La première, lors de sa création le 23 mars 2020, avec une prolongation jusqu'au 10 juillet 2020 inclus ; la deuxième, le 17 octobre 2020, prolongée jusqu'au 1er juin 2021. La loi du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire instaure un « régime transitoire » du 2 juin au 30 septembre 2021, maintenant certaines prérogatives gouvernementales (couvre-feu, pass-sanitaire, isolement, etc.). Ce régime juridique d'exception sera définitivement abrogé par la loi du 30 juillet 2022.

Dans la même période, le ministre de la Santé, Olivier Véran, institue le 10 mars 2020 le Conseil scientifique Covid-19. Cette entité consultative est présidée par l'immunologue Jean-François Delfraissy et est composée de 10 experts issus de disciplines jugées complémentaires, telles que

la sociologie, l'anthropologie, l'épidémiologie, ainsi que la médecine de ville et le secteur de la réanimation. Comme le précise Olivier Véran lors de son communiqué de presse du 11 mars 2020, ce Conseil scientifique a pour mission d'éclairer et d'orienter le gouvernement dans sa gestion de la pandémie. De sa création à son remplacement par le COVARS en juillet 2022, ce Conseil scientifique a produit 70 rapports (avis et notes confondus), portant sur l'évolution des connaissances scientifiques, de la pandémie et des réponses stratégiques à mettre en œuvre. La création de cette instance a toutefois suscité plusieurs critiques, notamment en raison des « tensions épistémologiques » qu'impliquent ses missions d'analyse et de conseil (Tirard, 2022), tandis que Le Bart (2020) dénonce une forme de « science d'État ». Par ailleurs, Bergeron et ses collaborateurs (2020) soulignent le paradoxe que révèle la création de ce Conseil, dans un contexte déjà doté de multiples textes réglementaires, dispositifs et instances, tels que l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), la Haute Autorité de Santé (HAS) ou le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), ce qui a pu complexifier la gouvernance de crise.

2. Des mesures de confinement au nom de la « guerre sanitaire »

Le 15 mars 2020, la situation épidémiologique est marquée par une accélération de la prolifération du virus. À l'échelle mondiale, 167 414 cas d'infection sont confirmés, dont 6 507 décès, soit un taux de létalité de 3,9 % (Santé Publique France, 2020, 18 mars). La majorité des nouveaux cas se situe alors hors de Chine, et dès le 13 mars 2020, le directeur de l'OMS déclare que l'Europe est devenue l'épicentre de l'épidémie (OMS, 2020). En France**,** au 15 mars, 6378 cas sont confirmés, dont 285 en réanimation (4,5%) et 161 décès (2,5%). Le nombre de nouveaux cas ayant doublé entre le 13 et le 15 mars, ce qui présage une diffusion rapide sur l'ensemble du territoire (Santé publique France, 2020, 18 mars).

Dans ce contexte, le 16 mars 2020, le président Emmanuel Macron s'adresse à la nation devant plus de 35 millions de téléspectateurs dans un discours devenu la déclaration télévisée la plus suivie de l'histoire audiovisuelle française (Molinero, 2020). À travers une rhétorique guerrière, le président affirme à six reprises « nous sommes en guerre[38] » contre le virus (Laporte et

[38] « Nous sommes en guerre, en guerre sanitaire, certes : nous ne luttons ni contre une armée, ni contre une autre Nation. Mais l'ennemi est là, invisible, insaisissable, qui progresse. Et cela requiert notre mobilisation générale. Nous sommes en guerre. Toute l'action du Gouvernement et du Parlement doit être désormais tournée vers le combat contre l'épidémie. De jour comme de nuit, rien ne doit nous en divertir » (Emmanuel Macron, extrait de discours du 16 mars 2020, s.p). Repéré à : https://ue.delegfrance.org/nous-sommes-en-guerre-sanitaire

Berger-Remy, 2024). Bien qu'il ne prononce pas explicitement le mot « confinement », il en définit clairement les contours, appelant à réduire les contacts humains et les déplacements « au strict nécessaire ». Il précise que :

> Cela signifie que les regroupements extérieurs, les réunions familiales ou amicales ne seront plus permises. Se promener, retrouver ses amis dans le parc, dans la rue, ne sera plus possible […] seuls doivent demeurer les trajets nécessaires, nécessaires pour aller faire ses courses avec de la discipline et en mettant les distances d'au moins un mètre, en ne serrant pas la main, en ne s'embrassant pas, les trajets nécessaires pour se soigner, évidemment, les trajets nécessaires pour aller travailler si le travail à distance n'est pas possible et les trajets nécessaires pour faire un peu d'activité physique, mais sans retrouver, là encore, des amis ou des proches (Emmanuel Macron, allocution du 16 mars 2020, s.p.).

Au total, trois confinements nationaux ont été décrétés après avis du Conseil scientifique. Ce dernier a également préconisé un confinement dans son avis du 12 janvier 2021, mais non retenu par le gouvernement. Les durées respectives ont été : premier confinement du 17 mars au 11 mai 2020 (1 mois et 25 jours), le deuxième du 30 octobre au 15 décembre 2020 (1 mois et 15 jours) et le troisième du 3 avril au 3 mai 2021 (28 jours). Soit un total de 111 sur moins de deux années.

Dès le début de pandémie, des débats ont émergé quant à la possibilité d'un confinement ciblé des personnes âgées, en raison de leur potentielle vulnérabilité biologique (Balard et Corvol, 2020). Bien que ces débats soient restés sans suite, ils ont mis en lumière un risque de dérives âgistes dans la gestion de crise, ainsi que des dilemmes éthiques relatifs à l'équilibre entre protection, autonomie et droits des personnes âgées (Piccoli et al., 2020). Parallèlement, les restrictions ont suscité de nombreux recours déposés devant le Conseil d'État, seul tribunal compétent pour juger en urgence de la légalité des mesures sanitaires. En un an, plus de 6 400 recours ont été traités (Conseil d'État, 2021, avril). Appelé à arbitrer entre protection de la santé publique et libertés fondamentales, le juge administratif a été saisi par des citoyens que par des associations ou syndicats (Conseil d'État, 2021, avril).

Dans ce contexte de flambée pandémique, plusieurs décrets[39] imposent l'obligation légale de confinement, c'est-à-dire de s'isoler au domicile en limitant les déplacements au « strict

[39] Décrets du 16 mars 2020 (n° 2020-260), du 17 mars et du 23 mars 2020 (n° 2020-293)

nécessaire ». Ces dispositions seront abrogées, puis entièrement reprises en mars 2020[40] à la suite de l'instauration de l'État d'urgence sanitaire. Les motifs de déplacement autorisés recouvrent :

- les déplacements pour aller sur son lieu de travail ou effectuer un déplacement professionnel ;
- les déplacements pour faire ses courses ; les déplacements pour raison de santé, pour « motif familial impérieux », ou pour la garde d'un enfant ;
- les déplacements pour une activité physique individuel dans un rayon proche du domicile ou pour sortir un animal de compagnie ;
- les déplacements pour une convocation au commissariat, à la gendarmerie, ou devant une juridiction ; et enfin pour participer à une mission d'intérêt général « sur demande de l'autorité administrative et dans les conditions qu'elle précise.
(Source : Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020)

Le premier confinement implique également la fermeture des entreprises et commerces « non essentiels pour la vie de la nation » (E. Macron, déclaration du 16 mars 2020, s.p), la fermeture des établissements d'enseignement (primaire, secondaire, supérieur), la fermeture des frontières de l'espace Schengen (les frontières internationales étant fermées depuis 18 mars 2020), et la généralisation du télétravail quand il est possible, avec la fermeture des guichets administratifs et la dématérialisation des démarches administratives. Les élections municipales ont cependant été maintenues. Les lieux de culte sont restés ouverts, mais les rassemblements y ont été interdits le Conseil d'État estimant que cette mesure ne constituait pas une atteinte manifeste à la liberté de culte, d'aller et venir, ou de se réunir[41] ; les enterrements sont limités à une jauge de 30 personnes, et les mariages à une jauge de 6 personnes [42].

La dématérialisation soudaine et non préparée des services publics (Assurance maladie, CAF, Pole Emploi, etc.) dont s'est accompagné ce premier confinement a engendré d'importantes difficultés sociales et économiques, en particulier parmi les populations précaires pénalisées par des retards de versement des prestations sociales (Rey-Lefebvre, 2021) ou par l'impossibilité de retirer leur argent en guichet, faute de carte bancaire ou de savoir comment

[40] Par le décret du 23 mars 2020 (n° 2020-293)
[41] Conseil d'État (2020, 7 novembre). Exercice des cultes : le juge des référés ne suspend pas les restrictions prises pendant l'état d'urgence sanitaire. Repéré à : https://www.conseil-etat.fr/actualites/exercice-des-cultes-le-juge-des-referes-ne-suspend-pas-les-restrictions-prises-pendant-l-etat-d-urgence-sanitaire
[42] ViePublic (2020). Cérémonies religieuses : le Conseil d'État maintient les restrictions. Repéré à : https://www.vie-publique.fr/en-bref/277131-ceremonies-religieuses-le-conseil-detat-maintient-les-restrictions#:~:text=Aucune%20atteinte%20illégale%20à%20la%20liberté%20de%20culte&text=C%27est%20pourquoi%2C%20le%20juge,de%20la%20santé%20des%20personnes

l'utiliser, en particulier avec la fermeture des bureaux de Poste le 21 mars 2020 (Benoist et al., 2021). Cette dématérialisation a également amplifié la fracture numérique, renforçant les inégalités liées à l'accès à internet, aux équipements informatiques et à la littératie numérique (Luca, 2020). Nous reviendrons sur ces enjeux plus loin, car comme nous le verrons, ils ont été particulièrement problématiques pour les PAI.

Certaines restrictions s'assouplissent lors du deuxième confinement[43]. Parmi les mesures qui changent par rapport au premier confinement, on peut noter la réouverture des guichets des services publics, des cimetières, des services administratifs de médecine préventive, des établissements d'enseignement (primaire, secondaire et supérieur), ou encore la levée de l'interdiction de visite en EHPAD[44]. Les réunions familiales restent cependant interdites, les commerces dits non essentiels restent fermés, de même que les frontières extérieures à l'Europe. Les règles concernant l'ouverture des lieux de cultes, l'organisation des cérémonies funéraires ou des mariages restent les mêmes que lors du premier confinement (jauge de 30 personnes)[45].

Le troisième confinement a été plus souple, notamment en raison des difficultés sociales, psychologiques et économiques engendrées par les deux premiers confinements (Cancalon, 2020), des effets de la vaccination, mais aussi des risques de non-adhésion de la population à cette mesure. Son décret d'application[46] prévoit la fermeture des commerces non essentiels, des crèches et des établissements d'enseignement du primaire et du secondaire, ainsi que le maintien du télétravail dans les secteurs public et privé pour un minimum de 4 jours par semaine. Entre 6h et 19h, les déplacements sont autorisés dans un rayon de 10 km autour du domicile. De 19h à 6h, les déplacements sont soumis à l'attestation dérogatoire de déplacement.

3. L'Attestation dérogatoire de déplacement

[43] Décret du 29 octobre 2020
[44] ViePublique, (30 octobre 2020) Covid-19 : un 2e confinement national à compter du 29 octobre minuit. Repéré à : https://www.vie-publique.fr/en-bref/276947-covid-19-un-2e-confinement-national-compter-du-29-octobre-minuit
[45] ViePublique, (30 octobre 2020) Covid-19 : un 2e confinement national à compter du 29 octobre minuit. Repéré à : https://www.vie-publique.fr/en-bref/276947-covid-19-un-2e-confinement-national-compter-du-29-octobre-minuit
[46] Décret n°2021-384 du 2 avril 2021

Conjointement aux mesures de confinement, le gouvernement a instauré une attestation dérogatoire de déplacement imposant à chaque citoyen de justifier leurs déplacements, sous réserve de motifs valables[47], tels que par exemple se rendre à son travail ou chez son médecin. Disponible uniquement en français et en anglais[48] sur le site du ministère de l'Intérieur, cette attestation, dûment complétée, devait être présentée aux forces de l'ordre en cas de contrôle. Après une période d'hésitation du gouvernement, une version numérique a été rendue accessible sur smartphone à compter du 6 avril 2020 (Baudu et al., 2020). Le défaut de présentation de cette attestation entraînait une amende forfaitaire de 135 euros, majorée à 375 euros en cas de non-paiement dans le délai de contestation, porté exceptionnellement à 90 jours durant la pandémie (contre 45 jours auparavant). En cas de récidives (plus de trois infractions dans un délai de 30 jours), les contrevenants encouraient jusqu'à six mois d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende, une peine pouvant être assortie de travaux d'intérêt général ou de la suspension du permis de conduire si l'infraction avait lieu au volant[49]. Selon un rapport d'information du Sénat (2020, 8 juillet), entre le 17 mars et le 24 avril 2020, 100 000 policiers et gendarmes ont été déployés pour un total de 15,5 millions de contrôles, ayant donné lieu à 915 000 procès-verbaux pour non-respect des règles du confinement.

Plusieurs organisations ont dénoncé des dérives dans les pratiques de contrôles, telles que la Ligue des Droits de l'Homme (LDH), qui, dans un communiqué de décembre 2020, dénonce la grande latitude laissée « aux forces de l'ordre dans l'appréciation des motifs censés justifier le déplacement ainsi que dans la validité de l'attestation » (LDH, 2020, s.p.). Elle rappelle que le formalisme de l'attestation n'étant encadré par aucun texte législatif ouvre la voie à des verbalisations injustifiées. Ce communiqué fait suite à un arrêt du Conseil d'État (17 décembre 2020), dans lequel la haute juridiction estimait qu'en l'absence de cadrage légal précis, tout document apportant des justifications équivalentes pouvait être présenté en lieu et place de l'attestation officielle. Plus tard, en mars 2021, la LDH, le syndicat des Avocats de France (SAF) et le Syndicat de la Magistrature (SM) adressent une lettre ouverte au Premier ministre Jean Castex, pour dénoncer les abus constatés lors de ces contrôles, notamment les majorations d'amende, les procédures de contestations opaques, mais surtout les discriminations ethniques

[47] Prévus par l'article 3 du décret n° 2020-293 du 23 mars 2020
[48] Le téléchargement d'attestations traduites en autres langues, notamment l'arabe, s'est fait à l'initiative de certaines associations, comme observé sur le site de La Baf (centre social grenoblois). URL : https://labaf.org/index.php/presentation/attestations-deplacement/
[49] Article L. 3136-1 alinéa 3 du Code de Santé Publique.

et contrôles au faciès. Ces organisations demandent une révision des dispositifs répressifs, une meilleure formation des forces de l'ordre, un contrôle accru de leurs pratiques, ainsi que le dépôt d'un projet de loi d'amnistie pour l'ensemble des amendes liées à la Covid-19. D'autres associations telles que l'UFC-Que Choisir (2020, 27 avril) ou Human Rights Watch (2020) avaient également alerté dès le printemps 2020 sur les dérives constatées lors de contrôle policier, en particulier dans les QPV où ces contrôles étaient plus nombreux et violents (Human Rights Watch, 2020), conduisant certains habitants à davantage avoir peur de la police que du virus (Basta, 2020). Notons que, concernant les QPV, ces contrôles et violences policières s'inscrivent en perspective d'une autre forme de discrimination, celle de « l'incrimination précoce » des habitants de ces quartiers par les médias en début de pandémie, en raison de leur supposé désobéissance aux règles de confinement (Epstein et Kirszbaum, 2020, p.3). Toujours selon Epstein et Kirszbaum (2020), cette stigmatisation apparaît comme une « manifestation supplémentaire des mécanismes d'ostracisation » (p.3) que vivaient déjà les habitants de QPV avant la pandémie, les maintenant dans un statut de « parias urbains » (p.3).

En avril 2021, dans le cadre du troisième confinement, l'attestation est maintenue, mais son usage est assoupli. Elle n'est plus exigée pour les sorties au-delà d'un rayon de 10 km autour de son domicile et pour les déplacements en journée (jusqu'à 19h). Elle est alors remplacée par un justificatif de domicile. Par ailleurs, une nouvelle dérogation y est ajoutée pour les déplacements liés à un déménagement.

4. Les règles funéraires

En début de pandémie, le gouvernement décide d'encadrer et de réglementer strictement les pratiques funéraires dans un contexte de méconnaissance sur les propriétés du virus et sa potentielle transmission *post-mortem*. Avant l'instauration de l'EUS, cet encadrement relevait de la Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL) et du Code des collectivités territoriales. Tout au long de la pandémie, la DGCL a produit des notes à destination des professionnels de la santé et du funéraire afin de préciser les modalités d'application des mesures réglementaires.

Dans ce cadre, s'agissant d'abord des pratiques funéraires, le décret du 23 mars 2020 impose une mise en bière immédiate (sous 24 h) pour « les défunts atteints ou probablement atteints du

Covid-19 au moment de leur décès […], la pratique de la toilette mortuaire est interdite pour ces défunts, à l'exclusion des soins réalisés post-mortem par des professionnels de santé ou des thanatopracteurs » (article 12-5). En raison de la saturation des services funéraires, ce même décret assouplit le délai d'inhumation ou de crémation, sans demande dérogatoire, porté de 6 à 21 jours à compter du décès. Au-delà de 21 jours, une demande devait être faite au préfet. Le délai de transport du corps des défunts est prolongé d'un mois. Dans un avis du 30 novembre 2020, le HCSP nuance l'existence d'un risque de contamination post-mortem, recommande l'utilisation de tests de dépistage sur les défunts, ainsi que le port d'équipements de protection individuelle (EPI) pour les professionnels selon la date et le lieu du décès[50]. En novembre 2020, reconnaissant que « la suppression des pratiques et des rites funéraires pouvait avoir des conséquences très délétères pour les proches et les professionnels de santé et du funéraire » (HCSP, 2020, 30 novembre, p.7), le HCSP préconise d'annuler la mise en bière immédiate et d'autoriser la présentation du corps à la famille si demandée, ainsi que l'inhumation. Un peu moins d'un mois plus tard, sur la base de cet avis, le Conseil d'État annule l'obligation de mise en bière immédiate des défunts atteints ou probablement atteints de la Covid-19 et enjoint l'État à « la mise en place de mesures permettant aux proches de personnes décédées de pouvoir les revoir avant la mise en bière » (CE, 2020, 22 décembre, s.p). Il enjoint également la « mise en place dans chaque hôpital ou clinique d'une télé-cérémonie funéraire pour les proches d'un patient décédé du coronavirus et d'une prise en charge des frais funéraires par l'État » (CE, 2020, 22 décembre, s.p).

Enfin, l'interdiction des soins de conservation (thanatopraxie) est maintenue si le décès survient moins de dix jours après les premiers signes cliniques ou un test positif à la Covid-19[51]. Les assouplissements se poursuivront jusqu'à l'avis du HCSP du 16 juin 2023, qui recommande de lever l'ensemble des restrictions sur les pratiques et rites funéraires. Notons cependant qu'en début de pandémie, certains médias ont dénoncé l'existence de pratiques d'incinération forcées (Syrah, 2020, 5 novembre).

Parallèlement, pour les cérémonies funéraires, le maintien des obsèques reste possible à condition de respecter un encadrement sanitaire strict fondé sur des règles générales

[50] Le détail des recommandations et plus largement l'avis du HCSP sont disponibles en annexe.
[51] Décret du 21 janvier 2021, n° 2021-51.

(distanciation, gestes barrières, port du masque) et des règles spécifiques, variables selon les décrets et les lieux concernés. Pour les cimetières et funérariums, une note de la DGCL rappelait l'application de l'interdiction de rassemblement de plus de 100 personnes en milieu clos ou ouvert, y compis dans les cimetières et les lieux de cultes. Elle précisait que « tout rassemblement dans les lieux de culte étant interdit, à l'exception des cérémonies funéraires dans la limite de 20 personnes » (DGCL, 2020, 30 mars, s.p).

Le décret du 27 mars 2020 instaure la possibilité de recourir à des « dépositoires », c'est-à-dire des lieux destinés à entreposer temporairement les cercueils, notamment dans l'attente d'une amélioration de la situation sanitaire afin d'organiser les obsèques du défunt selon sa volonté. Il est précisé que « le dépôt d'un cercueil hermétique dans un dépositoire ne peut excéder six mois. À l'expiration de ce délai, le corps est inhumé »[52]. Le décret du 29 octobre 2020 actualise et précise la réglementation. Son chapitre 6 prévoit que « les établissements de culte, relevant de la catégorie V[53], sont autorisés à rester ouverts. Tout rassemblement ou réunion en leur sein est interdit à l'exception des cérémonies funéraires dans la limite de 30 personnes » (Décret du 29 octobre 2020, n° 2020-1310). Le respect des règles sanitaires est assuré par le responsable de l'établissement ou du préfet de département. Ce dernier peut « interdire l'accueil du public dans les établissements de culte si les conditions de leur organisation ainsi que les contrôles mis en place ne sont pas de nature à garantir le respect des dispositions mentionnées au présent article » (Décret du 29 octobre 2020, n° 2020-1310, s.p). L'organisation des cérémonies religieuses se faisait aux conditions prévues dans l'article 47[54] de ce décret. Pour les crématoriums et les chambres funéraires, une note de la DGCL précise que, conformément au décret du 29 octobre 2020, leur accès est conditionné à la présence de places assises, disposées selon une jauge d'une place par personne ou par groupes de personnes. Les cérémonies en cimetière sont également limitées à 30 personnes (DGCL, 2020, 15 décembre). Les restrictions d'accès aux lieux de culte sont maintenues par décret du 27 novembre 2020 (n° 2020-1454), puis condamnées par décision du Conseil d'État (29 novembre 2020). Ce dernier ayant jugé

[52] Décret n° 2020-352 du 27 mars 2020, article 8.
[53] La catégorie de type V renvoie aux établissements religieux accueillant du public. Ces établissements répondent en temps normal à une réglementation spécifique, tant sur les installations d'éclairage de sécurité, d'alarme incendie, que de seuil d'accueil du public (avec ici 5 catégories d'établissement selon leur capacité d'accueil).
[54] Décret 27 mars 2020, Article 47 : « une distance minimale de deux emplacements est laissée entre ceux occupés par chaque personne ou groupe de personnes partageant le même domicile ; une rangée sur deux est laissée inoccupée. »

disproportionné le maintien de la jauge de 30 personnes dans les lieux de culte. Le décret du 2 décembre 2020 (n° 2020-1505) maintient une jauge de 30 personnes pour les cérémonies en cimetière ou au crématorium, personnels officiants inclus. Pour les lieux de culte, la jauge est remplacée par les règles suivantes : « une distance minimale de deux emplacements est laissée entre ceux occupés par chaque personne ou groupe de personnes partageant le même domicile ; une rangée sur deux est laissée inoccupée » (Article 2, décret du 2 décembre 2020, s.p). Les jauges évolueront localement en fonction de la situation sanitaire départementale jusqu'à leur suppression totale au 30 juin 2021, date à laquelle elles sont levées pour l'ensemble des établissements recevant du public.

5. Dépistage et contrôle des contaminations

Le contrôle de la circulation du virus au sein de la population a été un enjeu central dans la gestion de la pandémie par le gouvernement, tant dans une logique de prévention que d'ajustement des mesures sanitaires. Le déploiement de ces dépistages a rencontré plusieurs ralentissements, en raison notamment du manque de tests disponibles en début de pandémie, de la fiabilité insuffisante des tests utilisés, de la saturation des laboratoires, ou encore des délais importants d'analyse des prélèvements.

Le 13 mai 2020 est créé le Système d'Information de DEpistage Populationnel (SI-DEP), une plateforme informatique répertoriant le nombre de tests de dépistages (négatifs et positifs) par sexe et par classes d'âge réalisés en laboratoires. Ces données sont ensuite communiquées aux autorités publiques de santé et autres acteurs de santé (DataGouv, 2021, 20 mai). Une vaste campagne de dépistage est lancée en mai 2020, à la sortie du premier confinement. Jusqu'alors réalisés uniquement en laboratoire sur prescription, les tests PCR deviennent accessibles gratuitement et sans prescription[55]. Cette mesure entraîne une augmentation significative du nombre de tests réalisés. La stratégie de cette campagne repose sur trois grandes étapes : Tester, avec l'identification progressive des « personnes cas contacts », d'abord avec l'application Contact Covid (reposant sur les données de la base SI-DEP) et permettant à l'Assurance Maladie de contacter par téléphone les personnes concernées pour réaliser un test de dépistage ou recevoir des consignes de prévention ; puis via des applications mobiles grand public

[55] Conformément à l'arrêté du 24 juillet 2020

(StopCovid puis TousAntiCovid) qui permettaient notamment aux personnes les ayant téléchargés de déclarer leur contamination et de retrouver via Bluetooth les personnes avec qui elles ont été en contact. Notons que les applications de tracing ont fait l'objet d'une méfiance de la population, en particulier par crainte d'un usage abusif de leurs données personnelles (Touzani et al., 2023), en plus de soulever des enjeux éthiques relatifs à l'exclusion qu'elles ont engendrée chez les populations illectronistes (Cohen et al. 2020), bien que cet aspect soit moins documenté dans la littérature. Enfin, la troisième étape reposait sur l'isolement des personnes positives au virus, avec un placement en quatorzaine, au domicile ou dans un lieu d'hébergement autre (si impossibilité de se confiner ou si présence d'une personne à risque au domicile), notamment dans des hôtels réquisitionnés (Denisselle, 2020).

La durée de l'isolement sera progressivement réduite au fil de la pandémie, jusqu'à sa suppression. Selon une publication de la Cour des Comptes (2022, 6 décembre), depuis mai 2020, l'Assurance Maladie a contacté plus de 32 millions de personnes positives et 22,7 millions de personnes cas contacts. Le gouvernement mettra progressivement fin à la gratuité systématique[56] des tests à compter du 15 octobre 2021 (Santé Gouv, 2021, 8 octobre), et en diminuera le remboursement à partir du 1er mars 2023[57] (Info Gouv, 2023, 2 mars).

6. L'obligation du port du masque

En février 2020, alors que seules 270 cas de contamination répartis dans 24 pays étaient enregistrés (dont un seul mort), l'OMS alertait déjà d'un déficit d'EPI (équipement de protection individuel) et d'un bouleversement du marché mondial en la matière, avec une demande 100 fois plus élevée qu'à la normale et des prix jusqu'à 20 fois supérieurs (OMS, 2020, 7 février)[58]. À cela s'est ajouté un usage « inapproprié, largement répandu, des EPI,

[56] Le dépistage reste gratuit, sur présentation d'une preuve, pour les personnes « ayant un schéma vaccinal complet ou une contre-indication à la vaccination ; mineures ; identifiées dans le cadre du contact-tracing fait par l'Assurance maladie ; concernées par des campagnes de dépistage collectif, organisées par les Agences régionales de santé ou au sein des établissements de l'éducation nationale par exemple ; présentant une prescription médicale ; ayant un certificat de rétablissement de moins de six mois » (Santé Gouv, 2021, 10 octobre, p.5).

[57] La prise en charge des tests reste totale pour : « les patients en affection longue durée (ALD) ; les personnes de 65 ans et plus ; les mineurs ; les professionnels des secteurs médicaux et médico-sociaux, sur présentation d'un justificatif attestant de leur statut ; les personnes bénéficiant d'une exonération au titre de l'assurance maternité ; les personnes faisant l'objet d'un dépistage collectif » (Info Gouv, 2023, 2 mars, s.p.).

[58] Organisation Mondiale de la Santé (2020, 7 février). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors de la d'information sur le nouveau coronavirus 2019. Repéré à : https://www.who.int/fr/director-

autrement que pour les soins aux patients » (OMS, 2020, 7 février, s.p) entraînant un épuisement des stocks et la crainte de retards dans les livraisons alors estimés de 4 à 6 mois (OMS, 2020, 7 février).

En France, l'utilisation de masque de protection constitue l'une des mesures sanitaires les plus controversées, à la fois en raison de la communication contradictoire du gouvernement à propos de son utilité (Chaussinand, 2021), et en raison d'une mauvaise gestion du stock national de masques de protection (Bergeron et al., 2020). Faute de stock suffisant, le gouvernement français adopte en effet une stratégie de communication visant à minimiser l'utilité des masques (Chaussinand, 2021), avançant tour à tour qu'ils étaient inutiles pour la population générale ou mal utilisés. Or quelques semaines plus tard, en mars 2020, le gouvernement procède à une réquisition des masques de protection[59] afin de les distribuer prioritairement aux professionnels de santé, aux personnes malades, et dans une moindre mesure aux EHPAD. Les établissements sociaux et médico-sociaux tels que les foyers pour personnes handicapées (Benoist et al., 2020) ou les FTM et RS sont quant à eux exclus de cette distribution priorisée.

Bien que les masques soient réservés à des publics prioritaires, cette situation a conduit au développement d'un marché clandestin de masques et de gel hydroalcoolique (FranceInfo, 2020, mars). L'extension du port du masque à l'ensemble de la population s'est faite progressivement, à mesure de la commercialisation croissante de masques. Si le prix des masques a fait l'objet d'une mesure d'encadrement de la part du gouvernement (0,95 l'unité et 47,50 la boîte de 50), leur coût était cependant trop élevé pour permettre en permettre l'accès aux personnes les plus démunies, alors que la pénurie qui sévissait n'a pas permis de procéder à des distributions gratuites auprès de ces populations (Benoist et al., 2020). Or on peut s'interroger ici, comme d'autre auteur (van Nuffel, 2021), si une meilleure gestion des stocks de masques en amont de la pandémie aurait pu permette d'éviter ces inégalités, alors que la justice à récemment condamné l'État français pour sa gestion des masques avant la pandémie (Cours administrative d'appel de Paris, 6 octobre 2023).

general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-novel-coronavirus---7-february-2020

[59] Décret n° 2020-190 du 3 mars 2020.

Le 20 juillet 2020, le port du masque devient obligatoire dans les lieux publics clos[60]. Cependant, les difficultés d'approvisionnement persistent. Le gouvernement encourage alors la production de masques en tissu réutilisables, en publiant notamment un tutoriel de fabrication via le site de l'Association Française de Normalisation (AFNOR)[61]. Cette solution alternative est rapidement remise en cause. Ces masques artisanaux sont jugés inefficaces, et leur usage sera proscrit[62], illustrant un nouveau revirement dans la communication gouvernementale.

En août 2020, le port du masque devient obligatoire en extérieur dans certains départements et grandes villes, à l'initiative des maires et des préfets[63]. La généralisation du port du masque a entraîné une perte de repères liée à la dissimulation des visages, ainsi qu'une altération du lien social face aux difficultés à interagir sans discerner le sourire d'autrui ou le mouvement de ses lèvres, notamment pour les personnes âgées (Le Breton, 2023), les personnes sourdes et malentendantes dont l'inclusion sociale est particulièrement compromise (Benoist et al., 2021) ou encore certaines professions comme les orthophonistes et les enseignants (Remacle et Henrich Bernardoni, 2021). Des masques transparents, dits inclusifs, ont été progressivement commercialisés après leur homologation (Andrieu, 2022). L'obligation du port du masque, vécue par certaines personnes comme une entrave à leur liberté (van Nuffel, 2021), a également suscité des tensions entre ceux qui respectaient son obligation et ceux qui s'en défiaient (Le Breton, 2023).

L'obligation de porter le masque est levée le 17 juin 2021 dans les lieux publics en extérieur, sauf si les mesures de distanciation sociale ne peuvent être observées (file d'attente, transport en commun, cérémonie religieuse, etc.). L'obligation reste maintenue pour les lieux publics clos (InfoGouv, 2021, juin). Elle redevient obligatoire (y compris en extérieur) dans 20 départements en juillet 2021 (Ouest France, 2021, 27 juillet), ainsi qu'à Paris le 31 décembre 2021 en raison d'une recrudescence du virus (Préfecture Île-de-France, 2021, 30 décembre).

L'obligation de port du masque est levée dans les espaces extérieurs le 2 février 2022, ainsi que dans les lieux clos concernés par le pass vaccinal le 28 février 2022, à l'exception des transports

[60] Décret n° 2020-860 du 10 juillet 2020.
[61] Tutoriel vidéo uniquement disponible en langue française, anglaise, et espagnole. Repéré à : https://latelierdesgourdes.fr/tuto-masque-afnor/
[62] Par le décret du 21 janvier 2021.
[63] Décret n° 2020-944 du 30 juillet 2020.

en commun (InfoGouv, 2022, février). Le 16 mai 2022, il n'est plus requis dans les transports, mais demeure obligatoire dans les hôpitaux et fortement recommandé pour les personnes fragiles (InfoGouv, 2022, mai). L'obligation du port du masque, en France, aura duré un an et demi avec des prolongations variables selon les établissements de santé, en fonction de leur règlement intérieur.

7. Les mesures de couvre-feu

Prérogatives juridiquement prévues par le régime d'État d'urgence sanitaire (EUS), les mesures de couvre-feu ont été mobilisées aux niveaux départemental et national par le gouvernement, mais aussi au niveau local par les maires, notamment en complément des mesures de confinements. Au total, deux couvre-feux nationaux ont été adoptés. Le premier, du 17 octobre 2020 au 29 octobre 2020, de 21h à 6h, qui fait suite aux couvre-feux déjà effectifs dans 54 départements, et qui aboutira le 30 octobre à l'adoption du deuxième confinement. Le second, adopté à la sortie du second confinement, se prolonge du 15 décembre 2020 au 20 juin 2021, de 21h à 6h, à l'exception des soirées de Noël et du Réveillon de l'An. Notons un durcissement du deuxième couvre-feu entre le 21 janvier et le 19 mars (18h-6h), puis deux assouplissements : l'un entre le 20 mars et le 18 mai (19h-6h) et l'autre entre le 19 mai et le 20 juin (21h-6h). Au total, les couvre-feux nationaux se sont étalés sur 155 soirées.

Ces mesures de confinement visaient à répondre aux différentes recrudescences du virus par un maintien de la distanciation sociale. Comme précisé sur le site Vie Publique, les critères pour adopter un couvre-feu sont :

- un nombre de cas positifs au Covid-19 de plus de 250 cas pour 100 000 habitants ;
- une incidence de plus de 100 cas pour 100 000 chez les personnes âgées ;
- un taux d'occupation des lits de réanimation supérieur à 30% avec une dynamique conduisant à un dépassement des 50% dans les prochaines semaines.

Source : Vie Publique (23 octobre 2020). Covid-19 : couvre-feu nocturne pour 54 départements.

Comme pour les confinements, les couvre-feux impliquaient également l'obligation de présenter une attestation dérogatoire de déplacement. Le non-respect de cette obligation était sanctionné par une amende forfaitaire de 135 euros, majorée en cas de récidive.

8. La vaccination comme levier de lutte contre le virus

En complément des mesures de distanciation physique destinées à briser la chaîne de transmission du virus, le gouvernement a orienté sa stratégie vers la recherche de solutions thérapeutiques vaccinales et médicamenteuses, à l'instar de la communauté internationale. Le 24 avril 2020, lors d'un évènement coorganisé par l'OMS, la Commission européenne, le gouvernement français et la Fondation Bill & et Melinda Gates, est annoncé le lancement d'« une collaboration historique, mondiale et limitée dans le temps, pour accélérer la découverte et la production de nouvelles technologies de la santé essentielles contre la Covid-19, et pour en assurer un accès universel et juste » (OMS, 24 avril 2020, s.p)[64]. Cette initiative, nommée Accélérateur ACT, est une collaboration sans précédent (Serrurier, 2022). Elle s'articule autour de 3 volets correspondant aux domaines d'expertises de ses membres (OMS, 2021, 6 avril). Le premier, le volet[65] vaccination, ou mécanisme COVAX, est organisé de concert entre GAVI alliance, la CEPI, l'OMS et, dans une moindre mesure, l'UNICEF. Il vise la mise au point d'un vaccin efficace et à une production rapide et suffisante, estimée à 2 milliards de doses pour la fin de l'année 2021. Toutefois, la distribution des doses s'est heurtée à un « nationalisme sanitaire » (Abgrall, 2021), aussi désigné sous le terme de « nationalisme vaccinal », à plusieurs reprises dénoncé par l'OMS ou encore le Conseil de l'Europe. Ce nationalisme vaccinal s'est traduit par une concurrence entre États pour obtenir des laboratoires producteurs de vaccins un nombre de doses suffisant pour leur population, engageant ainsi une « course à la vaccination » ayant renforcé les inégalités entre pays du Nord et du Sud, en particulier au détriment des pays africains (Zaouaq, 2021, s.p).

[64] Cette collaboration inédite réunie à la fois les principaux acteurs de santé au niveau mondial avec la CEPI [Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies], la FIND [Foundation for Innovative New Diagnostics], Gavi l'Alliance du vaccin, UNICEF, Unitaid, Le Fond Mondial [pour la lutte contre le sida]), ainsi que des acteurs philanthropique (la Fondation Bill & Melinda Gates, Wellcome Trust), mais aussi plus largement des gouvernements, des scientifiques, des entreprises privées, la société civile. Source : Organisation Mondiale de la Santé (2020, 24 avril). « Engagement et appel à l'action: Une collaboration mondiale pour accélérer la mise au point, la production et l'accès équitable à de nouveaux produits de diagnostic, traitements et vaccins contre la COVID-19 » Repéré à : https://www.who.int/fr/news/item/24-04-2020-commitment-and-call-to-action-global-collaboration-to-accelerate-new-covid-19-health-technologies).

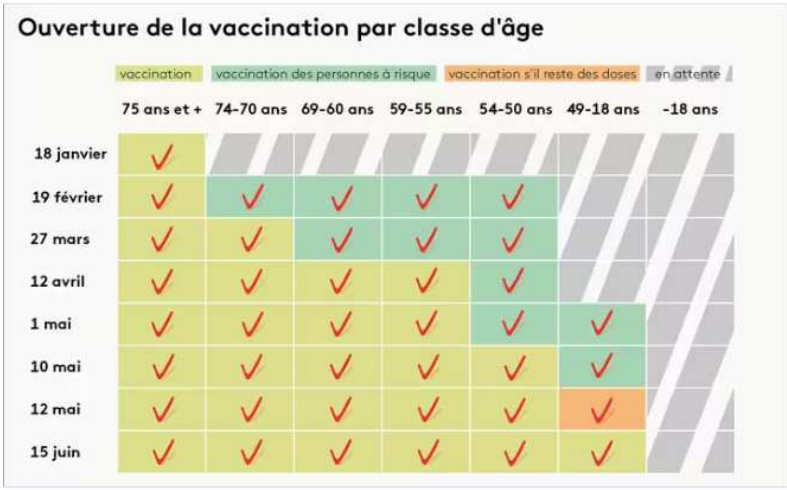
[65] Le deuxième est le volet *produit diagnostic*. Reposant sur une coopération entre la FIND et le Fond Mondial, cet axe vise à trouver de nouveaux outils afin d'optimiser les méthodes en matière de diagnostic au niveau international. Le troisième est le volet *traitement*. Cet axe repose sur la collaboration entre Unitaid et Wellcome Trust et vise à produire et à distribuer des traitements, notamment dans les pays les moins riches.

En France, le lancement de la campagne de vaccination est précédé par la création du « Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale » (COVS), en décembre 2020, rattaché au Ministère de la Santé et présidé par l'immunologue Alain Fisher. Aujourd'hui inactif, ce conseil avait pour mission d'orienter le gouvernement dans la conception de sa stratégie vaccinale, de contribuer à son déploiement, ainsi qu'à l'élaboration des messages de communication de la campagne vaccinale. Entre janvier 2021 et juillet 2022, le COVS rendra 83 rapports (notes et avis confondus). Cette section revient sur le calendrier de la vaccination en France, sur ses obstacles et ses enjeux, notamment en matière d'égalité d'accès au vaccin.

8.1 Une vaccination par phases et par « publics prioritaires »

En France, la campagne de vaccination débute en décembre 2020. Elle est d'abord limitée aux résidents d'EHPAD et des Unités de soins de longue durée (USLD), ainsi qu'aux personnels à risque exerçant dans ces établissements. Cette campagne s'est ensuite élargie de manière progressive selon différentes phases et publics prioritaires, telle que décrite dans la figure 2.

Figure 2 : Calendrier de la première campagne de vaccination (1)

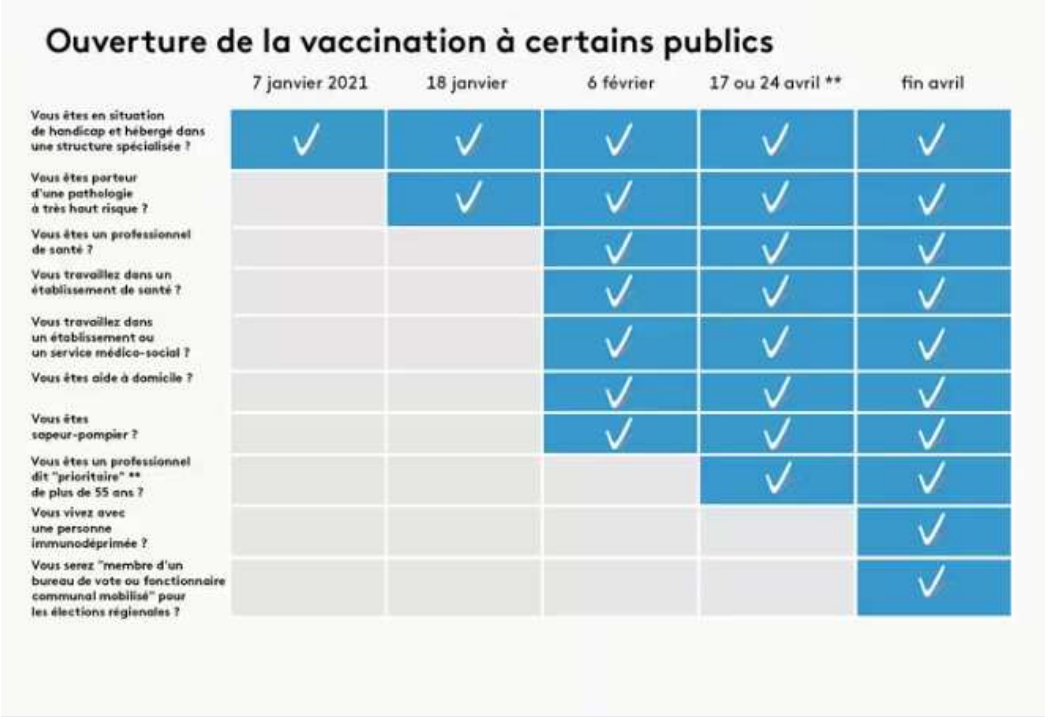


Pour les personnes âgées de 75 ans et +, la vaccination a débuté le 18 janvier 2021. (PIERRE-ALBERT JOSSERAND / FRANCEINFO)

À travers ce calendrier de vaccination (figure 2), nous observons une hiérarchisation de l'accès aux vaccins par tranches d'âge, traduisant une priorisation des personnes considérées comme étant les plus exposées au risque de forme grave de la maladie.

La stratégie de priorisation s'appuyait notamment sur les avis rendus par la HAS, dont les recommandations ont été élaborées à partir d'évaluations issues de la littérature scientifique nationale et internationale traitant des facteurs de risque de formes graves de la Covid-19 (HAS, rapport de mars 2021). Outre l'âge, d'autres critères ont servi à identifier des publics prioritaires, en particulier les personnes en situation de grande précarité (figure 3).

Figure 3 : Calendrier de la première campagne de vaccination (2)



Les professionnels de santé ont pu être vaccinés à partir du 6 février 2021. (PIERRE-ALBERT JOSSERAND / FRANCEINFO)

Un document du ministère de la Santé (2021, 28 mai) consacré à l'« organisation de la vaccination des personnes en situation de grande précarité » souligne que, compte tenu de leur vulnérabilité accrue et de leurs difficultés d'accès aux soins, il importe de veiller à ce que les personnes les plus éloignées du système de santé (indépendamment de leur âge) soient informées de l'ouverture de leur droit à la vaccination à partir du 24 mai 2021 et, le cas échéant, si nécessaire, être accompagnées pour assurer l'effectivité de ce droit (Ministère de la Santé,

2021, p.1)[66]. Sont notamment directement visées ici les « résidences sociales, résidences hôtelières à vocation sociale (RHVS) et Foyers de Travailleurs Migrants (FTM, transformés ou non en résidences sociales) ; ainsi qu'aux structures en « diffus » accueillant ou au contact de personnes en situation de grande précarité » (Ministère de la Santé, 2021, mai, p.1). Cette communication ministérielle présente cependant des incohérences avec d'autres sources informationnelles. Par exemple, FranceInfo mentionne l'ouverture de la vaccination pour les résidents de FTM âgés de 60 ans et plus dès le 6 février, soit plusieurs jours avant la date indiquée par le ministère. Cette dissonance illustre les contradictions parfois observées dans la diffusion d'informations institutionnelles dans ce contexte de crise.

L'élargissement de la campagne à l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus, à compter du 18 janvier 2021, s'est heurtée à des difficultés logistiques importantes. À cette date, environ 800 centres de vaccinations sont ouverts[67], mais les livraisons de doses sont insuffisantes. Outre les retards de livraison et la priorisation des publics éligibles à se faire vacciner, le rythme des campagnes de vaccination a été influencé par l'arrivée progressive de plusieurs vaccins au fil de l'avancée des recherches et des autorisations de mise sur le marché (AMM). En France, plusieurs vaccins ont été autorisés, après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur la base des AMM de l'Agence Européenne du Médicament (EMA). Le tableau 5 en retrace la chronologie, qui s'étend de décembre 2020 pour la mise sur le marché du premier vaccin, à novembre 2022 pour celle du dernier. Ce tableau rappelle également les différentes technologies sur lesquelles reposaient ces vaccins.

[66] Ministère de la Santé et des Solidarités (2021, 28 mai). Organisation de la vaccination des personnes en situation de grande précarité. Repéré à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_-_recommandations_vaccination_personnes_en_situation_de_grande_precarite_-_280621.pdf

[67] Franceinfo. (2021, 18 janvier). Covid-19 : la France fait-elle déjà face à une pénurie de vaccins ? *Franceinfo*. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/covid-19-la-france-fait-elle-deja-face-a-une-penurie-de-vaccins_4262833.html

Figure 4 : Chronologie et caractéristiques des vaccins utilisés en France :

Vaccins	Technologie	Populations éligibles	AMM en France
Comirnaty® de Pfizer/BioNTech	ARNm	Tous publics	21 décembre 2020
Spikevax® de Moderna	ARNm	Tous publics	6 janvier 2021
Vaxzevria® d'AstraZeneca	Vecteur viral	Tous publics	29 janvier 2021
JCOVDEN de Janssen	Vecteur viral	Réservé aux 55 et plus	11 mars 2021
Nuvaxovid® (Novavax),	vaccin protéique adjuvanté (classique)	Tous publics	20 décembre 2021
VidPrevtyn Bêta (Sanofi Pasteur et GSK)	ADN (utilisable uniquement en rappel)	Uniquement en rappel pour adultes ayant reçu une dose	22 novembre 2022

Sources[68] : Haute Autorité de Santé (HAS), ANSM (ADAPTÉ).

L'accroissement du nombre vaccins disponibles a élargi l'offre vaccinale. Selon la HAS, cette diversification vaccinale a étendu la vaccination aux « personnes réticentes face aux vaccins à ARNm ou celles qui ont connu un évènement indésirable grave après une première injection » (HAS, 2022, communiqué de presse 14 janvier 2022, s.p.), tout en soutenant les campagnes de rappel à la vaccination dont la première a été lancée le 1er septembre 2021. Notons aussi qu'au cours du mois de mars 2021, la pratique d'acte de vaccination contre la Covid-19 a été étendue aux pharmaciens, aux infirmiers, et aux sages-femmes, puis aux pompiers (Medadom, 2022, février). Le 18 janvier 2022 marque l'ouverture de centres de vaccination dans toute la France.

Depuis, des campagnes de rappel saisonnier sont recommandées par l'Assurance Maladie à destination des personnes vulnérables[69].

[68] ANSM, (s.d.). Vaccins contre le Covid-19 disponibles en France. Dossier thématique. Vaccins contre la Covid-19. Adapté. URL : https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-vaccins/covid-19-vaccins-autorises + https://ansm.sante.fr/tableau-vaccin/vidprevtyn-beta-sanofi-pasteur

[69] Assurance Maladie (2025, 11 avril). Campagne de vaccination 2025 contre le Covid-19. Repéré à : https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/covid-19/vaccination-contre-le-covid-19/vaccination-covid19

8.2 Infodémie, polémiques, hésitation vaccinale et mouvement antivax

Dès le début de la pandémie Covid-19, une vague d'informations relatives au virus s'est rapidement propagée à l'échelle mondiale, alimentée simultanément par des scientifiques, des responsables politiques, des médias et des citoyens (Monnier, 2020). Cette surabondance d'informations, mêlant données scientifiques, faits validés, rumeurs, spéculations et fausses nouvelles, a très tôt été identifiée par l'OMS comme une menace majeure pour la gestion de la crise sanitaire et la protection des populations. L'OMS a conceptualisé ce phénomène sous le néologisme « infodémie », une contraction des mots « informations » et « épidémie » (Gardère, 2021), en soulignant qu'il constituait une crise dans la crise.

Lors de la Conférence de Munich, le 15 février 2020, le Directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, déclarait ne pas seulement lutter contre une épidémie, mais aussi « contre une infodémie », précisant que « les informations fausses se propagent plus vite et plus facilement que ce virus, et elles sont tout aussi dangereuses » (OMS 15 février 2020, Conférence de Munich, s.p). Dans une déclaration conjointe, l'OMS, les Nations Unies et plusieurs autres institutions internationales rappelaient les dangers de l'infodémie, marquant un consensus autour de l'adoption et de la définition de ce concept :

> Une infodémie est une surabondance d'informations, tant en ligne que hors ligne. Elle se caractérise par des tentatives délibérées de diffuser des informations erronées afin de saper la riposte de santé publique et de promouvoir les objectifs différents de certains groupes ou individus. Les informations fausses et trompeuses ainsi diffusées peuvent nuire à la santé physique et mentale des individus, accroître la stigmatisation, menacer de précieux acquis en matière de santé et conduire à un non-respect des mesures de santé publique, réduisant par là même leur efficacité et compromettant la capacité des pays à enrayer la pandémie (OMS, 2020, 23 septembre, s.p.).

En France, comme ailleurs, ce phénomène a considérablement brouillé la lisibilité des données scientifiques pour le grand public, rendant difficile la distinction entre les faits validés, les hypothèses scientifiques, les opinions, les rumeurs et les fausses informations. L'infodémie a ainsi contribué à alimenter des phénomènes de méfiance et de défiance envers les autorités sanitaires, à freiner l'adhésion aux mesures de prévention, et à polariser les opinions publiques (Viallon et al., 2021). Cette infodémie a très tôt complexifié l'action en santé publique des autorités, comme en témoigne cet extrait d'Emmanuel Macron, lors de son discours du 16 mars 2020 : « Je vous demande aussi de garder le calme dans ce contexte. J'ai vu, ces dernières

heures, des phénomènes de panique en tout sens. Nous devons tous avoir l'esprit de responsabilité. Il ne faut pas que les fausses informations circulent à tout va »[70] (s.p.). Cependant, comme le souligne Le Clainche (2021), la communication du Gouvernement fait elle-même l'objet de critiques pour ses effets sur la méfiance et la défiance de la population envers les autorités, ainsi que sur le phénomène de complotisme émergeant au sujet des origines du virus et de la gestion de la crise sanitaire (Chaussinand, 2021 ; Ivaldi, 2021). Ces critiques portent principalement sur « les messages erronés ou contradictoires du début de crise, sur la verticalité et le centralisme de la communication, sur le caractère « infantile » et déresponsabilisant des messages et sur le manque de transparence » (Le Clainche, 2021, p.437), tant concernant les mesures sanitaires et leur explication à la population, que concernant la stratégie du Gouvernement pour endiguer la prolifération du virus (Le Clainche, 2021). D'abord rassurante et responsabilisante, la communication du Gouvernement s'est révélée plus anxiogène et culpabilisante à l'approche du premier confinement, marquant un glissement entre l'objectif d'informer la population et celui de lui faire peur pour faciliter son acceptation des mesures sanitaires (Chaussinand, 2021).

Dans ce contexte, le manque de confiance envers le Gouvernement ainsi que le manque de connaissances scientifiques sur le virus ont conduit la population à trouver d'autres sources d'informations, principalement sur internet et les réseaux sociaux (Lu Liu, 2021). Toujours selon Lu Liu (2021), les réseaux sociaux « ont été utilisés non seulement comme sources d'information, mais aussi comme espace d'expression et de partage dans lequel il était possible d'exprimer craintes, doutes, questions, émotions, etc. » (p. 131). Néanmoins, les réseaux sociaux ont constitué le principal canal de propagation de l'infodémie, exposant ainsi leurs usagers à de fausses informations difficilement contrôlables par les autorités (Jaubert et Dolbeau-Bandin, 2020). Certaines de ces informations portaient sur des remèdes frauduleux, voire dangereux, parfois mis en vente, ainsi que sur des conseils de protection eux-mêmes à risque, comme l'usage d'eau de javel pour nettoyer des aliments, ou la prise de cocaïne (Zbienen, 2020). Dans certains cas, ces fausses informations relayées sur les réseaux sociaux étaient issues de source officielle, comme par exemple la revue scientifique Vaccines, en accès libre, qui remettaient en cause l'innocuité du vaccin, ou encore l'institution *Pandemic Analytics*

[70] Emmanuel Macron (2020, 16 mars). "Nous sommes en guerre sanitaire contre le Covid-19". Allocution présidentielle. Repéré à : https://ue.delegfrance.org/nous-sommes-en-guerre-sanitaire

and Data, composée de spécialistes internationaux sur la santé, qui avertissait d'un risque du port du masque pour la santé des enfants (Lu Liu, 2021).

Progressivement, l'infodémie s'est cristallisée autour de l'enjeu de vacciner la population ; ses effets ont par ailleurs été exacerbés par des discours scientifiques vernaculaires, comme l'illustre notamment cet extrait du Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale (COVS) en février 2021 :

> « Alors que les données scientifiques affluent du monde entier, dans une terminologie difficilement compréhensible pour des non-spécialistes, que la durée et l'ampleur de la crise suscitent des interrogations légitimes dans la population, que les experts émettent des prévisions parfois divergentes sur l'avenir, que le nombre d'informations incomplètes ou inexactes s'accroît en même temps que l'incertitude liée à l'émergence des variants, jamais le rôle de l'information et de la communication n'a été aussi grand » (COVS, 2021, février, p.1)[71].

Cette incertitude a été amplifiée par plusieurs évènements polémiques. La suspension temporaire du vaccin AstraZeneca en mars 2021, décidée par précaution face à des suspicions d'effets secondaires indésirables[72], a fragilisé la cohérence et la crédibilité du discours du gouvernement au sujet de sa stratégie vaccinale. Les polémiques autour du traitement par hydroxychloroquine[73], cristallisées en France par le professeur en microbiologie Didier Raoult (Goepfert et Valex, 2022), alors directeur de l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) de Marseille et membre du Conseil scientifique[74], ont également contribué à la polarisation et la politisation du débat public sur la vaccination. Ces éléments ont facilité l'émergence du mouvement antivax, porteur d'une défiance et d'une méfiance envers le gouvernement, les médias et les scientifiques (Giry et Nicey, 2022). Le mouvement antivax s'inscrit plus largement en continuité d'autres polémiques sur la vaccination en France qui, déjà, mettaient en lumière les enjeux de santé publique et les enjeux démocratiques quant à la construction des discours par

[71] Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale (2021, février). Recommandations pour une information responsable sur la vaccination contre la COVID-19. Repéré à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/information_responsable_autour_des_vaccins_v22022021_1_.pdf

[72] Un avis du COVS en date du 6 avril 2021 rapporte que, « après un signal de pharmacovigilance détecté mi-mars en Europe suggérant un risque d'événements thromboemboliques graves (thromboses veineuses multiples avec thrombopénies / CIVD), l'utilisation du vaccin Astra Zeneca a été restreinte en France aux personnes de plus de 55 ans. » (COVS, 2021, avril, p.1).

[73] Molécule commercialisée en France sous l'appellation Plaquenil par Sanofi, et présentée comme un traitement alternatif, préventif, efficace et peu coûteux à la vaccination.

[74] Dont il démissionnera à la suite de son essai clinique controversé sur l'intérêt et l'innocuité de l'hydroxychloroquine dans le traitement du SARS-CoV-2.

les acteurs qui s'opposent, mais aussi sur les (en)jeux de légitimation et de délégitimation de ces acteurs, ainsi que plus largement sur les enjeux d'un débat de fond, sans stratégie de politisation ou de personnalisation (Ward, Guille-Escuret, Alapetite, 2019). Toutefois, il convient de distinguer ce mouvement du phénomène plus large « d'hésitation vaccinale », concept reconnu par l'OMS dès 2019, et inscrit dans sa liste des dix plus grandes menaces mondiales pour la santé. L'hésitation vaccinale est définie comme un ensemble d'attitudes doute, de réticence ou de refus vis-à-vis des vaccins (Ward et Peretti-Wattel, 2020), malgré leur disponibilité. Face à cette défiance, les pouvoirs publics ont durci la stratégie vaccinale à travers l'instauration du Pass sanitaire, puis du Pass vaccinal.

9. Pass sanitaire et Pass vaccinal

Le pass sanitaire est entré en vigueur en France le 9 juin 2021, conformément aux dispositions de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire. Cette loi a permis au Gouvernement de conditionner l'accès à certains lieux, établissements ou évènements à la présentation d'un justificatif sanitaire. Adoptée dans le cadre de l'EUS, cette mesure visait à appuyer la campagne de vaccination et à inciter la population à se vacciner, en plus de contrôler la progression du virus. L'obtention et la validité de ce pass impliquaient d'avoir un schéma vaccinal complet (avec, à compter du 15 janvier 2022, une dose de rappel obligatoire sous moins de 3 mois à compter de la dernière injection ou infection). Le pass sanitaire pouvait prendre la forme d'un support papier ou d'un support numérique avec l'application TousAntiCovid. À défaut, l'accès aux établissements et autres lieux de loisirs, de sport et de culture pouvait se faire sous présentation d'un test négatif de moins de 24 h, ou sous présentation d'un test RT-PCR ou antigénique positif d'au moins 11 jours et de maximum 6 mois, ayant valeur de certificat de rétablissement (InfoGouv, 2021, juillet). Un contrôle se faisait systématiquement à l'entrée des établissements, soit en flashant un QR code sur l'application TousAntiCovid, soit en vérifiant les données papier. Les contrevenants s'exposaient à de lourdes amendes, voire à une peine de prison en cas de récidive. À partir du 1er juillet 2021, la mise en place d'un pass sanitaire permet aux Français de voyager dans l'ensemble des pays européens. Les voyages hors Europe restent suspendus. L'accès aux lieux

de cultes[75] n'est cependant pas soumis à la présentation du pass sanitaire, sauf en cas d'activités sans liens directs avec le culte (conférence, concert, visites, etc.)[76].

L'introduction de cet outil de santé publique a soulevé de nombreuses interrogations juridiques, éthiques et sociales. Dès sa conception, un avis de la CNIL soulignait, outre les enjeux de protection des données personnelles, la nécessité d'encadrer strictement ce dispositif dans le temps, d'en limiter l'usage à des circonstances exceptionnelles, d'évaluer régulièrement ses effets sur les populations et de prévenir les discriminations pour les personnes exclues de la sphère du numérique, en assurant leur inclusion au dispositif avec la possibilité de recourir à un certificat papier plutôt qu'à l'application TousAntiCovid[77]. L'introduction du Pass sanitaire marque par ailleurs une extension des mouvements de contestation jusqu'alors limités à la vaccination (Legris, 2025), et entérine l'approche à la fois coercitive et infantilisante du gouvernement en matière de vaccination de la population (Zacklad, 2022).

Avec la loi du 24 janvier 2022, le pass sanitaire est transformé en « Pass vaccinal ». Celui-ci est exigé pour accéder aux bars et restaurants, aux établissements d'activités de loisirs, aux foires, aux séminaires et salons professionnels, aux grands magasins et centres commerciaux (par décision du préfet), et aux transports en commun interrégionaux (avions, trains, bus). Ce Pass sera suspendu le 14 mars 2022, tout en restant en vigueur dans « les établissements de santé, les maisons de retraite, les établissements accueillant des personnes en situation de handicap qui sont particulièrement fragiles »[78]. Bien que le Pass sanitaire, puis vaccinal aient été officiellement adoptés pour limiter la circulation du virus et étendre la couverture vaccinale, pour certains chercheurs, ils constituent un cadre normatif contraignant et portent atteinte au consentement libre et éclairé de la vaccination des populations (Bandelier et al., 2022). Selon Gagneux-Brunon et al. (2023), une proportion importante de la population

[75] Qui relèvent en droit français de la catégorie des Établissements accueillant du publique (ERP) et ainsi d'une législation spécifique en matière de sécurité.
[76] Décret du 19 juillet 2021 (n° 2021-955)
[77] Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), délibération n°2021-054 du 12 mai 2021 portant avis sur le projet de mise en place d'un pass sanitaire conditionnant l'accès à certains lieux, évènements ou établissements impliquant de grands rassemblements de personnes. Repéré à : https://www.cnil.fr/fr/la-cnil-rend-son-avis-sur-le-projet-de-passe-sanitaire
[78] InfoGouv (2022). Fin du « pass vaccinal » et du masque obligatoire. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/covid-19-le-gouvernement-leve-le-pass-vaccinal-et-le-port-du-masque-a-compter-du-14-mars

française a perdu confiance en la vaccination depuis la pandémie Covid-19, en particulier les personnes estimant s'être vaccinées sous la contrainte du pass sanitaire.

10. Fermeture et réouverture des frontières extracommunautaires

Enfin, parmi les mesures prises dans la gestion politique de la pandémie, figure la fermeture des frontières, contribuant à restreindre drastiquement la mobilité internationale des populations dans un contexte de circulation mondiale du virus. La fermeture des frontières extérieures de l'Union européenne a été décidée par la Commission européenne le 17 mars 2020. Concernant l'espace Schengen, la fermeture des frontières s'est faite selon la souveraineté des États membres (18 mars pour la France), avec le rétablissement du contrôle de ses frontières intérieures et extérieures (Wassenberg et al., 2023). Le contrôle des frontières intérieures (espace Schengen) a été levé le 15 juin 2020[79].

Le 30 juin 2020, en accord avec le Conseil de l'Europe, le gouvernement français annonce la réouverture progressive de ses frontières à certains pays tiers à compter du 1er juillet 2020, dont l'Algérie, le Maroc, Tunisie et le Rwanda pour ce qui concerne le continent africain[80]. Cette réouverture progressive s'est faite en fonction de la situation sanitaire des pays. Néanmoins, l'émergence de nouveaux variants du virus conduit à une nouvelle fermeture des frontières avec les États tiers de l'Union européenne en février 2021 (Vie Publique, 2021, 10 juin). Elles seront réouvertes à compter du 9 juin 2021[81] et les déplacements autorisés uniquement en raison de motifs impérieux familiaux, professionnels ou de santé établis[82]. Les personnes arrivant en France depuis un pays d'Afrique (à l'exception de l'Afrique du Sud) étaient soumises aux obligations suivantes selon leur statut vaccinal : les voyageurs vaccinés devaient présenter un test PCR négatif de moins de 72 heures ou un test antigénique négatif de moins de 48 heures ;

[79] Communiqué de M. Jean-Yves LE DRIAN, ministre de l'Europe et des affaires étrangères et de M. Christophe CASTANER, ministre de l'intérieur (2020, 12 juin). La France lève l'ensemble des restrictions de circulation à ses frontières intérieures européennes. Repéré à : https://ue.delegfrance.org/la-france-leve-l-ensemble-des

[80] Communiqué de presse du Conseil de l'Union européenne (2020, 30 juin). Réouverture des frontières extérieures de l'UE à certains pays tiers. Repéré à : https://ue.delegfrance.org/reouverture-des-frontieres

[81] Gouvernement Français (2021). Stratégie de réouverture des frontières à compter du 9 juin. Repéré à : https://www.sports.gouv.fr/sites/default/files/2023-07/strat-gie-de-r-ouverture-des-fronti-res-compter-du-9-juin-6992.pdf

[82] Liste indicative des motifs impérieux justifiant des déplacements entre le territoire français et un pays ou territoire n'appartenant pas à l'espace européen. Repéré à : https://td.ambafrance.org/IMG/pdf/liste_indicative_des_motifs_imperieux_.pdf?6559/b081346adad5ee0ec6a10f6a2bd68f5a177fa965

les voyageurs non-vaccinés devaient justifier d'un motif impérieux, présenter un test de dépistage négatif à l'embarquement, et respecter un auto-isolement de sept jours à leur arrivée en France (Vie Publique, 2021, 10 juin). Les voyages depuis la France vers un pays tiers étaient systématiquement soumis aux règles en vigueur dans le pays de destination. Le 1er août 2022 les mesures de contrôle sanitaires aux frontières sont définitivement levées à l'entrée de la France.

La fermeture des frontières ont constitué des difficultés spécifiques pour les personnes ayant vécu la pandémie de manière transnationale. La recherche MoCoMi[83] (2020) a notamment mis en lumière certaines problématiques liées à la « mort en migration », en particulier concernant le rapatriement des corps des défunts au pays d'origine, les expériences transnationales de deuil, et plus largement l'adaptation des pratiques funéraires et cultuelles en contexte sanitaire. Par ailleurs, les mesures de contrôle aux frontières ont participé à discriminer certaines catégories d'étrangers, notamment à travers des pratiques policières discriminatoires. Un rapport de l'Association Nationale d'Assistance aux Frontières pour les Étrangers (ANAFE, 2024) souligne des pratiques de contrôles policiers ciblés sur des vols en provenance d'Afrique, en raison d'une suspicion de tests PCR frauduleux.

[83] Saglio-Yatzimirsky, M.-C. (dir.). (2020). *Morts Covid en Migration (MoCoMi)* Institut Convergences Migrations. https://www.icmigrations.cnrs.fr/2020/07/08/projets-retenus-pour-lappel-a-projet-n3-de-lic-migrations/

Chapitre 3 : Contexte socio-épidémiologique de la pandémie Covid-19 en France

La pandémie Covid-19 a particulièrement affecté les personnes âgées, en particulier sur le plan épidémiologique, où elles comptent parmi les populations les plus mortellement touchées par le virus. Toutefois deux éléments apparaissent essentiels à rappeler dans l'introduction de ce chapitre. Le premier est que les personnes âgées ne constituent pas une population homogène ; elles présentent des disparités, tant concernant leur âge chronologique, leur état de santé, leur situation résidentielle, leur niveau de ressources socio-économiques, leurs modes de vie ou encore de leur parcours migratoire qui, parfois participent à les fragiliser, et d'autres fois participent à les protéger. Le deuxième élément est que la crise sanitaire a révélé et amplifié des inégalités sociales préexistantes qui, indépendamment de l'âge, participent à expliquer l'exposition disproportionnée de certaines populations aux effets négatifs de la pandémie. Comme l'a souligné Michelle Bachelet, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, les « minorités raciales et ethniques originaires d'Afrique » ont ainsi particulièrement été exposées en raison des inégalités sociales vécues avant et pendant la pandémie (ONU, 2020, 2 juin). Ces inégalités sont liées à des facteurs structurels tels que des conditions de logement précaires, une surreprésentation dans des emplois exposés, une accumulation de comorbidités mal prises en charge, un accès limité aux soins et un racisme structurel (ONU, 2020, 2 juin) dont l'ampleur et les effets restent encore sous-étudiés en France (Azria et al., 2020).

Au regard de ces éléments, il apparaît que les effets de la pandémie Covid-19 chez les personnes âgées ne peuvent être compris sans prendre en compte les inégalités sociales qu'elles vivent. Ce chapitre présente les effets de la pandémie chez les personnes âgées en France, en mobilisant des données épidémiologiques, sociales et sanitaires, pour mieux aborder ensuite la singularité du cas des PAI. Dans un premier temps, il s'agira d'explorer les principales répercussions de la crise sur les personnes âgées dans leur ensemble, en revenant sur les facteurs biologiques, sociaux et contextuels qui ont influencé leur exposition au virus et aux effets négatifs de la pandémie en France. Dans un second temps, l'attention se portera plus spécifiquement sur les PAI, dont les trajectoires de vie et les conditions d'existence ont participé à singulariser leur expérience et à davantage les exposer aux risques engendrés par la pandémie.

1. Une mortalité importante chez les personnes âgées

Lors de la survenue de la pandémie Covid-19, l'année 2020 a été marquée par une hausse des décès d'une ampleur non observée depuis 70 ans (Le Minez et Roux, 2021), avec un recul de l'espérance de 0,7 an pour les hommes, et 0,4 an pour les femmes (Crisan et al., 2023). Il reste cependant difficile d'évaluer avec précision le nombre total de personnes contaminées par le virus, en particulier lors de la première vague de contamination. Au total, selon la fiche maladie du site de l'institut Pasteur, le nombre de cas de contaminations déclarés en France depuis le début de la pandémie jusqu'au 15 août 2023 s'élève à 38 997 490 millions, contre 39 933 522 cas selon les sites COVIDTracker et Santé Publique France au 31/03/2023. Sur la même période, toujours selon l'Institut Pasteur, 769 774 646 cas ont été déclarés dans le monde. La production de tests, leur fiabilité et leur utilisation et appropriation par les populations (Costemalle et al., 2021), la création du SI-DEP en cours d'année, de même que les limites des méthodes statistiques, compte parmi les facteurs pouvant expliquer l'insuffisance et l'imprécision de ces données. Concernant la mortalité du virus, selon la fiche maladie du site de l'Institut Pasteur, le nombre total de décès survenus en France par contamination au SARS-CoV-2 depuis le début de la pandémie jusqu'au 15 août 2023 s'élève à 167 985, contre 6 955 141 de décès déclarés dans le monde. Selon des données actualisées au 31/03/2023 des sites COVIDtracker et Santé Publique France, 137 680 décès sont survenus à l'hôpital. Comme en 2020 (Fouillet et al., 2024), la Covid-19 était en 2021 la 3ème cause des décès toutes tranches d'âge confondues (9% des décès, soit 60 895 décès), derrière les tumeurs (25,7% des décès soit, 169 910 décès) et les maladies cardiovasculaires (20,9% des décès, soit 137 716 décès) (Fouillet et al., 2023).

La vulnérabilité des personnes âgées a été mise en évidence très tôt par leur surreprésentation dans les statiques de mortalité liées à la Covid-19. La sénescence, l'immunosénescence, mais aussi l'obésité et certaines comorbidités (c'est-à-dire de pathologies chroniques comme le diabète, l'hypertension, etc.) sont les principaux facteurs de cette vulnérabilité (Colin et Paul, 2021). Comme l'indique l'ONU (2020) dans son rapport sur l'impact de la pandémie Covid-19 chez les personnes âgées, la prévalence de pathologies chroniques plus importante chez ces populations les a exposés à un risque accru de contracter une forme grave de la maladie, en plus d'être davantage exposées à des discriminations médicales liées à leur âge (OMS, 2020, p.3).

La littérature a mis en lumière un nombre important de comorbidités et de maladies associées à une forme grave de la Covid-19, indépendamment de l'âge des personnes. Sur cette base, et au fil des recherches, le ministère de la Santé a établi une « liste des comorbidités et des maladies associées à un risque de forme grave de Covid-19 ». On y retrouve 3 catégories : celle des comorbidités ; celle des pathologies à haut risque ; et celle des personnes considérées comme immunodéprimées. Selon la dernière mise à jour de cette liste (04/10/2023) disponible sur le site du Ministère, sont recensées 8 comorbidités, 42 pathologies associées à une forme grave de la Covid-19, et 5 situations médicales dans lesquelles une personne est considérée comme immunodéprimée contre la Covid-19[84]. En 2020, lors de la première année la pandémie, « plus de la moitié des décès (56,8 %, 39 354) concernent les 85 ans ou plus, alors que les moins de 65 ans représentent 4 301 décès (soit 6,2 % des décès dus au Covid-19) » (Naouri et al., 2022, p.2). Les hommes décédés sont en moyenne plus jeunes que les femmes, avec un âge médian de 83 ans pour les premiers, contre 88 ans pour les secondes (Naouri et al., 2022). En 2021, les hommes représentaient un peu plus de la moitié des décès liés à la COVDI-19 (53 %, contre 50,7 % en 2020) ; les victimes étaient légèrement plus jeunes que l'année précédente (près d'une personne décédée sur deux (49,6 %) avait 85 ans ou plus), tandis que la part des moins de 65 ans atteignait 8,4 %. (Fouillet et al., 2023). L'âge médian des personnes décédées (hommes et femmes confondus) était de 84 ans, contre 86 ans en 2020 (Fouillet et al., 2023).

Toutefois, ces chiffres ne permettent pas d'évaluer totalement l'impact létal de la pandémie Covid-19 dans la mesure où ils se limitent aux seuls décès par contaminations, sans intégrer d'autres types de mortalités pouvant être dus à la crise sanitaire, tels le moindre dépistage d'autre maladie ou le report d'opérations – faute de pouvoir être calculés (Gastineau et al., 2022). Aussi, plus largement, une étude de Khemaken et al, (2025) montre que les personnes âgées sont également plus exposées à un risque de covid long, bien que les auteurs précisent que les symptômes qui en découlent peuvent être associées à ceux de pathologies chroniques, entraînant une sous-déclaration de leur présence chez ceux qui les vivent. Toujours selon cette étude, les symptômes associés à un covid long rapporté par les participants âgés sont la fatigue, l'asthénie, les céphalées, les douleurs neuropathiques, les pertes de mémoire, ainsi que dans

[84] Lien URL de la liste : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-et-infections-respiratoires/covid-19/vaccin-covid-19/article/la-liste-des-comorbidites-et-des-maladies-associees-a-un-risque-de-forme-grave

une moindre mesure la dénutrition (Khemaken et al, (2025). Ces données, bien que limitées, illustrent néanmoins la vulnérabilité plus importante des personnes âgées par rapport au reste de la population. Cependant, cette vulnérabilité ne s'est pas limitée à leur seule exposition au risque de décéder du virus, de la même manière que les effets négatifs de la pandémie ne sont pas limités à la prolifération du virus. Leur vulnérabilité s'inscrit dans un contexte plus large de fragilisation sociale, psychique et institutionnelle, dont les conséquences ont varié en fonction des situations de vie, des ressources disponibles et des rapports aux structures de soins et d'accompagnement.

2. Les répercussions de la pandémie chez les personnes âgées en France

En France, une part importante des études disponibles sur les populations âgées en contexte Covid-19 portent sur les effets négatifs des confinements sur leur santé. L'isolement, la privation ou la limitation des liens sociaux et des routines sociales ont produit des effets plus ou moins importants chez de nombreuses personnes âgées.

Dès l'adoption du premier confinement, plusieurs auteurs ont alerté sur les principaux risques que présentait une telle mesure chez les populations âgées, tant sur le plan physique, psychique que social. La diminution de l'activité physique était associée à un risque accru de sarcopénie[85] (Maamar, Khibri, et al, 2020), de chute et de perte d'autonomie (Picoli et al., 2020). Alors qu'il représente le 3ème facteur de mortalité chez les plus de 75 ans en Europe, l'isolement social était associé à des risques de dépression, d'anxiété et de stress, eux-mêmes générateurs de risque pour la santé physique et cognitive (Picoli et al., 2020), ainsi qu'à un risque accru de syndrome de glissement (Krakowka, 2021). Les retards dans la prise en charge de pathologies chroniques, telles les maladies cardiovasculaires ou néoplasiques en raison des tensions du système de soin, ont également été soulignés (Maamar, Khibri, et al, 2020). Cela étant, la majorité des travaux s'intéressent essentiellement aux conséquences des confinements sur la santé mentale[86]. Une

[85] Pathologie définie dans le dictionnaire Nationale de l'Académie de Médecine (version 2020) comme une « diminution du nombre et du volume des fibres musculaires pouvant aboutir à une réduction, voire à une insuffisance de la masse musculaire conduisant à une altération de la force musculaire et des performances physiques. Elle est généralisée en cas de dénutrition, de défaut de mobilité, d'immobilisation prolongée par maladie neuromusculaire et altération du métabolisme protéique. » Repéré à : https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=sarcopénie

[86] Les résultats varient toutefois en fonction des méthodologies de collecte de données (questionnaires en ligne, entretiens téléphoniques ou en présentiel), engendrant des biais d'échantillonnage notables, notamment par l'exclusion fréquente des personnes en situation de précarité numérique.

part importante des études réalisées portent spécifiquement sur les personnes âgées résidentes dans des EHPAD ; cette population ayant représenté la moitié des décès lors de la première vague de contamination (Balard, Caradec, et al., 2021), alors que 75% des personnes de 75 ans et plus décédées résidaient en EHPAD en mai 2020 (Harboun et al, 2022). Les résultats de ces études tendent à révéler une hétérogénéité des expériences vécues par les résidents d'EHPAD, notamment en termes de difficultés vécues. Si la plupart des études observent chez ces populations une dégradation de leur état de santé mentale (symptomatologie anxieuse et/ou dépressive), la part des personnes sujettes à cette dégradation varie selon les études et divers facteurs. Parmi eux, le parcours de vie, la participation à la vie de l'établissement avant et pendant la pandémie, l'état de santé, le degré de restriction des libertés (réglementation spécifique des établissements) ou les mesures prises par les établissements pour compenser les restrictions de liberté (Zalai et al, 2025 ; Balard, Caradec, et al., 2021). Les disparités observées entre établissements tiennent aussi bien à leurs ressources humaines et matérielles respectives (Chagué, 2020), qu'à la diversité des pratiques de gestion et de prévention adoptées. Tarteret et al. (2020) soulignent ainsi que les établissements ayant enregistré le plus de décès présentaient souvent des « carences » dans leur politique hygiéniste et leur organisation des soins.

À l'inverse, les études sur les personnes âgées vivant en logement diffus ont, dans un premier temps, été moins nombreuses. C'est en ce sens que l'enquête CONSOL2, menée par la Cnav à la fin du troisième confinement en 2021, a interrogé plus de 200 000 retraités via un questionnaire en ligne. Cette enquête visait à documenter les effets du confinement sur les solidarités et le sentiment de solitude des personnes âgées. Un volet qualitatif a permis de recueillir 73 000 témoignages, constituant un vaste corpus textuel[87]. Les résultats révèlent là aussi, une forte variabilité des effets ressentis selon les trajectoires individuelles et les conditions de vie. Les personnes vivant seules ont été nettement plus nombreuses à signaler une baisse de moral que celles vivant en couple, bien que cet écart disparaisse chez les femmes âgées de plus de 75 ans. Aussi, dans cette enquête, 81 % des répondants déclarent avoir eu des difficultés à vivre les confinements, contre 45 % dans le reste de la population (Dhuot et Nowik, 2022a). Les personnes qui entretenaient une vie sociale dense avant la pandémie ont par ailleurs été les plus affectées par ces restrictions (Dhuot et Nowik, 2022a). Ces auteurs notent par

[87] Notons toutefois que l'échantillon présente une surreprésentation des retraités les plus connectés, les plus aisés, vivant en zone urbaine.

ailleurs que la probabilité de ressentir un besoin d'aide augmente avec « l'avancée en âge, une santé physique ou psychique dégradée, des inquiétudes sanitaires en raison de la pandémie, des difficultés économiques, un statut social modeste et le fait de ne pas avoir de conjoint » (Dhuot et Nowik, 2022b, p. 106). Ces besoins d'aide ont été typologisés sous forme de classe : la classe « Moral » regroupe des personnes, majoritairement des femmes sexagénaires, ayant surtout exprimé un besoin de soutien affectif, sans demande d'aide matérielle. La classe « Vulnérabilité » rassemble les personnes les plus fragiles, cumulant problèmes de santé, isolement, difficultés économiques et demandes variées, y compris pour les soins, les démarches administratives et les rendez-vous médicaux. La classe « Logistique » concerne des hommes vivant plutôt en zone rurale, sans besoin moral, mais ayant eu besoin d'aide pour les courses, déplacements ou tâches pratiques. Enfin, la classe « Non-aide », majoritaire, correspond à des personnes en meilleure santé, plus souvent en couple et socialement favorisées, n'ayant exprimé aucun besoin d'aide (Dhuot et Nowik, 2022a). Les auteurs notent également que les personnes âgées vivant seules signalaient plus fréquemment des « difficultés psychosociales » que celles vivant en couple et représentaient en valeur absolue plus de 5 millions de personnes (Dhuot et Nowik, 2022a). Par ailleurs, plus de la moitié des répondants affirment que leur moral s'est détérioré depuis la crise, mais seule une minorité d'entre eux a exprimé un besoin de soutien. Il en va de même pour l'isolement, largement répandu, mais rarement accompagné d'une demande explicite d'aide (Dhuot et Nowik, 2022a).

L'enquête PACOVID (2021), réalisée par téléphone lors du premier confinement, fait état de répercussions sociales et médicales particulièrement moindres chez ses 900 participants, dont peu déclarent présenter des besoins ou des symptômes anxieux ou dépressifs ; leur inquiétude concernant essentiellement leurs proches plutôt qu'eux-mêmes (Amieva, Avila-Funes et al., 2021). Cette enquête rend plus largement compte de la résilience des personnes âgées, notamment à travers des stratégies de coping comme la cuisine, une attitude positive emprunte de confiance en l'avenir, une prise d'information régulière, ainsi qu'à travers la compréhension et l'adoption des gestes barrières.

Ces enquêtes soulignent la diversité des effets du confinement, fortement conditionnés par l'environnement résidentiel, les ressources personnelles et sociales, ainsi que les rapports aux institutions des personnes âgées. Elles mettent en évidence une dynamique double avec, d'un côté, une fragilisation de certaines personnes âgées, notamment isolées ou précaires, et de

l'autre, une capacité d'adaptation chez les personnes les plus aisées et les mieux insérées socialement. Cette variabilité doit être gardée à l'esprit lorsqu'il s'agira d'aborder la situation spécifique des PAI, dont les conditions d'existence éclairent certaines vulnérabilités générales et des formes d'invisibilisation particulières.

3. Inégalités sociales et pandémie

Nous avons vu que les difficultés vécues par les personnes âgées durant la pandémie sont largement influencées par leurs parcours antérieurs et leurs situations (résidentielle, sociale, médicale, etc.). Les inégalités sociales, notamment de santé, ont en ce sens été très tôt analysées pour éclairer la variabilité des répercussions de la pandémie chez les populations et identifier les profils les plus à risque.

Dans un rapport sur les inégalités sociales face à la pandémie, la DREES souligne le cumul de trois principales inégalités : les inégalités face au risque d'exposition au virus, la vulnérabilité différenciée face à la maladie, et les différences de prise en charge (Dubost, Pollak et Rey, 2020). Outre les effets isolés ou combinés de l'avancée en âge et de la prévalence de comorbidités, ce rapport souligne les effets des inégalités résidentielles sur l'exposition à un risque de contamination. Sont particulièrement visées les personnes vivant en logement collectifs, notamment en EHPAD, en FTM ou en RS, en raison de la promiscuité de ces logements ; mais aussi les personnes vivant dans des logements surpeuplés (Dubost, Pollak et Rey, 2020). Rappelons toutefois que ce sont essentiellement les personnes résidant en EHPAD qui ont fait l'objet de mesures de protection spécifiques de la part du gouvernement. Toujours selon ce rapport de la DREES, la protection face au virus est largement déterminée par l'accès et l'adhésion aux mesures sanitaires, qui dépendent à la fois des conditions matérielles, de la compréhension des consignes sanitaires, et de la confiance envers les autorités. Dès lors, les inégalités sociales, notamment en termes de littératie en santé, de littératie linguistique, et de littératie numérique, ont influé sur la capacité des personnes à se protéger. Les données montrent que certaines populations, comme les hommes ou les personnes faiblement alphabétisées en santé, adoptent moins les gestes barrières. Dans un contexte de messages parfois contradictoires, la capacité des groupes les plus vulnérables à intégrer et appliquer ces consignes est ainsi présentée comme un enjeu central, bien qu'insuffisamment documenté.

Ce rapport de la DREES souligne également un risque de rupture dans l'accompagnement social et médico-social des populations vulnérables, parmi lesquels figurent notamment les 800 000 bénéficiaires de l'APA, mais aussi les résidents d'établissement d'hébergement social (FTM, RS). En effet, il est rappelé qu'en 2016, parmi ce type d'établissements, 94% apportaient une aide pour la réalisation de démarches administratives ou juridiques, 93% apportaient un accompagnement à la santé et aux soins, 55% proposaient une restauration individuelle, 42% une distribution d'aide alimentaire (tickets de restaurant compris) et 82% assuraient un accès à des équipements d'hygiène comme des douches ou des machines à laver (Dubost, Pollak et Rey, 2020, p. 30). Ce type d'accompagnement était également assuré par certaines associations selon les territoires. Or la perturbation de ces activités d'accompagnement engendrée par la pandémie a constitué un risque d'accroissement des inégalités sociales rapidement identifié dans ce rapport, bien qu'il n'ait pas suffisamment été pris en compte dans les mesures adoptées pour protéger ces populations. Par ailleurs, outre que d'avoir limité l'accès à l'information sanitaire, l'accès au numérique a constitué une inégalité dans le maintien des liens sociaux lors du premier confinement, ainsi que dans l'accès au divertissement, en particulier chez les 75 ans et plus dont 53% n'avaient pas accès à internet (Dubost, Pollak et Rey, 2020, p. 32).

Les résultats du premier volet de l'enquête « Épidémiologie et conditions de vie » (EpiCoV) ont participé à vérifier les inégalités ici évoquées. Cette enquête revient notamment sur le risque d'exposition au virus plus important que le reste de la population chez les personnes immigrées extra européennes, en particulier raison de leur présence plus importante dans des communes densément peuplées et dans des logements surpeuplés (Bajos et al., 2020). Aussi, en juillet 2021, les personnes immigrées extra européennes sont celles qui étaient le moins à avoir reçu au moins une dose de vaccination (59,1% contre 76,3% pour les immigrés européens), et ce à caractéristiques comparables (âge, niveau de vie, sexe) (Bajos, Costemalle et al., 2022). Cette tendance s'est définitivement vérifiée un an plus tard, en particulier chez les personnes immigrées originaires d'Afrique, qui ont par ailleurs été parmi les populations les plus touchées lors des deux premières vagues de contamination (Bajos, Bagein, et al., 2023).

Selon une étude de la DRESS, les personnes ayant entre 80 et 85 ans présentent un risque près de 16 fois plus élevé que les 40-45 ans d'être hospitalisé (Galiana, L., Meslin, O., et al., 2022). Les facteurs de risque mis en évidence dans cette étude sont l'avancée en âge, le niveau de vie (modeste), la taille du logement, le lieu de naissance (avec une augmentation des risques pour

les personnes nées à l'étranger) et le sexe (1,6% d'hospitalisation de plus chez les hommes en France).

Finalement, les données de la DREES permettent d'objectiver les inégalités sociales de santé qui ont structuré la diffusion du virus et ses conséquences. Loin d'être de simples « facteurs de risque » additionnels, ces inégalités constituent un système d'exposition différenciée, en amont de la contamination comme dans l'accès aux soins ou à la vaccination. La prise en compte des inégalités apparaît essentielle pour comprendre pourquoi certaines populations, comme les personnes immigrées âgées, se trouvent à la croisée de plusieurs lignes de fracture sanitaire et sociale.

4. Les personnes âgées immigrées : des populations multi-exposées

L'âge et l'état de santé (comorbidités) ont été les principaux critères utilisés par le gouvernement dans la construction et l'institutionnalisation d'une catégorie de « personnes vulnérables »[88]. Or, nous avons vu les limites qu'il existe à utiliser ces seuls critères, et surtout les limites liées au manque de prise en compte des inégalités sociales vécues par les populations avant, puis pendant la pandémie, dans l'évaluation de leur vulnérabilité et de leurs besoins. L'analyse des données de mortalité par origine géographique met en lumière l'ampleur des écarts observés dès les premières vagues de contamination, en particulier chez les personnes âgées immigrées, touchées de manière disproportionnée.

Tableau 2 : Nombre de décès enregistrés en France en 2019 et 2020, selon le pays de naissance des personnes décédées et la période

Pays d'origine	Mars-avril		Septembre-décembre		Année entière	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
France	89 662	110 543	177 329	204 822	534 712	576 915
Italie, Portugal, Espagne	3 421	4 361	6 515	8028	19 845	22 070
Maghreb	5 418	8 373	11 102	15 056	33 296	40 148
Afrique subsaharienne	920	1 999	1 824	2 360	5 405	7350

Source : Insee, statistiques de l'état civil, fichier du 20 février 2021.[89]

[88] Décret n°2021-13 du 8 janvier 2021
[89] Adapté.

Ainsi, lors de la première vague de contamination entre mars et avril, la hausse des décès des personnes nées au Maghreb et celles nées en Afrique subsaharienne était de +54% et +114% comparativement à la même période en 2019, contre 18% pour les personnes nées en France (Pappon et Robert-Bobbée, 2020, s.p.). Sur l'ensemble de l'année 2020, cette hausse des décès s'aplanit, mais témoigne d'écarts encore importants selon le pays de naissance par rapport à l'année 2019 : +20,6% pour les personnes nées au Maghreb, +36% pour les personnes nées en Afrique Subsaharienne, contre 7,8% pour les personnes nées en France (Tableau 6). Des écarts similaires sont observés chez les personnes âgées de 65 ans et plus selon leur pays d'origine, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 3 : Nombre de personnes décédées en mars-avril 2019 et mars-avril 2020, par pays de naissance selon l'âge

Pays d'origine	2019			2020		
	-65 ans	65ans et +	Ensemble	-65 ans	65 ans et +	Ensemble
France	13 280	76 407	**89 687**	13 654	95 950	**109 604**
Europe hors France	658	4 820	**5 478**	651	6 286	**6 937**
Maghreb	634	4 785	**5 419**	823	7 499	**8 322**
Afrique subsaharienne	416	504	920	815	1 150	**1 965**

Source : Insee, statistiques de l'état civil, fichier du 4 juin 2020[90].

Chez les personnes de plus de 65 ans, la hausse des décès en 2019 et 2020 a été de 56,72% pour celles originaires du Maghreb, de 128,17 % pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, et de 25,8% pour les personnes nées en France. Aussi, sur l'année 2020, les PAI ont subi un « excès de mortalité jusqu'à 9 fois plus élevé que la population née en France » (Kla et al., 2023, p.6). La hausse des décès chez les moins 65 ans est également plus importante pour les personnes nées en Afrique (hors Maghreb) (+96%) que pour celles nées en France (Pollak, Rey, Dubost, 2021). Certains facteurs explicatifs ont été avancés, tels l'exiguïté et le surpeuplement des logements, la ségrégation socio-spatiale, le manque de ressources économiques (INSERM, 2020). Pappon et Robbert-Bobbée (2020) notent quant à eux que :

> […] pour les personnes résidant dans une commune densément peuplée, les décès entre le 1er mars et le 30 avril 2020 de personnes nées en France ont augmenté de 39 % par rapport à la même période en 2019, contre + 76 % pour celles nées au Maghreb. La

[90] Adapté.

> hausse des décès a été encore plus forte pour les personnes nées en Afrique hors Maghreb (+ 158 %) (Pappon et Robbert-Bobbée, 2020, s.p).

Les résultats du premier volet de l'enquête « Épidémiologie et conditions de vie » (EpiCoV) ont participé à mettre en exergue ces inégalités. Cette enquête revient notamment sur le risque d'exposition au virus plus important que le reste de la population chez les personnes immigrées extra européennes, notamment en raison de leur présence plus importante dans des communes densément peuplées et des logements surpeuplés (Bajos et al., 2020). Aussi, en juillet 2021, les personnes immigrées extra européennes sont celles qui étaient le moins à avoir reçues au moins une dose de vaccination (59,1%, contre 76,3% pour les immigrés européens), et ce à caractéristiques comparables (âge, niveau de vie, sexe) (Bajos, Costemalle et al., 2022). Cette tendance s'est définitivement vérifiée un an plus tard, en particulier chez les personnes immigrées originaires d'Afrique, qui ont par ailleurs été parmi les populations les plus touchées lors des deux premières vagues de contamination (Bajos, Bagein, et al., 2023).

Néanmoins, ces éléments ne permettent ni d'expliquer totalement les chiffres présentés dans cette sous-section, ni de présenter dans leur diversité les difficultés vécues par les populations âgées immigrées durant la pandémie.

4.1 Des répercussions importantes, mais des connaissances limitées

Outre la hausse importante de leur décès lors des premières vagues de contamination, la pandémie Covid-19 a été source de difficultés spécifiques pour les PAI, tant sur le plan social, administratif, économique, familial que médical.

En effet, la fermeture soudaine des institutions publiques, la dématérialisation généralisée et non préparée, a engendré des ruptures importantes. Parmi elles : les suspensions de renouvellement de titre de séjour, des allocations (APL, ASPA), et les difficultés à prendre des rendez-vous médicaux en ligne pour des PAI souvent déconnectés, ne sachant pas toujours lire ni écrire (Belhadj-ziane et al*.,* 2024). Aussi, certaines PAI logeant en FTM ou en RS ont fait l'objet de dépistages forcés et intrusifs (Lévy-Vroelant et Mbodj-Pouye, 2022), quand d'autres ont été vaccinées sans leur consentement (Belhadj-ziane et al., 2022), alertant ainsi sur des pratiques d'accompagnement social et sanitaire inquiétantes, tant d'un point de vue éthique que juridique.

D’autres difficultés peuvent être évoquées au regard de leurs impacts sur la santé physique et mentale de certaines PAI : le manque d’informations sanitaires multilingues et de kits d’hygiène en début de pandémie, les difficultés alimentaires, l’infodémie, ou encore les discriminations liées aux contrôles de l’attestation dérogatoire de déplacement, amenant certaines PAI à se reclure chez elles (Belhadj-ziane et al., 2024). Les contraintes liées au respect des rites funéraires, au rapatriement des dépouilles au pays d’origine et à l’impossibilité d’assister aux funérailles (Belhadj-ziane et al., 2024 ; Cuzol, 2022), ont également compliqué le deuil de certaines familles immigrées tous âges confondus (Saglio-Yatzimirsky et al., 2022).

Enfin, l’isolement social et la solitude ont été parmi les difficultés les plus partagées et difficiles à vivre par les PAI. La fermeture des frontières internationales et les confinements dans des logements inadaptés ont engendré chez beaucoup un mal du pays, un sentiment de double enfermement et d’abandon, amenant certaines PAI à « entamer des démarches en vue d’un retour définitif dans leur pays d’origine » (Belhadj-ziane et al., 2024, p.29).

5. Questions de recherche, objectifs et hypothèses

En France, les PAI originaires du Maghreb et d’Afrique subsaharienne regroupent des populations aux parcours et situations hétérogènes, marquées par une histoire coloniale, migratoire et sociale difficile. De leur arrivée provisoire en France jusqu’à leur installation définitive, leurs parcours s’inscrivent, pour beaucoup, dans une continuité de précarités économiques, sociales, sanitaires et administratives, révélatrices et constitutives de formes durables d’invisibilisation et de vulnérabilisation. Surexposées et vulnérabilisées par la pandémie Covid-19, leurs expériences et leurs difficultés durant cette période ont suscité peu d’attention, tant chez les chercheurs que les décideurs politiques, en dépit des enjeux humains, sociaux et éthiques qu’elles soulèvent.

Aussi, bien que la pandémie soit officiellement terminée depuis mai 2023 (ONU, 2023), elle représente une période charnière dans la transformation des modèles d’organisation de nos sociétés. Parmi ces transformations figurent le renforcement du télétravail (Beatriz et Erb, 2024), l’essor de la téléconsultation, qui était marginale en France avant la pandémie (Kamionka et Bergeat, 2022), ou plus largement l’accélération de la dématérialisation des services publics, avec pour objectif politique d’y parvenir à 100% pour 2022 (Borelle et al.,

2022). Cette dernière transformation dont le processus reste toujours en cours, est d'autant plus préoccupante au regard d'un rapport du Défenseur des droits (2023) rappelant que les « personnes étrangères sont de facto les usagers les plus mis à l'épreuve de la dématérialisation des procédures administratives » (p.3), et ce alors que les personnes âgées, indépendamment de leur origine, restent de surcroît parmi les populations les plus sujettes à l'illectronisme (Bendekkiche et Viard-Guillot, 2021). Bien que des alternatives à la dématérialisation des services publics ont été rendues obligatoires par une décision du Conseil d'État (2022, 3 juin), leur efficacité reste limitée, notamment en raison de la perte de repères qu'elles entraînent chez les professionnels dans leur pratique (Borelle et al., 2022). Notons par exemple, qu'en 2019, une étude de Dudit et Ferlazzo (2022) sur la dématérialisation de l'administration soulignait déjà « une mutation du travail social » (p. 48) ainsi qu'une « responsabilisation des usagers dans l'élaboration et la gestion de leurs dossiers » (p. 48). La création des maisons France Services en 2019, censées constituer des guichets uniques de proximité pour lutter contre l'illectronisme et accompagner les usagers dans diverses démarches dématérialisées, constitue quant à elle une réponse encore insuffisante, d'une part en raison de leur nombre limité sur le territoire métropolitain, et d'autre part en raison des difficultés croissantes des professionnels qui y travaillent face à « l'émergence d'un phénomène de dépendance à l'aide chez les usagers » (Leroux et al., 2023, p.71).

Eu égard à ces éléments, certaines recommandations formulées par le Défenseur des droits à l'attention du gouvernement se révèlent éclairantes sur la situation postpandémique en matière d'accès aux droits et d'inclusion numérique. Bien qu'elles ne se réfèrent pas directement aux PAI, ces recommandations n'en soulignent pas moins la situation préoccupante de ces populations. En effet, parmi ces recommandations figure la mise en place « d'actions ''d'aller-vers'', à destination des publics les plus éloignés des services publics, du numérique et donc de l'accès aux droits » (p.6), ainsi que la nécessité de « prendre en compte les difficultés spécifiques de certains publics pénalisés par le développement de l'administration numérique » (p.6). Ces recommandations soulignent ainsi indirectement les limites d'un modèle administratif dont la dématérialisation renforce les mécanismes d'exclusion des personnes sujettes à l'illectronisme, parmi lesquelles figurent de nombreuses PAI. Dans le but de limiter ces effets d'exclusion, le Défenseur des droits a également insisté sur « le renforcement de la formation, tant initiale que continue, des travailleurs sociaux et des agents d'accueil, notamment

en ce qui concerne l'usage du numérique, l'identification des publics en difficulté, et leur accompagnement » (p. 4). Ces recommandations sont ainsi indirectement révélatrices des défis auxquels peuvent être confrontées les PAI quant à l'accès aux droits et accompagnement social et médico-social par des professionnels insuffisamment formés aux enjeux de cette transformation.

La généralisation de la dématérialisation en contexte postpandémique renforce les inégalités vécues par ces populations. Comment les PAI vivent-elles cette dématérialisation ? Quels effets produit-elle sur leurs conditions de vie ? Dans quelle mesure les PAI parviennent-elles à s'y adapter et, si elles y arrivent, par quelles ressources ? Quelles sont les conséquences de cette dématérialisation sur leur rapport aux administrations et au système de santé ?

Par ailleurs, la pandémie Covid-19, comme d'autres crises récentes, a engendré une inflation importante. Entre 2020 et 2024, l'INSEE (2025, 18 février) enregistre une hausse du taux annuel moyen des prix à la consommation, avec une augmentation de 0,5% en 2020, de 1,6% en 2021, de 5,2% en 2022, de 4,9% en 2023, et de 2% en 2024. Les prix des produits de grande consommation vendus en grande distribution ont également augmenté, avec un pic de 15% en mars et avril 2023 (INSEE, 2025, 18 février). Ces chiffres font écho à un rapport de l'association Petits Frères des pauvres (2024), qui estime à environ 2 millions le nombre de personnes de plus de 60 ans vivant en dessous du seuil de pauvreté (1216 euros). Un rapport de la DREES (2024) souligne par ailleurs une hausse du nombre de bénéficiaires de l'ASPA ou de l'ASV de 4,1% entre 2021 et 2022. Bien que ces chiffres ne précisent pas l'origine des personnes et ne permettent donc pas de déterminer dans quelle proportion ils concernent les PAI, la précarité économique de ces derniers reste un fait établi, en dépit d'un manque de statistiques. Cette inflation pose la question des conditions de vie des PAI aujourd'hui, et de leur capacité à subvenir à leurs besoins, mais aussi à ceux de leur famille restée au pays. Dans quelle mesure cette inflation affecte-t-elle leur mode de vie, notamment en termes de solidarité financière avec la famille, ou de mobilité vers le pays d'origine ? Qu'engendre cette inflation sur leurs accès aux soins ou à l'alimentation ? Donne-t-elle lieu à de nouvelles pratiques de solidarité ou à l'utilisation de nouvelles ressources pour s'y adapter ? Dans quelle mesure le gouvernement tient-il compte des difficultés socio-économiques des PAI ?

Alors qu'elles présentaient en moyenne un état de santé moins bon que le reste de la population avant la pandémie, et qu'elles ont particulièrement été exposées aux effets de cette crise, la situation médicale actuelle des PAI constitue une préoccupation majeure. La pandémie a entraîné des retards dans l'accès aux soins, dans la prévention et le dépistage de maladies, en plus d'avoir généré un isolement important. Par ailleurs, un avis du Haut Conseil de la Santé Publique (2022) rappelle que la pandémie « a mis en évidence la faible culture de la population française dans le domaine de la santé mentale, la faiblesse des actions de prévention et de promotion consacrées à cette dimension de la santé, ainsi qu'un déficit de coordination et de lisibilité de l'offre de recours » (HCSP, 2022, p.7). Ce constat est d'autant plus préoccupant dans la mesure où la pandémie a engendré une dégradation de la santé mentale de la population en France, notamment chez les plus précaires (Melchior et al., 2022). De son côté, l'OMS annonçait une hausse de 25% des cas d'anxiété et de dépression dans le monde dû à la pandémie (OMS, 2022, 2 mars). Si les jeunes sont au centre des inquiétudes, la situation des PAI interroge au regard des difficultés qu'elles vivaient avant la pandémie, ainsi que celles vécues pendant[91]. Ces difficultés soulèvent des questions quant à leurs répercussions, notamment en termes de traumatismes, de microtraumatismes, de troubles du deuil ou de stress post-traumatique (TSPT) possiblement générés à cette période. Elles renouvellent aussi l'intérêt et les enjeux autour des soins transculturels (Idir et Baubet, 2022).

Surtout, l'isolement vécu par de nombreuses PAI avant et pendant la pandémie alerte sur le développement ou l'aggravation de symptômes dépressifs chez ces populations marginalisées. Dès lors, plusieurs questions affluent : qu'en est-il de leur isolement aujourd'hui ? Quelles sont les difficultés de santé, nouvelles ou exacerbées, que vivent ces populations depuis la fin de la pandémie ? Dans quelle mesure cette crise a-t-elle modifié ou non leur rapport à la santé et au système de santé ? Dans quelle mesure les institutions médicales et médico-sociales tiennent compte des vulnérabilités de ces populations ? Quelles sont leurs ressources pour faire face à

[91] L'accès à l'information officielle a été freiné par des barrières linguistiques et un manque de diffusion en langues compréhensibles, les plongeant dans une confusion anxiogène. L'isolement social s'est accentué avec la fermeture des espaces de sociabilité et la crainte de sortir, notamment en raison de contrôle policier discriminatoire. La dématérialisation des services publics a quant à elle aggravé leur précarité administrative et économique, en limitant l'accès aux aides essentielles et en générant des ruptures de droits (APL, ASPA). Sur le plan physique, la sédentarité forcée a détérioré leur santé, et sur le plan mental, beaucoup ont souffert d'angoisse, de tristesse et de perte de repères. La pandémie a aussi perturbé leurs liens transnationaux, notamment par l'impossibilité de rapatriement des corps ou de respect des rites funéraires, générant une profonde détresse morale et spirituelle.

ces difficultés, tant en termes d'accompagnement social et médico-social, que de solidarités familiales ou sociales ?

Enfin, si la pandémie a exacerbé et mis en lumière les inégalités sociales, elle a également renforcé la nécessité de construire des politiques publiques qui tiennent compte de la vulnérabilité des populations et de la spécificité de leurs besoins, en particulier chez les PAI (Belhadj-ziane, et al., 2024). Cette nécessité est elle-même renforcée par un avis récent du COVARS (2024, avril) qui alerte sur la probabilité de revivre dans un futur proche une nouvelle Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE) d'une ampleur équivalente à la pandémie Covid-19. Dans ses recommandations, le COVARS insiste sur la nécessité de « prendre en compte la vulnérabilité de certains territoires et de certaines populations à risque dans une notion d'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national » (COVARS, 2024, p. 53), notamment par la préparation d'interventions « précoces et ciblées sur les populations vulnérables, en renforçant en particulier la résilience des communautés liées aux inégalités » (COVARS, 2024, p. 53). Toutefois, qu'il s'agisse de soutenir et d'accompagner les populations vulnérables face à leur difficultés actuelles, ou bien de préparer leur protection en cas de nouvelle SSE, il apparaît nécessaire dans les deux cas de développer et d'actualiser les connaissances pour éclairer la construction de mesures et de pratiques d'accompagnement adéquates.

Au regard de ces différentes considérations, cette thèse s'intéresse à la fois aux PAI, mais aussi aux professionnels du secteur médico-social qui les ont accompagnés en contexte pandémique et postpandémique. Elle est guidée par les deux **questions de recherche** suivantes : comment les inégalités sociales engendrées ou exacerbées par la pandémie ont-elles été vécues par les personnes âgées immigrées en France ? Comment les professionnels du secteur médico-social perçoivent les inégalités sociales vécues par les PAI en contexte postpandémique ?

Ces questions de recherche posent, en filigrane, les points de réflexion suivants : face aux difficultés vécues durant la pandémie, quelles ont été les ressources individuelles, collectives et institutionnelles mobilisées par les PAI pour s'adapter à la crise ? Dans quelle mesure et comment les professionnels du secteur médico-social ont-ils adapté leurs pratiques d'accompagnement des PAI en contexte pandémique et postpandémique ?

5.1 Objectif général et objectifs spécifiques

L'objectif général de cette thèse est de décrire et mieux comprendre, à partir d'une approche interactionniste, la manière dont les PAI ont vécu les inégalités et les ressources qui ont jalonné leur trajectoire en contexte pandémique et postpandémique, en portant une attention particulière aux interactions avec les professionnels de l'accompagnement médico-social.

Les objectifs spécifiques visent à :

1. Mieux comprendre les inégalités sociales vécues par les PAI en contexte pandémique
2. Analyser les difficultés persistantes, exacerbées ou nouvelles dans le contexte postpandémique
3. Explorer les ressources individuelles et collectives mobilisées par les PAI, ainsi que celles déployées par les professionnels de l'accompagnement médico-social

5.2 Hypothèses de recherche

Les inégalités « peuvent conduire à faire naître un sentiment, légitime ou non, d'injustice parmi les individus d'une société » (Benoist et al., 2020, p.10). Ce risque est d'autant plus grand dans la mesure où la pandémie a également été génératrice de discriminations multiples, dont celles fondées sur l'âge chronologique, avec la diffusion de discours âgistes par les médias (Balard, 2020) et le gouvernement (Piccoli, 2020), ainsi qu'avec la recrudescence de comportements âgistes, notamment sous des formes « hostiles » ou « bienveillantes » de la part de membres de la famille des personnes âgées (Barth et al. 2021). La gestion différenciée, voire violente, de la pandémie dans certains quartiers dits « populaires » ou « sensibles », tant de la part du gouvernement que des médias (Talamon, 2023) a également renforcé le processus de disqualification sociale de ces espaces et de leurs habitants « souvent soupçonnés de ne pas respecter les gestes barrières et les règles de distanciation sociale et de confinement » (Counil et Khlat, 2020, p.8). Aussi, selon l'ONU (2020), les formes de racismes systémiques, que ce soit en termes d'accès au système de soin que des contrôles arbitraires des administrations ou des forces de l'ordre, ont généré des discriminations chez les populations dites minoritaires et racisées, tout en renforçant les inégalités sociales de santé qu'elles vivaient déjà avant la

pandémie (ONU, 2020). Or, Azria et al. (2020) notent qu'il « est désormais documenté que les discriminations, comme d'autres formes de stress engendrées par des difficultés sociales, sont susceptibles d'avoir sur le temps long et par accumulation, des effets biologiques » (s.p.). Ce phénomène, identifié sous le nom de « charge allostatique » dans la littérature médicale, renvoie à l'idée d'une « d'une usure biologique globale découlant de l'adaptation à l'environnement [social en particulier] via les systèmes de réponse au stress » (Delpierre et al., 2016, p.277-278).

Au regard de ces considérations, notre **première hypothèse** consiste à penser que les effets de la pandémie ne se sont pas limités à un choc ponctuel, mais ont contribué à renforcer des inégalités structurelles préexistantes chez les PAI.

H1 : La gestion politique de la crise sanitaire a exacerbé les inégalités sociales[92] vécues par les PAI. Celles-ci subsistent dans le contexte postpandémique, tant en matière de logement, de santé que d'accès aux droits.

La littérature scientifique relative aux effets de la pandémie Covid-19 a mis en lumière la diversité des expériences vécues par les populations. Cette diversité tend en partie à s'expliquer par l'hétérogénéité de ces populations, de leurs trajectoires et de leurs situations avant et pendant la crise, mais aussi par l'hétérogénéité des interprétations que ces personnes ont données à la pandémie et à leur expérience vécue dans ce contexte. Cette diversité d'expériences ne s'explique donc pas seulement par des déterminants socio-économiques, mais aussi par la manière dont les personnes perçoivent et définissent ce qu'elles vivent.

En santé publique, les approches constructivistes et les approches objectivistes constituent les deux principales approches des risques et de la maladie (Calvez, 2010). Les approches de type constructivistes présentent l'intérêt de dépasser les analyses fondées uniquement sur la gestion technique des risques, notamment centrées sur l'intervention des professionnels (approches objectivistes), pour mieux prendre en compte le caractère socialement construit des risques et

[92] Pour rappel, dans notre recherche, nous entendons les inégalités sociales telles que les définissent Galland et Lemel (2018), c'est-à-dire comme « une différence dans l'accès à des éléments ayant de la « valeur » (des biens matériels aux biens symboliques) ; une différence entre des personnes ou des groupes ; une différence jugée injustifiée et devant ainsi être idéalement modifiée » (p. 102).

de leurs effets sur les populations (Calvez, 2010). Comme le rappelle Le Breton (2017), la perception d'un risque (qu'il soit épidémiologique ou autre) relève en effet d'une construction sociale différenciée, notamment selon les sociétés, les contextes historiques, et les différents groupes de populations. Durant la pandémie, l'adhésion aux pratiques de protection contre le virus a, par exemple, varié dans la population selon les perceptions du risque que représentait le virus, mais aussi selon les perceptions sur l'efficacité voire les risques associés à ces pratiques de protection (Guillon et Kergall, 2021), et ce y compris chez les professionnels de la santé et du secteur médico-social (Baud et al., 2022). Cet exemple fait ainsi écho au théorème de Thomas selon lequel « si les hommes définissent une situation comme réelle, elle le sera dans ses conséquences » (Lacaze, 2013, p.45). En d'autres termes, les personnes agissent et réagissent non pas en fonction de la réalité, mais en fonction de la perception qu'ils ont de la réalité et de la manière dont ils la définissent. Conceptualisée par Thomas (1918), cette « définition de la situation » fait depuis l'objet d'une utilisation par certains professionnels du secteur médico-social (Liégois, 2009). L'analyse de situation renvoie ici au « recueil de tous les éléments relatifs à un problème, une demande, posée par une personne ou un groupe, à un travailleur social et la réflexion sur ces éléments, la mise en relation de ceux-ci les uns par rapport aux autres » (Lesimple, 2018, p.91). Dès lors, les pratiques d'accompagnement ne dépendent pas seulement des dispositifs institutionnels, mais aussi des représentations et des interprétations que les professionnels construisent au fil de leurs interactions avec les personnes qu'ils accompagnent. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre **deuxième hypothèse**.

H2 : Tant en contexte pandémique que postpandémique, les PAI ont mobilisé plusieurs ressources parmi lesquelles l'accompagnement des professionnels apparaît central. L'accompagnement des PAI par les professionnels du médico-social peut constituer une ressource, mais son efficacité dépend des perceptions, des connaissances et des définitions de situation que ces professionnels construisent vis-à-vis d'eux-mêmes et des PAI.

Synthèse partie 2

Cette partie présente le contexte sociojuridique dans lequel s'est inscrite la gestion de la pandémie Covid-19 en France. En adoptant autant que possible une approche chronologique, elle retrace de manière essentiellement descriptive les principales mesures sanitaires adoptées par les autorités publiques, depuis le déclenchement du plan ORSAN et l'instauration de l'État d'urgence sanitaire, jusqu'à la généralisation de la vaccination et l'instauration du pass sanitaire. Nous avons mis en lumière comment la gestion de la pandémie s'est articulée autour d'une logique essentiellement verticale, centralisée et épidémio-centrée, fondée sur l'adoption de mesures sanitaires standardisées, souvent appliquées de manière indifférenciée à l'ensemble des populations, sans tenir compte de la diversité de leurs situations et de leurs besoins spécifiques. Nous avons également souligné les tensions existantes entre les impératifs de santé publique et le maintien des droits et libertés, tout en constituant un point d'entrée pour aborder, dans le chapitre suivant, les répercussions concrètes de la pandémie et de sa gestion chez les populations âgées en général, et chez les personnes âgées immigrées en particulier.

En nous appuyant sur cette contextualisation sociojuridique, nous avons traité des répercussions concrètes de la pandémie et de sa gestion chez les populations âgées en général, et chez les PAI en particulier, tant concernant leur risque accru de contracter une forme grave du virus, que concernant les inégalités sociales auxquelles ces populations ont été exposées dans le contexte sanitaire. Nous avons montré que les PAI ont été tout particulièrement vulnérabilisées dans le contexte sanitaire. Cette vulnérabilisation s'est traduite de différentes manières. Une hausse des décès deux fois plus importante pour ces populations que pour les personnes âgées non immigrées lors des premières vagues de contamination. Une absence d'informations sanitaires officielles multilingues ayant engendré des inégalités d'accès à l'information pour des populations dont les barrières linguistiques qu'elles vivent étaient déjà connues avant la pandémie. Une dématérialisation soudaine et généralisée des services publics ayant renforcé leurs inégalités d'accès aux droits (renouvellement des cartes de séjour), entraînant parfois des ruptures les privant de revenus (ASPA, APL). Les restrictions de mobilité (confinements, fermeture des frontières) ayant généré un isolement social inédit, en particulier pour les PAI dont la famille vit dans leur pays d'origine. Etc. Nous avons également constaté qu'en dépit du

renforcement des inégalités et de la vulnérabilisation accrue de ces populations dans le contexte sanitaire, peu d'études leur ont été consacrées.

Sur la base de ce constat, cette partie s'achève par la présentation des questions de recherche, des hypothèses et des objectifs de recherche qui ont guidé cette thèse. Dans la partie suivante, nous allons présenter le cadre théorique mobilisé pour sa réalisation.

Partie 3 – Cadre théorique d'analyse

Sommaire :

Chapitre 4 – Une recherche à l'intersection de trois champs sociologiques

Chapitre 5 – Une recherche de type compréhensif inspirée de l'interactionnisme symbolique

Chapitre 4 : Une recherche à l'intersection de trois champs sociologiques

Cette recherche s'inscrit au croisement de trois champs sociologiques : la sociologie de l'immigration, la sociologie du vieillissement et la sociologie de la santé. Chacun de ces champs offre des outils conceptuels et analytiques pour appréhender les expériences vécues par les PAI en France, en particulier dans le contexte singulier de la pandémie de Covid-19.

Au fil de ce chapitre, nous verrons notamment que le champ de la sociologie de l'immigration ne s'est pas construit simultanément ni de manière uniforme d'un contexte national à l'autre. Son développement est étroitement lié aux évolutions politiques, sociales et intellectuelles propres à chaque société. Si les chercheurs étasuniens ont constitué dès le début du XXe siècle une tradition de recherche sur l'immigration, les sociologues français ont mis plus de temps à faire de l'immigration un objet de recherche légitime. Il faudra attendre les années 1970 et la réalisation de recherches pionnières pour voir concrètement émerger ce champ. Ce chapitre revient sur les étapes de cette construction, pour mieux saisir les ancrages épistémologiques et sociopolitiques qui ont façonné la sociologie de l'immigration en France.

Concernant le champ du vieillissement, nous verrons qu'il est aujourd'hui un objet important des politiques publiques et un enjeu croissant des sciences sociales. Pourtant, la sociologie du vieillissement s'est longtemps constituée comme un champ périphérique, souvent dominé par des approches biomédicales, psychologiques ou démographiques. L'émergence de la sociologie du vieillissement en France a conduit au développement progressif de nombreux travaux, en particulier à partir du tournant démographique que constituent les années 2000.

Enfin, comme pour la sociologie de l'immigration et du vieillissement, la sociologie de la santé s'est constituée progressivement comme un champ autonome, en rupture avec les approches biomédicales dominantes. Elle repose sur l'idée que la santé, la maladie, le soin et le corps ne peuvent être compris sans une analyse des rapports sociaux, des inégalités structurelles, et des contextes institutionnels dans lesquels ils prennent sens. Selon Carricaburu et Ménoret (2004a), la sociologie de la santé est le fruit d'une convergence progressive entre la sociologie de la maladie et la sociologie de la médecine, dans le but d'obtenir une vision plus globale et critique de la santé et de ses déterminants sociaux.

1. Le champ de la sociologie de l'immigration

Les premiers travaux sociologiques consacrés à l'immigration en tant que phénomène social et objet de recherche remontent au début du XXème siècle, avec la création de l'École de Chicago aux États-Unis. Les travaux produits entre 1910 et 1940 par les sociologues de cette école sont en effet présentés aujourd'hui comme les textes fondateurs de la « sociologie de l'immigration » (Rea et Tripier, 2008). À cette période, la ville de Chicago connaît des mouvements migratoires d'une ampleur inédite et devient une « mosaïque urbaine composée de nombreuses communautés immigrées : Polonais, Irlandais, Italiens, Juifs et Noirs venus du sud des États-Unis » (Dortier, 2009, p.65). L'assimilation des étrangers, la criminalité, les tensions entre différents groupes sociaux, l'urbanisation, l'organisation spatiale deviennent des objets d'études centraux.

Dès les années 1910, des sociologues comme W. I. Thomas, R. E. Park et E. W. Burgess vont faire de la ville de Chicago un laboratoire d'observation des phénomènes migratoires, en articulant les questions d'assimilation, de désorganisation sociale et de recomposition identitaire (Bernardot, 2019b). Pour Rea (2021), l'ouvrage *The Polish Peasant in Europe and America*, de Thomas & Znaniecki (1918–1920), est fondateur. Les auteurs y analysent l'expérience migratoire comme un processus traversé par trois phases : l'organisation dans la société d'origine, la désorganisation liée au déracinement, et la réorganisation dans la société d'accueil. Les travaux des sociologues de l'École de Chicago posent les premiers jalons méthodologiques et conceptuels de l'étude des phénomènes migratoires à partir de l'analyse des pratiques, des représentations et des trajectoires des migrants eux-mêmes. Aussi, comme le note Réa (2021), « l'école de Chicago a élaboré très tôt une série de problématiques que la sociologie européenne découvrira plus tardivement : la constitution de communautés ethniques, la ségrégation spatiale et la question scientifique et politique de l'assimilation des immigrés » (p.39-40).

En France, la sociologie de l'immigration est un champ plus récent « et n'a pas [tout de suite] fait partie du corpus de la sociologie générale contrairement aux États-Unis où elle a accompagné la réflexion sur la construction de la nation » (Tripier, 2012, p.35). En effet, alors que l'immigration est un phénomène ancien en France, la sociologie française tarde à en faire un objet de recherche légitime. Il faut attendre l'arrêt de l'immigration de travail en 1974 et la

prise de conscience progressive de l'installation durable des immigrés pour voir émerger une sociologie de l'immigration dans le champ académique (Madoui, 2016). Aussi, comme le souligne Noiriel (1988) ou Schnapper (1991), la construction de l'État-nation français s'est longtemps accompagnée d'un « oubli institutionnel » de l'immigration, occultée au profit d'un récit national centré sur l'unité nationale et l'assimilation républicaine. Pour Rea (2021), ce retard est aussi en partie dû à des obstacles épistémologiques liés à la conjoncture intellectuelle de la France. Il observe que jusque dans les années 1970, la sociologie française, influencée par l'héritage durkheimien et marxiste, privilégie l'étude des classes sociales, des institutions et des rapports de production pour analyser les rapports sociaux. Les dimensions ethniques ou culturelles sont considérées comme secondaires, voire suspectes, car perçues comme des risques de fragmentation du projet universaliste républicain (Noiriel, 1988). Or comme le note Tripier (2012), l'approche marxiste ne suffit plus à « rendre compte de phénomènes de ségrégation, de discrimination, de minorisation, de domination qui caractérisent la situation des populations issues de l'immigration, en particulier issues des anciennes colonies et situées dans les classes populaires » (p. 36). C'est en ce sens que des travaux focalisés sur ces populations vont progressivement émerger pour mieux prendre en compte les réalités sociales spécifiques de ces populations.

La construction de l'immigration comme objet d'étude scientifique et comme fait social majeur doit beaucoup à l'œuvre du sociologue franco-algérien Abdelmalek Sayad (Rea, 2021 ; Bernardot, 2019b). Dans la lignée de Bourdieu dont il été l'élève, Sayad propose une sociologie des rapports de domination à travers le prisme de l'expérience migratoire, en particulier celle des travailleurs algériens. Il déconstruit l'image du migrant comme « problème social » en montrant que l'immigration est d'abord un fait social total (Sayad, 1999), qui engage à la fois les pays d'émigration et d'immigration, et révèle de logiques politiques, économiques et symboliques entre les sociétés de ces pays. Comme le note Bernardot (2019b) « Sayad met aussi l'accent (comme les sociologues américains des années 1960) sur les écarts sociaux et culturels entre les immigrés » (p.68), notamment entre les différentes générations. En France, les travaux de Sayad constituent des recherches pionnières ayant fortement contribué à l'émergence du champ de la sociologie de l'immigration, qui ne cessera de se développer et de se diversifier au cours des décennies suivantes.

À partir des années 1990, la sociologie de l'immigration devient un champ à part entière de la sociologie. Pour Rea (2021), cela s'observe notamment par la « structuration d'équipes spécialisées, [la] création de diplômes en formation initiale, [les] entrées dans les dictionnaires de sociologie, [les] revues spécialisées (*Revue européenne des migrations internationales*, *Migrations Société*, *Hommes & migrations*), [ou la] multiplication considérable du nombre de thèses soutenues » (Rea, 2021, p. 68). Toutefois, cette légitimation académique s'accompagne également de tensions. D'une part, en raison d'une politisation accrue de l'immigration autour de la question de sa gestion institutionnelle et politique. À ce sujet, Réa (2021) note que « les demandes sociales et politiques finissent souvent par imposer le cadre d'analyse aux chercheurs qui perdent parfois leur autonomie d'analyse » (p.67). D'autre part, la sociologie de l'immigration est régulièrement sujette à des polémiques internes entre chercheurs, « opposant les tenants d'une analyse aveugle aux rapports de race et ceux qui leur attribuent une importance centrale, parfois au risque de leur surdétermination » (p.67). Ces débats sont encore d'actualité (Brun et Cosquer, 2022), ravivés dans le contexte de la pandémie Covid-19 et ses effets négatifs accrus sur les populations immigrées (Brun et Simon, 2020).

2. Le champ de la sociologie de la vieillesse et du vieillissement

En France, la sociologie du vieillissement s'est développée à partir des années 1960, dans un contexte de construction de l'État social et d'allongement de l'espérance de vie. En effet, les premiers travaux sociologiques sur la vieillesse apparaissent dans le sillage du rapport Laroque (1962), qui pose les bases d'une politique publique de la vieillesse centrée sur le maintien à domicile, l'intégration sociale des personnes âgées et la lutte contre la pauvreté (Weber, 2017).

Les travaux sociologiques qui émergent dans les années 1960-1970 sont le fruit d'une première génération de sociologues perçus comme militants, tels Paillat (1963) ou Guillemard (1972) qui dénonçaient la précarité des travailleurs âgés et l'exclusion symbolique que représente le passage à la retraite (Weber, 2017). Ces sociologues analysent les conditions de vie des populations âgées, mais aussi leurs représentations et leurs expériences de la vieillesse. En effet, « loin d'être une simple donnée biologique, [la vieillesse] est analysée par le sociologue comme un véritable construit social et historique » (Martin, 2008, p.79). Progressivement, l'analyse de l'avancée en âge se pose non plus en termes de vieillesse (qui renvoie à un état figé, souvent réducteur du phénomène), mais en termes de vieillissement, afin de mieux saisir son processus

et la diversité des situations et trajectoires qu'elle recouvre (Barthe et al., 1990). À partir des années 1980, les études sociologiques sur la vieillesse se développent « autour de deux tendances fortes : l'une envisage ce dernier âge de la vie comme un drame, l'autre cherche à mettre en évidence les arrangements des individus pour s'en accommoder » (Rossigneux-Méheust et Capuano, 2017, p.3). Cette deuxième tendance fait écho aux travaux développés en gérontologie à partir des années 1950 aux États-Unis autour de la perspective d'une « vieillesse réussie ». Définie pour la première fois par Havighurst dans son célèbre article *Succesful aging* (1961), la vieillesse renvoie à la capacité d'une personne âgée à s'adapter avec satisfaction aux changements associés à l'âge. Notons que l'auteur insistait aussi sur le fait que, selon le système de valeur des personnes, le vieillissement réussi pouvait prendre des formes diverses.

De manière plus générale, Caradec (2009) note que les travaux sociologiques sur les personnes âgées peuvent se distinguer selon 3 principales approches analytiques, l'une sous le prisme de la construction sociale, l'autre, à partir d'une lecture descriptive, et la dernière suggère un glissement analytique du système vers l'individu :

> La première consiste à étudier la construction sociale de la vieillesse, c'est-à-dire la manière dont la société pense, organise et met en forme cet âge de la vie. […] La deuxième stratégie se fixe comme objectif de décrire, de la manière la plus adéquate possible, le groupe d'âge des « personnes âgées » (ou des « seniors », puisque le terme s'impose de plus en plus aujourd'hui) […] La troisième orientation, enfin, place son dispositif d'observation au niveau des individus sociaux – et non plus des dispositifs sociétaux ou du groupe des « personnes âgées » – et cherche à rendre compte du processus et de l'expérience du vieillissement individuel au cours des années de retraite (Caradec, 2009, p. 38).

Toutefois, Rossigneux-Méheust et Capuano (2017) soulignent que « les recherches privilégiant une entrée médicale, démographique ou institutionnelle pour se saisir de la question du vieillissement dominent, alors que l'analyse de la vieillesse par l'expérience de ceux qui la vivent est le plus souvent minorée » (p.3). Cela tend en partie à s'expliquer par l'essor du concept de dépendance dans les années 1990, qui s'impose alors comme un nouveau paradigme des politiques sur le vieillissement. Ce glissement favorise une lecture biomédicale et gestionnaire de la vieillesse, tout en entretenant une confusion problématique entre vieillesse, maladie et handicap (Weber, 2017).

À partir des années 1990 et 2000, les populations âgées font l'objet d'un intérêt accru à la fois des autorités politiques, mais aussi des sociologues. L'augmentation de l'espérance de vie a

renforcé les enjeux liés vieillissement général de la population et à l'adaptation de la société à ce phénomène (Bonnet et al., 2021). Particulièrement ancré dans ce contexte sociodémographique, le champ de la sociologie du vieillissement s'est alors diversifié dans un rapport dialectique à ces enjeux devenus politiques et sociétaux. Cette diversification s'observe notamment à travers l'éclectisme des travaux produits à propos des personnes âgées, bien au-delà des traditionnelles thématiques de santé, d'autonomie et d'isolement. Ces travaux rendent comptent de spécificités et d'enjeux multiples en matière de participation, de représentation politique (Viriot-Durandal, 2003) ou de sexualité (Dupras, 2016), mais aussi de discriminations fondées sur l'âge (Bizzini, 2007 ; Ennuyer, 2023). D'autres études mettent aussi en lumière l'hétérogénéité des expériences biographiques[93] (Caradec, 2009) et des représentations sur la vieillesse chez les personnes âgées selon leur situation socio-économique (Doubovetzky, 2020) ou leur culture (Wolff, 2016). Enfin, un pan de la sociologie du vieillissement s'est construit dans une approche critique des politiques fondées sur les concepts de « vieillissement réussi », de « bien-vieillir », ou de « vieillissement actif », notamment critiqués en ce qu'ils « contiennent en germe un processus de responsabilisation qui ferait que chaque individu devrait se prendre en main et gérer son propre vieillissement, […] sans tenir compte des conditions sociales de production des inégalités sociales qui se répercutent avec l'avancée en âge » (Moulaert, 2012, p.8).

Avec la pandémie Covid-19 et ses effets différenciés sur les populations, la prise en compte de l'hétérogénéité des populations âgées et des inégalités sociales qu'elles vivent représente un enjeu déterminant dans l'étude du vieillissement des populations (Fontaine et Pennec 2020), mais aussi de leur expérience vécue durant la pandémie.

3. Le champ de la sociologie de la santé

Aborder le champ spécifique de la sociologie de la santé nécessite de nous pencher sur celui de la sociologie de la maladie. Ces deux champs ne se sont pas constitués en même temps ni de la même façon. Mais, *in fine*, la santé et la maladie sont socialement construites comme des opposées, alors qu'elles renvoient aux mêmes champs de pratiques, de représentations et

[93] Passage à la retraite, veuvage, entrée en maison de retraite.

d'institutions. Étudier la maladie sans la santé, et inversement, produirait une analyse partielle. Autrement dit, les deux se complètent davantage qu'elles ne s'opposent.

La sociologie de la maladie a pour objet d'étudier les expériences et les représentations de la maladie, que ce soit par les personnes qui en sont directement affectées, mais aussi à travers leur entourage, et plus largement l'ensemble de la société. Ce champ de la sociologie s'intéresse ainsi à la construction de la maladie en tant que norme sociale (Carricaburu et Ménoret, 2004c), le plus souvent en l'analysant à travers un paradigme opposant ce qui relève du normal ou du pathologique (Canguilhem, 2013). Il s'agit donc d'analyser la maladie comme une expérience sociale, un construit social, au-delà du fait biologique. L'influence du champ de la sociologie de la maladie sur l'émergence de la sociologie de la santé s'inscrit à travers la volonté d'introduire ou de renforcer l'utilisation de grilles de lectures socio-économique, culturelle, environnementale et politique dans l'analyse des maladies, notamment en les superposant aux nosographies médicales classiques, longtemps appliquées seules (Carricaburu et Ménoret, 2004a). Cette superposition implique que les maladies ne soient plus seulement analysées comme des phénomènes individuels physiques ou psychiques, mais qu'elles soient aussi analysées par leurs dimensions collectives, tant au regard de leurs effets collatéraux que de leurs causes (environnement). Comme le soulignent Vassy et Derbez (2019, p.17) : cela peut notamment s'illustrer au regard des « efforts de nombreuses personnes pour soutenir les malades ou aux conséquences des épidémies, susceptibles de désorganiser toute une société » (Vassy et Derbez, 2019, p.17), mais aussi en considérant le fait que certaines pathologies peuvent avoir pour cause une origine sociale « liée à l'environnement du malade, comme ses conditions de vie et de travail » (Vassy et Derbez, 2019, p.17).

L'émergence de la sociologie de la santé trouve une part de ses origines dans le champ de la sociologie de la médecine telle qu'elle se développe aux États-Unis dans les années 1950. Dans *The Social System*, Parsons (1951) propose une analyse fonctionnaliste de la maladie et de la médecine. Il analyse alors la maladie « comme une déviance sociale que la société doit contrôler et définit les rôles respectifs du médecin et du malade pour sortir de cette déviance » (Abdmouleh, 2007, p.6). Pour Parsons, la maladie est une construction médicale qui résulte uniquement du diagnostic des médecins ; elle constitue également chez le patient une forme de déviance dont le recours et la coopération avec les médecins constituent la seule échappatoire (Abdmouleh, 2007). À partir des années 1970, des travaux interactionnistes et critiques se

développent, toujours en milieu hospitalier. Freidson (1970) analyse la profession médicale comme un groupe doté d'un monopole de définition du normal et du pathologique, tandis que Zola (1972) observe une médicalisation croissante de la société et une généralisation du contrôle médical des comportements sociaux. Les travaux de Becker (1963 [2024]) sur la déviance et ceux de Goffman (1975) sur les stigmates et les usages sociaux du handicap contribueront à mieux comprendre les mécanismes de contrôle social du corps médical, mais aussi son influence sur la société, notamment à travers le concept d'entrepreneur moral développé par Becker et repris par Freidson (Carricaburu et Ménoret, 2004b). Ces travaux ont posé les bases d'une sociologie critique de la santé, attentive aux formes de pouvoir médical, ainsi qu'aux mécanismes de définition et de contrôle social de la maladie.

Dès les années 1950, la médecine curative s'étend au-delà du champ médical et devient un vecteur de contrôle social des comportements, au point que se développe dans les années 1970 un phénomène de « médicalisation de la société » (Pierret, 2008, p.47). Cette notion de médicalisation désigne « un changement dans l'interprétation de problèmes sociaux, qui sont désormais considérés comme relevant de l'autorité de la médecine » (Vassy et Derbez, p.69). En France, la « médicalisation de la société » et le « pouvoir de la médecine » vont faire l'objet de contestations, aussi bien de la part de jeunes médecins (Herzlich et Pierret, 2010) que des populations[94], et ce dans un contexte où la santé devient une « valeur centrale » et une norme de référence » (Pierret, 2008b, p.58). C'est dans ce contexte que la sociologie de la santé se développe en France, pour progressivement acquérir une reconnaissance institutionnelle et devenir une branche autonome de la discipline à partir des années 80 (Herzlich et Pierret, 2010). Par la suite, le champ de la sociologie de la santé va s'étendre et se diversifier à mesure de l'évolution et des enjeux soulevés par l'organisation sociale de la santé. Pour Carricaburu et Ménoret (2004d), aucune autre forme d'organisation n'a autant évolué que celle de la santé. Selon ces auteurs, cela s'explique par la rapidité de développement et d'adoption des nouvelles technologies médicales, mais aussi par « l'accroissement de la spécialisation des soins et de leur fragmentation, l'escalade des dépenses de services médicaux, la place des patients dans l'exercice de soins : le système de santé a subi, en peu de temps, des changements considérables » (p.200).

[94] En particulier lors des manifestations de mai 68.

Une contribution majeure de ce champ a été d'analyser la santé et la maladie sous le prisme des inégalités sociales qui contribuent à les construire. L'ouvrage *l'espace politique de la santé* de Fassin (1996) marque un tournant. Il propose une généalogie des formes contemporaines de gouvernement sanitaire et suggère de percevoir la santé comme un fait social total, révélateur des rapports de pouvoir et des hiérarchies sociales. Fassin soutient que les inégalités face à la maladie, à la prévention et aux soins ne relèvent pas seulement d'inégalités génétiques ou de comportements, mais traduisent des inégalités structurelles inscrites dans les politiques de santé et dans l'espace social ; des inégalités en lien avec les conditions de vie, le statut socio-économique ou encore les appartenances migratoires et ethniques (Massé, 1997). Ces inégalités sont également inscrites dans les corps qui « portent ainsi les stigmates des sociétés inégalitaires » (Batifoulier et al., 2018, p.136). La mesure de ces inégalités et la compréhension des expériences de ceux qui les vivent constituent depuis l'un des enjeux du champ de la sociologie de la santé, alors que les inégalités sociales de santé ont été exacerbées durant la pandémie Covid-19.

Chapitre 5 : Une recherche de type compréhensif inspirée de l'interactionnisme symbolique

Pour rappel, cette thèse est guidée par les questions de recherche suivantes : comment les inégalités sociales engendrées ou exacerbées par la pandémie ont-elles été vécues par les personnes âgées immigrées en France ? Comment les professionnels du secteur médico-social perçoivent les inégalités sociales vécues par les PAI en contexte postpandémique ? Elle vise à décrire et mieux comprendre, à partir d'une approche interactionniste, la manière dont les PAI ont vécu les inégalités et les ressources qui ont jalonné leur trajectoire en contexte pandémique et postpandémique, en portant une attention particulière aux interactions avec les professionnels de l'accompagnement médico-social.

Pour développer des pistes de réponse et atteindre notre objectif, nous avons choisi de mobiliser l'interactionnisme symbolique comme cadre théorique d'analyse. Cette approche permet de saisir la manière dont les PAI interprètent et donnent sens aux inégalités sociales vécues durant et après la pandémie. Loin de réduire ces inégalités à des indicateurs objectifs, l'interactionnisme symbolique mettra en lumière leur dimension subjective et interactionnelle. Il s'agira de comprendre comment ces inégalités sont construites, ressenties et signifiées au quotidien. Par ailleurs, comme nous le verrons dans notre méthodologie, ce cadre offre des outils analytiques pour examiner les interactions avec les professionnels du médico-social, notamment pour identifier où peuvent émerger les ressources de soutien et où peuvent se rejouer les inégalités. En plaçant les significations produites dans l'expérience et les interactions au centre de l'analyse, l'interactionnisme symbolique permet donc de rendre compte du vécu des PAI et des perceptions des professionnels qui les accompagnent.

Au fil de ce chapitre, nous explorerons brièvement les origines compréhensives et pragmatistes de l'interactionnisme symbolique, pour ensuite présenter les principaux concepts découlant de ce cadre, retenus pour cette recherche.

1. L'interactionnisme symbolique : origines et influences

L'interactionnisme symbolique s'inscrit dans un paradigme qui place la compréhension du sens subjectif de l'action au cœur de l'analyse. Ce cadre théorique trouve ses racines dans la

sociologie compréhensive de Max Weber et de ses travaux autour du sens subjectif de l'action. L'interactionnisme prolonge sa perspective en s'intéressant à la manière dont ce sens est construit et négocié dans les interactions sociales. Dans son *Essai sur la théorie de la science* (1922 [1971]), Weber définit la sociologie comme « une science qui se propose de comprendre par interprétation l'activité sociale et par là d'expliquer causalement son déroulement et ses effets » (p.28). L'activité sociale renvoie ici aux actions auxquelles les personnes attribuent un sens subjectif et qui sont orientées vers et en fonction d'autrui (Weber, 1922 [1971]). Comprendre une action sociale implique donc d'en saisir le sens, c'est-à-dire les motivations et les intentions sous-jacentes, puis d'interpréter le sens donné à cette action, pour expliquer ensuite de manière causale les effets de cette action, voire ses contradictions avec le sens qui la sous-tend (Lallemant, 2023). Pour Weber, l'objectivité d'une action s'analyse donc par le sens subjectif que lui attribue la personne qui la réalise. Comme le précise Gonthier (2004), « le sens subjectivement vécu ne qualifie pas seulement l'individu comme auteur et comme acteur de l'activité. Il qualifie encore la compréhension comme un concept congruent avec la réalité qu'il est supposé décrire » (p.37-38). C'est donc précisément parce que l'action a un sens, et parce que l'action est productrice de sens, qu'il est possible de la comprendre (Weber, 1913, cité par Gonthier, 2004).

Dans *Économie et société* (1922), Weber développe une théorie de l'action sociale pour comprendre le(s) sens donné(s) par les personnes à leurs actions et les analyser. Pour cela, il développe une typologie autour de 4 idéaux-types : l'*action traditionnelle*, qui renvoie aux actions effectuées par tradition, coutume, ou habitude ; l'*action affective*, qui correspond aux réactions spontanées générées sous le coup de l'émotion ; l'*action rationnelle en valeur* (ou *action téléologique en valeur)*, qui désigne les actions menées sur la base des valeurs ; et l'*action rationnelle en finalité* (ou *action téléologique rationnelle*), qui renvoie aux actions réalisées en vue d'atteindre un objectif précis. Pour cette dernière, « l'action est téléologiquement rationnelle si les moyens utilisés sont subjectivement en adéquation avec les fins visées. Les moyens mobilisés par un acteur peuvent évidemment s'avérer inadaptés au but qu'il se donne alors même que celui-ci croit réaliser son objectif, mais il s'agit alors d'une erreur due à une connaissance incomplète du monde, non d'une action irrationnelle » (Mien (2018), p.46). Pour Paugam (2014), « définir un type idéal ne signifie pas repérer sa forme majoritaire d'un point de vue statistique, mais discerner à partir des formes historiques des

sociétés contemporaines les traits principaux, volontairement simplifiés, qui lui donnent un sens » (p.1).

Georg Simmel compte avec Weber parmi les principaux pionniers de l'approche compréhensive (Grassi, 2005). Simmel se distingue néanmoins de Weber en mettant l'accent sur la manière dont les personnes interagissent ainsi que sur les sens produits par ces différentes formes d'interaction (Le Breton, 2012), plutôt que sur la rationalité et les objectifs qui sous-tendent ces interactions. Néanmoins, comme l'explique Grassi (2005), les deux auteurs s'accordent sur l'idée que l'intérêt de la sociologie porte sur les « relations sociales et la signification qu'elles ont pour les acteurs sociaux. Étudier la signification, ainsi que refuser de rechercher des lois universelles et mécaniques pour les phénomènes humains, est le corrélat d'une orientation spécifique qui est celle de la sociologie compréhensive » (p.73). Aujourd'hui, le paradigme compréhensif se situe au carrefour de plusieurs approches théoriques, dont l'interactionnisme symbolique.

Outre la sociologie compréhensive, l'interactionnisme trouve une partie de ses origines dans la philosophie pragmatique américaine, alors représentée par Peirce, James et Dewey ; un courant philosophique mettant l'accent sur l'importance de l'action et de l'expérience dans la formation des idées et des significations. Comme le synthétise Mabilon-Bonfils (2019), ce courant est « centré sur la nécessité de l'expérience, du concret, du particulier et de l'échange comme modes d'accès au réel, et sur la prise en compte de l'action » (p. 235). Ces philosophes proposent une théorie de la connaissance de la réalité fondée sur l'action de sujets perçus comme des êtres sociaux et réflexifs, contrairement au béhaviorisme, alors dominant à cette époque. Les pragmatistes accordent une importance centrale à l'expérience humaine et à l'action comme bases de la connaissance, de la réalité et de la vérité. Les personnes observent la réalité, en tirent des informations qu'elles interprètent, et agissent en retour sur cette réalité selon l'idée qu'elles s'en font. Dès lors, selon James, une idée ou une croyance est réelle si elle fonctionne ou se vérifie dans un contexte donné (Pesce, 2019a, p.475). Pour Le Breton (2012), la philosophie pragmatique a exercé une influence importante dans le développement de l'interactionnisme. Cette influence tend à s'observer par de nombreux points communs, tels que :

> la conviction qu'il n'existe pas de monde en dehors des hommes qui le mettent concrètement en œuvre par leurs représentations et leurs actions, le souci de rester au plus proche de la manière dont ils construisent leur univers et en rendent compte, le refus de la spéculation ou de notions trop générales dans une volonté de coller à l'existence sociale, l'indifférence à la psychologie ou à l'introspection, l'idée que seules les circonstances sont réelles, et non la société, l'accent mis sur la créativité et la liberté de l'individu jamais tout à fait démuni devant le monde à l'encontre de tout déterminisme (Le Breton, 2012, p.15).

L'interactionnisme trouve une autre part de ses origines dans la sociologie empirique, portée par l'École de Chicago (1892-1920), elle-même influencée par la philosophie pragmatique (Coulon, 2020) et l'anthropologie[95]. Park, Burgess et Cooley sont parmi les principaux représentants, bien que l'on puisse aussi évoquer Wirtz, Anderson, Trasher, ou encore Small (son fondateur) et Faris (Étienne et al., 1997). À cette période, comme nous l'expliquions précédemment, la ville de Chicago connaît des mouvements migratoires d'une ampleur inédite et devient une « mosaïque urbaine composée de nombreuses communautés immigrées : Polonais, Irlandais, Italiens, Juifs et Noirs venus du sud des États-Unis » (Dortier, 2009, p.65). L'assimilation des immigrés, la criminalité, les tensions entre groupes sociaux, l'urbanisation rapide, l'organisation spatiale deviennent des objets d'études centraux. Pour les étudier, les sociologues de l'École de Chicago développent une sociologie de terrain à travers des méthodologies de type qualitatif (monographie, biographie, observation, analyse de documents personnels), pour analyser, sur la base de données empiriques, les problématiques de la ville de Chicago, envisagée comme un « laboratoire social ». Pour Coulon (2020), les travaux menés à Chicago concernant l'assimilation des populations immigrées ont eu un rôle déterminant sur la construction de « plusieurs des concepts majeurs de la sociologie américaine, parmi lesquels la désorganisation sociale, la définition de la situation, la marginalité, l'acculturation » (p. 22).

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons particulièrement au concept de « définition de la situation », introduit par Thomas et Znaniecki (1918). Pour Thomas, la situation renvoie à « un ensemble de valeurs et d'attitudes auxquelles l'individu ou le groupe a affaire dans un processus d'activité et par rapport auquel cette activité est organisée et son résultat apprécié » (Thomas, cité par Lacaze, 2013, p.43).

[95] Sociologie et anthropologie étaient enseignées au sein d'un cursus commun dans le même Département, jusqu'en 1929 (Étienne et al., 1997).

Thomas a apporté plusieurs précisions au concept de « définition de la situation » depuis son introduction. Dans *The Unadjusted Girl* (1923), il explique que, « préliminaire à toute action autodéterminée, il y a toujours une phase d'examen et de délibération que nous pouvons appeler la définition de la situation » (Thomas, 1923, cité par Lacaze, 2013, p.43). Dans le même ouvrage, Thomas précise que les définitions de situation déterminent « non seulement des « actions concrètes », mais aussi « toute une politique de vie » ainsi que la personnalité de l'individu » (Thomas, 1927, cité par Pesce, 2019b, p.587). Plus tard, il ajoutera que « les comportements particuliers et la personnalité totale sont majoritairement conditionnés par les types de situation et les cours d'expérience rencontrés par l'individu au cours de sa vie » (Thomas, 1927, cité par Lacaze, 2013, p.43). Ces expériences conditionnent elles-mêmes les façons dont les personnes définissent une situation. En effet, la définition d'une situation dépend « de l'ordre social tel qu'il se présente à l'individu et de son histoire personnelle. Il y a toujours rivalité entre la définition spontanée d'une situation par un individu et les définitions sociales que sa société lui fournit (Coulon, 2020, p. 35). Aujourd'hui, la définition de situation est souvent illustrée par le théorème de Thomas.

Dans notre recherche, la « définition de situation » permet dans un premier temps de partir des sens donnés par les PAI à la pandémie, ou plus précisément de la définition qu'elles donnent à leur situation dans le contexte de cette pandémie. Cela permet ainsi de mieux comprendre ce que leurs difficultés, leurs besoins et leurs ressources ont représenté pour elles. Il permet aussi d'analyser la situation des PAI en contexte postpandémique, à travers les perceptions qu'en ont les professionnels du secteur médico-social. En effet, ces professionnels construisent une définition de la situation des PAI basée sur leurs propres perceptions et expériences dans l'accompagnement de ces populations. Ces perceptions influencent directement les pratiques professionnelles (accompagnement réactif /proactif, priorisation des demandes selon leur nature [administrative, médicale, sociale, etc.]). À travers cette définition de la situation, l'objectif est donc ici de comprendre comment ces professionnels perçoivent les difficultés, besoins et ressources des PAI aujourd'hui en contexte postpandémique, pour mieux comprendre comment ces professionnels les accompagnent aujourd'hui. Notons que dans le secteur du médico-social, l'analyse de situation est un concept utilisé par certains professionnels (Nérot, 2021). Dans le cadre spécifique de ce contexte, elle peut être définie comme « le recueil de tous les éléments relatifs à un problème, une demande, posée par une personne ou un groupe,

à un travailleur social et la réflexion sur ces éléments, la mise en relation de ceux-ci les uns par rapport aux autres » (Lesimple, 2018, p.95).

Les travaux de la première génération de sociologues de l'École de Chicago (1920-1930) ont largement influé l'émergence et la trajectoire de l'interactionnisme symbolique (Pesce, 2019b). Nous pouvons citer ici l'approche situationnelle développée par Thomas et Znaniecki (1918-1920) et leur concept « d'analyse de situation », que nous aborderons plus loin. On peut également citer les travaux de Park[96] et Burgess (1921) sur l'assimilation des étrangers et leur concept de « cycle des relations raciales », décrivant les étapes par lesquelles passent les relations entre groupes ethniques (contact, conflit, accommodation et assimilation). On peut aussi citer l'influence de Cooley, particulièrement inspiré par le pragmatisme de James et Pierce (Brossard, 2016), qui développa une approche microsociologique de l'identité à travers sa théorie du « soi miroir » (Cooley, 1902). Cette théorie, articulée autour du concept de « *looking glass self* », décrit la manière dont l'identité d'une personne se construit continuellement à travers ses interactions sociales. Plus précisément, cette construction se fait selon la manière dont une personne pense être perçue par autrui, dont elle pense être jugée par autrui selon la perception qu'autrui se fait d'elle et selon la manière dont elle va réagir au jugement qu'elle imagine qu'autrui porte sur elle. Les travaux de Cooley sont peut-être ceux qui préfigurent le plus l'introduction du concept d'interactionnisme, mais aussi les travaux déterminants de son ami Mead sur le « soi » (Le Breton, 2012).

Psycho-sociologue de profession et philosophe de formation, Mead joue un rôle charnière dans la construction du courant de l'interactionnisme symbolique. En se distinguant du béhaviorisme[97] de Watson et Wundt, Mead introduit l'idée d'une interaction entre un sujet pensant et son environnement pour expliquer les comportements et développer sa propre théorie : le « béhaviorisme social » (Perreau, 2012). Comme l'explique Le Breton (2012), pour Mead, « la signification n'est pas une nature inhérente aux choses, elle traduit l'interprétation de l'individu et engage son comportement. Le monde n'est pas une réalité en soi, il est le produit de la permanente activité de pensée des individus, il devient un univers de sens » (p.32). Le

[96] Qui développe par ailleurs l'écologie urbaine, ainsi que plusieurs concepts déterminants : « l'homme marginal » ou encore le « soi divisé ».
[97] Où l'explication des comportements humains est réduite à une réaction purement mécanique liée à un stimuli extérieur, sans aucun lien avec une forme de conscience ou de libre arbitre.

langage constitue l'instrument essentiel de la construction des significations du monde et des comportements qu'elles entraînent, dans la mesure où il permet « la communication, la confrontation des points de vue dans la constitution de la réalité, mais il autorise aussi l'individu, à se penser lui-même dans son rapport au monde, à comprendre les situations où il est engagé (Le Breton, 2012, p. 33-34). À travers sa théorie, et par l'importance qu'il accorde au langage, Mead pose ainsi l'idée d'une réciprocité dans les interactions entre les personnes. Mead décrit ces interactions en termes « d'échange de significations sur la base d'une possibilité d'identification à l'autre. L'action est une élaboration symbolique, non une mécanique nerveuse. L'individu meadien est […] immergé dans une trame sociale et capable de comprendre ceux qui l'entourent, comme les autres sont capables de le comprendre (Le Breton, 2012, p.34).

Sur cette base, Mead va s'intéresser à la construction de l'identité des personnes et aux processus de socialisation qu'elle implique. Il développe le concept du « *soi* », qui renvoie à l'identité sociale de la personne. Cette identité est construite par les interactions sociales. Elle se développe progressivement à partir de l'enfance à travers l'éducation, le jeu, puis par des expériences sociales plus générales tout au long de la vie. Pour Mead, la personne construit son « soi » en intégrant les attitudes et attentes des autres. Ces attitudes et attentes sont désignées par le concept d'« autrui significatif » lors de l'enfance et par le concept d'« autrui généralisé » passé l'enfance (Barrier, 1963). À l'intérieur du « soi », Mead distingue deux composantes : le « *moi* », qui correspond à l'ensemble des rôles et attitudes socialement intériorisés par la personne (versant social), et le « *je* », qui correspond à l'aspect créatif, spontané et singulier de la personne dans une situation donnée (versant psychologique). Par un rapport dialectique constant, le « *moi »* (instituant) et le « *je »* (institué) construisent le « *soi* » (Qribi, 2005). Dans cette perspective, Mead utilise également l'idée d'analyse de situation, par laquelle les personnes interprètent les significations partagées lors de leurs interactions sociales, tant pour construire leur identité que pour déterminer les comportements à adopter dans une situation donnée. L'influence de Mead est donc déterminante dans l'émergence de l'interactionnisme symbolique.

L'École de Chicago (la première) a connu une crise dans les années 30 où son hégémonie académique est remise en cause par l'émergence du fonctionnalisme et des méthodes quantitatives portées par les universités de Columbia et Harvard (Étienne et al., 1997).

L'héritage intellectuel de l'École de Chicago sera néanmoins perpétué par les enseignements de Hughes et Blumer. On parlera de la « deuxième École de Chicago » pour désigner leurs étudiants.

Comme le souligne Le Breton (2012), « l'émergence de l'interactionnisme coïncide avec une période de crise de la sociologie américaine, de lassitude face à des méthodologies fondées sur le sondage, indifférentes aux acteurs et à leur singularité » (p.47). La naissance de l'interactionnisme est ainsi communément associée à une critique de deux courants sociologiques alors hégémoniques aux États-Unis : le fonctionnalisme et le culturalisme. Le fonctionnalisme est assimilé à une sociologie d'État et est critiqué pour le manque d'assise empirique de ses fondements théoriques, pour la portée trop générale de ses théories, et pour sa manière de réduire l'analyse des positions sociales des personnes et de leurs comportements aux rôles déterminés par les structures sociales, sans considération pour leur subjectivité et leurs logiques propres (Le Breton, 2012). Le culturalisme est quant à lui critiqué pour réduire l'analyse des comportements humains sous le seul prisme de leur appartenance culturelle.

Le terme d'« interactionnisme symbolique » apparaît pour la première fois sous la plume de Blumer, psychosociologue américain et élève de Mead, dans un article de 1937, « Social disorganization and personal disorganization », où il introduit les trois axiomes de base du paradigme (Delas et Milly, 2015). Ces axiomes lui sont inspirés par Mead[98], mais aussi par certains sociologues de l'École de Chicago, dont Thomas en particulier (Coulon, 2020). Le premier de ces axiomes postule que :

> les humains agissent à l'égard des choses en fonction de l'image qu'ils s'en font : objets physiques comme des arbres ou des chaises ; autres humains tels qu'une mère ou un vendeur ; catégories d'humains tels qu'amis ou ennemis ; institutions telles qu'école ou gouvernement ; idéaux tels qu'indépendance ou honnêteté ; activités des autres, leurs désirs et leurs ordres ; enfin les situations dans lesquelles ils se trouvent (Blumer, 1969, p. 2).

Ainsi, notre compréhension du comportement d'une personne dépend de notre compréhension du sens sous-jacent qui guide ce comportement (Poupart, 2011, p.187). Le second axiome postule que « les choses prennent un sens du fait de l'interaction avec autrui » (Blumer, 1969

[98] Blumer a suivi les cours de Mead. Son directeur de thèse, E. Faris, également directeur du département de sociologie de l'École de Chicago, était lui-même élève de Mead (Le Breton, 2012)

p.2). Poupart précise que c'est « au travers des relations avec les autres, que ces relations soient individuelles (face à face) ou collectives (les rapports entre les groupes), que les acteurs découvrent, négocient et produisent le sens qu'ils donnent aux choses, de même qu'ils développent leurs perspectives » (Poupart, 2011, p. 187). Le troisième et dernier axiome postule que « ces sens sont manipulés et modifiés par l'interprétation que l'acteur leur donne » (Blumer, 1969, p.2). Poupart explique ici que « les significations, à mettre en rapport avec les « situations réelles », sont susceptibles de se modifier en cours d'action » (Poupart, 2011, p187). Néanmoins, ces axiomes ne font pas de l'interactionnisme symbolique un courant théorique construit autour de sociologues se réclamant des travaux de Mead ou de Blumer. Et pour cause, l'interactionnisme symbolique n'est pas un courant théorique et n'a jamais été construit de manière à le devenir (Le Breton, 2012). Il correspond davantage, selon Le Breton (2012), à un socle sur lequel s'appuient des sociologues partageant une « sensibilité commune », en particulier pour l'approche microsociologique, mais « dont le style, les objets et les méthodes diffèrent souvent » (p.45).

C'est à partir des années 1960-70 que l'interactionnisme connaît un nouveau souffle (Poupart, 2011), avec les travaux de sociologues associés à la deuxième École de Chicago, tels que Strauss, Becker, Goffman, Fraser, ou encore Lemert. Étant pour la plupart des étudiants de Hughes et de Blumer, les chercheurs associés à l'interactionnisme accordent une importance particulière aux interactions réciproques, aux symboles, à la place du sujet comme acteur conscient de lui et d'autrui, à la construction du soi, aux rôles sociaux ou encore aux statuts. Le Breton (2012) revient sur ces éléments qu'il analyse comme des axes théoriques communs aux interactionnistes.

2. L'interactionnisme dans notre recherche

Dans le cadre de notre recherche, c'est principalement aux travaux de Goffman et à son concept de « cadres de l'expérience » (1974) que nous nous référons. Dans son ouvrage « Les Cadres de l'expérience » (1974), Goffman s'interroge sur la manière dont les personnes définissent une situation, et plus précisément sur l'influence de leur expérience subjective dans la construction de cette définition. Il approfondit ainsi le concept de « définition de situation » de Thomas en développant une typologie autour du concept de « cadres de l'expérience ». En effet, pour Goffman, « toute expérience humaine renvoie […] à un cadre donné, généralement partagé par

toutes les personnes en présence ; ce cadre oriente leurs perceptions de la situation ainsi que les comportements qu'elles adoptent par rapport à elle » (Nizet et Rigaux, 2014, p. 67). Dans sa typologie, Goffman distingue les « cadres primaires » des « cadres transformés ». Concernant les premiers, il note qu'est « primaire un cadre qui nous permet, dans une situation donnée, d'accorder un sens à tel ou tel de ses aspects, lequel autrement serait dépourvu de signification » (Goffman, 1974, p.30, cité par Nizet et Rigaux, 2014, p. 67). Parmi les cadres primaires, Goffman distingue les « cadres naturels » et les « cadres sociaux ». Les cadres naturels « impliquent l'action de forces, de lois de la nature tandis que les (cadres sociaux) impliquent des intentions, des actions humaines » (Nizet et Rigaux, 2014, p. 67). Pour Goffman, c'est à partir de ces deux cadres que les personnes « interprètent et structurent les évènements de leur quotidien » (Abraham, 2009, p.100). Concernant les cadres transformés, ils désignent les situations qui, « bien que présentant certaines ressemblances avec ce qui se déroule normalement dans le cadre primaire, acquiert pourtant une signification différente » (Nizet et Rigaux, 2014, p. 67-68). Goffman conceptualise deux cas de figure selon que la transformation du cadre d'une situation échappe ou non aux personnes. Le premier cas constitue la « modalisation », qui survient lorsque tous les participants sont conscients qu'ils assistent à une version transformée de la situation (par exemple : une pièce de théâtre). Le second cas de figure exprime la « fabrication », qui survient lorsqu'une partie des participants ignore que le cadre a été transformé et se retrouve dans une position de dupe (par exemple comme dans le cas d'une caméra cachée).

La transformation des cadres, en particulier en cas de « fabrication », peut conduire les personnes à des « erreurs de cadrage » dans leur définition de la situation. Ces erreurs renvoient aux situations où le « cadrage de l'expérience ne remplit pas correctement ses fonctions d'orientation des perceptions et des comportements des individus » (Nizet et Rigaux, 2014, p. 70). Dans certains cas, la transformation du cadre d'expérience peut conduire à des « ambiguïtés », qui renvoient aux situations où les transformations du cadre « laissent les individus dans le doute quant à la signification de la situation et quant aux comportements qu'il convient d'adopter à son égard » (Nizet et Rigaux, 2014, p. 71). Abraham (2012) souligne que « les évènements vécus ne s'accompagnent jamais du cadre dans lequel il convient de les interpréter » (p.100). Toute situation peut donc être lue à travers des cadres multiples, parfois

contradictoires, alors que les faits en eux-mêmes ne portent pas de significations intrinsèques, mais impliquent d'être interprétée et traduite en sens.

Dans le prolongement du concept de « définition de la situation » de Thomas (1918), le concept de « cadres d'expérience » (1974) de Goffman et la typologie à laquelle il renvoie permet d'approfondir la compréhension des mécanismes par lesquels les PAI, mais aussi les professionnels, ont interprété et définit leur situation. Dans un premier temps, ces cadres donnent à mieux comprendre comment les PAI ont interprété la pandémie et leur situation durant cette crise, notamment pour orienter leurs perceptions des règles sanitaires, des risques ou des ressources mobilisables, mais aussi leurs manières de réagir dans des situations parfois perçues comme floues, ambiguës, voire injustes. Dans ce contexte, leurs cadres habituels d'interprétation de la réalité ont pu être mis à l'épreuve, donnant lieu à des « ambiguïtés » ou des « erreurs de cadrage » que ces concepts donnent à mieux observer. Dans un second temps, ces cadres permettent d'affiner notre compréhension des perceptions des professionnels à partir desquels ils définissent la situation des PAI, en contextes pandémique et postpandémique. Pour notre analyse du contexte postpandémique, les éventuelles transformations des cadres d'interprétation des professionnels du secteur médico-social peuvent constituer en lui-même un résultat éclairant sur la situation des PAI en matière d'accompagnement médico-social.

Synthèse partie 3

Cette partie présente de manière succincte les champs sociologiques au croisement desquels cette thèse se situe : la sociologie de l'immigration qui, dans notre recherche, vise à éclairer les expériences et les inégalités des PAI à la lumière des spécificités de leurs parcours migratoires. La sociologie du vieillissement, qui vise à éclairer les expériences et les inégalités spécifiques des PAI dans le contexte pandémique et postpandémique, en lien avec les réalités de leur avancée en âge. Et la sociologie de la santé qui, au-delà de démontrer le caractère socialement construit de la santé et de ses représentations, permet de mettre en lumière les inégalités sociales de santé engendrées par des formes d'organisation sociale hiérarchisée et des formes de gouvernance politique porteuse d'inégalités structurelles, en particulier en France envers les populations immigrées, dont les PAI. Chacun de ces champs vise donc à éclairer une dimension spécifique des inégalités sociales vécues par les PAI en contexte pandémique et postpandémique.

Cette partie présente ensuite l'approche de type compréhensif sur laquelle repose notre recherche, en présentant les principaux fondements et influences théoriques de la sociologie compréhensive. Nous présentons ensuite le paradigme de l'interactionnisme symbolique dont s'inspire notre recherche, d'abord en présentant ses origines, puis en présentant les concepts que nous y mobilisons dans notre recherche, à savoir :

- Le concept de « définition de la situation » (Thomas, 1923), qui permet de comprendre comment les personnes interprètent et réagissent à un contexte donné en fonction de leurs perceptions, de leurs ressources et des interactions en cours ;
- Le concept de « cadres d'expérience » (Goffman, 1974), qui approfondit le concept de définition de situation en s'intéressant aux manières dont les personnes interprètent une situation et ajuste leur comportement à partir de cadres qui varient selon leurs expériences subjectives et les situations.

Ce cadre interactionniste permet d'analyser les expériences des PAI à travers les définitions données à leur situation, par elles-mêmes et par les professionnels qui les accompagnent, dans

le contexte pandémique et postpandémique. Ce cadre permet ainsi de mieux intégrer la dimension subjective des inégalités sociales vécues par les PAI, à la fois à travers leur manière d'interpréter, de négocier et de définir leur situation, et à travers leur manière d'interpréter et de mobiliser de potentielles ressources mobilisées pour répondre à ces situations. La partie suivante est consacrée à notre cadre méthodologique ; elle présente notre stratégie de collecte de données, nos outils de collecte, la présentation de notre corpus de données, de notre stratégie d'analyse, et enfin des limites méthodologiques de notre recherche.

Partie 4 – Cadre méthodologique

Sommaire :

Chapitre 6 – Deux stratégies méthodologiques complémentaires

Chapitre 6 : Deux stratégies méthodologiques complémentaires

Pour rappel, cette thèse est guidée par les questions de recherche suivantes : comment les inégalités sociales engendrées ou exacerbées par la pandémie ont-elles été vécues par les personnes âgées immigrées en France ? Comment les professionnels du secteur médico-social perçoivent les inégalités sociales vécues par les PAI en contexte postpandémique ? Elle vise à décrire et mieux comprendre, à partir d'une approche interactionniste, la manière dont les PAI ont vécu les inégalités et les ressources qui ont jalonné leur trajectoire en contexte pandémique et postpandémique, en portant une attention particulière aux interactions avec les professionnels de l'accompagnement médico-social. Pour développer des pistes de réponse et atteindre nos objectifs de recherche, nous avons choisi de mobiliser deux stratégies méthodologiques complémentaires. L'une permettra de situer nos analyses dans le contexte de la pandémie, à travers une analyse secondaire de données issues d'une recherche-action (COVID-PAI-TS), dont l'objectif principal visait à produire un guide de pratiques destiné aux praticiens de l'accompagnement médico-social, pour intervenir spécifiquement auprès des PAI en contexte de pandémie (Belhadj-ziane et al., 2022). L'un des principaux atouts de cette stratégie est que j'ai étroitement collaboré à cette recherche sous le statut d'apprenti-chercheur, ce qui me permet de connaître ses grands tenants et aboutissants, incluant ses contextes, ses forces et ses limites. L'autre stratégie mobilisée permet de situer nos analyses dans le contexte postpandémique. Elle est constituée d'outils de collecte de données spécifiquement développés dans le cadre de cette thèse, autour d'entretiens individuels et collectifs (focus goups).

Ces deux stratégies méthodologiques permettent une triangulation des données, c'est-à-dire la mise en œuvre de « plusieurs démarches en vue de la collecte de données pour l'étude du comportement humain. L'approche par méthodes multiples tente ainsi d'atteindre la complexité du comportement humain en l'étudiant de plus d'un point de vue » (Yana, 1993, cité par Sawadogo, 2021, s.p.). Il existe plusieurs formes de triangulation et manières de les utiliser (Horincq et al., 2023). Notre recherche s'appuie sur une triangulation des sources, qui permet de favoriser la recherche de plusieurs points de vue « pour dégager une vision plus riche d'une thématique » (Sawadogo, 2021, s.p.), et sur une triangulation des outils de collecte de données en combinant « deux ou plusieurs modes de collecte de données dans une perspective de recherche de complémentarité, de corroboration » (Sawadogo, 2021, s.p).

1. Méthodologie dans le contexte pandémique : une analyse secondaire de données

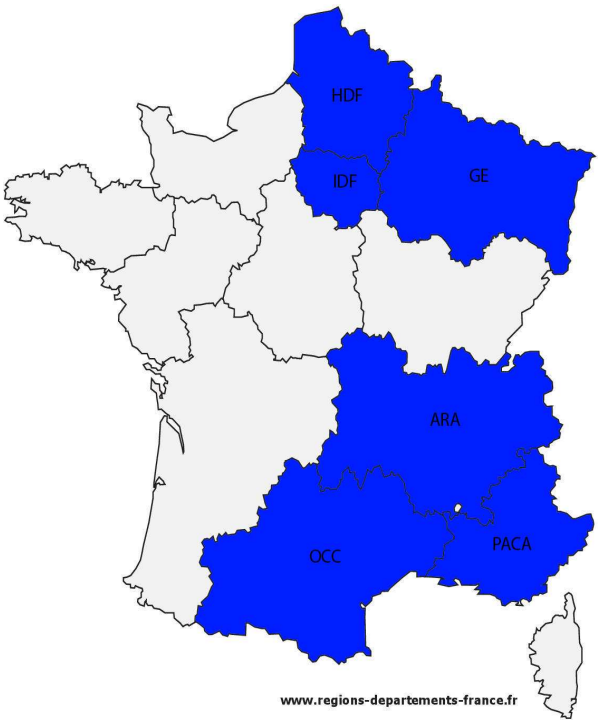
La première étape de notre stratégie méthodologique est une analyse secondaire de données qualitatives (Brugidou *et al.,* 2014). Celles-ci proviennent d'un pan des données collectées pour la recherche-action COVID-PAI-TS (Belhadj-ziane et al., 2022) ; la seule étude en France ayant analysé les spécificités vécues par les PAI durant la pandémie et les pratiques d'accompagnement social dans un tel contexte.

1.1 Présentation de la recherche-action COVID-PAI-TS

De nature qualitative, COVID-PAI-TS a débuté en mars 2021 et s'est terminée en novembre 2022[99]. Cette recherche-action part d'un besoin exprimé par les professionnels du travail social observant un manque de connaissances et d'outils spécifiques à l'intervention sociale auprès des PAI en contexte de pandémie. L'objectif principal visait à outiller les travailleurs sociaux (TS) d'un guide de pratiques pour intervenir adéquatement auprès des PAI en contexte pandémique. Ses objectifs spécifiques visaient à 1) identifier et analyser les perceptions, les attitudes et les besoins des PAI dans le contexte de la Covid-19, 2) décrire et analyser les pratiques d'intervention mises en œuvre par les TS auprès des PAI dans le contexte de la Covid-19, et 3) proposer des pistes d'action et d'intervention sous forme de recommandations fondées sur des données probantes, en vue de répondre de manière adéquate aux besoins spécifiques des PAI en contexte de pandémie (Belhadj-ziane et al., 2022). Cette recherche s'est déployée dans 6 régions de France : les Hauts-de-France (HDF), l'Île-de-France (IDF), le Grand Est (GE), l'Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), l'Occitanie (OCC) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Ces régions ont été sélectionnées pour leur histoire migratoire et la présence importante de PAI, mais aussi, car ces régions comptaient parmi les plus touchées par le virus en France.

[99] COVID-PAI-TS a été coordonnée par la professeure Belhadj-ziane. L'équipe était composée des professeurs Emmanuel Jovelin et Piero Galloro, le sociologue Moncef Labidi, à l'origine des cafés sociaux en France, et le Groupe d'intérêt scientifique Recherche, Action, Inclusion, Formations (GIS RE.ACT.I.F.S). Elle a été financée par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), dans le cadre de l'appel à projet Ra-Covid-19.

Figure 5 : Carte des régions enquêtées dans la recherche-action COVID-PAI-TS



La collecte des données s'est étendue d'avril à septembre 2021, en plein cœur de la pandémie, nécessitant la mise en place de mesures spécifiques : distanciation, port du masque, utilisation d'une vitre plexiglace lorsque c'était possible, et usage systématique de gel hydroalcoolique. Les focus groups et entretiens avec les TS ont été réalisés dans les mêmes conditions. Toutefois, certains entretiens et focus groups auprès des TS ont été réalisés en distanciel. Pour les PAI, la collecte des données a été réalisée entièrement en présentiel, dans le respect des règles sanitaires alors en vigueur.

Cette collecte s'appuyait sur l'outil d'entretien individuel sous forme de récits de vie pour les PAI, et sur celui du focus group pour les TS. Cependant, en raison de contraintes liées au contexte sanitaire, des focus groups ont été réalisés auprès de certaines PAI, et des entretiens individuels auprès de quelques TS. Concernant les PAI, ces récits de vie présentaient l'intérêt « de collecter des éléments précis d'informations aux niveaux individuel, intersubjectif et socio-structurel, en identifiant les significations historico-empiriques, psychique, sémantique et discursive, qui sont les plus pertinentes pour la recherche » (Belhadj-ziane et al., 2021, s.p.). Pour les TS, il s'agissait de recueillir leurs principaux défis, leurs pratiques et leurs stratégies pour intervenir auprès des PAI durant la pandémie. Les PAI et TS ont été sélectionnées par une

stratégie d'échantillonnage en boule de neige, via le réseau des membres de l'équipe de recherche composée de chercheurs et praticiens-chercheurs. Le protocole de recherche était orienté de manière à dégager des vues variées et à contextualiser les résultats selon les six régions retenues.

L'un des principaux critères d'inclusion des PAI était d'être originaire d'un pays du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne. Ces populations ayant été parmi les plus mortellement touchées en France durant les 2 premières vagues de contamination (cf. enquête EpiCov). Un autre critère était d'être âgé de 55 ans et plus. Ce seuil a été déterminé pour tenir compte du phénomène de vieillissement précoce vécu par de très nombreuses PAI, en raison de la dureté de leurs parcours professionnels, et plus largement de leurs conditions de vie. À cet effet, les PAI ont été sélectionnées sur la base de critères visant à obtenir la plus grande diversification possible de profils. Ont ainsi été rencontrées des PAI hommes et femmes de toutes nationalités, de diverses situations socioprofessionnelles, habitant dans des FTM, des résidences sociales et logements diffus (N=79). Comme pour les PAI, les TS ont été sélectionnés sur la base du volontariat et selon des critères visant la plus grande diversification possible de profils. Les TS rencontrés, en milieu institutionnel et associatif, étaient professionnels, bénévoles et de différents statuts : conseillers, assistantes sociales, gestionnaires de résidence et directeurs d'association (N=45). L'un des principaux critères d'inclusion était d'avoir accompagné des PAI durant la pandémie, cela, afin de mettre en lumière leurs pratiques, d'en saisir les forces et les limites.

1.2 Présentation synthétique de nos implications et contributions dans COVID-PAI-TS

Recruté en qualité d'apprenti-chercheur dans la recherche-action COVID-PAI-TS (mars 2021-novembre 2022), nous avons pris part à l'ensemble des étapes de cette recherche. En amont, nous avons participé à la construction des outils de collecte de données, qu'il s'agisse de la construction des guides pour les entretiens avec les PAI et les focus groups avec les TS (versant qualitatif) ; ou qu'il s'agisse, dans une moindre mesure, de la construction d'un questionnaire en ligne à destination des TS (versant quantitatif). Nous avons également contribué à la recension des mesures sanitaires adoptées en France et, dans une moindre mesure, à la recension des pratiques d'accompagnement social en contexte sanitaire (en France et à l'international) des populations âgées et/ou immigrées. Nous avons ensuite contribué à la collecte des données, d'une part en réalisant des entretiens et des focus groups auprès de PAI et de TS, dans plusieurs

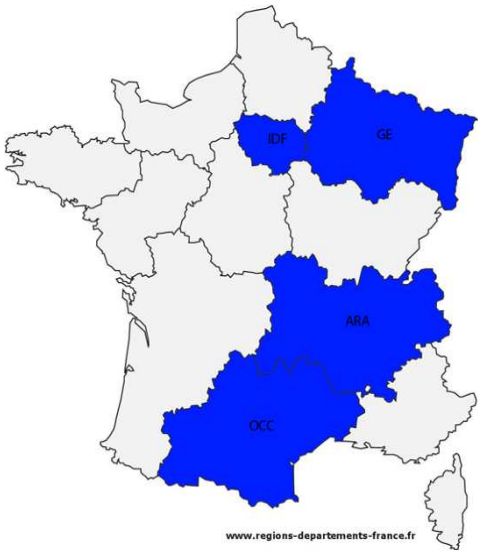
régions de France, d'avril à septembre 2021 ; et d'autre part en diffusant le questionnaire aux TS, en ciblant les structures dans lesquelles ces derniers travaillent (essentiellement des CLIC et des associations). À la suite, nous avons contribué à la transcription des entretiens et focus groups, à l'anonymisation des participants (via un matricule), puis au classement et au codage des données. Une fois ces étapes réalisées, nous avons contribué à l'analyse préliminaire de ces données en utilisant une stratégie d'analyse thématique, d'abord pour le corpus des PAI, puis pour le corpus des TS. Enfin, nous avons contribué à la diffusion des principaux résultats de cette recherche. Cette étape de diffusion s'est traduite par la réalisation et la co-réalisation de communications scientifiques, en France et à l'international (Canada, Argentine) ; par notre participation à la construction du guide d'intervention pour les TS (construction encore en cours) ; par la co-organisation d'un colloque international pluridisciplinaire (sociologie, psychologie, gérontologie, sciences-politiques ; professionnels du travail social) destiné à présenter et à discuter les résultats de la recherche ; par notre participation à la réalisation d'une capsule vidéo didactique, dans le cadre de ce colloque international, en présentant l'un des axes du guide d'intervention ; et enfin par la co-écriture d'un article scientifique avec des chercheurs de l'équipe (d'autres sont à venir).

1.3 Le corpus COVID-PAI-TS mobilisé pour l'analyse secondaire des données

L'analyse secondaire de données repose sur « l'analyse de données produites dans d'autres conditions que celles du processus d'analyse quelles que soient les modalités de cette opération : il peut s'agir de ré-explorer ses propres données ou d'interroger des données collectées par d'autres chercheurs à partir d'autres hypothèses de travail » (Brugidou et al., 2014, p.1). Dans notre thèse, cette méthode présente l'intérêt de valoriser des données collectées dans un contexte social et sanitaire exceptionnel, auprès de populations souvent difficiles d'accès et peu prises en compte dans les recherches spécifiques dans le contexte de la Covid-19. Le recours à l'analyse secondaire permet aussi de proposer un prolongement à cette recherche-action, par l'approfondissement de ces données au travers de nouvelles analyses, et produire, par là même des données complémentaires pour enrichir les connaissances.

Dans le cadre de cette thèse, pour réaliser l'analyse secondaire de données, nous avons retenu les données issues de quatre des six régions enquêtées par COVID-PAI-TS : les régions Île-de-France (IDF), Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), Occitanie (OCC) et Grand Est (GE)[100].

Figure 6 : Carte des régions enquêtées dans notre recherche



Ce choix correspond aux terrains que nous avons personnellement investis lors de la recherche COVID-PAI-TS, ce qui permet notamment d'avoir une compréhension des contextes dans lesquels ont été recueillies ces données. Ce corpus est constitué d'entretiens et focus groups réalisés auprès de PAI (N=57), dont 47 hommes et 10 femmes, et des TS (N=29), dont 7 hommes et 22 femmes.

[100] Les données de COVID-PAI-TS ont été collectées dans six régions françaises : Hauts-de-France (HDF), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), Île-de-France (IDF), Grand Est (GE), Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), et Occitanie (OCC). Pour notre analyse secondaire, nous avons retenus les quatre dernières.

Tableau 4 : Profils des PAI retenues dans l'analyse secondaire des données issues de COVID-PAI-TS

Régi-ons	Genre	Nombre		Âge moyen		Année moyenne d'arrivée en France		Revenu mensuel moyen		Types de logement			
										Logement diffus		FTM /RS	
IDF	Homme	11		74 ans		1969		1166 euros		7		4	
	Femme	3		72 ans		1983		950 euros		3		0	
GE	Homme	9		74 ans		1968		1164 euros		5		4	
	Femme	1		73 ans		1964		--		1		0	
ARA	Homme	17		76 ans		1969		1000 euros		9		8	
	Femme	4		72 ans		1974		900 euros		2		0	
OCC	Homme	10		74 ans		1970		932 euros		2		8	
	Femme	2		68 ans		1967		--		2		0	
TOTAL H/F		**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**
		47	10	74,5	72,2	1969	1974	1065,5	925	23	8	24	0
GRAND TOTAL		N=57		73,8 ans		1971		1018,6		31		24	

Sur les 14 PAI rencontrées en région IDF, 11 sont des hommes et 3 sont des femmes. Pour la région GE le ratio est de 9 hommes et 1 femme. En région ARA, 17 hommes et 4 femmes ont été rencontrés. Concernant les 12 PAI rencontrées en région OCC, 10 sont des hommes et 2 sont des femmes. Au moment de l'entretien, les hommes étaient âgés de 74,5 ans en moyenne et les femmes, 72,2 ans. L'année moyenne d'arrivée en France pour les hommes est 1969, et 1974 pour les femmes. Pour toutes les régions et genres confondus, le revenu mensuel moyen des PAI était de 1018,6 euros, ce qui se situe en dessous du seuil de pauvreté en France, établi en 2021 à 1158 euros mensuels par personne (INSEE, 2023). Pour les hommes, le revenu moyen était de 1065,5 euros. La situation est encore plus disproportionnée pour les femmes. Leur revenu mensuel moyen était de 925 euros. Concernant le type d'habitat, au moment de la collecte de données, 27 PAI dont 8 femmes déclaraient vivre en appartement ; 4 hommes se disaient vivre en maison individuelle (aucune donnée concernant les femmes) ; 24 vivaient en RS ou en FTM, et 2 femmes n'ont pas précisé leur type d'habitation.

D'autres données concernant l'état de santé des PAI demandent une attention particulière. En effet, 31 PAI dont 5 femmes, soit plus de la moitié de l'échantillon, déclaraient avoir au moins une pathologie antérieure à la pandémie ; 17 PAI dont 2 femmes, soit près d'un tiers, n'ont pas précisé leur état de santé avant la pandémie. Une majorité, 42 PAI dont 6 femmes, ont déclaré ne pas avoir été contaminées par le virus. Concernant la vaccination, 38 PAI dont 6 femmes ont déclaré être vaccinées au moment de l'entretien ; près d'un quart n'ont pas précisé leur situation vaccinale (13 PAI, dont 3 femmes), et 6 PAI dont 1 femme, ont déclaré ne pas être vaccinées.

Il est nécessaire de souligner que parmi les personnes vaccinées, 2 hommes l'ont été à leur insu, ce qui pose des questions éthiques majeures. Nous y reviendrons plus loin.

Parmi les 22 femmes et les 7 hommes qui composent notre échantillon de TS, toutes et tous ont pour dénominateur commun d'avoir accompagné des PAI durant la pandémie. Ils occupent des fonctions et des statuts divers, soit au sein d'une association communautaire, soit au sein d'une institution. Parmi ces TS, 13 travaillaient dans une association communautaire, dont 10 en tant que professionnels, 2 étaient stagiaires, et 1 en tant qu'élu de quartier. Pour les autres TS, 16 travaillaient en institution, soit en FTM ou RS (11, dont 5 responsables de RS), dans un Centre communal d'action sociale [CCAS] (3), un centre social (1) et une bibliothèque municipale (1).

Tableau 5 : Répartition des TS par régions retenues dans l'analyse secondaire des données issues de COVID-PAI-TS

Région	**Nombre de TS enquêtés**		
	Hommes	**Femmes**	**Ensemble**
IDF	2	2	4
GE	3	6	9
ARA	2	9	12
OCC	0	5	5
Total	7	22	29

Tableau 6 : Profils des TS retenus dans l'analyse secondaire des données issues de COVID-PAI-TS

Régions	Sexe	Nombre	Statuts
IDF	Homme	2	Agent de développement et d'animation dans une association (1), un élu de quartier (1).
	Femme	2	Animatrice de bibliothèque municipale de quartier (1), animatrice dans une association (1).
GE	Homme	3	Directeur d'association (1), président d'association communautaire (1), animateur en association (1).
	Femme	6	Éducatrice spécialisée dans une résidence sociale (1) ; conseillère en économie sociale et familiale dans une résidence sociale (1), travailleuse sociale dans un centre social (1), directrice d'un CCAS (1), assistante sociale dans un CCAS (2)
ARA	Homme	2	Conseiller en insertion sociale dans une résidence sociale (1) ; ouvrier de maintenance dans une résidence sociale (1).
	Femme	9	Responsables de résidence (3), directrices d'associations communautaires (2) ; salariés d'association communautaire (2) ; stagiaires dans une association communautaire (2)
OCC	Homme	0	
	Femme	5	Responsables de résidence sociale (2) ; responsable en insertion sociale dans une résidence sociale (1), responsable insertion sociale en pension familiale (1), agent de développement local à l'intégration dans une association (1).
Total H/F		7 22	
Grand total		N=29	

Les entretiens et focus groups des PAI et TS issus de COVID-PAI-TS et retenus pour notre analyse secondaire ont été en grande majorité enregistrés, puis entièrement retranscris par les membres de l'équipe de recherche. Les entretiens et focus groups non retranscrits ont fait l'objet d'une synthèse détaillée. Les codes qui ont été attribués à chaque participant sont les mêmes que ceux utilisés dans COVID-PAI-TS. Par exemple, le code de participant PAI-1-H64-ARA signifie : personne âgée immigrée (PAI), entretien numéro 1 (1), homme de 64 ans (H64), en région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA). Le code PAI-8-F71-IDF signifie : personne âgée immigrée (PAI), entretien numéro 8 (8), femme de 71 ans, région Île-de-France (IDF). La stratégie d'analyse détaillée de ces données est expliquée plus loin.

2. Méthodologie dans le contexte postpandémique : entretiens individuels et focus groups

L'analyse secondaire de données a été complétée par une seconde étape. Celle-ci se situe dans le contexte postpandémique. Notre analyse secondaire ayant mis en lumière les difficultés accrues des PAI résidents en FTM et en RS durant la pandémie, nous avons complété le corpus issu de COVID-PAI-TS par une nouvelle collecte auprès de professionnels du secteur médico-social ayant accompagné des PAI durant et après la pandémie (N=9), via des entretiens et focus groups. Ces professionnels représentent des interlocuteurs pertinents, notamment en raison de leurs pratiques d'accompagnement nécessitant le plus souvent une analyse de la situation des PAI, tant en termes de besoins que de potentielles ressources pour y répondre. Les entretiens et focus groups ont été réalisés via un guide inspiré des résultats issus de notre analyse secondaire. La trame de ce guide consistait à recueillir des données sur les perceptions des professionnels à propos des PAI en contexte pandémique et postpandémique : les difficultés vécues par les PAI, les ressources individuelles et collectives, ainsi que les pratiques d'accompagnement, leurs contraintes, limites et suggestions d'améliorations. Quelques questions ont été ajoutées de manière itérative au fil des premiers entretiens, comme il est souvent nécessaire de le faire avec cette méthode (Rondeau et al., 2023), afin d'affiner la collecte des données. Notons que les focus groups ont été proposés aux professionnels ayant travaillé ensemble, durant la pandémie et/ou après, mais aussi à tout professionnel ayant au moins un collègue éligible à nos critères d'échantillonnage. Cette méthode visait à étendre le nombre de PMS enquêtés, d'étendre la diversité des points de vue recueillis, mais aussi de limiter les biais mnésiques en lien avec les expériences vécues.

Notre échantillonnage est de nature non-probabiliste. Nous avons retenu 4 principaux critères d'inclusion, présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Critères d'inclusion des PMS et justifications

Critères d'inclusion	Justifications
Être un professionnel du secteur médico-social, sans condition de statut	L'objectif est de saisir la diversité des perceptions des professionnels sur la situation des PAI depuis la pandémie, ainsi que les pratiques d'accompagnement mobilisées après la pandémie.
Avoir accompagné des PAI durant et après la pandémie Covid-19	Il s'agissait de pouvoir faire des liens entre la situation des PAI durant et après la pandémie. L'objectif est de distinguer les évolutions entre ces deux contextes, d'une part, concernant la situation des PAI, et d'autre part, à propos de leurs pratiques d'accompagnement.
Avoir été en poste sur la période considérée en région Grand Est	Ce critère s'explique par l'ancrage de notre recherche sur ce territoire et la volonté de tenir compte de ces réalités sociales et institutionnelles particulières.
Travailler auprès de PAI résidentes en FTM ou en RS	Ce critère se justifie par les difficultés accrues vécues par les PAI qui vivent dans ces établissements, et mises en lumière lors de l'analyse secondaire.

Notre stratégie de recrutement s'est faite par des prises de contact par courriel auprès de gestionnaires d'établissements œuvrant auprès des PAI et susceptibles de compter des professionnels répondant à nos critères d'inclusion. Nous avons contacté 15 FTM et des RS, 5 Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), 3 associations communautaires, 2 centres médico-sociaux et 3 cabinets d'infirmiers libéraux collaborant avec des FTM ou des RS. Les personnes avec qui nous avons été mis en relation ont ensuite été informées des objectifs de notre recherche et des conditions de participation. Pour obtenir l'accès à certaines résidences, un travail de négociation et de présentation de notre recherche, de ses objectifs et de notre parcours a dû être réalisé entre mi-novembre et début décembre 2024, notamment dans le cadre d'une réunion de travail organisée au niveau départemental par un bailleur social. Cette réunion rassemblait une dizaine de salariés, notamment des responsables de résidences, des conseillers en insertion sociale, mais aussi des responsables hiérarchiques à l'échelon régional. Ces préalables ont été nécessaires, car la période de notre collecte de données coïncide avec la diffusion d'un documentaire[101] en partie à charge contre les FTM et les RS, ce qui a contribué à instaurer un climat de méfiance envers notre démarche. D'ailleurs, en dépit des nombreuses sollicitations, plusieurs professionnels ont refusé de participer à cette recherche ou se sont rétractés. Nous avons pu rencontrer 9 professionnels volontaires de différents statuts, dont 8

[101] Documentaire intitulé « *À qui profite l'immigration ?* », diffusé dans l'émission Cash investigation de la journaliste Élise Lucet le 12 novembre 2024.

femmes. Pour ceux qui étaient employés d'un FTM ou d'une RS, un accord préalable du siège social a dû être obtenu. Les entretiens et focus groups ont été réalisés en présentiel ou en distanciel, selon leur préférence. Lorsqu'ils étaient en présentiel, les entretiens ont eu lieu sur leur site de travail.

Tableau 8 : Profils des participants et modalités de collecte des données

Participants	Statut professionnel	Établissement	Modalité d'entretien	Date et durée d'enregistrement
PMS1-F34-GE	Conseillère en insertion sociale	RS	Entretien [présentiel]	18 décembre 2024 1h36
PMS2-F51-GE	Responsable de résidence	RS	Entretien [distanciel]	18 décembre 2024 1h06
PMS3-F33-GE	Médiatrice en gérontologie	Association gérontologique intervenant en FTM + RS	Focus group [présentiel]	30 décembre 2024 1h52
PMS4-F35-GE	Médiatrice en gérontologie	Association gérontologique intervenant en FTM + RS	Focus group [présentiel]	30 décembre 2024 1h52
PMS5-F51-GE	Responsable de résidence	RS	Focus group [présentiel]	30 décembre 2024 1h52
PMS6-F62-GE	Assistante sociale	RS	Entretien [présentiel]	7 janvier 2025 1h02
PMS7-H40-GE	Infirmier libéral	Cabinet intervenant en FTM + RS	Entretien [présentiel]	17 janvier 1h29
PMS8-F28-GE	Assistante sociale	FTM	Focus group [présentiel]	24 janvier 2025 1h34
PMS9-F30-GE	Médiatrice sociale	FTM	Focus group [présentiel]	24 janvier 2025 1h34

Concernant le cadre éthique et la base légale de notre recherche, un formulaire de consentement a été remis à chaque participant en amont de l'entretien, conformément à l'article 6 du Règlement général sur la protection des données (RGPD). Ce formulaire comportait une notice d'information sur les objectifs de la recherche, les droits et libertés des participants pendant et après l'entretien, ainsi que le traitement et la conservation des données. Les participants ont été pseudomynisés[102] par l'utilisation d'un code. Par exemple, le code de participant PMS1-F34-

[102] Selon la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, 2022, s.p.), « la pseudonymisation consiste à remplacer les données directement identifiantes (nom, prénoms, etc.) d'un jeu de données par des données indirectement identifiantes (alias, numéro séquentiel, etc.). La pseudonymisation permet ainsi de traiter les données d'individus sans pouvoir identifier ceux-ci de façon directe ».

GE signifie : professionnel médico-social 1 (PSM1), femme âgée de 34 ans (F34), région du Grand Est (GE). Pour le code PMS7-H40-GE, il faut lire : professionnel médico-social 7 (PSM7), homme âgé de 40 ans (H40), région du Grand Est (GE). Les éléments du formulaire de consentement ont été rappelés et explicités oralement aux participants à chaque début d'entretien, avant signature, pour s'assurer du caractère libre et éclairé de leur consentement.

3. Stratégie d'analyse du corpus

L'analyse des données issues de COVID-PAI-TS et de l'étape complémentaire de nouvelle collecte de données était précédée d'une étape de préparation articulée autour des retranscriptions, de l'anonymisation ou de la pseudonymysation des participants, et de l'organisation des données (Marquet et al., 2022). Les entretiens et focus groups réalisés en contexte postpandémique ont été enregistrés et entièrement retranscrit à l'aide du logiciel ShareDocs[103], après autorisation de son utilisation par Huma-Numm, une plateforme de services spécialisées pour les données numériques de la recherche en sciences humaines et sociales. Les verbatim ont ensuite fait l'objet d'une correction attentive pour éliminer les erreurs du logiciel lors du processus de retranscription. Concernant l'étape de pseudonymisation, un matricule a été attribué à l'ensemble des participants. Les informations permettant d'être recoupées pour remonter à l'identité des participants ont également été supprimées de notre recherche (établissement, adresses, etc.). Les données ont ensuite été stockées sur un fichier crypté sur notre ordinateur personnel, puis classées en sous-fichier par échantillons (PAI, TS, PMS), par régions (ARA, IDF, GE, OCC), et par contexte (pandémique, postpandémique) selon une logique de « mise en ordre temporel » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 100) et spatiale.

Au regard des objectifs de notre recherche et de la nature de nos données, nous avons opté pour une stratégie d'analyse thématique. La thématisation est « l'opération centrale de la méthode, a savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (Paillé et Muchielli, 2021, p.270). Plus précisément, cette méthode repose sur une démarche systématique visant à identifier, regrouper et examiner les thèmes récurrents présents dans un corpus, qu'il s'agisse de transcriptions d'entretiens ou de différents types de documents (Paillé

[103] Via le dossier hnTools WatchFolder et l'outil de reconnaissance vocale automatique SpeechToText.

et Mucchielli, 2021). Concrètement, il s'agit de coder les données collectées, les catégoriser en thématiques et sous-thématiques pertinentes au regard des objectifs de la recherche, pour permettre ensuite leur mise en relation dans les analyses. Une thématique ou un thème est « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé et Muccheilli, 2021, p.280). Le codage est « le processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités [de sens] qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu » (Bardin, 2013, p.134). Ces unités peuvent renvoyer à une unité lexicale (en l'occurrence un mot), à une unité sémantique (une phrase ou plusieurs) ou à une unité thématique (une idée, un contexte) (Delacroix et al., 2021). Les données collectées ont été encodées de manière manuelle à partir d'un examen préliminaire, se traduisant par une immersion dans nos corpus à travers plusieurs relectures de chaque entretien et focus group, et par l'annotation de ces documents tout au long de ce processus d'immersion (Delacroix et al., 2021) pour en dégager des unités de sens. La catégorisation de ces unités de sens en thématiques et sous-thématiques a été réalisée avec la méthode de thématisation continue qui « consiste en une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes » à travers laquelle « les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin, et finalement hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents, etc. » (Paillé et Mucchielli, 2021, p.323).

Concernant l'analyse secondaire des données issues de COVID-PAI-TS, l'encodage des verbatim des PAI nous a amenés à articuler nos analyses autour des 3 grandes thématiques : perceptions de la pandémie, difficultés vécues et ressources mobilisées face aux difficultés vécues. Pour les TS, nous avons identifié 4 principales thématiques : difficultés perçues chez les PAI ; ressources individuelles et collectives perçues chez les PAI ; pratiques d'accompagnement utilisées durant la pandémie auprès des PAI ; et difficultés dans leur accompagnement des PAI.

Concernant l'analyse des données complémentaires collectées en contexte postpandémique, l'encodage des entretiens et focus groups réalisés auprès des PMS nous a amenés à articuler nos analyses autour des 6 thématiques suivantes : perceptions sur les PAI en tant que catégorie de population ; perceptions sur les difficultés des PAI en contexte postpandémique ; perceptions sur les ressources des PAI face à ces difficultés ; pratiques perçues comme efficaces dans

l'accompagnement des PAI ; difficultés des professionnels dans leur accompagnement des PAI ; et suggestions d'amélioration des pratiques.

4. Limites méthodologiques de la recherche

Le terrain de notre recherche s'est limité à quatre régions de France (Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Grand Est) pour l'analyse du contexte pandémique, et à une seule (le Grand Est) pour l'analyse du contexte postpandémique. Ce choix géographique répondait à des logiques de faisabilité et à une volonté d'étudier des territoires fortement touchés par la pandémie. Toutefois, la délimitation de notre terrain soulève une limite importante. En effet, en situant notre analyse du contexte postpandémique uniquement en région Grand Est, nous avons restreint la portée comparative de notre recherche en limitant la prise en compte des réalités sociales des régions enquêtées et surtout de leurs évolutions. Cette limite porte plus précisément sur certaines spécificités, notamment en matière d'offres de soins, de politiques locales, ou encore de réseaux associatifs, qui ont pu influencer les PAI dans leur expérience vécue pendant et après la pandémie. À défaut, notre analyse du contexte postpandémique intègre toutefois les évolutions macro entre le contexte pandémique et postpandémique. Par ailleurs, la délimitation de notre terrain pandémique et postpandémique, ne permet pas de rendre compte de la situation des PAI sur l'ensemble du territoire français, et encore moins de généraliser nos résultats à d'autres contextes que ceux étudiés dans cette recherche. Cela tend également à s'expliquer par nos méthodes d'échantillonnage et les critères d'inclusion utilisés pour cette recherche.

L'une des limites les plus importantes est l'absence de parité homme/femme parmi les PAI rencontrées. Cette limite est régulièrement mentionnée dans la littérature sur ces populations (Gallou, 2021), où les données sur les femmes âgées immigrées font particulièrement défaut, faute d'études qui leur soient consacrées. Ce déficit tend en partie à s'expliquer par les difficultés des chercheurs à accéder à des femmes âgées immigrées volontaires pour participer à leur recherche. Bien que la recherche-action COVID-PAI-TS intégrait cet enjeu en prévoyant d'interroger un nombre paritaire de PAI, les difficultés rencontrées pour trouver dans chaque région un nombre de femmes volontaires suffisant et éligible aux critères d'inclusion n'ont pas permis de construire un échantillon paritaire. Les femmes sont ainsi sous-représentées par rapport aux hommes, ce qui limite la prise en compte de la diversité des expériences vécues par ces populations. Cette sous-représentation des femmes dans notre corpus limite ainsi l'analyse

d'éventuelles spécificités de genre dans leur expérience vécue. En outre, notre analyse secondaire se heurte également à une sous-représentation des personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne par rapport à celles originaires d'un pays du Maghreb. Si cette sous-représentation peut s'expliquer par des difficultés d'accès au terrain, elle tend à limiter notre analyse de la diversité des expériences et des spécificités que peuvent engager les parcours migratoires.

Enfin, le recours à une analyse secondaire de données qualitatives pose en lui-même certaines limites, alors que cette méthode reste encore peu documentée dans la littérature en sciences sociales, malgré son usage grandissant par les chercheurs depuis les années 1990 (Duchesne, 2017 ; Beaucher, 2009). Une part de ces limites repose sur le fait qu'un chercheur recourant à une analyse secondaire n'a pas toujours pleine connaissance de la manière dont ont été construit les outils de collecte de données, ni sur les conditions et le contexte précis de la collecte de ces données, ni parfois même de la question initiale à laquelle la recherche utilisée cherchait à répondre (Dale, 1993). Dans notre cas, notre participation à COVID-PAI-TS en qualité d'apprenti-chercheur nous a permis de participer à la construction de ses outils de collecte de données, de participer à cette collecte à hauteur des entretiens et focus group que nous avons réalisés seuls ou avec d'autres membres de l'équipe de recherche, tout en ayant connaissance des objectifs précis qui étaient visés. Cependant, notre compréhension des différents terrains régionaux et du contexte général ou spécifique de cette collecte de données se restreint essentiellement à notre expérience personnelle, ainsi que dans une moindre mesure aux retours d'expérience de terrain des autres membres de la recherche lors de réunions d'équipe (difficultés diverses, évènement particulier survenu lors des entretiens ou en amont, etc.). Or cette limite restreint notre capacité à appréhender pleinement les conditions de production des discours recueillis par d'autres enquêteurs, que ce soit au regard des contextes socio-sanitaires propres aux régions étudiées, à leurs évolutions respectives au fil des mois, ou encore au regard de la pluralité des profils au sein de l'équipe et des manières de conduire les entretiens et focus groups semi-directifs. De plus, bien que nous ayons participé à leur construction, les guides d'entretien utilisés lors de collecte de données de COVID-PAI-TS n'ont pas été élaborés en fonction de notre problématique actuelle ; certains aspects importants pour notre analyse, telles les ressources des PAI, n'ont donc pas été explorés de manière systématique ou approfondie. Or ce manque d'exploration ou d'approfondissement peut conduire à un manque de matériaux

pour mener nos analyses dans le cadre de nos propres objectifs de recherche, voire à présenter un risque de surinterprétation des données disponibles, malgré notre vigilance face à ce biais de surinterprétation. De plus, le décalage temporel entre la collecte des données (en 2021, dans un contexte pandémique) et leur réanalyse plusieurs années plus tard limite la possibilité de saisir l'évolution immédiate des expériences vécues par les enquêtés, et ce malgré l'usage d'un carnet de recherche.

Concernant notre analyse de la situation postpandémique des PAI, nous souhaitions à l'origine procéder à la réalisation d'entretiens et focus group auprès de ces populations, en interrogeant 10 nouveaux participants hommes et 10 nouvelles participantes femmes. Les critères d'échantillonnage envisagés étaient alors les mêmes que pour la recherche-action COVID-PAI-TS afin, là aussi, d'intégrer une diversité de profils et de dégager les vues les plus variées possibles sur les expériences des participants. Nous avions cependant limité notre terrain à la région Grand Est, l'une des premières régions de France affectées par le virus, mais aussi l'une des plus touchées en termes de contaminations et de mortalité. Un échantillonnage par effet boule de neige a été utilisé auprès de PAI de notre entourage et dans leurs réseaux, ainsi qu'auprès d'enfants ou de petits-enfants de PAI, eux aussi essentiellement de notre entourage. Néanmoins, cette méthode ne nous a permis d'interroger qu'un seul couple lors d'un focus group réalisé en novembre 2024. Les refus de participation rencontrés au cours de cette tentative d'enquête postpandémique sont multiples et plurifactoriels. Certains relèvent de normes religieuses et de rapports de genre. En effet, plusieurs hommes ont refusé que leur épouse participe à un entretien ou à un focus group en leur présence, et certaines femmes veuves ont décliné un entretien en raison du caractère inconvenant qu'elles percevaient dans un échange seul à seul avec un homme extérieur à leur famille. Nous avons également contacté des PAI fréquentant deux mosquées et une église évangélique, par l'intermédiaire de personnes de notre réseau personnel (dont des PAI). Cependant, n'étant ni connu de ces personnes ni de leur communauté religieuse, et n'étant pas de la même confession qu'elles (information demandée par l'ensemble des personnes contactées), nous avons été perçus comme doublement étranger. Aucune personne n'a accepté de nous rencontrer pour un entretien ou un focus group. Notons ici que, pour certaines de ces personnes, ces refus ont été justifiés par la remémoration de la stigmatisation des médias à l'endroit de certains croyants lors de la pandémie (notamment dans

le Grand Est avec le cluster de Mulhouse, en 2020, dans une église évangélique[104]). Ces personnes ont refusé de participer à notre enquête par peur que leur participation soit perçue par leurs pairs comme nuisible à leur communauté et ravive ces stigmatisations. Ces craintes témoignent plus largement des limites éprouvées dans nos tentatives de construire un lien de confiance fondé sur une explication claire de notre discipline (la sociologie étant inconnue à l'ensemble des personnes contactées), de notre recherche, de son éthique et de ses objectifs, alors que notre démarche semblait le plus souvent assimilée à du journalisme d'investigation. À ce propos, de manière générale, nous avons pu faire l'expérience auprès des PAI contactées de leur défiance à l'égard de médias qui inquiètent plus qu'ils n'informent, mais aussi des scientifiques dont « l'expertise » et le financement des recherches n'a pas permis de protéger la population. Notons aussi que, pour les personnes qui l'exprimaient, cette défiance à l'égard des scientifiques a renforcé les interrogations sur le sens qu'elles percevaient à notre propre recherche : à quoi cela servirait-il de vous donner mon avis ? En quoi votre recherche va (m') aider ? Qu'est-ce que ça va changer ? Etc. Ces questions ont engagé des dialogues avec ces personnes, en particulier sur la gestion de la pandémie par le Gouvernement, sur le traitement médiatique de la crise, ou encore sur l'origine du virus, mais sans permettre que ces dialogues se poursuivent dans le cadre formel d'un entretien enregistré. Bien que ces situations témoignent des limites de notre démarche à construire un lien de confiance avec ces populations, ces situations mettent plus largement en lumière les traces laissées par la pandémie chez elles, notamment sur leurs rapports aux personnels politiques, aux médias, mais aussi aux chercheurs.

Pour d'autres personnes contactées, la pandémie représentait un sujet douloureux, au passé révolu, dont elles ne voyaient pas l'utilité de le réactiver lors d'un entretien. Ces situations nous ont interrogés sur l'existence d'éventuels traumatismes sous-jacents, mais aussi sur le potentiel mécanisme de résilience que ces postures pouvaient traduire, indépendamment de leurs limites. D'autres personnes ayant initialement accepté de participer à notre un entretien ou à un focus group[105], ont aussi finalement refusé à la suite de leur départ prolongé dans leur pays d'origine

[104] Exemple de ce phénomène avec un article du Journal Le Figaro qui titrait : « Un rassemblement évangélique a propagé le coronavirus en France » Repéré à : https://www.lefigaro.fr/sciences/un-rassemblement-evangelique-a-propage-le-coronavirus-en-france-20200305

[105] Les focus groups étaient privilégiés pour les PAI en couple, ou pour toutes autres personnes souhaitant réaliser l'entretien avec un colocataire, un corésident, ou plus largement un pair. Le focus group présentait l'intérêt de limiter les biais de mémoire et de favoriser le dynamisme des échanges et la confrontation des points de vue.

et l'impossibilité de participer à un entretien à distance. D'autres personnes ont aussi changé d'avis au moment de fixer la date de notre rendez-vous, sans nous en communiquer les raisons. En effet, ces personnes se montraient systématiquement indisponibles au rendez-vous que nous leur proposions et nous paraissaient à chaque fois gênées par nos relances. Nous avons ici renoncé nous-mêmes à interroger ces personnes au regard de la gêne que nous percevions en elles, malgré qu'elles ne nous l'aient jamais exprimé explicitement.

Face à nos difficultés d'accès à ces populations, nous avons modifié notre stratégie en choisissant d'interroger des professionnels du médico-social (PMS) ayant accompagné des PAI durant la pandémie et après. Cependant, ce choix implique plusieurs limites. La plus importante réside dans l'absence de parole directe donnée aux PAI pour exprimer leur expérience en contexte postpandémique, leurs représentations de ce contexte, et la définition qu'elles donnent à leur situation. Dès lors, notre analyse repose uniquement sur les perceptions qu'ont les PMS de la situation postpandémique des PAI, sans possibilité de confronter ou de mettre en dialogue ces perceptions avec celles des concernées. Bien que les perceptions des PMS constituent un matériau pertinent pour étudier les difficultés et les ressources des PAI qu'ils accompagnent, ces perceptions n'en représentent pas moins un point de vue restreint à partir duquel analyser la situation postpandémique de ces populations.

Par ailleurs, nous souhaitions initialement intégrer pour moitié à notre échantillon des PMS de formation médicale ou paramédicale. Le but recherché était de mieux intégrer les enjeux de santé et d'accès aux soins à notre analyse de la situation des PAI en contexte postpandémique. Cette orientation se justifiait notamment au regard des conséquences de la pandémie sur la santé de ces populations et sur leur isolement social accru. Néanmoins, ces professionnels se sont révélés particulièrement peu disponibles, et très peu ont accepté un entretien. Entre-temps, parmi ces professionnels, plusieurs ont dû annuler leur participation, faute de temps à nous accorder.

De manière plus générale, le nombre de PMS enquêtés constitue une limite aux résultats de notre recherche et à leur représentativité. En effet, un nombre de participants plus important aurait permis de diversifier davantage les points de vue recueillis, d'affiner nos analyses, et de couvrir une part plus importante de la région enquêtée. Néanmoins, là encore, la disponibilité des professionnels contactés s'est avérée particulièrement limitée, certains ne souhaitant pas

participer à la recherche, soit par manque d'intérêt, soit par manque de temps, soit par refus de leur supérieur hiérarchique ; quand d'autres ont accepté de participer, mais sans jamais venir au rendez-vous fixé. Rappelons que notre échantillonnage est limité aux professionnels intervenant en RS ou FTM et que le début de notre terrain coïncidait avec la diffusion d'un documentaire à charge contre ces établissements, amenant certains professionnels (et surtout leur supérieur hiérarchique) à voir avec méfiance notre recherche.

Par ailleurs, notre choix d'avoir resserré nos critères d'échantillonnage sur des professionnels intervenant en RS ou FTM tend à limiter notre analyse du contexte postpandémique aux seules PAI résidant dans ces établissements, alors que la majorité des PAI en France vivent en logement diffus. Cette limite se justifie néanmoins au regard des résultats de notre analyse du contexte pandémique, qui soulignent des difficultés accrues chez les résidents de FTM et RS. Bien que la littérature sur les PAI porte déjà essentiellement sur celles résidant en FTM et en RS et que très peu d'études sont disponibles sur les PAI vivant en logement diffus, notre recherche apparaît néanmoins comme l'une des premières spécifiquement consacrées à la situation postpandémique de ces populations. Aussi, dans la mesure où les PAI vivant en RS ou en FTM sont toujours ou presque des hommes, notre choix d'enquêter des PMS qui n'interviennent que dans ces établissements ne nous permet pas d'intégrer à notre analyse du contexte postpandémique la situation des femmes âgées immigrées.

Enfin, si ces limites méthodologiques n'invalident pas les résultats de notre recherche, elles constituent un angle complémentaire à leurs interprétations. À notre sens, ces limites constituent également autant de pistes pour orienter de futures recherches sur ces populations.

Synthèse partie 4

Cette partie porte sur le cadre méthodologique de cette thèse. Elle commence par la présentation de notre stratégie de collecte des données pour nos deux contextes étudiés, ainsi que par la présentation des corpus respectifs à ces contextes. Concernant le contexte pandémique, cette stratégie repose sur une analyse secondaire des entretiens et focus groups réalisés dans la recherche-action COVID-PAI-TS en région IDF, GE, ARA, OCC, auprès de PAI (N=57) et de TS (N=29). Concernant le contexte postpandémique, notre stratégie repose sur la réalisation d'entretiens et focus group complémentaires auprès de professionnels du secteur médico-social (N=9) dans la région GE. Nous présentons les critères d'échantillonnage utilisés à cet effet, leurs justifications, ainsi que les profils sociodémographiques des professionnels enquêtés.

Nous abordons ensuite notre stratégie d'analyse de ces corpus, de l'organisation de nos données par contexte, régions, et profils d'enquêtés, jusqu'à leur traitement analytique via une méthode d'analyse thématique.

Enfin, cette partie s'achève par la présentation des principales limites méthodologiques de cette recherche, tant concernant le contexte pandémique et les limites de notre analyse secondaire, que concernant le contexte postpandémique et les difficultés rencontrées en matière d'accès au terrain, mais aussi au regard des limites de nos critères d'échantillonnage et de la taille de notre corpus. À ce titre, cette partie constitue un cadre nécessaire à la compréhension des résultats que nous allons à présent aborder, tant au regard des conditions de collectes des données analysées, qu'au regard des difficultés et des limites méthodologiques de cette recherche, qui peuvent à bien des égards s'analyser comme des résultats en soi.

PARTIE 5 – Résultats sur le contexte pandémique

Sommaire :

Chapitre 7 : Une gestion de la pandémie amplificatrice des inégalités sociales

Chapitre 8 : Ressources des PAI face aux difficultés et aux vécues en contexte pandémique

Chapitre 7 : Une gestion de la pandémie amplificatrice des inégalités sociales

Ce chapitre expose les principales inégalités sociales vécues par les PAI, engendrées ou exacerbées durant la pandémie, tant au regard des effets de la communication du gouvernement en matière sanitaire, du traitement médiatique de la pandémie, des mesures de confinement, de la fermeture des frontières internationales, de la vaccination, de l'attestation dérogatoire de déplacement, de la dématérialisation et des répercussions économiques de la pandémie.

1. La communication gouvernementale

L'accès à l'information sanitaire officielle s'est révélé particulièrement inégalitaire à l'endroit de nombreuses PAI, en plus de brouiller leur cadre d'interprétation pour définir leur situation et ajuster leur comportement.

1.1. Un accès inégalitaire à l'information sanitaire officielle : exclusion informationnelle

L'accès à l'information sanitaire a constitué un enjeu particulièrement crucial au début de la pandémie. Or, durant les premiers mois, la communication des autorités publiques s'est essentiellement faite en langue française. L'absence d'informations sanitaires officielles multilingues a constitué une difficulté socio-écologique importante pour les PAI qui ne comprennent pas ou peu le français, en entravant leur accès à des informations potentiellement vitales. Cette absence d'information a participé à prolonger l'invisibilité sociale de ces PAI dans les politiques publiques, et ainsi renforcer leur mise à la marge de la société. Ces difficultés ont également été éprouvées par certaines PAI rencontrées, peu familières avec la langue française.

> « Ce qui est difficile pour les gens comme moi qui ne savent pas lire et écrire et qui ne comprennent pas ce qui se dit dans le poste [radio, télévision], c'est de dépendre toujours de quelqu'un qui comprend mieux que nous et qui nous explique. On ne parle que de la maladie à longueur de journée et dans toutes les radios et les télévisions. Moi, je comprends que lorsque quelqu'un qui parle ma langue m'explique de quoi il s'agit » Femme, 82 ans, Île-de-France**.**

L'absence ou le manque d'informations multilingues a limité l'autonomie de certaines PAI dans leur capacité à s'informer, en particulier en début de pandémie et lors des phases d'évolution

de la réglementation sanitaire. Ces atteintes se sont traduites par le développement ou le renforcement de leur dépendance vis-à-vis de leurs proches ou TS pour traduire les informations et consignes sanitaires en langage compréhensible. Ainsi, les interactions interpersonnelles (enfants, voisins, professionnels) ont constitué des ressources à l'accès de l'information, mais elles ont aussi exacerbé les inégalités en la matière, notamment entre PAI, avec d'un côté celles disposant de personnes-ressources pour les informer et, de l'autre, celles démunies de ce type de ressources interpersonnelles et livrées à elles-mêmes. Dans ce contexte, ces inégalités à l'accès à l'information ont contribué à la construction de ce que l'on pourrait qualifier d'inégalité de définition de la situation. En effet, selon les ressources disponibles, certaines PAI pouvaient nommer, comprendre, anticiper, quand d'autres ne percevaient que des fragments d'information, difficilement interprétables.

In fine, cet extrait de verbatim illustre la façon dont les PAI sont confrontées à une double exclusion, à la fois linguistique et sociale. La langue constitue un symbole d'inclusion ou d'exclusion. Elle permet ou non l'accès au sens et au monde social. Elle instaure une frontière entre ceux qui ont accès à l'information et ceux qui y ont accès à travers une médiation. Cette dépendance, où le sens n'est accessible qu'à travers autrui, produit une asymétrie relationnelle qui affecte l'identité sociale de la personne, réduite à une position de dépendance. Cela met en lumière des inégalités sociales structurelles. La non-maîtrise de la langue les prive de l'autonomie nécessaire à la compréhension des enjeux de santé publique, accentuant leur vulnérabilité. Le cumul de facteurs tels que l'âge avancé, le statut migratoire, les barrières linguistiques, participe ainsi à renforcer une forme d'exclusion informationnelle. La difficulté pour ces PAI n'est pas seulement cognitive, elle est aussi symbolique et interactionnelle, car elle affecte la manière dont la personne se perçoit et est perçue, tout en engendrant dépendance et marginalisation.

Dans les premiers mois de la pandémie, ces inégalités et atteintes à leur autonomie se sont traduites pour certaines PAI par une impossibilité de suivre en temps réel l'évolution de la situation sanitaire et, sur cette base, d'adopter de manière éclairée, au moment opportun, les mesures adéquates pour protéger et se protéger, comme l'exprime cette femme de 71 ans vivant en Île-de-France :

> « Personne ne m'a parlé des précautions à prendre, surtout que tous mes voisins sont des personnes âgées. Inévitablement, j'ai transmis le virus à mon mari. Avant, il était en bonne santé et ne se plaignait de rien. Je continuais à vivre normalement. Je sortais pour chercher l'argent à la Poste, faire les courses, aller au marché. Normal. Rien n'a changé pour moi. Je ne savais pas que j'ai contaminé mon mari. Il n'y avait aucun signe de la transmission du virus et il était tout à fait normal » PAI-8-F71-IDF.

Cette femme exprime ici son absence d'information concernant les précautions sanitaires et la manière dont elle a, sans le savoir, contaminé son conjoint. Pour elle, la « normalité » qu'elle répète plusieurs fois dans cet extrait traduit sa définition de la situation. Faute d'information adaptée, elle a continué à vivre selon ses habitudes quotidiennes. La réalité de la pandémie n'a pas transformé son univers de sens, car celui-ci n'était pas redéfini par l'information sanitaire officielle. Ainsi, le virus et les précautions n'avaient pas, pour elle, de signification pratique. C'est seulement à travers la contamination de son conjoint que le virus est devenu tangible. L'évènement transforme alors la définition de la situation et provoque une prise de conscience a posteriori. Son témoignage illustre clairement une inégalité liée à l'accès à l'information. Elle insiste, « personne ne (lui) a parlé des précautions à prendre ». Ici, il existe une lacune structurelle dans la diffusion des informations sanitaires adaptées aux PAI. Cela indique une absence de relais sociaux de proximité, tels que des associations, institutions ou autres dispositifs de prévention ou d'intervention. Ou bien alors, ces PAI ne connaissent pas ou ne sont pas connues des relais de proximité qui peuvent exister dans leur environnement de vie.

Aussi, la réglementation sanitaire, légalement contraignante dans le cadre de l'EUS, a ajouté une dimension supplémentaire aux effets négatifs liées à l'absence d'informations sanitaires multilingues. Cette situation peut ainsi s'analyser comme constituant, de fait, une rupture de l'égalité devant la loi, notamment au regard de l'objectif constitutionnel « d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi » (Conseil Constitutionnel, 16 décembre 1999)[106]. En effet, en raison d'un manque d'informations, plusieurs PAI présentaient une méconnaissance de leurs droits et libertés (quand sortir ? Comment ? Jusqu'où ?) et des restrictions/interdictions sanitaires. Cette rupture à l'intelligibilité et à l'accessibilité de la loi participe ici à renforcer les inégalités de définition de la situation. Nous verrons que certaines PAI ont notamment été sanctionnées par méconnaissance de ces éléments. Au-delà de ces conséquences sociales, médicales et

[106] Sur ce point, consulter : BENEZECH, L. (2020). L'exigence d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi : retour sur vingt ans d'existence. Revue française de droit constitutionnel, 2020/3 N° 123, pp. 541-563. https://doi.org/10.3917/rfdc.123.0541.

juridiques, cette situation peut s'analyser comme une forme de violence symbolique où l'absence d'informations sanitaires officielles multilingues apparait, pour les PAI ne comprenant pas le français, comme le silence démissionnaire des décideurs publics dans un contexte sanitaire et médiatique en pleine effusion.

Pour certaines PAI, notamment en régions Île-de-France et Grand Est, ce vide d'informations sanitaires officielles a été soudain. Du jour au lendemain, en raison de la consigne de confinement, des gestionnaires et professionnels de résidences sociales ne se sont pas présentés à leur poste, laissant les PAI livrées à elles-mêmes.

> « Au début, il n'y avait aucune information dans le foyer. On n'a plus vu les responsables depuis longtemps. Comme évaporés […]. Je me suis franchement inquiété. J'ai eu le sentiment que nous avons été abandonnés de tous. La maladie prenait de l'ampleur, les vieux comme moi en foyer, avons eu très peur. Il n'y avait pas de responsables dans le foyer. Ils sont tous partis » Homme, 82 ans, Île-de-France.

> « Les besoins c'était surtout de comprendre qu'ils [les PAI] étaient pas seuls dans cette histoire parce qu'ils se sont sentis abandonnés, les bailleurs les ont abandonnés, les institutions les ont abandonnés » ENT3-TS3-A-GE.

Ces RS, des lieux de vie collective, auraient dû constituer un espace de sens partagé de la situation sanitaire par l'intermédiaire des responsables. Or, leur disparition soudaine a entraîné une rupture du cadre interactionnel nécessaire dans un tel contexte. Ce sentiment d'abandon traduit une impossibilité de définir un sens sécurisant, en plus d'un défaut de reconnaissance sociale. L'absence de figures institutionnelles, habituellement perçues comme des points de repère, a placé ces PAI dans une définition de la situation marquée par la peur et l'abandon.

Au fil des mois, l'information sanitaire semble être plus adéquatement parvenue aux PAI, notamment grâce aux traductions prises en charge par des associations. Un an après le déclenchement de la pandémie (au moment des entretiens réalisés dans le cadre de COVID-PAI-TS), l'ensemble des PAI rencontrées connaissait les gestes barrières.

1.2 Une communication gouvernementale source d'interférence dans l'interprétation et la définition de la situation sanitaire

Les médias, tels que la télévision et la radio, ont été les canaux d'information les plus utilisés par les PAI pour s'informer. Néanmoins, les communications du gouvernement faites par le biais de ces médias ont été source de plusieurs difficultés pour certaines PAI.

Dans son discours du 16 mars 2020, le président de la République s'est exprimé sur l'évolution de la situation sanitaire et la nécessité d'adopter un confinement. Ce discours s'est articulé autour d'un champ lexical guerrier, présentant la crise sanitaire comme une guerre et le virus comme un « ennemi invisible »[107]. Or l'utilisation d'une telle rhétorique a brouillé l'interprétation et la compréhension de certaines PAI en début de pandémie. En effet, l'usage d'un référentiel guerrier a conduit certaines PAI à interpréter la pandémie à travers leur propre cadre d'expérience de la guerre, créant une dissonance entre ce vécu et celui de la situation sanitaire. Les propos d'un gestionnaire de résidence du Grand Est évoquant cette « drôle de guerre » sans bombes ni bruit, illustrent ce brouillage du cadre définition chez certaines PAI, et l'incompréhension, la peur et l'inquiétude qu'il a engendrée à l'égard d'elles-mêmes et de leurs proches :

> « C'était la grande peur parce que c'était la Covid c'était la lésine pour certains ils avaient connu les guerres, mais là c'était une drôle de guerre pour eux, c'était bizarre, il y avait pas de bombe, pas de bruit, il y avait pas besoin d'aller se cacher, se planquer à la cave, il y avait rien de ça. Pour certains, les plus anciens, ils comprenaient pas, c'était l'incompréhension. Il y avait cette peur de la maladie, mais c'était le mot guerre pour eux, c'était pas ça, donc c'était quelque chose qui vivait et c'était une inquiétude de se dire « est-ce qu'on va s'en sortir ? Est-ce que mes enfants vont bien ? Mes petits enfants ? Est-ce que nous c'est fini les séniors ? On sortira plus de chez nous, on est cantonné à la maison. » C'était cette crainte en fait, de dire « est-ce que je vais repouvoir sortir ? Est-ce que je vais pouvoir revoir les miens ? Mes proches ? Mes voisins ? » ENT4-G1-A-GE.

Ce verbatim met en lumière la manière dont l'usage d'un registre guerrier par les autorités a pu activer, chez certaines PAI, un cadre d'expérience reposant sur leur vécu de conflits armés. La définition de la situation sanitaire s'est ainsi construite par analogie à leur propre vécu de la guerre et des dangers qui y sont associés (bombes, bruits, nécessité de se cacher). Or, faute de

[107] « Nous sommes en guerre, en guerre sanitaire, certes : nous ne luttons ni contre une armée, ni contre une autre Nation. Mais l'ennemi est là, invisible, insaisissable, qui progresse ».

percevoir de tels signaux, la sémantique guerrière a non seulement créé une perte de repères pour interpréter et définir leur situation dans le contexte sanitaire, mais aussi pour comprendre les dangers spécifiques de ce contexte. Faute de pouvoir les interpréter clairement, cette sémantique guerrière a ainsi davantage effrayé certaines PAI qu'elle ne les a informées ou renseignées sur la nature des évènements en début de pandémie. Cette situation a engendré incertitude, stress et angoisse tant pour elles-mêmes (risque mourir ou de ne plus pouvoir ressortir) que pour leur famille (risque pour la santé de leurs enfants et petits-enfants, crainte de ne plus pouvoir les revoir). L'annonce de la pandémie et du premier confinement à partir d'un registre guerrier peut ainsi s'analyser comme relevant d'une forme de communication source d'inégalité, en ce qu'elle n'a pas pris en compte la diversité des cadres d'expérience à partir desquels les personnes pouvaient interpréter ces annonces. Cette situation inégalitaire repose ici sur le décalage entre deux cadres d'expérience, celui de la guerre comme évènement réellement vécu pour certaines PAI, et celui de la guerre comme métaphore symbolique mobilisée par les autorités, générant une incompréhension et une anxiété accrues en début de pandémie.

Une autre source de confusion porte sur la communication jugée contradictoire de Sibeth N'Diaye, porte-parole du gouvernement : « Les Français ne pourront pas acheter de masque dans les pharmacies parce que ce n'est pas nécessaire quand on n'est pas malade »[108]. Cette déclaration faite en mars 2020, cumulée à d'autres déclarations officielles contradictoires ou incohérentes et aux débats médiatiques concernant le port du masque, a engendré une forme de méfiance des PAI vis-à-vis du « gouvernement », des « ministres », des « experts et des « scientifiques ». Plusieurs expriment le sentiment d'avoir été manipulées par des « mensonges », accompagné d'un sentiment de confusion, de tension sociale et d'anxiété :

> « Moi ce que je veux savoir c'est pourquoi le Gouvernement, au début de Corona, ils ont caché la vérité ? Les ministres, l'africaine déjà [Sibeth N'Diaye], la grande gueule hein, moi je l'appelle la grande gueule, chaque fois qu'elle parle. […] Parce qu'elle arrêtait pas de mentir ! « Non, soyez tranquilles, c'est pas la peine de porter le masque, il n'y a pas de virus ! » Les gens y sont crevées non, avec le masque ? Parce qu'ils ont pas pris la précaution de le mettre. Parce que elle, elle les a assurés. C'est pas obligé de porter le masque, parce que y'a pas si, y'a pas ça. Après, notre Ministre de la Santé, j'ai oublié son nom, la belle-fille de Simeone Veil, elle a encore menti plus, elle a noyé carrément le poisson, et finalement, c'est-à-dire tout le Gouvernement,

[108] Source : https://www.ouest-france.fr/sante/masques-de-protection/sibeth-ndiaye-dit-ne-jamais-avoir-menti-sur-les-masques-6987344

> il [re]tourne contre elle. Admettons c'est eux ils l'ont poussé à parler comme ça, c'est elle qui a porté le chapeau hein, parce que c'est elle qui a tranquillisé le peuple, comme quoi y'avait pas le virus, que les gens restent tranquille quoi… » PAI-3-F67-ARA.

> « Je reproche surtout à ceux qui nous gouvernent, aux scientifiques et aux experts d'avoir créé la panique et d'avoir affolé les gens avec leurs annonces contradictoires. Ils ne sont pas d'accord déjà entre eux. L'un dit blanc, l'autre dit noir […] Cela dérègle les rapports entre les gens, déjà que les rapports sont froids et distants, avec la maladie, c'est devenu beaucoup plus tendu » PAI-12-H75-IDF.

> « Parfois ils disaient les masques ça sert à rien du tout parce que la France n'avait pas assez, après quand ils ont ramené des masques, alors obligatoirement si tu n'en portes pas t'as un PV. Y'a un mélange ici, économique, politique, on sait pas. À midi je crois, mais à 16h je ne crois plus. Ça crée de l'anxiété » Homme, 73 ans, Grand Est.

Au-delà de la confusion et de la perte de repères dont ils témoignent, ces extraits de verbatim montrent comment les contradictions de la communication gouvernementale ont interféré dans la construction des définitions données par certaines PAI au contexte sanitaire, et plus précisément ici à la dangerosité du virus, à l'utilité des masques pour s'en protéger, et à la crédibilité du gouvernement à fournir des informations claires et fiables pour orienter leur stratégie de protection. En effet, ces critiques mettent en lumière une altération du processus d'interprétation de l'information sanitaire officielle, limitant la possibilité des PAI à définir correctement leur situation dans ce contexte et les comportements et attitudes adéquates pour s'y adapter. Ces verbatim illustrent aussi l'instabilité générée par l'absence d'une source d'information fiable et claire à laquelle se référer, générant ainsi des sentiments de doute, de colère ou de méfiance qui exacerbent les difficultés des PAI à analyser le contexte sanitaire et à définir leur situation.

Aussi, si ces PAI n'indiquent pas avoir été elles-mêmes induites en erreur par cette communication, les conséquences qu'elles lui prêtent tendent cependant à altérer leur confiance vis-à-vis du gouvernement. Pour certaines, cette altération du lien de confiance a atteint son paroxysme lors du lancement de la campagne de vaccination, qui s'est fait dans un contexte politico-socio-médiatique marqué notamment par la polémique de l'hydroxychloroquine comme remède au SARS-CoV-2, illustré par les propos de Didier Raoult, « Quelque chose dont on ne sait pas si c'est dangereux, dont on ne sait pas si ça marche et rendre ça obligatoire, c'est

vraiment de la folie »[109], ou encore par l'essor du mouvement antivax. Ce contexte a provoqué des interférences dans la campagne de vaccination, avec pour conséquences une incompréhension de la situation, un renforcement de la peur, et le développement d'un sentiment de méfiance envers le gouvernement, mais aussi à propos de l'efficacité et de l'innocuité du vaccin. Ces dissonances ont perturbé la possibilité de construire un sens partagé. L'autorité institutionnelle a échoué, en quelque sorte, à stabiliser la définition de la situation, ouvrant la voie à la défiance. Le masque, qui devait fonctionner comme un symbole protecteur et unificateur, est devenu, au contraire un objet de méfiance et de confusion. De l'avis de plusieurs PAI, cette incohérence institutionnelle s'est également répercutée dans les micro-interactions quotidiennes, accentuant la distance entre les personnes. Il faut souligner qu'au-delà de ces méfiances, les PAI ont subi de plein fouet les effets des contradictions officielles, faute de pouvoir s'appuyer sur d'autres sources fiables. La désorientation produite par les messages contradictoires est plus lourde de conséquences pour celles dont l'accès à l'information est limité. Par ailleurs, cette défiance exprimée est accentuée par une histoire sociale de marginalisation. Pour les PAI, dont le rapport aux institutions a souvent été marqué par la distance, l'expérience des contradictions a pu renforcer un sentiment de relégation et d'exclusion des décisions collectives. De plus, les PAI ont vécu une instabilité dans la gestion de l'incertitude, comparativement aux catégories sociales mieux dotées en capital symbolique, social, numérique pour gérer l'incertitude. Autrement dit, les contradictions gouvernementales ne sont pas seulement perçues comme des maladresses, mais plutôt comme le signe d'un désordre politique (« mélange économique, politique »). Pour des populations déjà vulnérabilisées, cela confirme une vision du monde où les règles ne sont ni claires ni équitables. En somme, tous ces enjeux sont venus renforcer des inégalités sociales déjà présentes : exclusion de l'accès à l'information claire, faiblesse du capital de confiance institutionnelle et vulnérabilité face à la confusion politique. Bien que toute la population ait vécu ces contradictions, leurs effets inégalitaires ont plus particulièrement touché les plus fragilisés.

Les enjeux d'adhésion de la population à la vaccination ont conduit le gouvernement à utiliser des formes de communication qui, pour quelques PAI, se sont révélées contre-productives.

[109] Source : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/07/12/covid-19-non-didier-raoult-ne-fait-pas-volte-face-en-encourageant-les-soignants-a-se-faire-vacciner_6088052_4355770.html

> « Est-ce que vous avez vu quand le Premier Ministre il s'est fait vacciner ? […] Est-ce que vous l'avez vu avec vos propres yeux l'infirmière le piquer et envoyer le produit ? Non. […] tout de suite il a tourné le dos aux caméras on a rien vu ! La seringue dans la main et on a rien vu ! » PAI-3-F67-ARA.

L'acte vaccinal, censé représenter un symbole de confiance et de transparence, perd sa valeur, car il n'a pas été « vu » directement. L'absence de preuve visible empêche l'attribution d'un sens fiable. Ainsi, plutôt que de produire la confiance attendue, l'opacité du geste nourrit une lecture de mensonge et de manipulation. Les PAI, faute de pouvoir accéder à des informations claires et fiables, dépendent parfois de ce qu'elles perçoivent directement (or, dans cette situation, elles n'ont « rien vu »), ce qui les rend plus vulnérables aux doutes et à la désinformation. D'un point de vue interactionniste, cela démontre l'importance de la visibilité symbolique dans la construction de la confiance sociale. Faute d'interaction transparente, l'évènement médiatisé de la vaccination du Premier ministre échoue à remplir sa fonction sociale ; il instaure la suspicion au lieu de la confiance.

Bien que la majorité des PAI n'ait émis aucune critique sur les intentions et pratiques du gouvernement, estimant qu'il faisait ce qu'il pouvait dans un contexte exceptionnel, d'autres ont cependant eu une lecture critique de la gestion de la pandémie et de la manière dont elle a été médiatisée, exprimant l'idée d'une stratégie visant à « faire peur », à « isoler », à « séparer » ou à attribuer toute maladie au Covid.

> « Je pense qu'avec la maladie, les autorités ont fait de sorte que les gens prennent peur. Elles le font pour isoler encore plus les gens et les séparer » PAI-7-H72-IDF.

> « Même si tout ça se tourne maintenant, dès qu'il tombe quelqu'un malade ou un truc comme ça, ils te disent « ah, c'est le Covid. C'est le Corona » PAI-8-H73-OCC.

Pour ces PAI, la peur n'est pas un effet naturel de la maladie, mais le produit d'une manipulation des autorités. Nous voyons comment la peur peut être vécue comme un outil de contrôle social, destinée à séparer les individus. Nous verrons plus loin comment l'isolement a réellement été vécu par de nombreuses PAI, qui vivent souvent dans des contextes où les liens sociaux sont déjà fragiles.

2. Le traitement médiatique : les effets négatifs de la mise en scène médiatique de la pandémie

Le traitement médiatique de la pandémie a produit chez certaines PAI des difficultés à définir leur situation dans le contexte sanitaire et à en interpréter les risques. Ces difficultés tiennent à un sentiment de surinformation, ainsi qu'à la mise en scène médiatique de la pandémie, alors que plusieurs PAI ont également été exposées au phénomène d'infodémie.

2.1 De la surinformation à la désorganisation des cadres interprétatifs : vers une redéfinition anxiogène de la situation

Outre la communication gouvernementale confuse et l'absence de messages sanitaires multilingues, l'une des premières difficultés rencontrées par les PAI durant la pandémie réside dans l'inflation progressive du nombre d'informations relatives au virus, à sa dangerosité, et aux mesures sanitaires à respecter. Cette surabondance d'information, en partie générée par les médias traditionnels (télévision, radio), a participé à perturber la manière dont certaines PAI ont pu percevoir et définir la situation pandémique les premiers temps de son éclosion, suscitant confusion, insécurité et angoisse. Plusieurs TS ont d'ailleurs souligné les effets déstabilisants de cette surcharge informationnelle pour certains résidents :

> « Ben la difficulté c'est les pauvres, soit ils regardent la télé et ils comprennent pas grand-chose, bon masques, euh, gestes ok, virus, mais c'est vrai ils étaient un peu largués quoi. » FG3- G1-I-ARA.

> « La télé était trop compliqué, les informations il y en avait trop, donc à un moment donné ils savaient plus le réel du faux, si c'était de l'événementiel, ils savaient plus, les trois quarts des séniors [PAI], ils comprenaient pas » ENT4-G1-A-GE.

Cette saturation d'informations a créé des effets déstabilisants, en particulier chez les PAI ayant déjà des difficultés à accéder à des informations claires et adaptées à leurs ressources personnelles (linguistiques, littératie santé, etc.). Le flot constant et continu d'informations, parfois complexes, contradictoires et souvent alarmistes, a participé au développement de sentiment de confusion, de peur et de désorientation, altérant là encore pour certaines PAI le processus de définition de leur situation où il devient difficile de distinguer le vrai du faux, le réel de l'évènementiel. Or, ces formes d'incertitudes peuvent aussi s'analyser comme autant de facteurs participant à la construction d'un climat social anxiogène, où la peur du virus tend par métonymie à se confondre avec la peur d'autrui, avec pour conséquence une disruption des liens sociaux :

> « Je reproche surtout à ceux qui nous gouvernent, aux scientifiques et aux experts d'avoir créé la panique et d'avoir affolé les gens avec leurs annonces contradictoires. […] Les gens ont commencé à se méfier les uns des autres, comme si l'autre avait la peste ou la galle. […] Cela dérègle les rapports entre les gens […], avec la maladie, c'est devenu beaucoup plus tendu » PAI-12-H75-IDF.

Cet extrait de verbatim met en évidence l'un des effets les plus marquants de la crise : la désorganisation des attentes réciproques et des codes de civilité ordinaires. Le changement de trottoir ici évoqué apparaît dès lors comme un des symboles d'un monde social devenu incertain, où la rencontre de l'autre est perçue comme une menace potentielle. Chez certaines PAI, la peur et la méfiance suscitées par les médias ont « déréglé » leurs relations sociales, ainsi que leurs représentations d'autrui. Les effets de ce « dérèglement » ont plus largement participé à renforcer l'isolement de certaines PAI, en plus de porter atteinte à leur santé par le stress et l'anxiété.

Le traitement médiatique de la pandémie s'est très tôt articulé autour d'une métrologie morbide, avec le décompte journalier des personnes contaminées, hospitalisées, en réanimation et décédées. Si ces chiffres visaient à objectiver l'ampleur de la crise, ils ont en réalité suscité des interrogations parmi plusieurs PAI à propos de la nécessité de diffuser de telles informations et leurs effets. Pour plusieurs, cette mise en scène chiffrée a été perçue comme contre-productive, en raison de la peur qu'elle a engendrée :

> « Quand quelqu'un [journaliste] annonçait tous les jours 500 morts, 600 morts… Ça, ça nous a effrayés, ils n'auraient pas dû le faire. Est-ce que j'ai raison ? Ils ont effrayé les gens, ils n'auraient pas dû » PAI-3-F73-GE.

> « Je regarde la télévision, mais je finis par l'arrêter. Les journalistes parlent beaucoup, avec gravité et créent en nous la peur. C'est ça, ils veulent nous faire peur. Ils veulent qu'on garde la chambre et qu'on ne sorte plus dehors. […] Les images aussi que l'on voit à la télévision des malades dans les hôpitaux, sur des lits, avec des tuyaux partout. Des médecins fatigués qui viennent dire que la situation est grave. C'est pour nous faire peur et on finit par avoir peur » PAI-14-H86-IDF.

Ces propos font apparaître une rupture dans la fonction supposée des médias. Plutôt que d'agir comme des médiums de clarification, ils ont été perçus par certaines PAI comme des « vendeurs de peur ». Plusieurs TS témoignent également des effets négatifs produits par les médias chez certaines PAI, pour qui la télévision pouvait davantage s'assimiler à une source de stress, voire de traumatisme, plutôt qu'à une source d'informations.

> « Et je crois que ça les a traumatisés, eux, ce qu'il se passait à la télé. Ils savaient même pas ce que c'était. Voilà… » FG2-G1-A-ARA.

L'exposition répétée sinon continue de certaines PAI à des informations jugées anxiogènes a ainsi engendré des conséquences sur leur santé mentale (stress, angoisse, anxiété, trouble du sommeil) et physique (sédentarité, voire perte de motricité), comme l'illustrent les mots d'une femme de 78 ans vivant en région Île-de-France à propos de l'injonction permanente « à rester chez soi » et les effets de cette injonction sur sa santé :

> « ''Ne sortez pas, restez chez vous'', voilà ce que l'on entend à longueur de journée et cela nous rend fous. Il y a des gens qui n'arrivent plus à marcher tellement ils sont restés chez eux sans bouger. Cela fait plus d'un an, je ne bouge pas de chez moi et j'ai du mal à marcher. Quelqu'un comme moi, à cet âge-là, est préoccupé et n'arrive pas à trouver le sommeil. Il faut des médicaments pour dormir et des fois, cela ne marche pas. Je pense trop. On a besoin de savoir si cette maladie tue pour de bon ou s'il y a un espoir de nous en sortir. Pourquoi rendre les gens fous en disant c'est noir et après c'est blanc. L'angoisse et la peur s'installent dans nos têtes et nous commençons à vivre dans une grande anxiété. La maladie n'est pas celle du corps. C'est la tête qui risque d'exploser un de ces jours. Des fois, je me sens comme enfermée dans une boîte étroite et je commence à pleurer sur mon sort » PAI-9-F78-IDF.

Les chiffres et les images catastrophistes, au lieu de constituer des symboles de vigilance collective, ont été interprétés comme des instruments de peur et de contrôle. Là où d'autres publics pouvaient relativiser ou diversifier leurs sources d'information, la télévision a constitué pour beaucoup de PAI le principal voire le seul moyen d'accès à l'information, renforçant leur dépendance et accentuant les effets psychosociaux négatifs. Dans les cas les plus extrêmes, la construction médiatique de ce climat anxiogène a conduit certaines PAI à des formes de repli, tel qu'en témoigne une directrice d'association communautaire, intervenue dans ce type de situation :

> « Et y'a des exemples où un jour, quelqu'un, Covid, enfin pandémie, quelqu'un qui fréquente beaucoup l'association, X en l'occurrence, et il répondait plus et tout au téléphone, au bout d'une semaine j'ai dit « c'est quand même inquiétant ». Et en fait, ce qu'il a fait, il a tellement eu peur, mais vraiment tellement eu peur du Covid, il s'est enfermé dans sa chambre de foyer et il a coupé son téléphone, il était limite en dépression, il voulait plus sortir et tout ça. Alors que c'est quelqu'un qui est vraiment, voilà qui bouge, tout ça ! Moi, qu'est-ce que je fais, direct j'appelle le foyer, direction patati, on allait appeler les pompiers, [on] allait faire défoncer sa chambre quand même, parce qu'on s'est dit « il est décédé dans sa chambre quand même ! » Faut dire, nous-mêmes on était inquiets et en fait le gardien, il a réussi à ouvrir et il a expliqué : il était caché dans son lit, la peur quoi, la panique ! » FG2-G1-A-ARA.

Ces situations alertent sur les effets traumatiques potentiels à long terme de ce climat de peur et de cette redéfinition permanente de la situation pandémique en des termes catastrophistes. Elles posent également la question d'éventuelles séquelles, tant psychologiques que physiques, chez les personnes ayant vécu ce type de situation. Elles interrogent surtout sur la responsabilité des médias dans la production d'un climat de peur et souligne la nécessité de penser une communication de crise plus inclusive, afin de préserver la santé mentale et physique des populations les plus vulnérables.

2.2 Le phénomène d'infodémie : un biais dans la définition de la situation

La pandémie Covid-19 s'est accompagnée dès ses débuts d'un phénomène d'infodémie, défini par l'OMS comme une surabondance d'informations, fiables ou non, rendant difficile la compréhension des évènements et la distinction entre informations avérées et spéculations. Si les travaux existants ont surtout analysé ce phénomène à partir du rôle des réseaux sociaux, les données recueillies montrent qu'une partie des PAI, peu ou pas utilisatrices de ces canaux numériques, ont pourtant été exposées, comme la majorité de la population, à ce phénomène d'infodémie.

Cette infodémie s'est particulièrement observée dans les perceptions en matière de vaccination, et dans une moindre mesure sur la construction d'un sentiment de peur lié à une fausse information sur le traitement du corps des personnes décédées du virus. Dans les deux cas, l'analyse de ces effets ne se limite pas à un déficit d'accès à des informations fiables, mais intègre également les significations construites et interprétées par les PAI à travers leurs interactions avec leur environnement (matériel, social). Dans certains cas, ces interprétations ont conduit à intégrer dans le processus de (re)définition de la situation des informations incertaines, des hypothèses inquiètes ou des suspicions à l'égard des institutions, comme l'illustrent plusieurs propos recueillis :

> « La vaccination y'en a qui disent qu'il faut pas le faire, parce qu'il y a le nucléaire dedans » PAI-12-H74-ARA.

> « Et pour trouver ce fameux vaccin-là, pour la grippe ils ont mis 15 ans, alors comment ça se fait que ça a été fait tout de suite après ? Si c'est pas programmé ou pas ? » PAI-9-H68-ARA.

> « Beaucoup de gens ils disent ‘’attention, attention’’, alors on sait plus où est la vérité. Même les médecins ils mentent sur le Covid, sur le vaccin, on sait pas, on sait pas » PAI-5-H68-IDF.

> « Ceux qui nous gouvernent, ils ne savent pas ce qu'il y a dans le vaccin » PAI-10-H75-ARA.

Ces propos mettent en évidence que la difficulté ne se réduit pas seulement à un problème d'accès à l'information, mais qu'elle implique des enjeux de construction de sens. Les PAI, à travers leurs interactions, réinterprètent et intègrent un cadre intelligible transformé par une redéfinition de la situation marquée par la méfiance et l'anxiété. Cela signifie que les informations incertaines et les rumeurs ne sont pas absorbées passivement. Un exemple marquant de cette recomposition anxiogène du réel est la rumeur selon laquelle les personnes mortes du Covid seraient automatiquement incinérées, sans restitution du corps à la famille. Cette rumeur, bien que démentie par l'OMS dès août 2020[110], circulait encore un an plus tard chez quelques PAI, comme en témoignent les propos de cette femme :

> « On écoute la radio, que des annonces qui font peur. On parle de gens qui meurent et les corps brûlés et non rendus à la famille. Chez nous, la famille est inquiète. On ne brûle pas les corps chez nous. La religion l'interdit. Du coup, les gens n'ont pas seulement peur de mourir, mais d'être brûlés » PAI-8-F71-IDF.

Le caractère persistant de cette rumeur, malgré les démentis officiels, révèle la force de l'infodémie et la manière dont certaines informations peuvent entrer en résonance avec des préoccupations existentielles et spirituelles profondes. Ici, la rumeur sur l'incinération ne touche pas seulement la question sanitaire, elle touche à un enjeu symbolique et religieux en lien avec le rapport à la mort et aux rites funéraires. Enfin, bien que cela n'ait pas été explicité, on peut s'interroger sur les effets produits par ces fausses informations à l'égard de la confiance de certaines PAI envers le système de santé, au-delà du contexte de la pandémie. En raison de leur portée générale, les mesures sanitaires n'ont pas permis de tenir compte de la disparité des situations de la population.

3. Les mesures de confinement

[110] Communiqué consultable via ce lien : https://factuel.afp.com/loms-na-ni-interdit-lautopsie-ni-oblige-lincineration-des-morts-du-covid-19

Les mesures de confinement ont révélé et amplifié les inégalités de logement vécues par beaucoup de PAI et à exacerber leur isolement social. Chez certaines PAI, ces inégalités ont également engendré une redéfinition contrainte et douloureuse de leur vie quotidienne familiale.

3.1. Des inégalités sociales de logement amplifiées par les confinements

Selon le type d'habitat, les expériences vécues par les PAI lors des confinements ont significativement varié, soit parce que certaines caractéristiques de leur logement constituaient des obstacles à leur protection (exiguïté, surpeuplement, aménagement), soit, au contraire parce qu'elles constituaient des ressources d'adaptation aux contraintes des confinements (jardin, espace disponible, équipement). Les situations les plus critiques ont été observées chez les personnes[111] vivant en studio, en RS ou FTM, c'est-à-dire dans des logements de quelques mètres carrés, se limitant pour plusieurs à une chambre meublée, où la cuisine, la salle d'eau et les toilettes sont partagées entre plusieurs résidents du même palier ou du même bâtiment. Pour ces personnes, le confinement au domicile a été particulièrement mal vécu, comme l'illustre ce témoignage d'un homme de 72 ans vivant en région parisienne :

> « Rester chez soi et être obligé de rester chez soi, cela a été la chose la plus difficile pour moi. Je vis dans une petite chambre de bonne au 6ème étage, je ne peux pas cuisiner, je peux juste réchauffer un plat ou faire du café. Je n'ai pas le confort qui me fait aimer rester dans ma chambre. D'ailleurs, je passe l'essentiel de mon temps allongé dans ma chambre, à cause de la hauteur du plafond. Assis ou couché sur le lit alors que je ne dors pas. Alors, je suis submergé par les mauvaises pensées et je pense à plein de choses et mon esprit se trouble » PAI-7-H72-IDF.

Ce témoignage illustre comment, lors des confinements, certaines PAI ont été contraintes de redéfinir leur manière d'habiter leur logement. Le manque de confort, l'impossibilité de cuisiner ou même de s'asseoir ont constitué des formes de précarité résidentielle et d'inégalités de logement supplémentaire, exacerbant les effets de l'isolement par l'inconfort matériel et symbolique d'espaces si exigus, qu'ils en deviennent aux limites de l'habitable. L'habitat, plutôt que d'être un refuge protecteur devient alors un lieu d'angoisse et de vulnérabilité.

Avant la pandémie, plusieurs PAI avaient développé des stratégies d'adaptation pour réduire l'exposition aux mauvaises conditions de logement, notamment en sortant de chez elles au

[111] En l'occurrence uniquement des hommes.

maximum en investissant d'autres espaces sociaux (bancs publics, squares, salons de thé, mosquées, associations, marchés, épiceries, magasins, etc.). Or, les restrictions de mobilité imposées par les confinements les ont dépossédées de ces stratégies, enfermant les PAI dans des espaces de vie d'autant plus inadaptés, tout en renforçant leur isolement. Ainsi, alors que les confinements visaient à protéger les populations du virus, ils ont paradoxalement contribué à la vulnérabilisation accrue de certaines PAI qui, en plus d'être davantage isolées, ont vu le poids de leurs inégalités de logement se renforcer, comme l'explique cette bénévole de région parisienne :

> « Moi ce que je veux séparer, ce sont les périodes de confinement, parce que c'est qu'on pense tout de suite aux conditions actuelles, après le vaccin, mais euh, quand on pense à quelques mois, quelques années en arrière, au moment où a été décrété le confinement, les personnes âgées, mais pas simplement, toute la population hein, mais particulièrement les personnes âgées et celle de l'immigration, elles étaient complètement désemparées. Du jour au lendemain il fallait rester chez soi. Donc du jour au lendemain, quand il faut rester chez soi, dans un petit appartement, avec des enfants, dans un HLM, déjà c'est pas du tout adapté… Pour les personnes que j'ai eues au foyer c'est encore plus difficile, parce qu'eux les chambres sont ce qu'elles sont, il y a plusieurs chambres sur un même palier, donc comment rester chez soi sans se frotter aux autres ? Quand on partage les mêmes espaces communs, euh, la cuisine, les sanitaires, les douches, euh voilà, ils les ont en commun, et ils sont dix sur le palier. Donc c'était très compliqué » FG1-E-A-IDF.

Ce verbatim permet d'insister sur les effets différenciés des confinements et de la manière dont ils ont été vécus selon le type de logements des PAI. La précarité des conditions de logement des PAI apparaît ici comme un déterminant central dans les expériences inégalitaires vécues par ces populations durant cette période. Si les PAI vivant dans de petits appartements HLM ont vu leur vulnérabilité accentuée par l'exiguïté et l'isolement, cette vulnérabilisation a été encore plus marquée pour les PAI vivant en FTM et RS, où la promiscuité et le partage d'espaces communs rendaient difficile voire parfois impossible le respect des règles de distanciation. Ce témoignage renforce ainsi l'idée d'un dévoiement des fonctions protectrices des confinements pour les PAI résidents en FTM ou en RS qui, paradoxalement, pouvaient se retrouver surexposées aux risques sanitaires en raison des contacts inévitables dans ces espaces collectifs. Cette situation met également en évidence comment les expériences de confinement des PAI ont pu être interprétées et définies à partir d'un cadre d'expérience contraint par leurs conditions de logement précaires, qui elles-mêmes peuvent varier d'un établissement à un autre.

De manière générale, les cas étudiés dans cette sous-section illustrent à quel point les mesures de confinement ont produit des effets socialement différenciés, sources d'inégalités pour beaucoup de PAI. Pour certaines catégories de population, le logement a permis de vivre les confinements avec confort et sécurité, alors que pour beaucoup de PAI, les confinements ont exacerbé les effets de leurs inégalités de logement, participant ainsi à davantage les vulnérabiliser. Au-delà des enjeux matériels, ces expériences interrogent la capacité des politiques sanitaires à prendre en compte les disparités structurelles de logement et leurs conséquences sur la dignité humaine, l'autonomie et la santé des populations les plus vulnérables.

3.2 Une exacerbation de l'isolement social et une redéfinition souvent douloureuse de la vie quotidienne et familiale

Les mesures de confinement ont, par définition, conduit à un isolement généralisé des populations. Toutefois, pour de nombreuses PAI, cet isolement ne découle pas seulement des mesures de confinement, mais de la manière dont elles se sont articulées à des trajectoires de vie. En effet, plusieurs d'entre elles vivaient déjà des formes d'isolement avant la pandémie, tant chez les hommes que chez les femmes. Durant la pandémie, ces formes d'isolement social ont significativement varié selon leur situation familiale, en particulier selon si elles vivaient seules ou accompagnées. Parmi les PAI hommes rencontrés, 32 ont déclaré être mariés, mais 18 ne vivaient pas sous le même toit que leur épouse, restée au pays d'origine ou, plus rarement, dans un autre pays. Pour les PAI femmes rencontrées, aucune n'était mariée. Aussi, indépendamment qu'elles soient mariées, célibataires ou veuves, seule une minorité de PAI (10 au total, hommes et femmes confondus) vivait avec au moins avec un de leurs enfants durant la pandémie. Les PAI vivant seules ont été les plus exposées à l'isolement social et au sentiment de solitude. Cet isolement a été exacerbé par le caractère légalement contraignant des mesures de confinements et des restrictions des libertés fondamentales. Pour certaines PAI, ces contraintes ont participé à redéfinir la manière dont elles vivaient leur isolement.

> « Avec le confinement, je me suis senti réellement isolé, beaucoup plus qu'avant. Ce n'est pas le même isolement. Avec le confinement, on m'a pris la liberté d'aller dans les endroits où j'ai l'habitude de me rendre et où je rencontre des gens que je connais » PAI-7-H72-IDF.

D’autres expriment un sentiment de captivité et d’impuissance face à leur situation résidentielle :

> « Je ne connais personne qui a les bras longs et je ne peux compter sur l’aide de personne qui puisse me trouver un autre logement. Je me sens prisonnière ici. Des fois, je me dis que je ferais mieux de rentrer définitivement au pays et retrouver mes enfants. Ce n’est pas une vie, franchement » PAI-8-F71-IDF.

Pour plusieurs PAI, cette redéfinition de leur situation d’isolement s’est traduite par la construction d’un discours articulé autour d’un champ lexical évoquant le milieu carcéral, particulièrement pour les PAI vivant en foyers. Plusieurs évoquent l’impression d’être prisonnières, assignées à résidence, coupés de leurs sociabilités habituelles :

> « Prisonnier dans ma chambre, prisonnier dans le foyer, prisonnier dans le quartier. On ne doit pas s’éloigner, on ne doit pas rester dehors longtemps, on ne doit pas se rassembler avec les autres compatriotes. Pourtant, c’est utile de parler entre nous. On se soutient et on se dit que nous subissons le même sort » PAI-14-H86-IDF.

Loin d’être anodines, ces métaphores illustrent la brutalité des expériences vécues lors des confinements, au point de soulever la question de l’existence de séquelles durables au niveau physique, psychosocial mais aussi social. Cette question est d’autant plus justifiée au regard des dégradations sur la santé physique et mentale (douleurs corporelles, perte de mobilité, anxiété) et la perte de liens sociaux dont certaines PAI témoignaient déjà depuis la fin des confinements :

> « Beaucoup de choses ont changé dans ma vie de tous les jours. Je ne fais rien, je ne fréquente personne, je ne sais même pas le temps qu’il fait dehors. Je ne sors pas. Des fois, je m’habille avec l’intention de sortir un peu et changer d’air et je finis par renoncer et je reste finalement à la maison. J’ai peur de tomber ou d’être bousculée dans la rue. Car j’ai du mal à marcher. Je marche comme un pingouin, je peux rester trois jours sans sortir de la maison. Je m’allonge sur le dos, je m’assois pour regarder la télévision et je finis par avoir mal au dos et aux jambes. Je ne tiens plus sur mes jambes et je dois m’adosser au mur pour mettre mes chaussures. Comme un bébé » PAI-9-F78-IDF.

Pour certaines PAI, l’expérience de l’isolement s’est conjuguée avec celle de la mort. Le cas de cette femme âgée de 71 ans en Île-de-France, dont nous avons déjà parlé, est particulièrement représentatif : vivant en appartement avec son mari, elle l’a contaminé sans le savoir et il en est décédé. Cette femme a veillé seule à la dépouille de son mari pendant quatre jours. Elle n’a reçu aucune aide, malgré l’intervention sans succès des pompiers pour réanimer le défunt. La

dépouille de son mari a ensuite été rapatriée en Algérie sans qu'elle puisse assister à aux funérailles.

Au-delà des restrictions physiques de déplacement et de l'isolement au domicile, les confinements successifs ont profondément affecté les relations sociales et affectives des PAI. Pour beaucoup, la réorganisation contrainte de leur vie sociale et familiale durant les confinements a été source de détresses émotionnelles plus ou moins fortes selon qu'elles soient parvenues ou non à maintenir des relations sociales, en particulier avec leurs proches. Les hommes dont l'épouse et les enfants vivaient au pays d'origine ont été les plus touchés par ces difficultés, tour comme ceux dont les enfants vivaient en France, mais loin du domicile de leurs parents. Pour les femmes, majoritairement seules, l'absence d'un réseau familial de proximité a renforcé un sentiment d'abandon. Dans tous les cas, les confinements ont provoqué une rupture dans la continuité des liens sociaux et familiaux.

Cette détresse s'est exprimée à travers la perturbation des interactions ordinaires avec les membres de la famille, ainsi que par l'impossibilité de participer à de grands évènements de la vie, tels les mariages, les anniversaires ou les fêtes religieuses. Ces évènements, hautement investis socialement et émotionnellement, constituent des repères symboliques qui permettent habituellement d'actualiser les rôles familiaux et d'entretenir les liens entre les membres de la famille. Or, leur suspension, ainsi que les incertitudes pesant sur un « retour à la normale », ont participé à développer un sentiment de frustration et d'impuissance :

> « Moi ce que j'ai trouvé dur c'est l'absence de grosse réunion, de baptême, de mariage… Moi j'ai un fils qui devait se marier, à chaque fois on déplace la salle, la date, maintenant il a le 4 septembre, je sais pas si ça va tenir » PAI-5-H69-GE.

> « Sortir, aller voir les petits-enfants, aller chez les enfants, aller au bled comme on dit chez nous. On peut plus on est bloqués, on est tout le temps à la maison » PAI-3-73-GE.

Pour certaines PAI, ne plus interagir physiquement avec leurs enfants et petits-enfants a été l'une des épreuves les plus douloureuses du confinement. Bien que quelques-unes aient eu recours aux appels téléphoniques ou en visio, la douleur de cette distanciation physique à conduit certaines PAI à redéfinir les confinements non plus en termes de mesures de protection, mais en termes d'entraves émotionnellement inacceptables. L'exemple de ce PAI de 73 ans en

région Grand Est et de son épouse, illustre la manière dont cette redéfinition a conduit à replacer les liens sociofamiliaux au centre de leurs préoccupations, les conduisant à outrepasser les règles sanitaires :

> « […] j'ai des petits enfants, normalement tous les dimanches, ma femme elle réunit ses enfants le plus possible et là c'était une coupure nette, jusqu'à ce qu'un petit fils a craqué. Il ne venait pas chez nous, une fois on a fait une conversation vidéo et il a craqué, il a commencé à pleurer, il avait 12 ans, alors là il m'a fait un peu bouger, quand il a commencé à pleurer, on a dit aller, on casse le protocole, venez tous ! » PAI-4-H73-GE.

Par ailleurs, la réorganisation et la redéfinition de la vie sociofamiliale ont été d'autant plus douloureuses pour les PAI dont l'ensemble ou une partie de leur famille se trouve au pays d'origine. L'impossibilité de voyager a supprimé toute perspective de retrouvailles, fragilisant les stratégies d'adaptation habituellement mises en place pour compenser la distance géographique.

> « Le plus dur c'est d'avoir passé le mois du Ramadan tout seul. D'habitude, c'est cette période-là que je choisis pour retourner au pays et passer le carême avec la famille. Cette année, rien. Je suis tout seul et cela a été vraiment triste pour moi. La solitude, je m'y suis habitué. Cela fait longtemps que je suis seul. Mais, avec la maladie et la fermeture des frontières, l'impossibilité de retourner au pays, j'ai mal vécu l'isolement. Car, on est vraiment seul et isolé » PAI-7-H72-IDF.

Le cas de cet homme qui a perdu la possibilité de « retourner au pays » pendant le Ramadan illustre non seulement l'isolement social généré par les confinements, mais aussi par la fermeture des frontières internationales.

4. La fermeture des frontières internationales

La fermeture des frontières a constitué pour beaucoup de PAI une injustice sociale, tant au regard des ruptures engendrées sur leur mode vie et leur identité sociale que sur leurs pratiques funéraires et leurs croyances. Or malgré la réouverture des frontières, certaines PAI continuaient de vivre des inégalités, ne leur permettant pas de réellement recouvrer leur liberté de voyager.

4.1 La fermeture des frontières : une rupture du lien transnational et une atteinte à l'identité sociale

Parmi les difficultés les plus fréquemment évoquées figure la fermeture des frontières internationales, imposée dès les premiers mois de la pandémie. Bien que cette mesure ait été conçue pour freiner la circulation du virus, elle a été vécue par de nombreuses PAI comme une coupure brutale et douloureuse, synonyme d'impossibilité de retourner dans leur pays d'origine, de revoir leur famille, leurs amis, parfois même leurs parents, et d'y accomplir certains rituels sociaux, familiaux, culturels ou religieux. Or, pour de nombreuses PAI, les allers-retours réguliers entre la France et leur pays d'origine ne sont pas de simples déplacements. Ces mobilités transnationales constituent une pratique structurante de leur identité sociale, de leur mode de vie, et de l'équilibre à la fois symbolique et affectif de leur présence entre ces deux espaces. La fermeture des frontières a donc été interprétée non seulement comme une atteinte à la liberté fondamentale de circuler, mais aussi comme une remise en cause du droit fondamental à une vie familiale.

Pendant plusieurs mois, parfois plusieurs années selon les cas, certaines PAI n'ont pas pu rejoindre leurs proches autrement que par téléphone. Dans certains cas, faute d'avoir un téléphone ou de moyens financiers suffisants pour recharger des cartes prépayées, la rupture du lien familial a été totale. Une responsable de résidence en région Occitanie souligne ici les effets des inégalités socio-économiques sur l'isolement accru de ces PAI, mais aussi l'impossibilité pour les professionnels de répondre à ces besoins pourtant bien identifiés :

> « Mais il y'en a qui peuvent pas charger leur téléphone ou le téléphone est coupé, ils n'ont pas pu aller chercher leur puce, parce que eux ils ont pas d'abonnements, c'est les cartes euh [prépayée]… Et si nous comme on était là, si on avait pu avoir sur ce temps-là, la possibilité d'appeler à l'extérieur… En plus on aurait eu plein de numéros de téléphone qui nous auraient bien servis après au cas où » FG1-G1-I-OCC.

Cette rupture, qu'elle soit totale ou partielle, a été d'autant plus difficile à vivre au regard de l'inquiétude pour leurs proches restées au pays, en particulier en raison du manque de moyen des systèmes de protection sanitaire et sociale de ces pays. Plusieurs PAI ont éprouvé une profonde angoisse de ne jamais plus revoir leur famille, comme l'illustre le témoignage de ce professionnel :

> « Il y a soit pour ses proches, soit pour sa personne et en même temps pour le pays, ceux qui sont au pays. Donc par exemple on a des personnes d'un certain âge, son frère ou sa sœur, donc on s'inquiète, la mort elle va nous séparer ici à ce moment-là, « je vais pas voir mon frère, je vais pas voir ma sœur », on sentait que c'est lourd » FG1-B-A-IDF.

De manière générale, ces situations ont été génératrices d'une détresse émotionnelle importante, parfois accompagnée de symptômes somatiques, comme le rapporte cet homme vivant dans un foyer en région Occitanie :

> « Il me l'a dit mon docteur, oui. Il m'a dit ''parce que ça fait longtemps que t'a pas été [au pays], c'est pour ça que t'es un peu angoissé…'' […] J'ai des (inaudible), je suis fatigué, il m'a dit ''c'est normal, ça fait longtemps que t'es pas parti'' » PAI-9-H80-OCC.

Ce verbatim montre comment la fermeture des frontières a constitué pour certaines PAI un cadre de définition contraint de leur situation, avec parfois pour conséquence la construction d'un mal-être psychique et physique. Cette détresse a également été perçue par plusieurs professionnels interrogés :

> « Mais après le problème – c'est un autre problème – c'est sur ces ouvertures de frontières, mais euh, moi je sais que là ils sont tous en demande et attente que les frontières ouvrent quoi, qu'ils puissent rentrer chez eux. Ils ont envie de rentrer, ils ont envie de voir leur famille » FG1-G1-I-OCC.

> « Nous aussi, pour certaines personnes par rapport au pays, c'est vrai qu'on le ressent beaucoup parce qu'ils ont tous un attachement à leur pays, et puis il y en a qui sont seuls ici, pour certains, et donc du coup, pour certains ça a duré plus d'un an la fermeture des frontières, et dès qu'il y a eu l'opportunité d'aller au pays, ils ont pris cette opportunité, ils se sont dit c'est pas grave, tant pis, même si là-bas c'est compliqué j'y vais, j'ai mes vaccins, j'ai dépassé un âge, j'y vais, maintenant voilà, l'approche de la famille est plus importante que de rester ici seul et enfermé quoi » FG1-IS-A-IDF.

Ainsi, la fermeture des frontières n'a pas seulement empêché les déplacements, elle a aussi renforcé la vulnérabilisation de nombreuses PAI dont le mode de vie s'inscrit dans un contexte transnational. En les empêchant de retourner au pays, de voir leurs proches ou de maintenir leurs pratiques familiales, cette mesure a produit une redéfinition contrainte de leur identité sociale, fondée non plus sur la circulation, mais sur l'empêchement, et non plus sur la relation, mais sur l'attente.

4.2 Des enjeux funéraires

En plus de restreindre la circulation des vivants, la fermeture des frontières internationales a brutalement suspendu les mobilités post-mortem, rendant parfois impossible le rapatriement des dépouilles dans le pays d'origine. Or, pour beaucoup de PAI, ce rapatriement constitue une norme sociale et religieuse essentielle, souvent ancrée dans la volonté d'être enterrée « en terre d'Islam », ou plus largement de reposer aux côtés des siens. La fermeture des frontières a ainsi contraint un grand nombre de PAI à redéfinir, souvent dans la douleur, leur rapport à la mort, à la fin de vie et aux pratiques funéraires. Ces recompositions, vécues au croisement de contraintes institutionnelles, de ruptures migratoires et de référentiels religieux, se sont révélées particulièrement violentes. Alors que plusieurs PAI croyantes affirmaient ne pas craindre la mort en soi, certaines redoutaient cependant l'idée de mourir seule, loin de leur famille et de leurs repères coutumiers :

> « C'est pas la question de mourir ! On va tous mourir un jour ! […], mais mourir dans son lit, pas à l'hôpital quand même… » PAI-3-F67-ARA.

> « Oui on a peur parce que peut-être qu'on va mourir ici euh pour ramener là-bas [au pays] c'est un peu compliqué, y a pas de famille, y'a… C'est pour ça qu'on a peur, c'est les gens ici en France. C'est pour ça on a peur comme ça, c'est pas trop la mort, on meurt on meurt hein » PAI-20-F78-ARA.

Cette crainte d'une mort à distance, vécue dans l'isolement, a également été perçue par certains professionnels : « ce qui était vraiment le plus dur pour eux, c'est de pas pouvoir repartir au pays […] c'est de mourir ici tout seul quoi » FG1-IS1-A-ARA

Dans ce contexte, le respect des rites funéraires, de dernières volontés, que ce soit pour soi-même ou pour ses proches, a constitué une source de préoccupation récurrente, voire une forme de charge mentale. Les PAI dont la famille se situe au pays d'origine étaient les plus affectées. Plusieurs ont perdu des proches durant la pandémie sans pouvoir se rendre à leur enterrement, ni prendre part aux rites funéraires et communier avec le reste de la famille. Une situation soulignée par certains professionnels :

> « Et je dirai aussi le fait de pas pouvoir dire au revoir, moi j'ai plusieurs personnes qui m'ont dit « moi j'ai pas pu faire au revoir à mon père, j'ai pas pu dire au revoir à ma mère », et ça c'est terrible » FG1-B-B-IDF.

Outre la dimension matérielle de la fermeture des frontières, cette mesure a également été vécue comme un empêchement symbolique au passage d'une autre frontière, celle qui sépare le monde des vivants et celui des morts.

4.3 Par-delà la réouverture des frontières, le maintien des contraintes sur la liberté de voyager

La réouverture des frontières n'a pas immédiatement permis aux PAI de recouvrer leur liberté de voyager dans leur pays d'origine. En effet, l'inflation brutale du prix des billets d'avion a eu pour effet de prolonger l'atteinte à la liberté de voyager. Plusieurs PAI ont témoigné de pratiques spéculatives ayant entraîné une flambée des prix de billets d'avion, parfois jusqu'à quatre fois le tarif habituel :

> « Tu paies le double. Et de là, même jusqu'à présent, il y'en a qui ont envoyé des billets d'avion d'Algérie en fax, de l'équivalent de 600 euros au lieu de 150 euros […] C'est juste pour venir ou pour partir. Parce que quand tu vas à l'agence, tu demandes déjà, c'est complet. Mais les billets viennent d'Algérie. Par fax. Et tu paies le triple ! » PAI-9-H80-OCC.

Les professionnels rapportent que ces contraintes financières ont empêché de nombreuses PAI de maintenir leur lien au pays, alors qu'il s'agit d'un besoin fondamental de retrouver des repères socioculturels :

> « En fait, c'est aussi le manque cruel de retour au pays, et aujourd'hui ben voilà, le billet a triplé, donc il peut plus se permettre de partir au bled. […] Donc les besoins vraiment c'est ça, ils ont besoin de retrouver leurs repères » FG2-G1-A-ARA.

L'inflation du prix des billets d'avion est ici emblématique de la vulnérabilisation accrue de certaines PAI exposées à des inégalités économiques déjà importantes. Cette situation a participé à faire perdurer les effets de la fermeture des frontières au-delà de leur réouverture, accentuant la détresse socioaffective par les atteintes prolongées faites à leur liberté de voyager et ses conséquences sur leur vie familiale et leur identité sociale.

Les annulations impromptues et répétées de vols ont également été douloureuses, vécues de manière injuste et comme des « mensonges ». Les retards dans le remboursement des réservations ont également ajouté à cette violence symbolique une dimension matérielle, source

de fatigue, de découragement, mais aussi de colère et de frustration. Le long témoignage de cette PAI exprime ces sentiments :

> « Ça fait presque 20 mois que je suis là. Et pour avoir, c'est-à-dire, pour partir… Y'a beaucoup de mensonges. Tu vas admettons dans une agence de voyage, je lui dis je voulais par exemple partir dans mon pays à Paris, « oui, il y'en a un, le premier ». « Donnez-moi une place ». Je prends la place, le premier. Le 29, ils t'appellent « ah, c'est annulé ». Ils te remboursent même pas ! *[...]* Tu vas le voir, ils te disent « ah moi je suis que un agent de truc là, l'argent c'est l'Algérie qui l'a pris, et il faut attendre le jour où il ouvre, tu viens, et on te change la date de départ par exemple ». Et moi jusqu'à présent je suis même pas allé le voir. Parce que je vois ce qui se passe. J'ai un voisin qui doit partir normalement mercredi. Avec un avion étranger. De là Montpellier à Alger. Il est allé y'a deux mois de ça, c'était affiché, par exemple Montpellier-Oran, Montpellier-Alger, il a payé 260 euros, rien que l'allée ! Avant c'était pas ça ! […] Attends le résultat ! […] Quatre jours avant le départ, « Monsieur, c'est annulé. » « Oui on va peut-être voir du côté de Marseille, on va tenter, etc. » Y'en a plus. Il a dit « bon, le remboursement ». « Ah le remboursement, c'est… Faut voir avec l'Algérie, il faut attendre deux mois, patati et patati… » Finalement ni 2 mois, ni 3 mois, y'a rien du tout ! Ils lui ont pris les sous, comme tout le monde a été bloqué, même les avions d'Algérie jusqu'à présent ils circulent pas beaucoup, il a ramassé chez pas moi, d'après l'agent-là ils ont pris 100 millions aux clients… Donc moi j'attends » PAI-8-H73-OCC.

En somme, la réouverture des frontières n'a pas mis fin aux inégalités vécues par les PAI. Elle a plutôt reconduit, sous d'autres formes (économiques, logistiques, administratives et symboliques), les libertés de voyager. À ces contraintes économiques et logistiques s'est ajoutée l'exigence d'un pass vaccinal valide (pour tous les voyageurs). Bien que certaines PAI éprouvaient une forme de méfiance ou de peur envers le vaccin, beaucoup ont néanmoins décidé de se vacciner, non pas dans le but de se protéger du virus, mais pour recouvrer leur liberté de voyager. Le pass vaccinal a ainsi conduit à une réinterprétation du sens de la vaccination, non pas perçu comme un moyen de protection contre le virus, mais plutôt comme une forme de « chantage », celui de se plier à une nouvelle contrainte administrative en échange d'une liberté retrouvée de voyager, et par là même, pour entamer la reconstruction de leurs liens sociofamiliaux.

> « Maintenant ils sont en train de nous faire du chantage… Si vous avez vous voulez prendre l'avion ou quoi que ce soit, il faut faire voir qu'on est vacciné. Au début, on oblige pas les gens à vacciner, et à la fin on oblige les gens […] Moi j'ai fait le vaccin parce que, parce que maintenant, peut-être à la fin du mois ils vont ouvrir la frontière algérienne. […] ils vont vous dire vous monter dans l'avion, mais chez moi si j'ai pas de vaccin, ils vont vous dire de retourner d'où vous venez. Alors voilà, à cause de ça, autrement, moi je cours pas après les vaccins » PAI-10-H75-ARA.

> « Maintenant c'est le vaccin, obligé ! Obligé ! Maintenant [c'est] comme le passeport ! Si tu sors quelque part, il faut te présenter ! J'ai dit à [nom d'une assistante sociale] je

> prends rendez-vous. Mais c'est fini. Si je vais mourir ou vivant, c'est pareil. J'ai pris un rendez-vous, le matin c'est bien » PAI-11-H76-ARA.

Plusieurs professionnels confirment que cette acceptation contrainte du vaccin s'explique davantage par l'attente du retour au pays que par une préoccupation sanitaire :

> « Après j'avoue que les personnes dans la vaccination, ils ont accepté de se vacciner, euh c'est plus les personnes qui souhaitaient repartir au bled. C'est pas des personnes qui le faisait par des motifs de santé. Voilà, c'est plus pour partir. Mais j'ai pas relevé dans les personnes que j'ai rencontré, euh, je parle même dans le cadre chibanis, j'ai pas relevé des personnes qui le faisait vraiment pour parce qu'ils avaient peur pour leur santé. C'était plus parce que je pourrais pas rentrer au pays » FG3- G2-I-ARA.

> « […] ce qui est compliqué aussi c'était de comprendre l'importance de la vaccination, ils avaient quand même des craintes par rapport à ce vaccin et j'en ai quelque uns qui ont été très très réfractaires à la vaccination et qui ont vraiment attendu le dernier moment pour être vaccinés parce qu'ils avaient cette obligation de vaccination pour certains qui voulaient rentrer en Algérie » ENT1-TS1-I-GE.

Dès lors, le pass vaccinal a été vécu comme un cadre normatif imposant une redéfinition contrainte de la vaccination. Or d'un point de vue éthique, cette redéfinition contrainte interroge sur le caractère réellement libre et éclairé de leur consentement médical au regard des contraintes sociales, familiales et administratives qui l'ont influencé. En effet, pour certaines, la vaccination suscitait une peur importante de mourir : « J'ai peur [du vaccin], j'ai dit ''non, je vais mourir'' » PAI-11-H76-ARA. Cela les a placés dans un dilemme, où refuser l'injection signifiait renoncer à sa liberté de voyager et de retrouver ses proches, tandis que l'accepter signifiait prendre le risque de mourir. Le pass vaccinal a ainsi engendré des tensions éthiques liées au consentement médical dans un contexte de fortes contraintes sociales et affectives.

5. La vaccination

Présentée par les autorités publiques comme l'instrument central de sortie de crise, la stratégie vaccinale a néanmoins mis en lumière et parfois accentué des inégalités sociales de santé et des enjeux éthiques pour beaucoup de PAI. Certaines ont vécu des inégalités dans l'accès à la vaccination, quand d'autres ont été vaccinés à leur insu, alertant ainsi de dérives éthiques quant au respect de leur consentement médical.

5.1 Des inégalités d'accès à la vaccination

Malgré sa gratuité et sa priorisation initiale des publics les plus âgés, la vaccination n'a pas été également accessible à toutes et tous. Les modalités de prise de rendez-vous en ligne pour la vaccination ont constitué un obstacle important pour les PAI disposant d'une faible littératie numérique. L'injonction à la dématérialisation a produit un effet d'exclusion pour celles qui ne maîtrisaient pas les outils numériques ou n'avaient pas d'appui familial ou professionnel pour franchir cet obstacle. En début de campagne, cette exclusion a été renforcée par le nombre de doses limitées de vaccin, qui impliquait de prendre rapidement rendez-vous pour pouvoir en bénéficier. Ces problèmes d'approvisionnement ont par ailleurs conduit le gouvernement à réorienter la stratégie vaccinale selon un calendrier par phases. Pour rappel, la vaccination était dans un premier temps ouverte aux personnes les plus âgées ou jugées à risque, puis progressivement à celles qui l'étaient moins. Or, pour quelques PAI, le décalage entre leur perception du risque et les critères gouvernementaux a renforcé leur sentiment d'incompréhension et d'injustice en matière d'accès à la vaccination, comme l'exprime cette PAI âgée de 78 ans, préoccupée pour ses pairs :

> « Une fois, il y a le vaccin, une autre fois non. Pour les 65 ans, ils n'y ont pas droit. Les plus âgés si. Nous, cela nous rend fous. On devient fous » PAI-9-F78-IDF.

Pour tenter de franchir ces barrières d'accès à la vaccination, plusieurs PAI ont sollicité l'aide de professionnels de l'accompagnement social ou d'un membre de leur famille. Cependant, les PAI plus isolées n'ont pas toujours pu s'appuyer sur cette ressource relationnelle. Pourtant, certaines auraient souhaité être vaccinées, mais ignoraient les démarches à entreprendre, ce qui illustre la manière dont l'absence d'informations et de relais sociaux peut conduire à des formes d'exclusion sanitaire, tel que sous-entendu dans cet extrait de note de synthèse :

> « Il n'est pas vacciné au moment de l'entretien, parce qu'il ne sait pas quelles sont les démarches. Il dit ne pas être du tout informé. Mais il aimerait pouvoir recevoir le vaccin » [notes de synthèse PAI-11-H63-GE].

Les inégalités d'accès à la vaccination ne relèvent pas uniquement d'obstacles techniques ou relationnels, mais peuvent également être analysées au regard des interprétations différenciées que certaines PAI ont construites autour des vaccins disponibles en France. En effet, certaines

ont perçu le vaccin AstraZeneca comme étant plus à risque en raison de ses effets secondaires, les amenant à redéfinir leur stratégie pour se faire vacciner. Le cas de PAI-10-H75-ARA est ici emblématique de cette redéfinition marquée par la peur, l'hésitation, mais aussi par une complexification du parcours pour obtenir la dose perçue comme la moins risquée. Son témoignage montre aussi le rôle des ressources familiales pour dépasser les réticences :

> « Dès le début, j'ai pris rendez-vous ici [association communautaire], mais le rendez-vous qu'elle m'a fait ici j'ai pas été. J'avais peur de Astra Zeneca [rires] et à [nom d'un centre de vaccination], c'est Pfeizer, c'est pas Astra Zeneca, donc quand j'ai été là-bas, j'étais obligé d'aller. Ma fille m'a dit « faut y aller ». Elle m'a fait le rendez-vous avec l'internet là… » PAI-10-H75-ARA.

De manière plus marginale, mais significative, certaines PAI ont été empêchées d'accéder au vaccin en raison de l'absence de matériel de protection obligatoire, ici un masque :

> « Mais ils voulaient pas me le faire [le vaccin] […] il [me] manquait le masque, mais y en avait pas. Après j'ai tombé malade, j'ai resté 13 jours à la maison » PAI-8-H73-ARA.

Son récit illustre comment les inégalités d'accès se situent à la fois dans les dispositifs numériques ou organisationnels, mais aussi dans l'inégale répartition des équipements de protection de base (masque, gel hydroalcoolique). Ces situations soulignent le décalage structurel entre des normes affichées pour toutes et tous (gratuité, accès prioritaires aux personnes âgées) et des conditions pratiques d'accès inégalitaires pour certaines catégories de population, telles que les PAI.

5.2 Des vaccinations potentiellement pratiquées à l'insu des PAI

Nous avons vu que l'instauration du pass vaccinal a constitué un cadre normatif qui a contraint certaines PAI à redéfinir leur rapport à la vaccination, à leur situation vaccinale, et parfois même à leur situation familiale. Nous avons également vu que cette redéfinition contrainte a fragilisé les conditions d'un consentement réellement libre et éclairé chez des PAI souvent mal informées et affectées par l'éloignement familial. Dans des situations extrêmes, la vaccination aurait même été pratiquée à l'insu des personnes concernées, tel que le suggère cette travailleuse sociale :

> « […] moi j'ai eu le cas où j'ai pris RDV pour deux chibanis pour la vaccination parce qu'ils me disaient qu'ils n'étaient pas vaccinés Covid et qu'ils voulaient se faire vacciner. Et quand je les ai emmenés à la pharmacie, le pharmacien a fait une vérification sur leur site et en fait il s'avérait qu'ils étaient déjà vaccinés » ENT1-TS1-I-GE.

Il est difficile d'évaluer si cette situation relève d'un oubli ou d'une méconnaissance d'avoir déjà été vaccinées. S'il s'agit d'une méconnaissance, alors cette situation montrerait que la vaccination ne s'est pas toujours inscrite dans un cadre suffisamment clair pour garantir un consentement éclairé. Alors qu'elle devait relever d'une décision volontaire et en connaissance de cause, elle apparaît ici comme un acte déconnecté de l'expérience vécue par ces deux chibanis. Le fait même que ces personnes ignorent avoir été vaccinées traduit un effacement de l'évènement dans leur biographie comme dans leur parcours médical. Cette situation, bien qu'exceptionnelle, témoigne d'un dysfonctionnement du cadre dans lequel se sont inscrites les interactions de ces PAI lors de leur vaccination. Plutôt que d'être un espace d'échange, de clarification ou de validation du consentement, ces interactions ont produit une forme d'effacement symbolique des personnes concernées en tant que patientes, en ne reconnaissant ni leur droit à l'information, ni leur capacité à décider pour elles-mêmes. C'est à partir de cet effacement dans l'interaction que peut s'analyser l'oubli de la vaccination dans le récit de leur parcours médical. L'effacement du consentement peut ainsi produire une discontinuité dans le rapport au soin, mais aussi une atteinte aux droits et à la dignité humaine des personnes concernées.

Bien que la vaccination ait constitué un levier central de santé publique pour protéger les populations et contenir la crise sanitaire, l'objectif de vacciner massivement a pu, dans certains cas, conduire à des dérives éthiques. Chez certaines PAI, cet objectif s'est ainsi traduit par des pratiques de vaccination sans consentement véritable, révélant une tension entre des objectifs de santé publique et le respect des droits individuels des personnes comme sujets de leur propre parcours de soin. En ce sens, ce type de situation renvoie à une défaillance plus structurelle du cadre d'interaction, dans lequel la reconnaissance des personnes comme actrice de leur santé est fragilisée.

6. L'attestation dérogatoire de déplacement

La mise en œuvre de l'attestation dérogatoire de déplacement (ADD) instaurée lors des confinements et couvre-feux s'inscrivait dans l'approche généraliste adoptée par le gouvernement pour gérer la pandémie. Pour de nombreuses PAI, en particulier celles vivant en RS ou FTM, ce dispositif s'est cependant révélé source d'inégalités et d'injustices, au regard des difficultés liées à son utilisation, de ses effets d'exclusion, ainsi qu'au regard des discriminations lors de contrôle de police.

6.1 Un dispositif inégalitaire

Conçue comme un outil administratif simple, l'ADD supposait en réalité des compétences en lecture, en écriture et une compréhension suffisante de la langue française. Or, parmi les PAI rencontrées, 34, dont 5 femmes, ont déclaré ne pas savoir lire et écrire cette langue. La majorité maitrisait une autre langue (arabe ou kabyle principalement), mais les attestations disponibles n'étaient qu'en langue française et anglaise. Une limite à la fois amplificatrice de l'exclusion des PAI de ce dispositif, mais aussi de leur invisibilisation sociale, malgré des décennies de présence sur le territoire français ; ce qui connote par là même une lacune des nombreux dispositifs d'intégration par la langue.

À cette barrière linguistique s'ajoutait une fracture numérique. La plupart des PAI rencontrée ne disposaient ni de smartphone adapté, ni d'ordinateur, ni d'imprimante. Or, l'utilisation de l'ADD exigeait soit de la télécharger et de l'imprimer, soit de la remplir sur smartphone. En conséquence, beaucoup n'étaient pas en mesure de se procurer matériellement une attestation. Un professionnel témoigne de cet enjeu :

> « C'était pas possible de faire une attestation pour eux […] Ces quelques personnes, nous on peut dire c'est facile, on prend mon portable, je prends mon portable, je fais l'attestation et c'est bon. Mais pour d'autres personnes… Déjà s'il a pas le bon portable [un smartphone], s'il a pas d'imprimante, il a rien, c'était compliqué… » FG1-E-A-IDF.

La réglementation sur l'ADD a évolué au fil de la pandémie (périmètre autorisé, motifs, horaire). Cependant, faute de communication adaptée, les informations sur ces évolutions ont souvent été difficilement interprétées dans la redéfinition des normes du contexte sanitaire. Dans certains cas, ces informations n'ont jamais été reçues. Ces défaillances, observées dans chaque région enquêtée, ont engendré des ambiguïtés et des erreurs de cadrage, d'une part, dans

l'utilisation de l'ADD, et d'autre part, dans l'actualisation de la définition de leur situation en intégrant les contraintes normatives construites par ce dispositif dans leur environnement (périmètres de sortie autorisés, motifs et temps de sortie autorisés, contrôle policier). Plusieurs témoignages de TS sont particulièrement révélateurs de ces difficultés à redéfinir et à s'adapter à un contexte légal et sanitaire mouvant, faute de cadre adapté :

> « Cette incompréhension de « je peux sortir à telle heure, je peux rentrer à telle heure », je me rappelle moi on avait annoncé un matin qu'à partir de 14h c'était couvre-feu et les gens n'avaient pas compris et pensaient que tous les jours à partir de 14h ils pouvaient sortir le matin, mais qu'à 14h il fallait être à la maison. Il y a eu cette incompréhension. Alors nous déjà ça a été petit peu compliqué à tout comprendre, mais eux ça a été encore plus difficile, toutes ces attestations, je peux sortir jusqu'où, pourquoi j'ai pas le droit d'aller à Auchan alors que c'est mon magasin préféré, et pourquoi je peux pas sortir 4 fois par jour, et non il faut sortir qu'une fois, pour tout concentrer ça a été très très compliqué au début » FG1-G1-I-OCC.

> « Il y'en a eu plusieurs [des PAI ayant écopé d'une amende] ! Et puis tu sais c'est un peu en raison, eh ben, de ce qu'on disait : ça variait tout le temps ! Au début y'avait un périmètre de 10km et puis après 1km, et puis après c'était de telle heure à telle heure, et puis après c'était une autre heure, euh donc à la fin ben ils se sont emmêlés les pinceaux… » FG3-TS1-I-ARA.

Face à ces difficultés, beaucoup ont eu recours à des tiers pour se procurer une attestation et/ou la remplir, mais aussi pour se faire expliquer, tant bien que mal, la nature du dispositif et ses évolutions. Parmi les personnes sollicitées par ces PAI, on retrouve les enfants, en particulier pour les PAI vivant en logement diffus, les TS (professionnels, bénévoles), en particulier pour les PAI vivant en RS/FTM ou vivant isolées en logement diffus, et plus rarement le voisinage.

Ces soutiens constituaient des pratiques d'adaptation interactionnelles, reposant sur les ressources interpersonnelles disponibles dans leur environnement. Celles qui disposaient de ces ressources pouvaient ainsi surmonter les difficultés que constituaient l'ADD et l'évolution de sa réglementation. Cependant, ces formes d'adaptation mettent en lumière une autre facette des inégalités, en l'occurrence ici relationnelles, générées par ce dispositif, avec d'une part, les PAI disposant de proches ou de relais pour les aider, et d'autre part, les PAI socialement isolées n'ayant personne pour les aider. Par ailleurs, tel que l'exprime ce gestionnaire de FTM, parfois, les professionnels de ces institutions ne pouvaient pas venir en aide à toutes les PAI résidentes, soit par manque d'ADD, soit par manque de ressources professionnelles. Autrement dit, même en FTM ou RS, le soutien n'était pas systématiquement garanti :

> « J'ai le souvenir, y'avait quand même la difficulté des attestations dérogatoires. Ça c'était une vraie mission, euh, ben parce que du coup ça appelait à des amendes, donc voilà, mais du coup c'était une vraie mission et je trouve une vraie difficulté dans le sens où ça pouvait apporter beaucoup de stress pour des personnes qui sortent tous les jours, qui sortent parfois plusieurs fois par jour, parce que c'est aussi ce qui les tien quoi, dans l'isolement, etc., et c'est vrai que comme il arrivait qu'on soit pas tout de suite sur le foyer, qu'on ait pas distribué assez d'attestations… Alors moi je trouve que ça, ça a été une des premières difficultés qui étaient importantes. C'était l'accès à l'écriture » FG1-G2-I-OCC.

Ce gestionnaire aborde l'accès à l'écriture comme un enjeu de dignité. Derrière cette expression, on peut lire une critique implicite à travers laquelle l'ADD ne prend pas en compte que l'écriture est privilège socialement distribué. Autrement dit, le dispositif ne fait pas qu'exiger le respect d'une règle, il réintroduit une frontière sociale entre ceux qui maîtrisent l'écrit et peuvent même négocier avec la règle, et ceux qui en sont exclus. Pour les PAI qui ne peuvent se conformer à la règle, elles deviennent invisibilisées et exclues de l'espace public. Bien que cela n'ait pas été explicitement formulé par les PAI rencontrées, les expériences rapportées permettent d'analyser l'ADD comme un mécanisme d'infantilisation, en raison de la dépendance qu'il crée envers autrui chez certaines PAI, qu'il s'agisse de professionnels, de bénévoles ou de membres de la famille. Au-delà de participer à cette infantilisation, le fait de ne pas pouvoir utiliser l'ADD de manière autonome a constitué une contrainte supplémentaire à la mobilité de nombreuses PAI, en restreignant leur capacité à répondre à leurs besoins essentiels (achats, rendez-vous médicaux, etc.).

Pour ces PAI, chaque sortie pouvait par ailleurs se transformer en source d'angoisse, avec le risque d'une contravention. Elles sont enfermées dans leur logement, mais quand elles veulent en sortir, elles risquent une contravention parce qu'elles n'ont pas accès à la lecture et à l'écriture. Le risque de contravention devient alors comme une épée de Damoclès. Le stress généré par ces situations a accentué leur vulnérabilisation et creusé les écarts avec le reste de la population qui, pour la majorité, n'éprouvait pas de difficultés particulières à se procurer une attestation.

6.2 Un dispositif coercitif amplifié par des contrôles abusifs

Adoptée dans le cadre de l'état d'urgence, nous avons vu que l'ADD a été soumise à un contrôle de police administratif. Or, ces contrôles ne se sont pas limités à la vérification de l'usage de

l'attestation, mais aussi sur le contenu des renseignements déclarés, ainsi que sur sa forme. Plusieurs PAI ont écopé de contraventions alors qu'elles détenaient une attestation. Ces situations sont révélatrices d'une application formaliste de la règle, où de simples erreurs, comme une date mal inscrite ou un horaire imprécis, suffisaient à entraîner une sanction :

> « Parce que certains avaient quand même l'attestation, mais simplement en termes de… […] C'était juste une histoire de date, d'horaire, ou de choses comme ça. […] Et donc du coup malgré tout ils se sont fait verbaliser pour ça. […] C'est simplement par rapport à la date, parce que eux ils pensaient qu'ils pouvaient sortir avec ; ça leur donnait leur attestation de sortie, et parfois c'était simplement par rapport à l'horaire ou par rapport à la date que, eh ben ils se faisaient verbaliser » FG3- G2-I-ARA.

Au-delà de ces contrôles minutieux, certains témoignent même d'un excès de zèle, où des détails insignifiants devenaient des prétextes à la sanction :

> « J'en ai même eu un qui a été verbalisé parce que c'était écrit au crayon de papier » FG3-TS1-I-ARA.

Ces pratiques policières s'inscrivent dans un rapport asymétrique, où l'autorité impose sa définition de la conformité, sans égard pour la vulnérabilité des PAI, ni pour les fonctions d'assistance et de protection dévolues aux forces de l'ordre. Ainsi, plutôt que de permettre une négociation des contraintes normatives de l'ADD, les interactions avec les policiers ont plutôt participé à dénaturer la perception de ce dispositif et des sanctions écopées, tout en suscitant un sentiment d'injustice, partagé par les professionnels :

> « […] j'en connais plusieurs, ben des papis qui sont analphabètes en français quoi, et ils se sont tapés des 135 euros d'amende… Bon les flics ils ont pas cherché à comprendre hein, ils ont sanctionné et donc euh ça m'est arrivé de recevoir des chibanis qui sont venus avec leur amende, ils m'ont dit « c'est quoi ? » ils avaient même pas compris qu'ils avaient pris une amende en fait » FG3-TS1-I-ARA

Aussi, le zèle et le manque de pédagogie dans la sanction prononcée lors de certains contrôles policiers ont constitué, à un niveau interpersonnel, un mécanisme amplificateur de la vulnérabilisation de certaines PAI. En effet, on peut faire l'hypothèse qu'avec une meilleure connaissance des difficultés des PAI, les agents de police auraient pu adopter une posture plus adaptée (rappel à la loi, aide, etc.), permettant ainsi d'absorber au niveau interpersonnel les contraintes posées par cette ADD au niveau socio-écologique.

Durant la pandémie, ce type de dérives lors des contrôles, non spécifiques aux PAI, ont fait l'objet de recours judiciaires portés par des associations de défenses des droits, notamment en raison de l'absence de fondements légaux et de leur caractère abusif et disproportionné. Ces dérives ont également été observées par plusieurs TS, qui considèrent qu'il y a eu des « abus par rapport aux amendes », compte tenu des difficultés de littératie des PAI qui rendaient difficiles, voire impossibles, une bonne compréhension de l'ADD ou des règles de déplacement :

> « Par rapport aux attestations, je trouve qu'il y a eu des abus par rapport aux amendes, parce que nous on a réellement eu des publics qui ne savent ni lire ni écrire, donc qui ne comprenaient pas l'information au niveau de l'attestation, qui ont leur médecin dans le quartier qu'ils pouvaient habiter, parce qu'il fallait aller à proximité, mais c'est des gens qui depuis des années viennent ici, chez leur médecin, on peut habiter à je sais pas combien de kilomètres, mais ça, ça a pas été compris par les autorités. Je trouve que ça c'était abusé » FG1-IS1-A-ARA.

La plupart des PAI verbalisées n'avaient pas les ressources financières pour s'acquitter de leur amende dans le délai légal imparti, entraînant une majoration et une aggravation de leur précarité économique. Devant ces situations, certaines associations ont tenté des recours pour annuler ces amendes, en vain :

> « Mais toutes les réclamations qu'on a fait au niveau des amendes qui ont été mises au niveau des attestions, aucune n'a été acceptée, c'est-à-dire ils [les PAI] ont tous eu leurs amendes… Donc en plus, ça rajoute de la… c'est des amendes qui étaient quand même importantes… Donc eux n'ont pas pu payer tout de suite donc, ça s'est majoré. Ça je trouve que c'était pas normal, quoi » FG1-IS1-A-ARA.

Ces expériences ont profondément marqué certaines PAI qui, même au-delà des périodes légales d'utilisation de l'ADD, ont continué à agir comme si elle était toujours en vigueur, allant parfois à ne plus oser sortir sans elle :

> « Et même quand il y'en avait plus (de nécessité d'attestation pour sortir), ils avaient peur de sortir sans attestation. Ils nous appelaient tout le temps, ''si si, il faut une attestation'' » FG2-IS-A-ARA.

Ces récits mettent en lumière la façon dont l'ADD, au-delà de sa fonction administrativo-sanitaire, a produit des effets coercitifs durables, a amplifié l'isolement social et le stress lié à la peur d'une contravention, tout en dégradant la situation économique des PAI sanctionnées. À travers les interactions avec les forces de l'ordre, les PAI ont expérimenté une infantilisation institutionnelle, qui s'est poursuivie au-delà de la période de confinement.

7. Fermeture des guichets administratifs et dématérialisation

Dès le premier confinement, la fermeture des guichets administratifs et la dématérialisation ont constitué de nouvelles formes d'organisation. Pour beaucoup de PAI, ces changements ont bouleversé leur rapport aux administrations, impliquant parfois des ruptures de droits aux conséquences économiques, psychologiques et sociales importantes.

Dès mars 2020, la fermeture soudaine des guichets administratifs a imposé une dématérialisation non préparée des services publics. Concrètement, ce bouleversement s'est traduit par la suppression d'interlocuteurs physiques, jusque-là essentiels pour expliquer, prendre en charge leurs démarches administratives ou solliciter de l'aide (renseignement, explication, traduction, etc.). Pour bon nombre d'entre elles, ces guichets constituaient des espaces d'interactions sociales et symboliques, car ils leur permettaient d'interpréter et de s'adapter à la complexité du système administratif et mieux définir leur situation. La dématérialisation a ainsi fragilisé leurs capacités d'adaptation :

> « Le plus difficile, c'est quand les administrations nous écrivent et nous demandent des informations. Comme je sais pas lire, je vais directement au guichet […]. Je me déplace et je [me] trouve face à quelqu'un qui dit "c'est fermé". Il faut appeler au téléphone ou utiliser l'internet » PAI-7-H72-IDF.

> « Les personnes âgées migrantes, elles ont encore besoin d'avoir ce relationnel, d'avoir un bureau ouvert, d'aller pouvoir demander un renseignement, un document, voilà ! » ENT2-TS1-I-ARA.

Ce témoignage illustre combien l'absence de relation en face à face a aggravé les difficultés liées à la littératie numérique. Le recours au téléphone ou à internet a été un obstacle supplémentaire pour beaucoup, renforçant le sentiment d'exclusion. Pour certaines, cette dématérialisation a été perçue non seulement comme une rupture, mais aussi comme un abandon annonciateur d'une forme de « mort sociale », dans un « monde » où la dématérialisation croissante est perçue avec impuissance et fatalisme face à l'exclusion, l'invisibilisation et la perte d'autonomie accrues qu'elle engendre :

> « Le monde, il a changé. Avant, on va directement, on va au bureau, on trouve quelqu'un, on discute comme ça, mais maintenant c'est fini tout ça, on parle avec l'internet. Maintenant, l'internet c'est pas notre truc. Pour nous c'est mort, fini pour les

> chibanis, c'est fini pour les chibanis, ils sont cuits les chibanis parce qu'avec le monde moderne, il peut pas » PAI-3-H68-IDF.

Pour certaines PAI, notamment celles ne disposant pas de la nationalité française, la fermeture des guichets administratifs et la dématérialisation des procédures ont également provoqué des ruptures de droits. L'inaccessibilité des administrations et l'impossibilité de déposer ou de suivre leurs dossiers relatifs à leurs droits sociaux, a entraîné une chaîne de conséquences, allant du retard dans le traitement de leurs dossiers, tels que le renouvellement de carte de séjour, jusqu'à la suspension de prestations sociales vitales. En effet, les PAI sont soumises à des conditions de régularité du séjour en France. Les retards dans le renouvellement des titres de séjour ont donc entraîné des suspensions de leur droit à certaines prestations, telles que les APL ou l'ASPA :

> « J'ai un monsieur qui est en attente de son titre de séjour. Depuis 4 mois il n'a pas d'APL, parce que la CAF demande ce titre de séjour et c'est la croix et la bannière de pouvoir aller à la préfecture » ENT1-TS1-I-GE.

Ces retards administratifs ont provoqué des pertes financières significatives et ont également été source d'un stress important, en plus de générer une charge et usure mentale dans un contexte sanitaire déjà éprouvant. Chez certaines PAI, ces ruptures de droits les ont parfois conduites à redéfinir leur situation autour de ce qui apparaissait alors comme une crise individuelle (perte de droits, de revenu), relayant la pandémie en second plan.

8. Une précarisation économique accrue

Parmi les inégalités vécues par les PAI, plusieurs sont d'ordre économique. L'achat d'équipement de protection a constitué une dépense supplémentaire qui n'a pas toujours été possible pour les PAI aux revenus les plus faibles. Pour d'autres, les ruptures en matière de droits sociaux et les contraventions écopées lors des contrôles policiers ont amplifié les inégalités économiques. D'autres ont par ailleurs éprouvé des difficultés pour maintenir des repas réguliers et manger à leur faim.

Avec un revenu moyen avoisinant les 1018 euros (1065,5 euros pour les hommes et 925 euros pour les femmes), les PAI disposent de marges financières très limitées pour combler leurs

besoins de base, ceux de leur famille, ainsi que l'évolution de ces besoins dans le contexte sanitaire :

> « La moyenne des pensions, c'est à peu près 800-900 euros. Ils ont très peu de ressources. En plus ce sont des personnes qui ont des familles qui sont au bled, donc il contribue financièrement pour leur famille donc les 800 euros en fait c'est très peu […] Parce qu'il faut nourrir la famille, les enfants enfin voilà. Même s'ils sont retraités, ils ont quand même des enfants, des petits-enfants » ENT1-G1-I-ARA.

Avec la pandémie, les pôles de dépenses se sont élargis sans que leur revenu n'augmente. Parmi ces nouvelles dépenses figure l'achat de matériel de protection (masque, gel hydroalcoolique) non remboursé par la sécurité sociale. Certaines PAI ne sont pas parvenues à assumer ces dépenses, en particulier en début de pandémie, limitant ainsi leur accès à ces équipements et donc à des moyens de se protéger du virus. Si des masques ont pu être distribués en début de pandémie, ces actions furent le plus souvent insuffisantes au vu du nombre de masques distribués et l'absence de renouvellement de ces distributions. Ces difficultés ont pu donner lieu à des pratiques de mésadaptation ; plusieurs ont par exemple été contraintes d'utiliser pendant plusieurs jours le même masque jetable. D'autres ont constitué des stocks d'EPI durant la première année de la pandémie, en prévision d'un potentiel déplacement vers leur pays d'origine. Ces pratiques révèlent un élargissement des dépenses pour soi et pour les membres de la famille vivant dans des États où les systèmes de protection médicale sont souvent insuffisants.

Au-delà de l'augmentation des dépenses liées au contexte sanitaire, nous avons vu que certaines PAI ont subi des préjudices économiques, tantôt liés à la dématérialisation et à la suspension de leurs droits, tantôt liés à des contraventions infligées lors de contrôles policiers abusifs concernant leur utilisation de l'ADD. Ces situations ont eu un effet cumulatif :

> « J'ai mes locataires qui sont pénalisés par ce retard s'ils ont pas d'APL et qu'ils paient leur redevance plein pot dès lors qu'ils ont un droit puisque l'estimation a été faite et qu'ils ont un droit APL, mais c'est bloqué parce qu'on est sur l'attente de l'administration le monsieur qui attend son titre de séjour il a pas son APL tant qu'il fournira pas son titre de séjour en attendant il paie son loyer plein pot ç'est à dire à peu près 500 euros par mois sur une retraite de 1200 euros ça fait beaucoup d'argent » ENT1-TS1-I-GE.

Ces difficultés étaient encore plus importantes pour les PAI ayant maintenu leur rôle de soutien financier pour leur famille restée au pays :

> « Ils sont pénalisés par rapport à la somme qu'ils envoient à leur pays pour leur femme, donc ils sont obligés d'envoyer moins d'argent parce qu'ici ils paient plus parce qu'ici pour l'instant l'administration n'a pas traité leur dossier, voilà, ou alors ils se disent vu le prix du billet d'avion, ben je vais pas rentrer au pays parce que ça me coûte très cher, donc voilà c'est comme ça qu'ils sont pénalisés » ENT1-TS1-I-GE.

Ce verbatim est particulièrement éclairant sur l'étendue des répercussions des préjudices économiques subis. Ces derniers ont eu pour effet d'enrayer des mécanismes de solidarité familiale dont plusieurs PAI sont garantes, en réduisant les montants envoyés au pays. Or, la réduction, voire la suspension de ces solidarités, a eu pour effet de dégrader la situation économique de familles entières par effet de ruissellement. Aussi, ce type de situation a pu générer chez certaines PAI une redéfinition à la fois contrainte et douloureuse de leur rôle familiale et de leur identité sociale, notamment par le développement d'un sentiment de culpabilité et d'impuissance. De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, ces préjudices économiques ont également eu pour effet de prolonger les restrictions pesant sur leur liberté de voyager, prorogeant ainsi leur détresse socioaffective et leur isolement.

La précarisation économique a aussi affecté l'accès à l'alimentation. Certaines PAI, déjà fragiles avant la crise, ont connu d'importantes situations de privation. C'est notamment le cas de ce PAI, vivant dans un foyer en région ARA, qui, suite à son divorce et au versement d'une pension alimentaire à son ex-femme vivant en Algérie, mais aussi en raison de difficultés liées aux faibles droits sociaux qu'il perçoit, n'avait pas toujours suffisamment d'argent pour se nourrir à sa faim :

> « La CAF normalement elle donne 200 euros, mais non, elle [me] donne 83 euros. Qu'est-ce que c'est 83 euros, là ? […] Pour là, j'ai acheté à manger, j'ai des pommes, des oranges (inaudible, marmonne), dur dur dur. Je mets dans l'eau, je mange » PAI-11-H76-ARA.

Il expliquera également adopter des stratégies d'évitement vis-à-vis de ses pairs dans le foyer où il vit, notamment par crainte de ne pas pouvoir rendre la pareille, préférant s'isoler pour éviter la honte :

> « Chaque fois je trouve quelqu'un, c'est un copain ou ami, c'est… faut que je paie un café, mais j'ai pas de sous… Comme, à chaque fois, il m'a dit allé, monte boire un café, je dis ''non, si je bois le café après ça va pas.'' Mais c'est pas vrai ! » PAI-11-H76-ARA.

Les inégalités économiques vécues par cet homme, qui témoignent d'une précarité extrême, ne se limitent pas seulement à des difficultés pour se nourrir ; elles impliquent également une redéfinition de ses rapports avec ses pairs à travers des stratégies d'évitement et d'isolement. Or, ces stratégies et le sentiment de honte qui les sous-tend l'ont conduit à renoncer à des formes de solidarité avec d'autres résidents (partage de boisson, mais aussi de nourriture). En ce sens, son isolement ne résulte pas uniquement de la précarité matérielle, mais d'une mise à distance contrainte des interactions sociales, dans lesquelles il ne peut plus s'engager sans éprouver un sentiment d'indignité, révélant ainsi comment les inégalités économiques affectent jusqu'à la capacité d'entretenir des liens fondés sur la réciprocité et la dignité.

Enfin, pour d'autres PAI, les difficultés alimentaires étaient accentuées par l'impossibilité de se déplacer pendant les confinements, notamment pour faire leurs courses. On peut également ajouter qu'au regard de leur illectronisme fréquent, les PAI ont très rarement eu recours à des services de livraison en ligne (service de drive dans les magasins, applications de livraison de repas, etc.). Certaines associations ont tenté de répondre à ces difficultés alimentaires en organisant des distributions de repas gratuits à domicile, comme le précise cette présidente d'association :

> « On n'imaginait pas quand on s'est lancés là-dedans, c'est la première fois que ça arrivait, donc on s'était dit : ils sortent plus, ils peuvent pas aller faire les courses, ils peuvent pas se déplacer ou alors nous on avait fait des attestations de déplacement, euh, et on sait très bien que ces personnes âgées, ce qui les retient c'est la nourriture, et qu'ils mangent très mal, et que voilà… Donc nous on avait dit, ben pour moi c'était le plan, il fallait qu'ils mangent au moins 3 fois par semaine un repas convenable, euh, voilà. Et c'était une trop grosse charge alors qu'on avait beaucoup de bénévoles » FG2-G1-A-ARA.

Or ce verbatim permet également d'illustrer les limites des dispositifs associatifs mis en place pour pallier ces difficultés alimentaires, l'objectif affiché par l'association prise en exemple ici étant de garantir « au moins trois repas convenables par semaine », témoignant ainsi à quel point l'aide apportée restait en deçà des besoins réels perçus par les acteurs. Pour autant, ces associations figuraient parmi les rares acteurs institutionnels à prendre en considération les inégalités alimentaires générées ou renforcées par la crise sanitaire chez les PAI, et à tenter, malgré des moyens restreints, d'en atténuer les effets.

Cette situation appelle à s'interroger quant aux conséquences de ces inégalités alimentaires sur la santé des PAI concernées, tant en termes de santé physique et mentale, qu'en termes de lien social et d'identité sociale (perturbations des pratiques et habitudes alimentaires, perte d'autonomie à choisir elles-mêmes les composantes de leur alimentation). Par ailleurs, au-delà de répondre à un besoin physiologique vital, la nourriture peut également représenter une source de réconfort émotionnel. En ce sens, les inégalités alimentaires vécues par certaines PAI peuvent aussi s'analyser au regard de cette double fonction associée à la nourriture (nourrir le corps/réguler l'esprit). Dès lors, les inégalités d'accès à l'alimentation peuvent à la fois constituer des difficultés supplémentaires dans le contexte sanitaire pour répondre à un besoin primaire (insécurité alimentaire), et représenter une entrave structurelle à l'utilisation de l'alimentation comme ressource d'adaptation potentielle, comme observée par d'autres auteurs au sujet de populations socioéconomiquement précaires (Hémard-Nicolas et al., 2020 ; Rohwerder, 2023).

Ce verbatim montre plus largement ici l'interaction entre plusieurs inégalités (alimentaires, relationnelle, économiques, etc.) et leurs effets combinés sur les difficultés vécues par certaines PAI.

Chapitre 8 : Ressources des PAI face aux difficultés et aux inégalités vécues durant la pandémie

Ce chapitre porte sur la présentation des ressources individuelles, collectives et institutionnelles mobilisées par ou pour les PAI face à leurs difficultés vécues dans le contexte sanitaire. Par ressources individuelles, nous entendons l'ensemble des capacités, des expériences, des savoirs, des attitudes, des pratiques et des stratégies mobilisées par une personne à titre propre pour faire face à des difficultés, répondre à des besoins ou atteindre un objectif. Ces ressources peuvent être matérielles (économies personnelles, objets du quotidien), corporelles (santé, autonomie physique), cognitives (compétences langagières, numériques, administratives), mais aussi symboliques (expérience migratoire, spiritualité, sentiment d'identité, valeurs de solidarité, trajectoires de vie). Par ressources collectives, nous entendons l'ensemble des soutiens, pratiques d'entraide et formes de solidarité produits au sein d'un groupe, d'un réseau ou d'une communauté, mobilisés par ou pour les PAI pour faire face à leurs difficultés. Ces ressources peuvent être matérielles (partage de repas, aide aux courses), pratiques (aides administratives, accompagnement aux rendez-vous), ou symboliques (soutien moral, reconnaissance, appartenance). Par ressources institutionnelles, nous entendons l'ensemble des actions, des pratiques et des dispositifs mis en œuvre par les institutions médico-sociales et sanitaires et leurs professionnels pour aider, accompagner, ou soutenir les PAI face aux inégalités qu'elles vivent, en particulier en matière d'accès aux droits, aux soins, aux services et aux loisirs.

1. Les ressources individuelles mobilisées par les PAI

Cette première section s'attache à décrire les ressources individuelles mobilisées par les PAI durant la pandémie. Il peut s'agir d'attitudes, de pratiques ou de stratégies d'adaptation, mais aussi de formes de spiritualité ou d'expériences vécues mobilisées comme des cadres d'interprétation pour donner sens à leur situation et maintenir une forme de prise sur un contexte pandémique marqué par l'incertitude et les restrictions.

1.1 Des pratiques et des stratégies d'adaptation multiples

La plupart des pratiques et stratégies individuelles rapportées par les PAI pour s'adapter à leurs difficultés portent en majorité sur les périodes de confinement.
Bien qu'en apparence ordinaires, ces pratiques ont constitué des leviers d'ajustement pour redéfinir leur vie quotidienne dans des espaces habités souvent inadaptés à une vie confinée. Parmi ces pratiques, le ménage, la cuisine, la confection artisanale de masques ou encore le visionnage de la télévision apparaissent comme autant d'activités visant à « occuper le temps », mais aussi à maintenir une continuité symbolique avec leur quotidien avant la crise. Ces pratiques contribuent à relativiser le caractère exceptionnel des confinements par des mécanismes de banalisation au travers du maintien d'activités ordinaires. Ces activités constituent ainsi des formes d'interactions avec leur environnement domestique, constitutrices d'un cadre d'interprétation à partir duquel redéfinir leur situation en confinement non plus seulement comme une rupture, mais comme une situation temporaire dans laquelle il faut tenir, patienter.

Par ailleurs, 9 PAI, tous des hommes, ont indiqué avoir pratiqué une activité sportive lors des confinements. Parmi ces activités, on retrouve en majorité la marche à pied pratiquée par 6 d'entre eux, et dans une moindre mesure la pratique d'étirements (1 personne) et de la course à pied (1 personne). Notons que l'un de ces 9 hommes s'est déclaré particulièrement actif et occupé lors de son entretien, mais sans en préciser la manière. Notons aussi que 3 hommes (dont 2 parmi les 9 PAI ci-dessus) ont également pratiqué du jardinage, ce qui peut être assimilé à une activité physique.

Hormis pour la personne pratiquant des étirements, ces activités ont toutes été réalisées à l'extérieur du domicile. Si elles présentent un intérêt certain face au risque de perte d'autonomie lié à la sédentarité, ces activités peuvent également être analysées comme des stratégies de renégociation des normes sanitaires encadrant les sorties du domicile. En effet, parmi les dérogations prévues par l'ADD, les activités physiques individuelles étaient autorisées à l'extérieure du domicile, dans un rayon de 1 km, à raison de 1h par jour. En mobilisant les possibilités offertes par l'attestation dérogatoire, ces hommes ont ainsi redéfini leur situation de confinement de manière plus favorable au maintien de leur autonomie physique et symbolique. Cela impliquait cependant d'être en mesure de remplir une attestation de sortie en

cas de contrôle policier, mais aussi d'avoir pris connaissance de cette clause. Confiné dans sa maison de campagne, PAI-1-H64-ARA est le seul ayant pratiqué la marche en dehors de la ville (les autres PAI ayant marché ou couru en ville). Marcher dans les bois ou les champs lui permettait d'échapper aux contrôles policiers, de limiter et de sécuriser ces contacts avec autrui, en plus d'être en contact avec la nature.

Enfin, comme le rapporte une professionnelle, certaines PAI ont également eu pour stratégie de rompre avec les consignes du confinement et ont continué à sortir. Cette renégociation de la norme sanitaire leur a permis d'atténuer ces effets négatifs, tant sur leur santé physique (sédentarité) que sur leur isolement :

> « Bon de toute façon ils ont transgressé la règle [du confinement] bien heureusement parce que, effectivement, enfin voilà, comme toutes personnes âgées en fait, tu leur enlèves une quotidienneté, voilà tu perds, ils perdent en capacité hyper rapidement en fait. Enfin voilà, il peut y avoir de fortes dégradations, mais bon comme du coup personne n'a tenu, ben ça les a quand même énormément maintenus » FG1-G2-I-OCC.

Si ce témoignage représente un cas isolé dans notre échantillon, tant chez les PAI que chez les TS enquêtés, il met ici en évidence un mécanisme de priorisation des besoins et des risques perçus par certaines PAI. Ce mécanisme témoigne ainsi d'une forme d'autonomie des PAI, tant dans la définition de leur situation au travers d'une renégociation des normes sanitaires, que dans que dans les arbitrages opérés pour préserver leur santé (physique, mentale et sociale) face aux effets collatéraux et disproportionnés des confinements. Ce verbatim est d'autant plus intéressant qu'il révèle la manière dont cette professionnelle elle-même interprète positivement cette transgression de la norme sanitaire, en la considérant non pas comme un signe d'irresponsabilité, mais comme une ressource d'adaptation face aux risques que le confinement faisait peser sur la santé des PAI. Son regard souligne que le respect strict des normes sanitaires pouvait avoir des effets délétères sur leur autonomie et leurs capacités physiques, et que leur renégociation de la règle a, au contraire, contribué à préserver les PAI concernées de ces effets.

Outre ces pratiques et ses stratégies, une autre ressource peu étudiée dans la littérature a également été mobilisée par certaines PAI enquêtées : la spiritualité.

1.2 La spiritualité, une ressource aux multiples facettes

Le concept de spiritualité fait l'objet d'une littérature grandissante et de définitions multiples, parfois contradictoires (Obadia, 2023). Comme envisagée dans les sciences sociales contemporaines, la spiritualité apparaît comme un concept pluridimensionnel, à la croisée du personnel et du collectif, du sacré et du profane, du psychologique et du socioculturel (Obadia, 2023). Dans le cadre de notre recherche, la spiritualité est entendue comme une quête de sens et de cohérence face aux épreuves de l'existence, qui peut s'enraciner ou non dans une tradition religieuse. Plus précisément, nous entendons ici la spiritualité comme l'ensemble des croyances, des valeurs, des pratiques ou des expériences subjectives par lesquelles les PAI construisent leur relation à elles-mêmes, à autrui, au monde ou à une divinité pour s'adapter à leurs difficultés et préserver leur dignité. Cette section revient sur le rôle de la spiritualité et des croyances religieuses pour faire face à des expériences de vie difficiles générées par le contexte sanitaire.

Pour plusieurs PAI, la religion a constitué un cadre d'interprétation à partir duquel donner du sens à la pandémie et définir des pratiques utiles pour s'adapter aux difficultés vécues dans le contexte sanitaire, telles la lecture des écritures saintes ou la prière. Dans un contexte marqué par l'incertitude scientifique sur les origines du virus, les injonctions contradictoires et le phénomène d'infodémie, la pandémie a généré pour beaucoup de PAI un besoin de compréhension, au-delà des seuls registres de significations biomédicales. Parmi les PAI enquêtées, plusieurs ont ainsi défini la pandémie et le virus comme « une épreuve que le bon Dieu nous donne » (PAI-3-F67-ARA), comme une « volonté divine destinée à éprouver les hommes sur terre » (PAI-8-F71-IDF), ou encore comme « une volonté divine, comme pour punir l'humanité du manque d'humanité entre nous » (PAI-13-H82-IDF). Ces interprétations religieuses ne doivent pas être comprises comme des explications figées ou dogmatiques, mais comme des manières situées de redéfinir individuellement la crise sanitaire à travers un cadre collectif alternatif et complémentaire à celui des médias. En ce sens, la religion a représenté pour certaines PAI, un cadre de références familier, propice à une interprétation plus intelligible de la pandémie. Ce cadre de références peut également s'analyser comme une forme de redéfinition de la situation sanitaire permettant d'absorber la violence de l'évènement, non en la niant, mais en la rendant plus supportable par l'attribution d'une intention supérieure (destin

divin, mektoub). Un professionnel note sur ce point les effets produits par cette redéfinition sur la résilience de certaines PAI :

> « Après au niveau de la psychiatrie, moi je trouve les chibanis moins impactés. Et l'aspect religieux, notamment chez les musulmans, il y a une forte résilience, tu vois ? Le destin, les idées de destins, « c'était comme ça, ça devait arriver comme ça », et mine de rien, au niveau psy, je trouve que les chibanis ils tiennent la route quand même. Tu vas trouver hein des cas par-ci par-là, mais c'est pas les premiers concernés en fait. Parce qu'il y a cette croyance, il y a le destin, il y a le truc tu vois, et donc finalement ils prennent ça d'une façon… C'est une épreuve qui est arrivée, c'est comme ça, voilà, l'épreuve est terminée. Et point barre, et il passe à autre chose » FG3-TS1-I-ARA.

Toutefois, ces réinterprétations religieuses de la pandémie rendent compte de perceptions plurielles et de définitions divergentes, reflétant des positions différenciées à l'intérieur d'un même cadre de références. Certaines PAI réfutent ainsi l'idée d'une punition divine pour expliquer la pandémie, tout en intégrant Dieu à l'analyse qu'ils font de la situation sanitaire :

> « Je ne pense pas comme certains que c'est une punition divine. Car Dieu est miséricordieux. Il protège les plus pauvres et plus fragiles d'entre nous. Ce sont des ignorants qui pensent que Dieu punit la terre entière. Ce qui se passe avec la maladie, c'est une responsabilité humaine » PAI-7-H72-IDF.

Ce discours illustre une volonté de concilier foi et rationalité sociale. Dieu est invoqué comme une figure de miséricorde et de protection, mais la pandémie est analysée avant tout comme le résultat de comportements et de responsabilités humaines, ce qui déplace l'explication vers une logique plus sociale et éthique que strictement religieuse.

D'autres propos mettent en lumière une forme d'ancrage spirituel quotidien, dans une logique de gratitude, qui inscrit la survie et la santé dans l'ordre du miracle ou du don divin :

> « Quand tu te lèves le matin, tu trouves que t'es en bonne santé, c'est un cadeau du ciel » PAI-10-H75-ARA.

Dans ce cas, le registre religieux ne vise pas à produire une interprétation causale de la pandémie, mais à revaloriser l'expérience d'être en vie dans un contexte où la mort apparaît omniprésente. La foi ne fonctionne donc pas comme un cadre explicatif de la crise sanitaire, mais comme une ressource symbolique permettant de réorienter le vécu quotidien vers la reconnaissance d'être en vie et en bonne santé, plutôt que vers la peur du virus. Cette posture

illustre un usage pragmatique de la croyance religieuse, mobilisée moins pour comprendre le « pourquoi » de cette pandémie, mais davantage pour reconfigurer le « comment » la vivre au présent.

La lecture des Écritures saintes est aussi évoquée par quelques PAI, qui y trouvent une source d'apaisement et un moyen d'endiguer le stress dans un contexte perçu comme particulièrement anxiogène, comme l'illustrent les propos de cette femme :

> « Nous c'est un soulagement de lire le Coran, moi je sais que la première prière que je fais à 4h30, je bois le café après je prends mon Coran. Faut bien croire à quelque chose ! […] Moi je suis soulagé quand je lis des versets du Coran » PAI-3-F67-ARA.

Cette pratique peut être analysée selon deux dimensions complémentaires. La première porte sur la pratique de lecture en tant que telle, qui constitue un rituel quotidien favorisant la régulation émotionnelle et la gestion du stress, indépendamment du contenu lu. Il s'agit ici d'un mécanisme cognitif et comportemental structurant. La seconde dimension porte sur le contenu spirituel de cette lecture, porteur de significations rassurantes, de promesses de justice, d'espérance ou d'acceptation du destin (*mektoub*), qui permet de redéfinir les évènements vécus de manière plus positive, en particulier dans un contexte marqué par des discours médiatiques souvent alarmistes. En effet, la croyance en un Dieu bienveillant et maître de l'avenir, nourris une forme d'optimisme, de réconfort, voire de force, comme nous avons pu le voir précédemment. La foi en l'avenir et l'optimisme constituent des facteurs de résilience bien identifiés dans la littérature en psychologie. Sur le plan sociologique, ces leviers peuvent s'analyser comme des mécanismes de redéfinition de la situation, mais aussi comme des formes de résistance symbolique à la désorganisation de la vie sociale. Autrement dit, la lecture des Écritures ne se réduit pas à une pratique spirituelle, elle peut aussi être comprise comme un levier de résilience psychosociale et symbolique.

Dans ce contexte de bouleversement de la vie sociale, la pratique de la prière a également contribué à maintenir un rythme de vie, un cadre temporel, et une certaine ritualisation de leur vie quotidienne, tout particulièrement lors des confinements. La prière a participé à préserver une forme d'ordre et de stabilité dans leur quotidien, en contraste au désordre social extérieur, comme l'illustrent les propos de cette femme :

> « Je me lève le matin, je fais la prière, je prends mon petit déjeuner, je fais le ménage chez moi, la marche, Inchallah ça va » PAI-21-F85-ARA.

Cette pratique, souvent reconduite plusieurs fois par jour, est associée dans la littérature à une forme de méditation, pratique à laquelle est attribuée plusieurs vertus, tant en matière de gestion du stress, qu'en matière de santé cognitive et cardiovasculaire.

Pour d'autres PAI, la prière peut également être définie comme un moyen d'action symbolique sur la situation sanitaire, notamment en priant pour que leurs proches, leurs amis, et souvent l'humanité tout entière, soient épargnés par le virus et pour que celui-ci disparaisse. Dès lors, plus qu'un moyen d'action symbolique, la prière peut s'analyser comme un mécanisme de solidarité, tant envers soi-même (demander à Dieu d'être protégé par exemple) qu'envers autrui (demander à Dieu que les autres soient protégés, guéris, etc.). Certains professionnels ont pu percevoir ce mécanisme :

> « Je pense que ça [la religion] permet d'accepter une situation, et je pense que ça permet aussi de se sentir un peu moins seul dans cette situation en fait. Avec cette notion de trouver du sens aux choses peut-être, du sens à ce qui peut se passer, et d'avoir peut-être un peu foi en l'avenir, foi en ce qui peut se passer, enfin… De se dire qu'il y a quelque chose d'un petit peu supérieur au-dessus de nous, d'eux, et qui peut leur permettre de prendre soin, ou de… Voilà, là c'est fini pour eux, ben il y a peut-être quelque chose qui va se passer après, enfin… Ça c'est plus le côté où ils ne sont pas seuls quoi, ils sont peut-être isolés physiquement, mais psychiquement il y a quelque chose qui vient les soutenir quoi » FG1-TS-I-OCC.

En ce sens, la prière peut s'analyser chez certaines PAI comme un moyen de lutter non pas contre l'isolement, mais contre la solitude à travers les conversations qu'elle permet d'engager avec Dieu. Si pour la grande majorité des PAI, la pratique de la prière est antérieure à la pandémie, elle peut néanmoins s'analyser dans le contexte sanitaire comme un mécanisme de sociabilité supplémentaire, permettant de développer ou de maintenir un lien non pas social, mais transcendantal, tant avec ses proches, le reste du monde, qu'avec Dieu.

Si plusieurs évoquent leur foi en Dieu comme un appui face à l'épreuve, d'autres, plus rarement (2 PAI), manifestent une distance, voire une réticence à l'égard de toute référence religieuse, préférant s'appuyer davantage sur la confiance accordée à la science et à ses réponses. « Je crois en la science » explique PAI-16-H70-ARA. Le vaccin était particulièrement attendu et

constituait même un cadre à partir duquel ils interprétaient leur situation, la pandémie et son dénouement au travers d'un registre d'espérance :

> « Moi c'était l'espérance, c'était attendre à ce qu'il trouve un vaccin ou des médicaments pour pouvoir nous… Voilà, donc c'est vrai que l'attente du vaccin, euh… Bon y'a des gens qui disent « ils ont trouvé un vaccin au bout d'une année", mais je crois que c'est une exception, mais en fait euh, pour d'autres euh, effectivement, y'a pas mieux que le vaccin. Aujourd'hui que le vaccin est là, je pense que la plupart sont soulagés » PAI-1-H64-ARA.

Cet extrait de verbatim met en évidence la manière dont la science a pu être investie d'une valeur symbolique, devenant un registre d'espérance et de projection dans l'avenir. L'attente du vaccin, perçu comme une « exception » dans la rapidité de sa mise au point, se voit attribuer une portée quasi salvatrice. Au-delà de l'outil médical, la science est perçue comme une ressource venant offrir une issue face à l'incertitude et à l'angoisse générées par la crise. Ici, la confiance dans le progrès scientifique remplace les espérances religieuses, offrant une alternative à la foi religieuse. Cette confiance en la science, et plus précisément en la vaccination, illustre comment cette ressource a permis de redéfinir leur situation à travers un processus où l'incertitude et la vulnérabilité au virus sont réinterprétées non pas comme des fatalités, mais comme des épreuves temporaires en attente d'une solution scientifique.

1.3 Les épreuves de vie comme cadre expérientiel de définition de la situation sanitaire

Pour certaines PAI, leurs expériences de vie ont constitué des cadres à partir desquels elles ont pu interpréter leur situation dans le contexte sanitaire et puiser des ressources pour s'adapter aux difficultés engendrées par les inégalités, nouvelles ou exacerbées, dans ce contexte.

Pour quelques PAI enquêtées, leur expérience personnelle de maladie grave a paradoxalement constitué un cadre d'interprétation à partir duquel relativiser leur situation dans le contexte sanitaire. Le témoignage de PAI-12-H69-OCC, un homme algérien de 69 ans, atteint depuis plusieurs décennies d'une maladie orpheline invalidante au quotidien, illustre ce mécanisme de de relativisation des contraintes de la pandémie dans la définition qu'il donne à sa situation dans le contexte sanitaire :

> « Je crois que même moi ça m'étonne [qu'il vive sans difficulté la pandémie], je crois que c'est à cause de cette maladie [sa narcolepsie] que je suis devenu, euh… J'attends.

> J'attends sans rien penser, je peux rester 3 mois sans sortir, 6 mois à rester dans une grotte sans voir la lumière, je suis prêt à le faire, oui. Je suis devenu comme ça, j'ai tellement attendu, que cette maladie parte… Ce que je désirais faire de ma vie, tout est parti en friche… […] J'ai peur de rien. […] Peur de rien (il se corrige), pas peur de me battre ou d'aller à la guerre, mais j'ai pas peur de la mort… » PAI-12-H69-OCC.

La définition que semble donner cet homme à sa situation dans le contexte sanitaire s'appuie sur un mécanisme de résilience construit à partir de l'expérience de la maladie. La longue confrontation avec une pathologie chronique et invalidante semble avoir développé chez lui une capacité à relativiser les risques et les contraintes imposées par la pandémie. Il répète qu'il « attend », ce qui peut traduire une expérience prolongée de patience et de renoncement qui transforme l'épreuve sanitaire en une situation moins menaçante à ses yeux.

S'il en émerge plus largement une force à partir de laquelle il devient possible de patienter et de s'adapter à la crise, cela ne saurait néanmoins être généralisé à l'ensemble des PAI souffrant d'une pathologie. En effet, le type de la pathologie, la sévérité de ses symptômes et le rapport subjectif des personnes à leur propre santé sont autant de déterminants, qui, dans le contexte sanitaire, peuvent tantôt les conduire à interpréter leur vécu de la maladie comme une force, tantôt comme une vulnérabilité supplémentaire. Alors qu'une part importante de PAI ont déclaré des problèmes de santé antérieurs à la pandémie, PAI-12-H69-OCC est explicitement le seul à avoir parlé de son expérience de la maladie comme d'une ressource d'adaptation et de relativisation face à la crise sanitaire.

Pour d'autres PAI, la frugalité ou la simplicité de leur mode de vie avant la pandémie ont agi comme des leviers de protection face aux restrictions de certaines libertés. En effet, si la pandémie a été pour une grande partie de la population synonyme d'une rupture avec des habitudes de consommation et de loisirs, certaines PAI ont, au contraire, exprimé une relative continuité dans leur mode de vie, minimisant ainsi l'impact psychologique des mesures de fermeture des commerces dits non essentiels, des restaurants ou des bars. Si elles résultent d'inégalités sociales et économiques intériorisées, cette continuité dans leur mode de vie a participé à moins les exposer aux perturbations liées à la fermeture de ce type d'espaces publics, comme l'expliquent ces deux hommes :

> « Maintenant c'est pas comme avant. Avant elle a fait les mariages, elle a fait ça, y avait des personnes dans les restaurants, des ... Mais nous, non, on va pas là-bas, nous est chez nous, on a l'habitude. On achète, on prépare à manger chez nous, toujours, c'est

> l'habitude. Même chez nous là-bas au Maroc on va de temps en temps » PAI-6-H83-IDF.

> « C'est du blablabla, nous déjà on est étrangers, on a personne, alors depuis qu'on est venu on est seul, on en a rien à foutre de tout ça, tu vois ... Ils ont besoin d'aller toujours au bistrot au restaurant, quel restaurant tu vois pour aller manger des pois chiches, des fayots [rire] » PAI-3-H68-IDF.

Ces propos mettent en lumière une redéfinition située de la crise, selon laquelle les restrictions vécues comme inédites par d'autres groupes sociaux apparaissent pour elles comme une forme de continuité biographique au regard des expériences qu'elles vivaient déjà avant la pandémie en matière de précarité économique, d'isolement, voire de relégation sociale. Cette analyse est par ailleurs appuyée par certains professionnels, qui perçoivent en ces expériences un levier de résilience chez ces populations dans le contexte sanitaire :

> « Ils ont connu aussi pas mal de choses dans le passé, je pense que ça [la pandémie], voilà, c'est pas ça qui allait les ébranler ! Ils ont été résilients hein ! » FG3- G1-I-ARA.

En affirmant que « ce n'est pas ça qui allait les ébranler », ce gestionnaire valorise la capacité de certaines PAI à relativiser la pandémie et à s'y adapter, en interprétant cette capacité de résilience à l'aune du parcours de vie de ces populations, marqué par des difficultés répétées. Toutefois, on peut s'interroger ici dans quelle mesure la perception de ce professionnel peut également s'analyser comme une lecture idéalisée ou simplifiée des difficultés vécues par les PAI, tant avant que pendant la pandémie, en interprétant leurs difficultés vécues comme des preuves de résilience individuelle.

Dans le prolongement de cette interprétation des épreuves passées comme ressource individuelle, certains professionnels interprètent également le vécu de la guerre comme une force pour les PAI, tant pour accepter et respecter les contraintes de la situation, que pour trouver la force de s'y adapter :

> « Souvent ces personnes-là, c'est des personnes qui ont vécu une guerre déjà. C'est d'anciens combattants pour certains et ils ont déjà cette notion de, euh, pour avancer, pour que ça fonctionne bien, il faut faire. Et comme disait X, eh ben on s'adapte. ''Oui le masque il faut le mettre, ben je le mets'' ; ''oui du gel je dois en mettre, et ben je le mets'' ; ''l'attestation il l'a faut, eh ben je l'a fait'' ; ''j'ai des gens autour de moi qui m'aident, mais je fais''. […] C'est ceux qui râlaient le moins. Donc ouais, ils ont une force, et c'est ce que je disais tout à l'heure, même si pendant une semaine je leur ai expliqué - même trois fois par jours – ils ont vite compris. Ils ont vite compris. Ils savent

> s'adapter. Moi j'ai trouvé que cette faculté d'adaptation elle est impressionnante quand même » FG1-G1-I-OCC.

L'expérience de la guerre est mobilisée par certains professionnels comme un cadre d'interprétation pour expliquer et souligner la manière dont certaines PAI se sont adaptées avec rapidité aux contraintes sanitaires. Toutefois, là encore, dans cet exemple, le fait que les PAI soient perçues comme les personnes « qui râlaient le moins », interroge quant à l'interprétation qu'il peut exister à voir en cette absence de plaintes un signe de force. Une telle interprétation présente le risque de produire une définition erronée de la situation des PAI et de leur ressource, en associant l'absence de plaintes à une force, alors qu'elle pourrait s'analyser autrement, par exemple, comme une forme d'intériorisation de rapports de pouvoir.

De manière générale, les exemples traités dans cette sous-section illustrent comment certaines PAI ont redéfini leur situation dans le contexte sanitaire à partir de leurs expériences antérieures, marquées par des épreuves en lien avec la maladie, des inégalités socio-économiques, ou avec leur vécu en contexte de guerre. Ces cadres d'interprétation ont aidé ces PAI à définir leur situation davantage en termes d'adaptation que de rupture, en inscrivant la définition de leur situation dans une continuité biographique où puiser la force pour, à nouveau, faire face.

2. Les ressources collectives mobilisées par les PAI

Parmi les ressources collectives mobilisées par les PAI durant la pandémie pour s'adapter aux contraintes du contexte sanitaire, plusieurs ont bénéficié de l'aide leurs enfants, quand d'autres ont pu également s'appuyer sur l'aide de leur voisinage ou d'amis.

2.1 Le rôle des enfants

Pour beaucoup de PAI ayant des enfants, ces derniers ont représenté une ressource importante pour s'adapter aux contraintes de la pandémie. Plusieurs rapportent avoir été aidées par leurs enfants pour faire leurs courses, en particulier durant les confinements, limitant par-là leur exposition au virus dans des contextes où sa prolifération était importante. Les courses étaient déposées au domicile, tout en évitant le contact, un peu comme une forme de service drive familiale. D'autres rapportent que leurs enfants ont beaucoup aidé pour accéder à l'information

sanitaire, en particulier sur internet, et leur expliquer l'évolution de la situation et des consignes sanitaires :

> « […] nous on écoute pas les informations, c'est les enfants … après quand je vais dans les commerces j'attends, je fais un mètre voilà c'est tout. […] les enfants ils regardent tu sais maintenant les enfants ils ont le téléphone portable et ils regardent, voilà ils regardent, ils disent « voilà là le Président il a dit ça, ça, ça » c'est tout. » PAI-1-H64-IDF.

Les enfants ont joué un rôle de médiation important dans la transmission de l'information sanitaire, en particulier dans un contexte marqué par la complexité des messages institutionnels et la place importante occupée par les outils numériques pour accéder aux informations. Le soutien des enfants a permis à leurs parents de redéfinir leur accès à l'information sanitaire tout en situant cet accès dans un cadre d'interprétation plus signifiant pour eux. Les informations étaient sélectionnées, transmises, expliquées et parfois même traduites par les enfants. Au-delà du fait que ces interactions aient contribué à construire des significations sociales compréhensibles pour aider ces PAI à définir la situation sanitaire, ces pratiques apparaissent d'autant plus intéressantes qu'elles ont permis à ces PAI d'être également moins exposées au traitement médiatique anxiogène dénoncé par d'autres enquêtées. Le rôle de médiateur joué par les enfants a pu constituer un filtre informationnel pour limiter l'exposition à des informations anxiogènes, non nécessaires à la définition de leur situation dans le contexte sanitaire. Par ailleurs, certaines PAI ont également été aidées par leur enfant lors de la campagne de vaccination. Certaines ont ainsi bénéficié d'explications pour éclairer et orienter leur décision, quand d'autres ont pu bénéficier de l'aide de leur enfant pour prendre rendez-vous en ligne dans un centre de vaccination. Ce soutien illustre une autre forme de médiation jouée par les enfants, qui ont aidé à répondre aux barrières structurelles dans l'accès à la vaccination, tant d'un point de vue informationnel que logistique.

Notons également que si les situations jusqu'à présent étudiées concernent des PAI vivant à proximité d'au moins l'un de leurs enfants, dans certains cas, plusieurs enfants ont joué un rôle de soutien à distance pour leur parent. C'est le cas notamment de PAI-5-H74-ARA, dont les appels de son fils, médecin en Algérie, ont permis de le tenir informé de l'évolution de la pandémie, de lui expliquer les gestes pour se protéger, en plus de superviser son suivi médical, comme il le faisait avant la pandémie, en s'entretenant avec ses médecins et des assistantes sociales du foyer où vivait son père. Un soutien logistique et émotionnel d'autant plus important

au regard des problèmes de santé de PAI-5-H74-ARA et de sa perte d'autonomie. Cet exemple souligne que la ressource que représentent les enfants ne se limite pas toujours à une proximité géographique, mais peut aussi s'exprimer à travers des formes renouvelées de « présence à distance ». Ainsi, qu'ils soient en France ou au pays d'origine, les enfants ont représenté pour beaucoup de PAI un soutien émotionnel, en particulier lors des confinements. Ce soutien s'est traduit par des appels téléphoniques répétés, permettant de maintenir un lien social, à la fois avec la famille, mais aussi plus largement avec le pays d'origine. Dans certains cas, des enfants ont appris à leur parent à utiliser un smartphone pour réaliser ces appels en visio, plus propices aux interactions. Toutefois, bien que beaucoup de PAI aient bénéficié de l'aide de leurs enfants, ces derniers représentent une ressource limitée à plusieurs égards. En effet, si beaucoup témoignent avec reconnaissance de la protection apportée par leurs enfants, plusieurs étaient privées de ces ressources, soient parce qu'elles n'avaient pas d'enfants, soit parce qu'ils vivaient trop loin, ou soit parce que ce sont les PAI elles-mêmes qui devaient s'occuper d'eux.

Aussi, d'autres PAI témoignent de tensions liées à des restrictions imposées par leurs enfants dans le but de les protéger. Ces perceptions restent toutefois marginales et portent principalement sur deux situations : la vaccination et les sorties du domicile. Dans le premier cas, un enquêté (PAI-3-H68-IDF) rapporte avoir caché à ses enfants qu'il s'était fait vacciner. Ses enfants étaient en effet opposés à cette vaccination et représentaient pour lui un obstacle symbolique à son accès aux soins et à l'exercice de son autonomie :

> « […] moi mes enfants, ils ont pas voulu que je me vaccine, mais j'étais obligé de tricher euh de rien leur dire, de partir […] Mais en fin de compte quand je me suis vacciné et je suis tombé raide malade » PAI-3-H68-IDF.

Quant à PAI-1-H73-GE, il évoque les restrictions imposées par ses enfants sur ses déplacements. Si cette attitude visait à le protéger du virus, elle a été interprétée et vécue par cet homme comme une limitation injustifiée de sa liberté de mouvement :

> « Pour la première année, je n'ai pas sorti la tête déjà, la première année. Je sors une fois par semaine. Une fois par semaine pour faire les courses, déjà les enfants me laissaient pas sortir » PAI-1-H73-GE.

Ces exemples témoignent d'une dissonance entre les risques tels qu'ils ont été perçus par ces PAI, et les risques tels qu'ils ont été perçus par leurs enfants. Cette dissonance tend à

recomposer les rôles sociaux de chacun, avec d'un côté des enfants positionnés en protecteurs de leur parent, et de l'autre des parents protégés par leurs enfants, ce qui peut présenter une forme d'infantilisation. Ce renouvellement procède d'un rapport de force où la définition des risques donnée par les enfants prévaut et s'impose sur celle donnée par leurs parents.

2.2 Solidarités entre pairs et rôle de l'entourage

Si les enfants ont représenté une ressource importante pour une partie des PAI, d'autres ont pu s'appuyer sur des formes de solidarité à visée similaires, telles que l'échange d'informations sur la situation sanitaire, des pratiques d'entraide pour faire les courses ou rompre la solitude. L'entourage, notamment le voisinage immédiat s'est révélé d'autant plus précieux pour les PAI sans enfants, ou celles dont les enfants étaient absents, éloignés ou dans l'incapacité de fournir un soutien ponctuel ou régulier. Ces relations d'entraide se retrouvent particulièrement chez les PAI vivant en RS ou FTM. Cette solidarité se matérialise par des pratiques d'entraide pour des activités de la vie quotidienne (courses, démarches administratives, explication des consignes ou de l'information sanitaires, accompagnement médical), comme l'ont également relevé plusieurs professionnels, notamment dans une RS du Grand Est :

> « ils ont quand même des ressources, ils sont encore très solidaires des uns des autres, quand il y a un qui n'est pas bien, ils savent venir nous le dire, ils lui font ses courses voilà comme le monsieur qui a eu le Covid, c'est un autre chibani qui lui faisait ses courses, donc ils ont quand même encore cette entraide entre eux, j'ai un chibani ici, il a une voiture donc souvent ben c'est lui qui les emmène soit faire les grosses courses au Leclerc quand il y a les paques d'eau ou des choses comme ça ou les emmené s'ils doivent aller à un RDV médical ou chez le radiologue donc il y a quand même encore cette entraide […] il y a toujours ceux qui parlent mieux français ou qui comprennent mieux français que d'autre donc des fois ils viennent accompagnés pour faire le traducteur pour l'autre personne […] Je pense vraiment que c'était une force d'être en groupe, ensemble les chibanis ils s'entraident toujours, ils vont voir si l'autre est un peu plus malade se sent bien, s'il a besoin de rien et nous faire souvent le retour et si par exemple si quelqu'un ne peut pas se déplacer pour aller faire ses courses » ENT2-TS2-I-GE.

Outre que d'illustrer les multiples formes d'entraides pratiquées entre certaines PAI, ce verbatim permet plus largement ici de mettre en lumière un ajustement des pratiques de solidarité entre pairs dans le contexte sanitaire. Cet ajustement se traduit par un travail de veille entre les membres du groupe pour interpréter et répondre à l'évolution des besoins et des

situations, mais aussi par une organisation du groupe autour de membres porteurs de ressources individuelles (voiture, maîtrise du français, force physique) permettant une réponse collective, souple et adaptée aux difficultés rencontrées par les membres de la communauté. Notons que ces solidarités peuvent également se traduire par un travail de relai avec les professionnels, en particulier pour les PAI vivant en FTM ou en RS comme ici, permettant ainsi de maintenir une forme d'accompagnement médico-social, ou d'en compenser les discontinuités.

Pour certaines PAI vivant en logement diffus, le voisinage a constitué pour elles une ressource parfois inédite dans la mesure où, jusqu'au premier confinement, elles n'entretenaient pas de liens particuliers avec leurs voisins, comme l'explique cette professionnelle :

> « Et il y a des gens qui parlaient avec des voisins qu'ils avaient pas connus, ils prêtaient même pas attention, mais là le confinement de mars 2020 avait vraiment créé du lien, et ça - c'est d'un point de vue personnel hein ! – mais ça a enrichi certaines personnes et encore aujourd'hui on le voit, on passe, un sourire, ça veut tout dire, un sourire, ça veut tout dire, c'est un truc de fou » ENT3-TS3-A-GE.

De manière générale, ces formes de solidarité ont représenté un cadre à partir duquel ces PAI ont pu redéfinir collectivement leur situation et ajuster leurs comportements, notamment en s'appuyant sur les ressources disponibles dans leur environnement social immédiat. Toutefois ces solidarités informelles n'ont pas toujours suffi à compenser l'ensemble des difficultés et des inégalités vécues par ces populations. Ces formes de solidarités restent, par ailleurs, loin d'être systématiques. Elles se distribuent de manière inégale selon l'environnement social des PAI. Certaines disposent d'un entourage familial ou de voisins mobilisables, tandis que d'autres, plus isolées, ne bénéficient pas de ce soutien et demeurent ainsi davantage exposées aux effets négatifs de la pandémie. Ce constat souligne un phénomène d'inégalité face aux inégalités, dans la mesure où certaines PAI ont pu mobiliser des ressources familiales ou sociales pour faire face à leurs difficultés, tandis que d'autres, dépourvues de tels soutiens, sont restées seules face aux contraintes sanitaires et sociales de la pandémie. Nous allons voir que certaines PAI ont néanmoins pu s'appuyer sur des ressources institutionnelles pour faire face à certaines de leurs difficultés et inégalités vécues.

3. Les ressources institutionnelles des PAI face aux inégalités sociales vécues

Parmi les ressources mobilisées par ou pour les PAI durant la pandémie, plusieurs relèvent d'acteurs dont l'action s'inscrit dans un cadre institutionnel public ou privé. Qu'ils soient professionnels au sein d'un établissement d'hébergement accompagné (FTM, RS), ou bien professionnels ou bénévoles dans une association, ces acteurs ont joué un rôle important dans le soutien des PAI durant la pandémie. Pour rendre compte de la diversité et de la portée de leurs actions, notre analyse se structure non pas en fonction du statut institutionnel de ces acteurs, mais à partir des inégalités spécifiques face auxquelles ils ont tenté de soutenir les PAI. Nous reviendrons ainsi sur leurs actions face aux inégalités sociales vécues par les PAI en matière d'accès à l'information sanitaire et en matière d'isolement social, en particulier celle engendrée par l'attestation dérogatoire de déplacement. Nous aborderons ensuite plusieurs actions utilisées pour tenter de pallier aux inégalités en matière d'accès aux équipements de protection, à l'alimentation et aux soins. Enfin, il sera abordé les actions pour faire face aux inégalités engendrées par la dématérialisation.

3.1 Un rôle de médiation, de traduction et de vulgarisation de l'information sanitaire

Nous avons vu que l'accès aux informations sanitaires officielles a constitué une inégalité sociale pour beaucoup de PAI, en particulier lors des premiers mois de la pandémie. Nous avons également vu que, dans certains foyers, la fuite des professionnels a contribué à une aggravation de cette inégalité, en plus de susciter un sentiment d'abandon chez les PAI concernées. Toutefois, plusieurs professionnels ont tenté d'agir sur les inégalités d'accès à l'information sanitaire. Certains professionnels témoignent, par exemple, d'initiatives de traduction et d'affichage des informations sanitaires au sein de leur établissement :

> « Ils [les PAI] se sont renseignés par nous en fait, on a mis pas mal d'affiches, donc des affiches en français, en arabe, en plusieurs langues donc que [nom du bailleur social] nous a fait parvenir. On a fait des distributions de masques » ENT1-G1-I-ARA.

> « Masque, gel, attestation dérogatoire, enfin voilà, jusqu'à la vaccination, tous les documents ont été traduits par la communication de [nom du bailleur social], et après c'était beaucoup d'oralité aussi. Parce que même nous, parfois c'est même certains résidents – même âgés hein ! - qui t'apprenaient le truc que t'avais pas capté la veille et du coup voilà, c'était… C'était un peu au jour le jour à des moments quand même sur ce qui fallait faire, pas faire » FG1-G2-I-OCC.

Ces initiatives ont généralement été coordonnées par les sièges des structures gestionnaires, qui centralisaient la production des supports traduits avant de les transmettre aux professionnels sur le terrain au fil de l'évolution de la situation sanitaire. Ce processus centralisé impliquait toutefois certains retards dans l'actualisation des informations affichées ou connues des professionnels eux-mêmes.

Bien que cette pratique ait contribué à compenser l'absence d'informations sanitaires officielles multilingues, elle n'en demeurait pas moins inefficace pour de nombreuses PAI ne sachant pas lire. Face à cette limite, certains professionnels ont ainsi souligné le caractère parfois inadapté des affiches transmises par leur institution pour informer ces PAI, faute de constituer pour elle un cadre signifiant à partir duquel s'appuyer pour interpréter le contexte sanitaire et ses normes. Une professionnelle revient notamment sur cette limite de cadre signifiant, au travers des difficultés perçues à l'interprétation et l'appropriation des recommandations sanitaires en matière de lavage des mains :

> « Je me pose la question sur toute cette dynamique de se laver les mains quoi, comment est-ce qu'il faut se laver les mains avec toutes ces affiches, etc., quoi… Je me dis c'est pas très visuel, enfin je trouve que ça manque d'un côté éducatif, pédagogique quoi. On fait avec moi, on me montre, j'acquiers ces bons gestes aussi, c'est pas juste faire ça et puis c'est bon [se frotte rapidement et négligemment les mains pour imiter l'illustration d'une affiche]. Enfin je sais pas, moi je trouve que ça manque un peu de pédagogie et de pas laisser seule les gens avec une affiche et se dire que ça va suffire, ils vont comprendre, parce que c'est pas aussi lisible quoi. Ça peut être lisible pour moi, mais pas pour des personnes âgées immigrées ou d'autres personnes… Et je pense que, enfin moi je pense qu'on se dit que les gens sont autonomes, qu'on fait appel au bon sens de chacun, comme s'il y avait qu'un sens commun et que tout le monde faisait pareil quoi » FG1-G2-I-OCC.

À défaut de prendre en considération la diversité des besoins et des inégalités vécues par les PAI dans l'accès à l'information, les affiches utilisées pour les informer n'ont pas toujours permis de constituer un cadre de sens suffisant à partir duquel définir le contexte sanitaire et ajuster leur comportement. Surtout, en soulignant le décalage entre ce cadre institutionnel et son interprétation par les PAI, cet exemple souligne le rôle joué par certains professionnels pour compenser les limites des stratégies d'information de leur institution, en plus de compenser plus largement les inégalités structurelles vécues par les PAI en matière d'accès à l'information sanitaire. Cet ajustement s'est traduit par une transmission orale des messages sanitaires aux PAI, permettant d'en expliciter le sens, mais aussi d'en faciliter l'intériorisation.

Par ailleurs, plusieurs acteurs associatifs ont également joué un rôle dans la médiation, la traduction, la vulgarisation et la diffusion de l'information sanitaire chez les PAI, y compris celles vivant en logement diffus. Dans certains cas, les actions menées en la matière se sont inscrites dans une collaboration entre acteurs associatifs et autorités locales, permettant ainsi la construction d'un cadre commun à partir duquel identifier les inégalités sociales vécues par ces populations, et définir les moyens pour y répondre :

> « Tout de suite ce qui me vient à l'esprit sur les flyers, les affiches [c'est] penser vraiment aux personnes qui sont analphabètes et… Ou alors, traduire, faire des traductions. Pas forcément que l'arabe, on a toutes nationalités ici, on en a 17, mais faire en sorte que tout le monde comprenne […] Par des images, par euh voilà, en termes de prévention déjà, qu'on puisse comprendre l'info. Après, sincèrement, nous on avait l'info parce que la Préfecture nous… Enfin on avait des liens avec Monsieur le Préfet par rapport justement à cette question d'accès aux droits, à cette question d'injustice alimentaire, on avait tout ça, mais les usagers ne l'avaient pas, et de dire, quand on fait de la prévention, envoyer des courriers à tout le monde, et n'oubliez pas. Tout ce public-là, ils n'ont jamais eu d'info à proprement parlé à part si c'était par nous qui euh voilà qu'on leur donnait ou qu'on affichait » FG1-G1-A-ARA.

Ce verbatim permet ici d'illustrer comment cette collaboration a constitué un cadre commun, permettant de relayer des informations sanitaires officielles à des PAI jusqu'alors hors de portée des campagnes d'information classiques menées par les autorités locales. En effet, cette collaboration a permis de faire interagir les connaissances détenues par les autorités locales sur le contexte sanitaire, et celles détenues par les acteurs associatifs sur la réalité sociale des PAI marquée par de multiples injustices (accès aux droits, à l'alimentation, à l'information). De ces interactions découle une redéfinition des actions menées pour informer ces populations, à la fois un travers un ajustement des moyens pour leur faire parvenir les informations, et pour construire des supports qui fassent sens pour les PAI. Notons néanmoins que ce type de collaboration n'a été observé qu'en région ARA, soulignant une inégalité entre PAI quant aux ressources institutionnelles disponibles dans leur environnement social pour compenser les inégalités qu'elles ont vécu en matière d'accès à l'information sanitaire.

3.2 Des actions face à l'isolement social

Outre les inégalités d'accès à l'information sanitaire, nous avons vu que la pandémie et les confinements successifs ont exacerbé l'isolement social chez beaucoup de PAI. Face à cette inégalité, plusieurs professionnels en FTM ou en RS ont ajusté leurs pratiques

d'accompagnement afin de lutter contre l'isolement social des PAI. Cet ajustement s'est traduit par l'utilisation d'outils pour maintenir du lien social entre les professionnels et les PAI, comme le porte-à-porte ou dans certains cas le phoning :

> « Alors moi ça moi j'en ai fait du phoning, sur plusieurs résidences. Donc nous on a un logiciel avec toutes les coordonnées de tous les résidents, on a pointé tous les résidents du Rhône qui avaient plus de 60 ans pour essayer au moins de tous les appeler. On s'est réparti le travail et on les appelait euh… Alors la première vague d'appel, y'a plein de gens qui nous ont dit que tout bien pour eux et tout, et quand on va vu une fragilité, c'est des gens qu'on rappelait chaque semaine, au moins une fois par semaine. Donc ça, ça les a vachement rassurés. Du coup ils avaient un numéro fixe ou rappeler avec un répondeur. Donc si quelqu'un avait un souci il pouvait rappeler sur ce téléphone-là et laisser un message si y'avait un problème. […] Ils étaient super contents, ils remerciaient de les avoir appelés et d'avoir pris de leurs nouvelles. Donc cette idée du phoning c'était pas mal » FG3-TS1-I-ARA.

Outre que de maintenir des interactions sociales sans s'exposer à un risque de contamination, ces appels ont permis de créer un cadre rassurant dans lequel les PAI pouvaient exprimer leurs besoins, être écoutées, et recevoir des informations fiables pour définir leur situation, réduire leur isolement, et actualiser les ressources disponibles dans leur environnement vers lesquelles s'orienter en cas de difficulté.

Dans un contexte où la distanciation physique constituait une norme, ces interactions ont également représenté un cadre d'interprétation à partir duquel les professionnels ont pu régulièrement actualiser leur définition de la situation des PAI accompagnées et ajuster leurs pratiques en fonction des besoins identifiés lors de ces interactions. Cette pratique est d'autant plus intéressante dans la mesure où elle reposait sur la définition que donnaient elles-mêmes les PAI à leur situation et à leurs besoins, permettant ainsi aux professionnels de maintenir et d'ajuster leur accompagnement au plus près des réalités vécues par les concernées. Cette pratique a plus largement contribué à maintenir une forme de présence symbolique des professionnels auprès des PAI, malgré leur absence physique. Néanmoins, le phoning s'est avéré limité au regard des difficultés des professionnels à interagir par téléphone avec des PAI qui, parfois, n'en avaient pas, ou qui avaient changé de numéro, ou bien qui étaient retournées dans leur pays sans les prévenir (ce qui bien sûr, ne constitue pas une obligation pour elles). Face à l'isolement accru des PAI sans téléphone, une distribution de smartphone a été réalisée dans une RS du Grand Est, permettant ainsi de maintenir leurs liens avec les professionnels,

mais aussi avec leur famille. Cette distribution s'est accompagnée d'une initiation rapide des PAI pour se familiariser à cet outil et à ses fonctions :

> « Alors je sais que nous on a eu l'idée de distribuer des smartphones parce qu'ils ont avaient pas donc on les a distribués à titre gratuit avec un abonnement ça c'était quand même utile après il fallait savoir s'en servir, mais au moins ça recréer du lien entre nous, avec leur famille, alors c'était une bonne solution, donc je pense que c'est vraiment ça, leur fournir des outils pour communiquer avec l'extérieur… Donc nous on leur a un peu montré les principales applications pour utiliser par exemple la majorité savent utiliser WhatsApp avec leur famille, donc déjà leur installer l'application, leur montrer un petit peu comment ça fonctionne, comment communiquer avec nous. Donc on avait enregistré nos numéros pour leur montrer comment nous appeler. Après ça a bien marché pour certains, mais d'autres ça n'a pas fonctionné parce que c'était trop compliqué et euh, on a pas pris assez de temps pour leur expliquer » ENT2-TS2-I-GE.

Bien qu'elle n'ait pas été efficace pour tous les PAI concernées, faute de temps suffisant pour les familiariser à l'utilisation d'un smartphone, cette distribution a permis d'étendre le dispositif de veille téléphonique à des personnes qui en étaient matériellement exclues, tout en favorisant le développement de leurs liens sociaux avec leur famille et leurs amis. Cette pratique a ainsi permis d'agir sur l'isolement de certaines PAI, mais aussi de répondre à une injustice dans leur accès à une ressource essentielle au maintien de leurs liens sociaux dans le contexte sanitaire.

Cela étant, les actions menées pour agir sur l'isolement social des PAI étaient le plus souvent réalisées en présentiel. Dans certains quartiers, l'intervention d'associations auprès de PAI en logements diffus a participé à la construction d'un tissu local de solidarité. Cette solidarité s'est appuyée sur un travail de veille régulière d'acteurs associatifs envers les PAI isolées. Cette veille s'est construit autour de pratiques « d'aller vers », ajustées aux contraintes sanitaires (virus, règle de distanciation) et qui, au-delà d'œuvrer au maintien du lien social avec les PAI, ont permis de définir collectivement leurs besoins respectifs et d'ajuster les formes d'aides proposées :

> « Des gens étaient isolés, mais il y avait une force dans le quartier, on allait rendre visite à tout le monde, on toquait dans les portes, on parlait par les fenêtres on sonnait sur les interphones, ''on va faire des courses, est-ce que vous avez besoin de quelque chose ?'' ''Vous allez chez le médecin, vous avez besoin de quel médicament ?'' On allait pas en pharmacie, les pharmacies elles étaient fermées, mais on regardait dans notre entourage qui avait tel médicament. Vraiment, il y avait une telle solidarité et une entre aide […] et les gens ils étaient vraiment rassurés, les personnes âgées elles se sont pas senties abandonnées, ils existaient, ils se disent ''ah en prend soin de moi'', parce qu'à la télé on leur dit ''c'est la guerre faite attention, vous risquez de mourir.'' La réalité c'est quoi, c'est ''vous avez besoin de quoi pour manger, vous avez besoin de quoi pour vous

> soigner, est-ce que vous avez besoin de masques, j'en ai trouvé quelques-uns, je vous les ramène.'' C'est ''vous allez faire les courses, oui il y a une file d'attente, oui ne vous inquiétez pas, donnez-moi votre liste, je vous ramène tout ça.'' Ça se passait comme ça » ENT3-TS3-A-GE.

En interprétant les besoins réels des PAI (manger, se soigner, maintenir du lien social) par le biais de pratiques ajustées aux contraintes sanitaires (interphones, fenêtres, listes de courses), ces formes d'entraides ont permis de construire un cadre d'expérience alternatif à celui institué par des discours officiels anxiogènes. En rupture avec l'imaginaire guerrier véhiculé par le Président, ces solidarités ont en effet permis de redéfinir localement la situation sanitaire comme une épreuve sociale à traverser collectivement, en mobilisant des ressources concrètes et ajustées aux besoins réellement vécus. Une redéfinition dédramatisée donc, qui a permis de rassurer certaines PAI et de prévenir leur isolement social.

Si les actions présentées ici ont principalement été déployées pour lutter contre l'isolement accru engendré par les mesures de confinement, d'autres formes d'accompagnement ont été mises en place, sur la même période, pour agir sur les inégalités générées par une autre mesure appliquée indistinctement à l'ensemble de la population : l'attestation dérogatoire de déplacement.

3.3 Les actions menées face aux inégalités engendrées par l'attestation dérogatoire de déplacement

Nous avons vu que, pour beaucoup de PAI, l'attestation dérogatoire de déplacement (ADD) a été source d'inégalités structurelles, affectant à la fois leur autonomie, leur dignité et leur sécurité financière, tout en accentuant leur isolement social. Souvent mal comprises, difficilement accessibles et contraignantes à produire quotidiennement, les attestations ont constitué un mécanisme à part entière dans le processus de vulnérabilisation de nombreuses PAI. Face à ce constat, plusieurs professionnels se sont mobilisés afin de fournir des attestations aux PAI. Ces professionnels imprimaient, distribuaient et parfois remplissaient des attestations pour des PAI n'étant pas en possibilité de le faire elles-mêmes :

> « c'est nous qui imprimions les attestations et on les remplissait pour les personnes ou qu'on leur prépare des fois quatre documents par jour pour qu'ils ont aient d'avance parce que nous on était pas tous les jours sur place… Quand ils ont des boîtes aux lettres, parce que tous les établissements n'ont pas toujours des boîtes aux lettres, je leur

> remettais aussi dans leur boîte aux lettres, parce que je les voyais pas, qu'ils puissent en avoir aussi déjà, et les masques pareils, on distribuait beaucoup de masques… Gel hydro alcoolique, masques, attestations » ENT2-TS2-I-GE.

Cet exemple illustre comment des professionnels ont ajusté leur définition de la situation des PAI face aux inégalités engendrées par l'ADD, et par là même, leurs pratiques pour tenter d'agir non seulement les inégalités d'accès à ce dispositif, mais aussi la dépendance accrue qu'il produisait chez les PAI envers les professionnels. La distribution d'attestations préremplies en plusieurs exemplaires répondait ainsi à un double enjeu, celui de sécuriser légalement les déplacements des PAI, tout en essayant de préserver autant que possible leur autonomie à se déplacer sans avoir à dépendre à chaque sortie de la présence et de l'aide d'un professionnel. Notons que le maintien de leur autonomie répondait plus largement à un enjeu de protection de leur dignité humaine face à un dispositif pouvant s'analyser comme invalidant, infantilisant, marginalisant, voire potentiellement humiliant pour des PAI ne sachant pas lire, ni écrire ou se servir d'internet. Or, si l'aide apportée par certains professionnels a permis à ces personnes de sortir de leur domicile en toute conformité, cette relation d'aide a paradoxalement et involontairement contribué à renforcer les effets invalidants, infantilisants, marginalisant, voire humiliants de l'ADD. Le recours à un tiers pour obtenir une attestation et accomplir une action aussi ordinaire que sortir de chez soi matérialise en effet ici une forme de violence symbolique, où cristallise la dépendance des PAI envers les professionnels ou toute autre personne-ressource.

Outre le difficile maintien de l'autonomie des PAI, un des autres enjeux perçus par les professionnels était de répondre aux injustices liées aux contrôles des attestations, notamment chez les personnes n'ayant pas compris le dispositif :

> « Le Conseil d'administration a décidé de faire des attestions, parce que on sait très bien que ce public ne sait ni lire ni écrire et pour eux c'était difficile de sortir, parce que euh on a eu beaucoup de personnes qui ont eu des amendes et euh le fait d'avoir envoyé ces attestations par courrier, ça leur a permis de venir nous voir déjà, pour dire pourquoi vous avez fait ça, voilà » FG1-G1-A-ARA.

Ces pratiques étaient est d'autant plus importantes pour les PAI vivant en FTM et en RS, dans la mesure où des contrôles policiers étaient parfois effectués directement aux abords de ces établissements comme témoigne cette professionnelle travaillant dans une RS du Grand Est :

> « […] les chibanis ils étaient dehors devant le bâtiment, la police passait, ils ont eu plein d'amendes » ENT2-TS2-I-GE

Ce verbatim illustre plus largement la manière dont certains professionnels ont ainsi adapté leur accompagnement en interprétant les contraintes engendrées par l'ADD au prisme des injustices directes et indirectes vécues par les PAI. À travers leurs pratiques, ces professionnels ont contribué à construire un cadre d'interprétation à partir duquel certaines PAI ont pu prendre connaissance de l'ADD, mieux comprendre ses règles et leurs évolutions, et adapter leurs déplacements en conséquence. Toutefois, ces actions n'ont pas toujours permis d'éviter aux PAI d'être sanctionnées lors de contrôles policiers ni d'endiguer l'isolement accru que ce dispositif a produit chez d'autres, parfois même au-delà de la période où il était en vigueur.

3.4 Les actions menées face aux inégalités d'accès aux équipements de protection et à l'alimentation

Outre l'isolement social, nous avons vu que la pandémie a généré des difficultés à se procurer des équipements de protection individuelle (EPI), mais aussi parfois pour continuer à faire les courses et manger à leur faim. Face à ces injustices, plusieurs professionnels, principalement du secteur associatif, ont adopté des stratégies pour répondre aux besoins des PAI concernées. Une association en région Auvergne-Rhône-Alpes s'est particulièrement distinguée par l'ampleur de ses actions en matière de portage de repas et de distribution d'équipements de protection, malgré un manque de moyens humains et financiers. Ces actions ont été possibles par des collaborations avec des partenaires publics (ARS) ou privés (entreprises, bénévoles, mécènes) ayant permis de redéfinir l'accompagnement des professionnels, à la fois pour répondre aux besoins des PAI et s'adapter au manque de ressources permettant d'y répondre. L'un des exemples les plus emblématiques porte sur la pénurie de masques de protection en début de pandémie. Par l'intermédiaire d'un partenaire médecin, cette association a pu collaborer avec une entreprise de maillot de bain pour produire des masques artisanaux à distribuer aux PAI :

> « Ils ont dit ‘'ok, on va vous faire 100 masques, 200 masques, 300 masques, 400 masques !'' Et du coup, on a réussi à avoir notre premier masque avec la maison [nom de l'entreprise], en tissu de maillot de bain [rires]. Voilà, c'était… C'est comme ça ! Et du coup, ça a été aussi le réseau, on a beaucoup de réseaux, et donc là si c'était pas ce coordinateur médecin-là qui nous avait aidés à trouver bah le plan B avec les masques. […] On frimait tous avec nos trucs, tu sais c'était classe en plus, c'est comme les

> maillots de bain ! Toutes les couleurs, et euh ça nous a permis nous de les mettre dans les sacs, avec du gel aussi – c'est des partenaires qui m'ont donné du gel – vraiment je voulais leur dire, à toutes ces personnes à qui on livrait, on vous oublie pas quoi » FG2-G1-A-ARA.

Cette collaboration a permis de compenser en partie les inégalités d'accès aux EPI dans l'une des périodes où la circulation du virus était la plus mortelle. Plus largement, ce verbatim souligne chez cette directrice d'association la perception d'une autre injustice vécue par les PAI, celle de leur invisibilisation sociale dans la gestion de la pandémie par les autorités publiques. En ce sens, la distribution des masques a également eu chez cette professionnelle une fonction symbolique, permettant de compenser l'invisibilisation et la vulnérabilisation accrue de ces PAI en évitant qu'elles ne tombent dans une forme d'oubli social et institutionnel.

Toujours dans la même région, une autre association s'est mobilisée pour soutenir certaines PAI face aux inégalités d'accès aux EPI, cette fois non pas à partir d'une stratégie reposant sur l'aide d'entreprises ou de partenaires de santé, mais sur l'aide de bénévoles :

> « Après ce qu'on a mis en place aussi dans la livraison de ces paniers pendant le confinement, c'est qu'on a livré des paniers d'hygiène puisque les gens pouvaient pas sortir, pour qu'ils puissent avoir le kit hygiène, shampoing et tout ça, et à cela on a nous même pris des bénévoles qui ont fabriqué des masques, tout au début quand y avait pas de masques, et on fournissait des masques avec du gel hydroalcoolique. Donc au début, c'était du gel artisanal qu'on nous avait donné, donc on leur mettait ça, et après dès que ça s'est mis en place, on avait des bouteilles. Mais régulièrement on leur a donné aussi, parce qu'il fallait que … voilà, y avait des trucs qu'ils arrivaient pas à avoir, c'est des gens en précarité » FG1-IS1-A-ARA.

Ces actions ont permis de répondre à des besoins concrets et immédiats, souvent impensés et non pourvus par les autorités publiques. Ces actions se sont adressées à des PAI vivant en logement diffus, mais aussi en FTM ou RS. Certains professionnels travaillant dans ces établissements ont d'ailleurs collaboré avec des acteurs associatifs pour favoriser la mise en place de ces actions auprès de leurs résidents comme l'explique cette responsable de résidence :

> « Ah oui pendant le confinement, on a fait aussi des distributions de repas pour les personnes âgées de plus de 70 ans. Donc on a fait ça avec une association, donc on a fait une distribution de repas parce qu'il y avait des gens qui pouvaient pas sortir » ENT1-G1-I-ARA.

Plus largement, ces actions illustrent d'une part la capacité de certains acteurs associatifs à actualiser leur définition de la situation des PAI dans le contexte sanitaire, voire dans certains

cas à visibiliser leur situation auprès d'autorités locales. D'autre part, ces actions montrent comment cette redéfinition engage un ajustement des pratiques d'accompagnement envers ces populations, tant à travers une réorganisation des ressources des professionnels, qu'à travers les modalités de mise en œuvre de leurs actions. Ces exemples mettent également en lumière le rôle central joué par les associations comme acteurs de premier recours face aux carences institutionnelles. En mobilisant des bénévoles ou en réorientant leurs ressources vers des besoins élémentaires (alimentation, hygiène, équipements de protection), elles ont permis de combler temporairement des manques qui auraient autrement laissé les PAI dans une situation d'extrême vulnérabilité. Toutefois, cette réactivité associative révèle en creux la dépendance structurelle de l'accompagnement des PAI à des initiatives locales, souvent fragiles et inégalement réparties selon les territoires.

3.5 Des actions face aux inégalités d'accès aux soins

Outre les inégalités dans l'accès aux EPI et à l'alimentation, plusieurs PAI ont également vécu des inégalités en matière d'accès aux soins, tout particulièrement sous l'effet de la numérisation des modalités de prise de rendez-vous dans les établissements de santé, qu'il s'agisse de cabinets de médecin généraliste, d'hôpitaux ou de centre de vaccination. Devant cette situation, plusieurs professionnels ont adapté leur accompagnement en prenant eux-mêmes des rendez-vous en ligne pour maintenir la continuité du suivi médical de certaines PAI et éviter que leur exclusion numérique n'engendre une rupture dans leur accès aux soins. Toutefois, pour les PAI n'ayant pas de médecin traitant avant la pandémie, cette adaptation s'est révélé inefficace, faute d'un nombre suffisant de médecins acceptant des nouveaux patients :

> « On se heurte continuellement à ça après sur le secteur, trouver un médecin traitant c'est mission impossible, tous les médecins du secteur ne prennent plus de nouveau patient, quand moi j'ai des personnes qui arrivent à la résidence et qui n'ont pas forcément un médecin traitant qui n'ont pas de suivi médical, j'ai du mal à leur trouver un médecin parce qu'ils prennent plus de nouveaux patients » ENT1-TS1-I-GE.

Par ailleurs, le lancement de la campagne de vaccination a constitué pour les professionnels un cadre supplémentaire pour redéfinir la situation des PAI et adapter leur accompagnement. Dans certains cas, l'intervention d'acteurs associatifs a ainsi permis d'agir sur les inégalités vécues par certaines PAI dans leur accès à la vaccination, en particulier lors de son lancement. En effet,

face aux difficultés d'approvisionnement en vaccin, mais aussi face aux inégalités vécues par beaucoup de PAI pour prendre rendez-vous en ligne dans un centre de vaccination, une association en région Auvergne-Rhône-Alpes a développé un partenariat avec l'Agence Régionale de Santé pour négocier la création de créneaux spécifiquement dédiés aux PAI membres de l'association dans certains centres de vaccination :

> « On a été relai sur le vaccin par exemple. On a mobilisé la ville de X et l'ARS, pour qu'ils nous mettent en place des sessions de vaccination. C'était difficile au début, et après l'ARS a joué le jeu – je dis bien l'ARS, pas la ville de X, c'est important de le préciser – et elle nous a mis un médecin de l'hôpital à notre disposition avec des créneaux pour les usagers de [nom de l'association] […], au centre de vaccination de [nom du centre], mais c'était par exemple [nom de l'association] qui avait deux jours de créneaux pour les réservations de vaccin […] Franchement l'ARS, elle a vraiment joué le jeu, elle était vraiment attentive à ce public âgé immigré, ce public invisible là, et vraiment c'est comme que ça nous a permis d'avoir des créneaux sur-mesure pour les personnes de [nom de l'association] » FG2-G1-A-ARA.

En agissant comme intermédiaire entre les PAI et les institutions sanitaires locales, la négociation engagée par cette directrice d'association a permis de redéfinir la vaccination non plus comme une démarche individuelle, standardisée et numérisée, mais comme un processus collectivement encadré, accessible et contextualisé. Cette action a permis de compenser une inégalité structurelle par la visibilisation et la reconnaissance de ses répercussions chez les PAI, en instituant temporairement un dispositif différencié, mieux ajusté à leurs réalités.

Toutefois, il convient de souligner que cette forme de collaboration avec une ARS est la seule observée au sein des 4 régions enquêtées. Un cas isolé donc, qui peut s'analyser comme une forme d'inégalité supplémentaire, cette fois entre PAI, au regard de la contingence des ressources disponibles dans leur environnement pour compenser les inégalités structurelles engendrées par la stratégie vaccinale des autorités publiques. Cette inégalité entre PAI est d'autant plus essentielle à souligner au regard des autres actions menées par certaines associations pour répondre aux inégalités d'accès aux droits, tant en assurant une fonction d'intermédiaire entre les PAI et les administrations face à l'exclusion engendrée par la dématérialisation et les ruptures de droits sociaux ; que pour aider les PAI à obtenir et remplir leur attestation dérogatoire de déplacement.

Initiative plus rare, une association a également mis en place une cellule psychologique dans ses locaux, spécifiquement dédiée aux PAI. Cette initiative a été rendue possible par un

partenariat avec l'ARS, qui a permis le financement de cette action, comme l'explique la directrice de cette association :

> « On a fait intervenir un psychiatre, qui était financé dans le cadre de l'ARS. Et lui, il était là pour parler du Covid. Et du coup, il prenait… C'est moi qui ait fait exprès, parce que je voulais pas que ce soit mélangé hommes et femmes, parce que je trouvais que les femmes, elles avaient besoin de déposer, parce qu'au-delà de la déprime, c'était tout qui leur remontait : si elles étaient veuves, si elles étaient divorcées, donc c'était compliqué alors voilà, j'ai dit on va faire deux groupes : un groupe hommes et un groupe femmes. Je me suis dit voilà, peut-être elles auront plus de facilité à parler. Et du coup ça a bien fonctionné. Au départ, le psy nous disait que les personnes âgées étaient vraiment – euh, comment dire ? – ils cherchaient comment c'était, c'était quoi le Covid en fait ? Beaucoup, beaucoup, beaucoup de questions sur le Covid. […] On était en pleine pandémie, non seulement on était en pleine pandémie, après il a suivi, tous les 15 jours, le groupe femme, le groupe homme. Et je crois qu'il leur apportait un regard neuf, il leur apportait aussi des réponses, il leur apportait ce que nous, professionnels, on pouvait pas répondre » FG2-G1-A-ARA.

Cet exemple permet de mettre en lumière un aspect rarement abordé dans les actions menées auprès des PAI : la prise en compte explicite de leur santé mentale. La mise en place de cette cellule psychologique dédiée aux PAI contraste ainsi avec des approches le plus souvent centrées prioritairement sur les besoins matériels identifiés chez ces populations (logement, alimentation, accès aux droits). Or la création de cette cellule témoigne également d'une prise en compte des besoins spécifiques perçus chez les PAI femmes et les PAI hommes, amenant à définir des groupes distincts dans la construction de leur accompagnement psychologique. En distinguant les groupes d'hommes et de femmes, l'association a permis d'ajuster le cadre d'intervention du psychiatre aux vécus spécifiques des PAI et à leurs besoins, notamment des femmes, pour qui la pandémie a ravivé des douleurs biographiques liées à des situations de veuvage, de séparation ou de solitude. Cette collaboration intersectorielle montre ainsi comment la définition des besoins des PAI par l'association a constitué un cadre dans la définition des réponses apportées à ces besoins par le psychiatre. Toutefois, la rareté d'une telle initiative interroge. En effet, elle souligne à la fois l'importance de partenariats institutionnels pour rendre possible ce type d'action, et l'inégalité persistante dans la reconnaissance et la prise en compte des besoins psychologiques des PAI. Plus largement, elle révèle aussi la tendance structurelle à reléguer la santé mentale de ces populations au second plan, accentuant le risque que les souffrances invisibles, liées à l'isolement, au deuil ou aux expériences antérieures de rupture, demeurent marginalisées dans l'action publique et associative.

Synthèse partie 5

Cette partie présente les principales inégalités engendrées par la crise sanitaire et sa gestion auprès des PAI dans le contexte pandémique français. Il s'appuie sur l'analyse des expériences vécues par les PAI enquêtées (N=57) dans le contexte sanitaire, mais aussi sur les perceptions des travailleurs sociaux (N=29) ayant accompagné ces populations.

La présentation de nos résultats s'articule principalement autour des mesures sanitaires adoptées par le gouvernement (confinements, ADD, fermeture des frontières, vaccination, etc.) et les inégalités nouvelles ou exacerbées qu'elles ont engendrées chez certaines PAI (accès aux droits, aux soins, à l'alimentation ; isolement social accru, discriminations, etc.). Les analyses montrent que ces inégalités nouvelles ou exacerbées chez les PAI s'inscrivent en continuité des inégalités structurelles que beaucoup vivaient déjà avant la pandémie, tant en matière socio-économique, en matière d'accès aux droits et à la santé, qu'en matière de logement. L'amplification de ces inégalités dans le contexte pandémique tend à s'expliquer en raison de mesures sanitaires pensées et appliquées de manière centralisée, standardisée et indifférenciée, sans prise en compte des inégalités sociales, économiques, linguistiques, numériques ou résidentielles qui vulnérabilisaient déjà un grand nombre de PAI. Dès lors, l'analyse des inégalités vécues par les PAI dans le contexte pandémique peut s'interpréter comme une double vulnérabilisation : en amont, en raison des inégalités sociales préexistantes, qui ont contribué à davantage exposer ces populations au virus (logements souvent inadaptés à la distanciation sociale ; comorbidités) ; en aval, en raison des inégalités nouvelles ou exacerbées engendrées par des mesures sanitaires inadaptées à la réalité des besoins des PAI, les ayant parfois davantage vulnérabilisées que protégées.

En réponse à ces inégalités, des ressources individuelles, collectives et institutionnelles ont été mobilisées par ou pour les PAI. Pour certaines PAI, ces ressources ont permis de s'adapter en partie aux inégalités engendrées par les mesures sanitaires, tant en matière d'accès à l'information, aux droits, aux soins, aux EPI ou encore à l'alimentation. Néanmoins, nos analyses montrent que ces ressources ont elles-mêmes été traversées par des logiques inégalitaires, notamment au regard de leur disponibilité contingente d'une personne à une autre, ou d'un environnement (social, résidentiel) à un autre. C'est particulièrement le cas des

ressources institutionnelles. Leur efficacité repose largement sur la manière dont les professionnels définissent leur situation et celle des PAI, actualisent ces définitions au fil de la pandémie, pour, à partir d'elles, ajuster leurs pratiques d'accompagnement aux besoins perçus et à partir des moyens matériels et humains disponibles pour répondre à ces besoins. Or ce processus s'est révélé variable d'un professionnel à un autre, ou encore d'un cadre d'intervention à un autre (associations, établissement d'hébergement, régions). En ce sens, l'analyse des ressources utilisées par ou pour les PAI participe plus largement à affiner l'analyse de leurs inégalités vécues, en mettant en lumière des inégalités entre PAI elles-mêmes dans l'accès aux ressources collectives et institutionnelles susceptibles de compenser les inégalités engendrées par la gestion de la pandémie. L'analyse des ressources constitue ainsi un deuxième niveau d'analyse des inégalités vécues par les PAI en ce qu'elle souligne un phénomène d'inégalité face aux inégalités, approfondissant la vulnérabilisation accrue produite par la gestion sanitaire. Ce constat interroge sur la subsistance et la recomposition de ces inégalités et de leurs effets chez les PAI depuis la fin de la pandémie, mais aussi sur le rôle ressource des professionnels du médico-social face à ces inégalités. Ces interrogations seront au centre de notre partie suivante, qui porte sur la présentation de nos résultats relatifs au contexte postpandémique.

Partie 6 – Résultats sur le contexte postpandémique

Sommaire :

Chapitre 9 : Perceptions des PAI par les professionnels depuis la pandémie

Chapitre 10 : Perceptions des professionnels sur les difficultés des PAI dans le contexte postpandémique.

Chapitre 9 : Perceptions des PAI par les professionnels depuis la pandémie

L'objectif de ce chapitre vise à analyser comment les professionnels perçoivent aujourd'hui les PAI en tant que catégorie ou selon leurs termes, en tant que « publics ». Sont ainsi abordées les perceptions générales des professionnels sur les PAI, puis les distinctions et catégorisations qu'ils opèrent au sujet de ces populations. Pour rappel, les résultats de cette partie sont issus d'entretiens et de focus groups réalisés auprès de professionnels du secteur médico-social travaillant ou intervenants tous auprès de PAI vivant en FTM ou en RS. Nos résultats portent donc sur les expériences et les représentations de ces professionnels à propos des PAI résidentes en FTM et en RS qu'ils accompagnent. Ces populations sont exclusivement des hommes.

1. Perceptions générales des professionnels sur les PAI en tant que « public »

Les perceptions des professionnels sur les PAI en tant que « public » s'articulent autour de l'idée d'une vulnérabilisation spécifique de ces populations, liée à leur parcours migratoire et professionnel, leur situation familiale et leur mode de vie. Notons que, pour ces professionnels, la pandémie n'a pas constitué un cadre d'interprétation permettant d'interpréter et de définir les PAI, ainsi que leur situation dans le contexte postpandémique.

1.1 Des parcours migratoires, professionnels et familiaux perçus comme difficiles

L'ensemble des professionnels interrogés a défini les PAI à travers les difficultés rencontrées sur leurs parcours migratoires et professionnels. Les difficultés rapportées portent sur le départ du pays d'origine, parfois perçu comme un exil, et la rudesse des conditions de travail lors de leur arrivée en France, avec des métiers difficiles, usants et pas toujours déclarés, expliquant leur précarité économique actuelle. Les difficultés évoquées portent également sur l'exposition des PAI à des discriminations multiples, dans un contexte historique alors perçu comme hostile, voire raciste, expliquant aujourd'hui encore l'intériorisation de stratégies d'invisibilisation pour échapper aux stigmatisations :

> « C'est des personnes qui se sont fondues dans la masse, qui ont, au final, de mon point de vue hein, ils ont gommé un petit peu ce qu'ils sont. Ils ont gommé leur culture, gommé... Parce que, ben, fallait se fondre dans la masse. Fallait rentrer dans le moule. Voilà, même dans leur façon de s'habiller. Enfin, beaucoup s'habillent costard, chemise. […] Je pense qu'il y en a très peu, finalement qui vont mettre des vêtements de leur

> propre culture. Parce que, comme je dis, il faut se fondre dans la masse. Ils ont eu cette habitude-là, en fait. Mais c'est en lien aussi à quand ils sont arrivés en France, à quand ils sont devenus salariés. Enfin, voilà. Je pense qu'à ce moment-là aussi, il y avait beaucoup de racisme, etc., donc, du coup, fallait se faire le plus petit possible. Et au final, ils ont continué dans ce sens-là. Donc, voilà. C'est pour ça que c'est des personnes, au final, qui ne sollicitent pas les services de la mairie » PMS8-F28-GE

> « Souvent, c'est des personnes qui ont été sous-payées, ou voilà, qu'on a exploité majoritairement, je ne dis pas tous, mais principalement, ce qui fait qu'ils se retrouvent avec des petites retraites et souvent avec le minimum vieillesse, ce qu'on appelle l'ASPA. Et l'ASPA est soumise à condition de résidence en France. Donc, du coup, pour pouvoir en bénéficier, il faut qu'ils soient au moins six mois de l'année en France. Et donc, ça explique aussi pourquoi ils continuent à faire ces allers-retours » PMS3-F33-GE.

Pour ces professionnels, le parcours migratoire et professionnel des PAI ne constitue pas seulement un arrière-plan historique, mais un élément d'interprétation et de définition de leur situation actuelle. La pénibilité du travail, l'exploitation salariale et les discriminations subies sont perçues comme autant de facteurs ayant façonné la précarité de leur situation socio-économique (faible retraite, dépendance à l'ASPA), ainsi que certaines pratiques de leur vie quotidienne, tels que leurs allers-retours au pays d'origine, notamment en raison de la condition de résidence de l'ASPA qui les y oblige, leurs stratégies d'invisibilisation dans l'espace public, ou encore leur faible demande d'aide ou de service. Les inégalités structurelles vécues par ces populations au fil de leur parcours migratoire et professionnel, de même que la recomposition de ces inégalités à leur passage à la retraite, constituent pour l'ensemble de nos enquêtés des éléments à part entière de la définition qu'ils font de ces populations et leur situation. Cette définition ne se limite cependant pas aux perceptions du parcours professionnel et migratoire des PAI. En effet, nous allons voir que le parcours et la situation familiale des PAI constituent également un élément important dans la définition donnée par les professionnels à ces populations.

Outre leurs parcours migratoires et professionnels, les définitions données aux PAI et à leur situation intègrent systématiquement les difficultés perçues chez ces populations dans leurs parcours familiaux depuis leur arrivée en France. Ces difficultés constituent en effet un cadre de référence, fondée sur l'histoire migratoire de ces populations, à partir duquel les professionnels interprètent et définissent aujourd'hui encore les PAI. La singularité de ces parcours familiaux, perçue à travers l'histoire d'hommes venus seuls en France pour travailler sans être rejoints par leur famille restée au pays d'origine, constitue ainsi un élément central

dans la manière dont les professionnels se représentent et définissent ces populations. Les difficultés associées par les professionnels à ces parcours et aux situations familiales actuelles des PAI, comme par exemple leur isolement en France, ou bien les tensions affectant leur identité sociale et leurs rôles de père ou d'époux, sont intégrées comme autant de composantes de la définition donnée à ces populations :

> « À l'origine, le projet, c'était aussi de retourner au pays. C'est le projet de tout le monde. Mais après, ça change. Ça change énormément pour des raisons financières, pour des raisons familiales aussi. Parce que le fait de grandir loin des enfants, ils n'ont pas vu grandir. Un lien paternel n'est pas créé. Du coup, ils traînent. Ils voient leur père très peu. Et pour eux, c'est une source malheureusement de financement. Pas plus que ça » PMS7-H40-GE

> « Moi, certains me disaient qu'en fait, ils ne sont plus de là-bas parce qu'ils n'ont pas vu leurs enfants grandir, ils n'ont pas vécu avec leur femme. Voilà, ils partaient, ils revenaient deux mois d'été, puis ils repartaient travailler. C'était comme ça toute leur vie, voilà. Et que, du coup, ils ne sont pas non plus français, ils ne se sont pas français. Donc, voilà, ils vivent toujours un peu dans cet entre-deux. Alors, pas tous, mais certains, ils sont un peu comme ça, en disant, on n'est plus de là-bas, mais on n'est pas d'ici » PMS3-F33-GE

> « C'est des gens qui ont un sacré parcours de vie aussi, ils ont un gros bagage, parce que voilà ces allers-retours… Des fois ils sont pas forcément les bienvenus chez eux entre guillemets dans leur pays d'origine, en France il y a un problème aussi au niveau du l'intégration, etc., ils trouvent pas forcément leur place non plus, donc c'est vrai que c'est des gens qui sont un petit peu sur un entre deux j'ai envie de dire » PMS1-F34-GE

Ces verbatim illustrent des perceptions partagées par l'ensemble des professionnels rencontrés. Les PAI sont perçues comme évoluant dans un entre-deux social et identitaire à l'équilibre parfois précaire, en raison de l'altération ou de la perte de liens avec leur pays d'origine, et leurs difficultés à vivre dans une France où elles ne se sentent ni pleinement chez elles, ni pleinement acceptées faute d'y trouver leur place. L'équilibre précaire perçu à cet entre-deux se manifeste également par la complexité de leur situation familiale, marquée par les allers-retours entre la France et le pays d'origine, tout particulièrement pour les hommes dont la femme et/ou les enfants vivent dans ce dernier. Au-delà d'illustrer des inégalités de fait face au droit à une vie familiale normale, le fait que beaucoup de PAI n'ont pas vécu sous le même toit que leur épouse et n'ont pas pu voir grandir leurs enfants constitue pour ces professionnels des éléments à part entière de la définition qu'ils font de ces populations. En ce sens, le parcours et la situation familiale sont pour les professionnels des éléments centraux de leur définition des PAI en ce que ces éléments sont interprétés par les difficultés emblématiques qu'ils soulèvent chez ces

populations : l'isolement social d'une vie passée seule en France, l'altération du rôle de père ou d'époux, et la souffrance morale qui en découle. Ces difficultés sont perçues non pas comme des difficultés isolées, mais comme des marqueurs identitaires qui définissent les PAI et les conditions de leur vieillissement en France.

Les perceptions des rôles sociofamiliaux des PAI sont le plus souvent cristallisées sur leur rôle de soutien financier pour leur famille. Dans la littérature, ce rôle est analysé comme un facteur aggravant de la précarité économique des PAI, quand il n'est pas parfois confondu avec les causes de cette précarité. Chez les professionnels, c'est majoritairement à travers ce rôle de soutien financier que la précarité économique de ces populations est exprimée et utilisée dans la définition de leur situation. Toutefois, si à travers la perception du poids financier de ce rôle, les professionnels identifient dans leur discours la précarité économique comme un élément structurant des conditions de vie des PAI, la prise en compte de ce poids financier est parfois occultée lors de l'élaboration des solutions d'accompagnement qui leur sont proposées. Les propos d'une conseillère d'insertion sociale illustrent le décalage pouvant ainsi exister entre les solutions standardisées proposées par les professionnels (souvent limitées et spécifiques à un besoin précis, ici la perte d'autonomie), et la complexité de la situation générale de la personne accompagnée et des différentes contraintes qui sont les siennes :

> « Dès qu'ils ont leur retraite, ils envoient plus de la moitié au pays parce que finalement, au pays, il y a l'épouse, mais il y a aussi des enfants. Les enfants qui n'ont pas trouvé d'emploi parce que bon, l'Algérie, ce n'est pas la même chose que la France en termes de recherche d'emploi, en termes de marché de l'emploi, on va dire plutôt. Donc du coup, ils font vivre peut-être trois-quatre-personnes dans le pays d'origine. Après, ils ont aussi un sacré poids sur les épaules parce qu'on pense à un monsieur qu'on a voulu descendre en studio. Nous, c'est vrai que c'est tellement simple : « Il faut aller en studio. Vous avez des problèmes de mobilité, il faut aller en studio ! » Mais c'est vrai que du coup, il me dit « mais moi, tu sais, je dois envoyer de l'argent. Et au pays, je n'ai pas que madame, j'ai aussi les filles. Les filles, elles ne sont pas encore mariées, donc elles n'ont pas de travail. Elles n'ont pas de travail. » Donc, il y a plusieurs facteurs qui font qu'elles sont encore à la maison. […] Et donc, ça fait une sacrée charge sur leurs épaules. Et au final, c'est une charge qu'ils ont toute leur vie et qu'ils auront jusque... » PMS8-F28-GE

> « Après, c'est des personnes très discrètes. C'est des personnes qui demandent pas grand-chose. Qui ont pas l'habitude de demander. Donc du coup, nous, quand on arrive avec nos gros sabots, « Il faut des aides à domicile ! » Ben non, on n'en veut pas. Parce qu'ils ont toujours eu l'habitude de se débrouiller, en fait » PMS8-F28-GE.

Ces propos soulignent le décalage pouvant exister entre, d'une part, les connaissances qu'ont les professionnels sur le poids et les enjeux du rôle de soutien financier des PAI (soutenir une épouse, des enfants, parfois même plusieurs générations au pays), et d'autre part, leur oubli de prendre en compte ces connaissances dans leurs propositions de réponses adaptées aux besoins de ces PAI et à la réalité de leur situation globale. Ce type d'oublis peut plus largement se produire lors de l'analyse de la situation financière des personnes accompagnées, avec le risque de biaiser leur perception de leur situation financière réelle :

> « Après, moi, j'ai déjà fait des points budgétaires où je constate que les revenus, ça va. Le loyer, il est payé. Mais c'est vrai qu'en fait, on oublie cette part invisible qui est l'argent qui part au pays. Là-bas- ils ont des factures d'électricité, des factures de gaz, des factures d'eau, donc du coup… Mais c'est vrai qu'on ne le voit pas sur un budget, mais c'est une part qui est existante » PMS8-F28-GE.

Autrement dit, si des professionnels disposent de connaissances contextuelles sur les modes de vie, les priorités et les responsabilités familiales des PAI, ces connaissances ne sont pas toujours intégrées dans l'interprétation et la définition de leur situation. Le récit de ce professionnel permet d'aller plus loin dans l'analyse, en montrant comment les relations d'aide ou d'accompagnement peuvent maintenir un décalage entre la définition que les PAI donnent à leur situation et la définition qu'en donnent les professionnels. Ainsi, la relation d'aide ou d'accompagnement ne constitue pas toujours un cadre suffisant pour permettre aux professionnels d'interpréter et de définir les situations des PAI dans toute leur complexité. Or ces limites présentent des risques pour les PAI concernées de se voir proposer des formes d'accompagnements inadaptés ou insuffisants, renforçant leur isolement, leur incompréhension, voire leur exclusion. Le manque de prise en compte des déterminants sociaux de ces populations pose plus largement la question de l'égalité de l'accès à un accompagnement adapté à leurs besoins et à la réalité de leur situation. Or comme nous allons le voir, cette question soulève un paradoxe dans la mesure où la précarité, telle qu'elle est perçue à travers le mode de vie des PAI, constitue elle-même un élément central de la définition que les professionnels donnent de ces populations et de leurs situations.

1.3 Des modes de vie oblatifs pour une génération perçue comme sacrifiée

L'ensemble des professionnels rencontrés mettent en avant la dimension sacrificielle du mode de vie des PAI qu'ils accompagnent. Ce terme fort de « sacrifice » revient systématiquement pour décrire la vie de ces populations, marquée par les économies, les restrictions et les

renoncements dans le but d'envoyer le plus d'argent possible à leur famille restée au pays d'origine. À titre analytique, pour rendre compte du registre sacrificiel à partir duquel les professionnels perçoivent les PAI et leur mode de vie, nous utilisons le concept de « mode de vie oblatif », désignant une tendance perçue comme caractéristique chez ces populations à privilégier les besoins de leurs proches restés au pays, impliquant des arbitrages récurrents, des renoncements matériels quotidiens et une vigilance budgétaire constante afin de maintenir les transferts d'argent à la famille et, lorsque possible, les allers-retours vers le pays d'origine. Cette vigilance budgétaire se traduit notamment par une préoccupation et une attention constante des PAI pour la gestion de leur argent, sollicitant ainsi régulièrement certains professionnels pour vérifier leur compte en banque, leurs prélèvements et traquer la moindre augmentation de leurs dépenses. « Ils demandent j'ai combien, ils viennent tous les mois pour savoir ça *»,* explique notamment PMS1-F34-GE. Les restrictions et les renoncements observés par les professionnels peuvent se traduire de différentes manières et affecter différents aspects de la vie des PAI, comme l'illustrent les extraits ci-dessous :

> « Par exemple, les vêtements. Une fois, j'ai un chibani qui me disait qu'il allait au marché aux puces. Par exemple, il ne s'achète pas de vêtements neufs. Donc, il se prive sur les vêtements. Il va au marché aux puces pour acheter des vêtements d'occasion à moindre coût. Il se prive sur ça. Sur la mutuelle. […] Ils ne prennent pas de mutuelle parce que ça a un coût. C'est trop cher. Du coup, ils se privent sur la santé » PMS8-F28-GE.

> « Le problème, c'est que le chibani a besoin... Il fait vivre sa famille au pays avec sa retraite. Et que donc, un euro, c'est un euro. Et que souvent, quand il y a une participation à payer au niveau de l'aide-ménagère, souvent, ils me disent qu'ils ne veulent pas. Ils ne veulent pas payer, donc ils ne veulent pas d'aide-ménagère » PMS6-F62-GE.

> « Sachant que leur objectif, ça reste qu'ils se privent pour mieux nourrir là-bas. Ils préfèrent ne pas manger. Si tu vois ce qu'ils font à manger, c'est vraiment des trucs tout simples. Ils ont grandi comme ça. Mais pour lui [le chibani], la priorité c'est d'épargner pour la famille. C'était son objectif principal. C'est pour ça qu'il a quitté son pays » PMS7-H40-GE.

Dans ces discours, le mode de vie oblatif des PAI se manifeste, du point de vue des professionnels, par les restrictions alimentaires observées chez ces populations, par leur renoncement aux aides sociales nécessitant un reste à charge (telles les aides à domicile), mais aussi par leur renoncement à une mutuelle dont l'intérêt leur est souvent incompris et dont elles jugent le coût trop onéreux. Les verbatim ci-dessus illustrent par ailleurs la place centrale

donnée par les professionnels au rôle de soutien financier des PAI auprès de leur famille restée au pays d'origine afin d'expliquer les restrictions et les renoncements observés chez ces populations. Or cette lecture « sacrificielle » tend à essentialiser ces restrictions et renoncements en les définissant comme un choix culturel ou identitaire propre aux PAI, lié à leur volonté d'épargner pour leur famille restée au pays. Cette définition tend à invisibiliser les inégalités socio-économiques structurelles vécues par ces populations depuis leur arrivée en France et leurs effets sur les pratiques de renoncement et de restriction au quotidien. Pourtant, ces inégalités ont été soulignées par ces mêmes professionnels lors de leur entretien. Dès lors, la perception des professionnels au sujet des PAI à travers leur mode de vie oblatif ne constitue pas seulement un élément caractéristique de la définition qu'ils donnent à ces populations. Elle traduit également une forme d'intériorisation des inégalités sociales vécues par ces populations, à la fois par elles-mêmes, mais aussi par les professionnels qui ne perçoivent de ces inégalités que la manière dont les PAI tentent de s'y adapter. L'inflation après la pandémie, notamment concernant le prix des billets d'avion, a participé à davantage visibiliser le renoncement de certaines PAI, mais aussi à mettre en lumière la dégradation accrue de leur situation socio-économique :

> « Oui effectivement, c'est un coût supplémentaire [l'inflation du prix des billets d'avion] et ce coût-là, je pense c'est pour ça aussi qu'ils disent « bon bah alors on va pas prendre la mutuelle » par exemple hein, voilà on va peut-être pas prendre la mutuelle on va peut-être pas, on va peut-être plus s'acheter ceci, cela, enfin ça va être peut-être un peu plus réduit, etc. » PMS1-F34-GE.

De manière générale, ces types de renoncement, toujours perçus par les professionnels à travers un prisme sacrificiel, interrogent sur les retentissements plus ou moins importants qu'ils peuvent avoir sur les conditions de vie des PAI, que ce soit en matière de perte d'autonomie, en particulier concernant l'entretien de leur logement, ou en matière de recours aux soins (faute d'un remboursement intégral des soins). Aussi, l'opportunité pour les personnes vivant en chambre individuelle de louer un studio plus grand est souvent perçue avec méfiance et réticence par certaines PAI, notamment en raison de la peur de subir une augmentation du montant de leur loyer. Une peur qui n'est cependant pas cantonnée à l'éventualité d'un déménagement :

> « Et puis le loyer, s'il augmente un petit peu, c'est vrai qu'ils sont tout de suite vigilants.
> « Comment ça se fait que ça a augmenté ? J'ai d'autres choses à payer à côté. Comment

> je vais faire pour payer ? » Non, non, c'est vrai que du coup, ils font quand même attention à leurs finances » PMS8-F28-GE.

Aussi, durant la pandémie Covid-19, certaines PAI ont restreint leur utilisation des masques de protection afin d'en stocker un maximum et les envoyer à leur famille restée au pays d'origine. Une pratique identifiée dans nos analyses précédentes et rappelée par certains professionnels interrogés après la pandémie :

> « Ils ne changeaient pas leurs masques. Ils avaient toujours le même masque malgré le fait qu'on changeait le masque. Après, c'est toujours aussi une question d'économie. Je pense que du coup, on leur donnait des masques, mais ils les économisaient. Je pense qu'il y en a, ils en ont même ramené en Algérie. Du coup, ils avaient le masque, mais il était noir, le masque. […] parce qu'en même temps, c'était un peu une denrée rare à ce moment-là. À la pharmacie, la boîte, c'était au moins 10 ou 15 euros » PMS8-F28-GE.

Ainsi, l'adoption de pratiques économes et privatives ne s'est pas arrêtée avec la crise sanitaire. Au contraire, ces pratiques mettent en lumière un continuum dans le mode de vie oblatif perçu par certains professionnels chez les PAI, de surcroît dans un contexte d'urgence sanitaire momentanément marqué par un manque d'équipement de protection individuel (EPI). Ces pratiques entérinent ainsi la priorisation absolue du soutien familial par certaines PAI, au risque (non négligeable) de mettre en danger leur propre santé. En ce sens, si certaines PAI adoptent un mode de vie oblatif pour soutenir leur famille et payer leurs allers-retours au pays d'origine, les sacrifices qu'elles consentent peuvent parfois dépasser le simple transfert d'argent, comme l'illustre également l'anecdote de cette même conseillère en insertion sociale :

> « Moi, j'ai une petite anecdote. Je parlais tout à l'heure de sacrifice et j'ai un chibani une fois, il m'a dit, « j'ai ma fille qui se marie, qui va se marier. » Et du coup, je lui ai dit, « ah ben, super, vous allez prendre l'avion, partir. » Et il m'a dit, « non, l'argent que je mettrai dans le billet, eh ben, je vais l'envoyer. » Donc, ça, c'est vraiment l'illustration du sacrifice, en fait. Je me prive, je me prive d'une belle fête pour, du coup, envoyer l'argent que j'utiliserai dans le billet pour faire l'aller-retour. Ça, cet exemple, je le donne à chaque fois. Mais du coup, c'est une vie de privations. Tu te prives de bons moments. Parce qu'ici, tu ne passes pas de bons moments parce que tu es un peu seul » PMS8-F28-GE.

En effet, dans cet exemple, le sacrifice ne se limite pas à l'envoi d'argent, mais s'accompagne de multiples renoncements. D'abord en amont, avec les renoncements consentis pour parvenir à économiser la somme d'argent. Ensuite en aval, avec le renoncement de participer à un évènement familial symbolique fort, qui pourrait justement s'analyser comme le sens à tous les sacrifices jusqu'ici consentit. Cet exemple, à la fois paroxystique et symptomatique du mode

de vie oblatif perçue par les professionnels à propos des PAI, met en lumière la dialectique entre deux logiques sous-jacentes : le don de soi (générosité, envoi d'argent) et le renoncement à soi (privation, repli sur soi, oubli de soi). En ce sens, le sacrifice perçu ne se limite pas à des efforts financiers ; il devient un mode de vie intériorisé où la satisfaction des besoins personnels est maintenue au second plan de leur priorité. Plusieurs professionnels observent ainsi chez certaines PAI des formes de renoncement à soi, se traduisant par des difficultés à prendre soin d'elles-mêmes, à s'accorder des plaisirs, voire dans certains cas, par un manque de goût pour la vie.

> « Mais ils ne se gâtent pas trop. Ils se restreignent au strict minimum. […] ils ne s'autorisent pas à s'acheter des habits. Je les vois presque avec les mêmes habits toute l'année. Ils se privent. […] Ils n'ont pas de moyen de divertissement. Ils sortent pas. C'est leur rythme de vie. Ils sont restés comme ça dès le début » PMS7-H40-GE.

> « C'est vrai qu'ils s'octroient pas forcément de plaisir ni quoi que ce soit. Moi, je le vois, c'est vraiment... Ils vont faire leurs courses parce qu'ils ont besoin de faire leurs courses. Mais après, ça s'arrête là » PMS9-F30-GE.

> « Moi, je suis toujours à leur répéter, mais à un moment donné, il faut prendre soin de vous. En fait, c'est ça. Leur redonner leur place. Ils ont le droit de se faire un petit plaisir. Ils ont le droit de... Mais ça, non. Ils s'interdisent tout, en fait. […] Franchement, c'est vrai. Ils se privent et puis ils s'interdisent de se faire du bien, entre guillemets, de passer... En plus, c'est surtout sur des petits temps, des petites choses. Des fois, ça ne demande pas beaucoup d'argent. Ils se privent tout le temps » PMS8-F28-GE.

Ce renoncement systématique est d'autant plus frappant qu'il ne repose pas uniquement sur des contraintes financières, mais aussi sur une forme d'autocensure intériorisée. Plusieurs professionnels mettent en avant l'idée que les PAI, et tout particulièrement les chibanis, appartiennent à une « génération sacrifiée » qui a consacré sa vie entière à travailler dur, à subvenir aux besoins de sa famille et à se conformer à un modèle de réussite basé sur l'effort et le renoncement. Le sacrifice devient un élément ontologique de leur identité sociale, comme l'illustrent notamment le propos de cette directrice de résidence :

> « Moi, je les appelle la génération sacrifiée. Parce que financièrement, toute leur vie, ça a été ça. Envoyer de l'argent, envoyer de l'argent... Et une fois retraité, elles se disent, je vais profiter de la famille. Mais une fois qu'elles retournent au pays pour profiter de la famille et enfin de la retraite, elles ont perdu leur place de patriarche, de père de famille. Cette place-là, elle a été donnée soit à l'oncle qui gérait l'argent, soit au garçon qui est devenu homme de famille. Et pour éviter les conflits, elles reviennent. Mais elles continuent à envoyer l'argent. Mais elles restent là parce qu'elles se disent être tranquilles » PMS5-F51-GE.

Cette perception suscite des formes d'empathie, de sympathie, de respect, voire d'admiration de la part de certains professionnels, qui désignent à ce titre les PAI, plus précisément les chibanis, comme des personnes « honorables », « extraordinaires », envers lesquelles elles « tirent leur chapeau bas ». Ces perceptions sont renforcées par l'idée que ces sacrifices ne sont pas toujours reconnus ni valorisés, tant par la société française que par les familles elles-mêmes.

2. Des perceptions différenciées entre « jeunes » et « vieux » PAI

Les professionnels ont mis en avant l'existence de plusieurs catégories de PAI, dont principalement deux : les « jeunes » et les « vieilles » PAI. Ces catégories ont été décrites selon plusieurs critères qui aident à mieux comprendre les différentes perceptions qu'ont les professionnels de ces populations, tant concernant leur identité sociale, leurs attitudes et leurs comportements, que concernant leurs difficultés, leurs besoins et leurs ressources actuels. Par ailleurs, cette distinction entre « vieilles » et « jeunes » PAI donne à analyser les effets concrets de ces perceptions sur la manière dont les professionnels pensent et mettent en place leur accompagnement auprès de ces catégories.

2.1 Critères de catégorisation liés à l'appartenance générationnelle

Le premier critère distinctif entre jeunes et vieilles PAI est générationnel. Les vielles PAI sont souvent perçues comme étant des hommes arrivés seuls en France entre les années 1950 et 1970, dans un contexte d'immigration de travail temporaire. L'appartenance à cette génération d'immigrées implique des parcours de vie particuliers, spécifique à ce contexte migratoire historique :

> « Pour nous, le chibani, c'est vraiment le monsieur qui est venu à l'époque des Trente Glorieuses. Parce qu'il y avait de l'activité et ils sont retraités. Après, oui, il y a les autres personnes un peu plus jeunes qui, oui, oui… Mais ce ne sont pas des chibanis, du coup. C'est aussi un public vieillissant immigré, mais... Non, ce n'est pas comparable. Ce n'est pas la même histoire de vie. Ce n'est pas... […] Ils n'ont jamais dû laisser leur famille au pays pour venir travailler ici, se mettre dans des conditions qu'ils ne connaissaient pas forcément. Non, pour moi, ce n'est pas des chibanis, quoi » PMS8-F28-GE.

Notons que les vieilles PAI, les chibanis, sont perçues par certaines professionnelles comme étant de plus en plus rares dans leur résidence, du fait de l'avancée en âge et des décès progressifs de ces populations, en particulier depuis la pandémie. « On va dire, que les anciens

ont plutôt tendance à disparaître » résume PMS2-F52-GE, une responsable de résidence. La catégorie des « jeunes PAI » (moins de 70), aussi appelée la « nouvelle génération de chibanis », renvoie quant à elles à des personnes nées en France, ou ayant immigré plus tardivement. Comme l'explique une médiatrice en insertion sociale**,** « même s'ils ont des origines étrangères, ils sont français, au final. […] Et puis, ils n'ont pas vécu le quart de ce que les chibanis ont vécu » (PMS9-F30-GE). Une responsable de résidence renchérit sur cette distinction en indiquant que « souvent, en fait, ils ont la famille aussi qui est en France ces gens-là [les jeunes chibanis]. Alors que les vrais anciens n'ont pas leur famille sur place » (PMS2-F52-GE). Ces extraits montrent que l'utilisation d'un critère générationnel par les professionnels pour distinguer les jeunes et les anciennes PAI repose plus spécifiquement sur les parcours et les situations associées à l'âge biologique des populations de ces catégories. Les connaissances historiques des professionnels sur l'histoire migratoire de ces populations constituent un cadre d'interprétation pour définir et distinguer ces deux catégories de PAI. En ce sens, cette catégorisation ne reflète pas seulement une différence d'âge, mais renvoie à une construction sociale fondée sur les connaissances de l'histoire migratoire des PAI, et des expériences des professionnels auprès de ces populations. Les « vieilles PAI » sont ainsi associées à une histoire collective de privations, de solitude et de sacrifice, tandis que les « jeunes PAI » sont perçues comme davantage intégrées, ayant grandi ou vieilli en France et bénéficiant du soutien de leur famille sur place.

2.2 Critères de catégorisation liés à la perception de comportements et d'attitudes stéréotypés

Au-delà d'un critère générationnel, la catégorisation entre jeunes et vieilles PAI par les professionnels se construit par la perception de comportements et d'attitudes stéréotypés associés à ces catégories. Les vieilles PAI sont souvent perçues comme incarnant des valeurs de discrétion, de travail et de respect des normes, cristallisées par la figure archétypale du chibani. Elles sont également perçues comme étant « moins informées de leurs droits », « peu revendicatives », largement sujettes à l'illectronisme, analphabètes, souvent isolées, très reconnaissantes, solidaires entre elles, honnêtes, polies, travailleuses, mais aussi vieillissantes et souvent en perte d'autonomie, ainsi que peu demandeuses d'aides. Aussi, c'est précisément cette catégorie de PAI chez qui les professionnels observent un mode de vie oblatif à travers les sacrifices financiers qu'elles consentent pour aider leur famille restée au pays d'origine.

Les jeunes PAI sont le plus souvent perçues comme étant plus informées de leurs droits, moins en difficulté avec la dématérialisation et l'utilisation de smartphone et plus demandeuses de droits et d'aides sociales que les vieux PAI. Ainsi, une travailleuse sociale observe également chez ces catégories des rapports différents aux administrations, aux normes administratives et surtout aux risques de sanction.

> « Alors, les plus jeunes, en tout cas, quand je dis les plus jeunes, c'est 62, 63 ans, 65 ans. Ils comprennent plus facilement. Déjà, ils maîtrisent mieux la langue. […] Ensuite, c'est des personnes qui se sont mises plus facilement aussi à tout ce qui va être dématérialisation, au niveau des téléphones en tout cas, et qui vont mieux comprendre, en tout cas, ce que je vais leur dire. Parce qu'ils comprennent mieux la sanction qu'il peut y avoir derrière. Ils réalisent mieux qu'il peut y avoir sanction. Donc, les plus âgés, ils ne réalisent pas qu'il peut y avoir sanction. J'ai beau leur dire attention, s'il y a un contrôle, vous devez donner l'intégralité de votre passeport, ils vérifient les tampons d'entrée et de sortie du pays. Si vous n'êtes pas dans les clous, il y a sanction. Les plus jeunes, en tout cas, prennent conscience qu'il peut y avoir une sanction et que c'est une sanction qui va coûter très, très cher. Les plus âgés sont plus déconnectés de ces risques » PMS6-F62-GE.

Les jeunes PAI sont donc souvent perçues comme plus à même d'interagir avec les administrations, *a contrario* des vieilles PAI qui sont perçues comme symboliquement et matériellement plus déconnectées, et donc moins autonomes et plus exposées à des risques de sanction. Si la maîtrise des outils numériques et la compréhension des mécanismes de sanctions des plus jeunes leur permettent d'adopter des stratégies plus efficaces pour accéder aux droits, ces ressources sont parfois interprétées négativement par certains professionnels, qui perçoivent chez certains une attitude opportuniste, voire revancharde, cherchant à « profiter du système » pour compenser les injustices sociales subies par les générations précédentes. Pour une responsable de résidence, cette perception amorce ainsi une transformation des attitudes, avec le passage d'un mode de vie oblatif et discret pour la catégorie des vieilles PAI, à une posture plus revendicative, voire revancharde, pour la catégorie des plus jeunes :

> « Aujourd'hui je trouve que la génération chibani qui va arriver va être plus au courant de leurs droits, et c'est tant mieux. Mais après en fait, ils estiment que, euh… En tout cas pour ce que j'en ressens, ils estiment que puisqu'on a berné leurs ancêtres, en fait à eux de berner la France. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre. Profiter au mieux du système et même s'ils n'ont pas droit à ça, en fait ils vont faire la demande quand même parce qu'on ne sait jamais où on peut se trouver » PMS2-F52-GE.

Les jeunes PAI peuvent être également perçues comme trop exigeantes envers les professionnels pour faire valoir leurs droits, bien que cette attitude ait été également mise avant

pour des PAI anciens. Les jeunes PAI peuvent également être perçues comme moins solidaires que leurs aînées, « moins volontaire à aider », « moins concernées » comme l'explique un infirmier, mais aussi moins polies dans leur manière de s'exprimer :

> « Les jeunes Chibanis, au niveau du vocabulaire, ils sont complètement différents. Ils disent plus de gros mots eux. « On s'en fout » ou « il va se faire enculer » (rire). Donc voilà, les anciens chibanis, non. » PMS7-H40-GE.

Mises bout à bout, ces perceptions dessinent une vision plus dépréciative des jeunes PAI, en opposition à des représentations plus positives des « anciens ». Ce regard normatif, basé sur des critères implicites de « bonne attitude », peut parfois influencer les professionnels dans leur relation avec ces publics et dans la manière de les accompagner. Plusieurs verbatim d'une responsable de résidence sont particulièrement éclairants sur la manière dont peut se matérialiser cette influence :

> « Moi, je trouve que c'est vraiment... C'est flagrant [leur différence d'attitude]. Il n'y a pas de... Tu sais le… Tout leur est dû, un peu. Tu vois, les anciens, quand ils arrivent, en fait, tu vois, ils s'excusent. Déjà, pour commencer. Enfin, les vrais anciens. Et puis, ils ont cette façon d'être aussi qui est... Ils sont vachement philosophes. Ils sont bien plus philosophes qu'eux... […] Et les autres [les « jeunes chibanis], tu vois, ce comportement, en fait, de tout m'est dû, machin, me gêne plus. Mais après, ça me gêne... Ça me gêne pas forcément parce que... Ça me gêne en règle générale. Ce comportement, en fait, m'exaspère. Mais après, c'est l'éducation aussi qui... [rire] » PMS2-F52-GE.

> « Et donc, du coup, oui, tu ressens, en fait, quelqu'un qui vient te demander une aide qui est... Parce qu'ils sont empêchés par la maîtrise de l'internet, par la maîtrise de la langue, et qui est légitime. Et l'autre, en fait, qui vient t'emmerder en fait pour un chèque énergique qu'il a déjà perçu, tu le sens, tu vois. Si je peux re-grappiller 200 balles, en fait, je n'hésiterais pas. Tu vois, parce que... « Alors, oui, tu as le droit, mais en même temps, non, parce qu'il y a un moment, arrête-toi de demander tout et n'importe quoi. En tout cas, va voir l'AS [assistante sociale] de secteur et puis elle va t'expliquer, quoi » » PMS2-F52-GE.

> « Alors, j'ai un monsieur qui a 58 ans […] Et en fait, ce monsieur-là, alors il était... Il est arrivé en France il y a une trentaine d'années, je pense. Il a travaillé un peu, il a été RMI, puis au RSA, puis il a retravaillé, puis... Enfin, c'est toujours... Il a un parcours hyper, hyper compliqué. Alors, aujourd'hui, en fait, il veut absolument une reconnaissance de travailleurs handicapés. Alors, il dit, je me suis fait mal au dos, etc. C'est certainement vrai. Sauf que cette reconnaissance-là, en fait, elle lui a été retoquée deux fois. Donc, on lui a dit non deux fois. Et la troisième, en fait, il est bien informé de comment il faut faire pour... Pour j'ai envie de dire pour insister, en tout cas pour... Et au final, en fait, il l'a obtenu. Il a obtenu sa reconnaissance de travailleurs handicapés. Et on sent qu'il veut... Donc ça, c'était la première chose. Ensuite, c'est quelqu'un qui demande sans cesse des aides financières, qui demande sans cesse des trucs. Et il est bien informé de ce qu'il faut faire pour les avoir. Il fait tout dans ce sens-là. […] Donc,

> en fait, il veut, lui, absolument son AAH et puis pouvoir aller en profiter au pays et partir deux-trois mois et ne peut avoir de compte à rendre. Il estime, et vraiment en discutant avec lui, en fait, il est... Alors, il ne va pas me dire comme ça, il va être un peu plus filou. Mais en fait, voilà. Moi, à chaque fois que je le vois, en fait, je lui dis : « mais monsieur X, vous ne pouvez pas faire que comme ça. » Enfin, je fais le geste de... Vous ne voyez pas, mais je fais le geste de prendre de l'argent comme ça. Et vous ne pouvez pas faire que ça. En fait, à un moment, ce n'est pas possible. On ne peut pas... Et lui, pour lui, c'est normal » PMS2-F52-GE.

Ces exemples montrent comment les jugements de valeur implicites de certains professionnels peuvent influer sur leur manière de considérer et d'évaluer la légitimité ou non des besoins pour lesquels ils sont sollicités par les PAI, mais aussi sur la manière de répondre (ou pas) à ces besoins. Ces extraits témoignent plus largement d'une hiérarchisation des PAI accompagnées par certains professionnels, à travers un modèle implicite distinguant le « bon usager » ou le « bon public » des autres. Les bons usagers sont ainsi perçus comme des personnes discrètes, reconnaissantes et surtout dociles. Des attitudes et comportements souvent associés aux anciens PAI, en opposition aux jeunes PAI, en particulier par les responsables de résidence :

> « Alors on a de nouveaux chibanis, mais c'est peut-être avec… Comment je pourrais dire ? […] Les nouveaux sont moins dociles que les anciens » PMS2-F52-GE.

> « On les réprimande des fois, quand on est parfois dur aussi, qu'au niveau des papiers ou au niveau, quand ils sont exigeants […] Mais malgré tout, ils comprennent. Ils ne sont pas... Ce n'est pas parce qu'on leur dit non que c'est bon. Ils connaissent les limites. Non, c'est un bon public hein » PMS5-F51-GE.

La perception d'un « bon public » tend à influer la posture de certains professionnels, qui se montrent alors plus facilement compréhensifs, disponibles, empathiques et bienveillants. À l'inverse, les comportements et attitudes négatives associées aux « jeunes » PAI peuvent participer à leur catégorisation implicite sous l'étiquette de « mauvais public » ou « mauvais usager », un stigmate supplémentaire les exposant à un risque plus important d'être confrontées à une résistance des professionnels dans leur accompagnement, voire d'être stigmatisées. Ces éléments, au-delà de montrer l'hétérogénéité des perceptions et des définitions données par les professionnels aux PAI, soulèvent également les enjeux de l'accès de ces populations à un accompagnement non discriminant et adapté à la réalité de leurs besoins. Et ce encore plus dans un contexte postpandémique où nous allons voir que les inégalités sociales vécues par ces populations ont renforcé leur besoin d'être accompagnées.

Chapitre 10 : Les perceptions des professionnels à propos des difficultés des PAI en contexte postpandémique

Ce chapitre consiste à décrire et analyser les inégalités persistantes, exacerbées ou nouvelles des PAI dans le contexte postpandémique. Il revient sur les inégalités perçues par les professionnels chez ces populations, tant concernant les répercussions du maintien et de la généralisation de la dématérialisation depuis la fin de la pandémie, que le renforcement des atteintes à leurs droits et à l'accès aux soins. L'isolement social persistant que vivent certaines PAI est quant à lui renforcé par des inégalités de logements multiples et contribue plus largement à éclairer les enjeux et les inégalités des PAI en matière de santé et d'autonomie.

1. Une accentuation de la dématérialisation des services administratifs et médicaux

Initialement destinées à endiguer la circulation du virus, la fermeture des guichets administratifs et la dématérialisation ont également produit des effets disproportionnés sur la situation de certaines PAI, notamment pour le maintien de leurs droits (Carte de séjour, ASPA, APL). Cela étant, l'ensemble des professionnels rencontrés observent aujourd'hui encore un maintien de ces formes d'organisation, tant à travers une généralisation accrue de la dématérialisation (notamment pour les démarches administratives), qu'à travers les obstacles entravant l'accès des guichets d'accueil dans les administrations (CAF, CPAM), mais aussi les guichets de certains établissements de services (banque) et de santé (cabinets médicaux, hôpitaux).

1.1 Les inégalités persistantes face à la dématérialisation

Le maintien et la généralisation de la dématérialisation après la pandémie constituent aux yeux des professionnels un changement social important dans le rapport des PAI aux administrations. Ce changement est perçu comme une « rupture » (PSM1-F34-GE) sur fond numérique dans leur accès aux droits et s'explique à travers de deux principales raisons. La première est l'illectronisme généralisé des PAI, qui par ailleurs ne disposent pour la plupart ni des outils numériques adéquats (smartphone, ordinateur) ni des connaissances sur les démarches en ligne à suivre (création d'adresse mail, de comptes usager, etc.) pour s'adapter à cette nouvelle organisation. À ces difficultés viennent s'ajouter celles auxquelles les PAI se heurtaient déjà

avant la pandémie dans leur rapport aux administrations, comme leur manque de connaissance du système administratif, de leurs droits, mais aussi les barrières linguistiques auxquelles elles sont largement sujettes, en particulier pour lire et écrire le français, faute de dispositif d'interprétariat ou de traduction. Le cumul de ces difficultés peut ici s'analyser comme un renforcement des inégalités qui les causent, lié à l'absence de prise en compte des déterminants sociaux de ces populations dans leur accès aux droits et services. La deuxième raison de cette rupture numérique perçue par les professionnels, tient au manque de prise en compte des administrations quant aux difficultés éprouvées par les PAI, ainsi que le manque, voire l'absence d'alternative existante. Notons que lorsqu'elles existent, ces alternatives ne sont pas toujours saisies par les PAI, comme le souligne l'exemple donné par cette conseillère en insertion sociale à propos de l'ANEF et de France Service.

> « Alors aujourd'hui ça a un peu changé avec l'ANEF, maintenant tout est dématérialisé sur le site de l'ANEF, l'ANEF c'est l'administration des étrangers en France […], c'est cette big plateforme qui maintenant sert de guichet unique pour les demandes de naturalisation, les demandes de titres de séjour, les demandes de titre de voyages, etc. pour les personnes étrangères. Donc les papys doivent passer par là pour faire leur titre de séjour, voilà super adapté. Alors il y a, parce que je ne vais pas dénigrer, il y a des points numériques, mais ils ne s'en saisissent pas. […] Les points d'accueil numériques c'est en fait des services où il y a des personnes qui peuvent accompagner sur les démarches en ligne, ça existe à la préfecture c'est le point IMERAUD, voilà, en tout cas en Moselle. Il y a France Service, les antennes France Service, où ils aident pour les CPAM, etc., mais il faut prendre rendez-vous et il faut déjà savoir que ça existe, il faut se déplacer, prendre rendez-vous, il faut avoir les bons papiers au bon moment, parce que voilà sinon vous... » PMS1-F34-GE.

Depuis la pandémie, les professionnels observent aussi un maintien et une extension de la dématérialisation à travers l'usage qu'en font certains établissements médico-sociaux, tels les cabinets de médecin généraliste, certains établissements de service comme les banques, ou encore certaines permanences dans le secteur du travail social. Cette généralisation de la dématérialisation est notamment perçue au travers de la réorganisation du système de santé, avec le développement progressif de téléconsultations médicales depuis la pandémie, ainsi que plus largement à travers l'essor d'un modèle de e-santé jugé particulièrement excluant pour les PAI. Ce constat est particulièrement présent chez les deux médiatrices en gérontologie rencontrées, dont l'une perçoit en cette évolution un risque à la fois actuel et futur pour l'accès des PAI au système de santé :

> « Parce que le système de santé, il évolue aussi. Maintenant aussi, il y a la e-santé. Et puis, on s'inspire du modèle un peu américain aussi, où il y a beaucoup la notion aussi

> de responsabilisation. Et du coup, ce public-là, comme on disait tout à l'heure, il est éloigné de ce système de solidarité. Donc... On ne le prend pas en compte. Et plus on avance, plus on les prendra pas en compte. Et c'est une volonté un peu politique. C'est une volonté politique, oui » PMS4-F35-GE.

Cet extrait révèle ainsi une critique de l'évolution du modèle de santé depuis la pandémie, notamment à travers la généralisation croissante de la dématérialisation, symbolisée par l'essor de la e-santé. En effet, selon PMS4-F35-GE, la e-santé s'accompagne d'une responsabilisation individuelle dans la gestion de sa santé, impliquant des prérequis en matière d'autonomie (tant physique que cognitive) et de littératie numérique (voire de littératie médicale et administrative) pour comprendre et intérioriser le sens et les pratiques émergeantes de ce modèle. Or, au regard de la perte d'autonomie croissante de certaines PAI, de leur faible littératie numérique, de leur méfiance envers le numérique[112], mais aussi au regard de leurs barrières linguistiques, cette évolution constitue un renforcement des mécanismes d'exclusion dont sont sujettes un grand nombre de PAI. La dématérialisation de la santé est perçue non pas comme un vecteur d'inclusion telle qu'elle en a vocation, mais plutôt comme un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins. Cette situation, que PMS4-F35-GE et PMS3-F33-GE expliquent par un manque de volonté politique de prendre en compte les difficultés des PAI, s'inscrit non seulement dans un renforcement progressif de l'exclusion numérique de ces populations, mais également dans le continuum de leur exclusion symbolique de la société française et des systèmes de protection qui la composent.

1.2 Des inégalités persistantes pour accéder aux guichets

La fermeture de certains points d'accueil et guichets, mais aussi les obstacles à l'accès direct à certains établissements, constitue des difficultés connexes à la dématérialisation qui sont unanimement reconnues par les professionnels. Ces obstacles reposent le plus souvent sur la nécessité de prendre préalablement rendez-vous (soit par téléphone, soit en ligne) pour rencontrer un professionnel ou réaliser des démarches. Or même par téléphone, ces prises de rendez-vous sont souvent difficiles pour certaines PAI. En effet, ces appels constituent des formes d'interactions physiquement désincarnées, ne reposant ainsi plus que sur un seul sens,

[112] Une méfiance pouvant aller jusqu'à développer un sentiment d'insécurité numérique, notamment à travers la peur de certaines PAI de se faire arnaquer en ligne, ou leur crainte que soit commises des erreurs administratives.

l'ouïe, avec pour conséquence d'entraver certaines PAI dans l'expression de leur situation, notamment en les empêchant de s'exprimer à l'aide de gestes, des mimiques ou d'autres signes non verbaux, comme elles pouvaient avoir l'habitude de le faire lors d'interactions en présentiel avant la pandémie :

> « En plus, eux, je veux dire, même au téléphone, quand eux parlent au téléphone, même s'ils parlent français, moi, j'ai des fois des gens de l'administration qui me disent « je ne comprends pas ce qu'ils disent ». Oui, forcément, parce qu'ils parlent français, mais quand on n'a pas l'habitude de les entendre, on peut se dire « je ne comprends rien de ce qu'ils me disent ». Donc, du coup, je retraduis ce qu'ils ont fait, enfin je dis traduire, mais je ne traduis pas puisqu'ils parlent français. Mais c'est toujours cette difficulté. Quand on est face à quelqu'un, on arrive à mieux s'exprimer, on arrive, je veux dire, même physiquement, on présente des mimiques qui font que l'autre comprend. Derrière un ordinateur... » PMS6-F62-GE.

Comme le montre ce verbatim, cette réduction du cadre commun de significations partagées a aussi pour effet de limiter la compréhension des professionnels contactés, voire d'altérer leur accompagnement, faute d'avoir des informations suffisantes pour analyser la situation communiquée par les PAI. Aussi, le fait que les sens engagés dans ces interactions par téléphone soient limités à l'ouïe apparaît d'autant plus préoccupant au regard des problèmes de surdité croissants observés par plusieurs professionnels chez les PAI, rendant ainsi plus inadapté encore ce type d'interactions, tant pour les PAI que pour les professionnels. Plus largement, ces difficultés témoignent d'un renforcement des mécanismes d'exclusion vécue par certaines PAI en termes d'accès aux droits et d'isolement social. Cette exclusion est d'autant plus marquée pour certaines PAI n'ayant pas de téléphone. Pour d'autres PAI, ces interactions téléphoniques peuvent aussi être sources d'un sentiment d'insécurité, en particulier dans un contexte où le démarchage téléphonique abusif, l'hameçonnage et les arnaques aux numéros surtaxés sont particulièrement répandus :

> « La CPAM, c'est idiot, mais alors oui c'est ouvert par contre maintenant ils vous donnent une petite carte en disant « voilà il faut appeler ce numéro-là ou on vous rappelle » et tout se passe par téléphone, donc pareil ça, c'est hyper compliqué quoi, alors entre le gars qui n'a pas son téléphone, qui ne connaît pas son numéro, qui a peur de décrocher quand il voit un numéro qu'il ne connaît pas, on lui dit c'est la CPAM il n'y croit pas parce qu'il a vu les arnaques, etc., on est sur des choses des fois un peu lunaires… » PMS1-F34-GE.

Les difficultés à identifier un interlocuteur auprès de qui trouver de l'information faute de guichet ouvert où se renseigner, mais aussi la réduction des horaires d'ouverture des administrations, ou encore l'utilisation de standard téléphonique pour filtrer les appels, sont

également perçues par les professionnels comme autant d'entraves à l'accès des PAI aux administrations :

> « Ce que je trouve en fait un peu compliqué, c'est que nous en tant que professionnel il faut déjà qu'on aille un peu au charbon chercher les infos, ce qui est notre job donc c'est tout à fait normal, mais je me dis une personne lambda qui voudrait mettre en place des choses elle va toquer chez qui en fait ? Enfin on se retrouve un petit peu sur la même chose qu'on disait avant, c'est que tous les guichets qui étaient quand même ouverts se sont fermés quoi, ou en tout cas sont accessibles, mais sous certaines conditions, qui se sont quand même vachement resserrées, il faut appeler enfin voilà entre 9h30 et 10h30, etc., expliquer la situation, ''c'est pas moi madame, c'est l'autre'', enfin voilà. Donc les guichets aujourd'hui sont encore fermés, ouais. Les CARSAT par exemple, les caisses de retraite, avant à la CARSAT c'était voilà, on pouvait y aller sans rendez-vous, ils vous recevaient s'il y avait besoin, ils vous donnaient un rendez-vous. Maintenant pour prendre le rendez-vous, il faut téléphoner, donc il faut téléphoner, il faut donner son numéro de sécurité sociale, taper son code département, expliquer pourquoi vous voulez un rendez-vous… Vous voyez, par exemple c'est ça » PMS1-F34-GE.

Les professionnels rapportent également un manque de compréhension et d'adaptation des administrations, des établissements médico-sociaux, des banques et de leurs personnels face aux difficultés des PAI en matière de dématérialisation. Devant cette exclusion, une conseillère en insertion sociale explique s'engager parfois dans une forme de « résistance » à la dématérialisation, bien que la stratégie qu'elle emploie reste limitée et difficilement applicable pour l'ensemble des PAI qu'elle accompagne. Concrètement, cette résistance consiste à rematérialiser les démarches autant que possible afin non seulement de visibiliser le poids de la dématérialisation sur sa pratique, mais aussi l'exclusion qu'elle engendre pour les PAI. À partir de ce cadre, cette professionnelle négocie avec les agents pour obtenir des alternatives non dématérialisées, tel que l'envoi de documents par courrier plutôt que par courriel, tout en réintroduisant un interlocuteur humain dans le traitement des demandes via des appels directs :

> « Après, moi, je résiste encore. Des fois, la CARSAT, par exemple, une attestation de paiement... Parce que les retraités, ils reçoivent pas finalement de justificatif de paiement. Donc j'appelle la CARSAT pour avoir un papier. Donc que monsieur reçoive un papier, l'attestation de paiement. Et eux, la première chose qu'ils font, c'est... Mais vous savez, vous pouvez créer un compte pour du coup recevoir l'attestation en direct. Donc tu vois, tu dis ''Ah oui, en direct''. Mais en fait, non, non, je peux pas créer de compte. Donc je résiste encore en disant ''Non, je peux pas créer de compte pour tout le monde.'' Bon, bah d'accord, exceptionnellement, on l'envoie par papier. Donc voilà. Et la première réponse qu'ils ont, c'est ''mais vous savez qu'il y a un compte qui existe ?'' Enfin il faut créer un compte, quoi. Mais il faut créer une adresse mail. Et c'est compliqué » PMS8-F28-GE.

Cette logique de résistance, également observées chez d'autres professionnels, peut s'analyser comme une forme de compensation face à une situation perçue comme socialement injuste pour

les PAI en situation d'exclusion numérique. Ces stratégies de résistance apparaissent pour certains professionnels d'autant plus nécessaires au regard des conséquences perçues chez les PAI quant au maintien et à la généralisation de la dématérialisation, tant en termes d'accès aux droits que d'accès aux soins.

1.3 Les conséquences de la dématérialisation sur les PAI

Depuis la pandémie, les professionnels perçoivent plusieurs conséquences de la dématérialisation sur la situation des PAI. La première est un déclin de l'autonomie de certaines PAI qui ne parviennent plus à assurer seules leurs démarches administratives comme elles le faisaient avant la pandémie. Cette perte d'autonomie a pour corollaire de générer une dépendance accrue des PAI concernées envers les professionnels qui les accompagnent dans leurs démarches :

> « Tout est plus compliqué. Tout est plus compliqué. Donc du coup, ils viennent te voir des fois pour rien. […] Est-ce que tu peux appeler pour me prendre un rendez-vous ? Combien on a de chibanis qui viennent à l'accueil pour juste prendre un rendez-vous ? Ou alors ils nous donnent la carte du médecin avec le site internet. Est-ce que tu peux me prendre rendez-vous sur le site internet ? Alors qu'avant, ils y allaient, ils prenaient rendez-vous » PMS8-F28-GE.

Ce constat est d'autant plus fort pour certains professionnels, dans la mesure où il constitue pour eux une dissonance avec leur mission d'autonomiser les PAI qu'ils accompagnent. « On améliore les situations, donc ça c'est un vrai plus, par contre on les améliore tout seul quoi » regrette PMS1-F34-GE pour qui ces pratiques de « faire à la place » plutôt que de « faire avec » ont pour revers le renforcement de la dépendance des PAI envers les professionnels. Aussi, plusieurs professionnels observent que la qualité de l'accompagnement médico-social des PAI peut varier d'un professionnel à un autre. En effet, certains professionnels sont perçus comme plus investis que d'autres, plus accessibles et à l'écoute, mieux formés ou expérimentés, ou encore moins contraints par leur environnement de travail. « Et donc, sur le terrain, les professionnels, ils font du bricolage. Et donc après, ça dépend, en fait, du professionnel un peu... » explique par exemple PMS4-F35-GE.

Cette diversité de profils de professionnels souligne une contingence problématique dans l'accompagnement des PAI à travers deux enjeux : celui de trouver un professionnel disponible dans un contexte où la dématérialisation a accentué leur charge de travail, et celui de trouver un professionnel en capacité réelle de répondre adéquatement au besoin pour lequel il est sollicité. Cette dépendance accrue des PAI envers les professionnels, ainsi que la contingence qui pèse sur leur accompagnement, révèlent plus largement un renforcement des inégalités avec le reste de la population, mais aussi entre PAI elles-mêmes. Ce dernier point se schématise par une situation avec d'un côté des PAI parvenant à être adéquatement accompagnées dans leurs besoins par les professionnels sollicités, et de l'autre, les PAI ne bénéficiant pas d'un accompagnement adéquat, soit à défaut de professionnels vers qui se tourner, soit en raison de l'insuffisance ou du caractère inadapté de l'accompagnement proposé. Outre les enjeux d'accompagnement, l'incertitude générée par cette forme d'inégalité peut également renforcer le stress et l'anxiété de certaines PAI, qui doivent non seulement affronter des obstacles techniques, mais doivent aussi faire face aux limites de l'accompagnement de certains professionnels pour les aider.

La dépendance aux professionnels présente également des conséquences quant à l'accès aux soins, en particulier pour celles ne parvenant pas à prendre seules leurs rendez-vous médicaux en ligne. « Une personne veut prendre rendez-vous chez le médecin. Elle vient à l'accueil. Il y a personne. Bah elle prend pas rendez-vous » explique ainsi PMS8-F28-GE. À ce propos, le recours aux professionnels pour prendre leurs rendez-vous médicaux est une pratique pouvant se révéler chronophage pour certaines PAI, voire même inadaptée au respect de la confidentialité de leurs informations médicales, comme l'explique toujours PMS8-F28-GE :

> « Il y a des médecins où du coup, ça se prend en ligne, le rendez-vous. Donc du coup, ils viennent à l'accueil. Donc notre agent d'accueil, elle prend des fois rendez-vous pour nos résidents auprès des médecins. Ou moi, ils vont faire la queue pendant une heure parce que du coup, moi, je fonctionne en permanence. Les gens viennent et attendent leur tour. Donc j'ai des fois des personnes âgées qui vont attendre pendant une heure pour au final venir dans mon bureau et « Ah bah c'est juste pour prendre un rendez-vous chez le docteur ». Mais ils ont attendu une heure avant... Parce que des fois, ils ont peut-être pas envie d'aller à l'accueil. Ça reste des données confidentielles. Si par exemple, je sais pas, moi, il faut donner la raison du pourquoi tu prends rendez-vous chez le médecin, ils ont peut-être pas envie d'en parler à l'accueil. Donc ils attendent au bureau pour un rendez-vous, quoi » PMS8-F28-GE.

Au-delà de constituer un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins, ce type de situation présente le risque de limiter le recours aux soins de certaines PAI lassées, découragées ou fatiguées par les obstacles dont elles doivent aujourd'hui s'affranchir pour un simple rendez-vous. Une situation qu'elles ne connaissaient pas avant la pandémie et qui suscite parfois l'incompréhension ou l'agacement, comme en témoigne une médiatrice en gérontologie :

> « Parce qu'ils ont connu un système qui était peut-être plus simple [avant la pandémie]. Voilà. Donc, peut-être qu'avant, justement, tu allais chez le médecin et tu avais un rendez-vous tout de suite. Peut-être qu'avant, chez les spécialistes, ça n'était pas six mois » PMS4-F35-GE.

Les risques que ces inégalités sociales d'accès aux soins soulèvent nous apparaissent d'autant plus grands concernant les visites médicales à visée préventive (contrôle, dépistage) qui, ne relevant pas toujours d'un besoin médical tangible, direct et immédiat, constituent à notre sens les formes de recours aux soins les plus susceptibles de faire l'objet d'un renoncement.

La seconde conséquence porte sur l'accès aux droits de certaines PAI, pour qui la dématérialisation constitue un obstacle structurel majeur, par ailleurs renforcé par l'inertie de certains agents administratifs qui, peu compatissants et ne maîtrisant pas toujours eux-mêmes les subtilités du système, peuvent rigidifier et opacifier l'accès aux droits et services de certaines PAI. Bien qu'assez long, il nous apparaît pertinent de reproduire ci-dessous le retour d'expérience d'une conseillère en insertion sociale. Ce retour porte sur accompagnant d'un homme dans ses démarches pour obtenir ses relevés bancaires afin de constituer un dossier d'aide à domicile. En effet, cet exemple est à la fois révélateur et emblématique des dynamiques à l'œuvre dans les difficultés rencontrées par certaines PAI pour se prévaloir de leurs droits. Cet exemple constitue par ailleurs une autre illustration des formes de résistance à la dématérialisation engagées par certains professionnels :

> « J'ai un monsieur, on a fait un dossier d'aide sociale pour une aide à domicile à mettre en place. Il faut les 3 derniers relevés bancaires, voilà. Le monsieur me dit « écoute-moi, ça fait des mois et des mois, je ne reçois plus mes relevés bancaires ». Ok, on va voir ce qu'il se passe, on a téléphoné, je téléphone à la banque donc, on tombe sur la plateforme bien évidemment, j'explique, je dis : « mais le monsieur il ne reçoit pas ses relevés bancaires ». « Oui, mais c'est en e-relevé ». « Je dis oui, mais il n'a pas accès à son à un espace personnel en fait donc il devrait les recevoir par courrier ». « Ah oui alors il faut me donner le numéro identifiant, machin. » Sauf que le monsieur ne l'a pas en fait parce qu'il ne reçoit plus ses relevés, il n'a plus de papier de la banque, donc du coup il n'a pas ce fameux numéro identifiant qui est sur tous les papiers de la banque. « Ah donc du coup il faut qu'il aille au guichet ». D'accord, donc c'est un monsieur qui est en béquille hein, donc je dis au monsieur « ben écoutez il faut aller au guichet si

vous pouvez, il y a la banque postale juste au-dessus du [lieu], par rapport aux arènes c'est pas très très loin. Il me dit « je peux y aller il n'y a pas de soucis », Je dis « ok bah écoute vas-y donc ». Il y va, il se fait mal recevoir parce que « oui monsieur, il faut appeler le 36 machin chose pour voir ça avec eux, nous on ne gère pas ça là ». Donc il redescend, je rappelle trois fois, trois personnes différentes au téléphone, en disant « attendez, il faut trouver une solution là, il se fait quand même balader là de service en service, en béquille… » « ah non, mais non, ça ne se gère pas à ce niveau ». Alors j'ai dit je vais aller moi avec le monsieur, on va aller à l'agence quoi, je ne comprends pas, donc je me suis déplacée avec lui, on y va ensemble, on se fait recevoir… Enfin moi j'étais assez hallucinée de l'accueil, je vois quelqu'un assis sur un bureau, je me suis dit « bon bah bref voilà », parce que bon maintenant la banque postale ils font tout aussi, la banque enfin la partie poste, la partie banque, la partie finance, téléphone, voilà, ils font un peu de tout, et pardon il n'y a pas de mal, mais ils font beaucoup. Bref, je me dirige vers la personne assise sur le comptoir avec une tasse de café, ça m'a choqué moi déjà l'accueil, enfin voilà, bref je ne me verrais pas accueillir les gens comme ça, et je lui explique la situation. « Ah non, mais madame de toute façon là on n'a pas accès à l'informatique, on ne peut rien faire pour vous ». J'ai dit, mais « vous pouvez au moins m'emporter une réponse en fait, je ne vous demande pas de faire aujourd'hui, mais voilà notre problème, etc. ». « Ah non, mais voilà il faut qu'il téléphone au 36 machin ». J'ai dit « écoutez, vous voyez le monsieur quand même ? Moi ça fait trois fois que je téléphone avec vous, avec lui, on nous dit de venir en agence, donc au bout d'un moment là je ne comprends pas quoi, il faudrait vous mettre d'accord quoi ». « Ah, mais il faut qu'il aille au centre Saint-Jacques ». J'ai dit « mais vous voyez le monsieur quand même, il est en béquille, etc., je ne peux pas le faire aller au centre X [nom du centre], voilà c'est pas possible ça va être compliqué ». « Ah oui, mais nous on ne peut rien faire ici ». « Ok mais vous faites quoi ? » je pose la question, je me renseigne quand même, j'ai le monsieur à côté qui était fin fou parce que voilà, forcément. « Ah oui, non, mais alors nous, ici, on peut imprimer ci, faire ça, bref, et pas le reste ». Ok, d'accord, très bien, donc là on a perdu une heure, on retourne au bureau, je rappelle un conseiller et je tombe sur quelqu'un d'hyper sympa et d'hyper compréhensif où j'ai dit : « voilà notre problème qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse quoi ? » « Ben ok, je vous envoie le code par courrier ». Très bien, on attend, une semaine, deux semaines toujours rien. Pas de code. Le monsieur se déplace au centre X [nom du centre] pour avoir ce fameux numéro, ce fameux identifiant pour pouvoir poursuivre les démarches en ligne. Donc on est maintenant à quatre mois je crois de démarche donc il a eu ses e-relevés sauf qu'il faut les trois derniers relevés et que le mois de septembre n'est pas en e-relevés. Il faut l'avoir en version papier et pour ça il faut payer 10 euros. Voilà donc on est quand même sur des espèces de trucs complètement lunaires, où je me dis « moi j'ai accompagné sur ça », mais la personne elle peut quand même pas aller au bout de sa démarche d'aide à domicile. C'est pas grave et puis voilà on reste comme ça, mais c'est un exemple, c'est un truc un peu concret. Et pour dire que même moi en tant que professionnelle j'y suis allée gentiment je pense, on peut pas faire ça pour tout le monde, ça c'est impossible et voilà comment on s'est fait recevoir. Donc je me dis la personne qui y va seule, qui est un peu énervée, parce que ça fait 4 mois déjà qu'elle fait les allers-retours, voilà quoi, la réponse en face elle est quand même rude je trouve » PMS1-F34-GE.

Le parcours de cet homme est ainsi ponctué d'informations insuffisantes ou contradictoires, de déplacements infructueux, de formes d'aide, mais surtout de refus, de périodes d'expectative vaines, ainsi que de frustration, d'incompréhension et de colère, aboutissant *in fine* au renoncement du droit demandé devant une complexité administrative perçue comme

insurmontable, malgré le soutien de PMS4-F35-GE. Cette complexité est d'abord marquée par la diversité des institutions et des acteurs qui composent ou gravitent autour du système, rendant difficile l'identification des interlocuteurs *ad hoc*. Cette complexité est ensuite marquée par la dématérialisation croissante des interactions et des procédures qui, outre de complexifier l'accès aux agents du système, rend plus difficile et chronophage l'obtention des informations ou documents recherchés. Enfin, un autre marqueur de complexité mis en lumière dans cet exemple est le manque d'empathie de certains agents qui, plutôt que d'essayer de compenser la rigidité de la dématérialisation et de s'adapter à la situation des personnes qu'ils reçoivent[113], renforcent au contraire cette rigidité[114] par leur inertie et l'adoption de postures perçues comme peu professionnelles, déshumanisées et déshumanisantes.

Au-delà de rendre compte des processus d'exclusion et de vulnérabilisation auxquels sont confrontées certaines PAI dans leur accès aux droits et aux services, cet exemple montre comment le manque de prise en compte des déterminants sociaux défavorables de ces populations (perte de mobilité, illectronisme, littératie juridico-administrative, etc.), tant par les administrations et les établissements de services que par leurs agents respectifs, participe à stabiliser et à renforcer ces processus. Le montage d'un dossier auprès d'une administration pour l'obtention d'un droit peut nécessiter, comme ici, de réunir des pièces justificatives délivrées par d'autres administrations ou établissements, obligeant ainsi à réaliser plusieurs démarches, auprès de différents interlocuteurs n'étant pas toujours identifiables. L'obtention d'un droit, ici d'une aide à domicile, ne se limite donc pas seulement à l'accès à l'institution qui le porte, mais est également conditionnée à l'accès à l'ensemble des administrations et établissements qui délivrent les pièces justificatives exigées pour l'obtention de ce droit.

Si cette situation n'est pas nouvelle, la dématérialisation généralisée de ces administrations et établissements participe à renforcer les inégalités d'accès aux services qu'ils proposent comme l'édition de pièces justificatives officielles. Or, ces inégalités d'accès aux services participent elles-mêmes à renforcer les inégalités d'accès aux droits, tant par la complexification des procédures qu'elles impliquent, les blocages qu'elles peuvent générer dans le montage des

[113] Dans l'exemple étudié, on peut s'étonner que les banquiers n'aient pas accédé à la demande de la personne accompagnée par PMS1-F34-GE, alors qu'elle était à la fois désemparée et en perte de mobilité (béquille).
[114] Perçues comme des formes d'injustice sociale, ce type de posture stimule par ailleurs l'empathie de certains professionnels enquêtés et renforcent leur engagement auprès des PAI.

demandes (le défaut d'une pièce justificative pouvant empêcher l'obtention d'un droit), que par le découragement qu'elles peuvent produire sur les usagers les plus exposés aux effets disproportionnés de cette complexification et ces blocages.

Ainsi, cet exemple illustre comment la dématérialisation a renforcé les inégalités d'accès aux services et aux droits de certaines PAI, mais aussi comment l'accompagnement des professionnels peut se révéler inefficace pour compenser le renforcement de ces inégalités structurelles, malgré un dépassement de fonction. Or, ce renforcement des inégalités d'accès aux services et aux droits est d'autant plus inquiétant que ces inégalités constituent des déterminants sociaux de santé reconnus comme défavorables, car eux-mêmes facteurs d'inégalités sociales de santé et d'accès soins.

2. Des inégalités de droit renforcées, sources d'injustices sociales nouvelles ou exacerbées

Les entretiens avec les PMS ont permis d'identifier une dégradation de la situation socio-économique de certaines PAI, liées à des sanctions administratives écopées durant la pandémie, mais aussi en raison d'un durcissement des conditions de l'ASPA. Aussi, nous verrons que l'adoption de l'AVFS comme dispositif d'aide alternatif à l'ASPA témoigne davantage d'une dégradation de la situation socio-économique des PAI, mais aussi d'une continuité dans l'invisibilisation de la réalité de leurs besoins dans les politiques publiques.

2.1 ASPA et APL : des remboursements de « montants indus » toujours d'actualité

Durant la pandémie, certaines PAI ont été contraintes de rembourser le montant de leur ASPA et de leurs APL pour non-respect de la condition de résidence exigée pour ces allocations, une condition alors fixée à 6 mois. Les personnes concernées étaient pour une part bloquée dans leur pays d'origine et se heurtaient tantôt à la fermeture des frontières, tantôt à la suppression des vols, et tantôt à l'inflation du prix des billets d'avion. Une responsable de résidence explique par ailleurs que des contrôles administratifs de la CAF ont été réalisés après la pandémie, aboutissant aujourd'hui encore à des demandes de remboursement des sommes indûment perçues lors de la crise sanitaire :

> « Après, en fait, ce qui s'est posé aussi comme souci, c'est des gens qui étaient bloqués au pays, qui ne voulaient pas revenir, qui, deux ans après, en fait, se sont tapé un

> contrôle de la CAF. Et la CAF, en fait, réclame aujourd'hui les indus. Ça, il faut qu'on m'explique, quand même ! […] Ah, j'en ai un bon paquet. Ils ont des indus CAF, j'en ai un bon paquet. Ouh là ! Tous ceux qui n'ont pas pu rentrer, en fait, ils sont restés presque neuf mois au bled. Et ils te le disent, ils te disent, mais moi, je suis désolée, le billet à 1 700 balles, en fait, quand tu gagnes une petite pension, c'est juste pas possible. Donc, ils se tapent des… Et ils ne peuvent pas rentrer, ils ne savent pas comment faire quoi » PMS2-F52-GE.

L'immobilisme généré par la pandémie pouvant juridiquement s'interpréter comme un cas de force majeure rendant impossible le respect des conditions de résidence de l'ASPA et des APL, se posait alors la question d'une annulation du remboursement de leur montant par les PAI bloquées. Une question abordée par certaines professionnelles, qui ont alors regretté que la notification de remboursement soit maintenue en dépit des éléments de preuve de la bonne foi de certaines PAI :

> « Ils avaient des preuves, ils avaient des billets d'avion, qui dataient du 18, 17 novembre, euh, mars. Et du coup, il y avait des preuves comme quoi ils avaient un billet de retour. Et que, ben, du coup, ils n'ont pas pu accéder à l'aéroport. Et donc, la caisse de retraite n'a pas du tout tenu compte de ce contexte, quoi. […] Personne n'a tenu compte de ça et ils ont dû rembourser... […] Mais c'était sûr. Ils ont remboursé, hein. La caisse de retraite et l'APL » PMS3-F33-GE.

Cette décision, perçue comme une forme d'argutie administrative, est analysée comme un manque de reconnaissance des difficultés alors vécues par ces personnes bloquées. Pour les professionnels, ce manque de reconnaissance apparaît comme centrale dans l'injustice sociale perçue à ces situations dans la mesure où elle conduit à sanctionner des PAI non pas pour fraude, mais pour leur vulnérabilisation durant la pandémie. Face à l'importance des montants à rembourser, une responsable de résidence nous a confié hors entretien que le maintien de cette décision a poussé certaines PAI à retourner définitivement vivre dans leur pays d'origine.

2.2 Le durcissement des conditions de l'ASPA : une situation administrative à redéfinir

Après la pandémie, dans le cadre d'un plan de lutte contre la fraude fiscale, les conditions pour bénéficier de l'ASPA ont été modifiées, passant de 6 mois de résidence obligatoire en France sur l'année civile, à 9 mois depuis janvier 2024. À travers ce durcissement, les professionnels ont fait part du choc et de l'incompréhension des PAI quant à cette nouvelle situation. Cette incompréhension est par ailleurs renforcée chez certaines PAI, qui espèrent encore que le gouvernement revienne sur ce durcissement et allège la condition de résidence de l'ASPA. Plutôt que d'accepter la règle comme une donnée figée, cette attitude d'espérance amène

certaines PAI à redéfinir leur propre réalité sociale dans laquelle le changement serait temporaire ou réversible. Aussi, d'autres PAI rejettent quant à eux la réalité même de ce changement, notamment à travers une mise en cause de sa véracité par le biais de sources informelles consultées dans leur réseau amical, comme l'illustre cet extrait :

> « Ils ont reçu le courrier, mais ils comprennent pas forcément. Ils ont pas compris. Ils vont dire, mais ça va changer. En fait, mais même encore maintenant, ils ont espoir que ça va changer. Sauf qu'en fait, moi, je leur ai dit non, si ça change, ça va être justement encore plus dur. Ça va pas aller dans l'autre sens. Donc, j'en ai beaucoup, ouais, qui… [ne comprennent pas]. Et puis, ils en parlent entre eux. Donc, ils me disent, « mais si, mon copain, il a dit ça ! Mais si, à la mosquée, ils ont dit ça ! » Donc, sur le coup, ouais, ça a été un choc pour eux. Ils ont du mal à l'intégrer. Il faut leur répéter. Moi, il faut que je leur répète. Quand ils partent, ils me disent, alors, du coup, combien de temps je peux partir ? Dis-moi combien de temps… dis-moi, je dois revenir quand ? Donc, ouais, c'est compliqué » PMS8-F28-GE.

Plusieurs professionnels ont par ailleurs regretté que ce changement soit notifié par courrier aux personnes concernées, alors que nombre de PAI ne savent pas lire le français. Un procédé révélateur selon eux d'une faille structurelle dans la communication de la Caisse de retraite, expliquant en grande partie l'incompréhension de certaines PAI, tout en illustrant un nouveau manque de prise en compte des difficultés spécifiques vécues par ces populations :

> « L'ASPA, c'est pareil. Ils ont reçu un courrier pour leur expliquer les neuf mois. Mais ce n'est pas un courrier qu'il faut. Ils ne lisent pas le français, ils ne le lisent pas le courrier. Ils viennent me voir avec le courrier. Qu'une personne se déplace et leur explique ! L'ASPA, ça fonctionne comme ça. Ça veut dire que de telle date à telle date, tant et tant de mois, vous devez être en France. Si vous partez, vous avez un risque » PMS6-F62-GE.

Cette incompréhension amène les professionnels à percevoir un risque financier pour les PAI concernées qui, faute de comprendre cette nouvelle situation, pourraient voir leur droit à l'ASPA suspendu, avec une demande de remboursement des sommes indûment perçues. Ce risque est d'autant plus important qu'il laisse à craindre de nouveaux contrôles administratifs, avec de nombreuses régulations, comme lors de la pandémie. Devant cette situation, plusieurs professionnels ont adopté des pratiques de prévention pour tenter de mieux informer les PAI de ce changement et des risques qu'elles encourent. Ces pratiques se traduisent par une médiation orale sur cette nouvelle condition de l'ASPA et de ses implications sur la situation des PAI, mais aussi par la répétition de ces informations pour en expliciter le sens et en favoriser la compréhension. Néanmoins, ces pratiques compensatoires relèvent le plus souvent de

l'initiative personnelle de certains professionnels, et non d'une stratégie coordonnée et généralisée. Aussi, ces pratiques se font au cas par cas à travers des échanges informels, et ne permettent donc pas toujours d'avertir l'ensemble des PAI concernées. En dépit de ces pratiques, des professionnels expliquent se heurter à l'incompréhension de certaines PAI, comme en témoignait notamment PMS8-F28-GE précédemment. Cette incompréhension peut en partie s'analyser par le fait que, pour beaucoup de PAI, la condition de résidence de l'ASPA n'est pas simplement perçue comme une règle administrative au sens abstrait, mais comme une forme d'injustice presque irréaliste dans la mesure où beaucoup de PAI attendent depuis des années son assouplissement. Le passage de 6 à 9 mois de résidence obligatoire ne constitue donc pas seulement un simple changement administratif, mais une rupture matérielle et symbolique brutale dans la manière dont ces PAI organisaient leur vie entre la France et leur pays d'origine depuis des décennies. Une analyse que viennent corroborer les propos d'une travailleuse sociale :

> « J'en ai un qui perçoit l'ASPA et il ne comprend pas qu'il ne peut pas partir aussi longtemps. […] Alors, moi, je tente d'expliquer les choses. […] Mais vous savez, ils ont 90 ans. Ils ont toujours fonctionné comme ça. Ils sont toujours partis aussi longtemps » PMS6-F62-GE.

Plus largement, cette situation peut également s'analyser comme un nouveau désaveu politique pour ces populations, dont le manque de reconnaissance sociale est ici renforcé, et ce alors même que le rapport d'information parlementaire de Jacquat et Bachelay (2013) recommandait l'assouplissement de cette condition de résidence socialement injuste. Ces éléments nous amènent dès lors à poser la question suivante : le durcissement de la condition de séjour de l'ASPA ne témoignerait-il pas davantage d'un mépris politique, institutionnalisé par la loi, plutôt que d'une invisibilisation des besoins des PAI dans les politiques publiques ?

Face à l'injustice et aux risques perçus à cette réforme, une conseillère en insertion sociale a orienté certaines PAI sur la stratégie à adopter pour continuer à voyager pendant 6 mois. « Moi je leur dis : si vous pouvez partir sur la fin d'année et le début d'année, ça va vous faire une période un peu plus longue si vous devez rester un peu plus longtemps » (PMS1-F34-GE). Une stratégie qu'elle est la seule à avoir rapportée parmi les professionnels rencontrés et qui illustre une nouvelle fois comment, face à une même situation, l'analyse des solutions peut varier d'un professionnel à l'autre et creuser les inégalités entre les PAI, tant en termes d'accompagnement que d'opportunités d'adaptation ou de compensation face à des inégalités structurelles. Notons

que si les enquêtés perçoivent le durcissement de l'ASPA essentiellement à travers le risque financier qu'il représente pour les PAI qui en bénéficient, la définition qu'ils donnent de cette nouvelle situation permet d'analyser d'autres formes de répercussions. En effet, l'obligation de résider neuf mois par an en France a pour conséquence de restreindre *de facto* la liberté de circulation des PAI concernées, et plus particulièrement leur liberté de voyager. Déjà restreintes lors de la pandémie, l'atteinte aujourd'hui portée à ces libertés peut ainsi s'analyser en résonnance à la crise sanitaire et interroge sur les effets cumulatifs de ces restrictions de mobilité sur le bien-être des PAI concernées.

Par ailleurs, ces restrictions de liberté ont elles-mêmes pour conséquence de porter atteinte au droit des PAI à une vie familiale normale. Cette atteinte se traduit par une réduction du temps de séjour dans leur pays d'origine, alors que ces séjours sont pourtant essentiels à leur bien-être et au maintien des liens sociaux transnationaux les unissant à leur famille et à leurs racines. En effet, plus que des voyages ponctuels, ces séjours constituent pour beaucoup de PAI un cadre à leur mode de vie, une composante de leur identité sociale, mais aussi une condition au maintien de cette identité, en particulier au sein de leur famille. Or, en restreignant ces séjours, la nouvelle condition de l'ASPA soulève le risque d'exposer certaines PAI à un bouleversement familial et identitaire, impliquant une redéfinition de leur rapport à la France et à ses normes, une redéfinition de leur rapport à leur pays d'origine par la réduction du temps qu'elles y passent, mais aussi par une redéfinition de leur place entre ces deux espaces ainsi que dans leur famille. Pour les PAI concernées, cette redéfinition subie pose la question de ses répercussions potentielles sur leur bien-être et leur santé. Par extension, cette redéfinition interroge également sur les répercussions causées à la famille de ces PAI.

2.3 L'AVFS comme substitut à l'ASPA : méconnaissance et méfiance envers un dispositif spécifique sous-utilisé

L'Aide à la Vie Familiale et Sociale (AVFS) est une prestation sociale destinée aux personnes retraitées de nationalité étrangère, qui disposent de faibles ressources et résident en FTM ou RS au moment où elles sollicitent cette aide. Initialement connue sous le nom d'Aide à la Réinsertion Familiale et Sociale (ARFS), elle a été renommée AVFS au 1er juillet 2020. Depuis le 1er janvier 2021, la gestion de cette aide est assurée par la Mutualité Sociale Agricole (MSA), qui a pris le relai de la Caisse des Dépôts pour devenir l'interlocuteur unique des bénéficiaires.

Toutefois, cette allocation reste largement méconnue, aussi bien des PAI concernées que des professionnels du secteur médico-social rencontrés (une seule professionnelle, PMS8-F28-GE, a mentionné ce dispositif.) Ce constat témoigne d'un déficit important d'information et de diffusion, qui limite l'accès des PAI à une aide spécifique, conçue comme une alternative à l'ASPA pour ceux souhaitant retourner définitivement dans leur pays d'origine. Le cas de PMS8-F28-GE est ainsi particulièrement révélateur des obstacles et enjeux soulevés par ce dispositif. Ayant récemment découvert son existence par mail à son retour de congés en 2024, cette conseillère d'insertion sociale s'est d'abord tournée vers des collègues travaillant dans d'autres RS pour en apprendre plus sur le fonctionnement de l'AVFS. Cependant, aucun de ses collègues n'a pu l'a renseigné, faute de connaître eux-mêmes cette aide. Pour PMS8-F28-GE, ce manque d'information et de communication sur l'AVFS met en lumière une faille structurelle dans la diffusion de ce dispositif par son organisme porteur, la MSA. Cette faille est d'autant plus importante dans la mesure où les personnes ciblées par cette aide vivent principalement en FTM ou en RS et sont donc facilement identifiables par la MSA, que très peu d'entre elles en ont fait la demande, et que pour autant, aucune campagne d'information n'a été engagée dans les FTM et RS :

> « Après, à un moment donné, je pense, moi, à l'État, quand ils ont fait le constat, au bout d'un ou deux ans de création de ce dispositif, ils constatent qu'il n'y a pas de demande, à un moment donné, oui, en effet, là, il fallait peut-être aller aux portes de ces personnes qui sont dans des R.S. En plus, ils sont ciblés, les gens. Ce n'est pas des personnes qui habitent n'importe où. C'est ciblé dans les... [RS et FTM]. Parce que tu as droit [à cette aide] que si tu vis dans un établissement type FTM, donc peut-être qu'à un moment donné, il aurait fallu aller voir les gens » PMS8-F28-GE.

Par ailleurs, cette professionnelle explique son incompréhension devant l'absence de courrier d'information de la MSA auprès des personnes concernées par l'AVFS. Elle engage ainsi un parallèle entre le courrier informatif envoyé par la Caisse de retraite aux PAI concernées par le durcissement des conditions de l'ASPA, tout en soulignant l'intérêt qu'il put y avoir à accompagner ce courrier d'une information complémentaire sur l'AVFS :

> « Parce que dans le courrier que les gens ont eu par rapport aux 9 mois et 3 mois, il n'y a pas eu de mention en disant ‘’par contre, si vous voulez, vous avez la possibilité de solliciter un nouveau dispositif qui s'appelle TAC [l'AVFS]’’ » PMS8-F28-GE.

Plus que révélateur de l'inadaptation de la MSA, ce parallèle met en évidence une asymétrie institutionnelle dans la production et la diffusion de l'information, où la communication sur le

durcissement d'un dispositif largement mobilisé par les PAI (l'ASPA) est assurée, bien que de manières limitée et inadéquate, tandis que la communication sur l'AVFS, un dispositif d'aide spécifique censé être une alternative à l'ASPA, reste quasi-inexistante. Cette asymétrie peut ainsi s'analyser comme étant révélatrice d'une communication institutionnelle différenciée selon la finalité des dispositifs en question, et où la priorité semble davantage de limiter les dépenses publiques et d'exercer un contrôle sur les populations précaires, plutôt que de favoriser l'accompagnement et l'accès aux dispositifs d'aide existants.

Par ailleurs, l'absence de collaboration entre la MSA et la Caisse de retraite participe à construire et maintenir structurellement l'invisibilité de l'AVFS, tout en éclairant en partie sur les raisons de sa méconnaissance par les professionnels et les PAI, mais aussi sur le phénomène de non-recours dont elle fait l'objet. Devant cette situation, mais aussi devant l'intérêt qu'elle perçoit à ce que l'AVFS soi mieux connue, PMS8-F28-GE a pris l'initiative d'en relayer l'existence auprès des PAI de sa résidence. « C'est à nous de le faire connaître. Puis pas que nous. Mais voilà, il faut que largement, ce dispositif soit un peu plus répandu » explique-t-elle. Une initiative isolée et non systématisée donc, qui là encore, en l'absence de communication institutionnelle adéquate, tant auprès des professionnels que des PAI, crée chez ces dernières des inégalités d'accompagnement dans l'accès à ce dispositif.

Dans ses pratiques de médiation relatives à l'AVFS, PMS8-F28-GE explique par ailleurs s'être heurtée à des attitudes de méfiance et de scepticisme envers ce dispositif de la part de certaines PAI. Une résistance sociale qu'elle perçoit comme liée à la nouveauté et à la confidentialité de l'AVFS :

> « Mais c'est vrai qu'il y en a peu qui le sollicitent parce que c'est nouveau. Il y en a plein qui ne me croyait pas quand je leur parlais de ce dispositif. ''C'est pas vrai, tu racontes n'importe quoi !'' ''Si, c'est vrai !'' Alors, je leur ai imprimé le truc sur internet. Ils allaient en parler avec leurs collègues, leurs copains. ''Non, ils m'ont dit que c'est pas vrai.'' ''Mais j'ai imprimé un document officiel !'' Mais ouais, du coup, non, ils ont du mal vu que c'est quelque chose de nouveau, qu'il n'y a pas beaucoup de monde qui l'a sollicité » PMS8-F28-GE.

Le recours à l'impression de page internet pour prouver l'existence officielle de l'AVFS est ici emblématique des logiques sous-jacentes à la résistance sociale de certaines PAI face à un dispositif étatique perçu comme abstrait, voire suspect. Bien qu'il ne s'agisse pas là de l'interprétation de PMS8-F28-GE, cet exemple soulève aussi, plus largement, un enjeu lié au

crédit et à la confiance accordée par les PAI aux professionnels eux-mêmes, en particulier ceux qui, comme PMS8-F28-GE, entreprendraient de manière informelle de les informer sur l'AVFS pour compenser l'inertie de la MSA. Outre les enjeux de diffusion et de confiance qu'il soulève, cet exemple participe ainsi à éclairer les raisons de la méconnaissance et du sous-recours des PAI quant à l'AVSF, mais aussi les limites des mécanismes de négociation utiliser pour donner du sens à ce dispositif.

En outre, la problématique de la confiance des PAI envers l'AVFS peut s'analyser à travers le faible historique de ce dispositif d'aide. En effet, peu sollicité depuis sa création, l'AVFS manque de visibilité sociale sur son fonctionnement et son intérêt, suscitant ainsi prudence et attentisme chez certaines PAI. Dès lors, leur confiance en ce dispositif est directement subordonnée à l'existence de preuves concrètes de son bon fonctionnement. Cette stratégie met ainsi en lumière un mécanisme de validation sociale collectif, reposant à la fois sur des exemples concrets de personnes ayant eu recours à l'AVFS, et sur le bouche-à-oreille comme vecteur de diffusion de ces exemples au sein du réseau. Cette mécanique de validation sociale collective passe notamment par le biais de stratégie « crash test », comme l'explique PMS8-F28-GE :

> « Mais ouais, du coup, ils ont du mal vu que c'est quelque chose de nouveau, qu'il n'y a pas beaucoup de monde qui l'a sollicité. Donc, du coup, ils attendent que les autres le sollicitent. Ils ont attendu qu'il y en ait un qui l'a fait. Donc, il y a eu un crash test ».

Ainsi, tant que le dispositif ne fait pas l'objet d'expériences réussies et visibles des PAI, il reste perçu comme incertain, suspicieux, voire inexistant. De manière indirecte, ce phénomène illustre les limites d'une communication fondée uniquement sur une approche légaliste du dispositif (présentation du texte de loi), qui peut apparaître trop abstraite et moins signifiante pour certaines PAI chez qui ce cadre de référence ne fait pas sens, ni ne favorise leur confiance.

Autre difficulté soulevée par PMS8-F28-GE sur l'AVFS : l'évaluation de son intérêt par les PAI qui pourraient en bénéficier. En effet, outre leur méfiance, certaines PAI peinent à évaluer les bénéfices potentiels d'un recours à l'AVFS. Cette difficulté s'explique en raison d'une focalisation sur le montant immédiat perçu à travers cette aide, sans prendre en compte les économies induites par un retour définitif au pays (absence de loyer en France, suppression des coûts d'allers-retours, diminution du coût de la vie, etc.) :

> « Donc, en fait, ils perdent l'ASPA et ils récupèrent une autre allocation [l'AVFS], moindre que le montant de l'ASPA, mais qui leur permet de rester au pays. Après, l'un dans l'autre, si on fait… il y a peut-être un calcul à faire, mais l'un dans l'autre, s'ils repartent définitivement au pays, il n'y a pas de loyer ici à payer. Il n'y a pas les allers-retours réguliers à faire, donc il n'y a pas les billets d'avion réguliers à faire. Donc, peut-être que financièrement, ça se joue, en fait. On ne sait pas » PMS8-F28-GE.

Cette difficulté à analyser l'intérêt de l'AVFS, tant pour les professionnels que pour les PAI, éclaire sur plusieurs enjeux. D'abord, à travers le paradoxe mis en évidence par l'exemple de PMS8-F28-GE qui, d'un côté, souhaite que plus de PAI puissent recourir à l'AVFS ; et qui de l'autre, peine elle-même à évaluer concrètement l'intérêt de ce dispositif pour les PAI, notamment en limitant son analyse de situation à une problématique financière, minorant ainsi les implications sociales d'un tel changement, mais aussi la complexité des situations sociales, familiales et médicales de beaucoup de PAI. Si elle venait à être généralisée, cette vision comptable risquerait ainsi de réduire l'AVFS à une aide financière immédiate, au risque d'occulter d'autres enjeux pourtant essentiels : la volonté ou non de retourner vivre dans le pays d'origine, les conditions d'accès aux soins sur place, ou encore la volonté de la famille et sa capacité d'accueil. Ensuite, ce paradoxe introduit l'enjeu pour les professionnels de porter un regard critique sur ce dispositif, notamment en interrogeant dans quelle mesure l'AVFS constitue réellement une aide pertinente pour les PAI. Une posture critique en l'occurrence absente chez PMS8-F28-GE, qui souligne pourtant la différence de montant perçu entre l'ASPA et l'AVFS. Ce manque de recul présente ainsi le risque de légitimer un dispositif critiquable à plusieurs égards, notamment pour l'inégalité de situation qu'il introduit entre les PAI concernées et les contraintes légales, sociales, et financières qu'il peut participer à renforcer chez elles. Ce manque de recul présente également le risque d'une dérive inconsciente chez certains professionnels, avec un accompagnement social davantage porté par la réplication et l'application de logiques institutionnelles relevant plus d'un contrôle social et migratoire, plutôt que de logiques visant à faciliter l'accompagnement social des PAI et leur protection. Nonobstant ces éléments, l'expérience de PMS8-F28-GE l'amène à percevoir un intérêt à l'AVFS pour les PAI en perte d'autonomie. Elle rapporte ainsi l'exemple de l'unique cas de recours dans sa résidence, celui d'un homme anciennement bénéficiaire de l'ASPA, aujourd'hui reparti dans son pays d'origine en raison d'un état de santé ne lui permettant plus de vivre seul en France pendant 9 mois :

> « J'espère qu'il reçoit bien sa pension (rire). Mais du coup, son état de santé se dégradait, donc, à un moment donné, il fallait repartir au pays d'origine. Il ne pouvait

> plus rester neuf mois ici tout seul. Donc, du coup, on a fait la demande et il a eu droit à un certain montant. Et donc, du coup, il a accepté et il est reparti » PMS8-F28-GE.

Ce témoignage renforce surtout les interrogations sur l'intérêt réel de ce dispositif et le renforcement de l'exclusion et des inégalités socio-économiques structurelles dont il témoigne pour certaines PAI. En effet, si cette allocation peut ou pourrait représenter une opportunité pour des PAI souhaitant définitivement retourner dans leur pays d'origine ; elle risque aussi de constituer un instrument de régulation migratoire implicite, en encourageant des départs définitifs sur fond de contrainte médicale, financière ou administrative, notamment chez les personnes qui, comme dans cet exemple, ont été vulnérabilisées par le durcissement de la condition de résidence de l'ASPA. Or, là où l'adoption de la portabilité des droits de l'ASPA aurait permis de réellement répondre aux besoins des PAI souhaitant définitivement retourner dans leur pays d'origine, l'AVFS constitue une alternative d'autant plus critiquable qu'elle se restreint uniquement aux résidents de FTM et de RS, et qu'elle implique de leur accorder un montant encore moins important que celui de l'ASPA, témoignant ainsi davantage d'un renforcement des inégalités, plutôt que d'une réelle logique d'aide ou de protection.

3. Accès aux soins et santé : entre continuité et rupture

Parmi les inégalités perçues chez les PAI dans le contexte postpandémique, nombreuses portent sur leur état de santé et l'accès aux soins. Leur avancée en âge a accru les situations de pertes d'autonomie, alors que le recours aux aides à domicile reste largement sous-employé. Aussi, un grand nombre de PAI sont sans mutuelle malgré des problèmes de santé croissants. Enfin, la disqualification sociale de leur logement et la raréfaction des professionnels de santé constituent des leviers supplémentaires dans les inégalités vécues par ces populations en matière de santé et d'accès aux soins.

3.1 Vieillissement et perte d'autonomie : une analyse de situation sous tension face à des processus qui s'amplifient

Les effets de l'avancée en âge des PAI depuis la pandémie constituent une problématique largement observée par les professionnels interrogés. Plusieurs d'entre eux analysent les répercussions négatives de ces effets sur la situation des PAI, tant concernant leur état de santé, que leur autonomie dans la vie quotidienne. Néanmoins, il reste difficile pour la plupart des

professionnels d'évaluer l'incidence et le rôle de la pandémie Covid-19 dans la construction ou l'exacerbation de ces effets. Les propos d'une responsable de résidence éclairent ainsi sur la dégradation de la santé et de l'autonomie des PAI de sa résidence depuis la pandémie, mais aussi son incertitude à en expliquer les facteurs :

> « Déjà, ils ont vieilli. Et 4 ans, en fait, quand on est âgé, on prend beaucoup plus que 4 ans que quand on a 30 ans. Tu vois ? Il y a vraiment... Et forcément, aujourd'hui, en fait, je ne dis pas... […] Je ne sais pas si c'est dû au Covid [leur perte d'autonomie], ou si c'est dû à leur vieillissement et à leur état de santé général qui s'est dégradé » PMS2-F52-GE.

Au-delà d'illustrer l'incertitude de certains professionnels à expliquer les difficultés de santé accrues qu'ils perçoivent chez les PAI depuis la pandémie, ce verbatim met en évidence la perception d'une relativité des effets négatifs du processus de vieillissement des PAI, avec l'idée d'une intensification crescendo à mesure de leur avancée en âge. Une perception qui, de prime abord, semble relever d'un biais âgiste en ce qu'elle tend à homogénéiser les trajectoires des PAI sous l'angle d'une dégradation physique inéluctable et linéaire, mais qui renseigne aussi sur l'ampleur préoccupante des répercussions de l'avancée en âge sur la santé et l'autonomie d'une part de ces populations depuis la pandémie.

Si la dématérialisation des services et l'accès aux soins ont été largement identifiés comme des obstacles à l'autonomie des PAI, d'autres formes de perte d'autonomie ont également été rapportées. Plusieurs professionnels signalent ainsi que certaines PAI ont de plus en plus de difficultés à se déplacer, tant dans leur résidence que plus largement dans leur environnement. « Ils montent plus les escaliers ou ils n'arrivent plus à aller faire leurs courses » explique ainsi PM3-F33-GE. Or, cette perte de mobilité constitue un mécanisme central dans le déclin de l'autonomie de ces PAI, affectant non seulement leur accès à des espaces sociaux et des ressources essentielles (magasins, administrations, établissement de services, etc.), mais elle impacte également leur vie sociale en les privant des interactions qu'elles auraient pu avoir dans ces espaces. Cette situation, dont les contraintes ne sont pas sans rappeler celles vécues lors des confinements, présente un risque de détériorer de manière durable la vie sociale des PAI, en particulier en cas d'absence d'accompagnement médico-social adapté, ainsi qu'en l'absence d'une adaptation de leur environnement résidentiel (normes PMR). Un risque qui, par ailleurs, ne serait pas sans conséquences sur leur dignité humaine.

Autre forme de perte d'autonomie particulièrement rapportée par les professionnels : les difficultés de certaines PAI en matière d'hygiène, tant corporelle que concernant leur logement. « Aujourd'hui, oui, j'ai envie de te dire que là, c'est vraiment une histoire d'hygiène, enfin, d'hygiène corporelle et matérielle. Enfin, chez eux, c'est... Voilà, passer un cap, en fait, c'est compliqué » explique PMS2-F52-GE, une responsable de résidence. Cette observation est corroborée par d'autres professionnels, qui soulignent une diversité de trajectoires en matière d'autonomie, certains PAI étant en mesure de maintenir leur hygiène et l'entretien de leur logement, tandis que d'autres y renoncent en raison de problèmes de santé :

> « Il y en a certains, je pense qu'ils, voilà, ils font pas... Ils n'arrivent pas à faire leur toilette tout seuls. Donc du coup, ils l'a font pas. Le ménage, c'est entretenu de façon partielle. Voilà. Il y a les deux. Il y a ceux qui, vraiment, s'en sortent et font tout pour... Et il y en a d'autres, la santé, elle suit pas » PMS8-F28-GE.

Toutefois, sur cette difficulté, la mise en perspective du discours de certains, met en évidence un décalage entre les normes d'hygiène définies par les professionnels et la perception qu'en ont certaines PAI. Ce décalage est ainsi révélateur des tensions sous-jacentes entre les représentations et les attentes institutionnelles en matière d'entretien du logement et les pratiques domestiques des PAI. Une professionnelle souligne ainsi que, lors de leur déménagement d'un FTM vers une RS, certaines PAI ne modifient pas pour autant leur façon de vivre, reproduisant ainsi des attitudes intériorisées dans leur vie passée en logement collectif dans leur vie actuelle en logement individuel, notamment en matière d'entretien :

> *«* C'est vraiment l'entretien du logement [qui pose problème en termes d'autonomie] parce que, voilà, ils vivent un peu comme ils vivaient en foyer. Et du coup, ben oui, forcément, le calcaire, pour eux, ils n'y pensent pas. Donc, voilà, au niveau de la robinetterie, c'est plein de calcaire. Au niveau des parois de la douche, il y a du calcaire. Voilà, c'est difficile. Au niveau de la cuisine, en cuisine collective, c'est les employés de collectivité qui nettoyaient. Aujourd'hui, c'est eux qui doivent entretenir ce petit coin cuisine. C'est compliqué *»* PMS6-F62-GE.

Ce témoignage illustre comment le rapport des PAI à leur logement, ainsi que leurs pratiques pour l'entretenir, peuvent être façonné par leur trajectoire résidentielle, en particulier pour les PAI ayant vécu dans des établissements collectifs (FTM), où certaines tâches étaient assurées par des agents d'entretien. En outre, pour d'autres professionnels, le rapport des PAI à l'entretien de leur logement peut s'analyser sous l'angle de leurs contraintes économiques et de leur stratégie dans la gestion de leurs finances. Ces contraintes peuvent se traduire par un refus de payer une aide à domicile, non seulement par altruisme envers leur famille à qui elles

préfèrent envoyer cet argent, mais aussi en raison de leur parcours de vie difficile, les amenant à relativiser leur difficulté actuelle à nettoyer leur logement, comme l'explique un infirmier :

> « Ils ont peur de payer [une aide à domicile]. Ils veulent leur sou que ça reste ici. Ils disent, ce n'est pas grave. Moi, je n'ai pas grandi dans… On s'en fout s'il y a un peu de saleté là ou là » PMS7-H40-GE.

Ce verbatim illustre ainsi le mécanisme de relativisation utilisé par certaines PAI, pour qui des préoccupations liées à l'entretien du logement peuvent apparaître comme secondaires par rapport à d'autres enjeux (économie des ressources pour envoi à la famille, maintien de l'autonomie, intimité, etc.). Dans cet exemple, la perte d'autonomie témoigne des logiques inégalitaires qui sous-tendent le non-recours à une aide à domicile. Cela s'observe d'une part à travers le reste à charge de ce type d'aide, qui continue de représenter un facteur de non-recours pour beaucoup de PAI. Et d'autre part, à travers la résolution de certaines PAI à composer sans aides, dont elles se sont toujours passées, témoignant ici d'une intériorisation de leur inégalité d'accès à ces formes de soutien, en dépit de leurs besoins (« ils disent ce n'est pas grave »). Ce constat est d'autant plus préoccupant au regard des différentes formes que prend la perte d'autonomie et qui, selon PMS4-F3-GE, peuvent relever, dans certains cas, d'un syndrome de « glissement ».

Après la pandémie, la perte d'autonomie et la dégradation de l'état de santé de certaines PAI ont renforcé les enjeux liés à leur accès au système de protection. Toutefois, les professionnels témoignent pour beaucoup du renoncement de certaines PAI à recourir aux aides à domicile. Une résistance sociale perçue comme particulièrement problématique par les professionnels, notamment en ce qu'elle constitue pour eux un facteur aggravant de la perte d'autonomie des PAI, en plus de réduire leurs options d'accompagnement en la matière. Plusieurs facteurs sont mis en avant par les professionnels pour expliquer ce renoncement. Le principal facteur identifié est d'ordre financier, en raison des faibles revenus des PAI, de leur mode de vie oblatif et de leurs stratégies pour réaliser des économies. En effet, ces stratégies sont articulées autour de mécanismes d'arbitrage et de priorisation des besoins, les amenant le plus souvent à privilégier les besoins de leur famille aux leurs, et à privilégier leurs besoins présents à d'éventuels besoins futurs. Ainsi, si beaucoup de PAI rencontrent un déclin de leur autonomie, nombreuses sont celles à refuser à une aide à domicile, préférant utiliser cet argent pour aider leur famille au pays :

> « Mais le problème, c'est que le chibani a besoin... Il fait vivre sa famille au pays avec sa retraite. Et que donc, un euro, c'est un euro. Et que souvent, quand il y a une participation à payer au niveau de l'aide-ménagère, souvent, ils me disent qu'ils ne veulent pas. Ils ne veulent pas payer, donc ils ne veulent pas d'aide-ménagère. Et ça, c'est compliqué parce qu'à un moment donné, je veux dire, on arrive... On arrive où on a des appartements qui ne sont pas propres » PMS6-F62-GE.

Au-delà d'illustrer ces mécanismes d'arbitrage et de priorisation, les propos de PMS6-F62-GE mettent en lumière les préoccupations suscitées chez certains professionnels par de telles situations. Ces préoccupations suscitent le plus souvent un sentiment d'empathie et d'impuissance de ces professionnels face à leurs difficultés à répondre aux besoins soulevés par la perte d'autonomie des PAI, mais aussi de leur précarisation économique qui les empêche de recours à une aide trop coûteuse financièrement. Toutefois, les propos de PMS6-F62-GE témoignent en la matière d'une autre posture, particulièrement éclairante sur les tensions pouvant exister chez les professionnels travaillant dans certaines résidences sociales, où leurs missions de gestion de l'établissement peuvent s'opposer à celles dédiées à l'accompagnement social des résidents. Le déclin de l'autonomie et le refus d'aide à domicile des PAI inquiètent davantage PMS6-F62-GE pour les conséquences de cette situation sur l'entretien des logements, plutôt que pour ses conséquences sur la santé, le bien-être, l'autonomie et la dignité des personnes concernées.

Pour certains professionnels, le renoncement aux aides à domicile tend également à s'analyser sous l'angle des représentations des PAI, tant concernant ce dispositif d'aide en lui-même, des professionnels qui en relèvent, qu'en matière de vieillissement et de solidarités. En effet, le dispositif d'aide à domicile repose sur plusieurs services[115] impliquant de laisser entrer des personnes inconnues dans l'intimité de l'espace habité. Or, comme l'explique PMS1-F34-GE :

> « […] ils ont du mal à laisser rentrer quelqu'un qui est en train de faire des choses et qui n'est pas de leur famille. Chez eux pour faire le ménage, s'occuper de leurs affaires, il faut donner des sous pour aller acheter à manger, il faut faire attention à ce qu'on achète à manger, etc. »

Ce verbatim montre également combien la délégation d'activités quotidiennes à des professionnels inconnus et extérieurs à la résidence peut constituer une source de méfiance supplémentaire pour certaines PAI. L'intrusion perçue dans l'intimité du domicile se double ainsi d'une intrusion dans l'intimité des gestes du quotidien, soulevant plusieurs enjeux et

[115] Aides pour faire le ménage, pour faire les courses, pour préparer les repas, ou encore pour faire la toilette.

difficultés. D'abord en matière de confiance envers les professionnels intervenants, en particulier au regard de la crainte d'être volée ou que leur argent soit mal utilisé lors de l'aide aux courses. « L'aide à domicile, voilà, ils vont me piquer mon argent ou acheter n'importe quoi, etc. » explique par exemple PMS1-F34-GE. Cet extrait met aussi en lumière la perception chez certaines PAI de potentielles menaces à leur sécurité financière à travers l'intervention des aides à domicile. Cette méfiance est par ailleurs renforcée par le fait que, « déjà, ils ne donnent pas leur confiance facilement » comme souligne à ce sujet PMS9-F30-GE. Un frein supplémentaire donc, mis sur le compte d'une spécificité culturelle des PAI et de leur rapport à la pudeur. L'aide à la toilette est ainsi particulièrement difficile à accepter, « parce qu'ils gardent toujours la notion de la pudeur et ils ne veulent pas se dénuder devant les aides-soignants » explique PMS7-H40-GE. Cet infirmier note néanmoins que, « par contre, les femmes de ménage, ça ne les dérange pas du tout. […] Ça leur fait plaisir même (rire). » Or, si la majorité des professionnels témoignent de leur difficulté à mettre en place une aide à domicile pour des PAI en majorité réfractaire à ce dispositif, PMS7-H40-GE estime quant à lui qu'« il n'y a personne pour leur mettre les démarches en place. Il y en a pas mal par exemple à X [foyer] qui ont besoin de ménage par exemple dans leur chambre. Mais il n'y a personne qui fait les démarches pour faire l'APA ». Cette contradiction dans l'analyse de situation des PAI en perte d'autonomie est ainsi révélatrice de plusieurs difficultés : un manque de communication entre professionnels sur les besoins des PAI dont ils partagent l'accompagnement, mais aussi une variabilité de la confiance des PAI envers les professionnels qui les accompagnent en fonction des représentations associées à leur statut. Ainsi, si les PAI sont perçues comme en majorité réfractaires aux aides à domicile, leur résistance sociale aux visites à domicile des infirmiers est perçue comme moindre. Cette posture tend à s'expliquer par la confiance spécifique accordée aux professions de santé, mais aussi par des raisons financières, comme l'explique PMS8-F28-GE à propos du remboursement des visites à domicile d'infirmiers :

> « Mais les infirmiers, par contre, non [il n'y a pas de problème à ce qu'ils interviennent au domicile]. Pour les infirmiers... En fait, quand c'est du domaine médical, de la santé, ils sont OK. Il n'y a pas de souci. Elles peuvent venir. Mais dès que... Et puis aussi, bon, la différence aussi, c'est que les cabinets infirmiers, souvent, il y a une prise en charge de l'assurance maladie. Donc du coup, finalement, il n'y a rien à débourser. Alors que si c'est des aides à domicile, là, il faut solliciter un organisme type EFM ou Avec. Et là, il y a une facture. Donc là, du coup, les choses, elles sont un peu différentes. Donc il y a le problème de confiance que ma collègue, elle parle. La confiance. Il y a aussi l'habitude qu'ils se sont toujours débrouillés tout seuls. Donc pourquoi, aujourd'hui, quelqu'un viendrait leur faire le ménage alors qu'ils l'ont fait depuis longtemps ? Et il y a le coût financier aussi qui pose souci » PMS8-F28-GE.

Pour PMS6-F62-GE, le renoncement aux aides à domicile s'explique également par une méconnaissance chez certaines PAI de leurs propres besoins, ou du moins par une difficulté à les exprimer : « des besoins, ils en ont. Même si eux-mêmes vont vous dire qu'ils n'ont rien besoin, des besoins sont là. En termes d'aide à domicile, ils ont des besoins », explique-t-elle. Ce verbatim souligne les tensions et la dissonance pouvant exister entre les définitions données par les PAI à leurs besoins en matière d'autonomie, et la définition que les professionnels en donnent. Mais il peut aussi s'analyser au regard de la variabilité de la confiance accordée par les PAI envers les professionnels à qui elles confient ou non leurs besoins, ce qui tend à limiter la compréhension de la réalité de ces besoins par les professionnels et leur manière d'y répondre adéquatement, en particulier pour les professionnels percevant chez certaines PAI des besoins qu'elles ne leur expriment pas. « Le problème, c'est que nous, on peut pas les forcer » déplore ainsi PMS9-F30-GE au sujet de la mise en place d'aide à domicile.

Cette rupture symbolique montre les limites liées à l'accompagnement médico-social des PAI en perte d'autonomie, en raison des tensions existantes dans la définition de leurs besoins et du fait que les réponses à cette perte d'autonomie reposent essentiellement sur le recours à une aide à domicile, en dépit du caractère inadapté de ce dispositif face aux attentes des PAI. Or, en l'absence de solution concrète, ces situations peuvent produire un enrayement du processus d'accompagnement médico-social, avec pour conséquence une dégradation importante de leur santé, voire également une rupture définitive avec le système médico-social :

> « Après, des fois, on est face à... Quand on peut rien faire, on peut rien faire. Alors ça va se dégrader. La personne va finir hospitalisée. Et comme certains, voilà, ils sont hospitalisés. Et puis voilà, ça se dégrade. Et puis après, des fois, il y a un retour au pays définitif. Voilà. Mais c'est vrai que du coup, on peut pas les forcer. Donc s'ils veulent pas d'aide à domicile... » PMS8-F28-GE.

En l'absence d'outils ou de dispositif adéquat, l'inefficacité du recours aux aides à domicile pour répondre à la perte d'autonomie des PAI contribue ainsi à reproduire les mêmes inégalités de santé et d'accès aux soins observées avant la pandémie chez ces populations, alors même que la pandémie a pu aggraver leur perte d'autonomie. Ces inégalités sociales de santé continuent de soulever des enjeux majeurs quant à la manière de penser leur accompagnement médico-social, mais aussi quant à l'exclusion générée par des dispositifs de protection inadaptés aux besoins et aux attentes des PAI, réduisant les leviers sur lesquels les professionnels pourraient s'appuyer pour y répondre. Notons enfin, que la dématérialisation des services

administratifs constitue également un obstacle majeur, tant pour les quelques PAI souhaitant recourir à une aide à domicile, que pour les professionnels qui les accompagnent dans sa mise en place (cf notre section sur la dématérialisation et ses effets sur l'accès aux droits et aux soins).

Dans d'autres cas, les effets cumulés de la perte d'autonomie peuvent aller jusqu'à contraindre certaines PAI à reconsidérer leur présence en France. Une situation rencontrée par PMS6-F62-GE à plusieurs reprises dans sa résidence depuis la fin de la pandémie :

> « Se retrouver à 87 ans tout seul pour faire son ménage, pour faire ses courses, pour se faire un manger. Pour voyager même ! Même rien que le fait de faire les navettes, ça devenait un peu trop compliqué. Du coup, certains ont décidé de rentrer définitivement en Algérie. On en a quand même sur l'établissement 3 qui ont décidé de rentrer définitivement en Algérie » PMS6-F62-GE.

Ce professionnel met ainsi en évidence un processus de rupture s'opérant chez certaines PAI lorsque les difficultés générées par leur perte d'autonomie se combinent. Une rupture non pas marquée par l'atteinte d'un point de non-retour, mais plutôt par leur décision de retourner vivre dans leur pays d'origine. En effet, l'accumulation des difficultés liées aux tâches domestiques (le ménage, la préparation des repas, les courses, la toilette), mais aussi la difficulté croissante à se déplacer seule, tend à construire chez elles une forme de résignation face à une vie quotidienne douloureusement amoindrie. La crainte de mourir seule, largement répandue chez les PAI, et plusieurs fois rapportée par les professionnels, participe également à la redéfinition de leur situation en France. Si certaines PAI en viennent donc à considérer le retour au pays d'origine comme une solution à leur perte d'autonomie, ce retour apparaît davantage comme le résultat d'un choix contraint plutôt que comme une véritable opportunité. Loin d'être un simple retour aux racines, ce départ définitif s'inscrit dans un processus de redéfinition de leur situation dans une société où les formes d'accompagnement médico-social proposées leur sont inadaptées ou trop complexes à mobiliser. Les exemples évoqués par PMS6-F62-GE ne relèvent ainsi pas uniquement d'une volonté de certaines PAI de renouer avec leur pays natal, mais traduisent aussi leur impossibilité à envisager leur vieillissement en France face à des conditions de vie et d'assistance inadéquates. Dès lors, ce retour au pays peut s'analyser en partie comme la conséquence d'inégalités dans l'accès au système de protection qui, à mesure du déclin de l'autonomie, rend trop difficile le maintien de la présence en France. Cette situation

interroge par ailleurs sur ses conséquences pour leur santé, leur identité sociale et leur équilibre familial, en particulier pour les PAI ayant passé la majeure partie de leur vie en France.

3.2 L'accès à une mutuelle santé : un facteur persistant dans les inégalités d'accès aux soins des PAI

Les professionnels ont mis en avant les difficultés et enjeux soulevés par le renoncement de nombreuses PAI à une mutuelle santé. Un phénomène qu'ils expliquent en grande partie, là encore, par le mode de vie oblatif des PAI qui, par souci d'économie, préfèrent renoncer à un dispositif dont les cotisations qu'il implique représentent un frein financier au maintien de leur solidarité familiale. « Ils ne prennent pas de mutuelle parce que ça a un coût. C'est trop cher. Du coup, ils se privent sur la santé » explique PMS8-F28-GE. Une stratégie qui, selon certains professionnels, s'est renforcée depuis la fin de la pandémie en raison de l'inflation économique[116] et de la diminution du pouvoir d'achat. L'inflation du prix des billets d'avion est particulièrement significative de cette dynamique. « C'est un coût supplémentaire », explique à ce sujet PMS1-F34-GE, « et ce coût-là, je pense, c'est pour ça aussi qu'ils disent ''bon bah alors on va pas prendre la mutuelle'' par exemple hein, voilà on va peut-être pas prendre la mutuelle on va peut-être pas, on va peut-être plus s'acheter ceci, cela, enfin ça va être peut-être un peu plus réduit, etc. » Un obstacle financier donc, perçut par l'ensemble des professionnels rencontrés, mais qui ne suffit pas à expliquer l'importance de ce phénomène de renoncement. En effet, le renoncement à une mutuelle tend également à s'analyser à travers la dissonance entre la définition que donnent les PAI à ce système d'aide (et à l'intérêt qu'elles y perçoivent) et la définition qu'en donnent les professionnels, pour qui la souscription à une mutuelle apparaît d'autant plus essentielle aux PAI à mesure que leur avancée en âge s'accompagne d'une intensification des besoins médicaux. Les propos de PMS8-F28-GE sont à ce sujet particulièrement éclairants dans la mesure où ils soulignent un paradoxe important dans la dynamique de ce renoncement. En effet, si certaines PAI renoncent à une mutuelle par souci d'économie, l'importance des soins dont elles font l'objet peut parfois rendre cette stratégie contre-productive, car plus coûteuse :

[116] Le taux d'inflation annuel en France était, selon l'INSSE, de 0,5% en 2020, 1,6% en 2021, 5,2% en 2022, 4,9% en 2023 et de 2% en 2024. Sources : https://www.economie.gouv.fr/cedef/evolution-prix-consommation ; https://www.economie.gouv.fr/cedef/fiches-pratiques/taux-inflation

> « Je crois que je dois avoir sur 30 chibanis, je dois en avoir 3-4 qui ont une mutuelle. Ah ouais non, les chibanis, ils ne prennent pas de mutuelle. Ils vont préférer payer la facture. S'ils sont hospitalisés ou s'ils doivent aller à la pharmacie, ils vont préférer payer la facture une fois plutôt que payer tous les mois. Alors que finalement, si on fait le calcul sur l'année, peut-être que ça revient plus cher de payer la facture d'un seul coup. Mais en fait, d'intégrer le fait que tous les mois, on prélève sur mon compte 50 - enfin non, pour une personne de 80 ans, ça doit être au moins 80 euros - c'est impensable pour eux. Même si je leur fais le calcul et je montre que ‘’mais regardez, vous avez dépensé plus avec les médicaments à la pharmacie !’’ Mais non, ils ne veulent pas » PMS8-F28-GE.

Cet exemple illustre comment le rapport à la gestion de l'argent, indépendamment de faibles moyens financiers, peut aider à expliquer le phénomène de non-recours à une mutuelle chez certaines PAI. Cet exemple témoigne également des rapports au temps et aux besoins de santé qui, selon cette professionnelle, peuvent s'ancrer pour certaines PAI dans une temporalité court-termiste, impliquant de ne payer que pour des besoins médicaux présents, en dépit de l'intérêt financier qu'il y aurait à souscrire une mutuelle pour amoindrir les dépenses liées à d'éventuels besoins médicaux futurs. Ce rapport au temps et aux besoins médicaux est également observé par PMS1-F34-GE, qui souligne les risques financiers d'une telle situation :

> « Les mutuelles, qui sont souvent difficiles à mettre en place, parce qu'ils n'aiment pas trop payer la part mutuelle sur, voilà, tous les mois en se disant qu'ils ne sont pas malades, etc., sauf que des fois il y a une hospitalisation et puis ça coûte des sous quoi. Alors bon, au régime Alsace-Moselle ça va, on est plutôt bien lotis, mais malgré tout, ça peut prendre des frais qui peuvent les mettre en difficulté après aussi donc il y a aussi une petite vigilance sur ça, l'accès aux soins voilà, forcément ça va perdre » PMS1-F34-GE.

Pour PMS6-F62-GE, ce risque financier constitue un outil de sensibilisation et de négociation pour convaincre les PAI de l'intérêt de souscrire à une mutuelle. « Enfin, moi, je sais que je leur ai expliqué que la complémentaire santé, c'est très important sur le fait que s'ils sont hospitalisés, et qu'ils peuvent se retrouver en difficulté pour payer une facture d'hôpital ou même des médicaments » (PMS6-F62-GE). Une pratique de sensibilisation reposant donc sur la construction d'un sentiment de peur lié à un risque financier d'impayé. Cette pratique se distingue ainsi de celle employée par PMS8-F28-GE dans sa résidence, davantage orientée vers une approche comptable visant à démontrer, calculs à l'appui, que la souscription à une mutuelle permet d'économiser sur le long terme. Contrairement à la résidence de PMS8-F28-GE, la majorité des PAI de la résidence de PMS6-F62-GE bénéficient soit d'une mutuelle, soit d'une complémentaire santé solidaire. Ces exemples mettent en lumière plusieurs enjeux pour les PAI. D'une part concernant les risques éthiques soulevés par l'exemple de PMS6-F62-GE,

qui illustre l'ambiguïté qu'il peut y avoir entre, d'une part, le fait d'éclairer le consentement d'une personne en lui expliquant les risques qu'elle encourt à renoncer à un contrat de mutuelle ; et d'autre part, le fait de consciemment ou inconsciemment instrumentaliser ces risques en les utilisant non pas comme un levier de sensibilisation ou de négociation, mais comme un levier de contrainte. En effet, une telle instrumentalisation pourrait biaiser le consentement libre et éclairé des PAI, en les incitant à souscrire davantage par crainte d'une dette potentielle que par réelle conviction quant à l'intérêt du dispositif. Cette tension entre information et influence montre que le phénomène de non-recours ne peut être pensé indépendamment des conditions d'accès aux dispositifs et des modes d'accompagnement proposés par les professionnels. Or, les exemples PMS6-F62-GE et de PMS8-F28-GE témoignent de la diversité des pratiques d'accompagnement, dont l'efficacité et les risques qu'elles présentent sont variables d'un professionnel à l'autre, participant ainsi à renforcer les freins à la souscription d'une mutuelle chez certaines PAI, mais aussi plus largement les inégalités vécues par ces populations dans leur accompagnement à l'accès aux droits.

3.3 FTM et RS : des espaces de vie socialement disqualifiés, sources d'inégalités de santé

Les professionnels rencontrés ont pour dénominateur commun d'accompagner des PAI logeant en FTM ou en RS. Parmi ces 9 enquêtés, 8 sont employés dans l'un de ces deux types d'établissement. En matière de santé et d'accompagnement médico-social, l'expérience des professionnels révèle deux obstacles majeurs. Le premier porte sur les représentations négatives des FTM et des RS chez les professionnels extérieurs à ces établissements. Le deuxième porte sur la réticence de ces professionnels à intervenir dans ces lieux, ou d'y maintenir leurs interventions.

Concernant le premier obstacle, plusieurs facteurs tendent à expliquer la construction de ces représentations négatives chez les professionnels extérieurs. Le facteur le plus souvent évoqué porte sur le type de populations accueillies dans ces établissements. Des populations vulnérables, présentant des profils sociologiques divers, tant en termes de trajectoire sociale, professionnelle, familiale, médicale, migratoire, administrative et judiciaire, qu'en termes d'âges, de besoins et de difficultés. Une diversité de population qui fait l'objet d'un étiquetage social de la part des professionnels, qui catégorisent ces groupes sociaux sous forme de « publics » à partir de critères reposant le plus souvent sur les stigmates perçus chez eux. Or

comme le mettent en lumière les propos d'un infirmier, cet étiquetage social amène les professionnels à associer leurs représentations négatives sur ces « publics » à l'ensemble de leur lieu de vie :

> « Les foyers, généralement, ils ont une mauvaise réputation : soit des gens alcooliques, soit des gens qui ne comprennent rien, entre guillemets. […] Ou surtout, c'est le problème de la langue, la mauvaise fréquentation dans les foyers. Et surtout le soir. Les gens, les filles, les infirmières, elles n'ont pas envie de revenir le soir. Elles ont peur de... Il y a quand même une certaine catégorie des gens. Ils ne sont pas tous des chibanis, comme on dit. Il y a des jeunes qui sont sans papier, des gens qui squattent là-bas. Il y a quand même la vente de la drogue et plein de choses. Il y avait même des bagarres avec des armes blanches là-bas » PMS7-H40-GE.

Ce verbatim est d'autant plus intéressant qu'il met en lumière une hiérarchisation des « publics » vivants en FTM ou en RS selon le degré de peur qu'ils suscitent chez les professionnels. Or, le regroupement de ces populations au sein d'un espace de vie commun participe à la construction d'un mécanisme de ruissellement, où l'opprobre social d'un ou plusieurs « publics » particuliers peut amener certains professionnels à disqualifier socialement l'ensemble d'un établissement et de ses résidents. Aussi, le renforcement des difficultés vécues par certains « publics » non-PAI depuis la pandémie participent à renforcer ce mécanisme de ruissellement. PMS7-H40-GE évoque à ce sujet l'addiction développée par un groupe de personnes soudanaises. « Pendant la période du Covid, c'était que l'alcool, que l'alcool. Et là, ça continue », explique-t-il. Des représentations négatives largement construites par un sentiment d'insécurité donc, que partage notamment PMS8-F28-GE, qui perçoit par ailleurs un autre facteur important. Si elle explique que la précarité des publics accueillis « peut faire peur à certains » professionnels, l'insalubrité des établissements (en l'occurrence de son FTM) participe à la disqualification sociale de ces espaces de vie. « On a le problème de nuisibles. Des cafards et des punaises de lit » explique-t-elle. Des conditions qui constituent une autre forme d'insécurité pour certains professionnels, qui soit refusent d'intervenir dans ces conditions, soit exercent leur droit de retrait.

Cela nous amène au deuxième obstacle à l'accompagnement médico-social des PAI rapportés par les professionnels : le refus de certains d'intervenir en RS et en FTM, ou d'y travailler dans la durée. Des phénomènes en corrélation directe avec les représentations négatives sur ces établissements et du sentiment d'insécurité que suscitent certains de leurs résidents. « Quand on dit foyer Adoma, y en a qui disent : ‘'Moi, j'ai peur d'être agressée, je veux pas venir le soir'' » explique une responsable de résidence. Une crainte largement répandue chez les

professionnelles femmes, majoritaires dans les professions du secteur médico-social, mais qui touchent également certains professionnels hommes, comme en témoignent les propos de cet infirmier :

> « Et il y a des gens qui squattent partout. Là, c'est sécurisé un petit peu. Il y a des étages qui sont fermés. Mais il y a des infirmiers qui ne veulent plus y aller. Moi, j'avais un copain. Il m'a dit - un homme hein ! - il m'a dit, je ne veux plus aller là-bas. C'est bon. Si tu n'as que cette clientèle, je ne travaille plus avec toi. Et du coup, il est parti » PMS7-H40-GE.

Outre le refus catégorique de certains professionnels d'intervenir en FTM ou en RS, d'autres tentent d'articuler leurs pratiques autour de deux objectifs : assurer leurs missions auprès de la patientèle, et assurer leur propre sécurité lors de leur intervention à domicile. Un compromis qui repose sur une stratégie conduisant à ne plus intervenir dans des temporalités perçues comme peu sécures, c'est-à-dire le soir et le week-end, lorsque les professionnels de l'établissement sont absents. Une situation qui, pour les PAI sujettes à des soins continus, entraîne une détérioration de leur suivi médical, comme l'explique cet infirmier :

> « Il y a pas mal de gens qui n'ont pas pu se faire soigner, que ce soit pour... Surtout le foyer [nom du foyer]. Il y a des gens chez qui ont va donner leur traitement le matin et pas le soir. Parce qu'il n'y a personne qui peut passer les voir le soir. Oui, ça a des conséquences quand même. Le milieu est un peu hostile, un peu difficile comme les foyers… […] J'ai une collègue [infirmière] qui travaille là-bas [en foyer]. Elle a un patient, elle m'a dit ‘'moi, je ne peux pas y aller le soir. Du coup, je mets son traitement le matin et c'est à lui de savoir s'il faut le prendre ou non''. Donc, ça décourage l'équipe soignante d'aller le soir, surtout là-bas. Et le week-end. Vu qu'il n'y a personne. Il n'y a pas l'administration. Il n'y a pas beaucoup de monde » PMS7-H40-GE.

Au-delà d'engendrer une altération du suivi médical des PAI, le refus de certains professionnels d'intervenir en foyer a conduit PMS7-H40-GE à arrêter d'accompagner certaines PAI, faute d'avoir un nombre de collègues suffisant pour assurer un roulement dans le suivi de ces patients. « Du coup, moi, j'étais obligé d'abandonner deux ou trois personnes au foyer de X [nom du foyer]. Parce que je ne peux pas tourner tout seul », explique-t-il. Une situation présentée comme un abandon contraint, qui souligne la violence matérielle et symbolique de cette situation pour les PAI, mais aussi la culpabilité de ce professionnel à leur égard.

D'autres professionnels refusent d'intervenir dans les FTM et RS, ou bien décident de s'en retirer après quelques interventions. Parmi eux, on retrouve des aides à domicile, des entreprises de maintenance, ainsi que certains travailleurs sociaux. Plusieurs fois rapportée dans les récits

des professionnels rencontrés, la problématique des nuisibles constitue dans certains cas un double obstacle. D'une part, cela freine l'intervention des professionnels au domicile des PAI ; certains refusant tout simplement d'entrer dans les logements ou de continuer à y travailler par crainte d'être contaminés. D'autre part, cette problématique des nuisibles amène certains professionnels à renoncer de rencontrer physiquement les PAI, y compris à l'extérieur de la résidence, par peur qu'elles ne transportent avec elles cafards et punaises de lit. Une situation que rencontrait une responsable de résidence au moment de son entretien :

> « Là, en ce moment, je le vis sur [nom de la commune], où j'ai le CMS [Centre Médico-social] de [nom de la commune], les assistantes sociales, comme on a un souci de cafard, ils refusent de venir au foyer. Et ils ne veulent pas recevoir nos résidents chez eux. Je dis ''OK, je peux comprendre. On vous propose un bureau''. Mais même là, pour certaines, ça bloque. Je dis ''on fait comment ?'' ''Eh bien, on visio !'' Je leur dis, ''mais monsieur n'a pas de téléphone…'' » PMS5-F51-GE.

Cet exemple éclaire ainsi sur les limites produites par un enchevêtrement d'obstacles qui, comme ici, peut aboutir à une forme de rupture dans l'accompagnement médico-social des PAI[117]. Aussi, cet exemple montre comment la méfiance de certains professionnels, qui va au-delà des seuls espaces de vie des PAI, participe à renforcer le processus d'exclusion sociale dont sont sujettes ces populations. Une exclusion marquée par des obstacles supplémentaires à leur accès aux services sociaux et médico-sociaux, mais aussi par l'isolement produit par ces obstacles qui réduisent ou suppriment les interactions des PAI avec certaines institutions extérieures censées les aider. Ainsi, plus qu'une rupture dans leur accompagnement médico-social, cette situation témoigne d'une forme de ségrégation des PAI, d'une atteinte à leur dignité humaine, ainsi que d'une forme de dérive éthique et déontologique. En effet, dans les conditions de l'exemple analysé, l'accès au système médico-social est en partie subordonné à la situation résidentielle des PAI. En ce sens, la perception de certains professionnels quant à la salubrité du lieu de vie des PAI constitue un critère implicite d'éligibilité et de sélection dans l'accompagnement médico-social de ces populations. Par ailleurs, cette posture participe à alimenter la disqualification sociale des PAI et de leur lieu de vie et à renforcer leur vulnérabilisation. En effet, plutôt que d'alerter ou de renseigner les professionnels sur leurs besoins et difficultés, la situation résidentielle des PAI constitue un stigmate social, qui renforce la précarisation de ces populations. Or, cela est d'autant plus problématique, que, comme nous l'avons vu, il existe une dépendance des PAI à l'accompagnement des professionnels.

[117] Réticence et méfiance des professionnels, solution alternative inadaptée (dématérialisation).

Autrement dit, les inégalités de santé et d'accès aux soins peuvent aussi relever de la variabilité de l'engagement des professionnels dans la réalisation de leurs missions, de l'utilisation de leur droit de refus ou de leur droit de retrait, mais aussi par la variabilité de leurs capacités d'adaptation face à des situations et des conditions de travail perçues comme trop difficiles. Cette situation peut avoir pour effet de creuser les inégalités dans l'accompagnement médico-social des PAI, à la fois en fonction des conditions matérielles de leur lieu de vie, c'est-à-dire des inégalités de logement qu'elles vivent, et selon la manière dont ce lieu de vie est perçu par des professionnels :

> « On fait peur aussi aux médecins traitants. Alors, la réponse de l'infirmière, la coordinatrice du DAC de [nom de la ville], elle me dit ''Je ne trouve pas de médecin traitant qui accepte de se déplacer dans ce foyer''» PMS5-F51-GE.

Dans ce type de situation, le foyer devient un espace assimilable à un désert médical, en dépit de l'existence d'une offre de soin dans ses alentours. Les inégalités de logement qui se jouent dans ces foyers sont ainsi renforcées par la ségrégation médicale qu'elles engendrent pour leurs résidents. Or, nous allons voir que la disqualification sociale dont font l'objet certains FTM et certaines RS, ne constitue pas le seul mécanisme alimentant les inégalités de santé et d'accès aux soins de certaines PAI.

3.4 Un suivi médical dégradé, source d'inégalités d'accès aux soins

Aux côtés des inégalités de santé liées à la situation résidentielle des PAI, les professionnels ont soulevé plusieurs autres obstacles au suivi médical en contexte postpandémique. Le premier est la raréfaction des visites à domicile, en particulier des médecins traitants généralistes. Des visites que les professionnels perçoivent comme moins fréquentes depuis la fin de la pandémie, notamment en raison de la dématérialisation de l'accès aux soins, d'un manque de médecins et de l'usage de plus en plus fréquent de la téléconsultation, comme l'explique une responsable de résidence :

> « On a aussi, au niveau suivi médical, comme il y a un manque de médecins traitants, eh ben les visios. Tu te souviens ? On a été amené à faire des consultations visio avec notre propre téléphone parce que nos publics, beaucoup n'ont pas tous un smartphone » PMS5-F51-GE.

Pour les PAI sujettes à l'illectronisme, le développement des pratiques de téléconsultation nécessite l'aide d'un professionnel pour accéder et interagir avec leur médecin. Une contrainte

qui renforce la dépendance des PAI envers les professionnels, d'une part par la construction d'une contrainte numérique nouvelle qui réduit leur capacité à assurer par elle-même leurs démarches médicales ; et d'autre part, en raison de la disponibilité relative des professionnels pour assurer cette intermédiation. À cet égard, la téléconsultation participe à une complexification du parcours de soin dans la mesure où elle implique non seulement l'aide d'un professionnel pour prendre rendez-vous en ligne, mais aussi pour en assurer l'intermédiation et fournir le matériel pour réaliser cette consultation (téléphone, ordinateur). Aussi, le statut des professionnels assurant cette intermédiation pose question. Comme l'explique un infirmier, les téléconsultations nécessitent la prise de paramètres médicaux, mais aussi un lien de confiance entre le professionnel et le médecin, en particulier sur la fiabilité des paramètres amenés à être communiqués :

> « Les médecins on a du mal à les avoir, ils ne se déplacent pas forcément voir la personne. Du coup on organise une téléconsultation, elle voit la personne, on lui transmet tous les paramètres et elle voit, elle parle avec la personne directement » PMS7-H40-GE.

> « Il y a deux façons [de faire une téléconsultation]. Soit moi j'ai le numéro personnel de son médecin traitant, donc je lui dis je vous appelle avec FaceTime ou autre chose, il est d'accord - généralement il ne dit pas non parce ça lui évite de se déplacer et il nous fait confiance aussi, parce qu'on lui les bonnes informations. Ou bien il y a les téléconsultations qui sont sur les logiciels classiques comme Liberos ou autre chose, vous prenez un rendez-vous avec n'importe quel médecin, pas forcément son médecin traitant » PMS7-H40-GE.

Or, comme l'illustre plus haut le verbatim de PMS5-F51-GE (responsable de résidence), ces rendez-vous sont parfois assurés par des professionnels dont ni la formation ni les missions ne relèvent du soin. Une situation qui interroge sur la qualité du suivi médical ainsi réalisé, mais aussi sur une forme d'atteinte à l'intimité et la vie privée des PAI dont la situation médicale s'en retrouve exposée.

Par ailleurs, la raréfaction des visites à domicile s'explique également par la diminution du nombre de médecins généralistes aux alentours de certains FTM et RS, notamment en raison du départ à la retraite récent de plusieurs d'entre eux, sans qu'ils ne soient remplacés. Or cette situation participe à saturer les cabinets médicaux encore ouverts en absorbant une partie de la patientèle des cabinets récemment fermés. Une charge de travail supplémentaire pour les médecins encore actifs donc, rendant plus difficile la poursuite de visites à domicile. Par

ailleurs, certaines PAI sont elles-mêmes touchées par le départ en retraite de leur médecin traitant, se retrouvant ainsi sans généraliste référent, faute de trouver un nouveau médecin qui accepte de nouveaux patients. Une difficulté révélatrice d'une rupture accrue dans l'accès aux soins et le suivi médical des PAI, qui, dans cette situation, peuvent parfois être contraintes d'aller aux urgences pour se soigner :

> « Il y a aussi le fait qu'il y a pas de médecin traitant. Donc il y a plein de gens qui n'ont pas accès aux soins parce qu'il y a pas de médecin traitant qui prend de nouveaux patients sur la commune de X [celle du foyer] et les alentours. Donc on a des personnes qui, au final, vont aux urgences parce qu'ils ont pas de médecin traitant » PMS8-F28-GE.

Ces situations impliquent ainsi pour certaines PAI une redéfinition contrainte de leur environnement et leur rapport au système de santé, façonnée par la perte de leur médecin traitant et la nécessité d'identifier de nouveaux espaces où pouvoir se soigner. Cette inquiétude est par ailleurs grandissante pour certains professionnels, qui anticipent dans un futur proche le départ d'autres médecins :

> « Et puis, il y en a certains [d'autres médecins] qui vont bientôt partir à la retraite, je pense. Voilà, Dr. X ou Dr. Y, je pense qu'ils sont proches de la retraite. Donc là, par contre, quand eux vont partir à la retraite, on va être bien embêtés. Ça va être très compliqué » PMS8-F28-GE.

La raréfaction de l'offre médicale et la diminution des visites à domicile sont des phénomènes d'autant plus préoccupants au regard de la perte d'autonomie croissante des PAI, dont plusieurs ne sont plus capables de se déplacer seules pour une consultation. « Il y a des personnes qui n'arrivent plus à aller jusqu'à chez le médecin traitant » explique PMS8-F28-GE. Une difficulté à laquelle se combinent deux autres obstacles selon PMS3-F33-GE, à savoir la réticence des PAI à demander de l'aide, ou à ne pas oser le faire, et le manque de moyens transports disponibles pour les amener à leur rendez-vous :

> « C'est pareil : les médecins qui ne viennent plus au domicile. Et donc, c'est compliqué. C'est des publics qui ne sont pas forcément aussi toujours demandeurs. Et puis aussi, maintenant, les ambulances, c'est plus compliqué aussi de trouver des VSL, parfois, et tout ça » PMS3-F33-GE.

Des contraintes qui dès lors, amènent PMS3-F33-GE à alerter sur l'importance d'analyser la situation médicale des PAI non pas seulement au regard de critères médicaux, mais aussi et

surtout au regard de leurs déterminants sociaux défavorables, en particulier concernant leur environnement :

> « On prend la personne âgée, mais il faut prendre l'environnement aussi qui forcément compte, et l'environnement est hyper important quand ils sont en perte d'autonomie. Les médecins qui ne viennent pas, les infirmières qui ne se déplacent pas à domicile, donc voilà, il y a tout ce contexte là aussi qui peut freiner la prise en charge sur la santé en fait et le maintien à domicile quoi » PMS1-F34-GE.

Le second obstacle perçu porte sur l'allongement des délais de rendez-vous médicaux depuis la fin de la pandémie. En effet, la dématérialisation, le manque de médecins et la saturation des listes d'attentes entraînent un rallongement des délais de rendez-vous, en particulier chez les médecins spécialistes, poussant ainsi certaines PAI à renoncer à des soins. « Il y a des gens, oui, il y a des gens qui disent "de toute façon, il n'y a pas de rendez-vous avant un an, on laisse comme ça et c'est tout"» explique PMS7-H40-GE. Une forme de découragement et de résignation devant des obstacles structurels qui, là encore, illustrent les ruptures qu'ils peuvent provoquer dans le parcours de soin de certaines PAI. Ces dernières finissent ainsi par intégrer l'idée que le recours aux soins n'est plus une option réaliste, renforçant ainsi une dynamique de non-demande et de sous-recours médical à travers une redéfinition de leur rapport au système de soin. Cette redéfinition du rapport au système de soin implique aussi chez certaines PAI une redéfinition de leur besoins médicaux, non pas en fonction de leur état de santé, mais en fonction des contraintes qu'elles devront surmonter pour parvenir à être prises en soin.

Enfin, le troisième obstacle perçu par les professionnels porte sur les pratiques de certains médecins dans le suivi médical des PAI. En effet, certains soulignent que la surcharge de travail des médecins, conjuguée aux contraintes structurelles du système de santé, peut entraîner une prise en soin de plus en plus « expéditive », comme l'explique cette professionnelle :

> « Mais après, les médecins traitants ont finalement tellement de patients que, en fait, les médecins traitants ne prennent pas le temps nécessaire avec... C'est vite bouclé. Je te fais ton ordonnance de... […] C'est juste la qualité du service, les médecins qui sont un peu… Expéditifs » PMS8-F28-GE.

Si les perceptions des professionnels ne permettent pas d'évaluer l'ampleur de ce phénomène, elles témoignent néanmoins d'une difficulté supplémentaire dans les parcours de soins de certaines PAI. En effet, ces « consultations expéditives » entrent en contradiction avec les besoins spécifiques de ces populations, qui peuvent nécessiter un accompagnement plus

attentif, des explications détaillées, parfois répétées, pour comprendre les prescriptions, les recommandations ou les informations sur l'évolution de leur état de santé. Au-delà du temps consacré aux consultations, c'est aussi la disponibilité même des médecins qui est en cause. Plusieurs professionnels rapportent des difficultés à obtenir des rendez-vous, non seulement parce que les délais sont longs, mais aussi parce que le médecin traitant lui-même devient une figure distante, parfois inaccessible. L'un d'eux relate une situation révélatrice de cette surcharge :

> « J'ai eu un infirmier au téléphone pour l'un de mes résidents. Je lui dis "Oui, t'as vu l'état de monsieur ? Je trouve qu'il se dégrade." Et il m'a répondu, l'infirmier : "Oui, mais tu sais, le docteur X [nom du docteur], il est tellement surchargé par le nombre de patients qu'il n'a pas le temps de s'attarder sur tous les patients" » PMS8-F28-GE.

Loin de l'archétype traditionnel du médecin de famille proche et disponible pour ses patients, plusieurs professionnels témoignent d'un changement de posture de certains médecins, lié à des prises en charge rapide**,** standardisée, où l'individualisation du soin peine à trouver sa place. Ainsi, alors même que les PAI auraient besoin d'un suivi renforcé[118], elles sont parmi les personnes qui pâtissent le plus de la détérioration des conditions d'exercice de la médecine de ville.

Outre les contraintes liées aux problématiques générales de la médecine de ville, un infirmer souligne également comment les représentations négatives de certains professionnels à l'égard des PAI, ainsi que les contraintes liées aux barrières de la langue, peuvent influer sur leur prise en soin et leur suivi médical. Des représentations négatives en partie construites et entretenues chez certains professionnels par leurs difficultés à interagir avec les PAI parlant et comprenant peu le français. PMS7-H40-GE explique ainsi que « les chibanis, ils [certains infirmiers] appellent ça les personnes qui ont un certain âge, qui ne comprennent rien, qui s'en foutent ». Une perception qui déroge aux valeurs d'empathie attendue de ces professionnels et qui peut, dans certains cas, aboutir là encore à une prise en soin expéditive, voire maltraitante. PMS7-H40-GE évoque à ce sujet la posture d'une collègue infirmière :

> « Parce qu'une infirmière, généralement, elle veut vite faire. Je critique pas mes collègues hein ! Après, s'il y a la barrière de la langue, c'est déjà un problème. Elle [sa collègue] va voir qu'autant elle va se donner du mal à lui expliquer qu'il faut éviter, par exemple, le sel, pour les personnes qui sont en restriction hydrique, qui n'ont pas le

[118] En raison de leur (avancée en) âge, de leur perte d'autonomie, et de la prévalence importante de certaines pathologies chroniques.

> droit de boire beaucoup. Elle va se donner du mal à lui dire "il ne faut pas boire ça, évitez ça." Mais il ne va rien comprendre. Il va dire "oui, oui, oui," sachant qu'il n'a rien compris. Donc, pour elle, ça ne lui donne pas envie de revenir » PMS7-H40-GE.

Là où un suivi médical adapté supposerait du temps, de la pédagogie et une attention particulière à la compréhension et aux représentations du patient, les pratiques de certains professionnels s'inscrivent dans une logique inverse, avec la volonté de traiter un maximum de patients en minimum de temps, notamment à travers une économie du temps dédié à expliquer la posologie du traitement, voire dans certains cas, en cessant de suivre les patients dont la situation est perçue comme trop contraignante. Ces pratiques rendent compte d'un suivi médical déshumanisant, qui limite ce suivi et la prise en soin de certaines PAI à une application stricte de leur ordonnance, sans égard pour d'éventuels nouveaux besoins ni pour leur bien-être ou leur santé générale. Ce phénomène est d'autant plus inquiétant dans la mesure où beaucoup de PAI souffrent d'isolement et que les visites à domicile constituent pour certaines l'une de leurs rares interactions sociales. Ainsi, à mesure que l'organisation du soin évolue vers une logique plus autonome et responsabilisante, les PAI se retrouvent de plus en plus laissées à elles-mêmes dans un système qui prend de moins en moins en compte leurs difficultés spécifiques.

4. Un isolement social en partie persistant

Les professionnels observent un maintien de l'isolement social chez certaines PAI dans le contexte postpandémique. Un isolement social en partie lié à la subsistance des effets de la pandémie et dont les conséquences se révèlent multiples pour les PAI.

4.1 La persistance des effets de la pandémie sur l'isolement

Parmi les professionnels, plusieurs ont analysé une incidence de la pandémie sur l'isolement de certaines PAI depuis la fin de cette crise. La généralisation croissante du recours à la dématérialisation a par exemple eu pour effet de limiter les interactions sociales liées aux démarches administratives. En effet, avant la pandémie, certaines PAI trouvaient dans ces démarches un espace de sociabilité, même si celles-ci étaient perçues comme contraignantes. Aller à la CPAM, à la CARSAT ou à la préfecture permettait d'échanger, de discuter avec l'agent ou d'autres usagers comme l'explique une conseillère en insertion sociale :

> « Ça faisait la sortie de la journée quoi. En fait c'est clairement ça, d'aller demander son dossier de CSS par exemple à la CPAM bah ils y allaient, ils discutaient avec la dame, « bah ok je vous donne le dossier, vous le complétez, vous nous le ramenez, il faut ça comme justificatif », ils y retournaient, « est-ce qu'il y a tout ? », elle vérifiait « bah il vous manque ça », enfin voilà, un échange comme ça, ça leur prenait peut-être je sais pas moi, deux heures sur la journée, mais c'est deux heures sur la journée où ils étaient occupés, ils voyaient quelqu'un, ils discutaient dans la file d'attente, ils discutaient avec l'agent, enfin voilà c'est des choses, oui, où je pense qu'on l'a clairement perdu quoi » PMS1-F34-GE.

Ainsi, la dématérialisation des services, la fermeture des guichets physiques ou les entraves à leurs accès sont révélatrices de changements qui peuvent constituer un renforcement de l'isolement chez certaines PAI. En effet, au-delà des inégalités d'accès aux droits et services qu'ils engendrent, les obstacles à l'accès aux administrations et aux établissements de services peuvent s'analyser comme une réduction des espaces de sociabilité disponibles dans l'environnement social des PAI, ainsi qu'une réduction des opportunités d'interactions sociales que ces espaces offraient.

Un autre facteur perçu comme contribuant à l'isolement de certaines PAI est leur peur persistante du SARS-CoV-2, un virus dont les variants sont encore en circulation depuis la fin de la crise sanitaire, bien qu'ils soient moins médiatisés et moins mortels. Cette peur persistante du virus peut s'analyser comme relevant à la fois d'un processus d'intériorisation d'un danger survenu durant la pandémie, mais dont la menace est perçue comme toujours actuelle, et un processus d'intériorisation de certaines habitudes ou pratiques de distanciation sociale permettant de se protéger de cette menace. Pour certaines PAI, ces intériorisations continuent à influer sur leur comportement et mode de vie en contexte postpandémique. « Il y a des gens qui n'ont jamais repris certaines habitudes. J'en connais qui refusent encore d'aller à la mosquée ou d'aller boire un café avec les copains » explique PMS6-F62-GE. Ces pratiques d'auto-isolement se traduisent par un renoncement au maintien de certains liens sociaux, de certaines pratiques de sociabilités, mais aussi par un désengagement d'espaces de sociabilité autrefois fréquentés. Une stratégie de protection qui s'inscrit dans une logique de précaution, comme l'explique PMS7-H40-GE : « Même si la période [de la pandémie] est partie, elles disent ‘’on ne sait jamais’’ ». Ces situations interrogent quant aux frontières pouvant exister entre le maintien de pratiques de précaution face à un virus encore en circulation, et l'isolement social auquel peuvent conduire ces pratiques de précaution, au regard des risques que peut engendrer cet isolement sur leur santé et du traumatisme dont cet isolement peut être symptomatique.

Bien qu'ils ne soient pas perçus par l'ensemble des professionnels, plusieurs d'entre eux observent également un lien de corrélation entre l'isolement des PAI durant la pandémie (voire avant), et leur isolement après. En effet, les PAI étant parvenues à maintenir une vie sociale durant la pandémie sont celles qui, depuis la fin de cette crise, apparaissent comme les moins exposées à l'isolement aux yeux de certains professionnels. « J'ai envie de dire celles qui étaient isolées avant, elles le sont restées pendant la pandémie et elles le sont restées maintenant » explique notamment PMS1-F34-GE. Or, pour certaines PAI, la pandémie et plus particulièrement les confinements ont constitué une rupture durable dans leur mode de vie, entérinant des attitudes d'isolement au sein de leur domicile, comme en témoigne cet infirmier :

> « J'ai une personne qui depuis le Covid, avant il sortait et tout ça, il n'avait pas de problème. Depuis le covid, il est resté presque un an sans sortir, et après il n'a plus envie de sortir du tout. Il m'a dit je ne sors pas. […] Il m'a dit non je n'ai plus envie de sortir, ça ne me dit rien de sortir. Le fait de se trouver forcé à ne pas sortir pendant X temps, c'était quand même un an la période de confinement… Avant il sortait pour un peu aller au marché, venir voir telle personne et telle personne, mais du jour au lendemain il n'a plus le droit de sortir, il a peur surtout » PMS7-H40-GE.

S'il apparaît difficile d'identifier ce qui alimente cette peur résiduelle (traumatisme, microtraumatismes, hypocondrie, précautions, etc.), cet exemple interroge plus largement sur les répercussions des confinements sur la santé mentale de cet homme, dont la symptomatologie dépressive qu'il présente depuis la pandémie semble contribuer à expliquer son isolement au-delà de cette crise. Cela soulève les limites de l'accompagnement médico-social des PAI dont l'isolement vécu durant la pandémie perdure depuis la fin de cette crise, sans faire l'objet d'action ou de programme de rétablissement postpandémique pour leur venir en aide. Notons que le nombre de PAI encore isolée depuis la fin de la pandémie est d'autant plus difficile à évaluer dans la mesure où cet isolement peut contribuer à les invisibiliser davantage auprès des professionnels.

4.2 Un isolement aux conséquences multiples

L'isolement contraint lors des confinements, ainsi que l'isolement construit par la persistance des effets de la pandémie, présentent aujourd'hui des répercussions importantes chez certaines PAI. Plusieurs professionnels observent les conséquences de cet isolement sur la santé des PAI, les plus fragiles en particulier. Les propos de cet infirmier permettent d'illustrer ces conséquences :

> « Les gens qui ont une petite composante de fragilité, ça a fissuré complètement [après les confinements]. Ils se sont comment dire, ils se sont repliés sur eux-mêmes, ils sont restés… Y'a ceux qui ont pris la décision de tout abandonner, de partir, et y'a ceux qui sont restés à attendre, ils ont perdu le goût de la vie. Ça a joué beaucoup hein, sincèrement l'isolement, ça a joué beaucoup » PMS7-H40-GE.

Comme cet infirmier, d'autres professionnels ont également observé des cas de retours définitifs aux pays d'origine chez certaines PAI dont l'isolement en France devenait pour elles invivable. Si ce type de situation interroge sur les avantages tirés de ces départs et sur le devenir des difficultés qui en sont à l'origine, il illustre la détresse de certaines PAI, impulsée par la peur de revivre une séparation avec la famille restée au pays, mais aussi en raison de difficultés périphériques difficiles à assumer seule, comme la perte d'autonomie.

Chez certaines PAI, l'isolement durant et après la pandémie s'est combiné avec d'autres difficultés. PMS7-H40-GE rapporte ainsi l'exemple d'un homme dont l'isolement, la maladie (d'abord physique puis mentale) et le fait de ne plus avoir de nouvelles de sa conjointe, peut-être décédée durant la pandémie, l'ont conduit à commettre une tentative de suicide, avant de définitivement quitter la France :

> « J'ai connu une personne, elle a fait même une tentative de suicide. […] Ah si, ça existe. C'est un monsieur, il a 85 ans, je pense. Il est resté presque, je dirais, un an. Après, il a commencé à avoir déjà des soucis de santé qui ont déstabilisé son état psychologique. Et vu le confinement et tout le reste, il a... Il a craqué. C'est une personne qui est diabétique. Mais il gère bien son diabète. Et l'isolement, surtout. Oui, l'isolement. L'isolement, ça a beaucoup joué sur lui. Il n'a pas de nouvelles de sa femme, il n'y a rien du tout. Je pense qu'il a perdu sa femme aussi pendant cette période. Mais la tentative de suicide, elle était avant qu'il perde sa femme. Ça a rajouté. Du coup, il est parti, il n'est pas rentré. J'ai appris dernièrement qu'il est décédé » PMS7-H40-GE.

Cet exemple montre comment la pandémie n'a pas seulement porté atteinte à la santé de certaines PAI, mais a aussi influé sur leur trajectoire migratoire au travers d'un retour définitif au pays d'origine sur fond de souffrance psychologique et de perte de repères sociaux. Il illustre également le rôle des inégalités sociales de santé, en particulier à travers l'absence de soutien psychosocial adéquat apporté à cet homme, suivi seulement pour son diabète.

Pour certaines PAI restées en France, l'isolement peut s'inscrire dans un processus de sédentarisation au domicile, avec pour conséquences une perte des repères extérieurs, mais aussi un déclin physique et cognitif. Cette dégradation de l'état général de santé est elle-même

génératrice chez certaines PAI d'une autre forme de peur, celle de la chute. PMS7-H40-GE revient ainsi sur l'exemple d'un de ces patients qui, depuis la pandémie, refuse de sortir de son domicile par peur de tomber :

> « Il a peur d'une part parce qu'il y a une angoisse au fond de lui qui s'est construit, et aussi si une personne âgée reste dans le même environnement pendant un certain moment, elle a peur de tomber après. C'est pour ça on incite les gens à sortir, à changer de milieu là où ils vivent, comme ça leurs réflexes ou leur façon de se tenir elles restent toujours en bonne forme, et elle est souple. C'est-à-dire s'il a l'habitude de marcher sur un plan droit tout le temps, le jour où il va retrouver une petite marche, là il va trébucher, il va tomber. Ça joue quand même, c'est une personne qui a un certain âge, elle a 75 ans. Donc ça ne lui donne plus envie de sortir parce qu'il a une angoisse qui s'est construite et parce qu'il a peur de tomber » PMS7-H40-GE.

Cet exemple illustre comment, durant la pandémie, les confinements et leurs effets sur la santé ont participé à la construction d'un isolement durable chez certaines PAI. Dans cet exemple, l'isolement social de cet homme s'est maintenu dans le contexte postpandémique à travers une redéfinition de son rapport au corps et à son environnement extérieur, se traduisant par une perte de confiance en sa capacité à marcher dehors sans chuter. Cet exemple montre comment la rupture de cet homme avec son environnement extérieur durant la pandémie a constitué une perte de repère préjudiciable pour ses capacités physiques et cognitives qui, depuis la fin de la crise, contribuent à le maintenir isolé à son domicile de peur de tomber. En dépit de cette situation, cet homme ne fait l'objet d'aucun suivi par un kiné. Sa situation illustre comment les expériences inégalitaires vécues durant la pandémie sont ainsi aggravées dans le contexte postpandémique par une absence de prise en charge.

Les perceptions des professionnels sur l'isolement des PAI témoignent en la matière de trajectoires singulières, qui varient selon les situations et les expériences de chacun. À titre d'exemple, une responsable de résidence a fait part du cas de l'un de ses résidents, dont le processus d'isolement et la dégradation de son état de santé reposent sur l'accumulation de difficultés successives et des interactions cumulées de leurs effets :

> « En fait, lui, ce qui a été hyper difficile, c'est que M. Y, il a travaillé jusqu'à 68 ans en France. […] Et lui, en fait, je l'ai vu se dégrader du fait d'avoir arrêté de bosser. Lui, il voulait pas arrêter de travailler. C'est un monsieur qui est célibataire, il a pas d'enfant et pour lui, en fait, le travail, c'était vraiment le lien social. […] En fait, il a dû arrêter de travailler en début 2019, je pense. Ouais, c'est ça. Alors, déjà, il a eu énormément de mal à récupérer sa retraite. Ça, ça a été... […] Au mois de mars 2020 arrive la pandémie. Et là, en fait, il se faisait chier, donc il s'est mis à picoler. Qui dit boire, en fait, à son

> âge... Alors déjà, je pense qu'il avait une bonne tendance à se... (mime le geste de se saouler). Mais, c'était une alcoolisation qui était contrôlée. Tu vois, c'était le soir, il faisait l'apéro ou le dimanche ou les week-ends. Voilà, c'était quelque chose qui était plutôt contrôlé et bien contrôlé. Là, en ayant plus de cadre de travail, l'ennui, la solitude, tout ça, son état de santé, en fait, c'est hyper dégradé. Je l'ai vu immédiatement dans l'état de son logement. Monsieur Y, tu pouvais aller chez lui, c'était quelqu'un toujours propre sur lui, un logement, tu pouvais manger par terre. […] Pour s'occuper [pendant la pandémie], je dis bien pour s'occuper et à sa demande, il allait faire les courses, ou il accompagnait deux-trois résidents. Sauf que, en fait, comme je te le disais… [il s'alcoolisait]. […] Et du coup, il se faisait tirer dessus à boulets rouges [par les personnes qu'il aidait]. […] Voilà, donc il s'est fait un peu mettre de côté en fait, par les copains. Et je pense que c'est quelque chose qu'il a mal vécu et voilà, quoi. Là, il est devenu... Wahou ! Là, on est à la limite de la sénilité, quoi. Je ne peux pas te dire, je ne suis pas certaine qu'il terminera l'année » PMS2-F52-GE.

L'isolement de M. Y ne résulte pas uniquement de la pandémie, mais d'un enchaînement de transformations affectant son rôle social, ses interactions et son identité perçue. Son parcours met en lumière des difficultés successives (sa retraite professionnelle contrainte, sa perte de liens sociaux, les confinements, l'addiction à l'alcool et le rejet social) qui se sont imbriquées pour construire et exacerber son processus d'isolement et ses répercussions sur sa santé. En effet, vulnérabilisé par son passage à la retraite et par la perte du lien social qui en découle, l'arrivée de la pandémie a accentué sa vulnérabilité en réduisant ses opportunités de développer des relations de substitution qui auraient pu compenser son besoin de lien social dans cette étape de transition. Aussi, alors que sa consommation d'alcool était jusqu'alors perçue comme « contrôlée » et ritualisée, la perte de repères et de lien social engendrée par les confinements a participé à la construction d'une addiction à l'alcool. Une addiction source de réprobation sociale et d'exclusion par les pairs de sa résidence, mais aussi source d'une dégradation de son état de santé et de son autonomie, qui ont tous deux renforcé son isolement.

Si l'ensemble des exemples mobilisés relèvent de situations paroxystiques d'isolement social rapportées par les professionnels, ces trajectoires apparaissent néanmoins comme des données essentielles pour éclairer la manière dont persistent certains effets de la pandémie sur l'isolement des PAI. Ces exemples participent plus largement à montrer que l'isolement social des PAI dans le contexte postpandémique ne s'explique pas toujours comme une conséquence immédiate de la crise sanitaire, mais s'inscrit dans un processus plus vaste, construit au travers d'inégalités vécues avant, pendant et après la pandémie. Ce processus est marqué par une singularisation des trajectoires d'isolement, qui varient selon des mécanismes spécifiques (retraite, éloignement familial, perte d'autonomie, dégradation de la santé, exclusion sociale,

etc.), selon l'interaction des effets produits par ces mécanismes, mais aussi selon la manière dont l'isolement est subjectivement vécu et interprété par les PAI. Cette diversité des expériences d'isolement souligne ainsi la nécessité d'une approche différenciée pour comprendre ses effets et anticiper les leviers d'action possibles. Il ne s'agit pas seulement d'identifier les facteurs structurels qui favorisent l'isolement, mais aussi d'analyser comment les PAI le perçoivent, le vivent et y réagissent, en fonction de leurs parcours et de leurs trajectoires (migratoire, familiale, sociale, médicale, professionnelle, etc.) et de leur environnement social (contraintes et ressources).

5. Des inégalités sociales de logement persistantes

Durant la pandémie, les inégalités sociales de logement ont contribué à davantage exposer les PAI à un risque de contamination et aux effets disproportionnés de certaines mesures sanitaires, dont celle des confinements. Dans le contexte postpandémique, les professionnels ont soulevé différentes difficultés imputées à ces inégalités sociales de logements, dont celles engendrées par la transformation des FTM en RS. Selon eux, ces établissements sont inadaptés au vieillissement des PAI, en plus de poser des enjeux sécuritaires pour certaines PAI.

5.1 La poursuite du PTFTM : une transition RS/FTM difficile

Le Plan de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants (PTFTM), initié dans les années 1990, vise à transformer progressivement les foyers de travailleurs migrants (FTM) en résidences sociales (RS), avec pour objectif officiel d'améliorer les conditions de logement des résidents en leur offrant des espaces de vie individuels sous forme de studio. Ce processus, qui s'est poursuivi avant, pendant et après la pandémie, a impliqué pour certaines PAI un déménagement en partie contraint vers ces nouveaux établissements. Certains foyers ont été transformés en RS durant la pandémie, bouleversant d'autant plus brutalement le cadre de vie de certaines PAI déjà éprouvées par l'isolement et les restrictions sanitaires du contexte sanitaire. Une travailleuse sociale témoigne de cette transition difficile, source d'un isolement accru pour les PAI :

> « Alors, on est passé en résidence sociale le 30 novembre 2020. Avant, ici, ce bâtiment était un FTM. Donc, il n'y avait effectivement que des résidents avec une salle collective, avec des cuisines collectives et des sanitaires collectifs. Les gens avaient

> l'habitude de se retrouver en cuisine, pour cuisiner, manger à la salle télévision, jouer aux cartes. Quand on a eu la réhabilitation, donc les deux premiers bâtiments sont sortis de terre, ce bâtiment était fermé. Les résidents, donc, sont partis dans les bâtiments. Là, on est sur du logement. C'est des petits T1. Et on a récupéré ce bâtiment en 2021 ou 22. Je ne sais plus la date exacte. Et toutes leurs habitudes ont été chamboulées. […] Cette proximité qu'ils avaient au sein du FTM, sur les parties communes, en l'occurrence les cuisines collectives, ils ne l'ont plus eu en passage en résidence. Puisqu'il n'y a plus de cuisine collective. Ils ont leur petit appartement avec leur sanitaire privatif, leur petit coin cuisine. Il n'y a plus cette proximité. C'est compliqué parce que la communauté chibanis est très, très soudée les uns aux autres. Et on les sent plus isolés » PMS6-F62-GE.

Dans le contexte de la pandémie, ce déménagement a constitué un bouleversement accru de leur environnement social et mode de vie, tant par la modification de leurs repères et de leurs habitudes de vie que par l'altération de certains liens sociaux, en particulier avec leur ancien voisinage. Ces bouleversements constituent ainsi un ensemble de mécanismes dont les changements qu'ils ont engendrés participent à exacerber le processus d'isolement social de certaines PAI. En effet, dans les FTM, la vie collective était organisée autour d'espaces de sociabilité et de solidarités informelles (cuisines, salle de télévision, salle de jeu, couloirs), où les résidents pouvaient veiller les uns sur les autres, jouer et discuter ensemble, partager des informations et s'apporter un soutien mutuel, comme l'explique par exemple cette professionnelle :

> « Avant, ils avaient toujours quelqu'un pour les aider, expliquer. Dans les foyers, il y avait un système d'entraide. Maintenant, ils sont seuls dans leur appartement, et ils ne savent pas à qui demander » PMS3-F33-GE.

Ainsi, le déménagement en RS a participé à une redéfinition parfois douloureuse pour certaines PAI, matérialisée par une rupture avec des modes de sociabilité intériorisés après des années de vie passées en logement collectif. En effet, la configuration des RS impose une forme de segmentation de l'espace habité à travers des studios individualisés perçus comme des espaces isolés et isolants, là où les chambres et les espaces collectifs en FTM participaient à maintenir du lien social entre résidents et à limiter leur isolement.

Aussi, les chambres occupées en FTM étaient pour certaines PAI le seul logement qu'elles ont connu depuis leur arrivée en France. PMS8-F28-GE explique ainsi que « certains sont très, très attachés à leur chambre. Ça fait des années qu'ils sont là. C'est ça, le problème [raison pour laquelle certains ne veulent pas déménager]. Ça fait depuis toujours qu'ils sont là et c'est comme

ça ». Plus qu'un espace de vie, ces chambres représentaient des années de souvenirs et d'habitudes, qui éclairent sur la réticence de certaines PAI à quitter ces espaces, mais aussi le sur déracinement matériel et symbolique que peuvent constituer ces déménagements. Plus qu'un changement d'habitation, le déménagement peut apparaître pour certaines PAI comme la métonymie d'un changement de vie non souhaité, y compris lorsque le déménagement se fait au sein d'un même établissement, comme l'explique PMS9-F30-GE : « Le changement de bâtiment, c'est comme changer de vie, quoi. Tu vois, c'est leur vie depuis qu'ils sont en France ou en tout cas ici. Et c'est vrai que, pour certains, c'est difficile ». Comme plusieurs professionnels enquêtés, souligne PMS9-F30-GE ainsi un rejet des studios par les PAI :

> « En fait, les chibanis, ils sont quand même plus ou moins réfractaires aux studios. Ils sont habitués, depuis qu'ils sont là, pour certains, ça fait vraiment 50 ans qu'ils sont là, ils sont habitués à être dans une chambre. C'est vrai que dans les studios, ils se sentent pas forcément à l'aise. Pourtant, ils ont cuisine indépendante et sanitaire indépendante dans les studios. Mais ils se sentent mieux dans leur chambre » PMS9-F30-GE.

Si les causes du rejet des studios sont essentiellement perçues par les professionnels à travers l'attachement des PAI à leur espace de vie et à leurs habitudes, ainsi que plus largement par une crainte du changement, d'autres soulignent également leur crainte de mourir seule en studio. Rapportée par une responsable de résidence, cette crainte fait par ailleurs écho à celles émises par certaines PAI durant la pandémie, qui éprouvaient également cette crainte de mourir seule à leur domicile :

> « Moi, j'ai eu une situation d'un qui était vraiment malade, qui était à Vitry, qu'on a déménagé dans un studio tout autonome à Florange. Il ne veut pas. Il a tout fait pour revenir à Vitry en disant, j'ai peur de mourir seule. Il me dit, j'ai peur... Qui va me trouver ? Je me dis, il a peur de mourir et que personne ne le trouve » PMS5-F51-GE.

Plus qu'une rupture dans le mode vie, l'isolement accru généré par la reconfiguration spatiale des RS peut représenter une forme d'insécurité pour certaines PAI. Ces difficultés interrogent sur les effets qu'elles produisent sur la santé physique et mentale des PAI qui les vivent, mais aussi plus largement sur leur liberté à définir les conditions de leur vieillissement. Ces difficultés soulèvent également un paradoxe, celui d'une recomposition des inégalités sociales de logement au travers d'un PTFTM dont la vocation est pourtant d'y remédier. Or, l'absence de prise en compte des besoins réels des PAI pour orienter la rénovation et l'aménagement des

FTM en RS contribue à maintenir ces populations dans des logements, certes, plus récents, mais qui ne permettent pas de répondre à leurs attentes et leurs difficultés.

Enfin, l'un des aspects les plus unanimement rapportés pour expliquer la réticence des PAI à déménager en RS porte sur le fait que la perspective d'un déménagement s'accompagne d'une crainte de voir le prix de leur loyer augmenter.

5.2 Les limites d'un vieillissement en établissement d'accueil mixte : une cohabitation parfois difficile avec les autres « publics »

Que ce soit en FTM ou en RS, plusieurs professionnels ont soulevé des difficultés liées à la cohabitation des PAI avec d'autres catégories de population (jeunes précaires, demandeurs d'asile, familles en difficulté), dont les modes de vie, les difficultés et les besoins diffèrent des leurs. Une diversité liée à l'ouverture des RS et des FTM à d'autres populations, et qui se matérialise par un enchevêtrement de plusieurs dispositifs d'accueil au sein d'un même site, comme l'explique une conseillère en insertion sociale évoquant la configuration particulière de sa résidence :

> « Alors, aujourd'hui, la difficulté qu'on a, en tout cas, ici, sur le site de X, qui est quand même particulier, c'est de savoir qu'on a une résidence sociale, donc ce bâtiment-là, résidence sociale, le bâtiment à côté, on a un demi-étage résidence sociale. Le reste du bâtiment, c'est une pension de famille. Donc, un autre public, avec un autre fonctionnement. […] Du coup, au niveau de cet établissement, il y a une salle collective qui est à la pension de famille, où ils ont une cuisine intégrée, où ils font leurs animations. Et à côté, c'est la salle collective de la résidence sociale. On n'est pas sur les mêmes objectifs. Nous, notre rôle, en tout cas en résidence sociale, c'est pas de faire de l'animation. La pension de famille, c'est de faire de l'animation » PMS6-F62-GE.

Des propos qui font notamment écho à ceux d'une responsable de résidence, qui revient sur les difficultés soulevées par la transformation progressive de son établissement en centre d'hébergement pour d'autres populations précaires :

> « À X [nom de la ville de la résidence], c'était un site où il y avait beaucoup de chibanis et qui a arrêté les locations pour faire un départ pour un dispositif d'hébergement. Du coup, à chaque sortie de chibani, le logement était attribué à l'hébergement. Donc, à un moment donné, on se retrouvait dans des unités de vie mixtes entre des familles avec enfants et des chibanis. Et ça, c'était... Après, parfois, quand tu proposais de changer un chibani de chambre, ils ne voulaient pas. Oui, parce qu'il était là en premier entre

> guillemets. ‘’Pourquoi c'est moi qui pars et pas eux ?’’ Parfois, ils restaient en cohabitation » PMS5-F51-GE.

Son propos met en évidence la transformation continue des résidences à travers l’accueil d’autres populations précaires, tout en soulignant l’influence du profil sociologique de ces populations sur les dynamiques de changements de ces établissements et la cohabitation entre leurs résidents. L’exemple donné par PMS5-F51-GE va d’ailleurs au-delà des enjeux de cohabitation dans la mesure où il révèle un changement de politique de son établissement à travers lequel les PAI sont incitées à déménager pour laisser place à l’accueil d’autres populations. Un processus de transition qui participe à remettre en cause la présence des PAI chez elles, à travers un mécanisme de hiérarchisation des populations accueillies se faisant à leur détriment. Or, la résistance sociale manifestée par certaines PAI face aux propositions de relogement s’explique par un sentiment de légitimité dans l’espace qu’ils occupent (« pourquoi c’est moi qui pars et pas eux ? »), lié à leur présence de longue date, voire aux prérogatives implicites découlant de leur statut de « résident historique ». Si cette réticence illustre ainsi leur attachement à leur logement, leur incompréhension face à la remise en cause de leur présence et aux bouleversements de leur environnement par une cohabitation contrainte, cette situation est également révélatrice d’un dilemme qui, en cas de déménagement comme en cas de non-déménagement, constitue des formes de violences symboliques altérant le bien-être des PAI.

Leur résistance au déménagement peut également traduire une peur du déclassement, où toute modification de l’environnement immédiat est perçue comme un facteur supplémentaire de fragilisation, dans un contexte où leur ancrage spatial et social constitue aussi un ancrage identitaire, gage de sécurité. Dès lors, cette cohabitation imposée avec d’autres populations aux rythmes et aux besoins très différents est souvent vécue comme une rupture non choisie, qui impose une adaptation difficile à un cadre de vie devenu presque étranger, voire hostile. Ainsi, l’une des principales difficultés perçues par les professionnels chez les PAI est le décalage de leur rythme de vie avec celui des autres résidents, notamment avec les familles ayant des enfants en bas âge. Un décalage illustré par les propos de PMS8-F28-GE, qui éclairent par ailleurs sur la manière dont la promiscuité des logements et leur manque d’insonorisation peuvent exacerber les tensions entre résidents :

> « En même temps, quand, dans une chambre, il y a un monsieur de 90 ans et, dans une chambre à côté, il y a un couple avec deux enfants en bas âge, d'un autre pays, donc d'une autre culture, d'autres coutumes, du coup, là, à côté de l'autre, il y a tellement une proximité que ça peut bien se passer, comme, du coup, ça peut aussi... Il peut y avoir des frictions, pas le même rythme de vie. Ça peut être, je sais pas moi, le chibani, il veut faire sa sieste l'après-midi. Mais à côté de ça, bah, il y a les gosses qui courent dans le couloir, qui font du vélo dans le couloir, qui tapent dans la porte du chibani. Enfin, voilà » PMS8-F28-GE.

En effet, certaines PAI ayant vécu des décennies en FTM ou RS, étaient autrefois plus nombreuses et partageaient un mode de vie plus homogène. Leur décès progressif, en particulier durant la pandémie, et l'accroissement du nombre d'autres catégories de populations, participent à une redéfinition contrainte de leur environnement social. Cet environnement, qui rassemble des populations dont les modes de vie et les rythmes diffèrent, est perçu par certains professionnels comme une source de contraintes pouvant perturber la tranquillité et le repos de certaines PAI, notamment en ce qui concerne les nuisances sonores. Pour PMS9-F30-GE, ce décalage de rythme de vie relève explicitement d'un « choc intergénérationnel et interculturel » entre des résidents d'âges, d'origines, de confession et de cultures diverses. Les difficultés associées à cette diversité ont d'ailleurs participé à la construction du poste de médiatrice sociale qu'elle occupe dans son foyer, et dont l'une des principales missions est de veiller et de promouvoir au « vivre ensemble » entre résidents.

Enfin, si les FTM et les RS constituent *de facto* des lieux de mixité sociale et intergénérationnelle, les professionnels observent néanmoins que les PAI ont tendance à interagir très peu avec les autres résidents. « Ils aiment rester entre eux », explique notamment PMS5-F51-GE. Des mixités perçues comme étant de façade donc, qui tendent davantage à s'analyser comme une juxtaposition de groupes sociaux qui, au mieux et quelques fois, s'aident, le plus souvent s'ignorent, et qui au pire entrent en conflit. Aussi, le caractère limité des interactions des PAI avec les autres groupes de résidents peut se traduire par un renoncement à l'utilisation d'espaces qui leur sont spécifiquement dédiés, faute de permettre une intimité suffisante en raison de leur trop grande proximité avec les espaces occupés par d'autres résidents. C'est ce qu'explique notamment PMS6-F62-GE :

> « On a quand même installé une télévision du côté RS avec toutes les chaînes arabes pour que les chibanis, justement, puissent aller regarder la télévision. Mais c'est une salle qui est très peu utilisée. Très peu utilisée parce qu'elle n'est pas fermée par rapport à la salle collective de la pension de famille. Sachant qu'à la pension de famille, tous les

> matins, il y a leurs résidents, ils boivent le café, ils prennent le petit déjeuner ensemble. Souvent, à midi, ils prennent leur repas ensemble. L'après-midi, il y a des animations. Donc cette salle est pratiquement tout le temps occupée. Et cette proximité avec la salle de la résidence sociale, c'est un frein en fait pour nos Chibanis » PMS6-F62-GE.

Ce type de situation, symptomatique des effets d'une redéfinition contrainte des espaces de vie au travers d'une cohabitation imposée, participent à la construction d'un sentiment de marginalisation chez certaines PAI, qui peinent à trouver leur place dans des espaces communs perçus comme inadéquats à leurs attentes, parfois dominés par d'autres catégories de résidents, et ce dans un contexte où leurs pairs apparaissent de plus en plus minoritaires[119]. Cette situation participe plus largement à alimenter le processus d'isolement de certaines PAI qui, d'une part, se replient sur elles-mêmes, et d'autre part voient leur réseau communautaire diminuer. Aussi, la redéfinition contrainte des espaces de vie au travers d'une cohabitation imposée avec d'autres populations contribue à éclairer les inégalités sociales de logement pouvant exister entre les résidents d'un même établissement. En effet, certaines salles collectives peuvent faire l'objet d'une concurrence entre différents groupes de résidents, conduisant le plus souvent les PAI à se retirer de ces espaces.

5.3 Des enjeux et défis sécuritaires actuels et émergents

Les difficultés de certaines PAI à cohabiter avec d'autres groupes de résidents ont amené quelques professionnels à souligner des enjeux sécuritaires multiples dans certains FTM. Cette insécurité est perçue comme un phénomène de plus en plus prégnant en raison de la mixité sociale croissante dans ces établissements et la présence de populations perçues comme dangereuses (squat, violence, vol, vente et consommation de drogue, proxénétisme et prostitution), mais aussi en raison de la vulnérabilité spécifique des PAI face aux violences et aux arnaques. « Ils [les PAI] se retrouvent dans des résidences où il y a des jeunes, des problèmes de squats, d'alcool, de drogue… Ça ne leur correspond pas » explique PMS7-H40-GE avant d'ajouter : « Eux, ils cherchent juste un endroit calme, et là, ils ne dorment plus la nuit ». Une perception également partagée par une responsable de résidence. Plusieurs exemples rapportés par PMS7-H40-GE permettent de mieux comprendre sa perception de l'insécurité

[119] En raison de l'avancée en âge et l'accroissement des décès, les retours au pays d'origine, et parfois les déménagements.

vécue par certaines PAI. Le premier exemple porte sur la situation d'un homme vivant en collocation avec un dealeur de drogue, ayant fait de leur chambre un lieu de vente :

> « Que ce soit les jeunes et les bagarres et tout ça, ça les met mal à l'aise. Et ça déstabilise leur vie. Il y avait une personne chez qui son colocataire, il vendait du shit. Chaque soir, il y a quelqu'un qui toque pour acheter du shit. Il m'a dit, j'en ai marre. Je ne sais pas quoi faire. Ce ne sont pas les bonnes conditions de vie. […] Il m'a dit, la plupart du temps, je reste dehors et je préfère ne pas monter en haut [dans sa chambre]. […] Il ne veut plus rester en haut. Il esquive. Soit il va chez un copain, il squatte toute la journée. Il s'échappe de cette ambiance. Il dit, le gars, il ne fait que gueuler. Il vend du shit. Jusqu'à 3 heures du matin, il y a des gens qui toquent » PMS7-H40-GE.

Au-delà d'illustrer le sentiment d'insécurité permanent ressenti par ce PAI, cet exemple est révélateur d'une redéfinition contrainte de l'espace habité, où le logement n'est plus perçu comme un espace de sécurité ou de refuge, mais comme un espace de contrainte voire de danger qui impose d'être évité. Cette redéfinition de l'espace habité participe plus largement à une redéfinition du mode de vie de ce monsieur, façonnée par la peur, la frustration et l'impuissance, mais aussi par la fatigue et l'usure mentale causées par la nécessité de trouver continuellement des stratégies d'évitement pour échapper à cette situation.

Au-delà des tensions entre résidents, certaines PAI peuvent être la cible d'actes de malveillance, notamment en raison de leur isolement et de leur maîtrise limitée des démarches administratives, du français et des outils numériques, mais aussi en raison d'une incapacité à se défendre physiquement. PMS7-H40-GE rapporte ainsi l'exemple d'un chibani drogué à son insu et extorqué par des résidents plus jeunes, à qui il avait demandé de l'aide pour lire une lettre de la Caisse de retraite :

> « J'ai eu l'occasion qu'un chibani, il voulait montrer un papier à un jeune. Il lui a dit, celui-là, c'est quoi (le papier) ? En fait, il a le papier de la retraite de son frère qui est décédé. Il voulait l'emmener à la caisse de retraite. Il montrait le papier à un gars, un jeune. Il lui a dit, ‘'tiens, monsieur, la caisse de retraite a considéré que c'est toi qui es mort et pas ton frère. Du coup, il faut aller à Nancy pour rectifier ça. Mais ça tombe bien, je suis disponible, j'ai ma voiture, je peux t'emmener.'' Sur le chemin, ils se sont arrêtés et ils ont bu un coup. Du coup, ils l'ont cachetonné. Quand je dis cachetonné, c'est au zopiclone. Et oui, ce que je te raconte, c'est véridique. […] Une fois qu'ils l'ont cachetonnée, ils ont été à la banque et lui ont dit : ‘'il faut retirer 50 euros pour payer à la personne, à l'administration'', je ne sais pas quoi. Après, ils lui ont piqué ses cartes et l'ont retiré presque de chaque carte 1000 euros ou quelque chose comme ça. Et à la fin, les gars ils étaient gentils, ils sont des voleurs, mais des gentils, ils l'ont mis à la gare de Nancy et après, ils l'ont livré à lui-même. C'est l'agent de Nancy - heureusement, ils lui ont laissé son téléphone - ils m'ont appelé ils m'ont dit « est-ce que vous

> connaissez telle et telle personne ? » J'ai dit oui. Il a dit, voilà, il n'est pas bien du tout. Il dort, il ne fait que dormir. Je n'ai rien compris de l'histoire, je me dis il ne fait que dormir, c'est bizarre. Et du coup, ils lui ont pris un billet et je l'ai attendu à la gare de [nom de la ville du chibani], mais le gars, il ne pouvait même pas parler. Après, il a porté plainte. […] Donc, leur ignorance, pas ignorance, ce n'est pas l'ignorance, le fait qu'ils soient illettrés, ça joue beaucoup. Ça leur met dans des situations très, très difficiles » PMS7-H40-GE.

Cet exemple illustre comment différentes formes de vulnérabilités peuvent exacerber l'exposition de certaines PAI à des risques de manipulation, d'abus de confiance ou d'agression par d'autres résidents. Aussi, la précarité extrême de certains résidents est perçue par PMS7-H40-GE comme une source de risque à part entière pour des PAI qui, par ailleurs, ne maîtrisent pas toujours les pratiques de sécurité bancaire. Certaines PAI utilisent par exemple un mémo papier pour retenir leur code de carte bancaire, tout en conservant ce papier avec leur carte, quand d'autres PAI retirent des sommes d'argent importantes en espèce qu'elles conservent avec elle pour faire leurs courses du mois. Des pratiques perçues par PMS7-H40-GE comme un facteur supplémentaire de risque en raison de l'image qu'elles participent à renvoyer des PAI aux autres résidents en situation de précarité économique, à savoir celle de cibles faciles :

> « Il y a pas mal quand même de cas où la personne ne sait pas. Il y a ceux qui prennent tout dans leur poche [argent, CB, code de CB], mais ils ne sont pas à l'abri quand les caches tournent. Parce que, si quelqu'un est sans papier, il n'a rien pour manger, il n'a rien pour faire cet argent. Les plus vulnérables, ce sont les chibanis. C'est ça le problème. […] Ce sont les personnes chez qui on peut soutirer de l'argent. Il ne va pas résister. Il va donner bêtement ce qu'il a. Bêtement, ce n'est pas vraiment parce qu'il est vert [de peur]. La carte, le code, est-ce que tu peux me composer le code, et c'est là qu'on va profiter pour retirer son argent » PMS7-H40-GE.

Si ce constat met en évidence, au sein même de certains établissements, un phénomène d'opportunisme malveillant où les personnes les plus vulnérables peuvent devenir une ressource immédiate pour d'autres personnes en situation de précarité, il reste difficile d'établir l'étendue de ce phénomène, en particulier dans la mesure où il dépend des spécificités de chaque établissement, notamment en termes de populations résidentes, de dynamiques de cohabitation, de configuration architecturale et d'accompagnement social. Notons néanmoins que, l'exemple de l'homme abusé, volé et agressé donné par PMS7-H40-GE permet de souligner une autre dimension perçue dans l'insécurité vécue par certaines PAI. En effet, le fait que PMS7-H40-GE insiste sur le fait que l'homme agressé l'a été par des compatriotes plus jeunes, participant à mettre en lumière une évolution préoccupante des dynamiques de solidarité communautaire :

> « Malheureusement, la génération qui vient derrière, ils ne sont pas comme les anciens. Ils sont complètement différents. Ce sont les propres compatriotes qui ont fait ça. […] ça ne veut rien dire la religion. Ça peut jouer pour renforcer des valeurs, comme ça ne vaut rien du tout chez des personnes » PMS7-H40-GE.

Là où la figure du compatriote incarnait traditionnellement une source de soutien, de confiance et de sécurité, elle devient ici porteuse d'ambivalence, voire de menace. Ce glissement représentationnel peut participer à une redéfinition confuse des codes sociaux et symboliques sur lesquels s'appuyaient jusque-là de nombreux PAI pour se repérer socialement et se protéger. Aussi, ce glissement représentationnel fragilise d'autant plus les PAI, notamment les plus âgées ou isolées qui n'ont pas toujours intégré ce changement et qui continuent de percevoir de manière automatique et sans réserve les liens communautaires comme des garanties symboliques de leur sécurité. Or, c'est précisément ce décalage entre la manière de percevoir et de définir ces liens de solidarité communautaire qui peut rendre certaines PAI particulièrement vulnérables à des abus qu'elles ne soupçonnaient pas. Ainsi, l'insécurité ne provient pas seulement de l'environnement social des PAI, mais aussi d'une perte de lisibilité de cet environnement et des codes sociaux qui s'y jouent, où la figure de l'ancien, du chibani, n'est plus systématiquement définie par les plus jeunes résidents comme un statut imposant respect et prévenance. En ce sens, cette désorientation renforce leur isolement et leur exposition à des risques de violence, tout en rendant plus difficile l'adoption de comportements de vigilance adaptés. Néanmoins, là encore, il reste difficile de déterminer l'ampleur du phénomène analysé et la manière dont il est vécu par les personnes concernées. Ces situations sont par ailleurs d'autant plus à nuancer dans la mesure, où comme nous allons le voir, des solidarités entre PAI et d'autres résidents non-PAI peuvent exister, constituant ainsi des formes de ressources collectives dans le quotidien de ces premiers, notamment pour s'adapter aux inégalités de logement qu'elles vivent.

Chapitre 11 : Ressources individuelles et collectives perçues chez les PAI par les professionnels

Ce chapitre vise à explorer les ressources individuelles et collectives mobilisées par les PAI pour faire face à leurs inégalités vécues dans le contexte postpandémique. Leurs ressources institutionnelles feront l'objet d'une présentation spécifique dans le chapitre suivant.

1. Les ressources individuelles

Les professionnels perçoivent plusieurs ressources individuelles chez les PAI pour s'adapter aux inégalités nouvelles ou exacerbées qu'elles vivent dans le contexte postpandémique. Leurs expériences de vie, leur reconnaissance envers les professionnels, la simplicité de leur mode de vie, et leur utilisation progressive d'outils numériques sont les principales ressources perçues dans le contexte postpandémique.

1.1. La force du vécu comme cadre de redéfinition de la situation

Parmi les ressources individuelles, les expériences de vie antérieures sont fréquemment avancées pour expliquer la manière dont ces populations s'adaptent aux difficultés qu'elles vivent dans le contexte postpandémique. Ces expériences renvoient principalement à des épreuves traversées au long du parcours de vie, comme la guerre, la migration, les inégalités socio-économiques, la maladie, et les discriminations subies. Ce qui est perçu ici comme une ressource des PAI, ce n'est pas uniquement leur expérience passée en tant que telle, mais aussi leur interprétation et leur intériorisation de ces expériences comme des forces dans lesquelles puiser pour surmonter de nouvelles difficultés. Du point de vue des professionnels, ces expériences constituent un cadre à partir duquel interpréter et définir leur situation actuelle, les conduisant ainsi, par un mécanisme de mise en perspective, à relativiser certaines difficultés qu'elles peuvent vivre dans le contexte postpandémique. En ce sens, les épreuves antérieures peuvent constituer un cadre d'expérience qui ne sert pas tant à mieux comprendre leurs difficultés actuelles, mais plutôt à en atténuer les effets négatifs ou à les rendre plus supportables en les comparant à des épreuves passées perçues comme plus difficiles.

Plusieurs professionnels sont également revenus sur le rôle ressource de ces expériences sur lesquelles certaines PAI se sont appuyées durant la pandémie pour y redéfinir leur situation, relativiser leurs difficultés, et puiser le sens et la force de s'adapter. Pour certains professionnels, l'utilisation de cadres d'expérience comme ressources était plus perceptible encore dans le contexte pandémique, bien qu'ils tendent à se poursuivre dans le contexte postpandémique :

> « C'est leur vécu qui leur donne un peu la force pour continuer, il a dit c'est rien du tout pour moi [la pandémie], je mourrai un jour. Il inspire ça de ce qu'il a vécu avant. Les difficiles conditions de vie avant, ça leur a servi maintenant pour minimiser l'impact ou l'état d'isolement ou autre chose qu'il était en train de vivre pendant la période du Covid. Un peu moins qu'avant [la pandémie], mais après ça continue si quelqu'un a un fort caractère, une certaine persévérance, il la garde, ça n'est pas stabilisé pendant la période du Covid » PMS7-H40-GE.

Ce verbatim illustre comment certains professionnels définissent les épreuves passées de certaines PAI comme une ressource qu'elles peuvent mobiliser pour interpréter et définir leur situation dans le contexte postpandémique, mais aussi pour puiser « la force de continuer » à faire face aux difficultés qu'elles y vivent. Ce processus de définition et d'adaptation, que ce professionnel associe également à un « fort caractère » ou à une « persévérance », témoigne cependant d'une lecture qui tend à valoriser la résilience individuelle de certaines PAI, au risque de sous-estimer le poids cumulé des inégalités structurelles qu'elles continuent de vivre tant en surestimant leur résilience face à ces inégalités. Notons par ailleurs que, pour PMS4-F35-GE, les expériences vécues lors de la pandémie constituent un élargissement de leur cadre d'expérience à partir duquel certaines PAI ont ajusté la définition de leur situation en contexte postpandémique. Cette redéfinition s'observe selon elle à travers la résilience accrue développée par certaines PAI suite à l'expérience de cette nouvelle épreuve :

> « […] je pense que ça [la pandémie] leur a apporté une certaine résilience, après je ne sais pas si c'est une compétence, mais en tout cas qu'il y a une certaine résilience qui s'est créée avec cette pandémie aussi, et puis comment dire, de prendre ce qu'il y a à prendre en fait, cette manière un petit peu de penser, de se dire malgré tout on a connu une période un peu bizarre, compliquée, étrange dans plein de choses, mais voilà il y a aussi ce travail sur eux je pense, je pense qu'ils ont fait un travail sur eux en fait » PMS4-F35-GE.

Pour cette professionnelle, la résilience ainsi développée par certaines PAI se perçoit dans l'évolution de ses interactions avec ces populations. Elle y observe un changement de

comportement et d'attitude, qu'elle interprète comme une prise de recul et une relativisation des PAI dans la manière de définir et de vivre leur situation :

> « Par exemple, quand ils viennent au bureau, par exemple, de prendre plus le temps, d'être moins énervés, « c'est pas grave ». Quand je dis résilience, c'est un peu ça, « c'est pas grave, c'est pas aujourd'hui, ok on fera ça… » Ou alors avant ça aurait été un peu plus en urgence « mais là il faut faire tout de suite », et là ils relativisent plus, j'ai l'impression qu'il y a aussi une prise de recul « c'est pas super important, on fera plus tard, on fera différemment », et euh voilà. Avant ils se seraient attachés sur un truc administratif où il faut faire tout tout de suite, sinon y'avait péril dans la demeure. Et maintenant non quoi » PMS4-F35-GE.

Toutefois, il convient d'adopter un regard critique sur cette interprétation. En effet, les exemples mobilisés par PMS4-F35-GE pour expliquer la résilience accrue qu'elle perçoit chez certaines PAI, comme leur patience plus importante ou leur capacité accrue à relativiser des urgences, nous semblent davantage relever de formes d'adaptation se traduisant par l'adoption d'attitudes et de comportements plus distanciés dans leur gestion de certaines situations. En ce sens, si ces ajustements peuvent s'analyser comme une redéfinition plus sereine de ces situations et de la manière de les vivre, ils ne sauraient pour autant constituer à eux seuls des facteurs suffisant pour apprécier la résilience plus importante de certaines PAI depuis la fin de la pandémie. Au mieux, ces ajustements peuvent constituer des facteurs favorables à leur processus de résilience à travers une meilleure gestion du stress ou de l'anxiété que peuvent engendrer certaines situations, mais sans pour autant impliquer un renforcement de leur résilience individuelle. Ces éléments interrogent ainsi quant à l'existence d'un risque que des professionnels surinterprètent les formes d'adaptation de certaines PAI comme des signes de résilience, et que cela conduise ces professionnels à occulter ou à minimiser inconsciemment les difficultés vécues par les PAI, ainsi que les inégalités structurelles qui peuvent les générer. Notons par ailleurs que ces formes d'adaptation peuvent être fragiles, limitées et variables d'une PAI à une autre selon les situations qu'elles vivent, et selon leur manière d'interpréter et de définir ces situations et les attitudes adoptées à leur égard.

1.2 Des attitudes de reconnaissance et des modes de vie simples

Parmi les attitudes soulevées par les professionnels, beaucoup témoignent de la reconnaissance et de la gratitude des PAI envers ceux qui leur viennent en aide. Ces attitudes de reconnaissance et de gratitude peuvent, à plusieurs égards, s'analyser comme des ressources pour les PAI, en particulier pour celles plus isolées. En effet, ces attitudes participent à la construction ou au

renforcement de leurs liens sociaux avec les professionnels, au-delà du cadre de l'aide apportée par ces derniers. Ces attitudes donnent lieu à des pratiques de sociabilité qui, au-delà de permettre aux PAI d'exprimer leur gratitude, leur permet également d'alimenter leur vie sociale, de rompre leur isolement, et de maintenir leur identité sociale et les valeurs qui la fondent, comme l'expliquent ces professionnels :

> « En fait, c'est des personnes très reconnaissantes. Donc, ils ont à cœur de montrer qu'ils sont reconnaissants de ce que tu fais pour eux. Et donc, du coup, tu m'as rendu ce service et bah, du coup, voilà, je vais t'offrir un café. Je viens te voir tous les jours pour te dire bonjour » PMS8-F28-GE.

> « On reçoit toujours quelque chose parce que, en fait, ils vous disent toujours merci, merci. ‘’Je dis, mais non, mais c'est notre travail’’. Mais eux, lorsqu'on les accompagne, ils voient ça plus qu'un simple travail parce qu'on est souvent à leur écoute » PMS5-F51-GE.

Cette reconnaissance peut également s'analyser comme un mécanisme permettant à ces PAI d'humaniser leur relation avec les professionnels en la définissant au-delà du cadre formel professionnel-usager. Cette redéfinition participe à horizontaliser leur relation avec ces professionnels, à en limiter l'asymétrie, et à maintenir par-là une forme de dignité humaine face à eux. Par leurs attitudes et par leurs comportements, les PAI redéfinissent ainsi leur relation avec les professionnels, non pas en incarnant un rôle d'usager, voire un simple numéro de dossier ou un problème à résoudre, mais en incarnant un rôle d'être humain porteur de valeurs et d'une sensibilité propre. Cette redéfinition nous apparaît d'autant plus importante en ce qu'elle pourrait permettre à ces PAI, en cas de nouvelle difficulté, de plus facilement solliciter les professionnels.

Certains professionnels perçoivent dans la simplicité du mode de vie des PAI un substrat de ressources pour s'adapter à leurs difficultés, en particulier économiques. Parmi ces ressources, leur capacité à se contenter de peu, « à vivre simplement », comme le précise PMS4-F35-GE, une responsable de résidence :

> « Ils ne se créent pas des besoins futiles, il n'y a pas de superflu dans leur mode de vie. Tout est simple parce que leur priorité a toujours été... Parce qu'à la base, ils sont quand même venus en France pour nourrir la famille. Donc, du coup, ils sont restés là-dessus. Ils paient... Alors, ils ont payé leur facture. Il n'y a pas d'impayé chez les Chibanis. Ils ont payé leur facture. Ils se nourrissent, ils vivent simplement avec des besoins primaires. Il n'y a pas de surplus, il n'y a rien d'extravagant. Et leur priorité, c'est évidemment d'aller au pays. Et quand ils vont au pays, ils n'y vont pas les mains vides

> hein ! Ah oui, oui, oui. C'est les cadeaux, c'est les... Voilà. Ils gâtent la famille » PMS5-F51-GE.

Pour ces professionnels, les inégalités socio-économiques que vivent les PAI semblent être compensées par une redéfinition de leur mode de vie autour de besoins « primaires », mais aussi autour de valeurs et de devoirs qui donnent sens à leur existence et dont elles tirent satisfaction. Les pratiques de solidarité envers la famille restée au pays d'origine constituent l'exemple le plus récurent rapportés par les enquêtés à propos de ces valeurs et de ces devoirs. Les pratiques de solidarités envers la famille permettent aux PAI de donner un sens à leur vie, mais aussi à la frugalité ou à la précarité de leur quotidien, à travers le maintien de leur identité sociale de chef de famille, ainsi que des fonctions et des responsabilités qu'elle implique. On peut cependant se demander si ces perceptions ne relèvent pas d'une banalisation ou d'une idéalisation du mode de vie de ces populations, souvent perçues à partir d'un registre sacrificiel par ces professionnels. En effet, la capacité perçue chez les PAI à réduire leurs besoins au strict minimum, ainsi que la satisfaction qu'elles tirent à maintenir leur identité sociale et leur rôle de soutien auprès de leur famille, peuvent présenter un risque pour les professionnels d'occulter inconsciemment le poids des inégalités socio-économiques vécues et accumulées par ces populations au cours de leur vie. L'adaptation contrainte des PAI à ces inégalités tend ainsi à brouiller la définition que peuvent donner les professionnels à leur situation, en l'interprétant davantage comme un choix ou comme la résultante de leurs valeurs, plutôt que comme le résultat de contraintes et d'inégalités socio-économiques structurelles. En ce sens, si la satisfaction que peuvent tirer certaines PAI de la simplicité de leur mode de vie apparaît pour certains professionnels comme une ressource d'adaptation à la précarité vécue par ces populations, cette perception présente le risque de normaliser ou de banaliser inconsciemment les inégalités socio-économiques qui ont construit ce mode de vie. La perception de cette ressource limitée présente également un risque de biaiser les perceptions qu'ont les professionnels des besoins réels de ces populations, notamment en les réduisant uniquement à des besoins primaires.

Dans un registre similaire, quelques professionnels soulignent également la capacité de PAI à bien gérer leur argent, indépendamment de la faiblesse de leur revenu :

> « Moi, pour moi, c'est un public qui sait gérer son argent. Vous n'aurez jamais de problème d'impayé. Alors là, leur loyer sera toujours réglé, sera toujours payé. Pour

> eux, ils n'ont pas de soucis financiers. Peu importe la retraite, ils arrivent à gérer » PMS5-F51-GE.

Toutefois, ce verbatim permet d'analyser que cette « bonne gestion de l'argent » est interprétée par certains professionnels dans un cadre restreint : le paiement du loyer. Ainsi perçue, la définition de cette capacité comme une ressource apparaît particulièrement limitée, voire biaisée, en particulier dans la mesure où cette définition occulte les difficultés liées à l'inflation, ou encore les privations ou les renoncements auxquels sont amenées certaines PAI, notamment sur l'alimentation ou la santé. Aussi, le fait que PMS5 soit responsable de résidence peut ici s'analyser comme une tension entre la manière dont elle perçoit et définit cette ressource chez ses résidents, et sa mission de recouvrer en temps et en heure leurs loyers.

1.3 L'apprentissage d'outils numériques

Nous avons vu que l'un des principaux effets de la pandémie sur les PAI a été l'exacerbation de leur isolement social. Toutefois, comme le souligne un des professionnels, la pandémie a également conduit certaines PAI à utiliser pour la première fois un smartphone, et plus précisément l'application de discussion instantanée WhatsApp. Une ressource alors inédite, qui perdure dans le contexte postpandémique :

> « Whatsapp c'est le truc, voilà, ils y sont tous quoi, donc parce qu'ils se sont rendu compte que les appels étaient gratuits au pays, que c'était un super moyen de communiquer, donc ils font des visio avec la famille, etc., donc ça je trouve que ça, ça a été un vrai plus quoi. Alors qu'avant ils l'utilisaient pas, pas du tout » PMS4-F35-GE.

Si l'utilisation de Smartphone par les PAI reste limitée, elle marque une évolution dans la manière d'intégrer à la définition de leur situation postpandémique de nouvelles ressources, notamment pour lutter contre leur isolement, mais aussi pour limiter leurs dépenses liées à l'achat de carte téléphonique prépayée pour communiquer avec leur famille restée au pays d'origine. L'utilisation de WhatsApp constitue pour PMS4-F35-GE une amélioration du mode de vie de ces PAI, en ce qu'elle permet de mieux interagir à distance avec leur famille, d'une part, en n'étant plus limitées par le coût des appels, leur permettant ainsi de communiquer quand elles le souhaitent ; et d'autre part, à travers la possibilité d'interagir visuellement avec leurs proches et non plus seulement oralement :

> « C'est malgré tout de l'aide à la communication et une autre forme de communication parce du coup on est plus que sur un appel téléphonique, on se voit aussi, donc ça, c'est

> super sympa. Et je trouve que c'est une ressource qui se sont vraiment appropriée, ouais » PMS4-F35-GE.

Néanmoins, l'usage d'un smartphone ne constitue pas une ressource uniformément partagée par les PAI, indépendamment du fait qu'il soit impossible de quantifier la proportion de personnes qui en utilisent ou qui en possèdent. Par ailleurs, même si des PAI disposent d'un smartphone, certaines présentent des difficultés pour s'en servir, comme l'explique toujours PMS4-F35-GE, rappelant au passage que les inégalités numériques ne se limitent pas à un inégal accès matériel aux outils de communication, mais se traduit également par des inégalités à pouvoir utiliser ces outils :

> « Il y en a qui sont complètement hyper réfractaires et on a quelques-uns qui ont des smartphones alors qu'ils savent pas trop bidouiller dessus, mais qui en ont un et qui essayent en fait, donc ça je trouve que c'est une super évolution parce qu'en fait ils se sont mis au numérique quoi, malgré tout. » PMS4-F35-GE.

Son récit montre que, derrière l'image positive perçue à la « mise au numérique » de certaines PAI, il existe un risque de surestimation de cette ressource qui, indépendamment d'être marginalement utilisée par ces populations, peut aussi faire l'objet de difficultés importantes dans son appropriation. Ce risque de surestimation peut s'illustrer au travers de la « super évolution » perçue à l'utilisation d'un smartphone chez quelques PAI, et le fait que ces personnes « bidouillent » et tentent de les utiliser, mais sans vraiment y parvenir.

L'usage d'un smartphone peut donc être une ressource individuelle d'autant plus limitée dans la mesure où cet usage semble s'inscrire au travers d'une appropriation précaire par les PAI, qui interroge sur la nécessité d'un accompagnement en la matière. Notons que, de manière générale, les bénéfices perçus par les professionnels à l'utilisation d'un smartphone par les PAI se limitent à la redéfinition que cet outil permet dans leurs interactions avec la famille restée au pays d'origine. L'utilisation d'un smartphone ne permet donc pas de répondre aux inégalités structurelles d'accès aux droits, aux services et aux soins, accentuées par la généralisation de la dématérialisation.

2. Les ressources collectives

Les ressources collectives perçues par les PMS sont multiples et recoupent en partie celles utilisées durant la pandémie. Ces ressources collectives s'articulent autour de pratiques

d'entraide entre PAI d'une même RS ou d'un même FTM, des pratiques de solidarité avec des résidents non-PAI, mais aussi autour d'actions informelles réalisées par des personnes extérieures aux RS et FTM.

2.1. Différents acteurs et pratiques de solidarités

Parmi les ressources collectives perçues par les PMS, les pratiques de solidarités entre PAI comptent parmi les souvent rapportées. Bien que ces pratiques de solidarités relèvent de liens antérieurs à la pandémie, cette dernière a contribué à renforcer la solidarité entre PAI, à l'étendre ou à mieux l'organiser, comme l'explique PMS1-F34-GE :

> « Je dirais alors malgré tout l'entraide même si ça existait déjà avant, mais bon je pense qu'elle est encore un peu plus prégnante maintenant. Il y a des personnes qui ont été hyper ressources pendant la pandémie, du fait de cette pandémie, du fait d'être un peu en vase clos, et qui continuent à l'être après. Ils vont venir avec les papiers du copain, parce que le copain est pas là, etc. Ça existait déjà avant, mais qui ont pris encore un peu plus ce rôle central de… Un peu chef de tribu, quoi. Je dirais ça comme ça, parce que je trouve que c'est un peu ça, et qui ont pris ce rôle-là en fait encore plus » PMS1-F34-GE.

Ce professionnel met en lumière les dynamiques par lesquelles les liens de solidarité entre certaines PAI se sont renforcés dans le contexte postpandémique. L'émergence ou l'affirmation de certaines PAI dans un rôle de « leader » a permis de définir autour d'elles un ensemble de solidarités informelles, notamment au travers des fonctions de coordination et de médiation, que ce soit entre pairs ou bien avec les professionnels, comme l'explique cet infirmier :

> « Généralement, ils se parlent entre eux. Parce que dans ces groupes-là, il y a un leader. Il se crée tout seul, je ne sais pas comment ça se fait, il y a un leader toujours (rire). C'est lui qui est le connaisseur. C'est lui qui lit le mieux. C'est lui qui maîtrise un peu mieux le français. C'est lui qui a plus de contacts. C'est un leader qui est là. On parle avec lui. Il dit, vas-y, on va faire ça, ça et ça. C'est le chef de groupe. Sans lettres, vraiment. On l'appelle le capitaine dans le foyer là où j'intervenais. Ils disent, on va demander au capitaine qu'est-ce qu'on peut faire. C'est lui qui répond. C'est lui qui donne... C'est lui qui organise l'entraide ensemble. C'est lui qui dit, tiens, on va voir telle personne, on va faire ça et ça. Et tout le reste, ils sont partants. Il y a forcément un leader » PMS7-H40-GE.

Les pratiques qui découlent de ce renforcement des liens de solidarité touchent à différents aspects de la vie quotidienne, comme cuisiner ou faire les courses. Dans certains cas, ces solidarités ne se limitent pas à ce que des PAI réalisent pour d'autres. En effet, certaines PAI continuent de réaliser elles-mêmes ces activités, mais cette fois de manière collective et non

plus individuelle, en se faisant accompagner par des pairs. Ces pratiques sont surtout observées chez les PAI en perte d'autonomie :

> « Moi, j'ai un monsieur qui habite au 3e ou au 4e [étage], qui est avec une canne, pareil, qui a un œil de verre, qui ne voit plus rien. Il va quand même au marché tous les mardis. […] Alors, il compte aussi beaucoup sur les copains qui y vont, donc il les accompagne. Ils ont aussi leurs repères. Ça fait longtemps qu'ils font ça, donc ils savent. Mais ils ont quand même une capacité de s'adapter malgré leur vieillissement et les maladies qui peuvent survenir » PMS3-F33-GE.

Ces pratiques représentent non seulement une ressource face au déclin de leur autonomie, mais elles participent également à maintenir le plus possible leur vie sociale, notamment à l'extérieur de la résidence ou du foyer. Aussi, ces pratiques participent à préserver la dignité des personnes aidées, et peuvent s'analyser comme une alternative à des aides institutionnelles rarement utilisée, comme les aides à domicile. Ces pratiques d'entraides témoignent d'une logique communautaire où les PAI les plus jeunes ou les plus autonomes jouent un rôle ressource pour les PAI les plus âgées ou les moins autonomes.

Ces pratiques participent à redéfinir la situation des PAI aidées en répondant aux inégalités qu'elles vivent en matière d'accès aux droits et d'accompagnement médico-social. Elles permettent de répondre à des besoins de la vie quotidienne, mais aussi à certains besoins plus spécifiques non pourvus par le système de protection sociale, comme l'illustre l'aide apportée à certaines PAI pour maintenir leurs allers-retours au pays d'origine et y voir leur famille :

> « Après, il y a aussi des départs communs quand ils rentrent en Algérie, ou des départs en Algérie. Des plus jeunes partent avec les plus vieux justement pour faire le voyage avec eux, l'aéroport, l'avion, voilà » PMS6-F62-GE.

Dans certains cas, les pratiques d'entraide portent également sur des difficultés administratives où certaines PAI peuvent jouer un rôle d'informateur, de traducteur ou bien encore de chauffeur pour conduire les personnes à leur rendez-vous. Ces rôles engagent une définition collective des difficultés rencontrées, permettant ainsi d'atténuer les incompréhensions et de construire un cadre de significations partagées entre les agents administratifs et les PAI ainsi aidées.

Toutefois, ces formes de solidarités se heurtent à plusieurs limites, notamment liées à l'instabilité de ces solidarités sur la durée, au poids et à la complexité des situations vécues par certaines PAI, auxquelles l'aide de professionnels ne peut être remplacée par celle de leurs

pairs. C'est le cas notamment d'un résident en perte d'autonomie, que son voisin aidait à faire son ménage et sa toilette, jusqu'à ce qu'il reparte dans son pays :

> « Par contre, Il y a des moments où le voisin devait aider, sauf que le voisin, c'est le moment où il repartait au pays pendant trois mois. Donc, pendant trois mois, il n'y avait personne pour s'occuper de la personne, quoi. Donc, c'était une aide, mais... On ne pouvait pas non plus compter dessus. Ce n'était pas quelque chose de pérenne et de... Voilà, ce n'était pas un professionnel » PMS3-F33-GE.

Dans certains cas, ce sont les difficultés vécues par les « PAI aidants » qui rendent difficile le maintien des solidarités avec leurs pairs, comme l'explique toujours PMS3-F33-GE : « Quand l'autre personne, elle a aussi 80 ans, qu'elle a aussi des soucis de santé, au bout d'un moment, elle ne va pas pouvoir faire plus, quoi. » Plusieurs enquêtés ont cependant souligné le rôle de médiateur joué par certaines PAI entre leurs pairs et les professionnels. Un rôle particulièrement utile aux professionnels pour actualiser la définition de la situation de leurs résidents, y compris parfois lorsque ceux-ci sont en voyage dans leur pays d'origine :

> « Moi, j'ai des chibanis s'ils sont au pays, ceux qui sont ici me donnent des nouvelles de ceux qui sont au pays. Voilà. Donc, je sais que si au pays, il a été hospitalisé, s'il a été malade ou même si tout va bien, tout simplement » PMS6-F62-GE.

Ce rôle de médiateur tend parfois à s'assimiler à un rôle de lanceur d'alerte, permettant là encore aux professionnels d'orienter et d'actualiser leur définition de la situation des PAI, mais aussi d'adapter leur accompagnement aux besoins ainsi identifiés :

> « Dès que quelqu'un était hospitalisé, il venait nous voir, dire un tel, là, il est parti aux urgences, ils nous demandaient si on a appris des nouvelles, ou certains ils allaient même le voir, ramener des affaires et faire un peu le lien quoi » PMS4-F35-GE.

Pour une responsable de résidence, les solidarités entre résidents PAI relèvent d'une logique spécifique liée à la vie en FTM ou en RS :

> « C'est une vie à part, en fait. Moi, je dis toujours, dans nos foyers, c'est particulier. Et il y a cette solidarité qui est belle. Et même que ce soit le facteur ou des infirmiers, ils nous font cette remarque-là. Nous, les prestataires de nettoyage, on voit une différence lorsqu'ils interviennent dans nos foyers, et quand ils interviennent dans les autres parcs HLM, où les gens sont dans leur appartement, où il y a beaucoup moins de solidarité » PMS5-F51-GE.

Notons enfin de manière générale que, pour certaines PAI, l'aide qu'elles apportent à leurs pairs ou à d'autres résidents participe à redéfinir leur propre situation par un mécanisme d'interprétation positive et valorisante de leur rôle pour la communauté :

> « […] tu sens qu'il y a une valorisation, ils sont fiers d'avoir fait eux-mêmes ou d'avoir aidé des copains, et on sent qu'ils sont valorisés, il y a de ça clairement. Et se rendre utile, enfin ce côté aussi, la retraite c'est compliqué de mettre du sens derrière, c'est « dans la société qu'est-ce que je peux apporter encore ? Je suis âgé, je suis peut-être plus dans le coup ? » Toutes ces questions-là et je trouve que ça se ressent plutôt bien, ils sont contents d'avoir fait la chose pour la personne, ça l'a aidé à avancer, donc ils sont fiers de ça, et je trouve ça hyper bien, parce que ça met du sens dans leur vie et dans ce qu'ils font au quotidien » PMS1-F34-GE.

Dans un contexte postpandémique où les repères sociaux et identitaires ont été perturbés, cette capacité à « se rendre utile » prend une valeur symbolique forte, qui contribue à redéfinir positivement leur identité sociale et leur estime d'elles-mêmes.

Plusieurs professionnels soulignent également le rôle ressource d'autres résidents non-PAI, en particulier dans les RS ou les FTM les plus inadaptés aux enjeux de vieillissement et de perte d'autonomie. Bien que nous ayons vu que la cohabitation des PAI avec d'autres « publics » soulève parfois de nombreuses difficultés, cette mixité imposée présente toutefois dans certains cas une extension des formes de solidarité. Par exemple, tel que l'exprime cette professionnelle, en l'absence d'ascenseur, certains résidents aident les PAI à porter leurs courses :

> « Ils les aident à porter leurs courses dans les étages. Parce que, du coup, ici, il y a quand même quatre étages. Il y a quand même des chibanis qui habitent en hauteur. Du coup, c'est vrai que, souvent, quand tu les vois revenir de course, hop, il y a quelqu'un qui leur montre les courses » PMS9-F30-GE.

Aussi, dans les établissements ayant conservé des cuisines communes, ces espaces partagés permettent à certains résidents de porter une attention toute particulière aux PAI et à l'évolution de leur situation. Les couloirs constituent également des espaces communs où s'observe cette vigilance. À ce titre, ces résidents représentent eux aussi des lanceurs d'alerte pour les professionnels, en leur signalant les PAI dont les situations se dégradent, notamment en matière d'autonomie :

> « C'est vrai qu'elles font attention, ouais. Puis après, dans les étages, en fait, ils ont une chambre. Mais les toilettes, c'est commun. Et les cuisines sont communes. Donc, au final, les gens ne sont pas chacun chez soi. Ils sortent, ils vont dans les cuisines, ils vont dans les

> toilettes. Donc, ils se connaissent. Ils remarquent. Tu vois une personne qui ne marche pas comme d'habitude, tu la vois tous les jours, au final, tu le remarques » PMS8-F28-GE.

> « Vraiment, ils [les autres résidents] font attention. Quand ils remarquent qu'ils ne les ont pas vus pendant deux, trois jours, ils viennent tout de suite nous alerter. Enfin, du coup, m'alerter, moi, en tout cas. Je sais qu'il y avait des chibanis qui avaient eu tendance à tomber. Tout de suite, les dames ont pris le relais, ont téléphoné, etc. Ouais, ils font attention » PMS9-F30-GE.

Ces formes directes et indirectes de solidarité montrent que, malgré les limites structurelles liées à des espaces de vie inadaptés au vieillissement des PAI, des dynamiques de soutien peuvent émerger. Cependant, l'émergence de ces pratiques est elle-même symptomatique des inégalités de logement et de santé que vivent les PAI. Ces pratiques constituent une forme de ressources collectives d'autant plus limitée face à ces inégalités, au regard de la variabilité de leur existence selon les résidences et de leur caractère fragile et informel, reposant sur la bonne volonté des résidents plutôt que sur une organisation institutionnelle structurée, ce qui limite leur portée et leur durabilité.

2.2 Des ressources relationnelles extérieures aux RS et FTM

Parmi les ressources collectives perçues par les professionnels, plusieurs soulignent le rôle des pratiques de solidarité émanant de personnes extérieures à leur RS ou FTM. Certaines de ces pratiques ont d'ailleurs ont été construites pendant la pandémie et se sont maintenues. C'est notamment le cas de l'aide apportée par certains membres d'une mosquée à proximité d'un établissement :

> « Ça peut être financier, de venir aider, de déposer chez le médecin ou de déposer aux courses parce que la personne a l'air un petit peu en difficulté, etc. Voilà, une entraide vraiment qui était plus flagrante aussi après la pandémie quoi. Qui a été présente pendant la pandémie et qui s'est vraiment maintenue après quoi aussi » PMS1-F34-GE.

Le développement et le maintien de nouveaux réseaux de solidarité depuis la pandémie a ainsi conduit certaines PAI à redéfinir les ressources disponibles dans leur environnement en contexte postpandémique. Cette redéfinition a même parfois amené certaines PAI à un arbitrage dans l'utilisation de ces ressources, préférant solliciter des membres de ce réseau plutôt qu'un professionnel, comme l'explique toujours PMS1-F34-GE : « ''Ben non, voilà je verrai avec une personne de la mosquée ou machin parce que lui il sait'', ok pas de problème je trouve ça super, c'est un vrai support ». La définition de nouvelles personnes-ressources vers lesquelles

s'orienter apparaît d'autant plus avantageuse pour les PAI dans un contexte où la disponibilité de certains professionnels s'est amenuie. Cela permet également d'introduire plus de liberté et de flexibilité chez les PAI pour s'adapter et répondre à leurs besoins, notamment en n'étant pas limitées aux contraintes d'emploi du temps des professionnels et à la discontinuité de leur accompagnement :

> « Parce que nous on est pas là, on travaille pas tous les jours, on est pas présent, le monsieur il a besoin d'une prise de rendez-vous urgente chez le médecin, il sait pas trop comment se dépatouiller, le camarade va téléphoner pour lui et va lui prendre le rendez-vous ; il a besoin de faire des courses, il arrive pas à marcher aujourd'hui, il est faible, il va lui faire deux courses ou il va appeler la personne qu'il connaît qui pourra l'aider parce qu'il peut peut-être pas le faire aujourd'hui. […] Il y un vrai réseau qui s'est créé, qui est super actif et polyvalent » PMS1-F34-GE.

L'exemple de PMS-1-F34-GE témoigne d'un cas spécifique où la proximité d'un établissement avec une mosquée a facilité la construction d'un réseau de solidarité pendant la pandémie et son maintien après cette crise. Parmi les professionnels rencontrés travaillant dans d'autres établissements, aucun n'a rapporté de situation similaire. Toutefois, les professionnels soulignent le rôle ressource d'autres personnes extérieures aux RS et FTM, souvent issues du quartier ou du cercle familial de certaines PAI. Bien qu'elles ne soient ni salariées ni mandatées, ces personnes s'impliquent de manière spontanée dans le soutien aux résidents âgés. Dans certains cas, cet engagement contribue à stabiliser des situations critiques vécues par certaines PAI et de prévenir ou de compenser des ruptures dans leur parcours médico-social. C'est notamment le cas de l'aide apportée par un homme, lui-même immigré et âgé, dont témoigne PMS-1-F34-GE :

> « On a un monsieur qui a une soixantaine d'années et qui habite dans le quartier et qui est un peu référent des Chibanis sur la résidence. Donc il vient par exemple pour un monsieur, pareil retour d'hospitalisation, rien qui est mis en place, et il lui a changé les couches, c'est lui qui a pris ça en charge, il a pris cette responsabilité-là, il lui a changé les couches, il lui a fait le ménage dans la chambre, il lui a ramené ses courses, etc. Donc c'est lui qui a dit « non moi ça je fais. […] Mais il est hyper en forme et il dit « non, mais moi si je peux faire le relais, je fais ». Donc il vient et puis on fait le relais ensemble, il vient au bureau, il vient parler avec la responsable de la résidence, il vient nous parler à nous, à part moi il va parler avec l'ouvrier de ma chambre pour faire la maintenance pour faire le lien, c'est un peu notre référent aussi » PMS1-F34-GE.

Outre que de combler certaines limites dans l'accompagnement médico-social des PAI, ce type de solidarité engage une co-définition des situations avec les professionnels, qui implique une reconnaissance des personnes-ressources extérieures pour répondre aux besoins ainsi identifiés

et non pourvus par les professionnels. Cet exemple rend compte du rôle ressource que peuvent avoir certaines personnes extérieures à la résidence pour les PAI, mais aussi pour certains professionnels qui redéfinissent leurs pratiques d'accompagnement et les situations de leurs résidents, en intégrant les rôles qu'ils reconnaissent à ces personnes extérieures (référent, médiateur, relai, intervenant, etc.).

Parmi les autres ressources collectives extérieures perçues, les professionnels relèvent des formes de soutiens familiaux élargis, notamment à travers les figures de neveux ou de nièces :

> « Alors, moi, mes Chibanis, comment dire ? Comme je vous ai dit, il y a une communauté. Si des chibanis ont des neveux, des nièces qui sont ici dans le coin, généralement, les neveux et les nièces ramènent à un, mais ramènent aux autres aussi. Des fruits, des légumes. Quand c'est l'Aïd, ils ramènent le repas. Ils ramènent des fois le couscous. Mais c'est pour toute la communauté. Et ça peut être au quotidien. Oui, au quotidien » PMS6-F62-GE.

Ces solidarités familiales s'inscrivent dans un cadre d'interprétation étendu, en ne s'adressant pas uniquement à un membre de la famille, mais en s'étendant aux autres PAI résidentes au travers d'une logique communautaire. Ces pratiques (apporter un repas, des fruits, des produits frais), peuvent prendre sens dans un cadre ritualisé comme dans le cadre de certaines fêtes religieuses, mais aussi dans des cadres informels de la vie quotidienne, conférant ainsi une forme de régularité, voire de stabilité à ces pratiques.

Notons enfin que l'ensemble des pratiques de solidarités ici analysées sont largement dépendantes de l'environnement social extérieur des RS et FTM et peuvent ainsi varier d'un établissement à un autre. Ces solidarités dépendent également des professionnels de ces établissements qui sont amenés, ou pas, à reconnaître ou favoriser l'intervention de personnes-ressources extérieures. En d'autres termes, les ressources collectives analysées ici font elles-mêmes l'objet d'une inégalité de répartition entre PAI selon la RS ou le FTM dans lequel elles vivent.

Chapitre 12 : L'accompagnement par les professionnels : une ressource institutionnelle limitée

Ce chapitre porte spécifiquement sur l'accompagnement des PAI par les professionnels du secteur médico-social, définis comme des ressources institutionnelles dans le contexte postpandémique. Il s'articule autour des pratiques d'accompagnement adoptées par les professionnels au regard des principales inégalités perçues au sujet des PAI depuis la fin de la pandémie. Il aborde les actions et les pratiques adoptées en réponse à la dématérialisation et aux inégalités d'accès aux droits, aux inégalités d'accès aux soins, ainsi qu'en réponse à l'isolement social nouveau ou exacerbé vécu par certaines PAI. Après avoir décrit ces principales actions et pratiques, nous aborderons les limites et les freins qu'en perçoivent les professionnels dans leur accompagnement des PAI, notamment face à la dématérialisation, aux inégalités de santé et en matière d'isolement social.

1. La construction de nouvelles pratiques face à la dématérialisation

Dans le contexte postpandémique, la dématérialisation des démarches administratives a constitué un facteur aggravant des inégalités d'accès aux droits pour de nombreuses PAI. Face à ce changement organisationnel, certains professionnels ont dû redéfinir leurs pratiques pour préserver un minimum d'autonomie administrative chez les PAI, tout en assurant la continuité de leur accompagnement. Plusieurs ont ainsi mis en place des outils concrets pour compenser l'exclusion générée par la dématérialisation, comme la création de fiches administratives standardisées que les résidents peuvent conserver et présenter à chaque rendez-vous lors de leurs démarches. Cette pratique vise à structurer leurs interactions futures autour d'un support tangible, évitant ainsi la répétition d'explications ou les pertes d'informations, comme l'explique notamment cette professionnelle :

> « On fait une fiche, on met les données administratives que vous avez besoin, je me suis dit on va faire ça parce que les petits post-it qu'ils mettent à droite à gauche c'est compliqué, entre ceux qui perdent leurs papiers systématiquement – ça existe aussi hein – ou ceux qui les jettent… Il y en a qui gardent le catalogue de la Redoute de 1980, mais qui ont perdu tous les codes et relevés de banque. Tout est passé à la trappe. » PMS1-F34-GE

Ce travail de formalisation et de mise à disposition d'une fiche individuelle s'observe uniquement chez les professionnels salariés des FTM et RS rencontrés, et ne constitue pas, à notre connaissance, un outil généralisé à l'ensemble de ces types d'établissements. Cette fiche est conservée par les PAI elles-mêmes pour des raisons liées à la protection de leurs informations personnelles. Elle constitue un outil d'accompagnement visant à maintenir une forme d'autonomie, en constituant un support sur lequel s'appuyer pour réaliser leurs démarches et interagir avec différents interlocuteurs institutionnels. Cet outil illustre ainsi comment la recherche d'un équilibre entre des objectifs d'assistance et de maintien de l'autonomie a pu constituer un cadre à partir duquel construire cet outil. Son utilisation témoigne d'un ajustement de certains professionnels qui prennent acte des désavantages partagés par de nombreuses PAI (illettrisme, illectronisme) et du renforcement des inégalités qu'elles vivent dans leur accès aux droits et aux soins depuis la généralisation de la dématérialisation. D'autres professionnels vont plus loin en prenant en charge la création d'adresses e-mail ou de comptes en ligne nécessaires à l'accès aux droits, tout en veillant à inscrire le plus possible ces pratiques dans le respect du traitement des données personnelles :

> « C'est moi qui leur crée une adresse e-mail, sachant que de toute façon eux, ils n'ont pas internet. […] Moi, après, je leur note, dans un petit cahier. Je leur note l'adresse e-mail, je leur note les mots de passe. Tout ça, c'est à eux. Ce n'est pas à moi. Moi, je ne les conserve pas. Donc, je leur donne ce petit papier. […] Et à ce moment-là, on se connecte avec eux sur leur compte. Quand c'est terminé, ils repartent avec leur petit papier » PMS6-F62-GE.

La pratique décrite par PMS6-F62-GE montre qu'au-delà de l'adaptation aux transformations engendrées par la dématérialisation, le dépassement de mission que constitue la création d'adresses e-mail et de comptes en ligne, répond à des situations d'exclusion numérique qui, faute de dispositifs alternatifs réellement efficaces, auraient pour conséquence d'accentuer davantage les ruptures d'accès aux droits et aux soins.

Cette redéfinition de leur pratique découle de la vulnérabilisation engendrée par la dématérialisation et de l'absence de prise en compte de cette vulnérabilisation par les établissements de services publics ou privés, les dirigeants politiques ou le législateur. Dans ce contexte, l'accompagnement ne consiste plus seulement à guider ou à informer les PAI, mais aussi à gérer leurs informations personnelles, leur identité numérique et à répondre aux situations d'exclusion numérique, soit en évitant des ruptures de droits, soit en essayant de

limiter les cas de non-recours aux droits. Aussi, face aux injonctions émises par certaines administrations à utiliser des comptes numériques pour introduire une demande auprès d'elles, certains professionnels leur opposent une forme de résistance. C'est notamment le cas de cette professionnelle qui, régulièrement, exprime ne pas être en mesure de créer des comptes numériques pour chaque PAI qu'elle accompagne :

> « La CARSAT, par exemple, une attestation de paiement... Je les appelle pour avoir un papier. […] Et eux, la première chose qu'ils font, c'est… ''Mais vous savez, vous pouvez créer un compte pour recevoir l'attestation en direct''. Mais en fait, non, je peux pas créer de compte. Donc je résiste encore en disant ''Non, je peux pas créer de compte pour tout le monde''. Bon, bah d'accord, exceptionnellement, on l'envoie par papier » PMS8-F28-GE.

En refusant systématiquement de créer des comptes numériques pour les PAI qu'elle accompagne, cette professionnelle exprime son rejet de la généralisation de la dématérialisation aux établissements qui la pratiquent, tout en soulignant le dysfonctionnement que ce mode d'organisation soulève sur sa pratique (« je ne peux pas créer de compte pour tout le monde »), et sur l'accès aux droits et services des PAI qu'elle accompagne. La stratégie de résistance de cette professionnelle s'inscrit dans un travail de négociation avec les établissements, qui vise à exposer l'exclusion engendrée par la dématérialisation, et à les contraindre, ponctuellement, à maintenir des alternatives pour accéder à leurs services (ici avec le téléphone et l'envoi de courrier). Cette professionnelle est la seule à avoir mentionné l'usage de cette pratique.

2. Pallier les inégalités à l'accès aux soins et au suivi médical

Face au maintien des inégalités liées à l'accès aux soins, plusieurs professionnels ont témoigné d'une redéfinition de leurs pratiques d'accompagnement, que ce soit en intégrant la téléconsultation, en développant des stratégies de réhabilitation symbolique de leur établissement auprès des professionnels de santé, ou par l'utilisation de savoirs expérientiels pour agir sur le renoncement aux soins de certaines PAI.

2.1 La téléconsultation

Dans le contexte postpandémique, les inégalités d'accès aux soins constituent un enjeu persistant, en particulier au regard des inégalités nouvelles ou exacerbées engendrées par la

généralisation de la dématérialisation des établissements de santé. Dans ce contexte, certains professionnels ont témoigné de pratiques visant à contourner les freins à la consultation, à rétablir ou à maintenir les suivis médicaux, et à renforcer les interactions entre PAI et système de soin. Parmi ces pratiques figure le recours à la téléconsultation. Initialement utilisée face aux contraintes sanitaires de la pandémie, cette pratique a depuis été intériorisée et généralisée par certains professionnels, en particulier dans les situations où les déplacements des médecins ou des PAI s'avèrent difficiles, comme l'explique cet infirmier :

> « Déjà l'apparition de la téléconsultation, ça nous a beaucoup aidés. Le fait qu'on puisse joindre un médecin et lui passer la personne en visio, ça a beaucoup joué […] Maintenant on a tous leurs mails, n'hésitez pas, envoyez-nous un mail » PMS7-H40-GE.

Néanmoins, pour les PAI, le recours à téléconsultation implique le plus souvent l'appui d'un professionnel, généralement un infirmier. D'une part en raison de l'illectronisme, du manque d'équipement numérique, et donc de leur impossibilité de téléconsulter seule un médecin. D'autre part, en raison du caractère poussé de certaines téléconsultations au regard des tests qu'elles amènent à réaliser. L'infirmier apparaît alors comme un médiateur entre le patient et le médecin, mais aussi comme l'incarnation physique de ce dernier pour recueillir certains paramètres cliniques :

> « Le médecin peut faire un ECG, on peut mettre le stéthoscope sur le thorax de la personne, le médecin l'entend directement. On prend la tension comme s'il était là […] Il demande de toucher là, qu'est-ce que vous sentez, mettez le stéthoscope un peu à gauche, un peu à droite […] Ça a beaucoup aidé des gens à avoir des consultations réelles, plus ou moins » PMS7-H40-GE.

Alors que nous avons vu que la dématérialisation de l'accès aux soins, l'allongement des délais de rendez-vous médicaux et le manque de médecins ont pu conduire certaines PAI à des ruptures de soins, la téléconsultation est ainsi perçue par PMS7-H40-GE comme un outil permettant de répondre en partie à ces problématiques et d'assurer un suivi médical plus efficace de ces populations. En effet, bien que la téléconsultation soit souvent perçue par les PAI comme trop complexe et inaccessible de prime abord, la présence et les explications de ce professionnel ont constitué pour ses patients un cadre de compréhension pour déconstruire leurs craintes, identifier les avantages de la téléconsultation et réactualiser la définition qu'ils en donnaient :

> « Ça peut marcher ! Il faut qu'on leur explique. Une personne qui n'a pas envie de faire la file d'attente pendant des heures chez le médecin ou il n'a pas envie ou x raisons, et si c'est un problème mineur, il a un médecin au bout du téléphone, eh ben on va dire il est content, il est suivi, il est content » PMS7-H40-GE.

Ainsi redéfinie, la téléconsultation apparaît pour ces PAI comme une forme d'interaction pratique, maîtrisable et sécurisée lorsqu'elle s'inscrit en présence d'un professionnel en qui elles ont confiance. Celui-ci agit comme un garant du bon déroulement de la consultation par son assistance technique, mais aussi symbolique. Notons cependant que, parmi les professionnels rencontrés, PMS7-H40-GE est le seul à percevoir la téléconsultation comme un outil adapté à l'accompagnement des PAI. Les autres ont plutôt soulevé les difficultés de la généralisation de cet outil dans l'accès aux soins, car il ne permet pas de répondre réellement aux inégalités. Nous y reviendrons plus en détail lorsque nous aborderons les limites de cette pratique.

2.2 La réhabilitation symbolique des FTM et des RS auprès des professionnels de santé

Parmi les inégalités perçues en matière d'accès aux soins en contexte postpandémique, certaines relèvent du maintien de la disqualification sociale des FTM et, dans une moindre mesure des RS, par les professionnels extérieurs à ces établissements, tout particulièrement ceux du secteur de la santé. Pour ces professionnels, nous avons vu que ces établissements sont perçus comme des environnements insécures, les conduisant à suspendre ou à limiter le suivi à domicile des PAI qui y résident. Une situation d'autant plus injuste socialement pour les PAI en perte de mobilité, ne parvenant plus à se déplacer vers les cabinets. Face à ces situations, certains professionnels ont développé des stratégies de réhabilitation symbolique de leur établissement. Ces stratégies reposent sur la construction de liens réguliers et personnalisés avec les professionnels afin de les rassurer, notamment en interprétant auprès d'eux un rôle de soutien ou de référent en cas de problème. Une responsable de résidence va jusqu'à faire visiter son établissement aux nouveaux professionnels qui y interviennent, construisant ainsi un cadre d'interprétation à partir duquel ils peuvent déconstruire leurs représentations négatives et réactualiser leur définition de ce lieu à partir des éléments qu'ils en perçoivent :

> « J'ai toujours tendance à inviter les extérieurs au foyer pour dédiaboliser un peu nos foyers. Et souvent ‘’Oh le foyer !’’ [simule de prendre peur]. Alors, je leur dis, moi, je suis une femme, je travaille seule et je suis toute seule. Il ne m'est jamais rien arrivé.

> Donc, on essaye un peu d'enlever cette mauvaise image parce que malheureusement, on nous met dans des cases » PMS5-F51-GE.

Ces visites participent à familiariser les professionnels extérieurs avec, d'une part, un espace d'intervention jusqu'alors inconnu et souvent fantasmé ; et d'autre part, avec les professionnels qui y travaillent. Le retour d'expérience de ces derniers peut s'analyser comme la construction de contre-récits implicites aux représentations dominantes souvent associées aux FTM ou aux RS par les intervenants extérieurs. En effet, comme les visites, ces retours d'expérience participent à un réajustement du cadre d'interprétation des professionnels extérieurs, facilitant leur redéfinition des risques et des difficultés associés à leur intervention dans ces établissements. Ce réajustement procède alors d'une redéfinition à partir d'un cadre d'interprétation davantage ancré dans une réalité concrète, quotidienne, rassurante. Toutefois, ces stratégies ne permettent pas toujours de maintenir des collaborations sur la durée avec les professionnels de santé, ni de parvenir à trouver de nouveaux volontaires. Leur portée reste limitée, car elles reposent avant tout sur des initiatives individuelles et non coordonnées par les responsables de résidence.

2.3 L'utilisation de savoirs expérientiels

Nous avons vu que la complexification de l'accès des PAI aux professionnels de santé en a conduit certaines à renoncer aux soins ou à limiter leur suivi. Pour PMS7-H40-GE, ces situations soulèvent des enjeux de prévention et de sensibilisation pour limiter les discontinuités dans les parcours de soin. Parmi les stratégies utilisées pour répondre à ces enjeux, nous avons vu que cet infirmier a développé auprès de ses patients âgés immigrés un travail de redéfinition autour de la téléconsultation et de son intérêt. L'un des leviers mobilisés pour y parvenir a été l'utilisation d'un cadre de sens commun entre lui et ses patients, à savoir celui de la religion qu'ils partagent :

> « Parce qu'on partage quand même les mêmes croyances […] Je renforce leur point de vue ou je les incite à faire. Je les pousse vers l'avant. Je dois être un levier. […] On pioche dans les croyances religieuses et la sympathie dans un cadre vraiment rigolo et sympathique » PMS7-H40-GE.

Pour ce professionnel, la mobilisation d'un registre symbolique familier participe à construire un lien de confiance avec ses patients et à faciliter leur engagement dans une pratique qu'ils

auraient pu refuser. Cette stratégie montre que l'adhésion aux soins ne passe pas uniquement par la présentation d'arguments médicaux ou techniques, mais peut aussi répondre à un besoin des PAI d'être rassurées, notamment au travers d'un cadre signifiant et familier telle que la religion. En partant des croyances de ces patients, PMS7-H40-GE a ainsi redéfini la relation de soin à partir d'un univers de sens commun, rendant la téléconsultation plus compréhensible et acceptable pour eux.

Par ailleurs, la pandémie a développé chez ce professionnel un savoir expérientiel à partir duquel mieux appréhender l'évolution de la situation de ses patients face aux effets persistants de cette crise sur leur santé. Cette anticipation procède d'un mécanisme de définition non pas de leur situation, mais de son évolution potentielle, lui permettant d'ajuster ainsi de manière proactive son accompagnement :

> « Aujourd'hui, ça [la pandémie] m'a permis quand même de voir plusieurs catégories de personnes [et] quel est l'impact de cette pandémie sur eux, quelle est l'évolution probable, c'est comme ça qu'on essaie un peu d'éviter les conséquences à l'avance […] ça me prépare, ça me donne des idées à l'avance » PMS7-H40-GE.

Ce réajustement proactif est particulièrement mobilisé auprès de PAI chez qui il perçoit des attitudes de repli, qu'il interprète aujourd'hui comme des signes distincts à partir desquels initier certaines démarches plutôt que d'attendre une aggravation de leur état :

> « Pareil sur le plan psychologique aussi, les gens que je vois qui sont un peu repliés, j'attends pas de leur part qu'ils se replient encore plus, vu que je les ai vus, soit je les oriente vers les centres psychogériatriques, sachant qu'il y a des équipes mobiles qui se déplacent dans les foyers et dans les maisons, donc ça m'a poussé à plus les appeler, à les solliciter plus qu'avant » PMS7-F40-GE.

Cet exemple souligne comment les expériences d'accompagnement réalisées par ce professionnel lors de la pandémie, lui ont permis d'identifier des acteurs de santé qu'il continue à solliciter dans le contexte postpandémique, à travers une redéfinition de ces pratiques auprès de PAI en situation d'isolement et de détresse psychologique.

Pour ce professionnel, le savoir expérientiel acquis durant la pandémie constitue également un cadre supplémentaire dans lequel puiser des exemples pour sensibiliser certains patients réticents à se soigner. Les expériences vécues durant la pandémie auprès de certains patients

font alors l'objet d'une mise en récit pour permettre à ces patients actuels de redéfinir leur état de santé, en intégrant les potentielles conséquences de leur refus de soins :

> « Et j'ai vu moi des personnes qui n'ont pas été suivies. Donc je dis de pleine confiance moi j'ai vécu la situation et j'ai vu cette personne qui a connu tel et tel comment dire, pas conséquence, problème on va dire, donc il le prend en considération, parce que moi je l'ai vécu et je sais de quoi je parle. Quand je décris la chose, quand je dis la personne au bout d'un mois, deux mois elle a pris du poids, elle n'arrivait pas à respirer, je sais de quoi je parle. Et quand je lui décris la situation, quand il ne veut pas prendre des rendez-vous, il ne veut pas faire le suivi, je lui donne une image, qu'est-ce que ça va donner plus tard ? Donc lui ça le remet en question, il dit je ne veux pas être comme ça, donc du ça le booste concrètement à vraiment reprendre son traitement en main et nous aider à le suivre » PMS7-F40-GE.

Ce verbatim illustre le recours au savoir expérientiel comme outil de sensibilisation. Cette stratégie repose sur la mise en récit de situations observées lors de son vécu de la pandémie auprès de PAI non suivies médicalement. En décrivant ces situations à partir de détails précis, presque tangible, ce professionnel crée un cadre d'expérience partagé qui permet aux PAI de s'identifier et de redéfinir leur propre état de santé. Cette stratégie, utilisée auprès de PAI renonçant à se soigner, permet ainsi de réactiver leur engagement dans une relation thérapeutique en leur offrant un cadre concret de redéfinition de leur situation et des conséquences de leur renoncement aux soins.

3. Des pratiques pour lutter contre l'isolement social et les effets des inégalités de logement persistantes

Pour lutter contre l'isolement social des PAI et les effets produits par les inégalités de logement, certains professionnels ont mis en œuvre des activités collectives pour développer ou maintenir du lien social. D'autres professionnels ont aménagé des espaces collectifs pour permettre aux PAI de se réunir de manière plus libre et autonome.

3.1 La mise en œuvre d'activités collectives

Dans le contexte pandémique, l'isolement social a été l'une des difficultés les plus fréquemment rapportées par les PAI. Après la pandémie, certaines sont restées isolées. Face à ce constat, plusieurs professionnels ont développé ou renforcé des pratiques visant à créer ou maintenir du

lien social et à inscrire les PAI dans des interactions signifiantes dans le contexte postpandémique. Ces pratiques, souvent modestes en apparence, s'avèrent particulièrement intéressantes dans un contexte où l'avancée en âge s'accompagne d'un retrait progressif des espaces publics, et parfois d'un affaiblissement des liens familiaux ou d'un sentiment de mise à l'écart. Ces pratiques peuvent se traduire par des temps d'échanges informels**,** comme des goûters, des cafés ou des fêtes de fin d'année. Ces moments permettent de rompre avec la solitude du quotidien et d'ouvrir des espaces d'expression et de convivialité, comme l'illustrent les mots de cette responsable de résidence :

> « On avait fait une fois, un goûter de Noël, et ils sont venus. Tu vois, quand tu fais un goûter de Noël où il y a gâteau, café, on papote, ils viennent. […] Mais oui, les goûters, ça marche toujours » PMS5-F51-GE.

Dans des cas plus rares, les pratiques visant à lutter contre l'isolement et favoriser le développement de liens sociaux se traduisent par l'organisation de sorties à l'extérieur du foyer ou de la résidence, dans des lieux le plus souvent choisis par les PAI (restaurant, cinéma, marché de Noël, parc d'attractions) :

> « On leur dit, du coup, la semaine prochaine, qu'est-ce qu'on fait ? Alors, du coup, c'est un peu rigolo parce qu'ils demandent des choses auxquelles, moi, pour leur âge, je ne m'attendais pas du tout. Par exemple, tu vois, ils aimaient trop aller au [nom d'un parc d'attractions]. Ou aller jouer au bowling, ce genre de choses » PMS9-F30-GE.

Ce verbatim montre l'intérêt qu'il existe pour les professionnels à définir avec les PAI les activités qu'ils organisent pour elles. En partant de la définition donnée par les PAI à leurs besoins et leurs envies, cette pratique permet aux professionnels d'ajuster leur accompagnement en conséquence, évitant ainsi d'organiser des actions ou des activités ne répondant pas aux attentes des PAI. De cette manière, les professionnels disposent d'un cadre d'interprétation à partir duquel définir des activités qu'ils n'auraient peut-être jamais envisagées, tels que du bowling ou une journée dans un parc d'attractions. Pour PMS9-F30-GE, cette pratique participe également à réajuster la place des PAI dans la société en leur permettant de réinvestir matériellement et symboliquement l'espace public, mais aussi de redéfinir les contours de leur citoyenneté et des droits qui l'accompagnent :

> « Le but, c'est aussi de les ramener vers la société, vers la ville, les remettre dans leur place de citoyens. Ce n'est pas que des résidents d'un ancien FTM. Ils sont X [nom donné aux habitants de la ville où se situe l'établissement], donc voilà. Sauf que tout seuls, ils étaient incapables de faire ça » PMS9-F30-GE.

Cette co-organisation d'activités permet de surmonter certaines barrières liées aux inégalités socio-économiques vécues par ces populations et d'agir sur les injustices qui en découlent. Ces activités permettent aux professionnels de favoriser et de valoriser la participation sociale des PAI en définissant leur accompagnement par-delà le seul prisme des difficultés qu'ils perçoivent chez ces populations. La prise en compte des désirs, des préférences et plus largement de la subjectivité des PAI permet une redéfinition plus démocratique de leurs attentes et des activités choisies pour y répondre. Cette pratique confère aux PAI non pas seulement un rôle d'usager, mais aussi un rôle d'acteur de leur situation au travers d'un pouvoir de décision souvent dénié dans d'autres sphères de leur vie. Aussi, l'un des intérêts perçus à cette pratique tient à sa régularité et sa stabilité, permettant ainsi de rompre avec la discontinuité des initiatives qui peuvent habituellement être proposées aux PAI, en plus de construire une dynamique collective et positive autour de la définition régulière de projets dans lesquels se projeter.

Plus largement, cette pratique permet aux professionnels d'assurer un suivi régulier de la situation des PAI, de réajuster les définitions qu'ils donnent à ces situations, et d'interagir avec eux dans des contextes plus propices à la construction d'un lien de confiance. Cette pratique a toutefois été identifiée dans un seul établissement ; les autres professionnels n'incluant pas les PAI dans le processus de décision des activités qui leur sont proposées.

3.2 Une redéfinition de l'espace habité comme levier de reconstruction du lien social

Plusieurs professionnels témoignent de pratiques visant à reconfigurer les espaces de leurs établissements afin qu'ils puissent être plus facilement investis par les résidents âgés immigrés. Cette stratégie permet de donner davantage de libertés aux PAI en leur permettant de se réunir quand bon leur semble dans des espaces sécures, sans avoir à participer à une activité préorganisée. Cet enjeu est particulièrement observé au sein des RS, où nous avons vu que la reconfiguration des chambres individuelles en studios, ainsi que la disparition des salles communes (cuisine, douches), ont participé à isoler certaines PAI. L'utilisation de terrasses communes ou le regroupement des PAI au sein d'un même étage participent à cette logique de reconfiguration de l'espace, comme l'illustrent les propos de ces deux enquêtés :

> « On a une terrasse à l'arrière qu'on aménage avec des tables et des chaises, des parasols […] où là, les chibanis sont plus enclins à se réunir à l'extérieur. » PMS6-F62-GE.

> « Du coup, le projet pour cette année, ça serait qu'on regroupe tous les chibanis sur le 2e étage, comme ça ils sont pas trop hauts, ils peuvent accéder eux-mêmes […] ils peuvent cuisiner, manger, se réunir ensemble ou pas » PMS9-F30-GE.

Ces reconfigurations, qu'elles soient actuelles ou à l'état de projet, visent plus largement en une redéfinition de la position sociale des PAI dans ces établissements. Cette redéfinition est d'une part orientée par des objectifs de lutte contre l'isolement et du maintien de leurs liens sociaux entre pairs, et d'autre part, par des problématiques liées à leur cohabitation avec les autres catégories de populations hébergées, au manque de place et d'équipements, et à la concurrence et aux tensions qui en émergent. Pour certains professionnels, ces espaces et ces équipements collectifs représentent même le seul véritable besoin de ces populations :

> « Mais en fait, ils n'ont pas énormément de besoins. Vous leur mettez une salle collective et ils sont heureux. Des bancs, moi, j'ai installé deux bancs. Ils sont contents, juste pour s'asseoir quand il fera beau et pour papoter. Ils ont pas énormément de besoins hein ! » PMS5-F51-GE.

Si cette perception peut apparaître excessive au regard des inégalités sociales vécues par les PAI, nous allons voir que les difficultés rencontrées par les professionnels pour aménager des espaces collectifs dédiés à ces populations participent largement à influencer la définition de leurs besoins au sein des RS et FTM. Par ailleurs, les reconfigurations spatiales engagées par certains professionnels ne se limitent pas seulement à l'intérieur de leur établissement, mais s'étendent également à leur environnement périphérique. Dans certaines villes, des partenariats ont été mis en place avec les services municipaux ou des établissements médico-sociaux pour faciliter les déplacements des PAI vers les commerces :

> « On a le CCAS qui met en place une navette gratuite pour les gens de plus de 65 ans. […] Moi j'appelle le lundi matin et je réserve la navette pour le mercredi. Elle vient les chercher juste devant ici. Et ils les emmènent au Carrefour, à Lidl et à Aldi. Et ils les ramènent ici directement » PMS9-F30-GE.

Ces partenariats contribuent à réduire une autre dimension de l'isolement des PAI, liée à la relégation spatiale de leur lieu de vie. Certes, leur portée reste contrainte par la faible fréquence des navettes et par la rigidité des horaires, mais ils offrent néanmoins aux résidents une opportunité concrète de maintenir une vie sociale hors de la résidence, en particulier pour ceux qui rencontrent des difficultés de mobilité. Bien que variables d'un établissement à un autre, ces navettes représentent pour les professionnels un outil efficace pour préserver les habitudes

de consommation des PAI, leur autonomie, ainsi que plus largement leur vie sociale à l'extérieur de la résidence.

4. Les limites perçues à l'accompagnement face à la dématérialisation

Face aux inégalités engendrées par la dématérialisation, certains professionnels ont redéfini leur manière d'accompagner les PAI. Néanmoins, cette redéfinition s'articule autour de plusieurs contraintes liées à l'accroissement de leur charge de travail et à leurs difficultés à interpréter un cadre légal dans lequel situer ces nouvelles pratiques.

4.1 Un accroissement de la charge de travail

La généralisation de la dématérialisation dans le contexte postpandémique est perçue par la majorité des professionnels comme le principal changement dans leurs pratiques d'accompagnement des PAI. Là où l'accompagnement administratif était auparavant ponctuel ou complémentaire, il tend désormais à occuper une place plus centrale, souvent au détriment d'autres dimensions de l'accompagnement. Nos entretiens révèlent une nette intensification de la charge de travail liée à la numérisation des services publics, et au fait que de nombreuses PAI ne disposent ni des compétences numériques, ni de l'équipement, ni de la confiance suffisante pour effectuer seules leurs démarches en ligne. Face à cette inégalité structurelle, les professionnels rapportent être contraints de prendre en charge des tâches de plus en plus nombreuses et chronophages, comme la création d'adresses mail et de comptes numériques pour chaque PAI dans chaque administration, la création de système de gestion sécurisé de leurs identifiants et mots de passe, la numérisation et l'envoi des pièces justificatives, ou encore avec la prise de rendez-vous administratif ou médicaux en ligne. Cet accroissement de la charge de travail s'explique par le fait que les professionnels accompagnent d'autres populations que les PAI, qui sont aussi en situation de précarité, comme l'explique une responsable de résidence :

> « Donc, là, on parle des chibanis. Mais à côté de ça, on a des personnes, beaucoup de bénéficiaires de RSA, des personnes qui travaillent, avec lesquelles il faut faire les déclarations Pôle emploi. Ils font leurs mauvaises déclarations à la CAF. À côté de ça, on a des personnes qui ont un suivi au CMP. Donc, on travaille aussi avec les infirmiers psy. Quand ils sont là à décompenser, ben, il faut faire... Donc vous voyez, c'est... On a un échantillon de la société qui est comme ça, concentré sur un bâtiment. Et c'est vrai que chez [nom du bailleur de sa résidence], par exemple, il n'y a pas de travailleur social. Du coup, le responsable de résidence, il est seul. Et c'est vrai qu'à l'époque, on avait une

> convention avec [nom de l'association] et on travaillait différemment avec les chibanis » PMS5-51-GE.

Cet exemple est d'autant plus éclairant qu'il souligne une dynamique double. D'une part avec l'augmentation de la charge de travail dû à la généralisation de la dématérialisation et aux besoins accrus d'accompagnement qu'elle engendre chez les PAI, mais aussi d'autres résidents ; et d'autre part, avec le manque d'effectif de professionnels pas toujours en nombre suffisant pour s'adapter à cette charge accrue de travail. Aussi, l'exemple de PMS5-51-GE illustre un allongement du temps consacré à l'accompagnement administratif, mais sans que cela ne profite ni aux PAI concernées ni aux professionnels qui les accompagnent. Cette perception est largement partagée par l'ensemble des professionnels rencontrés. En effet, comme l'explique toujours cette responsable de résidence, l'augmentation de la charge de travail induite par la dématérialisation aboutie à une accélération du rythme de travail (tâches à flux tendu), ponctué par des retards chroniques et conduisant les professionnels à définir et prioriser leurs pratiques selon le degré d'urgence interprété pour chaque situation :

> « Ben, on fait tout en retard. On n'a jamais de moment où vous vous dites c'est bon, je suis à jour. Ça n'existe pas. C'est en continu. On a toujours du… Toujours du travail. Après, on fonctionne par urgence. On a toujours des délais. Alors, à la base, on est quand même gestionnaire. On est bailleur. Donc, nous, c'est louer, gestion des APL, des cautions, des loyers. Donc, ça, c'est ce qui vient en plus [l'administratif]. Vu qu'on a un public qui est fragile » PMS5-51-GE.

Cet exemple montre comment l'accompagnement administratif, qui en l'occurrence ne relève pas des missions des responsables de résidence, devient par la force des choses une de leur mission. Ce dépassement de fonction participe chez ces professionnels à une redéfinition de leurs fonctions à travers un rôle de « garde-fou » pour tenter de répondre aux inégalités et aux injustices engendrées par la dématérialisation, mais aussi pour compenser l'absence ou le manque de dispositifs alternatifs prévus par les établissements publics pour les personnes exclues numériquement. Cette redéfinition s'inscrit ainsi dans un continuum commencé durant la pandémie, et qui tend à se prolonger et se renforcer depuis. On peut notamment rappeler ici l'objectif du gouvernement français de dématérialiser 100% des services publics à l'échéance de l'année 2022, et le manque d'alternatives physiques pour les personnes exclues numériquement, malgré la création de France Service qui, au-delà d'être en nombre insuffisant sur le territoire métropolitain, peine également à répondre à la dépendance des personnes exclues numériquement envers les professionnels.

Dans ce contexte, la redéfinition des pratiques d'accompagnement peut se traduire par l'incarnation d'une autre fonction pour ces professionnels : celle de paratonnerre à la colère de PAI exclues qui, faute d'un cadre d'interprétation adapté pour comprendre les répercussions de la dématérialisation sur leur situation, tiennent parfois pour responsables les professionnels qui tentent de les aider :

> « On avait l'impression qu'on était presque responsables un peu de ça [de la dématérialisation, de sa rigidité, et des retards qu'elle peut engendrer], comme si on était limite incompétente si le rendez-vous on n'arrivait pas un peu à le décaler, ou s'il n'y avait pas une réponse un peu à la minute. Parce que je crois qu'avant, il y avait quand même des réponses qui étaient plus instantanées » PMS4-F35-GE.

Ce type de situations, bien que peu évoqué, participe à une fragilisation du lien de confiance et à une forme de surcharge émotionnelle pour les professionnels. Ces derniers se retrouvent pris entre les attentes croissantes des usagers et l'insuffisance des ressources structurelles disponibles pour y répondre, consolidant ainsi une redéfinition contrainte de leur rôle et de leurs pratiques en contexte postpandémique. Cela, au déterminent parfois de la qualité de leur accompagnement des PAI.

4.2 Des obstacles à la définition du cadre légal de nouvelles pratiques d'accompagnement

Face au recours généralisé à la dématérialisation, certains professionnels ont adapté leurs pratiques pour maintenir l'accès aux droits et aux soins des PAI. Comme déjà mentionné, l'une des pratiques les plus fréquemment évoquées consiste à créer pour chaque PAI des comptes numériques (CAF, Ameli, etc.), d'en noter les identifiants sur une fiche dédiée, et de remettre ce support aux personnes, qui sont ensuite invitées à revenir avec cette fiche pour leurs démarches ultérieures. Si cette stratégie s'est généralisée dans l'ensemble des structures enquêtées, elle est aussi source de questionnements, tant d'un point de vue éthique que juridique :

> « Ben oui, parce que ça prend du temps. Et puis en plus, ça pose des questions même un peu éthiques, clairement. Parce que ça veut dire la création de comptes, ça veut dire aussi comment gérer les mots de passe, aussi » PMS4-F35-GE.

Face à un cadre légal et réglementaire perçu comme flou et inadapté, ce verbatim témoigne des tensions vécues par certains professionnels dans la redéfinition de leurs pratiques

d'accompagnement en lien avec la dématérialisation. D'un côté, il s'agit de garantir aux PAI un accès effectif aux droits et services en tentant d'agir sur les inégalités et les injustices engendrées par une dématérialisation. De l'autre côté, ces pratiques s'inscrivent dans une zone grise qui brouille l'interprétation concernant la protection des données personnelles, la responsabilité juridique des professionnels, et la place qu'ils doivent ou peuvent occuper dans la gestion de l'identité numérique des PAI. Une travailleuse sociale explique ainsi faire signer un formulaire de consentement aux PAI qu'elle accompagne dans leurs démarches en ligne :

> « Après, c'est vrai que c'est compliqué parce qu'à un moment donné, je veux dire, il faut que notre rôle s'arrête aussi. Il faut aussi qu'on se protège, nous. Il y a quand même des lois concernant les données personnelles. [...] On leur fait signer une autorisation, un consentement, en tout cas, de leur part. Mais je veux dire, voilà, ça reste... Je ne suis pas sûre que ce soit vraiment un document très... Ouais très légal » PMS6-F62-GE.

Cet exemple met en lumière l'insécurité perçue par certains professionnels dans leur accompagnement des PAI, faute de disposer d'un cadre légal compréhensible à partir duquel interpréter et définir les limites de leur pratique. Le refus de conserver les mots de passe ou la signature de formulaire de consentement pour chaque PAI accompagnée illustre ici l'adoption de stratégies compensatoires face à l'insécurité juridique et réglementaire perçue par les professionnels. Ces stratégies témoignent de pratiques en partie redéfinies au travers du risque légal perçu par les professionnels qui les réalisent, mais aussi plus largement d'une contrainte supplémentaire dans l'ajustement de leur accompagnement face à la dématérialisation. En effet, ces stratégies engagent des formes d'improvisations supplémentaires, qui alourdissent et fragilisent l'accompagnement des PAI. Si cette situation présente le risque de voir certains professionnels renoncer à accompagner des PAI dans leurs démarches en ligne, faute d'un cadre légal suffisamment clair et protecteur pour définir leur pratique, les professionnels s'accordent tous à dire que leurs actions sont souvent le seul moyen de garantir la continuité des droits pour les PAI, comme l'explique notamment PMS6-F62-GE :

> « La réalité du terrain fait que si on ne le fait pas, certains droits peuvent s'arrêter. Et du coup, ça mettra en difficulté la personne […] Donc à un moment donné, il faut qu'on passe peut-être au-dessus de certaines choses pour pouvoir maintenir les droits ou ouvrir des droits à des personnes » PMS6-F62-GE.

Ce verbatim est révélateur de la manière dont le processus de définition de l'accompagnement se construit à partir de mécanismes d'interprétation et d'arbitrage variables d'un professionnel

à un autre, selon leur système de valeur, la définition qu'ils donnent à leur situation et à celle des PAI. Cette contingence dans le processus de définition met plus largement en lumière une forme de fragilisation de l'accompagnement médico-social. L'accès aux droits et aux services dépend ainsi de l'aide de professionnels dont les postures et les pratiques apparaissent hétérogènes, exposant ces PAI à des inégalités d'accès aux droits et aux services selon les interprétations et arbitrages des professionnels auxquels elles ont affaire. Cette fragilisation de leur accompagnement s'explique en partie par l'absence d'un cadre commun compréhensible à partir duquel les professionnels peuvent interpréter et définir les contours de leur responsabilité juridique dans l'exercice de leur pratique, ainsi que les limites mêmes de leur pratique. Cette absence de cadre commun participe à rendre plus contingent l'accompagnement des PAI, selon la manière dont les professionnels sollicités définissent et s'adaptent à cette incertitude légale.

Enfin, il convient de souligner une autre limite quant à l'accompagnement des PAI exclues numériquement, bien que non directement soulevée par les professionnels rencontrés : la gestion des informations personnelles de ces personnes via une fiche ou un cahier regroupant l'ensemble de leurs identifiants numériques et mots de passe. En effet, au-delà du risque légal que certains professionnels perçoivent pour eux-mêmes à cette pratique, faute de cadre légal lisible dans lequel interpréter les limites de cette pratique et de leur responsabilité juridique, se pose la question de la sécurité des données personnelles des PAI. Bien qu'issues d'une volonté de maintenir leurs droits, ces pratiques exposent les PAI à des intrusions ou à des usages abusifs de leurs informations sensibles, qu'il s'agisse de piratage, de perte ou d'une utilisation non consentie par des tiers. Dans un contexte où ces données donnent accès à des prestations sociales, à des comptes de santé ou à des démarches administratives, leur divulgation accidentelle ou malveillante pourrait fragiliser encore davantage des personnes déjà en situation de vulnérabilité. Ce risque montre que si l'usage de ces fiches permet aux professionnels de répondre à l'exclusion numérique, cela se fait au prix d'une insécurité accrue des PAI ainsi accompagnées, révélant une dimension supplémentaire des inégalités engendrées par la fracture numérique chez ces populations.

5. Les limites perçues à l'accompagnement des PAI en perte d'autonomie

L'une des difficultés fréquemment perçues par les professionnels dans l'accompagnement des PAI en contexte postpandémique est le manque d'outil pour répondre à leur perte d'autonomie.

Ces professionnels se heurtent à l'absence de dispositifs adaptés pour répondre à ces situations, mais aussi aux limites structurelles de FTM et de RS inadaptés au vieillissement et à la perte d'autonomie de leurs résidents.

5.1 Des dispositifs d'aides perçus comme inadaptés

L'un des premiers obstacles rencontrés par les professionnels dans l'accompagnement des PAI en situation de perte d'autonomie réside dans leur méfiance et leur rejet de certains dispositifs, en particulier en matière d'aide à domicile. Nous avons vu que ces attitudes sont le plus souvent interprétées comme une spécificité culturelle des PAI, mais surtout comme une conséquence de leur précarité économique et du rôle de soutien financier que beaucoup jouent pour leur famille restée au pays d'origine. À cette occasion, nous avons également vu l'impuissance vécue par certains professionnels pour venir en soutien aux PAI en situation de perte d'autonomie, faute de dispositifs ou d'outils adaptés.

Dans certains cas, les limites rencontrées par les professionnels ne touchent pas tant aux attitudes de rejet des PAI en matière d'aide à domicile, mais plutôt aux difficultés soulevées par l'intégration de ce dispositif dans leur mode de vie :

> « Sachant aussi que quand on met en place une aide à domicile, on a des chibanis, ils partent trois mois, quatre mois. Ils ne pensent pas forcément à prévenir le prestataire. Donc, elles arrivent, il n'y a plus personne, c'est facturé. Après, voilà, le prestataire aime bien aussi pouvoir faire ses plannings et savoir qui est là, qui n'est pas là. Voilà. Ils n'ont pas ce réflexe, en tout cas… Parce qu'ils pensent, je pense, qu'ils pensent que c'est moi qui le fais. Voilà. Parce qu'ils viennent quand même me dire quand ils partent, pour la majorité. Ou alors, ils sont partis, mais je le sais de l'autre Chibani qui vient me dire « ah, monsieur machin, il est parti ». Voilà. […] Alors, tout dépend de quoi ils bénéficient, soit de l'aide sociale, soit de l'APA. Donc, ça reste à la charge - parce qu'ils ont toujours un petit reste à charge à payer - ça reste à la charge du Chibani. Alors, des fois, ils ne comprennent pas quand ils reviennent. ‘'J'étais pas là, pourquoi je dois payer le jour-là alors que j'étais pas là ?'' ‘'Oui, mais il fallait... Vous savez, on n'avait pas prévenu que vous n'étiez pas là, donc elle s'est déplacée, donc c'est facturé'' » PMS6-F62-GE.

Dans ce verbatim, l'obstacle ne réside pas dans un rejet de l'aide à domicile, mais dans les difficultés pratiques qu'implique son utilisation pour des PAI aux modes de vie transnationaux. Il s'en dégage une dissonance non pas sur la définition donnée par ces PAI au dispositif d'aide à domicile en tant que tel, mais sur l'interprétation des engagements et des contraintes que ce

dispositif implique pour leur mode de vie. Le fait que ces PAI informent PMS6-F62-GE de leur départ plutôt que les aides à domicile, témoigne d'une définition de leur situation marquée par des difficultés à interpréter les rôles respectifs des professionnels qui les accompagnent. Cette mésinterprétation peut engendrer des situations perçues comme socialement injustes par certaines PAI, comme l'illustrent les cas de facturation ci-dessus. Notons que, bien que les difficultés soulevées par ce type de situation soient ici bien identifiées par PMS6-F62-GE, elles n'impliquent pas pour autant chez elle une redéfinition de son rôle pour faire le lien entre les PAI concernées et leur aide à domicile.

Enfin, certains professionnels ont également rapporté leurs difficultés à intégrer certaines PAI en EHPAD, malgré la dégradation importante de leur état de santé :

> « Et l'EHPAD, enfin moi je crois qu'en 10 ans, j'ai réussi à mettre un papy, qui avait Alzheimer en plus, en EHPAD quoi. Donc c'est… Enfin je veux dire que c'est quand même très très important et très très peu sur le nombre de personnes qu'on peut croiser au quotidien qui mériterait, parce que franchement il y a des conditions des fois, on arrive au bout de ce qu'on peut faire… » PMS1-F34-GE.

Ce verbatim illustre sous un autre angle le sentiment d'impuissance vécu par certains professionnels face à des situations pour lesquelles les solutions institutionnelles ne permettent pas d'être utilisées. Cette situation souligne une limite structurelle de l'accompagnement médico-social des PAI, caractérisée par, d'un côté, l'inadéquation des dispositifs existants avec les attentes et les ressources économiques de ces populations ; et de l'autre, l'absence de dispositif ou d'outil alternatif permettant aux professionnels d'ajuster leur accompagnement. Elle constitue un enchevêtrement entre des inégalités sociales de santé et des inégalités économiques, qui sont exacerbées par le maintien de PAI vulnérabilisées dans des établissements inadaptés à leur vieillissement.

5.2 Des FTM et des RS réhabilités, mais toujours inadaptés au vieillissement et à la perte d'autonomie

Pour les professionnels, le maintien à domicile de certaines PAI en situation de perte d'autonomie ne relève pas toujours d'un véritable choix, mais plutôt d'une redéfinition contrainte de leur situation, liée à l'impossibilité d'ajuster leur accompagnement faute de dispositifs et d'outils adéquats. Ce maintien s'effectue souvent dans des conditions matérielles

et humaines qu'ils jugent insuffisantes et inadaptées. Or, si la réhabilitation des FTM en RS[120] constitue, en théorie, une opportunité d'adaptation du cadre de vie des PAI à leurs besoins en matière de vieillissement, de perte d'autonomie et d'isolement, elle se révèle en pratique assez limitée. En effet, la prise en compte de ces enjeux se heurte à des obstacles structurels et organisationnels :

> « Parce que sur les deux bâtiments, il faut savoir qu'on a des tarifs minorés sur certains logements. Donc, on a privilégié les chibanis qui avaient le moins de ressources sur certains logements. Donc, on a privilégié ces logements minorés. Donc, comme ils sont un peu dispatchés dans les deux bâtiments, on a dû... Voilà. […] On a privilégié aussi, parce que, comme le rez-de-chaussée ici, c'est des logements autonomes, donc on n'a que le rez-de-chaussée de l'autre bâtiment pour les personnes à mobilité réduite. Donc, on a dû aussi privilégier ces logements pour les personnes qui ne pouvaient plus monter les escaliers, qui étaient très âgées ou qui auraient eu des risques de chute. Donc, voilà. C'était un peu... On n'a pas pu tous les mettre dans le même bâtiment. Ce n'était pas possible. Après, il fallait composer aussi avec les autres. Les autres résidents qui ne sont pas forcément des chibanis, mais qui, voilà, n'avaient pas forcément les affinités avec le voisin là, le voisin là. Donc, pour qu'on ait un équilibre et une tranquillité sur les établissements, on a fait un petit peu un dispatching » PMS6-F62-GE.

Ces propos mettent en évidence la multiplicité des critères économiques, médicaux, sociaux et relationnels, que les professionnels doivent interpréter et arbitrer dans la définition des espaces attribués aux PAI. Un cas de figure partagé par d'autres professionnels comme PMS5-F51-GE, une responsable de résidence, qui parle de « politique de peuplement » pour désigner ce processus de définition.

Ces situations mettent en lumière les effets produits par la transformation des FTM en RS sur les limites de l'accompagnement des professionnels qui y travaillent, mais aussi et surtout l'absence au niveau national d'une véritable stratégie pour mieux prendre en compte les enjeux et les besoins des PAI dans la définition de leur espace habité. En effet, si la transformation des FTM en RS visait à améliorer les conditions de logement et d'accompagnement des PAI, elle reste marquée par une inadaptation structurelle face au vieillissement et à la perte d'autonomie de ces populations. Cette situation questionne : dans quelle mesure la diminution progressive du nombre de PAI dans les FTM et les RS, combinée à l'accueil croissant d'autres publics vulnérabilisés, contribue-t-elle à ce que ces espaces soient de moins en moins pensés en fonction des enjeux spécifiques liés à leur vieillissement et à leur perte d'autonomie ? À défaut

[120] Dans la continuité de la mise en œuvre du PTFTM

d'une transformation des FTM en RS véritablement pensée pour intégrer les enjeux spécifiques du vieillissement et de la perte d'autonomie des PAI, les professionnels se retrouvent contraints d'improviser des solutions aboutissant le plus souvent à des équilibres fragiles dans la répartition de leurs résidents. En effet, leur action consiste moins à répondre pleinement aux besoins identifiés chez ces PAI en matière de logement qu'à composer avec le manque de moyen structurel permettant d'y répondre, générant inévitablement une part d'inadéquation entre les besoins de ces populations et les réponses qui leur sont apportées.

6. Les limites perçues à la lutte contre l'isolement social des PAI

Dans le contexte postpandémique, l'isolement des PAI constitue une injustice particulièrement observée par les professionnelles. Les actions qu'ils définissent pour y répondre se heurtent toutefois à des obstacles liés à un manque d'équipements, mais aussi à un manque de temps, de moyens financier et humains, de partenaires et d'outils pour les mettre en œuvre.

6.1 Un manque d'équipements

Pour plusieurs professionnels, la lutte contre l'isolement social des PAI passe nécessairement par le développement de cadres collectifs dans lesquels il est possible de développer et maintenir le lien social de ces populations. Or, cette stratégie se heurte souvent à un manque d'équipements et surtout de salles où accueillir, de manière informelle ou organisée, des moments de sociabilité, de rencontre ou d'animation. Le manque de salles collectives adaptées est perçu comme un frein récurent aux actions visant à recréer du lien et à renforcer les sociabilités quotidiennes, comme l'explique cette responsable de résidence :

> « On manque extrêmement de salles collectives pour mettre... […] Peut-être maintenant, avec les réhabilitations, ils vont créer une salle d'activité. Mais c'est vrai que ce n'est pas dans les objectifs de [nom du bailleur] » PMS5-51-GE.

La mise en place de lieux collectifs est souvent absente des priorités des bailleurs sociaux, malgré l'intérêt perçu par les professionnels. Cet exemple met ainsi en lumière une tension entre, d'une part, le cadre d'actions des professionnels qui cherchent à agir sur l'isolement en s'appuyant sur des équipements collectifs pour développer où maintenir du lien social, et d'autre part, le cadre institutionnel imposé par leur hiérarchie, qui ne permet pas de doter les

professionnels d'outils qu'ils considèrent nécessaires à leur mission d'accompagnement. Par ailleurs, même lorsque des espaces collectifs existaient déjà, certains ont été fermés pendant la pandémie et n'ont jamais été rouverts depuis, comme l'indique une autre professionnelle :

> « La salle de réunion, en fait. Là, c'était ouvert. Il y avait une machine à café, il y avait des tables et des chaises et ils pouvaient venir se poser et discuter entre eux. Et du coup, ça a été fermé suite au Covid parce qu'il ne fallait plus que les personnes se réunissent et du coup, elle n'a plus été rouverte et maintenant, elle sert de salle de réunion, je crois. [...] Aujourd'hui, ils se retrouvent dans une cuisine pour jouer aux dominos. J'ai vu la salle de réunion, ils se retrouvent dans une cuisine au rez-de-chaussée où ils sont en fauteuil roulant et ils se retrouvent là et ils font leur partie de domino » PMS3-F33-GE.

Cet exemple met ici en lumière une redéfinition contrainte et durable des espaces collectifs autrefois investis par certaines PAI avant la pandémie. La fermeture d'une salle autrefois investie par les PAI comme lieu de sociabilité, et sa reconversion en salle de réunion, symbolise ici l'absence de prise en compte de leurs besoins de sociabilité, mais aussi de leur relégation au sein même de leur propre environnement résidentiel. Si cet exemple témoigne toutefois d'une forme d'adaptation de ces PAI à travers la définition improvisée d'un nouvel espace où se réunir, en l'occurrence une cuisine peu accessible pour les personnes à mobilité réduite, cette situation illustre leur relégation sociale au sein de leur propre environnement résidentiel, mais aussi la dégradation de l'environnement dans lequel ils tentent de maintenir du lien social. En ce sens, cette redéfinition contrainte de l'espace collectif tend à fragiliser les routines d'interactions entre PAI, à contraindre et à marginaliser leurs activités collectives spontanées faute d'espace adapté, mais aussi à redéfinir leur place dans la résidence à travers une forme d'invisibilisation matérielle et symbolique de leurs besoins et de leur présence. Notons que dans certains cas, la disparition ou l'absence de salle collective permettant aux PAI de se réunir ne sont pas compensées par la définition d'un nouvel espace où se réunir. Aussi, en l'absence de salle adaptée, il apparaît difficile aux professionnels d'organiser des activités collectives et régulières à destination des PAI. Cependant, nous allons voir que le manque de salle ne constitue pas le seul obstacle rencontré par les professionnels dans leurs actions de lutte contre l'isolement social des PAI.

6.2 Des initiatives limitées, entravées, et pas toujours adaptées aux PAI

Pour rompre l'isolement des PAI et favoriser le maintien de leurs liens sociaux, plusieurs professionnels reconnaissent une nécessité de leur proposer des activités collectives. Toutefois,

ces professionnels se heurtent à des difficultés multiples pour mettre en place ces activités. Plusieurs professionnels témoignent ainsi d'un manque de moyens et de temps pour initier ces activités, notamment au regard de leur charge de travail accrue dans le contexte postpandémique, mais aussi au regard des limites qu'elles perçoivent à leurs missions d'accompagnement :

> « Après, on manque toujours de moyens financiers et de moyens humains. C'est sûr. Mais comme je vous ai dit, la résidence n'est pas vouée à faire des animations. Donc, nous, après, on essaie d'organiser quand même des petites fêtes style la fête des voisins où on va faire un barbecue où tout le monde va être invité. On va essayer de faire là, voilà, quand c'est la période de fin d'année, généralement, on leur offre des chocolats, des choses comme ça pour égayer un petit peu aussi leur séjour. Mais sinon, à part ça, non » PMS6-F62-GE.

Ce verbatim met en évidence le paradoxe auquel sont confrontés certains professionnels qui, d'un côté, identifient clairement l'importance d'organiser des activités collectives pour rompre l'isolement des PAI, de l'autre, se heurtent à un manque de moyens financiers et humains, mais aussi à un cadre institutionnel où l'organisation d'animations n'est pas définie comme faisant partie intégrante de leur mission. Les initiatives qu'ils parviennent à mettre en place relèvent alors davantage de gestes ponctuels et symboliques (fêtes de voisins, barbecues, distribution de chocolats), plutôt que d'une stratégie pérenne et coordonnée de lutte contre l'isolement.

Par ailleurs, dans certains cas, le manque de temps et de moyens se cumule avec les difficultés des professionnels à faire participer les PAI à leurs activités, notamment lorsqu'elles intègrent d'autres résidents non-PAI :

> « On a du mal quand même à les mobiliser, à les mélanger avec d'autres... On avait pensé au jardin potager, mais après, encore une fois, les responsables de résidence, on est seul… Sauf si vous travaillez dans une structure mixte où vous avez des travailleurs sociaux qui mettent ça en place. On va tenter l'année prochaine et faire des jardins partagés. Parce qu'ils ont toujours leur petit conseil à donner les chibanis dans le jardinage. […] Ça fonctionne bien. Juste, vous mettez la menthe, la coriandre, c'est vrai, ils cuisinent avec ça. Mais encore une fois, ça c'est... Il manque de moyens chez [nom du bailleur] parce que c'est du boulot, il faut mettre ça en place, et voilà… » PMS5-51-GE.

Ce récit illustre à la fois le potentiel et les limites des activités collectives envisagées pour les PAI par certains professionnels. Le projet de jardin partagé apparaît comme une initiative porteuse en ce qu'il permettrait de valoriser les connaissances et les compétences des PAI en

matière de jardinage, tout en favorisant leur participation sociale à une activité partagée avec d'autres catégories de résidents. Toutefois, sa mise en œuvre se heurte à des obstacles structurels, comme le manque de moyens et l'isolement des responsables de résidence pour construire des projets. Or, comme le montre cet exemple, ces difficultés peuvent conduire certains professionnels à repousser la mise en place de ces activités dans un futur incertain. Aussi, même lorsque les professionnels parviennent à mettre œuvre des activités, plusieurs soulignent la difficulté à mobiliser les PAI. Certaines refusent de participer, d'autres ne se sentent pas concernées, ou se montrent peu disponibles. Dans la majorité des cas, cette difficulté peut s'analyser comme une dissonance entre la définition donnée par les professionnels aux besoins/attentes des PAI, aux moyens adéquats d'y répondre et les définitions qu'en donnent les PAI elles-mêmes. Une dissonance identifiée par certains professionnels :

> « Je pense qu'il faut prendre le temps d'expliquer, un peu comme des groupes, pas des groupes de parole, mais de prendre des temps, des petits ateliers, « bah aujourd'hui vous voulez faire quoi ? » Enfin partir du besoin des personnes, aujourd'hui ça me semble quelque chose d'essentiel. On a tendance des fois à l'oublier aussi. Et c'est très intéressant, les ateliers, les actions collectives c'est très bien, je suis super ok avec ça, mais des actions collectives qui n'ont aucun sens, ça ne me prend pas. Je me souviens que la CARSAT, il y avait des actions bouger mieux, bien bouger, enfin je sais plus, et où il fallait un peu bouger, il fallait bien s'alimenter, etc. Ils ont voulu faire ça absolument à [nom d'une résidence], je ne sais pas pourquoi, on leur a dit ‘'ils ne vont pas accrocher, ça va pas le faire, etc.'' Et effectivement, quatre actions, deux personnes quoi. Parce qu'il y avait un café, donc il y en deux qui sont venus, puis ils sont repartis après. On ne parle pas du tout des besoins des personnes, on n'est pas sur ça » PMS1-F34-GE.

Cette professionnelle met en lumière l'importance du décalage entre les activités définies par les institutions ou les professionnels et les attentes réelles des PAI. Lorsque les projets collectifs sont conçus sans prise en compte de leurs besoins, de leurs intérêts ou de leurs habitudes de vie, ils se traduisent par une faible participation, voire par un désintérêt manifeste. Or, les PAI ne sont que rarement consultées par les professionnels dans le choix des actions proposées. Cette posture permet de souligner les limites d'une approche descendante de l'accompagnement, tout en témoignant de l'intérêt existant à définir des pratiques d'accompagnement plus participatives, où les activités seraient définies à partir des demandes exprimées par les PAI elles-mêmes, afin de renforcer leur appropriation et leur engagement. De surcroît, nous avons vu que, dans les rares cas où les PAI étaient associées par les professionnels à la définition de leurs besoins et de leurs envies, ainsi qu'à celle des moyens pour y répondre, la participation des PAI était beaucoup plus importante aux activités organisées. Cette limite permet ainsi de

montrer comment l'invisibilisation des PAI dans le processus de définition de leur accompagnement peut conduire à des inégalités non seulement en termes d'accompagnement, mais aussi en termes de participation sociale et d'accès à des activités culturelles ou de loisirs.

Enfin plusieurs professionnels soulèvent leurs difficultés à s'appuyer sur des intervenants extérieurs pour proposer des activités ou des services aux PAI. Dans certains cas, cette difficulté s'explique, comme avec les professionnels de santé, par la disqualification sociale des FTM et des RS et de la peur qu'ils peuvent susciter. Dans d'autres cas, cette difficulté s'explique par la perte de liens de collaboration avec des associations qui, depuis la pandémie, ne sont jamais revenues, comme l'explique cette responsable de résidence :

> « L'après-Covid, en fait, c'est que [nom de l'association], pour nous, on est bloqué. Alors que pour nous, ce serait super intéressant d'avoir, tu vois, d'avoir une animation pour les anciens, une fois par semaine. Je ne sais pas, des dominos, des jeux de cartes, un café clash, qu'importe, qu'importe ! Mais non, ils ne viennent pas » PMS2-F52-GE.

Ce verbatim illustre ainsi les conséquences durables de la pandémie sur l'écosystème partenarial de certains FTM et RS. La perte de liens avec des associations autrefois présentes traduit non seulement un appauvrissement de l'offre d'activités, mais aussi une fragilisation du tissu relationnel qui permettait d'ouvrir la résidence vers l'extérieur. L'absence de reprise de ces collaborations renforce le poids de l'isolement institutionnel des PAI et accentue le poids du manque de moyens des professionnels pour tenter d'organiser seuls des activités.

Aussi, d'autres professionnels soulignent l'inadéquation de la posture de certains collègues intervenant dans leur établissement et qui, faute de connaissances suffisantes au sujet des PAI, ne parviennent pas à ajuster leurs pratiques à ces populations :

> « En fait, il faut s'adapter. Il faut y aller petit à petit. Il y a une certaine façon de parler. C'est vraiment un public différent que des personnes âgées classiques, tu vois. Donc… » PMS8-F28-GE.

Cette professionnelle illustre la difficulté observée chez certains intervenants extérieurs aux RS et FTM, lorsqu'ils abordent les PAI comme un public âgé « classique », sans tenir compte des spécificités de leurs parcours, marqués par la précarité, les discriminations ou la méfiance envers les administrations. Or, une telle posture cloisonne l'intervention dans un cadre d'expérience non partagé qui occulte celui des PAI et empêche de parvenir à une définition commune de l'aide ou du service proposé. Aussi, en ignorant les étapes d'interaction préalables

nécessaires à l'accompagnement, telles que la construction d'un lien de confiance ou l'instauration d'un cadre d'échange sécurisant, ces professionnels fragilisent l'efficacité de leur accompagnement, au risque de paradoxalement reconduire les inégalités d'accès aux droits, aux services ou aux loisirs sur lesquelles ces types d'intervention visent pourtant à agir.

Ainsi, les difficultés rencontrées par les professionnels pour mettre en œuvre des actions collectives auprès des PAI ne relèvent pas uniquement d'un manque de moyens humains, financiers et de temps. Elles s'inscrivent plus profondément dans une série de décalages entre les cadres d'expérience des professionnels et ceux des PAI ; entre les injonctions institutionnelles et les pratiques mises en œuvre sur le terrain ; entre les définitions descendantes données par certains professionnels ou institutions aux besoins des PAI et la définition qu'en donnent les intéressées. À cela s'ajoute, en particulier chez les professionnels extérieurs au RS ou au FTM, un manque de connaissances spécifiques sur les parcours, les attentes et les représentations des PAI, conduisant à fragiliser leur accompagnement médico-social à travers de pratiques inadaptées aux réalités de ces populations. Ce constat est d'autant plus partagé par les professionnels, dans la mesure où nous avons vu qu'il constitue un obstacle dans leurs collaborations avec des intervenants extérieurs à leur établissement. Bien que cela n'a pas été directement soulevé par les professionnels rencontrés, cette situation met plus largement en lumière les enjeux persistants liés à la formation des professionnels. En effet, faute d'une sensibilisation suffisante aux déterminants sociaux spécifiques des PAI liés aux inégalités cumulées fil de leurs parcours, l'accompagnement médico-social de ces populations continue d'être pensé à partir d'un cadre institutionnel générique et inadapté à leurs réalités. Or, la prise en compte de ces déterminants apparaît comme une condition indispensable pour réduire les inégalités d'accompagnement des PAI dans l'accès aux droits, aux services et aux loisirs, et ainsi construire des pratiques et des dispositifs réellement adaptés aux besoins de ces populations vieillissantes.

Synthèse partie 6

Cette sixième partie porte sur la manière dont les professionnels du secteur médico-social (N=9) perçoivent et définissent la situation des PAI dans le contexte postpandémique. Elle s'organise autour de quatre chapitres. Le **chapitre 9** met en évidence la façon dont les professionnels définissent les PAI en tant que « public » depuis la fin de la pandémie, et comment ces définitions influencent l'interprétation de leur situation. Les PAI sont perçues comme un « public à part », en raison de parcours migratoires, professionnels et familiaux difficiles, mais aussi en raison de la précarité liée à un mode de vie perçu comme oblatif, nourrissant l'image d'une « génération sacrifiée ». Toutefois, une distinction nette est faite entre les « anciens » et les « jeunes » PAI, sur la base de critères générationnels et de stéréotypes associés à leurs comportements et attitudes. Le **chapitre 10** analyse les inégalités vécues par les PAI dans le contexte postpandémique à partir des difficultés perçues chez ces populations par les professionnels qui les accompagnent. D'une part, les analyses soulignent la persistance, voire l'exacerbation d'inégalités générées durant la pandémie (accès aux droits et aux soins), principalement en raison du maintien et de la généralisation de la dématérialisation, tant dans les établissements publics que privés, administratifs, sociaux et médicaux, avec pour ces derniers un recours croissant à la téléconsultation. D'autre part, les analyses permettent d'observer une recomposition des inégalités structurelles antérieures à la pandémie, telles les inégalités de logement et les inégalités de vieillesse et de santé qu'elles produisent chez certaines PAI. Ces inégalités sont d'autant plus inquiétantes au regard des effets persistants des confinements sur certaines PAI, tant concernant la dégradation de leur santé physique et mentale, de leur autonomie, que concernant leur isolement accru, en particulier dans les FTM ou les RS n'ayant pas rouvert leur salle commune, et dont les conditions de logement restent largement inadaptées au vieillissement de leurs résidents. Le **chapitre 11** examine les ressources individuelles et collectives identifiées par les professionnels chez les PAI pour faire face à ces inégalités. Parmi les ressources individuelles perçues, certaines correspondent à des ressources identifiées dans notre analyse du contexte pandémique (expérience de vie), mais d'autres apparaissent comme nouvelles. C'est notamment le cas de l'usage du smartphone depuis la pandémie, à la fois pour reconstruire du lien social avec les familles restées au pays d'origine et pour réduire le coût financier d'appels onéreux autrefois passés via des téléphones à carte prépayée. Concernant les ressources collectives, nos résultats montrent d'une part un

maintien, voire un renforcement des pratiques de solidarités initiées durant la pandémie et maintenues depuis. Il peut s'agir de portage de repas ou de courses, de ménage, de toilette ou d'aides administratives (prise de rendez-vous, traduction de courrier). Ces pratiques peuvent s'observer entre PAI co-résidentes, entre des PAI et des résidents non-PAI, mais aussi avec des personnes extérieures à leur RS/FTM (famille, voisinage, pairs religieux). Néanmoins, ces ressources collectives restent variables d'un établissement à un autre, notamment en fonction de sa configuration (espaces collectifs disponibles ou pas), des populations hébergées et des dynamiques sociales entre elles (solidarité/tensions/indifférence), ou encore en fonction de sa localisation (quartier, ville). Enfin, le **chapitre 12** examine les pratiques d'accompagnement des professionnels du médico-social comme ressources institutionnelles. Il présente la manière dont les professionnels ont redéfini leurs pratiques d'accompagnement des PAI afin de compenser les effets accrus de la dématérialisation sur l'accès aux droits de ces populations. Il présente également les pratiques et stratégies utilisées par les professionnels pour compenser les inégalités d'accès aux soins des PAI, tant face à la généralisation de la dématérialisation (Doctolib, Maiia, etc.) et de la téléconsultation, au manque croissant de professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes ; infirmiers ; kinésithérapeutes), et aux difficultés à faire intervenir ces soignants au sein de RS et de FTM socialement disqualifiés. Ce chapitre traite également des freins et des principales limites perçus par les professionnels à leurs pratiques. Ces limites portent sur la redéfinition de leurs pratiques d'accompagnement face aux changements produits par la dématérialisation, d'une part en raison de l'augmentation de la charge de travail que soulève cette redéfinition (dépendance accrue des PAI, mais aussi d'autres populations accompagnées) ; et d'autre part en raison de leurs difficultés à interpréter le cadre légal permettant de conformer leurs pratiques au respect du RGPD, sans risquer d'engager leur responsabilité juridique. Ces limites portent également sur les difficultés des professionnels pour répondre aux défis et enjeux en matière de vieillissement et de perte d'autonomie des PAI. Cela s'explique d'une part en raison d'outils et de dispositifs encore largement inadaptés pour répondre aux besoins de ces populations, en particulier concernant les aides à domicile. D'autre part, cela s'explique par les conditions de vie en FTM et en RS qui, malgré la poursuite du PTFTM, demeurent largement inadaptées au vieillissement, à la perte d'autonomie et à l'isolement de PAI de plus en minoritaires dans ces logements (en particulier avec leurs nombreux décès durant la pandémie). Enfin ces limites portent plus précisément sur la lutte contre l'isolement des PAI, tant en raison d'un manque de temps et de moyens humains, qu'en

raison du manque de prise en compte de cette problématique chez les bailleurs. Or ce manque de prise en compte est lui-même générateur d'entraves, tant concernant les actions que tentent de mener les professionnels sur le terrain (négocier l'accord de la hiérarchie, obtenir des moyens), que concernant la manière dont est pensée l'aménagement de ces établissements. Sur ce point, la fermeture d'une salle collective occupée par les PAI avant la pandémie, et sa transformation en bureau après la pandémie constitue l'un des exemples les plus emblématiques de nos analyses.

Discussion

Cette dernière partie se consacre à la discussion de nos principaux résultats à l'aune de nos hypothèses de recherche. La première postule que la pandémie Covid-19 et sa gestion ont engendré des inégalités nouvelles ou exacerbées chez les PAI, tant en contexte pandémique que postpandémique. La deuxième hypothèse postule que, face aux effets de ces inégalités, des ressources individuelles, collectives et institutionnelles ont été mobilisées par ou pour certaines PAI afin de s'y adapter.

1. Des inégalités sociales exacerbées en contexte pandémique et postpandémique

Concernant le **contexte pandémique**, nos résultats tendent à confirmer l'hypothèse d'une exacerbation des inégalités vécues par les PAI en raison des effets disproportionnés produits à leur endroit par la crise et les mesures sanitaires standardisées et descendantes adoptées pour l'endiguer. En France, Vandentorren et al. (2025) soulignent que :

> De nombreuses études ont montré que l'impact de la pandémie était socialement différencié dans la population selon l'origine géographique, le niveau socio-économique, l'âge et le genre […] Les études mettent en lumière combien les personnes socialement défavorisées ont été plus durement frappées, jusqu'au risque d'en décéder, et ce phénomène a été notamment marqué pour les populations immigrées (p. 4).

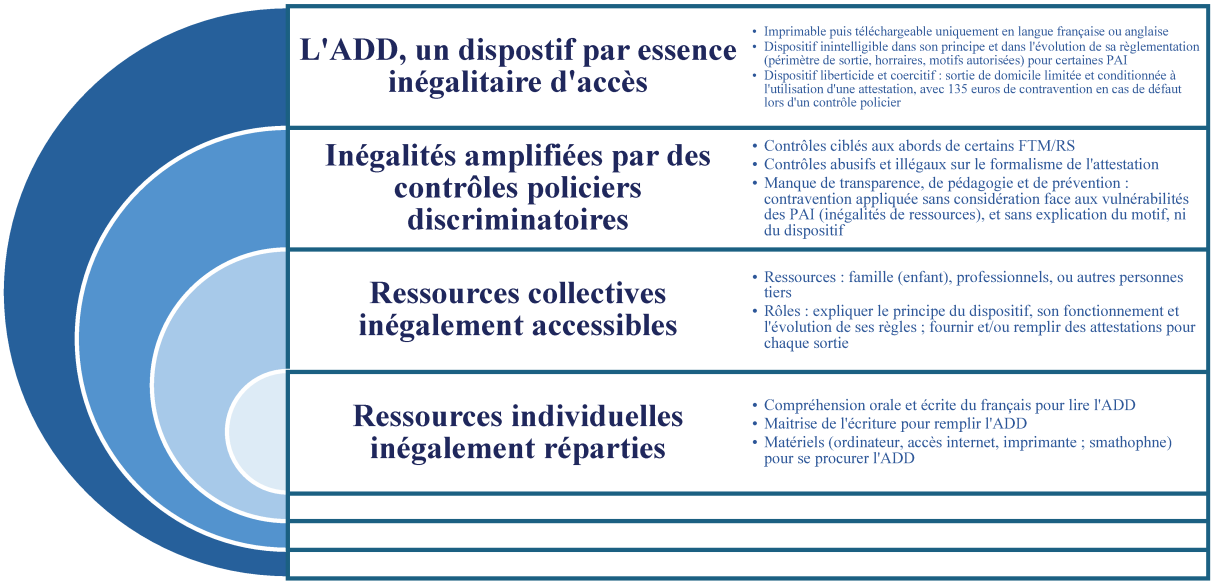
Pour les PAI, ce renforcement des inégalités tend d'une part à s'expliquer par les inégalités structurelles vécues avant la pandémie en termes de logement, de santé, de droits et de situation socio-économique. Ces inégalités ont participé à vulnérabiliser davantage ces populations dans le contexte pandémique face au virus (comorbidités fréquentes, espaces de vie souvent inadaptés à la distanciation sociale, etc.) et aux effets des mesures sanitaires, comme l'a également souligné la recherche-action COVID-PAI-TS (Belhadj-ziane, Moscato, Galloro et Jovelin, 2024). D'autre part, ce renforcement tend à s'expliquer par le manque de prise en compte de ces inégalités préexistantes dans la gestion de la pandémie des décideurs publiques, dont les mesures adoptées ont-elles même produit des inégalités nouvelles ou exacerbées chez les PAI. Or, plusieurs institutions, telle l'ONU (2020) ou le Haut Conseil de Santé Publique (2021) ont averti de la nécessité d'intégrer la lutte contre les inégalités sociales aux mesures

adoptées pour endiguer la pandémie afin de ne pas exacerber ses effets sur les populations déjà vulnérabilisées.

Pour beaucoup de PAI, les mesures de confinement, la dématérialisation, la fermeture des frontières internationales, l'attestation dérogatoire de déplacement, l'organisation de la vaccination ou encore le pass sanitaire ont engendré des effets disproportionnés sur leur santé, leur autonomie, leur situation économique, leur mode de vie ou sur leur identité sociale. Ces mesures ont engendré des inégalités nouvelles ou exacerbées en matière de logement, d'accès aux informations sanitaires officielles, aux soins et aux droits, tout en renforçant l'isolement social de nombreuses PAI.

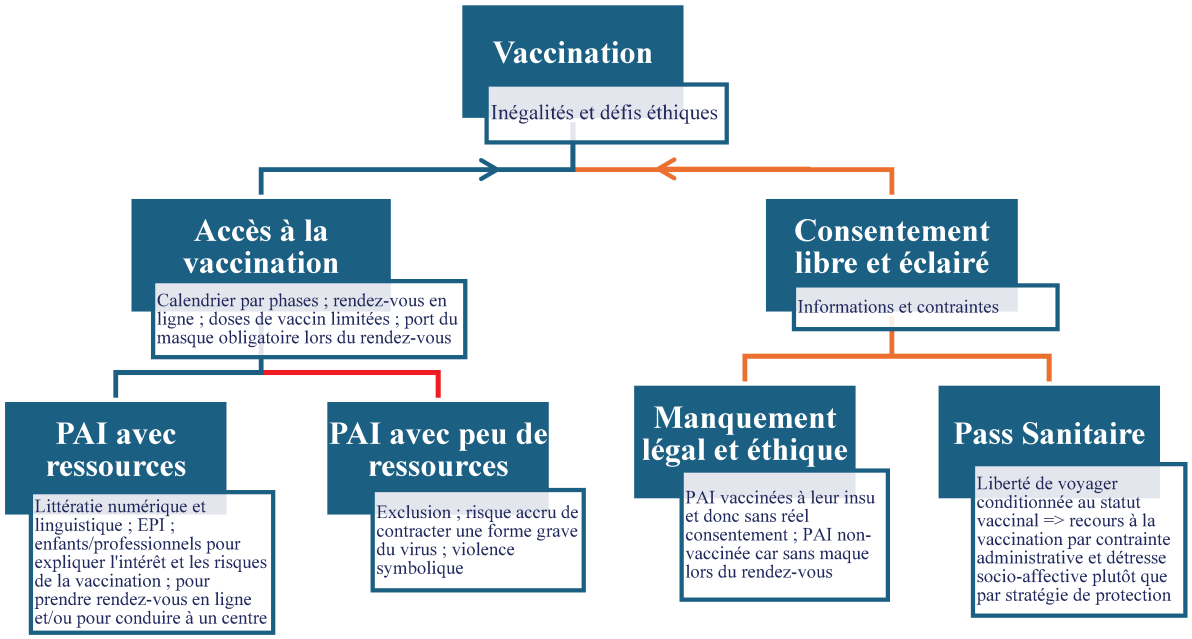
Dans nos résultats, l'attestation dérogatoire de déplacement apparaît comme l'une des mesures les plus emblématiques de la vulnérabilisation des PAI durant la pandémie ainsi que de l'insuffisante prise en compte de leurs déterminants sociaux défavorables dans la conception et la mise en œuvre des mesures sanitaires. En ce sens, l'ADD reposait sur des mécanismes inégalitaires, illustrés dans la figure 7 ci-dessous, qui conditionnaient son usage à des ressources individuelles ou collectives inégalement accessibles ou réparties chez les PAI. Cette inégalité d'accès à l'ADD a ainsi plus largement engendré un renforcement des inégalités vécues par certaines PAI, que ce soit en termes d'isolement et d'exclusion sociale, de maintien de leur liberté fondamentale de circulation, d'accès aux droits, aux soins et aux services, ou encore en termes d'autonomie. À cela s'ajoutent les répercussions économiques, sociales et psychologiques des contrôles policiers abusifs (contraventions, majoration, auto-isolement au domicile par peur de nouvelle sanction).

Figure 7 : Mécanismes inégalitaires associés à l'Attestation dérogatoire de déplacement chez les PAI



Enfin, la stratégie vaccinale du gouvernement lors du lancement de sa campagne de vaccination a engendré des inégalités et des discriminations peu analysées dans la littérature, en particulier chez les PAI. Malgré sa gratuité, nos résultats montrent que les modalités d'accès à la vaccination ont été source d'inégalités pour un grand nombre de PAI (*cf.* figure 8), en particulier celles résidant en FTM ou RS, qui, contrairement aux résidents d'EHPAD, n'ont pas fait l'objet d'un accès prioritaire. El Baz (2020) note également que plusieurs foyers sont restés en marge des campagnes de dépistage menées par l'ARS, bien que ce constat ne concerne que la région parisienne. Par ailleurs, l'instauration du pass sanitaire a conduit certaines PAI à se vacciner non pas par adhésion au vaccin et ses effets protecteurs, mais pour recouvrer leur liberté de voyager dans leur pays d'origine et revoir leur famille. Les enjeux que soulèvent ces résultats sur le consentement libre et éclairé à la vaccination sont également renforcés par les dérives éthiques analysées chez quelques PAI potentiellement vaccinées leur insu.

Figure 8 : Inégalités sociales et discriminations engendrées par la vaccination



Concernant le **contexte postpandémique**, nos résultats tendent également à confirmer l'hypothèse qu'une partie des inégalités produites ou exacerbées par la crise sanitaire se sont maintenues, recomposées et parfois même consolidées depuis la fin de la pandémie en mai 2023.

Nos résultats les plus significatifs portent sur le maintien et la généralisation de la dématérialisation dans les établissements publics ou privés, médicaux ou administratifs, mais aussi sur la réduction du nombre de guichets d'accueil dans ces établissements et les difficultés accrues des PAI pour y accéder ; l'accès à ces guichets se faisant principalement sur rendez-vous pris en ligne. La dématérialisation est ainsi perçue par les professionnels comme le principal changement social engendré par la pandémie sur la situation des PAI, mais aussi comme le principal levier ayant renforcé les inégalités vécues par ces populations en matière d'accès aux droits et aux soins.

Concernant l'accès aux soins, les effets de la dématérialisation s'expliquent par la généralisation des prises de rendez-vous médicaux en ligne via des plateformes dédiées (Doctissimo, Maiia, etc.), mais aussi par un usage accru de la téléconsultation initiée durant la

pandémie. Ces résultats interpellent au regard des obstacles identifiés à cette pratique chez les professionnels de santé eux-mêmes, telle que le manque de formation à cette pratique, le respect de la protection des données personnelles, la gestion de problèmes techniques, ou encore la « déshumanisation » des rapports des rapports soignant-patient (Iazzetta, 2024). En outre, cette dématérialisation a également engendré une dépendance accrue de nombreuses PAI envers les professionnels[121], afin d'assurer des démarches qu'elles parvenaient pour la plupart à réaliser seules avant la pandémie (prise de rendez-vous administratifs ou médicaux, échanges avec les administrations). Cette perte d'autonomie est d'autant plus inquiétante qu'elle participe à une forme de précarisation administrative des PAI, et que cette précarisation est par ailleurs identifiée pour ces effets sur la santé et les conditions de vie de ces populations (Niyonsaba, et Moulaert, 2024).

De manière indirecte, cette dépendance accrue envers les professionnels tend à renforcer les inégalités entre PAI concernant leur accès à des ressources collectives ou institutionnelles leur permettant de surmonter les obstacles à leur accès aux droits et aux soins. Outre la variabilité des ressources disponibles dans leur environnement, cette inégalité est renforcée par les contingences en matière d'accompagnement social et médico-social, notamment en raison de pratiques, de connaissances et d'engagement qui peuvent être variables d'un professionnel à un autre. Ce constat est d'autant plus fort que la dématérialisation participe plus largement à une redéfinition contrainte et hétérogène du rôle des professionnels et du périmètre de leurs missions, que ce soit envers les PAI ou d'autres populations numériquement exclues (Allessina, 2024).

Par ailleurs, les contrôles ciblés de certaines administrations pendant la pandémie, mais aussi les contrôles policiers abusifs en matière d'ADD ont engendré des sanctions économiques (remboursement d'allocation, contraventions) perçues comme particulièrement injustes par l'ensemble des professionnels.

Dans le contexte postpandémique, ces discriminations continuent de produire des effets chez certaines PAI n'ayant pas pu s'acquitter de ces sanctions en raison de l'importance de leur montant. Ces injustices perçues sont d'autant plus inquiétantes dans la mesure où la CAF

[121] Ou d'autres personnes tiers (membre de la famille, ami, voisin, etc.).

continuerait à réaliser des contrôles ciblés sur des PAI au sujet d'aides potentiellement indûment perçues durant la pandémie. Plus encore, certaines réformes adoptées dans le sillage de la pandémie traduisent un durcissement des politiques publiques à l'égard des PAI, ainsi que plus largement une invisibilisation accrut de la réalité de leurs besoins. La réforme la plus emblématique est le renforcement des conditions de résidence imposées aux bénéficiaires de l'ASPA, désormais tenus de résider au moins neuf mois sur le territoire français, contre 6 mois auparavant. Cette réforme est d'autant plus inquiétante dans la mesure où certaines PAI peinent à la comprendre et à y croire, en raison d'une communication officielle inadaptée[122], mais aussi en raison du caractère surréaliste perçu dans ce changement[123]. Or en l'absence d'un cadre d'interprétation adapté, l'incompréhension de cette réforme présente pour les PAI concernées un risque de sanction financière en cas de non-respect de cette nouvelle condition de résidence, et plus largement un risque de précarisation au regard de l'importance des montants à rembourser. Cette réforme s'inscrit plus largement dans un continuum marqué par l'incompréhension des PAI face aux normes et à leurs évolutions, par des atteintes portées à leurs droits et libertés fondamentales, à leur mode de vie et à leur identité sociale.

Les inégalités de logement ont eu un rôle central sur l'accroissement général des inégalités vécues par les PAI durant la pandémie (Barhoumi et al., 2020), nous conduisant ainsi à focaliser notre analyse du contexte postpandémique sur les PAI vivant en FTM et en RS. Ces établissements, déjà marqués par la précarité des conditions de vie des résidents avant la crise, apparaissent depuis d'autant plus inadaptés au vieillissement et à la perte d'autonomie des PAI qui y résident, malgré la poursuite de leur transformation dans le cadre du PTFTM. L'avancée en âge des PAI, parfois combinée aux séquelles physiques, psychiques et sociales laissées par la pandémie, ont donc renforcé leur vulnérabilisation au sein d'établissements encore largement inadaptés à ces défis. Depuis la fin de la pandémie, l'isolement social de certaines PAI s'est par ailleurs prolongé à travers la raréfaction des espaces collectifs où se réunir entre pairs, par la diminution du nombre de leurs pairs (en particulier avec les nombreux décès lors de la pandémie), et par leur marginalisation dans un environnement partagé avec d'autres populations vulnérabilisées, avec qui la cohabitation peut être source de tensions, voire

[122] Information uniquement communiquée par courrier postal, en dépit des difficultés connus chez les PAI pour lire le français et comprendre leurs droits.
[123] En particulier dans la mesure où plusieurs rapports ainsi que plusieurs chercheurs et associations appellent depuis plus d'une dizaine d'années à assouplir cette condition de résidence en raison des discriminations de fait qu'elles engendrent chez les PAI au regard de leurs modes de vie transnationaux.

d'insécurité.

Aussi, une part des inégalités vécues par les PAI résidents en FTM ou en RS continue de s'expliquer par la disqualification sociale dont peuvent faire l'objet ces établissements chez les professionnels qui y sont extérieurs. C'est particulièrement le cas des professionnels de santé qui, en raison de l'insécurité qu'ils perçoivent dans ces établissements, de leur charge de travail accrue depuis la pandémie, et de la généralisation de la téléconsultation, réduisent ou cessent d'intervenir aux domiciles des PAI. Ce phénomène est d'autant plus inquiétant au regard de la perte d'autonomie de certaines PAI ne pouvant plus se déplacer, ou de celles qui renoncent à consulter face à leurs difficultés à prendre rendez-vous en ligne. Notons que ce renoncement s'explique également par l'allongement des délais de rendez-vous, en particulier chez les spécialistes.

2. Les ressources des PAI face aux inégalités vécues en contexte pandémique et postpandémique

Notre seconde hypothèse de recherche portait sur les ressources mobilisées par ou pour les PAI face aux inégalités vécues en contexte pandémique et postpandémique. Cette hypothèse postulait que, tant en contexte pandémique que postpandémique, les PAI mobilisent plusieurs ressources parmi lesquelles l'accompagnement des professionnels apparaît central. Cette hypothèse postule également que l'accompagnement des PAI par les professionnels du médico-social peut constituer une ressource, mais que son efficacité dépend des perceptions, des connaissances et des définitions de situation que ces professionnels construisent vis-à-vis d'eux-mêmes et des PAI.

Nos résultats confirment l'hypothèse que les PAI ont mobilisé un ensemble de ressources pour redéfinir leur situation face à la crise sanitaire et s'adapter aux effets des inégalités qu'elle a engendrées. Plus précisément, nos résultats permettent de distinguer l'utilisation de ressources individuelles (maintien des pratiques de la vie quotidienne, négociation des normes sanitaires, spiritualité, expériences antérieures), de ressources collectives (famille, pairs, voisinage) et de ressources institutionnelles (actions de professionnels et d'acteurs associatifs).

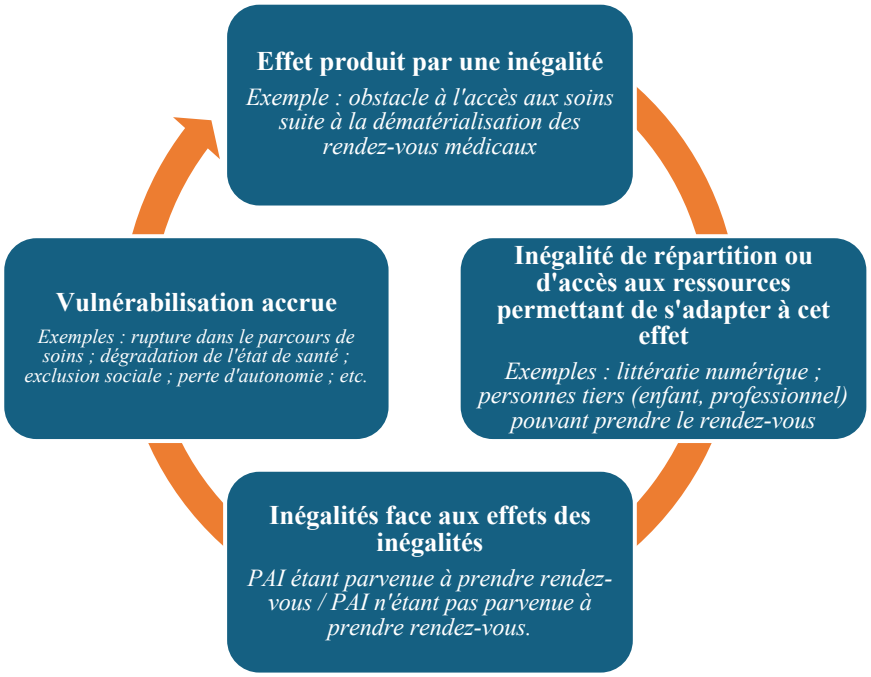
Pour plusieurs PAI, ces ressources ont permis de compenser une part des inégalités vécues en matière d'accès aux soins, à la vaccination et aux EPI, d'accès à l'information sanitaire et à

l'alimentation, ou encore en matière d'accès aux droits (accompagnement face à la dématérialisation et à l'ADD). L'un des principaux apports de ces résultats réside dans l'identification des rôles ressources qu'a pu jouer la spiritualité chez certaines PAI durant la pandémie. Si la crise sanitaire a conduit à s'interroger sur la spiritualité des personnes âgées dans ce contexte, que ce soit en France (Hazif-Thomas, 2020) ou dans d'autres pays comme le Canada (Sfeir et al., 2024), ce phénomène reste globalement inexploré dans la littérature sur les PAI en France. Or, nos résultats soulignent que la foi, les pratiques religieuses (prières, lecture des Écritures saintes), ainsi que certaines croyances non religieuses ont pu constituer des cadres d'interprétation pour donner du sens à la pandémie, pour garder espoir dans un contexte incertain, pour réduire leur stress et leur anxiété dans un climat médiatique et sanitaire anxiogène, mais aussi pour agir symboliquement sur les évènements au travers de prières de protection. Ces résultats convergent avec ceux d'une étude américaine sur le rôle protecteur de la spiritualité sur la santé mentale des croyants musulmans durant la pandémie (Awaad et al., 2021), alors qu'une revue de littérature sur les réfugiés âgés souligne plus largement le rôle de la spiritualité et des réseaux religieux sur la résilience de ces populations de manière générale (Tippens et al., 2023). Cependant, nos résultats sur le contexte postpandémique ne nous ont pas permis d'approfondir notre compréhension de cette ressource et la manière dont certaines PAI continuent peut-être de la mobiliser. De manière générale, les ressources individuelles, collectives et institutionnelles des PAI ont néanmoins été variables d'une personne à une autre, notamment en fonction :

- de leur parcours de vie respectif (épreuves, expériences) ;
- de leur rapport à ce vécu et à la manière de l'utiliser comme cadre d'interprétation dans la définition de leur situation en contexte sanitaire ;
- de leur habitat (maison, appartement, FTM, RS) ;
- de leur situation familiale et médicale ;
- de leur environnement social et institutionnel ;
- et des ressources perçues dans cet environnement.

Par ailleurs, nos résultats montrent que ces ressources font elles-mêmes l'objet d'inégalités d'accès et de répartition entre PAI, témoignant ainsi d'un phénomène d'inégalité face aux effets des inégalités en fonction des ressources disponibles ou non pour s'y adapter. Ces résultats, illustrés dans la figure 9 ci-dessous, permettent de situer le processus de vulnérabilisation des PAI non pas seulement en considération des inégalités qu'elles vivent, mais aussi au regard des inégalités de ressources dont elles disposent pour s'adapter aux effets de leurs inégalités vécues.

Figure 9 : Illustration du phénomène d'inégalité des PAI face aux effets des inégalités

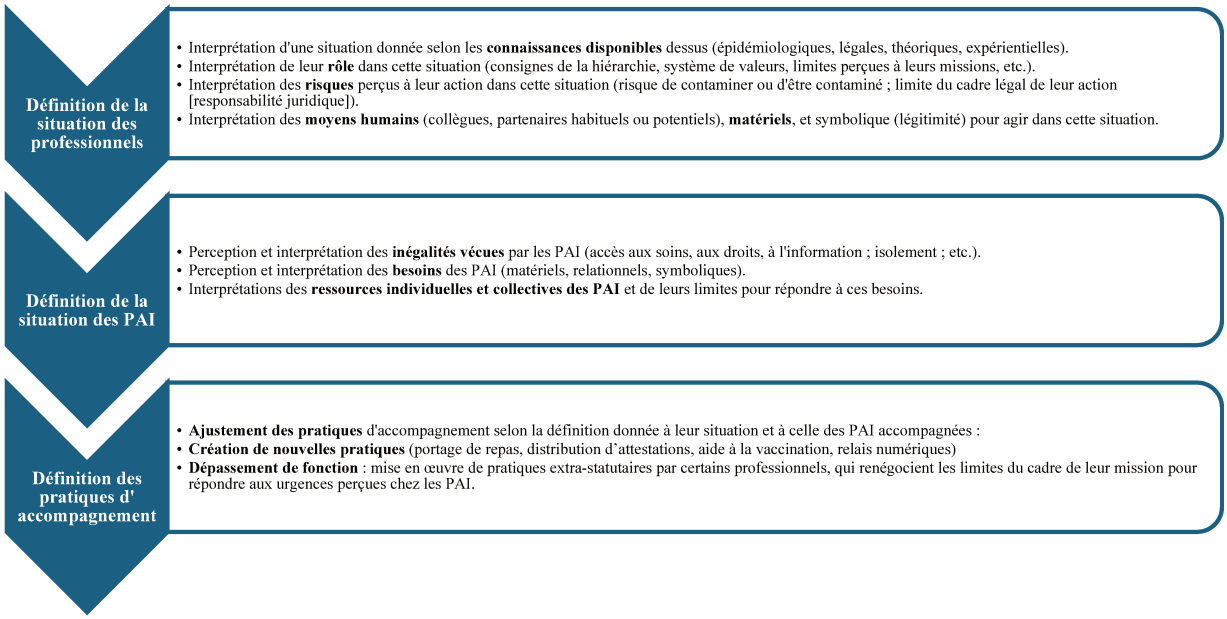


Concernant nos résultats sur le **contexte postpandémique**, ils montrent un maintien, voire une consolidation des ressources collectives de certaines PAI face à leurs inégalités subsistantes ou nouvelles. Ces résultats soulignent cependant une persistance ou un approfondissement des inégalités entre PAI dans l'accès aux ressources institutionnelles que peuvent constituer les professionnels du médico-social.

Pour une part importante, ces inégalités tendent à s'expliquer par l'accroissement de la charge de travail des professionnels qui accompagnent les PAI. Cet accroissement s'explique dans nos résultats par la dépendance accrue engendrée par la dématérialisation, tant chez les PAI, que chez d'autres populations vulnérabilisées par la pandémie, comme le soulignent également d'autres études (Aouici et Gallou, 2023 ; Allessina, 2024). Ce phénomène contribue à réduire la disponibilité effective des professionnels et leur moyen d'ajuster leur pratique face aux besoins spécifiques des PAI. Nos résultats ne confirment donc qu'en partie l'hypothèse que l'accompagnement des professionnels, tant dans le contexte pandémique que postpandémique, peut s'analyser comme une ressource institutionnelle centrale pour compenser les inégalités vécues par les PAI. En effet, l'efficacité de cette ressource reste largement variable selon la manière dont les professionnels définissent leur situation et celle des PAI, mais aussi selon les

connaissances et les moyens dont ils disposent pour définir ces situations et ajuster leurs pratiques en conséquence, comme l'illustre la figure 10 ci-dessous.

Figure 10 : Contingence de l'accompagnement médico-social selon les processus des définitions données par les professionnels à leur situation, à leurs pratiques et aux situations des PAI



En outre, les inégalités vécues par les PAI dans les contextes pandémique et postpandémique ne sont ni figées ni homogènes. Ces inégalités et leurs effets évoluent en fonction des environnements sociaux, institutionnels et politiques dans lesquels ils s'inscrivent et qui eux-mêmes évoluent. Ces évolutions impliquent donc chez les professionnels un travail de veille constant, ainsi que des moyens adaptés pour interpréter et actualiser leur définition des situations des PAI afin d'ajuster leurs pratiques d'accompagnement. À ce sujet, nos résultats montrent que les professionnels disposent de moins en moins de temps pour assurer ce travail de veille. Cette contrainte de temps, mais aussi de moyens humains, fragilisent leur capacité à répondre efficacement à l'évolution des inégalités vécues par les PAI, avec pour risques, à terme, de voir leurs conditions de travail se dégrader, de restreindre l'efficacité de leur accompagnement, et par conséquent de renforcer la vulnérabilisation des PAI accompagnées. Ces risques sont d'autant plus inquiétants dans la mesure où ils s'étendent à l'ensemble des professionnels du secteur social et de leurs usagers (Achard, 2022), qu'on observe une baisse accrue de l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement depuis la fin de la pandémie

(Charles-Pauvers et Renard, 2024), et que les pistes pour améliorer les conditions de travail des professionnels du secteur social et médico-social, ainsi que les moyens alloués à la réalisation de leurs missions, restent peu nombreuses (Devetter, et al., 2024). Surtout, nos résultats montrent que les actions menées par les professionnels du secteur médico-social ne permettent, au mieux, que d'agir sur les effets d'une part des inégalités qu'ils perçoivent chez les PAI, et non sur l'ensemble de ces effets et des causes structurelles qui les engendrent. Ce résultat soulève plus largement la nécessité d'agir sur les inégalités vécues par les PAI, non pas seulement en renforçant les moyens des professionnels pour compenser les effets de ces inégalités, mais en agissant au niveau politique sur les causes structurelles qui les engendrent. Cette nécessité est renforcée par le constat que les inégalités vécues par les PAI relèvent de mécanismes structurels anciens, consolidés ou réactualisés par la gestion de la pandémie, et que les réponses institutionnelles demeurent largement insuffisantes, voire aveugle à la spécificité des situations de ces populations.

Conclusion générale

Par cette thèse, nous avons cherché à décrire et mieux comprendre comment les inégalités engendrées ou exacerbées par la pandémie Covid-19 ont agi sur la vie des personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. À travers nos questions de recherche, nous nous sommes interrogés sur la manière dont les PAI ont vécu et interprété les inégalités sociales engendrées ou exacerbées par la pandémie, mais aussi sur les inégalités sociales persistantes ou nouvelles perçues par les professionnels du secteur médico-social qui accompagnent ces populations dans le contexte postpandémique.

Pour répondre à cette question, nous avons mobilisé une approche qualitative et un cadre théorique interactionniste inspiré des concepts de « définition de situation » de Thomas (1923) et de « cadre d'expérience » de Goffman (1974). Concernant notre méthode, nous avons articulé notre stratégie de collecte des données autour de deux principales étapes, correspondant chacune à nos contextes étudiés. La première étape reposait sur une analyse secondaire d'une part des entretiens et focus groups réalisés dans la recherche-action COVID-PAI-TS entre avril et septembre 2021 auprès de PAI (N=57) et de TS (N=29) en régions Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie. La deuxième étape reposait sur la réalisation d'entretiens et de focus groups complémentaires en région Grand Est, réalisés auprès de professionnels du secteur médico-social (N=9) ayant accompagné des PAI pendant et après la pandémie. Nous avons ensuite analysé ces données en mobilisant une stratégie d'analyse thématique.

Les résultats ainsi obtenus ont permis de confirmer notre première hypothèse de recherche concernant les inégalités nouvelles ou exacerbées engendrées par la pandémie dans la vie des PAI, tant dans le contexte pandémique que postpandémique. Concernant notre deuxième hypothèse, nos résultats nous ont conduits à y répondre de manière plus nuancée. D'abord en confirmant l'utilisation de ressources individuelles, collectives et institutionnelles par certaines PAI face aux effets des inégalités vécues en contexte pandémique et postpandémique. Ensuite, en montrant que l'accompagnement des professionnels constitue une ressource institutionnelle dont l'efficacité est largement variable selon la manière dont ils définissent leur propre situation et celle des PAI, selon les connaissances et les moyens dont ils disposent pour définir ces situations et ajuster leurs pratiques, mais aussi selon l'accès des PAI à ces professionnels. Enfin,

en montrant que l'accompagnement de ces professionnels ne permet, au mieux, que de compenser les effets de certaines inégalités perçues chez les PAI, et non d'agir sur l'ensemble de leurs effets et des causes structurelles qui les engendrent.

Deux principales perspectives de recherche se dégagent de nos résultats et de leurs limites. La première porte sur la nécessité d'améliorer les connaissances sur la manière dont les inégalités sociales sont subjectivement vécues, afin de mieux lutter contre leurs effets et leurs causes. En effet, les répercussions sociales, économiques et sanitaires de la pandémie Covid-19 ont renforcé la nécessité de mieux lutter contre les inégalités sociales, que ce soit en contexte de crise majeure comme en contexte « ordinaire ». Cette nécessité implique de mieux intégrer les dimensions systémiques des inégalités sociales et des interactions de leurs effets chez les personnes qui les vivent, en particulier dans la mesure où l'on sait qu'une même inégalité peut être engendrée par des causes différentes et produire des effets différentiés selon la manière dont elle est vécue (Bihr et Pfefferkorn, 2021). Si la majorité des études relatives aux inégalités sociales s'orientent vers leur mesure et leur objectivation statistique, il apparaît nécessaire de renforcer les connaissances sur la manière dont ces inégalités sont subjectivement perçues et vécues par les personnes (Fayat, 2022), notamment en explorant davantage les ressources par lesquelles ces personnes y répondent, ainsi que leurs limites. Partageant l'idée que les inégalités se vivent plus qu'elles ne se mesurent (Sen, 2014), l'une des perspectives envisagées dans notre recherche est ainsi d'affiner notre compréhension d'un phénomène peu étudié, celui des inégalités face aux inégalités, en explorant ce qui peut faire inégalité entre des personnes pourtant exposées à une même inégalité. Les travaux d'Amartya Sen participent à nourrir cette perspective et nous amènent à situer notre réflexion sur les inégalités en réponse à des enjeux plus larges, tel le bien-être des populations et la manière de penser un modèle de justice sociale permettant de mieux lutter contre les inégalités. En effet, plutôt que de partir d'une conception normative de la justice sociale fondée sur des principes théoriques, Sen préconise plutôt de comparer des situations concrètes d'injustice sociale pour, à partir d'elles, construire un dialogue démocratique continue, où l'expression de la « raison publique » permettrait de redéfinir le concept de justice sociale afin de mieux reconnaître et répondre aux inégalités et à leurs évolutions (Sen, 2012a ; 2012b). La mise en lumière de ces situations d'injustices constitue l'une des conditions préalables de ce dialogue. Dans cette perspective, l'approche par « capabilités » développé par Sen pourrait constituer un cadre d'analyse supplémentaire pour

approfondir la compréhension des effets des inégalités sur le « fonctionnement » des personnes, c'est-à-dire « les différentes choses qu'une personne peut aspirer à être ou à faire » (Sen, 1999, cité par Bertin, 2008, p. 44). Le concept de capabilité renvoyant quant à lui à la « liberté substantielle de mettre en œuvre diverses combinaisons de fonctionnements » (Sen, 1999, cité par Bertin, 2008, p. 44). À partir de ces éléments, nous distinguons deux niveaux d'analyse potentiels : d'une part concernant les effets des inégalités vécues par les PAI dans le contexte postpandémique sur leurs capabilités, d'autre part, concernant les inégalités entre PAI pour mobiliser des ressources individuelles, collectives et institutionnelles permettant de compenser les atteintes portées à leurs capabilités.

La deuxième perspective dégagée dans notre recherche porte sur les enjeux d'anticipation et de préparation à de nouvelles crises majeures. En effet, l'ampleur de la pandémie Covid-19 et ses répercussions encore actuelles ont renforcé la nécessité d'améliorer les connaissances permettant de mieux se préparer à la survenue de nouvelles crises majeures, dans un contexte marqué par des défis et des enjeux grandissant en matière de changements climatiques et d'instabilité géopolitique[124]. Dans sa théorie de la société du risque, Beck (2014) analyse les crises contemporaines comme l'expression des risques globaux générés par l'organisation sociale et les dynamiques de fonctionnement des sociétés modernes (décisions politiques, modes de production, etc.). Beck situe son analyse non pas à l'échelle nationale qu'il considère insuffisante, mais au niveau mondial ; la mondialisation étant pour lui une forme d'organisation sociale, elle-même génératrice de risques globaux, où l'interconnexion des sociétés implique qu'un évènement local peut engendrer des répercussions mondiales. La pandémie Covid-19 en est un exemple récent. À travers son concept de « modernité réflexive »[125], Beck analyse également les crises comme des opportunités de transformation sociale à partir desquelles repenser les institutions et les modèles de gouvernance. Les enjeux soulevés par la pandémie Covid-19 sur la nécessité d'adapter nos sociétés à la survenue de nouvelles crises majeures s'inscrivent dans cette « modernité réflexive ». Cette adaptation est d'autant plus nécessaire au

[124] Notamment symbolisé par l'accord des États de Organisation du traité de l'Atlantique nord (OTAN) pour augmenter à 5% de leur PIB le financement de leur armement (Matelly, 2025).
[125] Concept « naît de ce décalage entre, d'une part, l'émergence de risques produits par le processus de modernisation, et, d'autre part, l'incapacité pour les institutions de la modernité industrielle de prendre en charge de tels risque » (Pierret, 2008a, p. 32).

regard des facteurs infectieux (maladies), sociaux (modes de vie, de production, etc.) et environnementaux (changement climatique), qui renforcent la probabilité de vivre de nouvelles crises majeures (Débarre et Praz, 2024). Dans son avis sur « l'évaluation des risques de Situations Sanitaires Exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-2030 », le COVARS (2024) a émis un ensemble de recommandations pour se préparer à une nouvelle SSE. Parmi ces recommandations, l'une d'elles porte sur la nécessité de :

> Prendre en compte la vulnérabilité de certains territoires et de populations à risque dans une notion d'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national […], en préparant des interventions précoces et ciblées sur les populations vulnérables, en renforçant en particulier la résilience des communautés liées aux inégalités (COVARS, 2024, p. 53).

Cette recommandation, qui fait pleinement écho aux résultats de notre recherche, soulève un enjeu d'autant plus important dans la mesure où l'on sait que, les gouvernements qui construisent leurs réponses à une crise majeure de santé publique à partir d'hypothèses de risques égaux pour tous les groupes sociaux, sans tenir compte de leurs spécificités, risquent d'accroître les inégalités et de diviser la population (Templeton et al., 2020, cités dans Belhadj-ziane et al., 2024). Ce constat et les enjeux actuels et futurs qu'il soulève impliquent un renforcement des connaissances spécifiques sur les PAI et la manière dont elles vivent les inégalités auxquelles elles sont exposées depuis la fin de la pandémie. L'amélioration de ces connaissances est d'autant plus déterminante au regard des enjeux de connaissance, de reconnaissance (Honneth, 2005) et de redistribution (Fraser, 2004, 2011) qui conditionnent de manière générale la lutte contre les inégalités et les réflexions politiques et théoriques à son sujet. Par ailleurs, l'amélioration des connaissances spécifiques sur les PAI contribuerait à agir contre les inégalités épistémiques (Fricker, 2007) dont témoigne l'invisibilisation de ces populations, tant dans les politiques publiques que dans la littérature scientifique sur le contexte pandémique et postpandémique. Cela se révèle d'autant plus important dans la mesure où l'on sait que, de manière générale, les injustices épistémiques participent à la construction et au maintien des inégalités sociales, tant par la hiérarchisation des formes de savoirs (Counil et

Henry, 2016), que par la « construction d'ignorances »[126] sur les réalités spécifiques de populations sans voix ni visibilité sociale (Boudia et Henry 2022).

[126] Comme le soulignent Godrie et Dos Santos (2017), cette construction s'entend comme « une production et non simplement comme une absence de savoir ou un trou dans la connaissance » (p. 14).

Bibliographie

Abdallah, M. (2015). « Ratonnade » de Grasse, un certain 12 juin 1973. *Plein droit*, 107, 44-48. https://doi.org/10.3917/pld.107.0044

Abdmouleh, R. (2007). Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice. Insayinat / 109-91 | 38. http://journals.openedition.org/insaniyat/3239

Abraham, Y.-M. (2009). Compte rendu de [Une théorie sociologique respectueuse de l'idée de liberté : « Les cadres de l'expérience » d'Erving Goffman / Goffman, E. (1991). Les cadres de l'expérience, Paris : Les Éditions de Minuit, 573 p.] Management international / Gestiòn Internacional / International Management, 13(3), 99–110. https://doi.org/10.7202/037834ar

Achard, C., Accompagnateur en autonomie : Rullac, S. (2022). Le travail social en France au défi de la crise sanitaire Ruptures, permanences et (dis)continuités. Écrire le social, 4(1), 54-65. https://doi.org/10.3917/esra.004.0054.

Amieva, H., Avila-Funes, A., Bergua, V., Koleck, M., Letenneur, L., Ouvrard-Brouillou, C., Rascle, N., Tabue-Teguo, M. et Pérès, K. (2021). Pacovid, Une Enquête En Population Sur les Effets du Confinement et de la Pandémie Chez les Personnes Âgées : Premiers Résultats. Revue de neuropsychologie, 13(2), 133-138. https://doi.org/10.1684/nrp.2021.0672.

Ancet, P., (2018). Identité narrative, déprise et vécu du vieillissement. Gérontologie et société, 2018/1 vol. 40 / n° 155. pp. 45-57. https://doi.org/10.3917/gs1.155.0045.

Ageron, C.-R. (1985). L'immigration Maghrébine en France: Un survol historique. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, *7*, 59–70. https://doi.org/10.2307/3769934

Aggoun A. (2001). Quel psychiatre pour le migrant âgé du Maghreb ? *L'Homme et la société* 2001 ; 139 : 35-43

Aïach, P., Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, *54*(20), 2221-7. https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf

Aïach, P. (2004) Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 39-47. DOI : https://doi.org/10.3406/oss.2004.992

Alahyane, Y., (2021). L'accès aux droits, un parcours du combattant spatial et temporel. Le cas de personnes âgées nées en Afrique du Nord-Ouest résidant à Aubervilliers. Annales de géographie, 2021/1 N° 737. pp. 112-136. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/ag.737.0112

Alahyane, Y. (2018). Migration sans la famille et construction de l'espace familial en situation de contrainte. Le cas des personnes âgées nées en Afrique du nord-ouest et résidant en France. Trocadero, pp.49-74. https://hal.science/hal-02107849v1

Allen M., Allen, J., Hogarth, S., & Marmot, M. (2013). Working for health equity: The role of health professionals. London: UCL Institute of Health Equity. Retrieved from: https://www.instituteofhealthequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals

Allesina, S. (2024). La relation d'aide dans un contexte de changements sociétaux : l'accompagnement de personnes âgées vers l'ère du numérique. Dans R. Descloux et G. Arici La relation d'aide en travail social : Récits et analyses en provenance des terrains professionnels (p. 79-90). Éditions Sociographe. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/agraph.descl.2024.01.0079.

Association Nationale d'Assistance aux Frontières pour les Étrangers (ANAFE) (2024). Les droits humains en quarantaine / Les frontières françaises à l'épreuve du Covid-19. Repéré à : https://anafe.org/les-droits-humains-en-quarantaine-les-frontieres-francaises-a-lepreuve-du-covid-19/

Antier, C. (2008). Le recrutement dans l'empire colonial français, 1914-1918. *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 230, 23-36. https://doi.org/10.3917/gmcc.230.0023

Aouici, S. et Gallou, R. (2023). L'autonomie administrative à l'épreuve de la dématérialisation. *Revue des sciences sociales*, 70 | 2023, 42-53. http://journals.openedition.org/revss/10501 ; DOI : https://doi.org/10.4000/revss.10501

Arab, C. (2013). Le troisième âge : le "migrant inutile". Hommes & Migrations, 1303, 47-55. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.2550

Association Nationale d'Assistance aux Frontières pour les Étrangers (ANAFE) (2024). Les droits humains en quarantaine / Les frontières françaises à l'épreuve du Covid-19. Repéré

à : https://anafe.org/les-droits-humains-en-quarantaine-les-frontieres-francaises-a-lepreuve-du-covid-19/

Attias-Donfut, C., Gallou, R. (2006). L'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale Représentation de la solidarité familiale par les immigrés âgés. Informations sociales, 134(6), 86-97. https://doi.org/10.3917/inso.134.0086

Attias-Donfut, C., Tessier, P., Wolff, F., (2005). Les immigrés au temps de la retraite. Retraite et société, 2005/1 no 44. pp. 11-47. https://doi.org/10.3917/rs.044.0011.

Attias-Donfut C., Delcroix C., (2004). Femmes immigrées face à la retraite. *Retraite et société*, (nº 43) (3), 137-163. https://doi.org/10.3917/rs.043.0137

Autant-Dorier, C. et Lebbal, M. (2019). Une démarche de santé communautaire auprès des personnes âgées migrantes. Rhizome, N° 74(4), 16-17. https://doi.org/10.3917/rhiz.074.0016.

Awaad, R., Kouser, T., Raza, L., & Umarji, O. (2021). The Need for Deen : Muslim Mental Health During the COVID-19 Pandemic | Journal of the British Islamic Medical Association. *Journal of the British Islamic Medical Association*, *7*(3), 1-5. Traduit par Benmebarek, Z. (2024). Religion et santé mentale des musulmans durant la pandémie de COVID-19. https://www.researchgate.net/profile/Zoubir-Benmebarek/publication/387222778_Religion_et_sante_mentale_des_musulmans_durant_la_pandemie_de_COVID-19/links/676474d4e74ca64e1f1ebac2/Religion-et-sante-mentale-des-musulmans-durant-la-pandemie-de-COVID-19.pdf

Bachelay, A. (2016). Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions de la mission d'information sur les immigrés âgés (No. 3980). Repéré https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3980.asp

Bajos, N., Bagein, G., Spire, A., Costemalle, V., Sireyjol, A., Guss, M., Warszawski, J., et l'équipe EpiCov. (2023). *Couverture vaccinale contre le Covid-19 : des inégalités sociales toujours marquées à la fin de la campagne vaccinale* (n° 1280). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1280.pdf

Bajos, N., Costemalle, V., Leblanc, S., Spire, A., Franck, J.-E., Jusot, F., Sireyjol, A., et Warszawski, J. (2022). *Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales* (n° 1222). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1222.pdf

Bajos, N., Warszawski, J., Pailhé, A., Counil, E., Jusot, F., Spire, A., ... et Lydié, N. (2020). Les inégalités sociales au temps du Covid-19. Questions de santé publique, (40), 1-12. https://hal.science/hal-04272041v1

Balard, F., Caradec, V., Castra, M., Chassagne, A., Clavandier, G., Launay, P., Schrecker, C. et Trimaille, H. (2021). Habiter En Ehpad Au Temps de la Covid-19 les Logiques Sociales des Expériences du Premier Confinement. Revue des politiques sociales et familiales, 141(4), 31-48. https://doi.org/10.3917/rpsf.141.0031.

Balard, F., Corvol, A. (2020). Covid et Personnes Âgées : Liaisons Dangereuses. Gérontologie et société, 42 / n° 162(2), 9-16. https://doi.org/10.3917/gs1.162.0009

Bancel, N., Bernault, F., Blanchard, P., Boubeker, A., Mbembe, A. et Vergès, F. (2010). Introduction : De la fracture coloniale aux ruptures postcoloniales. Dans Mbembe, A., Vergès, F., Bernault, F., Boubeker, A., Bancel, N. et Blanchard, P. (dir.), Ruptures postcoloniales Les nouveaux visages de la société française. (p.9-34). La Découverte. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/dec.bance.2010.01.0009

Bandelier, S., Dressel, C., Lanier, C., et Steger-Kicinski, A. (2022). Retour sur la passe vaccinal : libre disposition de son corps et consentement aux soins. La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux. https://journals.openedition.org/revdh/14638

Barhoumi, M., Jonchery, A., Le Minez, S., Lombardo, P., Mainaud, T., Raynaud, E., Pailhé, A., Solaz, A., et Pollak, C. (2020). *Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement* (France portrait social, édition 2020). Insee Références. Repéré à : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797670?sommaire=4928952

Barral, C. (s.d.). Circulaires Marcellin-Fontanet. *Hommes et Migrations*, n°821, 15 février 1972 et n°835, 1er décembre 1972. Repéré à : https://www.histoire-immigration.fr/les-50-ans-de-la-revue-hommes-migrations/1972-circulaires-marcellin-fontanet

Barou, J. (2016). Où vivre sa vieillesse ? Vie sociale, 16(4), 115-122. https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0115.

Barou, J., Et Gallou, R., (2011). Vieillir et mourir en Afrique ou en France ? Regards croisés de deux générations d'immigrés subsahariens. Gérontologie et société, 2011/4 vol. 34 / n° 139. pp. 117-145. https://doi.org/10.3917/gs.139.0117

Barou, J. (2001). La famille à distance. Nouvelles stratégies familiales chez les immigrés d'Afrique sahélienne. *Hommes & migrations*, *1232*(1), 16-25. URL : https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_2001_num_1232_1_3715

Banoun, H. (2022). L'origine du virus de la Covid-19. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/359686026_Origine_du_virus_de_la_Covid-19_mise_a_jour_1er_avril_2022?enrichId=rgreq-e68f825bc3f287e2c0da71d0018c0c0d-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM1OTY4NjAyNjtBUzoxMTQwMzQyMTQ1NDQ5OTkxQDE2NDg4OTAxNjI2MDg%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

Barrier, C. (1963). Mead George Herbert, *L'Esprit, le Soi et la Société.* In: *Revue française de sociologie*, 4-4. Problèmes noirs. pp. 461-463. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1963_num_4_4_7198

Barth, N., Guyot, J., Fraser, SA., Lagacé, M., Adam, S., Gouttefarde, P., Goethals, L., Bechard, L., Bongue, B., Fundenberger, H. and Célarier, T. (2021) COVID-19 and Quarantine, a Catalyst for Ageism. *Front. Public Health* 9:589244. doi: 10.3389/fpubh.2021.589244. https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.589244/full#h13

Barthe, J.-F., Clément, S. et Drulhe, M. (1990). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Revue internationale d'action communautaire, 23*(63), 35-46. https://doi.org/10.7202/1033992ar

Barthe, J.-F., Clément, S. et Drulhe, M. (1988). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, 11-31.

Batifoulier, P., Da Silva, N. et Domin, J.-P. (2018). Chapitre 6. Le patient dans un monde d'inégalités. Économie de la santé (p. 135-156). Armand Colin. https://shs.cairn.info/economie-de-la-sante--9782200619510-page-135?lang=fr.

Baubérot, J. (1996). L'affaire des foulards et la laïcité à la française. In: L'Homme et la société, N. 120. Les équivoques de la laïcité. pp. 9-16.DOI : https://doi.org/10.3406/homso.1996.2836

Baubet, T., et Moro, M. R. (2003). *Psychiatrie et migrations* (pp. pp-93). Paris: Masson.

Baud, O., Giard, M., Machut, A., Clauson, H., Duplatre, Z. L., Lacombe, Z., & Savey, A. (2022). Perception et observance des moyens de protection dans un contexte de pandémie

de Covid-19. *Hygiènes*, *2*, 119-28. https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/sites/default/files/inline-files/HD_HY_Perception_EPI.pdf

Baudu A., Bin F., Calmette J., Houser M., Le Clainche M., Terrasse Y. (2020). « Repères d'actualités des finances et de la gestion publiques » Gestion & Finances Publiques, (N° 3) (3), 142-152. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3166/gfp.2020.3.017.

Beaucher, V. (2009). Review of [Revue de trois publications portant sur l'analyse secondaire en recherche qualitative]. *Recherches qualitatives*, *28*(1), 149–157. https://doi.org/10.7202/1085325ar

Becker, H. S. (2024). *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Métailié.

Beck, U., Traduit de l'anglais par Boudou, B. (2014). Nationalisme méthodologique – cosmopolitisme méthodologique : un changement de paradigme dans les sciences sociales. Raisons politiques, N° 54(2), 103-120. https://doi.org/10.3917/rai.054.0103

Belhadj-Ziane, K., Moscato, Q., Galloro, P. et Jovelin, E. (2024). Difficultés, besoins et résilience des personnes âgées immigrées extracommunautaires dans le contexte de la Covid-19 en France. *Migrations Société*, 195, 27-41. https://doi.org/10.3917/migra.195.0029

Belhadj-ziane, K., Jovelin, E., Galloro, P. (2022) Recherche-action pour outiller les professionnels du travail social : élaboration d'un guide de pratique visant à intervenir auprès des personnes âgées immigrées en contexte de pandémie – COVID-PAI-TS. Financée par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR). Appel RA-COVID-V16. URL : https://anr.fr/Projet-ANR-21-CO16-0003

Belhadj-ziane, K., Jovelin, E., et Galloro, P. (2024). Impacts de la Covid-19 sur les personnes âgées immigrées non-européennes en France : difficultés, besoins et forces. UNESCO. *Preparing for the next pandemic: Leveraging social and human sciences for crisis response — Lessons from Covid-19* (MOST/PROCEEDINGS/2024/1), pp. 71–77. https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef_0000391128&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_import_f3591773-a599-4a68-b100-2632375e9c7f%3F_%3D391128mul.pdf&locale=fr&multi=true&ark=/ark:/48223/pf0000391128/PDF/391128mul.pdf#2011_23%20Social%20Human%20Sciences%20Crisis%20Response_INT.indd%3A.296176%3A4298

Belqasmi, M. (2007). La gestion du risque socio-ethnique dans le logement social. Journal du droit des jeunes, 266(6), 43-47. https://doi.org/10.3917/jdj.266.0043

Benaissa, H. (2019). « Le mythe du retour, le renversement d'un mythe : sociohistoire d'une « crise identitaire » », *Cahiers d'études du religieux. Recherches interdisciplinaires.*

Benoist, A., Bideau, C., et Caret, S. (2020). Les effets de la pandémie de Covid-19 sur les inégalités en France. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2020/mip/groupe3.pdf

Ben Ammar Sghari, M., Hammami, S. (2016). Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. Éthique & Santé, Volume 13, Issue 4, Pages 185-194, ISSN 1765-4629. https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2016.05.003.

Ben Yahmed, S. (2011). Quelques jalons dans l'histoire du logement social. *Regards croisés sur l'économie*, 9, 244-246. https://doi.org/10.3917/rce.009.0244

Berchet C. (2013). Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration [Health care utilisation in France: an analysis of the main drivers of health care use inequalities related to migration]. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, *61 Suppl 2*, S69–S79. https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.03.001

Berchet, C., Florence Jusot, F. (2012). Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie publique/Public economics*, 24-25 | 2012, 73-100. https://journals.openedition.org/economiepublique/8484

Berchet, C., Jusot, F. (2010). L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France Une analyse selon le genre et l'origine. Revue économique. 61(6), 1075-1098. https://doi.org/10.3917/reco.616.1075

Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., Dedieu, F. (2020). *Covid-19: une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Po.

Bernardot, M. (2019). Chapitre 4. Le « modèle » français d'intégration : mythe ou réalité ?. Dans : , M. Bernardot, *Étrangers, immigrés : (re)penser l'intégration: Savoirs, politiques et acteurs* (pp. 79-95). Rennes: Presses de l'EHESP. https://doi.org/10.3917/ehesp.berna.2019.01.0079

Bernardot, M.-J. (2019, b). Chapitre 3. Les approches multiples de la sociologie de l'immigration. Étrangers, immigrés : (re)penser l'intégration : Savoirs, politiques et acteurs (p. 61-78). Presses de l'EHESP. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/ehesp.berna.2019.01.0061.

Bernardot, M. (2008). Chapitre 2. De l'extension des domaines d'intervention à la crise du système des foyers (1966-1975) Loger les immigrés : La Sonacotra 1956-2006 (p. 87-137).

Terra-HN. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/loger-les-immigres--9782914968447-page-87?lang=fr.

Bernardot, M. (1999). « La Sonacotra – 40 ans de politique de logement social », *Migrations Société* n° 63, mai-juin

Bernardot, M. (1997). Une politique du logement: la Sonacotra (1956-1992) (Doctoral dissertation, Paris 1.

Bertin, A. (2008). La pauvreté comme privation de capabilités. Regards croisés sur l'économie, 4(2), 43-45. https://doi.org/10.3917/rce.004.0043.

Brecht, B. (1938 [1990]). *La vie de Galilée.* Scène 14, Discours de Galilée à son ancien élève Andrea Sarti. L'Arche. 144p.

Best, A. et Vanoni, D. (2019). Seul(e) face au mal-logement. Recherche sociale, 231(3), 4-120. https://doi.org/10.3917/recsoc.231.0004.

Bizzini, L. (2007). L'âgisme: Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et société*, 30(123), 263-278. https://doi.org/10.3917/gs.123.0263

Blanc-Chaléard, M-C., Cohen, M. (2021). Les travailleurs immigrés des bidonvilles de Nanterre et leur retour en Algérie. Une enquête orale dans la région du Souf. *Le Mouvement Social*, 274, 137-167. https://doi.org/10.3917/lms1.274.0137

Blanc-Chaléard, M-C. (2012). Les quotas d'étrangers en HLM : un héritage de la guerre d'Algérie ? Les Canibouts à Nanterre (1959-1968). https://metropolitiques.eu/Les-quotas-d-etrangers-en-HLM-un.html

Blanc-Chaléard, M-C. (2006). Les immigrés et le logement en France depuis le XIXe siècle. Une histoire paradoxale. In: Hommes et Migrations, n°1264, Novembre-décembre 2006. Logés à la même enseigne ? pp. 20-34.DOI : https://doi.org/10.3406/homig.2006.4524

Blanc-Chaléard, M. (2001). II/1914-1931 : La France, pôle mondial de l'immigration. Dans : Marie-Claude Blanc-Chaléard éd., *Histoire de l'immigration* (pp. 22-38). Paris: La Découverte.),

Blanc-Chaléard, M. (2001). IV/Les Trente Glorieuses de l'immigration (1945-1975). Dans : Marie-Claude Blanc-Chaléard éd., *Histoire de l'immigration* (pp. 57-72). Paris: La Découverte.

Blanc-Chaléard, Marie-Claude. « V/L'autre grande crise du siècle », Marie-Claude Blanc-Chaléard éd., *Histoire de l'immigration.* La Découverte, 2001, pp. 73-89

Blanpain, N. (2018). L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. INSEE PREMIÈRE, nº 1687. Repéré à : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895#:~:text=Plus%20on%20est%20aisé%2C%20plus,plus%20aisées%20des%20plus%20pauvres.

Blumer, H., Traduit de l'anglais par Lacaze, L. (2024). La nature du préjugé racial. Sociétés, N° 164(2), 33-43. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/soc.164.0033.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionnism*, Prentice Hall.

Bihr, A. et Pfefferkorn, R. (2021). II / Les interactions entre les inégalités. Le système des inégalités (p. 33-58). La Découverte. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/le-systeme-des-inegalites--9782348071744-page-33?lang=fr.

Bizouarn, P. (2008). Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & santé*, *5*(3), 165-172. https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2008.04.001

Boilard, A. et Leanza, Y. (2011). Compte rendu de [Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques, de M. Cohen-Emerique]. Alterstice, 1(1), 101–105. https://doi.org/10.7202/1077595ar

Bollini, P., Siem, H. (1995). "No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", in *Social Science and Medicine*, n° 41, 1995, pp. 819-828.

Bolzman, C., Kaeser, L., Christe, E. (2017) Transnational Mobilities as a Way of Life Among Older Migrants from Southern Europe. *Population, Space and Place*, 23. DOI: 10.1002/psp.2016

Bolzman, C., (2012). Travail social auprès des populations migrantes et interculturalité Une analyse critique. Les Cahiers Dynamiques, 2012/4 n° 57. pp. 29-39. https://doi.org/10.3917/lcd.057.0029.

Bonnet, C., Cambois, E. et Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socio-économiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. Population,. 76(2), 225-325. https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225.

Bonnet, C., Buffeteau, S., Godefroy, P., (2001). Retraite : vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ? *Population et Sociétés*, n°401, INED.

Borgetto, M. et Lafore, R. (2024). Le droit à la protection sociale des étrangers : entre reconnaissance et restrictions. Regards, 64(2), 65-75. https://doi.org/10.3917/regar.064.0065

Borrel, C. (1999). Immigration, emploi, chômage : un état des lieux empiriques et théoriques. Les dossiers de cerc-association, n°3, 1999. ISSN : 1280-0341

Boudia, S., et Henry, E. (2022). Politiques de l'ignorance. Paris: Puf. Repéré à : https://www.utb-chalon.fr/media/files/Groupes_de_travail/Ethique_et_societe/Quete_du_sens/expose_Martine Thomas_Politiques_ignorance_5dec22.pdf

Boudouda, E., Gana, K. (2017). Qualité de vie chez les personnes âgées : étude comparative entre personnes âgées d'origine française et immigrés maghrébins. Bulletin de psychologie, 2017/4 Numéro 550. pp. 243-253. https://doi.org/10.3917/bupsy.550.0243

Boulmier, M. (2011). Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage. Gérontologie et société, . 34 / n°136(1), 29-46. https://doi.org/10.3917/gs.136.0029

Bourgeois, M. (2015). Chapitre 5 / Catégorisations et discriminations au guichet du logement social Une comparaison de deux configurations territoriales. Dans P. Baudot et A. Revillard L'État des droits : Politique des droits et pratiques des institutions (p. 177-210). Presses de Sciences Po. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/scpo.baudo.2015.01.0177

Braud, R. (2020). Diabète des « immigrés » en France. Politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ou discrimination ? *Émulations*, n° 35-36. https://journals.openedition.org/emulations/1272?file=1

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, *129 Suppl 2*(Suppl 2), 19–31. https://doi.org/10.1177/00333549141291S206

Brisset, C., Kotobi, L. (2020). Soutenir L'interprétariat Dans la Rencontre et L'accompagnement des Personnes Migrantes. Le Journal des psychologues, 375(3), 45-48. https://doi.org/10.3917/jdp.375.0045

Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population: FRANCE: ANNEE ZERO!. *Rapport à Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie*. Repéré à : https://medias.geroscopie.fr/articles/2013/rapport_broussy_version_finale_22-02.pdf

Brossard, B. (2016). Charles H. Cooley, un classique méconnu. *Sociologie* [En ligne], N°2, vol. 7. http://journals.openedition.org/sociologie/2774

Brugidou, M., Le Roux, D., Salomon, A-C. (2014). L'analyse secondaire en recherche qualitative. ⟨halshs- 01530012⟩

Brun, S., Cosquer, C. (2022). Introduction. Sociologie d'un objet controversé. Sociologie de la race (p. 9-11). Armand Colin. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/sociologie-de-la-race--9782200633394-page-9?lang=fr.

Burlaud, A. (2017). La Rigueur de 1983 : Un Tournant Politique ? Savoir/Agir, 42(4), 23-29. https://doi.org/10.3917/sava.042.0023.

Butaud, J.-P. (1971). Le logement des étrangers en France. Enquête nationale exhaustive, Paris : Ministère de l'équipement et du logement.

Cadiot, A. et Mulonnière, H. (2025). Les travailleurs nord-africains pendant la Seconde Guerre mondiale. Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe [en ligne], ISSN 2677-6588, mis en ligne le 12/11/21, consulté le 15/09/2025. Permalien : https://ehne.fr/fr/node/21691

Cagnol, M. (2010). Le travail social dans un contexte de "double espace" Le foyer de travailleurs migrants subsahariens. Hommes & Migrations, 2010/4 n° 1286-1287. pp. 134-137. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.1736

Cahon, J., Flicoteaux, A. (2021). Retour sur l'affaire du voile (Creil, 1989): École, laïcité et islam : la fracture des partis politiques. *Les Études Sociales*, 174, 239-268. https://doi.org/10.3917/etsoc.174.0239

Cambois, E., et Jusot, F. (2007). Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, *2*(3), 10-14.

Caradec, V. (2018). Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche. Gérontologie et société, 2018/1 vol. 40 / n° 155. pp. 139-147. https://doi.org/10.3917/gs1.155.0139

Caradec, V. (2014). Transitions du vieillissement et épreuve du grand âge. In C. Hummel, I. Mallon, & V. Caradec (éds.), *Vieillesses et vieillissements* (1-). Presses universitaires de Rennes. https://doi.org/10.4000/books.pur.68498

Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. Idées économiques et sociales, 157(3), 38-45. https://doi.org/10.3917/idee.157.0038

Carayon, L, Et Kobelinsky, C. (2023). Mourir. Puis disparaître ? Plein droit, 2023/2 n° 137. pp. 3-5. https://doi.org/10.3917/pld.137.0005

Carde, E. (2021). De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? Revue française des affaires sociales, 107-115. https://doi.org/10.3917/rfas.213.0107

Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2004a). Introduction. Dans : D. Carricaburu & M. Ménoret (Dir), *Sociologie de la santé: Institutions, professions et maladies* (pp. 5-10). Paris: Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.carri.2004.01.0005

Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2004b). Chapitre 3 - Le médecin : contrôleur social ou entrepreneur moral. Sociologie de la santé : Institutions, professions, maladies (p. 41-60). Armand Colin. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/arco.carri.2004.01.0041.

Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2004c). Chapitre 6 - Maladies chroniques et normalisation. Dans : Carricaburu, D. & Ménoret, M. (Dir), *Sociologie de la santé: Institutions, professions et maladies* (pp. 91-106). Paris: Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.carri.2004.01.0091

Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2004d). Conclusion. Sociologie de la santé : Institutions, professions, maladies (p. 199-200). Armand Colin. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/arco.carri.2004.01.0199.

Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.cangu.2013.01

Chagué, V. (2020). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à l'épreuve de la Covid-19. *Actualités pharmaceutiques*, *59*(599), 47-48. https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.08.011

Chaïb, S. (2004). Femmes, migration et marché du travail en France. Femmes, migration et marché du travail en France. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (12), 211-237

Chapman, H. (2021). Chapitre 2. La main-d'œuvre disponible: Du manque de bras au contrôle de l'immigration. Dans : , H. Chapman, *La longue reconstruction de la France: À la recherche de la république moderne* (pp. 73-123). Paris: Presses de Sciences Po.).

Chapoulie, J. M. (2018). *La tradition sociologique de Chicago (1892-1961)*. Paris, Seuil, 550 p. Nouvelle édition revue et complétée (1re éd. 2001), ISBN : 978-2-02-139448-1.

Chaput, H., Julienne, K., Lelièvre, M., (2007). L'aide à la vieillesse pauvre : la construction du minimum vieillesse. Revue française des affaires sociales, 2007/1. pp. 57-83. https://doi.org/10.3917/rfas.071.0057.

Chareyon, S., l'Horty, Y., (2023). Discriminations ethno-raciales dans l'accès au logement social : un test des guichets d'enregistrement. Repéré à : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-03/Etude_complete_Testing_guichetsDLS.pdf

Charles, L., Emelianoff, C., Ghorra-Gobin, C., Roussel, I., Roussel, F. X., Scarwell, H. J. (2007). Les multiples facettes des inégalités écologiques. *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, (Dossier 9). https://journals.openedition.org/developpementdurable/3892#tocto1n1

Charles-Pauvers, B., et Renard, A. (2024). Effets et enjeux de l'émergence d'une communauté de pratique au sein d'une méta-organisation du secteur sanitaire, social et médico-social. In *Travailler dans les organisations de santé et médico-sociales: quels défis contemporains?*. https://hal.science/hal-04820341v1

Charte du Conseil de la stratégie vaccinale (s.d.). Repéré à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_du_conseil_strate_gie_vaccinale.pdf

Chaussinand, C. (2021). Communication politique et Covid. ADSP, 116(4), 64-66. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/aedesp.116.0064.

Chenchabi, H. (2015). Les marches pour l'égalité en France : une histoire des luttes sociales. Migrations Société, 159-160(3), 117-126. https://doi.org/10.3917/migra.159.0117

Chen L. K. (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience matters. Archives of gerontology and geriatrics, 89, 104124. https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104124

Cheridi, D. (2000). Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants. *Ecarts d'identité*, (94), 2000-2001. https://hsf-france.com/sites/ecarts-identite.org/IMG/pdf/11ei-94-cheridi.pdf

Clément, G., Daffe, L., Fritz, L. (2021). Vécu de la pandémie et plasticité du logement Le cas du « semi-confinement » en Suisse romande. Revue des politiques sociales et familiales, 141(4), 69-90. https://doi.org/10.3917/rpsf.141.0069.

Cognet, M., Hoyez, A., Poiret, C. (2012). Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. Revue européenne des migrations internationales, Vol. 28(2), 7-10. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.4000/remi.5861.

Cohen, J. D., Chambouleyron, M., Guillaume, A., Tropé, S., & Gagnayre, R. (2020). L'e-ETP: vers une nouvelle pratique?. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, *12*(2), 20301. https://doi.org/10.1051/tpe/2021004

Cohen, M. (2017). L'immigration algérienne post-indépendance : l'enracinement à l'épreuve de l'exclusion. *Le Mouvement Social*, 258, 29-48. https://doi.org/10.3917/lms.258.0029).

Cohen, M. (2014). Contradictions et exclusions dans la politique de regroupement familial en France (1945-1984). *Annales de démographie historique*, 128, 187-213. https://doi.org/10.3917/adh.128.0187

Cohen, M. (2012). Regroupement familial : l'exception algérienne (1962-1976). *Plein droit*, 95, 19-22. https://doi.org/10.3917/pld.095.0019

Cohen-Emerique, M. (2016). Le choc culturel : révélateur des difficultés des travailleurs sociaux intervenant en milieu de migrants et réfugiés. Les Politiques Sociales, 3-4(2), 76-87. https://doi.org/10.3917/lps.163.0076

Cohen-Emerique, M. et Rothberg, A. (2015). La méthode des chocs culturels : Manuel de formation en travail social et humanitaire. Presses de l'EHESP. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/ehesp.rothb.2015.01.

Cohen-Emérique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. Santé mentale au Québec, 18(1), 71–91. https://doi.org/10.7202/032248ar

Colin, G., Paul, E. (2021). Face à la Covid-19. N'avons-nous pas atteint les limites du paradigme pasteurien ? [Covid-19 pandemic : have we not reached the limits of the Pasteurian paradigm ?]. *Revue medicale de Liege*, *76*(12), 845–849.

Commission nationale de l'informatique et des libertés (2022). Recherche scientifique (hors santé) : enjeux et avantages de l'anonymisation et de la pseudonymisation. Repéré à : https://www.cnil.fr/fr/recherche-scientifique-hors-sante-enjeux-et-avantages-de-lanonymisation-et-de-la-pseudonymisation#:~:text=traitement%20de%20données%20personnelles,-Un%20traitement%20de&text=réalisé%20de%20manière%20à%20ce,nom%2C%20prénoms%2C%20etc

Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées (2020). Rapport d'activité 2020. Repéré à : https://www.unafo.org/app/uploads/2021/08/ra_cilpi_2021.pdf

Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires (COVARS). (2024). Avis du 2 avril 2024 sur « l'Évaluation des Risques de Situations Sanitaires Exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-2030. » Repéré à :

https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2024-04/avis-du-covars-du-3-avril-2024---sse-32661.pdf

Conseil d'État (2021, avril). Un an de recours en justice liés à la covid-19. Retour en chiffres sur l'activité du Conseil d'État, juge de l'urgence et des libertés. Repéré à : https://www.conseil-etat.fr/actualites/covid-19-retour-en-chiffres-sur-un-an-de-recours-devant-le-conseil-d-etat-juge-de-l-urgence-et-des-libertes

Conseil d'État (2020, 22 décembre). 10ème et 9ème chambres réunies. ECLI:FR:CECHR:2020:439996.20201222. Décision n° 439996. Repéré à : https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2020-12-22/439996

Conseil d'État (2020, 29 novembre). Limite de 30 personnes dans les établissements de culte – Décision en référé du 29 novembre. ECLI:FR:CEORD:2020:446930.20201129. Décision n° 446930. Repéré à : https://www.conseil-etat.fr/actualites/limite-de-30-personnes-dans-les-etablissements-de-culte-decision-en-refere-du-29-novembre

Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale (2021, avril). Secondes injections des personnes de moins de 55 ans ayant reçu une première dose de vaccin Astra Zeneca. Avis du 6 avril 2021. Repéré à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_du_cosv_6_avril_2021_-_secondes_doses_personnes_de_moins_de_55_ans_ayant_recu_une_1ere_dose_astra_zeneca.pdf

Conseil National des Villes (CNV) (2021, septembre). Vieillir en QPV – Un enjeu de société – sortir du « déni de vulnérabilité ». Repéré à : https ://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/2021.09.27%20-%20Recommandations%20BIEN%20VIEILLIR%20EN%20QPV.pdf.pdf

Couilliot, M-F (2016). Mobilisations pour favoriser l'accès aux droits et à la santé des immigrés âgés dans deux communes de Seine Saint Denis. [Rapport de recherche] Institut de recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS). ⟨hal-01556840⟩

Coulon, A. (2020). L'école de Chicago. (6e éd.). Presses Universitaires de France. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/puf.coulo.2020.01.

Counil, E., et Khlat, M. (2020). Covid-19: les classes populaires paient-elles le plus lourd tribut au coronavirus en France?. *The Conversation France*, 1-8. https://hal.science/hal-02938233/document

Counil, E. et Henry, E. (2016). Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? L'expertise en santé au travail. Travail et emploi, 148(4), 5-29. https://doi.org/10.4000/travailemploi.7347.

Courbebaisse, A., Vanneste, D. (2021). Le logement, ressource du bien-vieillir. Les Cahiers du Développement Social Urbain, 73(1), 23-24. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/cdsu.073.0023

Cours des Comptes (2022, 6 décembre). Tracer les contacts des personnes contaminées par la covid 19. Repéré à : https://www.ccomptes.fr/fr/publications/tracer-les-contacts-des-personnes-contaminees-par-la-covid-19

Cour des Comptes (2014). Rapport annuel 2014. 3 La transformation des foyers de travailleurs migrants en résidences sociales : une politique à refonder. Repéré à : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_4_3_transformation_foyers_travailleurs_migrants_en_residences_sociales_Tome_I.pdf

Crisan, M., Soleilhavoup, M., & Bluntz, C. (2023, novembre). Années Covid : baisse de l'espérance de vie, dégradation de la santé mentale et téléconsultations en hausse – Insee Analyses Occitanie – 136. Insee. Repéré à : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7639887#:~:text=Depuis%20le%20début%20de%20la,hommes%20de%200%2C7%20an

Croguennec, Y. (2012). L'état de santé de la population immigrée âgée. Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration. Infos migrations, n° 35, février 2012, p. 4. Repéré à : https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p070ptkr/f1.pdf

Cuzol, V. (2024). Le rapatriement des défunts musulmans à l'épreuve de la pandémie de Covid-19 Adaptations et reconfigurations des choix funéraires. Migrations Société, 195(1), 55-70. https://doi.org/10.3917/migra.195.0057.

Cyrulnik, B. 2005. « Résilience des sujets âgés », *Synapse*, juin 2005, numéro spécial.

Dale, A. (1993). Le rôle de l'analyse secondaire dans la recherche en sciences sociales. In: *Sociétés contemporaines* N°14-15, Juin / Septembre 1993. Analyse secondaire. pp. 7-21. DOI : https://doi.org/10.3406/socco.1993.1124

Damon, J. (2010). 9 – Quartiers sensibles et politique de la ville. Réflexions rétrospectives et prospectives. Dans : , J. Damon, *Questions sociales et questions urbaines* (pp. 255-278). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France

DataGouv (2021, 20 mai). OLD Données relatives aux résultats des tests virologiques Covid-19 SI-DEP. Repéré à : https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/old-donnees-relatives-aux-resultats-des-tests-virologiques-covid-19/

Daum, C. (2007). Migration, retour, non-retour et changement social dans le pays d'origine. *Migrations internationales de retour et pays d'origine*, 157e169.

Défenseur des droits (2023, juillet). Les personnes âgées immigrées. Fiche réforme n°29. Repéré : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=21985

Delas, J. et Milly, B. (2015). Chapitre 9 - Interactionnisme symbolique et ethnométhodologie. Histoire des pensées sociologiques - 4e éd. (p. 412-450). Armand Colin. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/arco.delas.2015.01.0412.

Dellalou, D. (2016). La préposition « à » dans l'article 1 de la résolution n°1946, 2013 et le principe d'égalité en matière d'accès aux soins : Approche sémiotique. Revue droit international et développement, 4(1), 1-12. https://asjp.cerist.dz/en/article/38649

Delpierre, C., Castagné, R., Lang, T., et Kelly-Irving, M. (2018). Environnement social, incorporation biologique et inégalités sociales de santé. *médecine/sciences*, *34*(8-9), 740-744. DOI: https://doi.org/10.1051/medsci/20183408023

Delpierre C, Barboza-Solís C, Castagné R, Lang T, Kelly-Irving M. (2016). Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art. Bull Epidémiol Hebd. 2016 ;(16-17):276-81. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_1.html

Denisselle, G. (2020). Mais que se passe-t-il donc dans un hôtel réquisitionné pour Covid-19?–TendanceHotellerie. https://www.tendancehotellerie.fr/articles-breves/vos-articles/13879-article/mais-que-se-passe-t-il-donc-dans-un-hotel-requisitionne-pour-covid-19

Déoux, S., Massot, O., Girard, V. (2011). L'habitat, facteur de santé des trente dernières années de vie des aînés ? Gérontologie et société,. 34 / n°136(1), 91-103. https://doi.org/10.3917/gs.136.0091

Deroo, E. et Antoine Champeaux, A. (2013). Panorama des troupes coloniales françaises dans les deux guerres mondiales. *Revue historique des armées* [En ligne], 271 | 2013, mis en ligne le 23 juillet 2013, URL : http://journals.openedition.org.bases-doc.univ-lorraine.fr/rha/773

Desrumaux, G. (2006). Que sont les foyers devenus ? *Plein droit*, 68, 11-15. https://doi.org/10.3917/pld.068.0011

Devetter, F.-X., Dussuet, A. et Puissant, E. (2024). Conditions de travail et conditions pour faire du « bon travail » dans le secteur social et médico-social. Vie sociale, 45(1), 117-131. https://doi.org/10.3917/vsoc.229.0117.

d'Halluin, E. (2015). Quelques enjeux de l'accès aux soins des populations immigrées âgées. *Hommes & migrations*, 1309 | 2015, 39-46. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3069

Dhuot, R. et Nowik, L. (2022b). Les Retraités et la Crise Sanitaire Besoins D'aide et de Soutien des Retraités Durant la Crise du Covid-19. Gérontologie et société, 44 / n° 168(2), 97-122. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/gs1.168.0097

Direction Générale des Collectivités Locales (2020, 30 mars). Note à l'attention des services de préfecture relative aux impacts de l'épidémie de covid-19 dans le domaine funéraire. Repéré à : https://www.resonance-funeraire.com/magazine/reglementation/5447-note-de-la-dgcl-du-30-03-2020-a-l-attention-des-services-de-prefecture-relative-aux-impacts-de-l-epidemie-de-covid-19-dans-le-domaine-funeraire.html

Direction Générale des Collectivités Locales (2020, 15 décembre). Fiche d'actualité à l'attention des services de préfecture relative aux impacts de l'épidémie de covid-19 dans le domaine funéraire. Repéré à : https://medias.amf.asso.fr/upload/files/note%20DGCL%20covid-19%20et%20funéraire%2015%20décembre%202020%20.pdf

Doubovetzky, C. (2020). Vieillissement et précarité : Des inégalités au regard des représentations. *Gérontologie et société*, 42(162), 71-82. https://doi.org/10.3917/gs1.162.0071

Dornel, L. (2019). Guerre mondiale (Première). Le rôle des colonies. Encyclopaedia Universalis, 2019. https://hal.science/hal-02175239v1

Dornel, L. (2014). L'appel à la main-d'œuvre étrangère et coloniale pendant la Grande Guerre : un tournant dans l'histoire de l'immigration ? *Migrations Société*, 156, 51-68. https://doi.org/10.3917/migra.156.0051

Dornel, L. (1995). Les usages du racialisme : le cas de la main-d'œuvre coloniale en France pendant la Première Guerre Mondiale. Genèses, 20, 48–72. http://www.jstor.org/stable/26200558

Dortier, J. (2009). L'école de Chicago : la ville au scalpel. Dans Molénat, X. (dir.), La sociologie. (p.63-66). Éditions Sciences Humaines. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/sh.molen.2009.01.0063.

DREES (2023) Les retraités et les retraites – Édition 2023. Panorama de la DREES social. Repéré à : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/RETRAITES23MAJ2928.pdf

DREES (2023). Minima sociaux et prestations sociales – Éditions 2023. Les effectifs des allocataires de minima sociaux (Chapitre 6). Repéré à : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/MS2023.pdf

DREES (2022). Minima sociaux et prestations sociales – Éditions 2022. Les effectifs des allocataires de minima sociaux (Chapitre 6). Repéré à : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Minima22%20Fiche%206%20-%20Les%20effectifs%20des%20allocataires%20de%20minima%20sociaux.pdf

Dubus, G., & Braud, F. (2001). Les migrants âgés dans les publications scientifiques francophones. In: *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 17, n°1,2001. Émigrés-Immigrés : vieillir ici et là-bas. pp. 189-197. https://doi.org/10.3406/remi.2001.1771

Dubois, V. (2005). Le guichet des organismes sociaux ou l'institution des pauvres. *Les débats du travail social*, 205-218. URL : https://shs.hal.science/halshs-00464328/

Dubois, V. (2010). Politiques au guichet, politiques du guichet. URL : https://shs.hal.science/halshs-00498010/document

Dubost, C-L., Pollak, C., et Rey, S. (2020). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 / État des lieux et perspectives. Dossiers de la DREES. N°62 juillet 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf

Duchesne, S. (2017) De l'analyse secondaire à la réanalyse. Une innovation méthodologique en débats. *Recherches Qualitatives*. La réanalyse à l'épreuve de l'expérimentation. Textes en hommage à Annie-Claude Salomon., Hors-série (21), pp.7-28. ⟨hal-01545862⟩

Duguet. A-M, (2020). Organisation sanitaire pour la lutte contre l'épidémie de COVID 19 : Politique de santé publique, plans de lutte et mise en oeuvre. *Covid19 La peur des virus Décider face à l'urgence Coordonné par Christian BYK*, MA editions ESKA, pp.115-128, 2020, 978-2-8224-0696-3. ⟨halshs-04593485⟩

Duguet, A., Duchier, J. et Boyer-Bévière, B. (2012). Maghrébins âgés dépendants, les facteurs culturels sont-ils un frein à l'accès aux dispositifs d'aide en France ? Dans Gzil, F. et Hirsch, E. (dir.), Alzheimer, éthique et société. (p.472-485). érès. https://doi.org/10.3917/eres.hirsh.2012.01.0472

Dupont, S. (2018). Partie II : L'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine (ARFS). Rapport fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée, *de* règlement du budget *et d'*approbation des comptes de l'année 2017 (n° 980). Repéré à : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_fin/l15b1055-a41_rapport-fond#_Toc256000022

Dupras, A. (2016). Une sexualité en santé et enchantée pour les personnes âgées. Empan, 102(2), 123-129. https://doi.org/10.3917/empa.102.0123

Dury, I. (2019). Vulnérabilité des personnes âgées immigrées en foyer et des professionnels qui les accompagnent. Dans C. Eynard Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables ? : Les nouvelles catégories de l'âge (p. 153-176). érès. https://doi.org/10.3917/eres.eynar.2019.01.0153

El Baz, A. (2009). Le combat sans fin des mineurs marocains. *Plein droit*, 81, 35-38. https://doi.org/10.3917/pld.081.0035

Emsellem, S. (2016). Décrypter les paradoxes des politiques publiques des acteurs institutionnels et associatifs concernant l'accès aux droits et aux services des personnes âgées immigrées. Vie sociale, 16(4), 53-66. https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0053

Emsellem, S. (2007). Décrypter le vieillissement des immigrés par le prisme de leurs liens familiaux. *L'Année du Maghreb* ,III | 601-614. https://journals.openedition.org/anneemaghreb/404#id

Ennuyer, B. (2023). La discrimination par l'âge des « personnes âgées » résulte de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique de la vieillesse qui présente uniquement les « personnes âgées » sous l'angle de leurs déficits. Études sur la mort, 160(2), 73-91. https://doi.org/10.3917/eslm.160.0073

Escafré-Dublet, A., Kesztenbaum, L. et Simon, P. (2018). La greffe coloniale en métropole : Les Français musulmans dans le recensement de 1954. *Sociétés contemporaines*, 110, 35-59. https://doi.org/10.3917/soco.110.0035

Étienne, J., Bloess, F., Noreck, J.-P., & Roux, J.-P. (1997). *Dictionnaire de sociologie : Les notions, les mécanismes, les auteurs.* Paris, France : Hatier.

Fassin, D. (2016). Une anthropologie politique et morale de la question sociale De la culture de la pauvreté à la critique de la domination. Entretien. Communications, 98(1), 147-158. https://doi.org/10.3917/commu.098.0147

Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Éditions de l'École des hautes études en santé publique. Édition ENSP. 2006 : 58 p., ISBN : 2-85952-915-2

Fassin, D. (1998). Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? *Plein Droit* n° 38, avril 1998 « Les faux-semblants de la régularisation ». https://www.gisti.org/doc/plein-droit/38/sante.html

Fassin, D. (1997). 7 - La santé en souffrance. Dans Fassin, D., Morice, A. et Quiminal, C. (dir.), Les Lois de l'inhospitalité Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers. (p.107 -123). La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.fassi.1997.01.0107.

Faure, J. (2011). Mal-logement et vieillissement. Gérontologie et société, 34 / n°136(1), 255-267. https://doi.org/10.3917/gs.136.0255

Fayat, H. (2022). Socio-histoire des inégalités. La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.fayat.2022.01

Fijalkow, Y. (2016). Introduction. Sociologie du logement (p. 3-6). La Découverte. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/sociologie-du-logement--9782707189448-page-3?lang=fr

Filali, A., Osei, L., & Vignier, N. (2024). Tenir compte des origines dans le raisonnement médical en maladies infectieuses et tropicales ? Un regard critique [Taking origins into account in medical reasoning in infectious and tropical diseases? A critical look]. *Medecine tropicale et sante internationale*, *4*(1), mtsi.v4i1.2024.362. https://doi.org/10.48327/mtsi.v4i1.2024.362

Fontaine, R. et Pennec, S. (2020). Les inégalités sociales dans la vieillesse. *Gérontologie et société*, 42(162), 19-36. https://doi.org/10.3917/gs1.162.0019

François, C., (2016). Une discrimination au délogement Les procédures judiciaires d'expulsion locative des résidents de foyers de travailleurs migrants. Terrains & travaux, 2016/2 N° 29. pp. 105-125. https://doi.org/10.3917/tt.029.0105

Fosse, S., et Fagot-Campagna, A., (2012). Prévalence du diabète, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France

métropolitaine. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 17 janvier 2012, n°2-3-4 Santé et recours aux soins des migrants en France. Repéré à : https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-17-janvier-2012-n-2-3-4-sante-et-recours-aux-soins-des-migrants-en-france

France Info (2021, 2 avril). CALENDRIER. Quand pourrez-vous vous faire vacciner contre le Covid-19 ? Le point après les dernières annonces de l'exécutif. Repéré à : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/infographie-quand-pourrez-vous-vous-faire-vacciner-contre-le-covid-19_4355685.html

France Info (2020, 10 décembre). **Covid-19 :** Dix fois moins de contrôles et trois fois moins de contraventions pendant ce deuxième confinement. Repéré à : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/confinement/covid-19-dix-fois-moins-de-controles-et-trois-fois-moins-de-contraventions-pendant-ce-deuxieme-confinement_4214623.html

France Info (2020, 18 mars). Coronavirus : plus de 15 000 masques de protection destinés au marché noir découverts dans un commerce parisien. Repéré à : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-plus-de-15-000-masques-de-protection-destines-au-marche-noir-decouverts-dans-un-commerce-parisien_3873747.html

Fraser, N. (2011). Qu'est-ce que la justice sociale ? : Reconnaissance et redistribution. La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.frase.2011.01

Fraser, N. (2004). Justice sociale, redistribution et reconnaissance. Revue du MAUSS, no 23(1), 152-164. https://doi.org/10.3917/rdm.023.0152

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford university press.

Frisone, G. et Couilliot, M.-F. (2018). Le bien-vieillir et les immigrés en Seine-Saint-Denis Les pistes d'une enquête. Retraite et société, 80(2), 35-55. https://doi.org/10.3917/rs1.080.0035

Frouard, H. (2005). Aux Origines du 1 % Logement : Histoire D'un Compromis Républicain. Revue française des affaires sociales, 55-76. https://doi.org/10.3917/rfas.053.0055.

Gagneux-Brunon, A., Botelho-Nevers, E., Verger, P., Gauna, F., Launay, O., et Ward, J. K. (2023). Impact du pass sanitaire sur la confiance des français vis-à-vis des vaccins en

général. *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*, *2*(2), S25. https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2023.03.059

Galano, M. (2002). Une lutte exemplaire. *Plein droit*, 53-54, 48-52. https://doi.org/10.3917/pld.053.0048

Galland, O., et Lemel, Y. (2018). Sociologie des inégalités. Paris, Armand Colin, 352 p.

Galloro, P.-D.-. (2016). la Marche Pour L'égalité des Droits et Contre le Racisme une Tentative de Dé-Monstration ? Hommes & Migrations, 1313(1), 19-26. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3554.

Gallou, R. (2021). Les femmes âgees immigrées, une population oubliée des politiques publiques. Les Cahiers du Développement Social Urbain, 73(1), 17-18. https://doi.org/10.3917/cdsu.073.0017.

Gallou R., (2005) (1). Le vieillissement des immigrés en France. *Politix*, (n° 72) (4), 57-77. https://doi.org/10.3917/pox.072.0057

Gallou, R., (2005) (2). Le vieillissement des immigrés en France Le cas paroxystique des résidents des foyers. Politix, 2005/4 n° 72. pp. 57-77. https://doi.org/10.3917/pox.072.0057.

Gardère, E. (2021). De L'infodémie à L'infopandémie L'oms Face Aux (des)informations Virales. Les Cahiers du numérique, 17(3), 199-204. https://doi.org/10.3166/LCN.2021.018

Garner-Moyer, H. (2003). Discrimination et emploi: revue de la littérature. *Document d'étude*, *69*.

Gaspard, F. (2006). Le foulard de la dispute. *Cahiers du Genre*, S1, 75-93. https://doi.org/10.3917/cdge.hs01.0075

Gastaut, Y., Yahi, N. et Blanchard, P. (2014). La Grande Guerre des soldats et travailleurs coloniaux maghrébins. *Migrations Société*, 156, 119-136. https://doi.org/10.3917/migra.156.0119

Gastaut, Y. (2004). Français et immigrés à l'épreuve de la crise (1973-1995). *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, no<(sup> 84), 107-118. https://doi.org/10.3917/ving.084.0107

Gastaut, Y. 1993. La flambée raciste de 1973 en France. In: Revue européenne des migrations internationales, vol. 9, n°2,1993. pp. 61-75.DOI : https://doi.org/10.3406/remi.1993.1355

Ginesy-Galano, M. (1984). Les Immigrés hors la cité : le système d'encadrement dans les foyers 1973-1982. Paris, L'Harmattan-CIEMI

Ginot, L. (2024). Le logement, un déterminant d'inégalités de santé insuffisamment pris en compte en France ? Santé Publique, 36(HS1), 167-167. https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2024.0167

Ginot, L., Peyr, C. (2010). Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social. Santé Publique, 22(5), 493-503. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/spub.105.0493

Giry, J., Nicey, J. (2022). Des vérités plurielles ? », *Revue des sciences sociales* [En ligne], 67. DOI : https://doi.org/10.4000/revss.8113

GISTI, FASTI, (2016, 13 juin). Mission sur les immigrés âgés : trois ans après, rien n'a fondamentalement changé. Action collective. Repéré à : https://www.gisti.org/spip.php?article5377

GISTI, ATMF, CATRED, (2010, 17 septembre). Anciens travailleurs et anciennes travailleuses migrant/es - Victimes oubliées de la réforme des retraites. Action collective. Repéré à : https://www.gisti.org/spip.php?article2047

Godrie, B. et Dos Santos, M. (2017). Présentation : inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, *49*(1), 7–31. https://doi.org/10.7202/1042804ar

Goepfert, E. M., et Valex, M. (2022). Didier Raoult dans le discours sur la crise sanitaire: une figure, des conflits.

Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Les éd. de minuit. 175p.

Goffman E., 1974, *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, New York, Harper and Row (*Les cadres de l'expérience*, Paris, Éditions de Minuit, 1991, traduit par Isaac Joseph avec Michel Dartevelle et Pascale Joseph).

Golan, R., Reddy, R., Muthigi, A., & Ramasamy, R. (2023). Artificial intelligence in academic writing: a paradigm-shifting technological advance. *Nature reviews. Urology*, *20*(6), 327–328. https://doi.org/10.1038/s41585-023-00746-x

Gonthier, F. (2004). Weber et la notion de « compréhension » Cahiers internationaux de sociologie, n° 116(1), 35-54. https://doi.org/10.3917/cis.116.0035.

Grassi, V. (2005). Sociologie compréhensive et phénoménologie sociale. Introduction à la sociologie de l'imaginaire Une compréhension de la vie quotidienne. (p. 61 -93). Érès.

https://shs.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-l-imaginaire--9782749203973-page-61?lang=fr.

Grdr (2020). La transition Vers la retraite Des personnes âgées immigrées. Repéré à : https://www.grdr.org/IMG/pdf/formation_transition_vers_la_retraite-2.pdf

Gruev, R., (2020). « Entre-lieux » : les foyers de travailleurs migrants et la vie « entre » Migrations Société, 2020/4 N° 182. pp. 131-150. https://doi.org/10.3917/migra.182.0131.

Guélamine, F. (2008). Les relations interculturelles entre travailleurs sociaux et « immigrés » Action sociale et immigration en France - 2e éd. : Repères pour l'intervention (p. 179-196). Dunod. https://shs.cairn.info/action-sociale-et-immigration-en-france--9782100518333-page-179?lang=fr

Guérin, L. (2023). Que sont devenus les foyers de travailleurs migrants ? Vingt-cinq ans de transformations des foyers en résidences sociales (1997-2022). *Métropolitiques*. https://dx.doi.org/10.56698/metropolitiques.1980

Guérin, L., (2020). Le portable comme « chez-soi » dans un contexte de précarité résidentielle. *Socio-anthropologie*, 40 | -1, 97-113. DOI : https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.5929

Guérin, L. (2019, a). Cohabitation sous contrainte. Plein droit, 122(3), 22-25. https://doi.org/10.3917/pld.122.0022.

Guérin, L. (2019, b). Espaces de vie et temporalités dans deux résidences sociales franciliennes issues de foyers de travailleurs migrants. *Espace populations sociétés* [En ligne], 2019/1 | 2019. DOI : https://doi.org/10.4000/eps.8575

Guérin, L. (s.d.). Les foyers de travailleurs migrants de 1950 à aujourd'hui. Encylopédie d'histoire numérique de l'Europe (EHNE). Repéré à : https://ehne.fr/encyclopedie/thématiques/les-migrations-en-europe/migrations-de-travail/les-foyers-de-travailleurs-migrants-de-1950-a-aujourd'hui

Guerraoui, Z., (2011). Prise en charge de sujets en situation interculturelle. Cinq conditions pour éviter la dérive culturaliste. Le Journal des psychologues, 2011/7 n° 290. pp. 18-21. https://doi.org/10.3917/jdp.290.0018

Guillon, M., et Kergall, P. (2021). Factors associated with COVID-19 vaccination intentions and attitudes in France. *Public health*, *198*, 200-207. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.035

Guillot, O. & Parent, A. (2018). « Adieu la vie, adieu l'amour » : Analyse des inégalités de temps de survie chez les soldats « Morts pour la France » durant la Grande Guerre. Population-F, 73 (3), 2018, 431-466. DOI : 10.3917/popu.1803.0431

Guyotat, R. (1991). « Le débat sur l'immigration Le maire de Paris : « Il y a overdose » », Le Monde, 21 juin

Hajjat, A (2008). Entraves invisibles à la naturalisation. Plein droit, 2008/4 n° 79. pp. 7-10. https://doi.org/10.3917/pld.079.0007

Haute Autorité de Santé (2022, 14 janvier). Covid-19 : deux nouvelles alternatives aux vaccins à ARNm. Communiqué de presse. Repéré à : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3309581/fr/covid-19-deux-nouvelles-alternatives-aux-vaccins-a-arnm

Haute Autorité de santé (2021, mars). Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2. Actualisation des facteurs de risque de formes graves de la covid-19 et des recommandations sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. Argumentaire. Repéré à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/actualisation_des_facteurs_de_risque_de_formes_graves_de_la_covid-19_et_des_reco_sur_la_strategie_de_priorisation_des_popula.pdf

Haut Conseil de la Santé Publique (2023, 16 juin). Avis relatif à la prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par un virus à tropisme respiratoire (incluant la mise à jour des avis publiés dans un contexte d'épidémie de SARS-CoV-2).

Haut Conseil de la Santé Publique (2020, 18 février). Avis relatif à la prise en charge du corps d'un patient décédé́ infecté par le virus SARS-CoV-2.

Haut Conseil de la Santé Publique (2020, 30 novembre). Avis relatif à la prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par le SARS-CoV-2.

Harboun, M., Verdun, S., Brénière, V., Luquel, L., Jourdan, M., & De Malherbe, A. (2022). Séroprévalence, facteurs de risque et présentation clinique après la première vague Covid-19 dans les EHPAD du groupe UNIVI: étude SEROCOVID. *La Revue de Médecine Interne*, *43*(2), 75-81. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.330

Harzoune, M. (2014). Abdellali Hajjat, La Marche pour l'égalité et contre le racisme, Nadia Hathroubi-Safsaf, La Longue marche des Beurs pour l'égalité : Paris, Amsterdam 2013, 262 pages, 14 €. Le Kremlin-Bicêtre, Les Points sur les i, 2013, 174 pages, 17,90 €. *Hommes & Migrations*, 1305, 202-204. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.2780

Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist, 1,* 8–13. https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8

Hazif-Thomas C. (2020). Le silence des questions sur la mort des aînés liée au Covid-19 [Silence around the issues of COVID-19's deaths among the elderly]. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, *20*(117), 125–127. https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.04.002

Hémar-Nicolas, V., Mugel, O., & Dyen, M. (2023). La pauvreté alimentaire à l'épreuve du Covid-19: Repenser les stratégies de coping à travers le care. *Carnets de la consommation*. https://carnetsdeconso.com/wp-content/uploads/2023/02/La-pauvrete-alimentaire-a-lepreuve-du-Covid-19-_-Carnet-de-Conso-_-Numero-soin-_-Mis-en-forme.pdf

Hénocq, M. (2001). La commission alibi. *Plein droit*, 47-48, 30-32. https://doi.org/10.3917/pld.047.0030

Herzlich, C. et Pierret, J. (2010). Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) Revue française de sociologie, . 51(1), 121-148. https://doi.org/10.3917/rfs.511.0121.

Hmed, C. (2014). La création des foyers Sonacotra en 1956. Dans : Abderrahmane Bouchène éd., *Histoire de l'Algérie à la période coloniale: 1830-1962* (pp. 586-589). Paris: La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.bouch.2013.01.0586

Hmed, C. (2007). Contester une institution dans le cas d'une mobilisation improbable : la « grève des loyers » dans les foyers Sonacotra dans les années 1970. *Sociétés contemporaines*, 65, 55-81. https://doi.org/10.3917/soco.065.0055

Hmed, C. (2006). Tenir ses hommes. *Politix*, (4), 11-30. https://hal.science/hal-00367672v1/document

Hmed, C. (2006). Hors thème Les immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs ou les habitants de nulle part. Retraite et société, no 47(1), 137-159. https://doi.org/10.3917/rs.047.0137

Hoare, M. (2022). Face à la nouvelle donne, des bribes de résistances. Plein droit, n° 132(1), 22-25. https://doi.org/10.3917/pld.132.0024

Hoare, M. (2019). Des foyers aux résidences sociales : un racisme d'État. Plein droit, 122(3), 18-21. https://doi.org/10.3917/pld.122.0018

Hommes et Migrations, n°1118, janvier 1989, p.23. Les conséquences de la loi du 9 septembre 1986 sur l'entrée et le séjour des étrangers. In: Hommes et Migrations, n°1118, janvier 1989. pp. 22-28.DOI : https://doi.org/10.3406/homig.1989.1246

Honneth, A. (2005). Invisibilité : sur l'épistémologie de la « reconnaissance » Réseaux, 129-130(1), 39-57. https://doi.org/10.3917/res.129.0039.

Horincq Detournay, R., Guillemette, F. & Luckerhoff, J. (2023). Clarification conceptuelle de la méthode de triangulation en recherche qualitative. *Enjeux et société*, *10*(2), 75–92. https://doi.org/10.7202/1110574ar

Host, S., Mangeney, C. et Grémy, I. (2021). Vulnérabilités sociales face à la Covid-19 : principaux constats et perspectives pour une gestion plus durable. Environnement, Risques & Santé. 20(3), 304-307. https://stm.cairn.info/revue-environnement-risques-et-sante-2021-3-page-304?lang=fr

Host, J. et Pépin, J. (2012). Justice et dignité pour les chibanis. Plein droit, 93(2), 8-11. https://doi.org/10.3917/pld.093.0008

Human Rights Watch (2020). France : Mettre fin aux contrôles policiers et aux verbalisations discriminatoires. Communiqué de presse. Repéré à : https://www.hrw.org/fr/news/2020/05/15/france-mettre-fin-aux-controles-policiers-et-aux-verbalisations-discriminatoires

Hunter, A., (2015). “Family values” La dépendance aux transferts de fonds et le dilemme du retour au pays à un âge avancé. Hommes & Migrations, 2015/1 n° 1309. pp. 117-125. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3092

Huteau, G. (2020). Chapitre 7. La protection sociale de la santé. Dans J. Raimondeau, P. Bréchat, G. Huteau, P. Marin, P. Naty-Daufin et É. Carmona Manuel de santé publique (p.199-230). Presses de l’EHESP. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0199.

Iazzetta, C. (2024). Les problématiques de la communication entre soignant et soigné à l’ère de la télémédecine. *Annali-sezione romanza*, *66*(2), 135-152. https://doi.org/10.6093/547-2121/12318

Idir, H. et Baubet, T. (2022). Le deuil en situation de migration et de crise sanitaire : l’accompagnement en consultation transculturelle. *Études sur la mort*, 158, 143-154. https://doi.org/10.3917/eslm.158.0143

InfoGouv (2023, 2 mars). Covid-19 : fin de la prise en charge à 100 % des tests de dépistage. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/covid-19-fin-de-la-prise-en-charge-a-100-des-tests-de-depistage

InfoGouv (2022, 14 octobre). Le plan de traitement des foyers de travailleurs migrants atteint un taux de réalisation de 82%. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/le-plan-de-traitement-des-foyers-de-travailleurs-migrants-atteint-un-taux-de-realisation-de-82#:~:text=On%20dénombre%2055%20000%20travailleurs,réalisation%20de%2082%25%20du%20PTFTM

InfoGouv, (2022, 28 février). Le protocole sanitaire allégé le 28 février. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/le-protocole-sanitaire-allege-le-28-fevrier

InfoGouv, (2022, 12 mai). Fin du port du masque dans les transports. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/fin-du-port-du-masque-dans-les-transports

InfoGouv (2021, 12 juillet). « Pass sanitaire » : toutes les réponses à vos questions. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/pass-sanitaire-toutes-les-reponses-a-vos-questions

InfoGouv, (2021, 17 juin). Port du masque : évolution des règles au 17 juin. Repéré à : https://www.info.gouv.fr/actualite/port-du-masque-evolution-des-regles-au-17-juin

INSEE (2025). Quartiers prioritaires de la ville. Définitions. Repéré à : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2114

INSEE, (2023). Histoire des migrations et diversité des origines géographiques des immigrés. In Immigrés et descendants d'immigrés, paru le 30/03.2023. Repéré à : https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793226?sommaire=6793391#:~:text=

INSEE (2023). Immigrées et descendants d'immigrés. Conditions de logement. INSEE Références. Paru le 30/03/2023. Repéré à : https ://www.insee.fr/fr/statistiques/6793286?sommaire=6793391

INSEE, (2021). 4.2 Niveau de vie dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. In La France et ses territoires. Éditions 2021. Paru le 29/04/2021. Repéré à : https ://www.insee.fr/fr/statistiques/5039863?sommaire=5040030#:~:text=En%202017%2C%20en%20France%20métropolitaine,niveau%20est%20le%20plus%20élevé

INSEE, (2021). Revenus et patrimoine des ménages. Niveau de vie et pauvreté des immigrés. INSEE Références. Paru le 27/05/2021. Repéré à : https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371243?sommaire=5371304&q=immigrées

INSEE, (2005). Motifs d'immigration Comparaisons internationales. Flux d'immigration. Les immigrés en France, édition 2005).

Inserm, (2020). Communiqué de presse, 9 octobre 2020. Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 : facteurs de risque individuels et sociaux. Repéré à https://presse.inserm.fr/premiers- resultats-des-enquetes-de-sante-publique-de-linserm-sur-la-covid-19-facteurs-de-risque-individuels-et- sociaux/41032/

Isidro, L. (2017). Droits sociaux : des juges démissionnaires. Dans . GISTI Faillite de l'état de droit ? L'étranger comme symptôme (p. 90-98). GISTI. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/gisti.blis.2017.01.0090

Isidro, L. (2016). La protection sociale des personnes étrangères. Pour un nouveau critère d'accès aux prestations sociales. Informations sociales, 194(3), 106-116. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/inso.194.0106.

Isseki, B. et Brasseur, M. (2023). Le Rôle des Facteurs Contextuels des Organisations de Santé Dans le Développement de la Confiance Interpersonnelle des Patients Envers Leur Médecin. Question(s) de management, 42(1), 31-45. https://doi.org/10.3917/qdm.222.0031.

Ivaldi, G. (2021). Adhésion aux théories du complot et populisme : un tandem à relativiser. [Rapport de recherche] Note de recherche Le Baromètre de la confiance politique, CEVIPOF. 16 p. ⟨halshs-03206347⟩

Jackson, C. S., & Gracia, J. N. (2014). Addressing health and health-care disparities: the role of a diverse workforce and the social determinants of health. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, *129 Suppl 2*(Suppl 2), 57–61. https://doi.org/10.1177/00333549141291S211

Jacquat, D., et Bachelay, A. (2013). Rapport d'information sur les immigrés âgés. *Assemblée Nationale, Paris*. https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1214.asp

Jaeger, M., Jovelin, E. (2016). Les enjeux des rapports d'études sur les personnes âgées immigrées: Points de passage de l'invisibilité à la visibilité d'une population en demande de reconnaissance. *Vie sociale*, 16, 29-38. https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0029

Jagielski, J.-F. (2008). Entre gratitude forcée, rejet et coercition : les travailleurs coloniaux de la Grande Guerre. Matériaux pour l'histoire de notre temps, 91(2), 84-89. https://doi.org/10.3917/mate.091.0014

Jaubert, E., Dolbeau-Bandin, C. (2020). Infox et Coronavirus Covid-19 : une relative contagiosité ? ⟨hal-02542132⟩

Jauffret, J. (1992). La loi du 7 juillet 1900 sur l'organisation des troupes coloniales : un accroissement de puissance ? Dans Milza, P. et Poidevin, R. (dir.), La Puissance française à la

« Belle Époque » Mythe ou réalité ? (p. 51-61). Éditions Complexe. https://doi.org/10.3917/comp.dhist.1992.01.0051.

Jusot, F., Silva, J., Dourgnon, P., & Sermet, C. (2008). Etat de santé des populations immigrées en France. *Paris: IRDES* (14). https://www.researchgate.net/profile/Catherine-Sermet/publication/5129659_Etat_de_sante_des_populations_immigrees_en_France/links/0912f50af6f6d6bd09000000/Etat-de-sante-des-populations-immigrees-en-France.pdf

Jouanneau, S. (2013). I. De l'Imam indigène « invisible » à l'Imam « provisoire »: Une autorité religieuse accompagnant une migration de passage (1900-1970). Dans : , S. Jouanneau, *Les Imams en France: Une autorité religieuse sous contrôle* (pp. 21-68). Marseille: Agone

Journoud, P. (2018). 1. De la Contribution des Colonisés à L'effort de Guerre Métropolitain à la Répression Brutale des Insurrections Anticoloniales par la Métropole 1940-1945. Dans H. Drévillon et O. Wieviorka Histoire militaire de la France II. De 1870 à nos jours (p. 485-503). Perrin. https://doi.org/10.3917/perri.drevi.2018.01.0485

Junien, C., Panchenko, P., Pirola, L., Amarger, V., Kaeffer, B., Parnet, P., Torrisani, J., Bolaños Jimenez, F., Jammesand, H., et Gabory, A. (2016). Le nouveau paradigme de l'origine développementale de la santé et des maladies (DOHaD) - Épigénétique, environnement : preuves et chaînons manquants. Med Sci (Paris), 32 1 (2016) 27-34 DOI: https://doi.org/10.1051/medsci/20163201006

Kessar, Z. (2012). 2 - Formation et Production De la différence à L'hôpital : De la Formation « sur les Publics » À l'intervention « sur le fonctionnement D'équipe » Dans C. Crenn et L. Kotobi. Du point de vue de l'ethnicité Pratiques françaises (p. 231-248). Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.crenn.2012.01.0231

Khemakhem, R., Salah, I. B., Jmeaa, D. B., Gargouri, R., Kallel, N., Hssen, A., ... & Kammoun, S. (2025). Particularités évolutives du long-Covid chez le sujet âgé. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, *17*(1), 155. https://doi.org/10.1016/j.rmra.2024.11.323

Khla, M., Ghosn, W., Guillo, M., Vandentorren, S. (2023). Covid-19 : excès de mortalité parmi les immigrés. Plein droit, 137(2), 10-14. https://doi.org/10.3917/pld.137.0012.

Kirszbaum, T. et Simon, P. (2001). Les Discriminations raciales et ethniques dans l'accès au logement social. 2001. halshs-01100689

Krakowka, F. (2021). Confinement et dépression de la personne âgée. *L'Aide-Soignante*, *35*(227), 14-15. https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2021.03.005

Kriegel, B., Daveau, P., Rozenkier, A. (2005). Le vieillissementdes immigrés : un réel enjeu de politique publique. Retraite et société, no 44(1), 202-206. https://doi.org/10.3917/rs.044.0202

Lacaze, L. (2013). L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité. Sociétés, 121(3), 41-52. https://doi.org/10.3917/soc.121.0041.

Lacroix, T., (2018). Les Marocains en France : maturation d'une communauté transnationale. Mohamed BERRIANE. Marocains de l'extérieur 2012, Fondation Hassan II, pp. 383-414

Lafaye, C. G. (2014). L'épigénétique: pour de nouvelles politiques de santé?. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, (20), p. 4-22. ⟨hal-00983182⟩

Lallement, M. (2023). Chapitre 6. Max Weber, une sociologie compréhensive du monde moderne. Histoire des idées sociologiques - Tome 1 - 5e éd. Des origines à Weber. (p. 230 -281). Armand Colin. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/histoire-des-idees-sociologiques-tome-1--9782200635442-page-230?lang=fr.

Lambert, M., Lachal, J., Mansouri, M., Radjack, R., & Moro, M. R. (2022). Syndrome méditerranéen et monde médical français, un préjugé raciste encore actif. Un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon. *La Revue de Médecine Interne*, *43*(7), 399-401. Https://hal.science/hal-03775766v1

Laporte, M.-È. et Berger-Remy, F. (2024). Motiver la Population à Se Protéger : Le Cas du Premier Confinement En France. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels - RIPCO, XXX(80), 35-58. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/rips1.080.0035

Laurens, S. (2008). « 1974 » et la fermeture des frontières: Analyse critique d'une décision érigée en turning-point. *Politix*, 82, 69-94. https://doi.org/10.3917/pox.082.0069

Le Bart C., (2020). « Des Gilets jaunes aux anti-masques… la contestation de l'ordre institutionnel » L'ENA hors les murs, (N° 500) (4), 38-40. https://doi.org/10.3917/ehlm.500.0038

Le Berre, R., Entretien avec Math, A. (2022). Immigrés âgés. Lien Social, 1309(2), 18-24. https://doi.org/10.3917/liso.1309.0018.

Leblanc, J., et Pinel, J. (2020). Chibanis et chibanias ou l'(in)hospitalité au long cours. e-Migrinter [En ligne], 20 | 2020, mis en ligne le 23 juillet 2020, consulté le 27 juillet 2020.

URL : http://journals.openedition.org/e-migrinter/2263 ; DOI : https://doi.org/10.4000/e-migrinter.2263

Leborgne, P. (2005). La prise en charge des problèmes de santé liés au vieillissement dans les foyers de travailleurs migrants. L'exemple de la Seine Saint-Denis. Mémoire de l'École Nationale de Santé Publique. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/misp/leborgne.pdf

Le Breton, D. (2023). Chapitre 5. Vieillir en temps de Covid-19. Dans C. Caleca et B. Verdon Vieillir…à quel prix ? : La pandémie du Covid-19 révélatrice du statut ambigu des personnes âgées (p. 91-108). In Press. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/pres.calec.2023.01.0092

Le Breton, D. (2012). L'interactionnisme symbolique. Presses Universitaires de France. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/puf.lebre.2012.03

Le Breton, D. (2017). La construction sociale du risque. Sociologie du risque (p. 31-54). Presses Universitaires de France. https://shs.cairn.info/sociologie-du-risque--9782130581079-page-31?lang=fr

Le Clainche, M. (2021). Covid-19 : les défis de la communication de crise (mars 2020 – Mars 2021) Revue française d'administration publique, 178(2), 433-447. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/rfap.178.0177

Leeds-Hurwitz, W. (2016). De la possession des compétences interculturelles au dialogue interculturel : un cadre conceptuel. Les Politiques Sociales, 3-4(2), 7-22. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/lps.163.0007

Le Goix, R. (2022). Ségrégation socio-spatiale dans les villes. Cottineau, Clémentine; Pumain, Denise. Les villes au cœur des inegalites, ISTE Editions, pp.151-188, 2022, Les villes au coeur des inégalités, 978-1-78948-063-4. https://hal.science/hal-03862048v1/document#:~:text=Renaud%20Le%20Goix1&text=Mise%20à%20l'écart%20géographique,des%20discriminations%20d'autre%20part.

Legris, S. (2025, January). Gilets jaunes et Anti-pass sanitaire: étude des obstacles à une coalition protestataire dans le centre de la France. In *Séminaire du projet «Impact du Covid-19 sur la vaccination en France» (ICOVAC-France)*. https://hal.science/hal-04902355v1

Lenoir, A., Vissandjée, B., Doré, C. & Belhadj-Ziane, K. (2024). La « compétence culturelle » : réflexion critique sur l'usage de cette expression dans le domaine de la santé et

des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, *34*(1), 286–299. https://doi.org/10.7202/1114811ar

Lenoir, A., Alaoui, D. (2020). Les enjeux et défis de l'interculturel. Une réflexion critique. Editions des Archives Contemporaines, 9782813002167. ⟨10.17184/eac.9782813002167⟩. ⟨halshs-03579202⟩

Leroux, E., Pupion, P.-C. et Lancella, F. (2023). Le rôle des conseillers et l'efficacité de l'aide des maisons de France Services dans l'adoption de démarches numériques de services publics. Gestion et management public, 11 / N° 3(3), 37-71. https://doi.org/10.3917/gmp.113.0037

Le Roux, G., Rochut, J., Gallou, R. Bonvalet, C. (2022). Être propriétaire au seuil de la retraite : une analyse des inégalités entre générations (1910-1954) Retraite et société, 89(2), 63-97. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/rs1.089.0064

Lesimple, F. (2018). Chapitre 4. L'analyse de situation. Méthodologie de l'intervention en travail social (p. 91-112). Presses de l'EHESP. https://shs.cairn.info/methodologie-de-l-intervention-en-travail-social--9782810906840-page-91?lang=fr

Lesueur, B. (2013). « L'artillerie et les colonies sous l'Ancien Régime », *Revue historique des armées*. URL : http://journals.openedition.org.bases-doc.univ-lorraine.fr/rha/7689

Lévy-Vroelant, C., Mbodj-Pouye, A., avec la collaboration de Guérin, L. et Hoare, M. (2022). Lexique critique de la transformation des foyers. Plein droit, n° 132(1), 7-10. https://doi.org/10.3917/pld.132.0009

Lévy-Vroelant, C. (2007). Les hôtels meublés à Paris : Diagnostic et premier bilan du plan d'action engagé. Atelier Parisien d'Urbanisme. Repéré à : https://www.apur.org/sites/default/files/documents/226.pdf

Lévy-Vroelant, C. (2006). Migrants et logement : une histoire mouvementée. *Plein droit*, 68, 5-10. https://doi.org/10.3917/pld.068.0005

Liégeois, J. (2009). Regards sur les pratiques et les institutions du secteur médico-social : des éléments prometteurs aux questions en suspens. Témoignages de professionnels du médico-social. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 47(3), 167-174. https://doi.org/10.3917/nras.047.0167

Ligue des Droits de l'Homme (2021, 30 mars). Lettre de la LDH, du Saf et du SM à l'attention du Premier ministre. Repéré à : https://www.ldh-france.org/attestation-sortie-amnistie/

Ligue des Droits de l'Homme (2020, 17 décembre). Déplacement dérogatoire : verbalisation et contestation. Repéré à : https://www.ldh-france.org/deplacement-derogatoire-verbalisation-et-contestation/

Liogier d'Ardhuy, J. (2024). Prendre soin des personnes âgées immigrées souffrant de troubles psychiques : trajectoires d'aide des familles. Revue française des affaires sociales, N° 243(3), 91-111. https://doi.org/10.3917/rfas.243.0091

Lochak, D. 2020. Les circulaires Marcellin-Fontanet. Hommes & migrations, 1330, pp.14-17. 10.4000/hommesmigrations.1135. halshs-03478831

Lochak, D. (2015). La carte de dix ans : une conquête progressivement annihilée. *Migrations Société*, 159-160, 127-140. https://doi.org/10.3917/migra.159.0127

Lochak, D. (2011). Le Haut Conseil à la (dés)intégration. *Plein droit*, 91, 12-15. https://doi.org/10.3917/pld.091.0012

Louyot, M. (2007). Le rapport aux droits et services de sante recours et non recours) des hommes immigres d'origine maghrébine âgés de plus de 55 ans et résidant en foyer - à partir de l'étude du foyer Adoma Francis Jammes à Grenoble. (Mémoire de Master). Université Pierre Mendes France, Institut d'Études politiques de Grenoble. Repéré à : https://odenore.msh-alpes.fr/sites/default/files/Mediatheque/Documents_pdf/memoiremlouyot_septembre_2007.pdf

Loi n°84-622 du 17 juillet 1984 PORTANT MODIFICATION DE L'ORDONNANCE 452658 DU 02-11-1945 ET DU CODE DU TRAVAIL ET RELATIVE AUX ETRANGERS SEJOURNANT EN FRANCE ET AUX TITRES UNIQUES DE SEJOUR ET DE TRAVAIL. JORF du 19 juillet 1984

Maamar, M., Khibri, H., Harmouche, H., Ammouri, W., Tazi-Mezalek, Z., et Adnaoui, M. (2020). Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie Covid-19 [The impact of lockdown on the health of the elderly during the COVID-19 pandemic]. *Npg*, *20*(120), 322–325. https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.10.006

Mabilon-Bonfils, B. (2019). Interactionnisme. Dans Delory-Momberger, C. (dir.), Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique. (p. 235-236). Érès. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/eres.delor.2019.01.0235.

Maccioni, J. (2016). Enjeux de formation à la démarche interculturelle : exemple du milieu des soins. Les Politiques Sociales, 3-4(2), 65-75. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/lps.163.0065.

Madoui, M., (2016). Le vieillissement des migrants à l'épreuve des sciences sociales. Vie sociale, 2016/4 n° 16. pp. 15-28. https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0015

Madaoui, M., (2015). Le vieillissement des immigrés : état des savoirs. Hommes & Migrations, 2015/1 n° 1309. pp. 11-17. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3061

Manus, J.-M. (2022). Agir sur les déterminants sociaux de santé. Revue Francophone des Laboratoires, Volume 2022, Issue 543, Page 13, ISSN 1773-035X. https://doi.org/10.1016/S1773-035X(22)00197-6

Marquet, J., Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2022). Manuel de recherche en sciences sociales. (6e éd.). Armand Colin. https://shs.cairn.info/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales--9782200633950?lang=fr

Martineau, A., Plard, M. (2018). Les personnes âgées immigrées à l'épreuve du Successful Aging. Revue de littérature sur les conditions de vieillissement des migrants âgés en France. *Cybergeo: European Journal of Geography*. https://doi.org/10.4000/cybergeo.29118

Martin, G. (2008). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement Vincent Caradec, Paris, Armand Colin, coll. « 128 », 2e édition, 2008, 128 pages ISBN : 2200353391. Idées économiques et sociales, 154(4), 79-79. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/idee.154.0079.

Massaoudi, I. (2018). Influence des facteurs socio-culturels dans la prise en charge d'un patient immigre maghrébin de première génération, atteint de diabète de type 2 (étude qualitative) (Doctoral dissertation).

Massé, R. (1997). Compte rendu de [Didier FASSIN, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie. Paris, Presses Universitaires de France, Collection Sociologie d'aujourd'hui, 1996, 324 p., bibliogr., index.] Anthropologie et Sociétés, 21(1), 143–145. https://doi.org/10.7202/015478ar

Matelly, S. (2025). Sommet de l'Otan et défense européenne – 5 % du PIB pour la défense – de quoi parle-t-on ? Blogpost, Institut Jacques Delors. Repéré à https://institutdelors.eu/publications/sommet-de-lotan-et-defense-europeenne-5-du-pib-pour-la-defense-de-quoi-parle-t-on/

Math, A. (2024). Une histoire des droits aux prestations sociales des personnes étrangères. Regards, 64(2), 41-52. https://doi.org/10.3917/regar.064.0041.

Math, A. (2012). Le contrôle par la résidence. Plein droit, 93(2), 3-7. https://doi.org/10.3917/pld.093.0003

Math, A. (2009). L'accès des vieux migrants aux droits sociaux: un chemin semé d'embûches. article pour le CATRED, mimeo.

Mbodj-Pouye, A. (2016). « On n'ignore pas la solidarité » Transformation des foyers de travailleurs migrants et recompositions des liens de cohabitation. Genèses, 104(3), 51-72. https://doi.org/10.3917/gen.104.0051.

Mead, G.H. (2006) [1928]. *L'esprit, le soi et la société*. Paris, PUF, p436. Nouvelle traduction et introduction de Daniel Cefaï et Louis Quéré.

Medadom, (2022, 16 février). Covid-19 : bilan sur les effets secondaires des vaccins. Repéré à : https://info.medadom.com/blog/effets-secondaires-vaccin-covid19

Meidani, A., Cavalli, S., (2018). Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. Gérontologie et société, 2018/1 vol. 40 / n° 155. pp. 9-23. https://doi.org/10.3917/gs1.155.0009

Melchior, M., Desgrées du Loû, A., Gosselin, A., Datta, G. D., Carabali, M., Merckx, J., & Kaufman, J. S. (2021). À quand une prise en compte des disparités ethnoraciales vis-à-vis de l'infection à Covid-19 en France ? [Advocacy for the measurement and reduction of COVID-19 disparities according to migratory status and ethnic category in France]. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, *69*(2), 96–98. https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.01.006

Merizak, M. (2009). Origines et évolutions des luttes de l'immigration marocaine en France. *Migrations Société*, 123-124, 51-64. https://doi.org/10.3917/migra.123.0051

Meslin, K., Benelhadj, K., (2014). L'accompagnement social du vieillissement des migrants en région pays de la Loire. In Le vieillissement des populations immigrées. Réso Ville (mars 2014). Repéré à : https://www.resovilles.com/wp-content/uploads/2019/12/publication_population_immigree.pdf

Meslin, K. (2010). Des logements à part pour migrants âgés ?. Réflexion sur la mise à l'écart résidentielle des migrants âgés isolés. *Espace populations sociétés. Space populations societies*, (2010/1), 120-130. https://doi.org/10.4000/eps.3974

Mezzouj, F., et Jovelin, E. (2022). Entre ici et là-bas. Les personnes âgées immigrées issues du Maghreb : des invisibles doublement vulnérabilisés. Sociétés, 158(4), 29-44. https://doi.org/10.3917/soc.158.0029

Mezzouj, F. (2020). Du rattachement à l'attachement au pays d'accueil des personnes âgées immigrées originaires du Maghreb. Pensée plurielle, 2020/2 n° 52. pp. 55-65. https://doi.org/10.3917/pp.052.0055

Mezzouj, F., (2015). Les choix d'inhumation des Maghrébins âgés vivant en France Hommes & Migrations, 2015/1 n° 1309. pp. 127-134. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3094

Michel, A. (1955). La population des hôtels meublés à Paris : composition et conditions d'existence. *Population*, 10, 627-644. https://www.cairn.info/revue--1955-4-page-627.htm

Michel, M. (2014). "Les" Africains et la Grande Guerre: l'appel à l'Afrique (1914-1918). KARTHALA Editions).

Mien, E. (2018). Weber, la rationalité en valeur et en finalité. Regards croisés sur l'économie, n° 22(1), 46-49. https://doi.org/10.3917/rce.022.0046.

Ministère de la Santé (s.d.). La gestion des alertes et des crises sanitaires. Rubrique Prévention en santé, Sécurité sanitaire. Repéré à : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crises-sanitaires

Ministère de la Santé (2020, février). PRÉPARATION AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE Covid-19 : Guide méthodologique Covid-19 (version du 20 février 2020). Repéré à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (2022). Coronavirus Covid-19 (02/08/2022). Rubrique « Conseils aux voyageurs » in to « info pratiques » du site France diplomatie. Repéré à : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/informations-pratiques/article/coronavirus-covid-19

Moatti, J.-P. (2013). Déterminants sociaux des inégalités de santé : une priorité absolue pour la recherche en santé publique. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 61, Supplement 3, Pages S123-S125, ISSN 0398-7620. https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.012

Momméja, A. (2018). Immigrations postcoloniales, minorités et politique en France et en Angleterre: Perspectives comparatives. *Hommes & Migrations*, 1321, 127-135. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.4402

Monnier, A. (2020). Covid-19: de la pandémie à l'infodémie et la chasse aux fake news. *Recherches & éducations*, (HS). https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.9898

Morestin, F., Cauvin, S. (2011). Personnes âgées et adaptation du logement: présentation, résultats et prospectives du projet et de l'étude Sadeer. *Gérontologie et société*, (1), 141-155.

Moukouta CS, Kokou-Kpolou K, Mbassa Menick D, Deligne H, Dailly M, Soltani F. (2017). Difficultés dans la prise en charge des sujets âgés migrants. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2017 ; 15(4) : 409-16 doi:10.1684/pnv.2017.0701

Moulaert, T. (2012). Vieillissement actif. Repéré à : https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A128156/datastream/PDF_01/view

Moura, S., (2018). Ce que les statistiques sur les soldats morts révèlent des combats en Meuse et Somme durant la Première Guerre Mondiale. LE BULLETIN DE l'OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE DE LA DEFENSE #116 –NOVEMBRE 2018. URL : https://archives.defense.gouv.fr/content/download/549340/9364762/EcoDef116.pdf

Mucchielli, L. (1997). « La vie professionnelle des étrangers », in *Revue de l'OFCE*

Murphy, D. (2018). La Première Guerre mondiale comme 'massacre colonial' : polémiques anticolonialistes dans les années 1920. Bulletin of Francophone Post colonial Studies, 9 (2). pp. 3-9. ISSN 2044-4109

Naouri D, Fouillet A, Ghosn W, Coudin E. (2022). Troisième cause de décès en France en 2020, quand les autres grandes causes baissent. DREES • Études et Résultats • décembre 2022 • n° 1250. Repéré à : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1250_0.pdf

Nasri, F. (2015). Les marches comme mode d'expression collective. Migrations Société, 159-160(3), 53-72. https://doi.org/10.3917/migra.159.0053

Nizet, J. et Rigaux, N. (2014). V / Les cadres de l'expérience. La sociologie de Erving Goffman (p. 65-76). La Découverte. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/la-sociologie-de-erving-goffman--9782707179111-page-65?lang=fr.

Noiriel, G. (2010). Une histoire du modèle français d'immigration. *Regards croisés sur l'économie*, 8, 32-38. https://doi.org/10.3917/rce.008.0032

Noiriel, G. (2007). Immigration, antisémitisme et racisme en France (XIXe-XXe siècle) : discours publics, humiliations privées, Paris : Éd. Fayard, 2007, 717 p.

Noiriel, G., Guichard, E et Lechien, M-H. (1992). Le vieillissement des immigrés en région parisienne. Édition majoritairement réalisée par Emmanuelle Usclat, M2 PUN, Enssib, 2016–2017. Repéré à : http://barthes.enssib.fr/travaux/Vieillissement-immigres-en-RP.pdf

Noiriel G. (1988). Le Creuset français. Histoire de l'immigration *Paris: Editions du Seuil*.

Nowik, L. et Dhuot, R. (2022a). Le Sentiment D'isolement et la Baisse du Moral des Retraités Pendant la Crise Sanitaire. Population & Sociétés, 600(5), 1-4. https://doi.org/10.3917/popsoc.600.0001

Niyonsaba, E. et Moulaert, T. (2024). Effets de la précarité administrative sur la santé des migrants âgés. Revue française des affaires sociales, 243(3), 71-90. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/rfas.243.0071.

Obadia, L. (2023). I / La spiritualité, le spirituel et leurs champs de définition. La spiritualité (p. 7-29). La Découverte. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/la-spiritualite--9782348043451-page-7?lang=fr

Observatoire National de l'Action Sociale (ODAS). (2018). Soutien aux personnes âgées immigrées. Recueil de bonnes pratiques. Repéré à : https://odas.net/sites/default/files/documents/odas/201911/Soutien%20aux%20personnes%20âgées%20immigrées%20-%20Recueil%20de%20bonnes%20pratiques%20-%20Décembre%202018.pdf

Observatoire National des Politiques de la Ville (2021). Chiffres Clés Pauvreté. **ISSN :** 2680-2813 (version en ligne). Repéré à : https ://www.onpv.fr/uploads/media_items/onpv-fichespauvrete2020.original.pdf

Ocqueteau, F. (2011). « Emmanuel Blanchard, *La police parisienne et les Algériens (1944-1962)*. », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. VIII | 2011. DOI : https://doi.org/10.4000/champpenal.8195

O'Deye, A., Berot-Inard, T., Joseph, V., Brenon, G. (2017). Travailleurs migrants âgés en foyer. La prise en compte des situations d'interculturalité pour lutter contre la vulnérabilité en santé. *Populations vulnérables*, 3 |189-203. http://journals.openedition.org/popvuln/1595

Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 6 avril 2021). Accélérateur ACT caractéristiques, structure et fonctionnement. Repéré à : https://focus2030.org/IMG/pdf/act-a_how_it_works_fr_v2.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2020, 23 septembre) Déclaration conjointe de l'OMS, des Nations Unies, de l'UNICEF, du PNUD, de l'UNESCO, de l'ONUSIDA, de l'UIT, de l'initiative Global Pulse et de la FICR. Repéré à : https://www.who.int/fr/news/item/23-09-

2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation

Organisation des Nations Unies (2023, 5 mai). Covid-19 : l'OMS déclare la fin de l'urgence sanitaire mondiale. Repéré à : https://www.un.org/fr/delegate/covid-19-l'oms-déclare-la-fin-de-l'urgence-sanitaire-mondiale

Organisation des Nations Unies. (2020). L'impact disproportionné de la Covid-19 sur les minorités raciales et ethniques doit être traité d'urgence - Michelle Bachelet. Repéré à : https://news.un.org/fr/story/2020/06/1070032

Osmanian Molinero, L. (2020). *Médiamétrie - Le public et les médias, un lien renforcé pendant le confinement*. Repéré à : https://www.mediametrie.fr/fr/le-public-et-les-medias-un-lien-renforce-pendant-le-confinement

Ouest France, (2021, 27 juillet). Covid-19. Dans quels départements le masque en extérieur est-il de nouveau obligatoire ? Repéré à : https://www.ouest-france.fr/sante/masques-de-protection/covid-19-dans-quels-departements-le-masque-en-exterieur-est-il-de-nouveau-obligatoire-7363332

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. (5e éd.). Armand Colin. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019?lang=fr

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (p. 235-312). Armand Colin. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/arco.paill.2016.01.0235

Pannetier, J., Desgrées du Loû, A. et Lert, F. (2017). Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression. Dans Desgrées du Loû, A. et Lert, F. (dir.), Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. (p.287-298). La Découverte. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/dec.desgr.2017.01.0287.

Papon, S. & Robert-Bobée, I. (2020). Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que celles nées en France en mars-avril 2020. INSEE : division Enquêtes et études démographiques. Repéré à https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049

Paugam, S. (2015). « Ségrégation », *in* Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 96. https://journals.openedition.org/sociologie/3197

Paugam, S. (2014). « Tableau croisé », *in* Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? ». http://journals.openedition.org/sociologie/2481

Pareau, Z. (2010). Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale: Étude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel. Doctoral dissertation, UHP-Université Henri Poincaré. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734368v1

Park R. E. (1928). « Human Migration and the Marginal Man », The American Journal of Sociology, 33, nº 6, p. 881-893. https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/214592

Park, R. E., Burgess E. W. (1921), Introduction to the Science of Sociology, Chicago, University of Chicago Press.

Pedrero, C. (2021). Santé, vieillissement et foyers de travailleurs migrants à Nanterre : la fabrique de territoires. Revue française des affaires sociales, (3), 275-292. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/rfas.213.0275

Pentaris, P., Willis, P., Ray, M., Deusdad, B., Lonbay, S., Niemi, M., et Donnelly, S. (2020). Older People in the Context of COVID-19: A European Perspective. Journal of gerontological social work, 63(8), 736–742. https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1821143

Perreau, L. (2012). Présentation. Philosophie, 115(4), 5-6. https://doi.org/10.3917/philo.115.005.

Perrigault, J. (1931). La coloniale. Marsouins et soldats de couleur, Paris, L. Fournier, coll. De l'Ancre.

Perronnin, M., Pierre, A., & Rochereau, T. (2011). Complementary health insurance in France: wide-scale diffusion but inequalities of access persist. *IRDES Questions d'économie de la santé*, *161*. https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES161.pdf

Pesce, S. (2019a). Pragmatisme (pragmatism – pragmatismo) Dans Vandevelde-Rougale, A., Fugier, P., Avec la collaboration de De Gaulejac, V. (dir.), Dictionnaire de sociologie clinique. (p.475-476). Érès. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/eres.vande.2019.01.0475.

Pesce, S. (2019b). Situation (définition de la) (definition of the situation – definición de la situación) Dans Vandevelde-Rougale, A., Fugier, P., Avec la collaboration de De Gaulejac, V. (dir.), Dictionnaire de sociologie clinique. (p. 587 -588). Érès. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/eres.vande.2019.01.0587.

Petits frères des Pauvres (2019, septembre). Solitude et isolement des personnes âgées en France : quels liens avec les territoires ? Rapport Petits frères des pauvres #3. Réalisé à partir de l'étude CSA Research. Avec le soutien financier de la Fondation des Petits Frères des Pauvres. Repéré à : https://www.petitsfreresdespauvres.fr/wp-content/uploads/2024/02/2019_09_29_solitude_isolement_personnes_agees_territoires_PFP_BD-def.pdf

Philippin, Y., et Turchi, A. R. E. M. (2020). Masques: les preuves d'un mensonge d'Etat. *France, Mediapart*, *2*. Repéré à : https://c19toknow.info/article_868529.pdf

Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., Koeberle, S. (2020). Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie Covid-19: la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, Medicine and Public Health*, *14*, 100539. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539

Piccolo, M. (2022). « Pandémie » ou « Syndémie » ? Comment la crise du Covid-19 a-t-elle accentué des vulnérabilités déjà existantes ? Sociétés, 158(4), 97-110. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/soc.158.0097.

Pierret, J. (2008a). De la société du risque à la société réflexive. Beck peut-il sauver la modernité ?. In Y. Cartuyvels (éd.), *Les ambivalences du risque* (1-). Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles. https://doi.org/10.4000/books.pusl.3474

Pierret, J. (2008b). Entre santé et expérience de la maladie. Psychotropes. 14(2), 47-59. https://doi.org/10.3917/psyt.142.0047.

Pilon, C., De Lapasse, B. (2018). Les territoires au cœur du défi de l'adaptation au vieillissement. Pour, 233(1), 37-44. https://doi.org/10.3917/pour.233.0037

Pinçon, M. (1981). Les immigrés et les HLM. Le rôle du secteur HLM dans le logement de la population immigrée en Ile-de-France. 1975, Paris, Centre de sociologie urbaine

Pitti, L. (2005). Catégorisations ethniques au travail Un instrument de gestion différenciée de la main-d'œuvre. Histoire & mesure, Vol. XX (3), 69-101. https://doi.org/10.4000/histoiremesure.1398.

Plard, M., Martineau, A., Fleuret, S., (2015). Les immigrés au seuil du grand âge Un questionnement à ancrer dans les territoires de vie. Hommes & Migrations, 2015/1 n° 1309. pp. 31-37. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3065

Ploton L., Cyrulnik B. (2014). Résilience et personnes âgées. Paris : Odile Jacob, 296p.

Poupart, J. (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme : des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. *Recherches qualitatives*, *30*(1), 178–199. https://doi.org/10.7202/1085485ar

Préfecture Île-de-France (2021, 30 décembre) Covid-19 : Obligation de port du masque dans l'espace public à Paris et dans les 3 aéroports. Repéré à : https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/Region-et-institutions/L-action-de-l-Etat/Sante/COVID-19-Obligation-de-port-du-masque-dans-l-espace-public-a-Paris-et-dans-les-3-aeroports

Prost, A. (2008). Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises de 1914-1918. *Le Mouvement Social*, 222, 41-60. https://doi.org/10.3917/lms.222.0041

Poirier, V., Simon, V. (2020). Les États face au coronavirus – La France : crise sanitaire et crise de confiance. Institut Montaigne. Repéré à : https://www.institutmontaigne.org/expressions/les-etats-face-au-coronavirus-la-france-crise-sanitaire-et-crise-de-confiance

Qribi, A. (2005). Socialisation et identité L'apport de G.H. Mead ou la conversation du « je » et du « moi » Empan, no 58(2), 129-132. https://doi.org/10.3917/empa.058.0129.

Rachédi, L. (2024). Pour une approche interculturelle critique au XXIe siècle : dépasser la culture pour lutter contre le racisme. *Intervention*, (158), 5–18. https://doi.org/10.7202/1109245ar

Ramos, E., Martin, C., Bonvalet. C. (2021). Habiter son logement au temps du confinement. Expériences contrastées et inégalités. Introduction. Revue des politiques sociales et familiales, 2021, Habiter son logement au temps du confinement Expériences contrastées et inégalités, n°141 (141), pp.5-10. https://shs.hal.science/halshs-03508611/document

Raphael, D., T. Bryant, J. Mikkonen et A. Raphael. (2020). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes (deuxieme édition)*. Oshawa (ON) : Ontario Tech University Faculty of Health Sciences et Toronto (ON) : York University School of Health Policy and Management. Récupéré de http://www.thecanadianfacts.org/

Rea, A. (2021). Sociologie de l'immigration. (3e éd.). La Découverte. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/dec.rea.2021.01

Rea, A. et Tripier, M. (2008). I. Chicago : naissance de la sociologie de l'immigration. Sociologie de l'immigration (p. 7-17). La Découverte. https://shs-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/sociologie-de-l-immigration--9782707154736-page-7?lang=fr.

Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne (2020, 30 juin). Réouverture des frontières extérieures de l'UE à certains pays tiers. Repéré à : https://ue.delegfrance.org/reouverture-des-frontieres

Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne (2020, 15 juin). La France lève l'ensemble des restrictions de circulation à ses frontières intérieures européennes. Repéré à : https://ue.delegfrance.org/la-france-leve-l-ensemble-des

Rey-Lefebvre, I. (2021, 4 mai). Crise sanitaire et pauvreté : les usagers ont souffert de la fermeture des services publics. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/05/04/crise-sanitaire-et-pauvrete-les-usagers-ont-souffert-de-la-fermeture-des-services-publics_6079073_3224.html

Reynaud-Paligot, C. (2006). Introduction. La République raciale (1860-1930) : Paradigme social et idéologie républicaine, 1860-1930 (p. 1-5). Presses Universitaires de France. https://shs.cairn.info/la-republique-raciale-1860-1930--9782130549758-page-1?lang=fr

Ribes, G., (2006). Résilience et vieillissement. Reliance, 2006/3 no 21. pp. 12-18. https://doi.org/10.3917/reli.021.0012

Ridez S., Colvez A., Favier F. (2002), « Précarité des Maghrébins vieillissant dans les foyers Sonacotra », *Le sociographe*, n° 9, p. 13-22. DOI : 10.3917/graph1.009.0013

Rohwerder, B. (2023). Covid-19 responses for equity (CORE) guide des principaux problèmes: soutien équitable pour les moyens de subsistance et la nourriture. https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/server/api/core/bitstreams/1094a558-dab8-4b11-b405-d44e76183507/content

Rondeau, K., Paillé, P. et Bédard, E. (2023). *La confection d'un guide d'entretien pas à pas dans l'enquête qualitative*. *Recherches qualitatives*, *42*(1), 5–29. https://doi.org/10.7202/1100242ar

Rossigneux-Méheust, M. et Capuano, C. (2017). Expériences de la vieillesse. Genèses, 106(1), 3-6. https://doi.org/10.3917/gen.106.0003.

Rougier, I. (2016). Le logement des personnes âgées. Vie sociale, 15(3), 117-129. https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0117

Sala Pala, V. (2005). Le racisme institutionnel dans la politique du logement social. *Sciences de la société : Les cahiers du LERASS*, 2005, 65, pp.87-102. ⟨halshs-00476244⟩

Salée, D. (2010). Penser l'aménagement de la diversité ethnoculturelle au Québec : mythes, limites et possibles de l'interculturalisme. *Politique et Sociétés*, *29*(1), 145-180. https://doi.org/10.7202/039959ar

Samaoli, O., (2016). L'inhumation des immigrés âgés : l'ultime mobilité. Vie sociale, 2016/4 n° 16. pp. 137-143. https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0137.

Samaoli, O., (2011). Vieillesse des immigrés : quelques interrogations d'actualité. Gérontologie et société, 2011/4 vol. 34 / n° 139. pp. 67-75. https://doi.org/10.3917/gs.139.0067

Samaoli, O. (1999). Considérations gérontologiques autour de l'immigration en France. Gérontologie et société, vol. 22 / n° 91(4), 79-92. https://doi.org/10.3917/gs.091.0079

Sammut, C. (1976). L'immigration clandestine en France depuis les circulaires Fontanet, Marcellin et Gorse. In: Les travailleurs étrangers en Europe occidentale. Actes du Colloque organisé par la Commission nationale pour les études et les recherches interethniques, Paris-Sorbonne, du 5 au 7 juin 1974. Nice : Institut d'études et de recherches interethniques et interculturelles, 1976. pp. 379-397

Santé Gouv (2021, 10 octobre). Évolution de la prise en charge des tests de dépistage du Covid à partir du 15 octobre 2021. Dossiers de presse. Repéré à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_prise_en_charge_test_-_08102021.pdf

Savall, A. (2017). Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier. Sciences sociales et santé, Vol. 35(1), 5-30. https://doi.org/10.1684/sss.2017.0101

Sawadogo, H. P. (2021). Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/

Sayad, A. (2006). L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. L'illusion du provisoire, Paris, Raisons d'agir.

Sayad, A. (2001). La vacance comme pathologie de la condition d'immigré. Le cas de la retraite et de la pré-retraite. In: *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 17, n°1,2001. Émigrés-Immigrés : vieillir ici et là-bas. pp. 11-36. https://doi.org/10.3406/remi.2001.1760

Sayad, A. (1999). « Une immigration exemplaire », dans *La double absence*, Paris, Le Seuil, 1999, p. 101.

Sayad, A. (1991). L'immigration ou les paradoxes de l'altérité, Bruxelles, De Boeck/Editions universitaires

Sayad A. (1980). Le foyer des sans-famille. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 32-33, avril/juin 1980. Paternalisme et maternage. pp. 89-103.DOI : https://doi.org/10.3406/arss.1980.2082

Schnapper D. (1991). La France de l'intégration. Sociologie de la nation en 1990, Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines ».

Sénat, (2021, 4 février). Produit total des différentes amendes dues aux mesures sanitaires durant l'année 2020. Question écrite n°20461 - 15e législature. Repéré à : https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210220461.html#:~:text=L'amende%20forfaitaire%20(AF),répondre%20à%20la%20crise%20sanitaire.

Sénat (2020, 8 juillet). Covid-19 : deuxième rapport d'étape. II. LE CONTRÔLE DU CONFINEMENT : UN ENJEU MAJEUR POUR LE DISPOSITIF DE SÉCURITÉ INTÉRIEURE. Rapport d'information n° 608 (2019-2020), déposé le 8 juillet 2020**.** Repéré à : https://www.senat.fr/rap/r19-608/r19-6084.html#toc38

Sen, A. (2014). La pauvreté se vit plus qu'elle ne se mesure. Dans Sous la direction du C. Social et environnemental. Entretient. Entre richesse et pauvreté : Les Forums du CESE sur le vivre ensemble (p. 129-135). Presses Universitaires de France. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/puf.cese.2014.01.0129

Sen A., (2012a). Repenser l'inégalité. Points, Paris, 382p.

Sen, A. (2012b). L'idée de Justice. Paris. Flammarion, 560p.

Serrurier, E. (2022). Le Mécanisme Covax : Une Tentative D'intégration de Principes Éthiques Dans L'ordre Juridique International. Revue confluence, 1(1), 59-89. https://doi.org/10.3917/confl.001.0059.

Service Publique France (s.d.). Qu'est-ce que l'aide à la vie familiale et sociale (AVFS) ? Repéré à : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F36192#:~:text=Le%20montant%20maximum%20de%20l,en%20fonction%20de%20vos%20ressources

Sfeir, H., Bélanger-Lévesque, M.-N., et Pasquier, J.-C. (2024). L'expérience spirituelle des seniors pendant la pandémie du Covid-19 : Revue intégrative et analyse thématique de données qualitatives. *Studies in Religion/Sciences Religieuses*, *53*(3), 432-449. https://doi.org/10.1177/00084298241228485

Sicot, F., Touhami, S. (2015). Des Dispositifs de Soin Spécifiques Pour les Patients D'origine Étrangère ? Empan, 98(2), 101-108. https://doi.org/10.3917/empa.098.0101

Simon, G. (2015). Dictionnaire des migrations internationales : approche géohistoriques. Paris, éditions Armand Colin, 807p.

Simon, P. (1996). Les immigrés et le logement : une singularité qui s'atténue. Données Sociales, INSEE.

Slama, S. (2012). Vieilles et vieux migrants et droit à pension de retraite. Plein droit, 93(2), I-VIII. https://doi.org/10.3917/pld.093.0041

Smiti, S. (2012). La dépression chez les immigrés maghrébins «célibatairisés» vivant leur retraite en foyers Sonacotra-Adoma-France, Maghreb, Transmigrations: Je t'aime, moi non plus… (Doctoral dissertation, Lyon 2).

Spire, A. (2015). Ces étrangers qui renoncent à leurs droits. Plein droit, 106(3), 3-6. https://doi.org/10.3917/pld.106.0003.

Spire, A. 2002. Un régime dérogatoire pour une immigration convoitée. Les politiques françaises et italiennes d'immigration/émigration après 1945. Studi emigrazione, 2002, XXXIX (146), pp.309-323. halshs-00721669

Spire, A. (1999). De l'étranger à *l'immigré*. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 129, septembre 1999. Délits d'immigration. pp. 50-56. DOI : https://doi.org/10.3406/arss.1999.3303

Streiff-Fénart, J. (2002). Modèle républicain et discriminations ethniques : Un dilemme français. *Faire Savoirs*, 1, 69-76

Syrah, L. (2020, 5 novembre) Crémations imposées, funérailles entachées : l'Etat n'a pas su faire face aux morts du Covid. Médiapart, Enquête santé. Repéré à : https://www.mediapart.fr/journal/france/051120/cremations-imposees-funerailles-entachees-l-etat-n-pas-su-faire-face-aux-morts-du-covid

Tabouri, A. (2009). L'interprétariat dans le domaine de la santé. *Hommes & migrations, 1282 | 2009, 102-106.* DOI: https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.456

Talamon, F. (2023). Migrants, quartiers populaires, les boucs émissaires du Covid-19 ? Retranscription des échanges et synthèse par Talamon, F. Hommes & Migrations, 1343(4), 184-188. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.16086.

Tarteret, P., Strazzulla, S., Rouyer, M., Bardin, G., Jochmans, S., & Diamantis, S. (2020). Impact du manque de prise en charge médicale sur la mortalité dans les EHPAD durant

l'épidémie de Covid-19 : une étude rétrospective. *Medecine et Maladies Infectieuses*, *50*(6), S87. https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.175

Témime, É. (2001). Vieillir en immigration. In: *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 17, n°1, 2001. Émigrés-Immigrés : vieillir ici et là-bas. pp. 37-54. DOI : https://doi.org/10.3406/remi.2001.1761

Templeton, A., Guven, S. T., Hoerst, C., Vestergren, S., Davidson, L., Ballentyne, S., Madsen, H., & Choudhury, S. (2020). Inequalities and identity processes in crises: Recommendations for facilitating safe response to the COVID-19 pandemic. *British Journal of Social Psychology*, *59*(3), 674-685. https://doi.org/10.1111/bjso.12400

Thénault. S. (2007). Indigènes, un film contre l'oubli. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, *93*, 205–207. http://www.jstor.org/stable/4619248

Thomas W. I., Florian Znaniecki. F. (1918). The Polish peasant in Europe and America. Volume I. Primary group organization. Boston: Richard G. Badger. The Gorham Press.

Thomas W. I., Znaniecki, F. (1920). The Polish peasant in Europe and America. Volume IV. Disorganization and reorganization in Poland. Boston: Richard G. Badger. The Gorham Press.

Thomas, W. I. (1923). *The unadjusted girl: With cases and standpoint for behavior analysis* (No. 4). Little, Brown.

Thomas, W. I. & Znaniecki, F. (1927). *The Polish Peasant in Europe and America. Badger*, Knopf, New York, 2e éd.

Tippens, J.A., Erwin, S., Eller, K. et al. (2023). Multisystemic Resilience and Psychosocial Wellbeing among Older Refugees: A Systematic Review with Implications for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS). *J Immigrant Minority Health* **25**, 1152–1170. https://doi.org/10.1007/s10903-023-01516-y

Tirard, S. (2022). Le conseil scientifique Covid-19: une approche épistémologique. In *Annales des Mines-Responsabilité et environnement* (No. 4, pp. 82-85). Cairn/Softwin.

Tissot, S. (2005). Une « discrimination informelle » : Usages du concept de mixité sociale dans la gestion des attributions de logements HLM. *Actes de la recherche en sciences sociales*, no<(sup> 159), 54-69. https://doi.org/10.3917/arss.159.0054

Touzani, R., Schultz, E., Vandentorren, S., Arwidson, P., Guillemin, F., Bouhnik, A. D., ... & Mancini, J. (2023). Digital contact tracing during the COVID-19 pandemic in France:

Associated factors and reasons for non-use. *International Journal of Medical Informatics*, *171*, 104994. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.104994

Tripier, M. (2012). 1 - L'évolution conceptuelle en sociologie de l'immigration en France. Dans C. Crenn et L. Kotobi Du point de vue de l'ethnicité : Pratiques françaises (p. 35-42). Armand Colin. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/arco.crenn.2012.01.0035

Tripier, P. (2002). Migration et tradition pragmatique en sociologie : une relation nécessaire ? *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 18 - n°3 | 25-40. DOI : https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.4000/remi.1604

Tripier, M., Rudder-Paurd, V. D., & Vourc'h, F. (1995). Les syndicats face aux nouvelles discriminations. *Hommes & Migrations*, *1187*(1), 12-22.

UFC-Que Choisir (2020, 27 avril). Attestation de déplacement : Vos droits et obligations en cas de contrôle. Repéré à : https://www.quechoisir.org/actualite-attestation-de-deplacement-vos-droits-et-obligations-en-cas-de-controle-n78907/

Ukrayinchuk, N., Drapier, C. (2017). Exhausted migrant effect: La santé des travailleurs immigrés en France. In *Management Conference* (p. 422). Repéré à : https://lem.univ-lille.fr/fileadmin/user_upload/laboratoires/lem/DocTravail2018/dp2018-13.pdf

UNAFO (2012). L'accès aux droits sociaux des personnes âgées immigrées : des politiques publiques paradoxales. Repéré à : https://www.unafo.org/app/uploads/2019/10/notecontr_les.pdf

Vallée, J., Le Roux, G. (2018). Quartiers prioritaires la nuit, quartiers prioritaires le jour ?. *CIST2018 - Représenter les territoires / Representing territories*, Collège international des sciences territoriales (CIST), Mar 2018, Rouen, France. pp.215-220. ⟨hal-01854380⟩

Vandentorren, S., Serrano, B., Delpierre, C., Counil, É., Simon, P., Ève, R. (2025). Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid. La Santé en action, 2025, n°. 468, p. 4

Van Nuffel, E. (2021). La crise sanitaire du Covid-19 derrière le masque : l'antinomie dans les droits fondamentaux. Revue trimestrielle des droits de l'Homme, 128(4), 905-927. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/rtdh.128.0905

Vassy, C. et Derbez, B. (2019a). Chapitre 1. Appréhender la santé et la maladie comme des phénomènes sociaux. Introduction à la sociologie de la santé (p. 17-44). Armand Colin.

https://stm.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-la-sante--9782200621094-page-17?lang=fr.

Vassy, C. et Derbez, B. (2019b). Chapitre 3. Médicalisations. Introduction à la sociologie de la santé (p. 69-99). Armand Colin. https://stm-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/introduction-a-la-sociologie-de-la-sante--9782200621094-page-69?lang=fr.

Verdugo, G. (2011). Logement social et ségrégation résidentielle des immigrés en France, 1968-1999. Population, 66(1), 171-196. https://doi.org/10.3917/popu.1101.0171.

Verhagen, I., Ros, W.J., Steunenberg, B. *et al.* (2013). Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community basedintervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health* **13**, 227. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-227

Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., ... & Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. The Lancet infectious diseases, 20(6), 669-677. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7

Viallon, P., Dolbeau-Bandin, C., & Picot, J. (2021). Introduction: L'infodémie entre information et désinformation. *Les Cahiers du numérique*, *17*(3), 9-15.

Viet, V. (1999, a). Chapitre 22. La politique de l'immigration entre main-d'œuvre et population. Dans : Serge Berstein éd., *L'année 1947* (pp. 461-485). Paris: Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.berns.1999.01.0461

Viet, V. (1999, b). La Politique du Logement des Immigrés (1945-1990) Vingtième Siècle. Revue d'histoire, 64(4), 91-103. https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.3917/ving.p1999.64n1.0091.

Viprey, M. (2010). Immigration choisie, immigration subie : du discours à la réalité. La Revue de l'Ires, 64(1), 149-169. https://doi.org/10.3917/rdli.064.0149.

ViePublic, (2022, 1er août). Loi du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19. Repéré à : https://www.vie-publique.fr/loi/285591-loi-sanitaire-du-30-juillet-2022-fin-des-regimes-dexception#:~:text=La%20loi%20abroge%20expressément%2C%20à,%2C%20passe%20sanitaire

Vie Publique (2021, 10 juin). Déconfinement : la France rouvre ses frontières à compter du 9 juin 2021. Repéré à : https://www.vie-publique.fr/en-bref/280258-deconfinement-la-france-rouvre-ses-frontieres-compter-du-9-juin-2021

ViePublique, (2021, 1er juin). Loi du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire. Repéré à : https://www.vie-publique.fr/loi/279666-loi-gestion-de-la-sortie-de-crise-sanitaire-etat-durgence-sanitaire

ViePublique, (2020, 30 octobre) Covid-19 : un 2e confinement national à compter du 29 octobre minuit. Repéré à : https://www.vie-publique.fr/en-bref/276947-covid-19-un-2e-confinement-national-compter-du-29-octobre-minuit#:~:text=stock%2Dadobe.com-,Covid%2D19%20%3A%20un%202e%20confinement%20national%20à,compter%20du%2029%20octobre%20minuit&text=Le%2028%20octobre%202020%2C%20le,octobre%20en%20précise%20les%20modalités.

Viriot-Durandal, J.-P. (2003). Le pouvoir gris : Sociologie des groupes de pression de retraités. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.virio.2003.01

Ward, J., Peretti-Wattel, P., (2020). Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, (Vol. 61) (2), 243-273. https://doi.org/10.3917/rfs.612.0243

Ward J., Guille-Escuret P., Alapetite C., (2019). Les « antivaccins », figure de l'anti-Science. Déviance et Société, (Vol. 43) (2), 221-251. https://doi.org/10.3917/ds.432.0221.

Wassenberg, B., Beck, J., Berrod, F., Brunet-Jailly, E., Peyrony, J., Reitel, B., Stokłosa, K., & Thévenet, A. (2023). La crise de la Covid-19 aux frontières européennes : Kit d'outils pédagogique pour la médiation et gestion de crises aux frontières de l'UE. Centre Jean Monnet – Université de Strasbourg. Repéré à : https://centre-jean-monnet.unistra.fr/wp-content/uploads/2023/04/TOOLKIT_PJM_Covid.pdf

Weber, F. (2017). Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016) : de la retraite à la dépendance. Genèses, 106(1), 115-130. https://doi.org/10.3917/gen.106.0115.

Weber, M. (1992 [1922]). Essais sur la théorie de la science. Paris, Plon, coll. Presses Pocket.

Weil, P. (1995). Racisme et discrimination dans la politique française de l'immigration : 1938-1945/1974-1995. In: *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, n°47, juillet-septembre. pp. 77-102. https://doi.org/10.3406/xxs.1995.3182

Weil, P. (1991). La France et ses étrangers, L'aventure d'une politique de l'immigration, 1938-1991 op. cit., Calmann-Lévy, Chapitre intitulé « La cible algérienne »

Wolff, V. (2016). La rencontre entre le soignant et le patient âgé immigré. Un éclairage sur trois chocs culturels usuels. Vie sociale, n° 16(4), 161-176. https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0161

Wolff, V. et Jovelin, E. (2015). L'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées Hommes & Migrations, 1309(1), 97-104. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3085

Yall, M., (2016). La problématique de l'accompagnement social des migrants subsahariens âgés résidents dans les foyers Adoma. Vie sociale, 2016/4 n° 16. pp. 145-159. https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0145

Zacklad, M. (2022). Chapitre 38. Communiquer Autrement En Temps de Crise Sanitaire. Dans Coordonné par L. Cappelletti, P. Heurtel et S.Lefebvre Crise de la connaissance et connaissance de la crise Les points de vue du Conservatoire national des arts et métiers (p. 403-420). EMS Éditions. https://doi.org/10.3917/ems.cappe.2022.01.0403.

Zalai, M., Voltzenlogel, V., & Cuervo-Lombard, C. (2025). La vie en EHPAD avant et pendant les premiers confinements de la Covid-19: paroles de résidents. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson. https://doi.org/10.1016/j.amp.2025.02.006

Zaouaq, K. (2021, April). La géopolitique des vaccins à l'ère du Covid-19: entre coopérations, concurrences et divisions. In *La Covid-19 est-elle un game-changer géopolitique ?* https://hal.science/hal-03914471v1

Zehraoui, A. (2015). Trois Marches pour le même combat : long est le chemin vers l'égalité. *Migrations Société*, 159-160, 89-116. https://doi.org/10.3917/migra.159.0089

Zehraoui, A. (1985). De l'objet parlé au sujet parlant", Peuples Méditerranéens. N° 31-32, avril-septembre 1985, pp. 97-110.

Zola I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological review*, *20*(4), 487–504. https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x

Annexe

Guide d'entretien - version synthétique

Données sociodémographiques et contextuelles :

- Parcours professionnel, années d'expérience, missions réalisées auprès des PAI
- Expérience de la pandémie comme professionnel et de l'accompagnement des PAI

Thèmes abordés :

1. **Perceptions et définition des PAI par les professionnels**

- Cadres à partir desquels les professionnels perçoivent et définissent une « personne âgée immigrée » depuis la fin de la pandémie

2. **Changements observés depuis la pandémie dans la situation des PAI**

- Évolutions perçues dans la vie quotidienne des PAI depuis la fin de la pandémie (positives comme négatives)
- Difficultés persistantes ou nouvelles depuis la fin de la pandémie
- Principaux besoins perçus chez les PAI dans le contexte postpandémique

3. **Accompagnement des PAI face aux difficultés perçues dans le contexte postpandémique**

- Outils et pratiques mobilisés par les professionnels face aux difficultés et besoins perçus chez les PAI
- Limites rencontrées dans cet accompagnement
- Améliorations envisagées ou souhaitées pour cet accompagnement

4. **Ressources perçues chez les PAI face à leurs difficultés**

- Ressources individuelles (attitudes, stratégies, pratiques)
- Ressources collectives (famille, pairs, associations, etc.)
- Prise en compte de ces ressources dans les pratiques professionnelles
- Limites de ces ressources et pistes pour les renforcer

5. **Évolutions dans la pratique des professionnels**

- Changements dans l'accompagnement des PAI depuis la pandémie
- Réflexions finales sur l'entretien ou éléments complémentaires à ajouter par les participants

Formulaire de consentement RGPD[127]

Je soussigné(e) _____, déclare avoir été informé(e) des objectifs de la recherche doctorale menée par Quentin Moscato, doctorant en sociologie au Centre de Recherche sur les Expertises, les Arts et les Transitions (Université de Lorraine, Metz), portant sur les personnes âgées immigrées durant la pandémie Covid-19 à aujourd'hui en France[128].

Je certifie avoir pris connaissance de mes droits et libertés[129] relatifs au déroulement de l'entretien : Oui □ Non □

Je certifie que la nature et les objectifs de la recherche m'ont été clairement communiqués et expliqués : Oui □ Non □

Je déclare que ma participation est volontaire, non-contrainte, et gratuite : Oui □ Non □

J'accepte que mes propos tenus lors de l'entretien soient enregistrés, et que mes données soient exploitées de manière confidentielle et pseudonymisée, conformément à l'article 6 §1 a) du Règlement Générale de la Protection des Données (RGPD, 2016) : Oui □ Non □

J'accepte que mes données soient réutilisées dans le cadre de projets de recherche ayant des objectifs similaires à ceux de la présente recherche : Oui □ Non □

En signant ce formulaire, je consens à participer à cette étude dans les conditions mentionnées ci-dessus.

Date et signature :

Pour toute question relative à cette recherche, veuillez contacter son responsable, Quentin Moscato, par téléphone au 06 98 99 59 84, ou par courriel : quentin.moscato@univ-lorraine.fr

[127] Formulaire construit dans le cadre de cette recherche par son responsable, Quentin Moscato.

[128] Intitulé exacte de la recherche : « Crise sanitaire et inégalités sociales : le cas des personnes âgées immigrées non-européennes en contexte pandémique et postpandémique Covid-19 en France »

[129] Pour rappel, les personnes participantes peuvent librement arrêter l'entretien, sans justification ni conséquence dès qu'elles le souhaitent. Les personnes participantes peuvent ne pas répondre à certaines questions posées, sans justification ni conséquence pour elles.