



# Les Gitans de Perpignan face à la Covid-19

Analyse d'un cluster, hypothèses  
et conséquences

**Rapport final**

MARS 2021

● **Site MONTPELLIER**  
135 allée Sacha Guitry  
BP 35567  
34072 Montpellier cedex 03  
04 67 69 25 03

● **Site TOULOUSE**  
Faculté de Médecine  
37 allées Jules Guesde  
31000 Toulouse  
05 61 53 11 46

CONTACT



SITE INTERNET





# **Les Gitans de Perpignan face à la Covid-19**

## **Analyse d'un cluster, hypothèses et conséquences**

### **Rapport final**

Meryl SROCYNSKI,  
Chargée d'étude en santé publique

Jennifer YEGHICHEYAN,  
Docteure en ethnologie  
Chargée d'étude en sciences sociales

Étude réalisée avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé et de Santé publique France

Mars 2021





## REMERCIEMENTS

Nous adressons nos plus sincères remerciements à l'ensemble des intervenants et des habitants rencontrés tout au long de ce travail pour leur disponibilité et leur accueil.

Nous remercions également l'Agence Régionale de Santé et Santé publique France qui ont permis la réalisation de ce rapport.

Enfin, que les membres du CREAI ORS Occitanie ayant participé à la mise en place de l'étude, à sa relecture et à la réalisation des entretiens auprès des intervenants soient aussi remerciés pour leur travail et leur soutien.



# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1/ LES GITANS DE PERPIGNAN .....</b>	<b>5</b>
1.1 Être Français... et Gitan : une expérience de la discrimination.....	6
1.2 Culture : éviter le piège de l'essentialisme .....	9
1.3 Vivre en « quartier prioritaire ».....	12
<b>2/ L'ÉTUDE AUPRÈS DES INTERVENANTS .....</b>	<b>22</b>
2.1 Méthodologie de l'étude auprès des intervenants.....	22
2.2 L'action publique et associative en période de confinement : l'accroissement des inégalités .....	23
2.2.1 Une dématérialisation des services inévitable mais problématique .....	23
2.2.2 Une différenciation apparente des services en fonction des quartiers .....	25
2.2.3 La crise Covid-19 révélatrice des manques permanents .....	26
2.3 Un confinement respecté suite à une confrontation brutale à l'épidémie.....	27
2.3.1 Retard dans l'appréhension du risque réel .....	27
2.3.2 Une bonne compliance générale, à l'exception des jeunes .....	28
2.4 Hypothèses des intervenants sur l'apparition du cluster et la virulence de l'épidémie ...	28
2.4.1 Des contacts de proximité multiples .....	29
2.4.2 Des logements insalubres et suroccupés.....	29
2.4.3 Des comorbidités fréquentes .....	30
2.5 Conséquences de l'épidémie pour les publics.....	31
2.5.1 Conséquences économiques .....	31
2.5.2 Conséquences psychosociales .....	31
2.6 L'adaptation de l'intervention aux publics .....	34
2.6.1 L'importance des relais de confiance.....	34
2.6.2 Des « perspectives de coopération ».....	35
<b>3/ L'ÉTUDE AUPRÈS DES HABITANTS.....</b>	<b>37</b>
3.1 Méthodologie de l'étude auprès des habitants.....	37
3.1.1 Adapter la stratégie de recrutement.....	37
3.1.2 Les entretiens enregistrés .....	39
3.1.3 Les conversations ethnographiques.....	42
3.1.4 Un panel diversifié des personnes rencontrées .....	43
3.2 Les personnes rencontrées : des fractions stables aux fractions précaires des classes populaires .....	44
3.2.1 Un réseau de relations quotidien et dense .....	45
3.2.2 Un profil socio-professionnel correspondant aux classes populaires .....	46
3.2.3 Conditions de logement : de l'espace suffisant à la suroccupation .....	46
3.2.4 Des maladies chroniques fréquentes .....	47
3.2.5 La contamination au SARS-COV-2 : une réalité concrète .....	48
3.3 Représentations et pratiques liées au virus .....	50
3.3.1 Les précautions.....	50
3.3.2 Les remèdes profanes .....	55

3.3.3	La recherche d'informations et de sens .....	56
3.4	Vécus du confinement et du couvre-feu .....	62
3.4.1	« C'est pas de la fiction, c'est réel. » .....	62
3.4.2	Des confinements différents : de la réclusion volontaire à l'insupportable .....	64
3.5	L'impact psychologique de la crise sanitaire .....	81
3.5.1	Peurs et angoisses générées par la crise du Covid-19 .....	83
3.5.2	L'impact psychologique sur les médiateurs .....	88
3.5.3	Une crise sanitaire qui renforce un mal-être déjà existant .....	91
<b>4/</b>	<b>BILAN ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>98</b>
4.1	Hypothèse de la rapide propagation : une absence de mesures collectives conjuguée à des réseaux familiaux denses .....	98
4.2	Hypothèse de la virulence de l'épidémie : des comorbidités fréquentes.....	99
4.3	Des comportements de santé caractéristiques des classes populaires .....	99
4.4	Améliorer la littératie en santé : un levier pour réduire les inégalités.....	101
4.5	L'atout d'une approche de santé « communautaire ».....	105
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>107</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>109</b>
1.	TABLEAU DES INTERVENANTS INTERROGÉS .....	109
2.	TABLEAU DES HABITANTS INTERROGÉS .....	110
3.	GRILLE D'ENTRETIEN INTERVENANTS.....	112
4.	GRILLE D'ENTRETIEN HABITANTS .....	114



# INTRODUCTION

À la mi-mars 2020, sur les 47 cas de Covid-19 recensés dans les Pyrénées-Orientales, la plupart d'entre eux se répartissent sur deux quartiers de Perpignan, celui de Saint Jacques et celui du Haut Vernet<sup>1</sup>. Ces deux quartiers étant communément identifiés comme abritant la majorité de la population gitane, l'hypothèse de facteurs socio-culturels favorisant la propagation du virus émerge au sein de structures de santé publique. Une surveillance épidémiologique se met en place<sup>2</sup> et s'étend au quartier Nouveau Logis, ses occupants étant tous identifiés et se reconnaissant comme Gitans.

L'Agence Régionale de Santé (ARS), Santé publique France (SpF), le CREAI-ORS Occitanie, l'équipe EQUITY<sup>3</sup> de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut Fédératif d'Études et de Recherche sur les Inégalités Sociales de Santé (IFERISS) cherchent alors à comprendre ce constat épidémiologique et à mettre à l'épreuve l'hypothèse des facteurs socio-culturels en réalisant deux études.

D'une part, une étude qualitative menée par le CREAI-ORS Occitanie vise à interroger des acteurs-clés (professionnels et bénévoles intervenant de longue date sur les quartiers concernés) et des habitants des quartiers<sup>4</sup> afin de rapporter la situation de leurs points de vue. Le recueil des données a été effectué d'avril à novembre 2020. Cette étude est soutenue par une revue de littérature publiée dès le mois de mai<sup>5</sup>. D'autre part, une étude quantitative de séroprévalence, « Séroprévalence des anticorps anti-SarsCov-2 dans la population du cluster de Perpignan » (SCOPE)<sup>6</sup> consiste à tester un panel d'habitants des quartiers pour déterminer leur contamination au virus et à lui administrer un questionnaire sur les conditions d'habitat et le respect des gestes barrières. Elle s'est déroulée du 30 juin au 17 juillet 2020.

---

<sup>1</sup> Pour des raisons d'anonymat et de manque de détails, nous ne donnons pas les chiffres précis par quartier.

<sup>2</sup> Simac L., Ledrans M., Catelinois O., Durand C., Guinard A., Josa P., Cayre C., Pavageau S., Carbonnel F., Diulus D., Mouly D., 2020, Covid-19 dans la population vulnérable des quartiers Saint-Jacques et Haut-Vernet de Perpignan : de la détection des premiers cas jusqu'au suivi de la progression de l'épidémie, une surveillance réalisée grâce aux données locales, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°30, 19 novembre 2020, Santé Publique France.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/article/covid-19-dans-la-population-vulnerable-des-quartiers-saint-jacques-et-haut-vernet-de-perpignan-de-la-detection-des-premiers-cas-jusqu-au-suivi-de> consulté le 22 février 2021.

<sup>3</sup> Incorporation biologique, inégalités sociales, épidémiologie du cours de la vie, cancer et maladies chroniques, interventions, méthodologie (EQUITY).

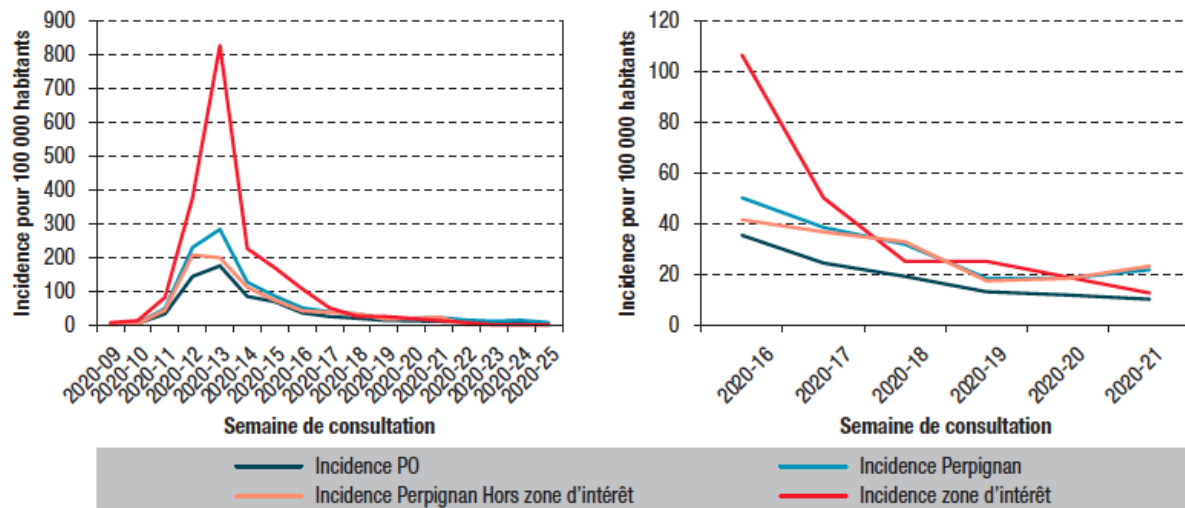
<sup>4</sup> Les enquêtrices devaient se rendre dans celui du Haut Vernet lorsque le deuxième confinement a été annoncé. Les mêmes conditions d'enquête étant impossibles à réaliser (entretiens en face à face), elles préfèrent écarter ce territoire de l'étude auprès des habitants plutôt que d'inclure des données qui n'auraient pas été construites avec le même protocole d'enquête, ce qui empêcherait une analyse cohérente.

<sup>5</sup> Bec E. (2020). *Covid 19 - Appropriation des messages de santé publique par des populations en situation de vulnérabilité. Situation de la communauté gitane de Perpignan. Revue de littérature*, CREAI-ORS Occitanie.

<sup>6</sup> Les premiers résultats sont publiés à l'adresse suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/scope-une-etude-de-seroprevalence-aupres-d-une-population-vulnerable-de-perpignan> consulté le 22 février 2021. Un article sera bientôt disponible : Beaumont A., Durand C., Ledrans M., Schwoebel V., Noel H., Le Strat Y., Diulus D., Colombain L., Médus M., Gueudet P., Mouly M., Aumaître H. (article soumis pour publication). High seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies after the first wave of the COVID-19 pandemic in a vulnerable population in Perpignan, France. doi.org/10.1101/2021.03.05.21252835

En juin 2020, d'après les résultats de l'enquête SCOPE, 35,4 % des personnes testées ont développé des anticorps au SARS-COV 2<sup>7</sup>, contre en moyenne 4,5 % sur la France entière<sup>8</sup>. Les quartiers concernés par l'étude affichent des consultations pour cas suspects de Covid-19 beaucoup plus importantes que le reste de la ville ou de la région durant deux semaines (mi-mars/début avril). Ils atteignent le même nombre de cas par la suite.

Figure 1. Taux de consultation pour cas suspect de Covid



Source : GRADES Occitanie, centres Covid-19 des Pyrénées-Orientales.

« L'incidence [de consultation pour cas suspect] calculée était très supérieure dans la zone d'intérêt dans les semaines 12 à 14, soit du 16 mars au 5 avril 2020, par rapport aux trois autres zones utilisées [...]. À partir de la semaine 18 (27 avril au 3 mai), les incidences calculées pour les quatre zones sont comparables. »<sup>9</sup>

Ce constat épidémiologique doit être rapporté à la situation de ces quartiers. Chercher à comprendre les raisons de la forte propagation et de la virulence de l'épidémie dans ces quartiers n'est pas neutre. La population gitane fait l'objet de nombreux préjugés. Elle a d'ailleurs été pointée du doigt comme étant probablement à l'origine du virus dans la région et de sa diffusion.

Les médias ont relayé des informations non vérifiées ayant pu jeter l'opprobre sur la communauté, désignée comme responsable de l'introduction de la COVID-19 sur Perpignan. Ainsi, Actu Occitanie écrit au conditionnel : « Cinq malades sont morts, ce vendredi. Selon nos informations, ces patients auraient participé le week-end dernier à un important rassemblement évangéliste à Elne, au sud de Perpignan : un millier de Gitans venus de toute la France s'étaient donné rendez-vous. Parmi les

<sup>7</sup> *Idem.*

<sup>8</sup> Warszawski J., Bajos N., Meyer L., de Lamballerie X., Seng R., Beaumont A., Slama R., Hisbergues M., Rahib D., Lydié N., Legendre B., Barlet M., Rey S., Raynaud P., Leduc A., Costemalle V., Beckk F., Legleye S., Castell L., Givord P., Favre-Martinoz C., Paliot N., Silhol J., Sillard P. (2020). En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-COV-2. Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov, DREES, *Études et résultats*, n°1167. [https://www.elsevier.com/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/1085501/Drees-Covid-oct-2020.pdf](https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0020/1085501/Drees-Covid-oct-2020.pdf) consulté le 22 février 2021.

<sup>9</sup> Simac L. *et al.* (2020). Covid-19 dans la population vulnérable, *op. cit.*

contaminés figure le pasteur des évangélistes de Perpignan et d'Elne. »<sup>10</sup> Un reportage de M6 sur la situation fait état de la probable participation de personnes s'identifiant comme appartenant à la communauté gitane, au rassemblement évangéliste de Mulhouse, cette information ayant été démentie par l'ensemble des acteurs rencontrés<sup>11</sup>.

De manière générale, les Gitans font l'objet de représentations fantasmatiques qui les valorisent, mais plus souvent les déprécient. Victimes d'idées-reçues sur leur exotisme ou leur prétendue oisiveté en passant par leur soi-disant délinquance, les Gitans peuvent aussi être enfermés dans un discours misérabiliste insistant sur leurs manques (de ressources, d'éducation). Ainsi, interroger les liens entre contamination à la Covid-19 et communauté gitane vient réactiver cette palette de fantasmes autour d'une population considérée comme dangereuse pour elle-même et pour les autres. La prudence est donc de mise pour éviter toute généralisation abusive et reproduire des stéréotypes.

La présente étude s'organise comme suit :

- une première partie vise à préciser qui sont les Gitans de Perpignan (leur histoire et leurs conditions de vie) ;
- une seconde rend compte des résultats des entretiens menés auprès des intervenants ;
- une troisième, des résultats des entretiens et des « conversations ethnographiques » réalisés auprès des habitants des quartiers Saint Jacques et Nouveau Logis ;
- une quatrième fait le bilan des hypothèses et propose des interprétations pour comprendre et agir plus largement sur le rapport à la santé des populations de ces quartiers.

---

<sup>10</sup> [https://actu.fr/occitanie/mauguio\\_34154/coronavirus-covid-19-nombreux-malades-hospitalises-perpignan-point-lehpad-mauguio\\_32447693.html](https://actu.fr/occitanie/mauguio_34154/coronavirus-covid-19-nombreux-malades-hospitalises-perpignan-point-lehpad-mauguio_32447693.html) : consulté le 22 février 2021. Voir aussi : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/pyrenees-orientales/perpignan/coronavirus-tetanise-gitans-perpignan-1810156.html>.

<sup>11</sup> Le reportage d'M6 est consultable à l'adresse suivante : <https://fb.watch/3sSAle2m5/> à 2'15" consulté le 22 février 2021.



# 1/ LES GITANS DE PERPIGNAN

Interroger les liens entre communauté gitane et épidémie n'est pas neutre. Le raisonnement épidémiologique ne peut suffire à éviter les amalgames, raccourcis, stéréotypes en tout genre associés à cette communauté. Si plus de personnes gitanes ont été touchées par la Covid-19, cela justifie d'en comprendre les raisons. Toutefois, la prudence est de mise car l'histoire de cette communauté est aussi celle d'une discrimination. Imputer trop rapidement à la culture gitane les raisons d'une contamination accrue peut renforcer des stéréotypes et accentuer les discriminations dont les individus appartenant à cette culture font déjà l'objet. La situation épidémique vient les intensifier en réveillant un « imaginaire collectif » où « le 'gitan voyageur' est susceptible de répandre les microbes et la contagion parmi les populations saines »<sup>12</sup>, quand bien même les populations sont sédentaires. À Perpignan, ce sont les Gitans qui ont été accusés d'avoir amené et diffusé le virus dans la région. L'invocation d'un rassemblement évangélique dans l'Est de la France à l'origine de la contamination vient maladroitement supposer que des pratiques nomades toujours associées à la marginalisation sociale sont responsables de l'épidémie. En outre, la religion évangélique se trouve elle aussi frappée de représentations négatives.

Par ailleurs, au-delà des discriminations, un raisonnement exclusivement culturaliste peut conduire à des échecs. Déterminer des facteurs culturels comme explicatifs de comportements à risque peut inciter les acteurs de la santé à les transposer à d'autres lieux où vivent d'autres « Gitans ». Dans le sens commun, on les dénomme aussi « Tziganes », « Gens du voyage », « Voyageurs », « Roms », « Manouches », « Yéniches »... Ces différents termes ne sont pas équivalents. Mais ils ne correspondent pas non plus à des communautés bien délimitées. Par conséquent, les résultats d'une étude sur les « Gens du voyage » ne sont pas mécaniquement transposables à la situation des « Gitans » sédentaires.

Le but de cette première partie est donc de préciser ce que l'on entend par facteurs socio-culturels pouvant expliquer l'apparition et la virulence de l'épidémie au sein des quartiers ciblés en revenant sur l'histoire et les conditions d'existence des Gitans de Perpignan. Ainsi, nous constaterons qu'une étude focalisée sur les Gitans risque de renforcer les préjugés dont ils sont victimes tant la discrimination dont ils sont l'objet est profondément ancrée dans l'histoire. Nous constaterons aussi que la situation générale des quartiers dans lesquels ils vivent est marquée par une accumulation d'inégalités sociales, caractéristique centrale pour comprendre leur rapport au monde et donc leurs pratiques.

---

<sup>12</sup> Manuela Vicente explique ainsi pour partie l'éloignement géographique imposé aux Gitans dans une commune rurale. Vicente M. (1994). Regards sur une population gitane. Témoignage et réflexions à propos d'une observation sur le repeuplement des communes rurales, *Journal des anthropologues*, n°59, pp. 49-62, p. 55.

## 1.1 Être Français... et Gitan : une expérience de la discrimination

Les « Gitans » appartiennent à un ensemble de populations constituant un « *continuum* romanès »<sup>13</sup>. Unis par des ensembles linguistiques plus ou moins communs, des groupes différents sont parfois définis sous le terme de « Tziganes ». Si des associations revendiquent cet ethnonyme, il ne fait pas sens pour tous. D'une manière générale, les tentatives pour regrouper sous un même nom des populations très diverses proviennent plus des discours savants et administratifs que d'une revendication des personnes elles-mêmes<sup>14</sup>. Au-delà d'une question scientifique, l'usage des différents ethnonymes représente une question politique et, bien plus que des marqueurs communautaires, ils sont utilisés par les intéressés pour se distinguer entre familles<sup>15</sup>.

Des situations très diverses caractérisent ces populations. Certaines peuvent être sédentaires et d'autres itinérantes. Certaines peuvent être nées et vivre dans le pays dont elles ont la nationalité, d'autres, vivre en situation d'immigration-émigration. Ces modes de vie très disparates interdisent donc de penser une homogénéité des « Tziganes »<sup>16</sup>.

De même, la question des origines est davantage posée par des savants ou des élites politiques qu'elle n'est pertinente pour les populations. Cette question des origines n'est pas anodine. En se demandant d'« où ils viennent », on laisse entendre qu'ils pourraient y retourner (ou qu'on pourrait les y renvoyer). Loin d'être uniquement scientifique ou servant une fascination exotique, la question des origines sert bien davantage à renforcer l'idée d'une présence illégitime d'une partie des populations européennes.

Finalement, au-delà même d'un *continuum* romanès, ce que partagent les diverses populations désignées comme « Tzigane », « Manouche », « Rom », « Gitane »... c'est de vivre en tant que minorité dans une société environnante.

En France, les populations reconnues sous ces divers ethnonymes, aussi dénommées auparavant « Bohémiens », ont acquis le statut de citoyens depuis la Révolution française au même moment que la population générale<sup>17</sup>. Néanmoins, leur statut demeure ambigu. Le qualificatif de « nomades » qui leur est associé laisse planer un doute sur leur totale appartenance à la citoyenneté française. Dès 1912, alors que la carte d'identité n'existe pas, les « nomades » se voient imposer un « carnet

---

<sup>13</sup> Olivera, M., Poueyto, J. (2018). Tsiganes et anthropologie : héritages, enjeux et perspectives. *Ethnologie française*, vol. 48 n°4, pp. 581-600.

<sup>14</sup> Ces dernières décennies, se constitue un mouvement de constitution d'une nation rom, mais qui ne fait pas sens pour la majorité des gens susceptibles d'y appartenir. Cf. Lièvre M. (2013). Nationalisme ethnoculturel et rapport à la culture des Roms en Roumanie post-communiste et multiculturaliste, thèse d'Ethnologie, Université Paul-Valéry, Montpellier 3.

<sup>15</sup> Cossée C. (2010). L'impossible neutralité des sciences sociales face aux catégorisations militantes : « Tsiganes », « Gens du voyage », « Roms » ou autres ethnonymes ? *Migrations Société*, n°128, vol. 2, pp. 159-176 ; Lièvre M. (2016). Roms roumanisés, *Ciurari, Ursari* : ethnicité et appartenances sociales. Ethnographie des migrants roms roumains à Montpellier. *Revue européenne des migrations internationales*, n°32, vol. 1, pp. 35-57. ; Rubio Y. (2020). *Glossaire des idées reçues sur les Gitans. Patriarche, clan, enfant-roi...*, Perpignan, Trabucaire.

<sup>16</sup> Patrick Williams écrit à ce titre : « [...] l'analyse d'un système d'organisation n'est ni transposable, ni généralisable. À chaque fois que l'on aborde une nouvelle communauté, il faut tout recommencer à zéro. » Williams P. (1994). Présentation, *Études tsiganes*, n°4, pp. 2-7, p. 7.

<sup>17</sup> Les paragraphes suivants se reportent à l'ouvrage de Marc Bordigioni qui représente, entre autres, une introduction à l'histoire de ces populations. Bordigioni M. (2019). *Gitans, Tsiganes, Roms, idées reçues sur le monde du Voyage*, Paris, Le Cavalier Bleu.

anthropométrique »<sup>18</sup>. L'existence de ce carnet perdurera jusqu'en 1969, alors même que la carte d'identité apparaît en 1940. En 1969, ils n'auront toujours pas droit à une carte d'identité standard mais à un « titre de circulation » qui les inscrit hors du droit commun.

Sous l'euphémisme du terme de « nomade » se cache en fait une catégorie racialisée. Alors que l'administration française prône une philosophie universaliste, basée sur une République indivisible, elle crée des interstices où elle reconnaît des particularités ethniques qui n'ouvrent pas aux mêmes droits. Cette situation perdure jusqu'en 2017 (loi du 27 janvier), date à laquelle les titres de circulation sont abrogés à la suite de plusieurs condamnations de la France par les instances internationales et la mobilisation de commissions nationales consultatives. Néanmoins, le seul fait de posséder une carte d'identité n'efface pas les conséquences de décennies de rejet. La loi Besson (1990) vise à installer des aires d'accueil dans chaque commune de plus de 5000 habitants. Cependant, elles se réduisent dans la majorité des cas à des zones inhospitalières et inadaptées aux besoins des populations, créant par là-même des relations tendues avec le voisinage et renforçant les stéréotypes<sup>19</sup>.

L'histoire du Voyage recoupe celle des habitants des quartiers Saint Jacques, Nouveau Logis et Haut Vernet mais ne s'y réduit pas. Ces habitants sont désormais sédentaires depuis plusieurs générations. Ce processus de sédentarisation « ne laisse place à aucune politique délibérée, aucune initiative, des autorités municipales, à visée intégrative, comme cela s'est produit ailleurs, dans les années 60 et 70 pour les Tziganes nomades, ou ségrégative, comme on peut actuellement l'observer un peu partout dans le choix des emplacements périurbains pour les gens du voyage. »<sup>20</sup> Dès le XIV<sup>e</sup> siècle, les Gitans sont présents en Catalogne et Perpignan constitue une étape importante dans leurs déplacements. Pour les communautés gitanes du Nord de la Catalogne, leur inscription dans le royaume de Majorque, puis les conséquences de la Révolution française et ses décrets d'incorporation des communautés à la Nation dès 1791, les inscrit plus fortement dans le territoire que leurs voisins du Sud. Perpignan représente un lieu central et les communautés gitanes vivent sur les berges de la Têt pendant des siècles. Leur mode de vie se caractérise par un semi-nomadisme car les déplacements restent circonscrits au nord par Narbonne et Carcassonne, au Sud par Figières et Gérone. Les attelages et roulottes sont conservés pour les pèlerinages plus que pour les activités professionnelles.

Dans les années 30, des communautés gitanes se créent dans les petites villes rurales telles que Millas, Ille sur Têt, Prades, des maisons modestes et des terrains ayant été achetés notamment pour les chevaux qui occupent une grande place dans les métiers pratiqués. En 1936 et 1940, le processus de sédentarisation s'accélère pour plusieurs raisons. D'après un patriarche gitan dépositaire de la mémoire collective interrogé par Alain Tarrus<sup>21</sup>, la première concerne des travaux qui modifient les berges de la Têt avec la construction du Pont Rouge (actuel Pont Joffre) et qui rendent l'habitat plus difficile. À cela s'ajoute une volonté de mettre à l'écart une population jugée encombrante (« *on ne*

---

<sup>18</sup> Filhol E. (2007). La loi de 1912 sur la circulation des « nomades » (Tziganes) en France, *Revue européenne des migrations internationales*, n°23, vol. 2, pp. 135-158.

<sup>19</sup> Sur la difficile application de la loi et plus largement pour une analyse du rejet que suscitent ces communautés, voir Robert C. (2007). *Éternels étrangers de l'intérieur ? Les groupes tziganes en France*, Paris, Desclée de Brouwer.

<sup>20</sup> Tarrus A. (1999). *Fin de siècle incertaine à Perpignan. Drogues, pauvreté, communautés d'étrangers, jeunes sans emploi, et renouveau des civilités dans une ville moyenne française*, Canet, Llibres del Trabucaire, p. 58. L'historique qui suit reprend les éléments de cette référence sauf mention contraire.

<sup>21</sup> *Idem*.

*faisait pas propre autour du nouveau Pont »<sup>22</sup>*). Un premier mouvement vers les jardins de Saint Jacques débute.

En avril 1940<sup>23</sup>, le décret interdisant le nomadisme et assignant celles et ceux étiquetés comme tels à résidence renforce le déplacement des occupants des berges de la Têt vers le quartier Saint Jacques, alors quartier juif. Certains parviennent à acheter de vieilles maisons aux Juifs qui fuient. Pour éviter les déportations dans le camp de Rivesaltes, d'autres habitent la caserne désaffectée de la place du Puig et y resteront. Celle-ci sera restaurée en 1950 et transformée en logements sociaux.

D'autres occupants des berges s'en iront vers le « terrain Vidal » qui deviendra une cité de transit nommée « Cité Bellus », aujourd'hui « Nouveau Logis ». Notons que le terme de « cité de transit » ne renvoie pas au monde du Voyage mais à celui de la politique du logement destinée à des populations définies comme n'étant pas capable de vivre dans un logement social et devant, par conséquent, habiter un temps délimité dans des « cités de transit » où l'intervention sociale a pour objectif de les « éduquer ». Le sort de ces cités, dénoncées tant pour leur ségrégation et leur délaissement par les pouvoirs publics que pour la coercition induite par les dispositifs sociaux qui s'exerce sur les habitants, n'est pas univoque<sup>24</sup>. Celle de la « cité Bellus » est celle d'une cité qui se pérennise dans une zone éloignée des commodités urbaines et qui, malgré les constructions supplémentaires et les projets sociaux à court terme, ne parvient pas à satisfaire le besoin de logements et reste dévalorisée.

La distinction entre Gitans et population environnante est renforcée à Perpignan au début des années 1990 où le pouvoir municipal choisit d'utiliser le raisonnement communautaire (ethnique) pour administrer la ville<sup>25</sup>. Quatre « communautés » – gitane, maghrébine, catalane et pied-noire – sont alors reconnues par le pouvoir municipal comme représentantes de quatre religions qui constitueraient la diversité culturelle de la ville, une « société d'archipel » où « les quartiers sont des îles »<sup>26</sup>.

Un tel raisonnement reflète mal la diversité et la richesse de l'histoire de Perpignan. Plus encore, loin d'être anodin, il produit des effets concrets en octroyant à l'origine culturelle (voire religieuse) une importance accrue. Chaque Perpignanaise ne se définit donc pas comme tel, mais d'abord par une appartenance culturelle qui le distingue de ses voisins. Sous couvert d'une prise en compte de la diversité culturelle de la ville, la mairie instaure en fait un mode d'administration qui impose à chacun de se ranger dans une « case » culturelle (voire religieuse). Les Gitans sont alors, comme d'autres « communautés », appelés à se définir à travers une référence communautaire avant toute autre identité (française, perpignanaise...).

---

<sup>22</sup> *Idem*.

<sup>23</sup> Pour aller plus loin sur le traitement des Tziganes durant cette période, cf. Hubert M. C. (1995). 1940-1946. L'internement des tziganes en France, *Hommes et migrations*, n°1188-1189, pp. 31-37.

<sup>24</sup> Cf. Tricart J.-P. (1977). Genèse d'un dispositif d'assistance : les « cités de transit », *Revue française de sociologie*, n°18, vol. 4, pp. 601-624.

<sup>25</sup> Concernant l'analyse de la segmentation de la ville en « communautés » distinctes et les conséquences qu'un tel raisonnement peut induire, nous utilisons la référence suivante : Giband D. (2006). Les événements de Perpignan ou la fin d'un système géopolitique local, *Hérodote*, n°120, pp. 177-189.

<sup>26</sup> Alduy J.-P., Otolà J. (2004). *Laïcité, spiritualités dans la cité*, Ville de Perpignan, cité dans Giband (2006). Les événements de Perpignan..., *op. cit.*, p. 184. David Giband dénonce la mésinterprétation de la part des auteurs d'un ouvrage de Jean Viard. Cf. Viard J. (1998). *La société d'archipel ou les territoires du village global*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.



Que retenir de ce rapide détour historique ?

Les « Gitans » ne forment pas un groupe homogène et leur histoire est à rapporter à celles d'autres communautés rassemblées sous le terme de « Tzigane », « Gens du voyage », « Rom »... Le « Voyage » a pu caractériser leurs modes de vie, mais plusieurs communautés sont sédentaires depuis des décennies. Ainsi, on ne peut pas présupposer que les modes de vie des uns et des autres sont équivalents.

Les Gitans de Perpignan sont sédentaires depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle et ont occupé de longue date la région. Comme pour les autres groupes Tziganes ou du Voyage<sup>27</sup>, les relations entre Gitans perpignans et société environnante sont marquées par des relations asymétriques et par des processus de discrimination. Les pouvoirs publics ont par ailleurs pu accentuer les appartenances culturelles en tentant d'administrer les quartiers, notamment populaires, sous un registre ethnique.

Une distinction entre « Gitans » et « Français » en sort renforcée et reste très prégnante. Les enquêtrices ont pu constater à plusieurs reprises l'intériorisation d'une différence dans les entretiens qu'elles ont menés. Quand bien même tous possèdent une carte d'identité française, les répondants établissaient spontanément une distinction entre les « Gitans » et les « Français », entre « le centre-ville » et « Saint Jacques » comme s'il s'agissait d'une banlieue éloignée alors que ce quartier est géographiquement en plein cœur de ville. De même, les habitants de Nouveau Logis parlent de « Perpignan » comme d'une ville avoisinante alors que le quartier y appartient.

Ainsi, les Gitans de Perpignan demeurent aux yeux de tous et à leurs propres yeux, ces « étrangers de l'intérieur »<sup>28</sup>. C'est pourquoi il faut redoubler de prudence lorsqu'on émet l'hypothèse de facteurs socio-culturels expliquant une épidémie quand on se réfère à la culture gitane au risque de renforcer la stigmatisation qui lui est associée.

## 1.2 Culture : éviter le piège de l'essentialisme

Certains acteurs de santé soucieux d'améliorer leurs interventions cherchent dans la culture gitane des explications au comportement *a priori* irrationnel de certains de leurs patients, par exemple baser son alimentation sur le gras et le sucre alors que les enfants sont diabétiques. Savoir que « chez les Gitans, l'enfant est roi » permet alors de suspendre le jugement et de comprendre pourquoi, malgré des inconvénients évidents au niveau sanitaire, les pratiques se poursuivent et ainsi trouver plus facilement les leviers pertinents pour une intervention. Plusieurs professionnels appellent donc à prendre en compte la culture dans leur travail<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Nous reprenons ici la terminologie de l'association FNASAT, la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tziganes et les Gens du voyage.

<sup>28</sup> Missaoui L. (2001). Les fluidités de l'ethnicité, *Actes des Journées d'études organisées dans le cadre du séminaire annuel de l'Institut de recherche sur le Maghreb contemporain*.

<sup>29</sup> Oustrière C. (2016). Un partage de représentations sociales de santé nécessaire pour accompagner la communauté gitane, Le fil à métisser. <http://lefilametisser.com/wp-content/uploads/2016/07/Xarxa.docx-representations-de-la-sante-27-mai-2015.pdf> consulté le 22 février 2021 ; Groupe de travail Santé des gens du voyage, Réseau français des villes-santé de l'OMS (2009). *La santé des gens du voyage. Comprendre et agir*. [https://fnasat.centredoc.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=230](https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=230) consulté le 22 février 2021. Papon C. (2014). *Les facteurs de risques cardiovasculaires dans la population tzigane : état des*

Le prisme culturel permettrait d'avoir davantage de clés pour appréhender une population et déterminer quels sont ses besoins. Il apparaît tout indiqué pour comprendre les comportements de santé et donc les raisons de la propagation du virus dans le cas qui nous occupe.

Souvent entend-t-on de la bouche des habitants et des intervenants reprenant les discours entendus lors de leur travail : « *chez les Gitans, c'est comme ça* », qu'on le déplore ou qu'on s'en réjouisse, par exemple le fait que les femmes n'aient pas le droit de pratiquer une activité physique, que les enfants ne poursuivent pas au-delà de l'enseignement primaire, que les liens entre les générations semblent denses... Le « *c'est comme ça* » évoque une culture immuable, éternelle, qui proviendrait d'une force mystérieuse reliant les gitans entre eux.

Un habitant de Saint Jacques décrit d'ailleurs en ces termes le sentiment de peur intense provoqué par le virus du Covid-19 et le respect strict du confinement : « *C'est nous ça. [...] Comme ça, la protection. [...] Dès qu'il y a un danger, on le sent. On est comme les animaux, vous savez. Ils sentent la pluie arriver. Ils ont un instinct... quelque chose de plus qu'on n'a pas nous [humains]. Nous [Gitans], on l'a. Ce truc de survie.* » L'homme interrogé recourt donc à une explication presque mystique pour rendre compte des comportements de protection et la peur que ressent sa communauté. Il ne parle pas d'instinct animal (« *quelque chose de plus qu'on n'a pas nous [humains]* »), mais se rapporte à une force qui pourrait s'en rapprocher, quelque chose de plus fort que la raison et qui touche à préservation même de la vie : « *Nous [Gitans], on l'a. Ce truc de survie.* », insistant sur le terme « *survie* ».

Or cette force mystérieuse, cette culture gitane qui serait immuable, qui expliquerait les sentiments et les comportements des individus qui la compose, est en fait le résultat d'une histoire collective qui a forgé au cours du temps des habitudes de vie, une manière de voir le monde propre à un groupe, en l'occurrence ici celui des Gitans.

Il n'est donc pas besoin de recourir à une sorte de force un peu mystérieuse pour expliquer la peur ressentie par nombre d'individus gitans et les pratiques de protection qui en découlent. Il suffit de regarder l'organisation sociale d'un groupe et ses conditions de vie en prenant en compte la dimension historique.

Les Gitans de Perpignan appartenant historiquement aux groupes nomades, ils héritent des discriminations longues et systématiques faites envers ces derniers. Le mode de vie nomade apparaît étrange dans un monde majoritairement sédentaire. Depuis des siècles, les individus se rapportant à ce *continuum* romanès (gitans, Tziganes, Manouches, Yéniches, Voyageurs...) subissent des discriminations très fortes<sup>30</sup>.

Par ailleurs, comme le montre la partie suivante, les Gitans de Perpignan vivent dans des conditions très difficiles : faible taux d'emploi, logements non-entretenus par les propriétaires, cadre environnant dégradé et/ou peu attractif...

---

*lieux au sein de l'agglomération paloise*, Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de médecine générale de l'Université Bordeaux 2. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095710/document>

<sup>30</sup> Cela a pu renforcer un sentiment d'être à part et de former une communauté spécifique. S'instaure ainsi la distinction Gitan/non-Gitan (« *payo* » pour les hommes, « *paya* » pour les femmes), encore très prégnante aujourd'hui comme nous l'avons déjà remarqué.

Cumulant les inégalités sociales et les discriminations, il semble alors logique que des individus vivant dans ces conditions développent une peur accrue envers ce qu'ils ne connaissent pas et qui apparaît hostile.

La peur n'est donc pas un trait culturel des Gitans, comme s'il s'agissait d'une caractéristique naturelle. Elle provient d'une histoire longue et de conditions actuelles difficiles qui amènent à se méfier de l'environnement extérieur et qui trouve dans le fonctionnement communautaire (liens d'interconnaissance et famille élargis, solidarité entre les membres) des protections et des ressources qui ne sont pas offertes par la société environnante.

Cette remarque est fondamentale pour la suite de notre étude. En effet, l'hypothèse de facteurs socio-culturels doit être explicitée. Si l'on comprend assez facilement ce que recouvrent les *facteurs sociaux* (indicateurs classiques de inégalités sociales : travail, logement, niveau de diplôme, offre sanitaire, urbaine, de loisirs...), les *facteurs culturels* sont moins aisément appréhendables. Plus imprécis, ils seraient des traits propres à un groupe, une sorte de « personnalité » collective. La culture recouvre aussi les systèmes symboliques : les croyances et les rites qui y sont associés, par exemple les religions. S'il existe sûrement des styles propres à différents groupes, ces styles ne sont pas le reflet de traits génétiques, naturels, mais des habitudes de vie qui se transmettent de générations en générations et qui finissent par ressembler à des traits immuables<sup>31</sup>. Ils résultent de l'histoire. Ils évoluent dans le temps.

C'est là tout le piège de l'essentialisme. Si l'on pense que ce « quelque chose » est une sorte de caractéristique naturelle, on « essentialise » les personnes. Autrement dit, on fait passer pour *naturels* des traits qui résultent en fait de *l'histoire et de la société actuelle*. Lorsqu'on utilise le singulier – « le » gitan, « le » maghrébin, « le » français »... ou « la femme gitane », « la femme maghrébine », « la femme française »... – on fait comme si toutes les personnes gitanes, maghrébines, françaises... possédaient quelque chose qui les rassemble entre elles de « plus fort » que la raison, une sorte d'instinct. D'une part, on fait passer pour naturelles des attitudes et des pratiques qui sont en fait culturelles (c'est-à-dire le fruit de l'histoire et des conditions de vie). D'autre part, on nie les conditions de vie et les différences individuelles. On fait « comme si » les individus étaient interchangeables, comme si tous les Gitans agissaient à l'unisson, de la même manière.

Le risque de tomber dans le piège de l'essentialisme est d'autant plus fort dans le cas des Gitans car le fonctionnement communautaire qu'ils adoptent conduit à minimiser les différences individuelles. Cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas. Les Gitans – comme n'importe quelle autre communauté ou groupe – ont des histoires familiales et des conditions de vie qui ne sont pas les mêmes d'une famille à l'autre, d'un individu à l'autre. Ces histoires personnelles et conditions de vie diverses expliquent des comportements, des pratiques, des attitudes différentes.

---

<sup>31</sup> Peter Berger et Thomas Luckmann expliquent très bien cette impression que l'environnement apparaît comme naturel alors qu'il est l'action des Hommes au cours du temps. Cf. Berger P., Luckmann T. (2018 [1966]). *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.

Ainsi, les reproches faits à la « communauté » de manière générale, par exemple les Gitans sont sales, ils jettent les ordures par les fenêtres – ce qui ne manque pas d’être observé – reposent en réalité sur les comportements d’une minorité d’individus. Il faudrait comprendre l’histoire de vie et les conditions dans lesquelles vivent ces personnes pour expliquer leurs comportements qui sont d’ailleurs eux aussi considérés comme inappropriés par le reste de la communauté.

L’enjeu de cette étude réside donc la recherche d’hypothèses pouvant expliquer l’apparition d’un cluster et la rapide propagation de l’épidémie de Covid-19. Une explication rapide de cause à effet entre Gitans et épidémie constitue un piège qu’il faut éviter. Ce genre de liens repose en général sur des présupposés essentialistes qui font comme si tous les Gitans étaient les mêmes et les associent à toutes sortes de déviances qui leur seraient inhérentes (les Gitans seraient sales, des voleurs...). Ces liens rapides et superficiels, sans aucune preuve solide à l’appui, consolident des préjugés et un racisme toujours tenace à leur encontre. C’est pourquoi la prudence s’impose dans l’analyse de l’apparition du cluster et de la diffusion de l’épidémie.

S’il s’agit d’évaluer l’importance des facteurs sociaux et culturels dans l’apparition du cluster et la virulence de l’épidémie, il faut alors regarder les conditions d’existence des personnes rencontrées et leur système symbolique.

Celui-ci est extrêmement difficile à appréhender. Rendre compte d’un système symbolique d’une communauté dépasse de loin le cadre de ce travail. Nous l’appréhenderons donc directement par ce qu’en disent les personnes rencontrées durant les entretiens et les « conversations ethnographiques »<sup>32</sup>, voir comment elles rapportent leurs comportements à des croyances, des pratiques qui seraient spécifiquement gitanes et qui ne seraient pas dues à leurs conditions de vie. Nous pouvons déjà noter que le système symbolique des personnes rencontrées n’est pas unique. Pour prendre simplement l’exemple de la religion, certains se déclarent évangélistes, d’autres catholiques, d’autres encore ne font référence à aucune religion.

Pour appréhender les conditions sociales, nous pouvons nous reporter à plusieurs indicateurs complétés par des données ethnographiques recueillies lors de l’enquête auprès des habitants.

### **1.3 Vivre en « quartier prioritaire »**

Les conditions socio-économiques des personnes interrogées sont caractérisées par une situation de défavorisation sociale<sup>33</sup>. Les trois quartiers concernés par l’étude font partie des neuf qualifiés de « prioritaires » par la politique de la ville de Perpignan.

---

<sup>32</sup> Cf. 3. 1.3 « Les conversations ethnographiques ».

<sup>33</sup> Cela a déjà été souligné dans la revue de littérature réalisée par Émilie Bec.

Figure 2. Quartiers prioritaires de la ville de Perpignan<sup>34</sup>

Quartiers Saint Assisclé/ Gare/ Bas-Vernet Ancien Zus/ Diagonale du Haut-Moyen-Vernet/ Rois de Majorque/ Bas-Vernet Nouveau QPV/ Centre Ancien/ Nouveau Logis/ Champs de Mars



Source : CGET – Janvier 2015

Plusieurs indicateurs permettent d'établir une situation de défavorisation sociale.

Deux types de comparaison sont éclairants, car ils se complètent et ne concernent pas les mêmes indicateurs : la comparaison avec les autres quartiers prioritaires de la ville (QPV) et celle avec la commune de Perpignan.

Indicateurs <sup>35</sup>	Saint Jacques	Nouveau Logis	Haut Vernet	QPV France métropolitaine
Taux d'emploi	26,5 %	ND	25,1 %	44,7 %
Taux de pauvreté	54,2 %	55,6 %	64,9 %	44,7 %
Taux de suroccupation	18,8 %	28,4 %	15,6 %	14,4 %
Part de population sans diplôme	42,5 %	81,5 %	62,0 %	47,4 %

La précarité relative à l'emploi est prégnante puisque les parts d'emploi des quartiers Haut Vernet et Saint Jacques sont respectivement de 25,1 % et 26,5 % (donnée indisponible pour Nouveau Logis) contre 31 % en moyenne sur les QPV de Perpignan Méditerranée Métropole, 32,1 % en moyenne pour les QPV de Languedoc-Roussillon et 44,7 % en moyenne pour les QPV de France métropolitaine. Le taux de chômage est quant à lui respectivement de 43,6 % et 45 % contre 38,2 % pour la métropole et

<sup>34</sup> Carte issue du document : ORS Midi-Pyrénées/CREAI-ORS Languedoc-Roussillon/ARS (2016). Profil santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville – Perpignan, p. 1.

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/profil-sante-dans-les-quartiers-prioritaires-de-la-politique-de-la-ville> consulté le 22 février 2021

<sup>35</sup> Toutes ces données datent de 2016 et sont issues de : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2500477> consulté le 22 février 2021.

31 % en moyenne dans les QPV de métropole. Le taux d'emploi est donc moins élevé que dans les autres QPV de France alors que le chômage y est plus fort.

La part de la population sans diplôme est quant à elle supérieure dans les quartiers Nouveau Logis et Haut Vernet comparée aux autres QPV de France : respectivement 81,5 % et 62 % contre 42,5 % à Saint Jacques et 44,7 % pour l'ensemble des QPV de France métropolitaine.

Le taux de suroccupation demeure par contre supérieur : 18,8 % à Saint Jacques, 28,4 % à Nouveau Logis et 15,6 % à Haut Vernet contre 14,4 % dans l'ensemble des QPV de France métropolitaine.

Comparant cette fois avec les données locales, au moins un quart des habitants a moins de 15 ans. La part des personnes sans diplôme ou avec un niveau inférieur au bac est toujours plus importante dans les quartiers ciblés par l'étude que sur l'ensemble de la ville. Les indicateurs de santé sont au rouge sur l'ensemble de la commune (les données ne sont pas disponibles par quartier) : 23,6 % des Perpignanais souffrent d'une affection de longue durée et 4,2 % sont atteints de diabète<sup>36</sup>.

Indicateurs	Centre ancien	Nouveau Logis	Diagonale du Haut-Moyen Vernet	Commune de Perpignan
Démographie (% du nombre d'habitants du quartier par rapport à la population générale de la commune de Perpignan) <sup>37</sup>	11 358 (9,4 %)	994 (0,8 %)	5101 (4,2 %)	120 959 (100 %)
0-14 ans	26,4 %	31,2 %	29 %	17,7 %
15-24 ans <sup>38</sup>	15,1 %	19,2 %	14,6 %	13,0 %
Sans diplôme ou inférieur au Bac <sup>39</sup>	70,1 %	ND	85,5 %	60,1 %
<b>Seuil de pauvreté<sup>40</sup></b>	<b>54,8%</b>	<b>59,7%</b>	<b>61,7%</b>	<b>29,8%</b>
Bénéficiaires de la CMUC <sup>41</sup>	41,5%	59%	47,9%	24,7%
Bénéficiaires d'au moins une prestation CAF <sup>42</sup> (Nombre et % des habitants du quartier)	6 794 59,8%	993 99,8%	3 636 71,2%	71 153 58,8%

Trois calculs de la pauvreté sont convergents :

<sup>36</sup> Taux comparatif de prévalence, pour 100 000 habitants, année 2014, toutes ALD (CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee). Cf. ORS Midi-Pyrénées/CREAI-ORS Languedoc-Roussillon/ARS (2016). Profil santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville – Perpignan.

<sup>37</sup> INSEE RP 2013. INSEE, dossier Occitanie, n°7, juillet 2018. Disponible en ligne sur le site du système d'information géographique de la politique de la ville.

<sup>38</sup> INSEE RP 2010 dans ORS Midi-Pyrénées/CREAI-ORS Languedoc-Roussillon/ARS, « Profil santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville – Perpignan », 2016.

<sup>39</sup> *Idem*.

<sup>40</sup> Population vivant sous le seuil de 60 % du revenu déclaré par unité de consommation médian, pour 100 habitants en 2012 (INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA (Filosofi) dans ORS Midi-Pyrénées/CREAI-ORS Languedoc-Roussillon/ARS (2016). Profil santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville – Perpignan.

<sup>41</sup> CNAMTS (chiffres 2015) dans ORS Midi-Pyrénées/CREAI-ORS Languedoc-Roussillon/ARS, « Profil santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville – Perpignan », 2016.

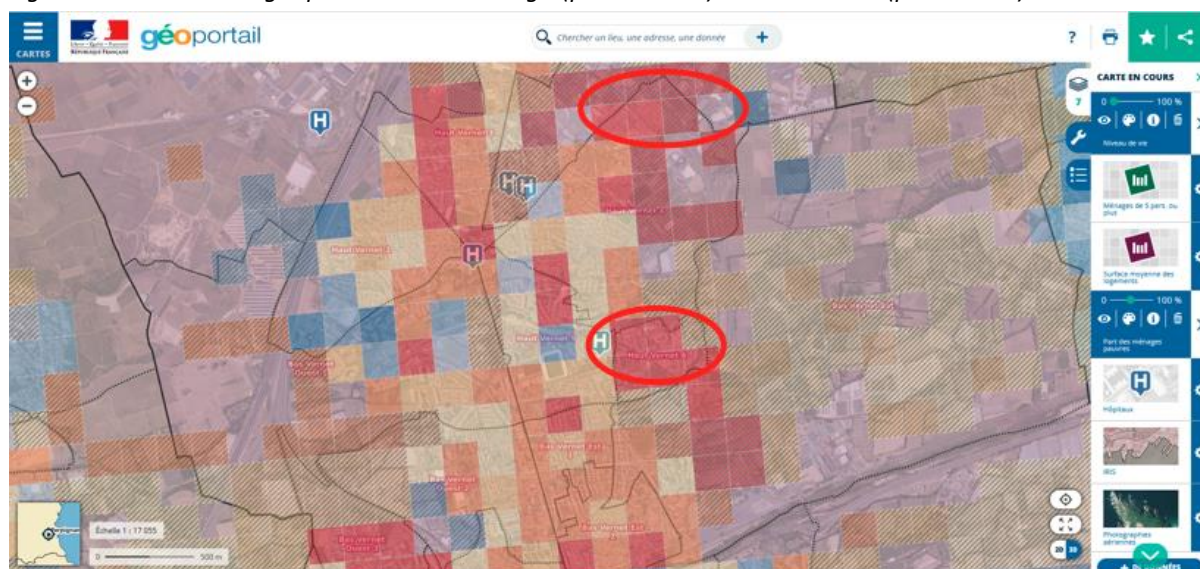
<sup>42</sup> CNAF, Fichiers des allocataires des CAF au 31/12/2017. INSEE, dossier Occitanie, n°7, juillet 2018. Disponible en ligne sur le site du système d'information géographique de la politique de la ville. Les pourcentages ont été réalisés par les auteures de cette note.

Par rapport à la commune de Perpignan, plus de la moitié des habitants de ces quartiers vivent sous le seuil de pauvreté alors que c'est le cas pour à peine 30 % de l'ensemble de la commune. De même, à peine un quart des habitants de la commune bénéficie de la CMUc alors que c'est environ la moitié pour les trois quartiers en question.

À partir des données relatives aux revenus disponibles en 2017 pour les QPV<sup>43</sup>, l'INSEE estime que le taux de pauvreté (*ie.* taux de pauvreté au seuil de 60 % du niveau de vie médian métropolitain) s'établit à 43,5 % en moyenne sur l'ensemble des QPV. Un taux inférieur à ceux retrouvés dans les quartiers étudiés puisque le taux de pauvreté se situe à 62,3 % pour le quartier Moyen/Haut Vernet, à 51,6 % pour le quartier saint Jacques et 53,2 % pour le quartier Nouveau Logis. Des taux bien supérieurs aux taux de pauvreté en France, s'établissant à 14,2 % en 2015<sup>44</sup>.

Ces chiffres convergent avec ceux de Géoportail. Nouveau Logis concentre 40 à 60 % de ménages pauvres parmi sa population ; le Haut Vernet de 56,5 % à 80 %, et Saint Jacques de 52 à 67 %.

Figure 3. Part des ménages pauvres Nouveau Logis (plus au Nord) et Haut Vernet (plus au Sud)<sup>45</sup>

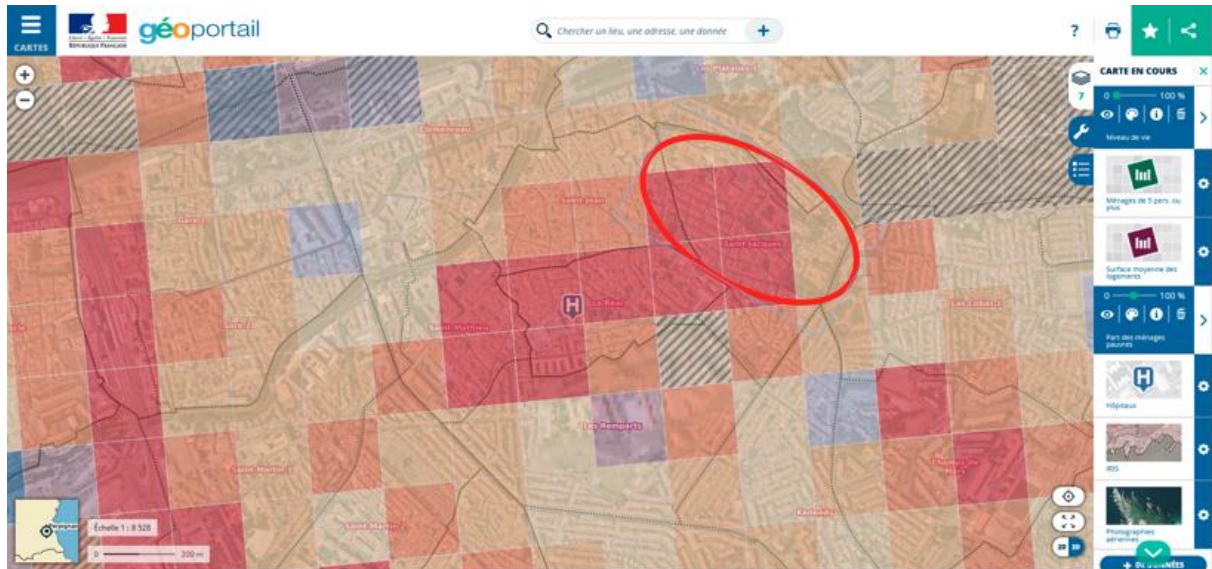


<sup>43</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2500477> : consulté le 22 février 2021.

<sup>44</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303433?sommaire=3353488> : consulté le 22 février 2021.

<sup>45</sup> Les 5 illustrations suivantes sont issues de [geoportail.gouv.fr](https://geoportail.gouv.fr).

Figure 4. Part des ménages pauvres. Saint Jacques



La densité de population oscille entre 425 habitants par km<sup>2</sup> et 15 675 habitants dans le quartier Haut Vernet. À Nouveau Logis, elle est comprise entre 250 et 8 150 habitants par km<sup>2</sup>. À Saint Jacques, elle varie de 6 225 habitants par km<sup>2</sup> pour le carreau situé à cheval entre le quartier Saint Jacques et le quartier St Jean/Platanes, à plus de 21 000 habitants par km<sup>2</sup> pour le carreau situé exclusivement à l'intérieur du quartier Saint Jacques.

On constate donc que la densité urbaine est supérieure dans les quartiers du centre-ville, et notamment à Saint Jacques par rapport à ceux localisés en périphérie.

Figure 5. Densité de population, Nouveau Logis (plus au Nord) et Haut Vernet (plus au Sud)

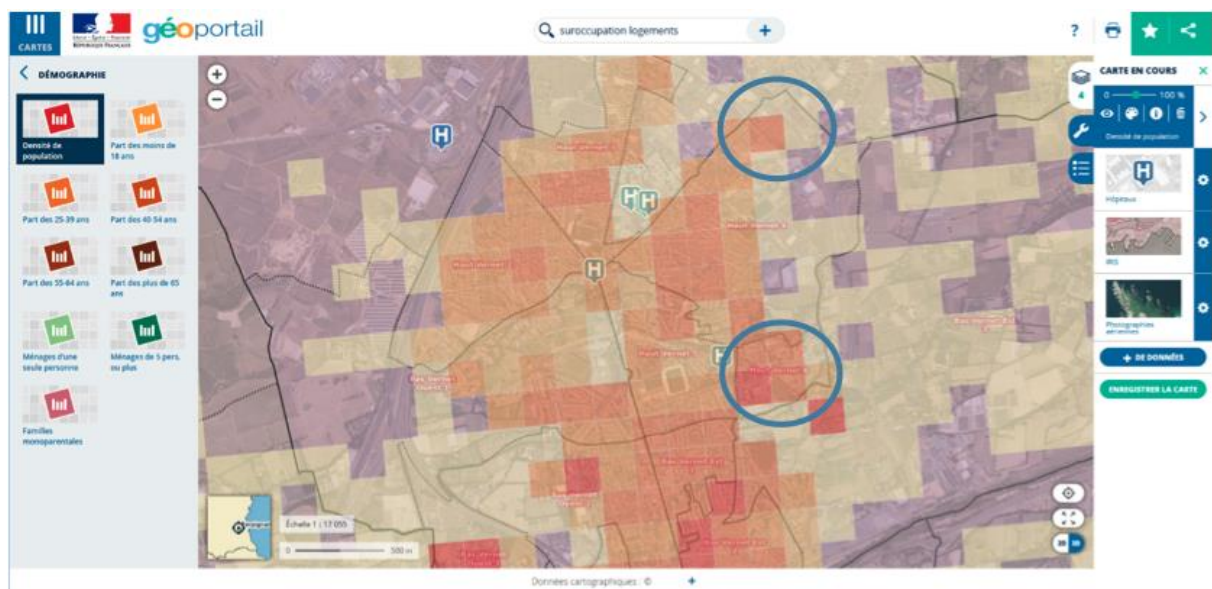
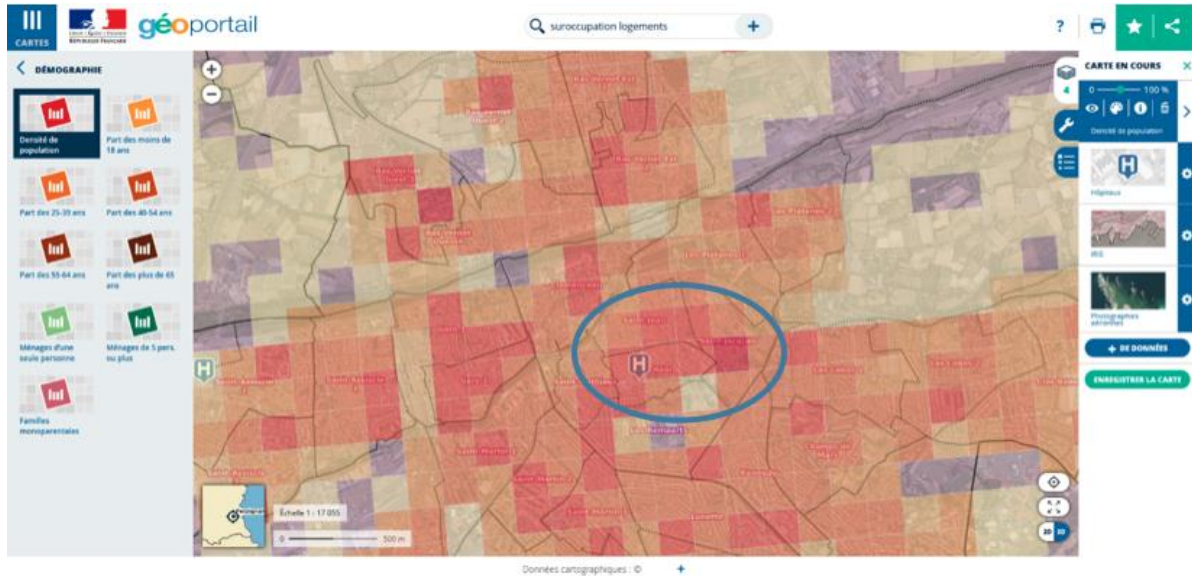


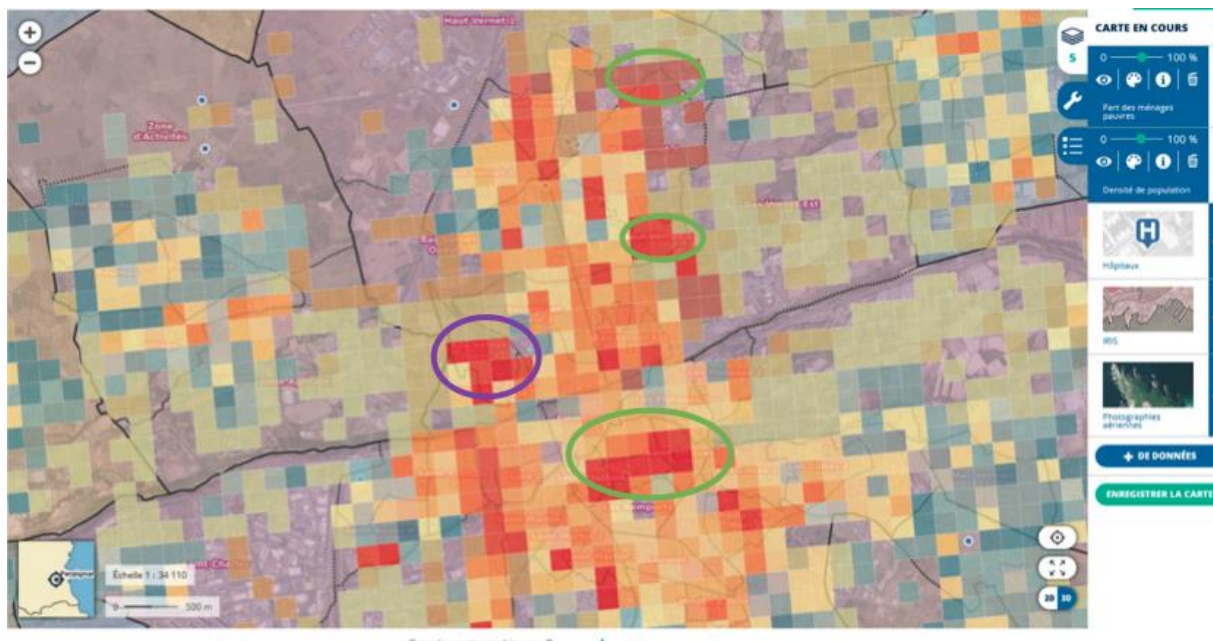


Figure 6. Densité de population, Saint Jacques



Lorsqu'on superpose les indicateurs (part des ménages pauvres et densité), les trois quartiers investigués ressortent clairement comme des zones à défavorisation sociale.

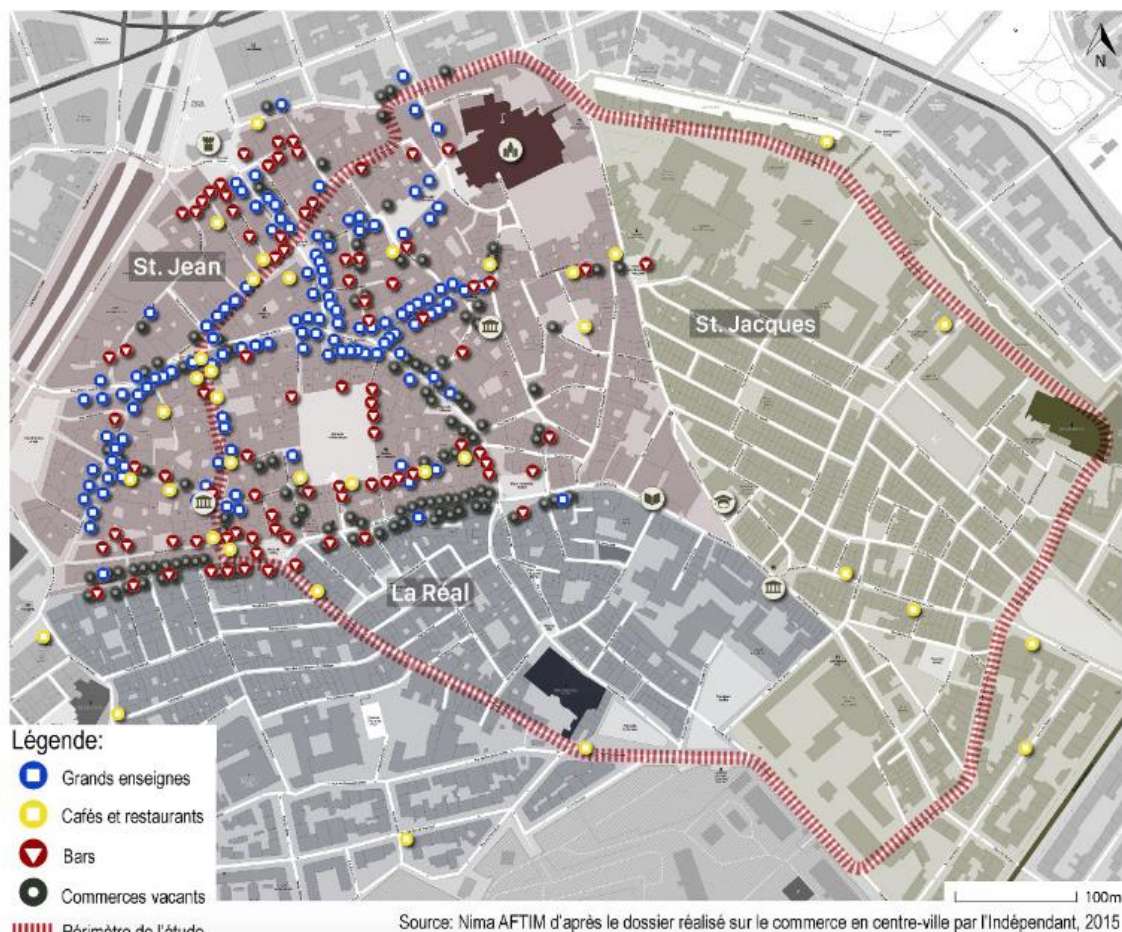
Figure 7. Superposition des indicateurs



Au-delà des caractéristiques socio-économiques des populations, on peut également s'interroger sur l'accès aux services de consommation et l'accès aux services sanitaires.

Pour le quartier Saint Jacques, implanté pourtant en centre-ville, la répartition des magasins, bars et restaurants révèle de manière flagrante l'isolement de ce quartier (comme celui de la Réal, lui aussi quartier prioritaire) par rapport aux centres d'activité valorisés<sup>46</sup>.

Figure 8. Répartition des commerces et services dans le centre perpignais

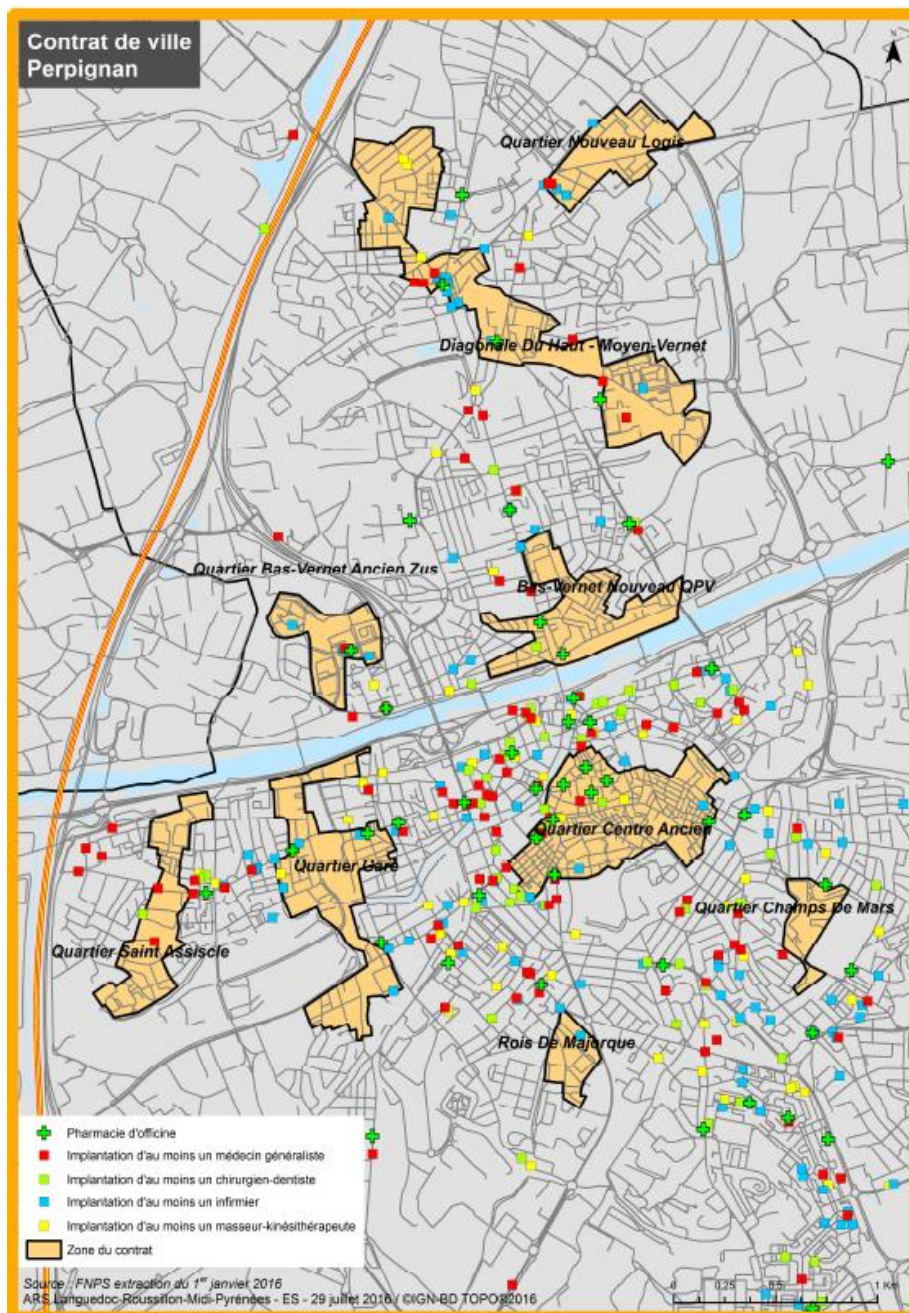


Concernant l'offre de soins, la présence des équipements de santé n'est pas homogène entre les quartiers. Le centre ancien (correspondant en grande partie à Saint Jacques et proche du centre-ville) est bien pourvu – la palette des professionnels de santé étant diversifiée – comparativement à la diagonale du Haut-Moyen Vernet qui ne compte pas de chirurgien-dentiste et à Nouveau Logis qui ne recense lui aussi aucun chirurgien-dentiste, mais aussi aucune pharmacie et aucun masseur-kinésithérapeute<sup>47</sup>. Si l'on regarde attentivement la répartition des professions de santé sur le centre-ville, on remarque néanmoins qu'elle correspond à l'implantation des centres d'activité (magasins, bars, restaurants...) et ne se concentre pas sur le quartier Saint Jacques.

<sup>46</sup> La carte qui suit est extraite de l'article Raphaël Languillon-Aussel et Nima Aftim qui expose plus largement les tensions inhérentes au centre-ville de Perpignan entre volonté de gentrification et résistance des populations y habitant, craignant d'être expulsées lors des opérations de rénovation. Cf. Languillon-Aussel R., Aftim N. (2017). Terre gentrifiable et coalition de croissance : la relocalisation de l'université de Perpignan au service d'intérêts privés ?, *Métropolitiques*. <http://www.metropolitiques.eu/Terre-gentrifiable-et-coalition-de.html>

<sup>47</sup> ORS Midi-Pyrénées/CREAI-ORS Languedoc-Roussillon/ARS. (2016). Profil santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville – Perpignan. La carte ci-après est reproduite d'après ce document.

Figure 9. Offre de soins sur la ville de Perpignan<sup>48</sup>



Une étude de l'ARS<sup>49</sup> rend compte du sentiment de dégradation généralisée perçu par les habitants du quartier Saint Jacques. 12 personnes ont été interrogées (10 femmes et 2 hommes). À la question « comment noteriez-vous la qualité de vie de votre quartier sur une échelle de 0 à 5 », la majorité des notes est de 0, la meilleure étant de 2,5. Une femme précise que « c'est pas un endroit pour vivre ! » et les auteurs de l'étude : « Le seul point fort du quartier évoqué par les habitants semble l'existence du marché place Cassanyès (mais les inquiétudes sont évoquées sur son éventuelle fermeture). [...] Tous mentionnent « une qualité de vie qui se dégrade. » D'autres fermetures de structures publiques

<sup>48</sup> Carte issue du document : ORS Midi-Pyrénées/CREAI-ORS Languedoc-Roussillon/ARS (2016). Profil santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville – Perpignan, p. 6.

<sup>49</sup> ARS, copil « Groupe santé », Groupe santé « St Jacques », restitution des échanges avec les habitants, document interne.

participent à cette détérioration : celle du centre culturel, du centre social du CD66 proposant des permanences PMI, du laboratoire d'analyses médicales. La seule nouvelle institution ne fait pas sens : « L'arrivée de la fac de droit n'apparaît pas aujourd'hui, pour les personnes rencontrées, comme quelque chose qui a amené un plus pour leur vie de quartier. » Plus généralement, « l'absence de mixité est également évoquée ; les femmes regrettant le voisinage avec quelques 'payous' comme quand elles étaient plus jeunes. » L'espace ne participe pas non plus à un cadre de vie agréable car les logements sont dégradés, voire insalubres, et les espaces verts manquent.

À Nouveau Logis, les observations des enquêtrices font le même constat. L'espace public est entièrement bétonné, sans coin d'ombre ou de végétation. Les routes ne sont pas marquées. Le sol est une surface goudronnée sans délimitation, ce qui laisse une impression d'inachevé, comme s'il s'agissait d'un revêtement provisoire en période de travaux. De nombreux débris de verre non ramassés à plusieurs semaines d'intervalles jonchent les trottoirs, les enfants s'amusant avec ce qu'ils trouvent sous leurs mains. Aucun panneau d'affichage, aucune affiche de prévention, aucun commerce, faute de présence de commerces n'habillent les murs du quartier.

Le directeur du centre social raconte aux enquêtrices une anecdote selon lui exemplaire du rapport au quartier de la part des services publics. Des arbres ont été plantés en bordure du quartier. Quelques semaines plus tard, un habitant fait part au directeur du centre social de leur mauvais état : ils semblent assoiffés. Le directeur appelle donc le service concerné. On lui répond qu'on viendra mettre un arrosoir à leurs pieds et que les habitants n'auront qu'à les entretenir. « Ici, on se dit que les gens le feront par eux-mêmes. » Il ajoute que ce n'est ni propre aux quartiers Gitans ni à Perpignan mais commun à beaucoup de quartiers de relégation sociale. De même, lorsqu'un équipement public est dégradé, on ne vient pas le remplacer comme c'est le cas ailleurs dans la ville. « Alors oui, c'est cassé, mais il faut voir depuis combien de temps ! »

Un des jeunes habitants interrogés durant l'étude, habitant un F1 avec ses parents, sa compagne et son nouveau-né, dénonce la mise à l'écart du quartier par rapport au reste de la ville et du pays : « on dirait ils nous donnent le RSA et ils se disent que ça suffit. » Il déplore le manque de logements disponibles et les mauvaises conditions de vie dans le quartier. Ce dernier est entouré d'une zone industrielle<sup>50</sup>. Les maisons sont cachées par une butte qui a pour fonction, selon lui (et selon l'avis d'autres intervenants à Nouveau Logis), de littéralement cacher le quartier. Les mauvaises conditions de vie se traduisent aussi par le manque d'équipements publics, notamment pour les plus petits et les jeunes. Il n'y a aucun terrain de jeux. Une pièce est dévolue aux jeux de cartes, mais l'endroit est sale : « vous le verriez, vous rentrerez pas ! »

Le directeur du centre social propose pourtant des projets en ce sens, à la demande de sa direction, mais ceux-ci ne voient pas le jour. Il raconte aux enquêtrices l'exemple avorté d'un projet de terrain de sport. Des jeunes de la cité se bagarrent et on rapporte qu'ils se constituent en bandes rivales, en venant à se jeter des cailloux. Pour faire cesser cette violence, l'équipe du centre propose la création d'un terrain de sport. Ainsi, les enfants pourraient s'affronter sur un terrain, travailleraient le vivre ensemble accompagnés par les animateurs et, mobilisant les thèses selon lesquelles le sport est pacificateur, pourraient canaliser leur énergie et leur agressivité. Malgré les avantages mis en avant, le projet est débouté et le terrain de sport n'existe toujours pas.

---

<sup>50</sup> Deux femmes confieront d'ailleurs aux enquêtrices leur peur quant aux « usines » bordant leur lieu d'habitation qui émettraient des « produits chimiques » et empoisonneraient l'air.

\*\*\*

L'histoire des populations gitanes vivant dans les quartiers Saint Jacques, Nouveau Logis et Haut Vernet est marquée par les discriminations affectant de manière générale des populations regroupées sous le terme de « Tziganes ». En outre, pour les populations de ces quartiers, les conditions sociales d'existence attestent d'une accumulation d'inégalités sociales : pauvreté, densité de population, comorbidités, éloignement des structures de santé et dévalorisation urbaine.

Au-delà des spécificités d'une culture gitane, il s'agit également de prendre en compte les conditions d'existence matérielles et sociales des personnes interrogées. Les quartiers concernés appartiennent tous à des zones caractérisées pour leurs indicateurs de défavorisation sociale comme cela avait déjà aussi été indiqué dans la revue de littérature liée à cette étude<sup>51</sup>.

L'enquête EpiCov établit un lien statistique entre le fait de vivre en quartier prioritaire et une séroprévalence positive. « Deux fois plus de personnes vivant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) sont positives que celles vivant dans le reste du territoire, avec une séroprévalence de 8,2 %, contre 4,2 % hors QPV. »<sup>52</sup> L'un des facteurs identifiés comme favorisant la sérologie au Covid-19 est aussi le fait de vivre dans une commune densément peuplée<sup>53</sup>. Les résultats de l'enquête de sérologie montrent que le quartier Saint Jacques a été le plus touché. Il est aussi le plus densément peuplé (nombre d'habitants au kilomètre carré).

Si, statistiquement, les inégalités sociales semblent corrélées avec une séroprévalence positive accrue, il reste à déterminer pourquoi le taux de contamination semble si important dans les quartiers investigués (35,4 % des personnes testées dans l'étude SCOPE). Pour ce faire, les intervenants de ces quartiers et leurs habitants ont été interrogés sur la situation épidémique.

---

<sup>51</sup> Bec E. (2020). Le poids de la pauvreté sur la vie quotidienne et santé dans cette période de crise sanitaire *in Covid 19 - Appropriation des messages...*, *op.cit.*

<sup>52</sup> Warszawski *et al.* (2020). En mai 2020, 4,5 % de la population ..., *op. cit.*

<sup>53</sup> *Idem.*

## 2/ L'ÉTUDE AUPRÈS DES INTERVENANTS

Cette partie interroge les représentations des intervenants publics et privés (associatifs) auprès des populations gitanes quant au déroulement de l'épidémie, les raisons pouvant l'expliquer et les conséquences probables tant sur les publics que sur l'action des intervenants eux-mêmes.

### 2.1 Méthodologie de l'étude auprès des intervenants

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés début mai 2020 pour recueillir les hypothèses de l'apparition du cluster COVID-19 et des conséquences de la crise des différents acteurs intervenant spécifiquement ou non auprès des populations gitanes de Perpignan sur les trois quartiers identifiés comme cible de l'étude.

Vingt-six entretiens ont été réalisés au total.

Pour réaliser ces entretiens, cinq salarié.es du CREAI-ORS ont participé au recueil. Une grille d'entretien avait été réalisée et validée en amont par les membres d'un COPIIL créé suite à l'identification du cluster, comprenant des institutions-clés du territoire que sont l'ARS, le CD66, le CCAS de Perpignan, la ville de Perpignan et sa métropole, l'IREPS, la préfecture et le rectorat de l'académie de Montpellier. Ces membres ont identifié des acteurs clés pour conduire les premiers entretiens. La méthode dite « boule de neige » a ensuite permis d'élargir et diversifier le panel des intervenants<sup>54</sup>.

Cette grille d'entretien visait à interroger la chronologie de l'arrivée du COVID sur les différents quartiers investigués, la continuité et altérations possibles de l'action des différents services publics et privés dont associatifs auprès des publics cibles. Elle visait également à vérifier auprès de ces acteurs-clés les données relatives aux diverses précarités mentionnées dans la revue de littérature<sup>55</sup>, et leurs possibles répercussions dans la propagation de la COVID-19 au sein des quartiers identifiés. De manière générale, les enquêtrices et enquêteurs ont cherché à comprendre les raisons pour lesquelles la propagation fut aussi rapide et la symptomatologie aussi grave au sein des quartiers identifiés, en comparaison notamment avec d'autres quartiers dits prioritaires (QPV). En effet, l'étude EpiCoV estime à 8,2 % la séroprévalence à la COVID-19 dans l'ensemble des quartiers prioritaires de France<sup>56</sup> contre 35,4 % [30,2 %-40,1 %] pour les quartiers étudiés de Perpignan<sup>57</sup>. Est-ce dû à une mauvaise appropriation des gestes barrières et si oui, pourquoi ? Est-ce dû à des vulnérabilités préexistantes ? Ont-ils un mode de vie, des représentations du corps et de la santé qui auraient favorisé la diffusion du virus ? Ces hypothèses ont été abordées avec les différents intervenants interrogés. Ont été également questionnées les conséquences de la crise sanitaire pour ces publics et pour l'action future

---

<sup>54</sup> La liste des intervenants interrogés est disponible en annexe.

<sup>55</sup> BEC Emilie (2020). Covid 19 Appropriation des messages de santé publique par des populations en situation de vulnérabilité Situation de la communauté gitane de Perpignan

<sup>56</sup> Warszawski *et al.* (2020). En mai 2020, 4,5 % de la population..., *op. cit.*, p. 45.

<sup>57</sup> Les premiers résultats de l'étude SCOPE sont publiés à l'adresse suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/scope-une-etude-de-seroprevalence-aupres-d-une-population-vulnerable-de-perpignan> : consulté le 22 février 2021.

des professionnels et associatifs intervenant auprès d'eux. La grille d'entretien complète est à retrouver en annexe de ce rapport.

Réalisés par téléphone, les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées puis anonymisés et placés sur le serveur du CREA-ORS afin de garantir le respect des normes RGPD en vigueur. Les comptes rendus ont ensuite été envoyés individuellement aux acteurs pour validation.

Ces entretiens ont été analysés par la méthode de l'analyse thématique transversale afin de repérer les convergences entre les discours, mais aussi les possibles contradictions. Les questions relatives aux hypothèses de l'apparition du cluster ou de la rapide propagation du virus ont pour objectif de recueillir des explications probables et ne constituent pas des conclusions définitives. De même, les questions relatives aux caractéristiques de la population (rapport à la santé par exemple) ou aux conséquences de la crise ont pour but de recueillir les *représentations* que les intervenants ont de ces publics et des *possibles* conséquences de la crise. L'enquête auprès des habitants et les indicateurs statistiques viendront valider ou invalider ces représentations et hypothèses.

## **2.2 L'action publique et associative en période de confinement : l'accroissement des inégalités**

### **2.2.1 Une dématérialisation des services inévitable mais problématique**

Les premières recommandations à l'attention des collectivités territoriales, rédigées le 21 mars 2020, prévoient une continuité des services publics comprenant une restriction des modalités d'accueil.<sup>58</sup> Les professionnels rapportent une situation différenciée en fonction des services et des lieux. Néanmoins, une continuité de service, *a minima* à distance, est rapportée par l'ensemble des intervenants.

Concernant l'accès aux soins, des permanences PMI ont été fermées au sein du département, en regard des consignes sanitaires, notamment celle présente à Nouveau logis et les visites à domicile prioritaires selon l'urgence de la situation. SOS médecins a diminué ses interventions (mode de consultations très sollicité en temps ordinaire) ; les 2 médecins généralistes ont suspendu ou diminué les visites à domicile.

Pour ce qui est de l'action sociale, le CCAS a élargi son activité de portage de repas aux proches aidants ne pouvant plus se déplacer. La demande a ainsi augmenté de 25 % durant le confinement.<sup>59</sup> Des colis alimentaires ont également été proposés suite à l'évaluation téléphonique des besoins des personnes isolées/âgées/en perte d'autonomie par des professionnels en télétravail. Les lieux d'accueil enfants parents (LAEP) ont dû fermer conformément aux restrictions des modalités d'accueil, tout comme l'école et l'espace ressource numérique présent au sein du quartier Saint Jacques, jusqu'au

---

<sup>58</sup> La recommandation est disponible à l'adresse suivante :

<https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2020-03/Continuit%C3%A9%20des%20services%20publics-21%20mars%202020.pdf> consulté le 22 février 2021.

<sup>59</sup> <https://madeinperpignan.com/centres-communiaux-daction-sociale-au-plus-proche-des-aines-confines-a-leur-domicile/> : consulté le 22 février 2021

déconfinement. Concernant les Maisons sociales de proximité (MSP), les 8 sièges ont maintenu un accueil physique pour les demandes urgentes. L'antenne sociale Jean Moulin présente à Saint Jacques a fermé. Son siège de rattachement, la MSP de Foch, se situe au sein d'un quartier limitrophe, Saint-Mathieu.

Cette raréfaction de l'accueil physique des institutions et services semble avoir été problématique à différents points de vue pour les publics cibles. Une professionnelle de santé estime ainsi que la « *population a rencontré des difficultés de soins du fait d'un changement d'organisation [...]. La peur des patients de se rendre dans leur cabinet a majoré ce sentiment et nourri les angoisses* ».

Concernant la continuité pédagogique, malgré un lien constant par téléphone, à raison de deux fois par semaine, maintenu par l'équipe pédagogique de l'école la Miranda au sein du quartier Saint Jacques, « *pour faire le lien et vérifier les outils disponibles à la maison* », la continuité scolaire s'est avérée matériellement compliquée. En effet, « *10 familles sur 160 déclarent avoir une boîte mail ; des tablettes et téléphones mobiles mais des connexions très moyennes* » explique une personne de l'équipe pédagogique. Si cette dernière a essayé de s'adapter au mieux par une « *communication par SMS et réseaux sociaux, la mise en place de 2 chaînes Youtube alimentées tous les jours depuis le début du confinement* », « *cela a fonctionné pour la moitié des familles pendant un mois ; depuis décrochage général* ». Ainsi, la continuité pédagogique semble avoir été complexe pour les personnes ciblées par l'étude, ce qui est confirmé par les témoignages des habitants<sup>60</sup>.

Concernant l'accueil social, une travailleuse sociale rapporte que « *très peu d'habitants de Jean-Moulin se sont déplacés pour se rendre sur la MSP Foch. Ils ont reporté leurs démarches administratives par peur du virus – 'Mme. on ne se déplace pas car on a peur' – et par peur de se faire contrôler par la police et d'avoir une amende de la police car la majorité n'avait pas d'attestation pour se déplacer.* » Cette même professionnelle considère par ailleurs que ce comportement serait spécifique à la communauté gitane. Concernant les droits sociaux, s'ils ont été prolongés grâce à « *une continuité de travail avec les partenaires durant le confinement* » selon une travailleuse sociale pour éviter les ruptures de droits du fait d'une « *impossibilité pour les personnes de fournir les documents demandés car impossible pour elles de se déplacer pour faire les démarches (absence d'avis d'imposition par exemple...)* », une autre travailleuse sociale explique que les publics qu'elle côtoie ont eu « *des impayés au niveau des loyers, des ruptures dans les aides, car par peur, ils ne se sont pas déplacés pour aller régler leur loyer ou finaliser des démarches administratives, des situations économiques très difficiles pour de nombreuses familles.* »

La fermeture d'accueils physiques constitue donc une problématique selon plusieurs professionnels pour ces publics notamment. Une travailleuse sociale déclare ainsi que « *pour la communauté, il est important de maintenir la confiance et le lien, de rester sur un fonctionnement 'aller vers eux'* » ; une autre qu'il existe « *un problème de la rencontre 'à distance' pour une communauté méfiante qui a besoin de réassurance, d'établir un contact concret...* ». La fermeture des espaces ressources telle que la MSP de Jean Moulin ou encore les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) semble donc avoir été

---

<sup>60</sup> Cf. « Le confinement-adaptation » dans 3.4.2 Des confinements différents : de la réclusion volontaire à l'insupportable.



problématique en termes de communication possible avec une communauté dont le lien de confiance apparaît comme fragile aux yeux des différents intervenants.

L'impact de cette dématérialisation durant le confinement, également progressive au sein des différents services publics *via* le programme Action publique 2022<sup>61</sup>, réside dans un renforcement des inégalités d'accès aux services publics selon le défenseur des droits<sup>62</sup>. Cet accès au numérique constitue selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) un facteur aggravant des inégalités sociales face au confinement puisque complexifiant selon elle l'accès à l'information, au divertissement, à la continuité scolaire (10/160 ayant une boîte mail comme vu plus haut) et professionnelle.<sup>63</sup>

Tout comme les autres services sociaux, la présence de l'association Le Fil à Métisser et des médiateurs (travaillant pour la ville ou le Fil à Métisser) semble avoir perduré, bien que dématérialisée, sur l'ensemble des quartiers habités par la communauté gitane de Perpignan. L'association a mis en place différents canaux de communication pour maintenir le lien avec les usagers :

- l'écoute psychologique a continué via téléphone et s'est élargie sur les réseaux sociaux ;
- une Hotline spécifique aux questions relatives à la COVID-19 a été mise en place afin de soulager le 15 : La moitié des contacts pris *via* la Hotline concernait les autres services, alors fermés : « *femmes enceintes et continuité du suivi, colis alimentaire, orientation sociale, suivi pédagogique des enfants et relais des supports pédagogiques, etc.* » (membre du Fil à Métisser) ;
- des groupes de paroles ont été animés via les réseaux sociaux ;
- des vidéos d'éducation à la santé en lien avec le SMIT et les médecins de quartier.

Par ailleurs, les médiateurs ont fait le lien entre les familles et les services hospitaliers pour informer les familles en l'absence de visite possible.

### **2.2.2 Une différenciation apparente des services en fonction des quartiers**

S'ajoutant à la raréfaction des espaces ressources disponibles, il semble exister des différences d'offres dans les services proposés et disponibles au sein des différents quartiers.

Ainsi, un atelier de confection des masques a été réalisé au sein de la maison de quartier de Saint Jacques avec une mise à disposition du matériel pour les femmes y résidant. L'entreprise d'insertion Père Pigne, située à proximité du quartier Saint Jacques, a également embauché des femmes gitanes du quartier pour réaliser des masques en tissu. Ces initiatives publiques et privées ont vu le jour exclusivement sur le quartier du centre ancien. À Nouveau Logis, des masques ont également été

---

<sup>61</sup>Cf. la présentation du programme à l'adresse suivante :

<https://www.modernisation.gouv.fr/laction-publique-se-transforme/avec-les-administrations-et-les-operateurs-publics/action-publique-2022> : consulté le 22 février 2021

<sup>62</sup> Cf. <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/dp-rappdemat-16.01.19-num.pdf> consulté le 22 février 2021

<sup>63</sup> DREES (2020). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives, *Dossiers de la DREES*, n°62. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-inegalites-sociales-face-lepidemie-de-covid-19-etat-des> consulté le 22 février 2021.

fabriqués, mais à moindre échelle et impliquant plus directement les acteurs sociaux que les habitant.es.

De la même façon, les distributions alimentaires mises en place par le Secours Populaire ont eu lieu uniquement sur le quartier Saint Jacques suite à la consultation de personnes ressources quant aux besoins des habitants dans les différents quartiers cibles de l'étude.

L'accueil physique de la PMI de Nouveau Logis (situé dans le même bâtiment que le LAEP) n'a pas pu être reporté sur un accueil à proximité, le quartier étant éloigné et peu desservi par les transports en commun, *a contrario* du quartier centre ancien dont la mobilité est facilitée par la proximité et l'offre de transports disponible. « La permanence PMI au sein de la cité « Nouveau logis » a été fermée comme d'autres permanences de PMI du département. Les consultations PMI ont continué à Perpignan Sud dans les locaux de la MSP Moulin à Vent » explique une professionnelle de santé.

Cette différenciation de services disponibles peut s'expliquer par des démographies différentes puisque les habitants sont bien plus nombreux au sein du quartier Saint Jacques comprenant, selon les estimations de l'Insee en 2020 sur les quartiers prioritaires de la ville, plus de 11 000 personnes contre environ un millier à Nouveau Logis et cinq milliers à Haut Vernet, quartier plus mixte socialement. Cette différence en nombre d'intervenants présents – et donc interrogeables – se retrouve dans le panel. En effet, sur les 26 entretiens effectués, seuls quatre interviennent exclusivement sur les quartiers Nouveau Logis - Haut Vernet contre une douzaine pour le quartier Saint Jacques.

### **2.2.3 La crise Covid-19 révélatrice des manques permanents**

Plusieurs professionnels estiment que les services publics reculent de manière générale au sein du quartier Saint Jacques, dépassant de loin la situation exceptionnelle de la crise sanitaire : « *Avant (10 ans auparavant), il y avait des associations qui proposaient des actions spécifiques (éducatives et sanitaires) auprès des femmes du quartier. Aujourd'hui, il y en a plus trop me semble-t-il. Il y a des choses proposées par la ville de Perpignan par des éducateurs pour les enfants (sorties...), les jeunes mais très peu voire aucune pour les femmes* » décrit un acteur de santé. Une travailleuse sociale explique quant à elle qu'« *au fil des années, les associations intervenant dans ces quartiers (Saint Jacques et Saint Mathieu) se sont essouffées et ont disparu au fur et à mesure. Ces quartiers ont été abandonnés de façon involontaire ou volontaire par l'action publique* ». Un autre professionnel travaillant dans le quartier résume : « *il faut bien dire que ce quartier manque d'action sociale en temps normal, donc avec le Covid tout est aggravé* ».

Les témoignages (F15) et (H12)<sup>64</sup> du rapport font état d'un manque de services dans le quartier Nouveau Logis qui selon ces derniers, limite les opportunités tant des jeunes que des femmes en termes d'activité professionnelle, de possible émancipation et d'épanouissement personnel. La carte des services disponibles ainsi que celle de l'offre de soins présentées dans la première partie de cette étude<sup>65</sup> révèlent une absence de services commerciaux et associatifs dans le quartier Saint Jacques en regard des quartiers limitrophes du centre-ville. L'offre de soins semble également extrêmement

<sup>64</sup> Cf. 3. 5. 3. Une crise sanitaire qui renforce un mal-être déjà existant.

<sup>65</sup> Cf. 1. 3. Vivre en « quartier prioritaire ».

inégale sur les quartiers avec une absence totale de pharmacies, dentistes et kinésithérapeutes dans le quartier Nouveau Logis, contrairement à Saint Jacques, plutôt bien pourvu en termes de démographie des professionnels de santé et à proximité d'une offre conséquente.

## 2.3 Un confinement respecté suite à une confrontation brutale à l'épidémie

### 2.3.1 Retard dans l'appréhension du risque réel

Les acteurs intervenant auprès de la population gitane de Perpignan disent communément que la prise de conscience de la dangerosité du virus s'est faite après un court délai une fois le confinement proclamé, suite à l'annonce des premiers décès. « *Avant le confinement et au début du confinement, les habitants du quartier ne se sentaient pas concernés. Ils pensaient que ce virus ne concernait que les 'payous', les non-gitans. Dès qu'il y a eu les premiers cas et les premiers décès dans les quartiers Saint Jacques et Haut-Vernet, il y a eu une prise de conscience* » déclare un travailleur social du quartier.

Certains identifient différentes phases, celle-ci correspondant à la première qu'on pourrait qualifier d'« insouciance » d'après cette intervenante sociale : « *Phase 1 : un sentiment de ne pas être concerné. 4-5 jours après le début de confinement, aucun geste barrière n'était appliqué, tout le monde dans les quartiers du centre-ville était dehors.* »

D'autres comparent les comportements observés aux leurs, parfois similaires, comme cet intervenant : « *Au début, ils n'étaient pas conscients. Même nous, on ne pensait pas qu'on serait confinés, qu'il y aurait des couvre-feux, qu'il y aurait des morts comme ça.* »

Au final, cette phase semble avoir été partagée par la population générale selon les témoignages des différents intervenants : « *l'arrivée de l'épidémie, ça a été une bombe qui a commencé par un manque de conscience du phénomène comme l'ensemble de la population. Moi-même j'étais dans un bar la veille* » explique un travailleur social.

Cette prise de conscience fut donc brutale et accompagnée d'une peur réelle selon divers intervenants comme cette actrice sociale : « *dès qu'il y a eu des personnes de la communauté touchées par la maladie et tout particulièrement des jeunes, ils ont compris très vite que c'était dangereux et grave. Ils ont eu très peur.* »

Cette prise de conscience brutale est également mise en avant par les habitants<sup>66</sup> qui déclarent un certain scepticisme au moment de l'annonce quant à la dangerosité du virus et la mise en place du confinement. Un scepticisme qui a vite laissé place à la peur et l'effarement dès les premiers décès.

---

<sup>66</sup> Cf. 3. 4. 1. « C'est pas de la fiction, c'est réel ».

### 2.3.2 Une bonne compliance générale, à l'exception des jeunes

De manière générale, les différents interlocuteurs décrivent une bonne compliance de la population aux mesures collectives et individuelles de protection, après ce court délai de non-appréhension du risque réel comme le décrit une professionnelle du secteur social : « À partir du moment où la prise de conscience s'est effectuée, c'était plus simple de faire comprendre la nécessité de confinement ».

Les gestes barrières ont été respectés, même lorsque cela rentrait en conflit avec les pratiques sociales comme l'explique cet intervenant social : « ils ont respecté les restrictions même pour enterrer leurs morts. Ils sont partis dans les hôtels, ils ont respecté les gestes, ils ont été plutôt remarquables. Il y a eu une grosse action propreté avec une belle solidarité qui s'est mise en place ».

Néanmoins, certains intervenants interrogés décrivent un moindre respect des mesures barrières par les jeunes, à l'instar de la population générale : « c'est comme un peu partout, il y avait quelques jeunes qui ne respectaient pas, mais c'est comme dans tous les quartiers. » explique un acteur social, « On n'a jamais du 100 %, il y a toujours quelques jeunes un peu rebelles, qui ne mettaient pas le masque ou qui sortaient quand même » témoigne un autre.

Encore une fois, ces témoignages coïncident avec ceux des habitants<sup>67</sup> qui indiquent un respect du confinement lié à l'âge et au genre. Les jeunes hommes occuperaient donc de manière générale l'espace public et auraient, du moins le plus visiblement, bravé les interdictions.

Ces données se rapprochent également des constats nationaux sur le respect des gestes barrières puisque l'étude Coviprev fait état d'une adoption moins systématique des gestes barrières par les moins de 35 ans<sup>68</sup>.

## 2.4 Hypothèses des intervenants sur l'apparition du cluster et la virulence de l'épidémie

D'après les intervenants, la forte propagation du virus et la gravité des cas positifs au Covid-19 seraient dues à trois hypothèses :

- un mode de vie favorisant les contacts physiques
- des logements insalubres et suroccupés
- un mauvais état de santé général

Ce mauvais état de santé général, constaté à travers les indicateurs statistiques<sup>69</sup>, pourrait s'expliquer par une faible littératie en santé.

<sup>67</sup> Cf. « Le confinement-adaptation » dans 3.4.2 Des confinements différents : de la réclusion volontaire à l'insupportable.

<sup>68</sup> Les résultats de l'enquête CoviPrev sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162> consulté le 22 février 2021.

<sup>69</sup> Cf. 1. 3. Vivre en « quartier prioritaire ».

### **2.4.1 Des contacts de proximité multiples**

La question du mode de vie, qu'il soit subi ou choisi, a été abordée par certaines personnes interrogées, considérant que leurs habitudes ont pu contribuer au développement de foyers, notamment au début de l'épidémie. « *La contamination intra familiale et intracommunautaire du fait du mode de vie a été galopante. On connaît aussi des pratiques de soins qui consistent pour les pasteurs à prendre les malades dans leurs bras pour les guérir* » selon un professionnel travaillant dans le quartier. Cette représentation est approfondie par une professionnelle de santé pour qui : « *la religion évangélique est omniprésente avec des pratiques de contact, de toucher pour accompagner les malades et transmettre la force du collectif/soigner.* » Enfin, une autre actrice de santé explique que, selon elle, la propagation a été rapide notamment parce que « *par habitudes familiales où on vit à plusieurs générations, notion de famille élargie ; par habitude de vivre dans une communauté, de vivre dehors avec les autres de la communauté, les enfants sont dehors à jouer tous ensemble...* ».

Ainsi, différents intervenants décrivent un mode de vie, dont « *les interactions sociales sont particulièrement nombreuses et tactiles* », qui favorise la propagation des maladies en temps normal selon ce même professionnel de santé : « *d'une façon générale, les pathologies virales hivernales circulent de façon intense et rapide.* »

Les professionnels posent l'hypothèse de modes de vie qui auraient favorisé la propagation du virus. À cette hypothèse, s'ajoute celle des vulnérabilités sociales dues au logement qui ont pu faciliter également la propagation du virus.

### **2.4.2 Des logements insalubres et suroccupés**

Premièrement, les questions d'urbanisme, d'architecture et de salubrité des logements semblent problématiques en ce qui concerne la possibilité de respect de la distanciation physique et d'un possible isolement des cas COVID+.

Comme indiqué dans la première partie *via* les différents indicateurs<sup>70</sup>, les quartiers de l'étude sont tous trois des quartiers prioritaires de la ville. Le quartier Saint Jacques présente notamment une densité de population importante (21 000 habitants/km<sup>2</sup>).

La suroccupation est mise en avant par les intervenants. « *Le confinement : matériellement très compliqué de se confiner à 5-8 personnes dans un logement de 3 pièces. Une personne si elle a des symptômes ça va être compliqué de s'isoler des autres pour plusieurs raisons : matériellement au regard des logements très petits* » explique une professionnelle de santé sur le quartier Saint Jacques. La suroccupation réduit les possibilités d'isolement des personnes COVID+ ou symptomatiques et augmente les risques de transmission du virus au sein d'un foyer. Ce mal-logement pourrait en partie expliquer un mode de vie, porté sur l'extérieur, selon un professionnel travaillant dans le quartier : « *Mais avec les conditions de vie sur le quartier c'est très compliqué : une famille déjà nombreuse, 8 à 9 personnes dans un appartement de la taille d'un studio, c'est un mode de vie particulier qui rend le confinement impossible ; il faut vivre dehors* ».

---

<sup>70</sup> Cf. 1. 3. Vivre en « quartier prioritaire ».

Cette difficulté rapportée par cet intervenant de rester à l'intérieur dans des conditions de promiscuité subie est corroborée par l'étude de l'INSEE sur les conditions de confinement à Mayotte indiquant que « *dans des logements précaires et suroccupés, rester chez soi peut s'avérer difficile* »<sup>71</sup>. Le panel d'habitants interrogés ne permet pas de corréliser ces propos, seuls deux hommes sur les vingt-six personnes interrogées vivent dans des conditions de suroccupation, ceci n'étant pas représentatif.<sup>72</sup>

Concernant l'état de salubrité des logements, une travailleuse sociale décrit « *des logements dont le bâti est vétuste, ancien sur le quartier Saint Jacques avec beaucoup d'humidité, de moisissures, d'infiltration au niveau des toitures : les appartements sont dégradés à l'intérieur et à l'extérieur. Ce n'est pas une question d'hygiène. C'est très propre à l'intérieur des logements – le rôle est dédié aux femmes, très tôt. Les logements appartiennent en grande partie à des bailleurs privés qui sont difficiles à contacter. Ce sont des logements qui manquent d'entretien du bâti* ».

Une autre assistante sociale décrit de la même façon les logements de Nouveau Logis : « *Globalement, les conditions matérielles ne permettent pas d'avoir un environnement en termes d'hygiène correct. Les logements du quartier Nouveau logis sont très peu adaptés au confinement : surpeuplés, peintures défraîchies, mal isolés, ça ne donne pas envie de rester dedans. Difficile d'être confinés dans ce type de logements indécents. Le surpeuplement doit être compliqué car peu habitués à vivre tous ensemble confinés longtemps.* »

Cette donnée fait consensus entre les différents acteurs sur les difficultés que le confinement représente pour les habitants vivant dans des logements dégradés, en regard de l'insalubrité liée à un manque d'entretien du bâti. Ces données expliquent pourquoi un dispositif de mise à l'hôtel des cas COVID+ n'ayant pas la possibilité de s'isoler au sein de leur logement, a rapidement été mis en place par le préfet, dès le 26 mars.<sup>73</sup>

Ainsi, un intervenant social résume : « *c'est pour ça qu'il y a eu le cluster là-bas, il y a eu beaucoup de décès, beaucoup de contaminés, parce qu'ils sont les uns sur les autres. C'est des vieilles maisons, des petites maisons, parfois ils vivent à 2-3 familles dans un logement à 2-3 étages, avec un seul escalier très étroit, un descend, l'autre monte. Donc c'est très compliqué. Ça a été très compliqué pour eux.* »

### **2.4.3 Des comorbidités fréquentes**

À ces précarités s'ajoutent des problématiques de santé qui ont impacté la gravité des symptômes liés à la COVID mais aussi la crainte relative à sa propagation dans une population, consciente des fragilités face au virus : « *Ils ont des problèmes de santé cumulés et chroniques qui a provoqué des cas graves : il y a eu une grosse peur* » nous explique un intervenant social. « *Ils en parlent plus car beaucoup de*

---

<sup>71</sup> INSEE. (2020). La précarité des conditions de vie rend difficile le respect des mesures de confinement. Covid-19 - Les conditions de confinement à Mayotte. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4492938> : consulté le 22 février 2021

<sup>72</sup> Cf. 3.2.3. Conditions de logement : de l'espace suffisant à la suroccupation.

<sup>73</sup> Cette information se retrouve dans un article de l'Indépendant. Cf. <https://www.lindependant.fr/2020/03/26/coronavirus-perpignan-des-chambres-dhotel-pour-les-personnes-a-risques,8820129.php> : consulté le 22 février 2021

*problèmes d'obésité, respiratoire, cardiaque. 10 % des publics du centre de ressources relèvent de l'AAH pour des pathologies assez lourdes »* explique une actrice sociale.

Néanmoins, les données relatives aux comorbidités ne sont aujourd'hui pas disponibles en dessous de l'échelle communale, ne permettant pas d'aller plus loin que ces seuls témoignages dont les constats sont partagés par les différents secteurs d'activité. On peut néanmoins noter que les indicateurs de santé sont établis comme « *très peu favorables* » par l'ARS Occitanie<sup>74</sup> et que les résultats de l'étude SCOPE estiment la prévalence de l'obésité à 40,7%.

Plus largement, les intervenants relèvent des comportements défavorables à la santé.

## 2.5 Conséquences de l'épidémie pour les publics

Les intervenants décrivent plusieurs conséquences de cette épidémie et du confinement sur les publics cibles d'ordre économique et psychosocial.

### 2.5.1 Conséquences économiques

L'impact économique est rapporté par les associations, assistantes sociales départementales, mais aussi par la littérature scientifique et grise<sup>75</sup>. « *L'aggravation de la précarité et des difficultés sociales de la population* » est décrite par une actrice sociale. Cela ayant pour conséquence directe « *des demandes d'aides alimentaires en augmentation pendant le confinement sous forme de bons alimentaires (aide habituelle du CD66 auprès de toute personne en situation de vulnérabilité) ou d'inscription sur la distribution de colis alimentaires par le Secours Populaire (aide ponctuelle - volonté de partenariat entre le CD66 et le Sp66)* » selon une assistante sociale. Cette dernière rapporte également que « *Des familles de la communauté gitane non connues des services sociaux avant le confinement sont venues demander d'être inscrites sur la liste de distribution.* »

La perte de revenus, conséquences indirectes de la crise sanitaire par la perte de revenus déclarée ou non n'est pas la seule explication à la pauvreté majorée des publics. En effet, comme énoncé plus haut par une travailleuse sociale, le report des démarches administratives par peur de se déplacer a probablement dû entraîner des reports d'ouverture de droits ou du non-recours.

### 2.5.2 Conséquences psychosociales

Est également rapportée une « *hausse des comportements addictifs et tout particulièrement chez les jeunes : alcool, addictions aux écrans et aux jeux vidéo* » par une professionnelle du secteur social. L'impact psychologique fut largement détaillé par les acteurs décrivant un « *abattement de la communauté* », une population « *traumatisée par le fait de ne pas avoir pu accompagner les personnes*

---

<sup>74</sup> Cf. 1.3. Vivre en « quartier prioritaire ».

<sup>75</sup> Barhoumi M., Jonchery A., Lombardo P., Le Minez S., Mainaud T., Raynaud E., Pailhé A., Solaz A., Pollak C. (2020)., Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797670?sommaire=4928952> consulté le 22 février 2021 ; Vilain O. (2020). Baromètre Ipsos / SPF 2020 : la précarité depuis la Covid-19. <https://www.secourspopulaire.fr/barometre-ipsos-spf-2020-la-precarite-depuis-la-covid-19> consulté le 22 février 2021.

décédées » selon un travailleur social. Ce traumatisme engendre une « *surconsommation de médicaments neuroleptiques : beaucoup d'angoisse et de stress, déjà en temps habituel beaucoup de prescriptions en MG mais aussi maison médicale de garde d'un l'hôpital (errance médicale pour trouver un prescripteur), surtout chez les hommes* » selon une professionnelle de santé. « *Beaucoup de dépressions, de médicaments, perte de sommeil* » selon un travailleur social. La « *peur du syndrome de Kawazaki<sup>76</sup>, traumatismes suite à des deuils qui n'ont pas pu se mettre en place (pas de rituels collectifs), le stress post trauma, les crises de panique, la phobie du déconfinement pour certaines femmes à risque (obésité, diabète), peur du déconfinement, décompensation de pathologies de santé mentale* » sont autant de pathologies et angoisses décrites par une actrice de santé. « *Les premiers 10 décès ont fait électrochoc ; la crainte d'une deuxième vague est réelle sur un quartier où on retrouve des indicateurs de trauma de guerre* » résume une autre professionnelle de santé.

Ces conséquences traumatiques se retrouvent dans les témoignages des habitants qui relatent peur et angoisses<sup>77</sup>, parfois compensées par des comportements addictifs<sup>78</sup>.

Les professionnels viennent aussi sur les conséquences intrafamiliales avec une augmentation des tensions liées à une cohabitation prolongée inhabituelle notamment : « *La promiscuité inhabituelle au sein des familles a créé des tensions importantes voire parfois des violences intra-familiales, des bagarres à l'extérieur...* » explique une travailleuse sociale. Cette conséquence est avancée par d'autres professionnels : une « *dégradation de l'ambiance familiale pendant le confinement pour gérer le fait de ne plus sortir du tout* » est rapportée par une actrice sociale et correspond à des témoignages d'habitants qui décrivent leur expérience comme une expérience carcérale<sup>79</sup>. « *Avoir imposé un mode de fonctionnement qui n'est pas celui de la communauté impacte les relations intra-familiales, augmente des tensions* » explique une autre travailleuse sociale.

Est aussi décrit par les différentes personnes sondées, le risque de repli, directement lié à la stigmatisation des publics gitans quant à l'introduction de foyers épidémiques sur Perpignan, par les habitants et les médias : il y a un risque de « *renforcement du repli communautaire, une peur de l'exposition au monde extérieur* » selon une actrice de santé ; « *Ça a créé un plus grand repli. Un repli sur les piliers et les paroles de l'évangile* » selon une actrice sociale ; cela va probablement « *Renforcer le sentiment d'être stigmatisé vis-à-vis de l'extérieur. Il y a le sentiment d'avoir été montrés du doigt par les médias dès le début de la propagation du virus dans le quartier* » selon une autre. Plusieurs médias ayant relayé des informations erronées sous couvert d'emploi du conditionnel<sup>80</sup>.

Ces conséquences psychologiques et psychosociales ont pour impact un risque de déscolarisation et de décrochage important mis en avant par les acteurs interrogés. En effet, une actrice du secteur social explique que « *ça a ravivé des peurs, créé une plus forte déscolarisation des enfants. C'était déjà un effort de les scolariser et cela va légitimer leur déscolarisation.* » Une autre intervenante sociale décrit

---

<sup>76</sup> D'après le portail des maladies rares et des médicaments orphelins, Orphanet, la maladie de Kawasaki est une « maladie inflammatoire rare caractérisée par une vascularite fébrile aiguë, systémique, autolimitée et de taille moyenne, qui touche principalement les enfants. Elle provoque souvent une artérite coronarienne aiguë qui est associée à des anévrismes artériels coronariens (AAC) qui peuvent engager le pronostic vital s'ils ne sont pas traités. »

[https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?Ing=FR&Expert=2331](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=FR&Expert=2331) consulté le 22 février 2021.

<sup>77</sup> Cf. 3.5.1. Peurs et angoisses générées par la crise du Covid-19.

<sup>78</sup> *Idem.*

<sup>79</sup> Cf. « Le confinement-prison » dans 3.4.2. Des confinements différents : de la réclusion volontaire à l'insupportable.

<sup>80</sup> Cf. Introduction.



une « augmentation des difficultés scolaires, pas de retour à l'école pour les enfants de la communauté » à l'issue du premier confinement.

Les acteurs décrivent également des évolutions potentiellement positives, notamment en matière d'adoption de comportements favorables à la santé. Le constat étant que la crise « a permis de travailler les questions de prévention santé, de soins... » selon un acteur du secteur social.

Cette donnée est confortée par d'autres professionnels : « La communauté gitane a entendu le facteur de risque Obésité : les femmes veulent qu'on les aide à perdre du poids ; [nom] diététicienne est impliquée sur cette question/diabète/alimentation et activité physique : un levier et une perspective de travail avec le service endocrino de l'hôpital Saint Jean et la clinique Perle Cerdane (consultation sur Cabestany notamment pour les enfants atteints d'obésité) » décrit une professionnelle de santé ; une autre actrice de santé déclare que « pour la population, il y a eu une prise de conscience de la santé globale et sociale. C'est un levier pour travailler sur l'obésité (appui avec le réseau Toulousain REPPPOP) ».

Cette demande fait suite à une « prise de conscience sur l'obésité comme facteur aggravant mais de là à mettre en application un changement de norme, ça va être compliqué car très contraignant », tempore une professionnelle de santé.

Ce volontarisme exprimé par les publics de travailler sur les comorbidités associées à des comportements défavorables à la santé est donc, selon les intervenants, un réel levier, même si les contraintes que cela implique demandent un travail de fond important.

À cette volonté qui ouvre la porte à des campagnes d'éducation et de promotion de la santé efficaces, s'ajoute la description d'une émancipation des femmes pendant le confinement, qui semble vouloir perdurer.

Les professionnels ayant relayé cela interviennent tous exclusivement au quartier Saint-Jacques, l'initiative de confection des masques n'ayant été réalisée que dans ce quartier. Une travailleuse sociale décrit ainsi la situation : « avant le confinement et depuis peu, des jeunes filles de la communauté gitane étaient inscrites dans les ateliers couture, ateliers sport proposés par la mairie. Elles ont envie de s'impliquer dans des actions au sein du quartier, de faire du bénévolat. Les jeunes filles se projettent dans l'avenir avec un travail et elles sont encouragées par leur maman ». Elle continue : « Des jeunes femmes sont allées travailler dans l'atelier couture pour fabriquer des masques – ça leur a donné envie de s'émanciper. Ça va peut-être donner envie à d'autres ? Elles se sentent valorisées. Leurs maris ne disent rien. » Une autre ajoute : « des femmes du quartier sont venues seules aux rendez-vous. Auparavant, elles étaient accompagnées d'un homme de la communauté. »

Est également souligné un renforcement des solidarités intracommunautaires. Une actrice sociale décrit ainsi qu'il existe « encore plus de solidarité entre les personnes au sein de la communauté, dès qu'un membre de la famille (au sens famille élargie) était hospitalisé, d'autres membres de la famille prenaient le relais pour s'occuper des enfants ». Une autre travailleuse sociale explique que la communauté « s'est organisée pour s'entraider. À la demande des pasteurs, des jeunes faisaient le relais entre les familles pour transmettre des messages, de l'information, pour venir en aide aux

*personnes âgées seules ou aux personnes malades (faire les courses...) ». Une actrice de santé décrit également un « renforcement des liens communautaires à l'issue des hospitalisations de personnes d'une même famille ».*

Les conséquences pour les publics semblent donc multiples et une crainte émane des professionnels d'une altérité renforcée entre « communauté gitane » et « payos » qui pourrait amener à un possible repli communautaire.

Il y a également des conséquences positives relatées par plusieurs professionnels quant à des leviers organisationnels (médiation) et volontaristes (prévention) qui pourraient aboutir à des actions concrètes.

## **2.6 L'adaptation de l'intervention aux publics**

### **2.6.1 L'importance des relais de confiance**

Les différents entretiens font état du besoin fondamental d'utiliser des personnes ressources comme vectrices des messages pour que ces derniers soient entendus et appliqués. Certains sont identifiés pour l'ensemble des sujets relatifs à la vie de la cité : *« l'association Fil à métisser est bien repérée par la communauté gitane (quartiers Nouveau Logis et Saint Jacques). Il y a également les médiateurs salariés de la ville de Perpignan. Ils ont la confiance de la communauté »* explique cette actrice de santé. Les témoignages des habitants citent en effet ses employées à diverses reprises<sup>81</sup> qui semblent donc bien repérées et importantes pour les publics interrogés.

Une travailleuse sociale explique également que *l'« association Fil à métisser (incontournable pour pouvoir recueillir des entretiens auprès des habitants), les médiateurs, les médecins du quartier, les gardiens d'immeuble HLM DIAZ- les CESF (aident les familles à gérer leur budget) sont des relais de confiance proches des familles qui vont au sein des domiciles et qui accompagnent les familles depuis longtemps ».*

D'autres, plus spécialisés, sont essentiels pour que le message soit perçu comme légitime, notamment pour ce qui concerne la santé. *« On a eu totale confiance avec le Docteur aussi. Ça a beaucoup rassuré d'avoir une personne responsable d'un service être aussi disponible »* raconte l'une des personnes interrogées à propos du chef de service du SMIT, confiance confirmée par les témoignages des habitants qui reconnaissent les médecins et l'Agence régionale de santé (ARS) par exemple comme des acteurs légitimes<sup>82</sup>.

Les patriarches qui auraient pu avoir ce rôle n'étaient selon un des acteurs, plus aussi influents qu'ils pouvaient l'être par le passé comme l'explique un travailleur social : *« mais ce qu'il y a, c'est qu'il y avait des personnes d'un certain âge, les chefs. Par exemple, vous aviez [pseudonyme], Monsieur [nom de famille] fait encore un peu fonction, même s'ils ne l'écoutent plus [...]. Donc, comment je vous disais, il n'y a plus cette notion de patriarche, il n'y a plus cette notion de chef de famille et de chef de clan. Alors bon, ils sont un peu livrés à eux-mêmes. »*

<sup>81</sup> Cf. 3.5.1. Peurs et angoisses générées par la crise du Covid-19.

<sup>82</sup> Cf. 3.3.3. La recherche d'information et de sens.

C'est bien le fait de mobiliser un faisceau d'acteurs de confiance autour d'un message homologue qui semble permettre d'installer la confiance envers les informations transmises. « Grâce à tout ça, au Fil à Métisser, au docteur et à son service, aux médiateurs et aux autres personnes ressources impliquées, il y a une confiance qui s'est installée vite qui fait que quand on leur disait : il faut y aller ; ils disaient : ok, on y va », nous explique un des acteurs. « Ça a permis de rapprocher davantage la communauté des soignants avec le soutien de l'association Fil à métisser et des médiateurs qui ont joué un rôle de tiers important. Ces tiers ont permis à chacun d'avoir des postures compréhensibles » explique une travailleuse sociale.

La nécessité d'utiliser des personnes de confiance pour la communauté afin de transmettre les messages est ici exposée comme une condition *sinequanone* à ce que ces derniers soient entendus, compris et appliqués.

### **2.6.2 Des « perspectives de coopération »**

Concernant les conséquences pour les acteurs interrogés, les intervenants témoignent dans un premier temps d'une prise de conscience institutionnelle importante quant à la nécessité d'adapter les modes d'intervention et les messages de prévention aux publics cibles. Une actrice de santé explique ainsi : « c'est une population à risques au carrefour de problématiques de santé. Il est nécessaire de penser le travail en 'aller vers', par exemple avec l'HAD [hospitalisation à domicile]. Il faut créer la rencontre. Il y a eu une mise en lumière de l'abandon de cette population : 80 % de déscolarisés à 12 ans, une école ghetto de 3 à 10 ans ».

S'en suit une description d'une amélioration possible de l'organisation des acteurs sociaux et de santé intervenant auprès de ces publics comme conséquence positive de leur travail collaboratif durant la crise. Une travailleuse sociale décrit une « organisation mise en place pour la Covid (un trio formé d'une personne du sanitaire, d'un tiers ayant la confiance de la communauté et de la communauté) ». L'organisation est selon elle, « celle qui devrait être maintenue pour d'autres thématiques (prévention, santé...). Il y a eu une prise de conscience de chacun de l'importance de l'autre. »

Ce lien hôpital-ville, social-santé, publique-associatif est également narré et promu par cette professionnelle de santé comme une perspective vertueuse : « on pense à une nouvelle modalité de travail médico-social, pour lever les obstacles, créer de l'alliance qui débouche sur des demandes individuelles de suivi thérapeutique. Il faudrait des professionnels en lien et décloisonnés pour la prise en charge de la communauté face à la crise sanitaire, des liens médecine libérale-hôpital-association. Ce sont des perspectives de coopération qui doivent être consolidées (vœux durant des années des acteurs de prévention et promotion de la santé, réalisés à l'occasion de l'épidémie). »

Ces conséquences positives pour l'organisation et les modalités d'intervention des professionnels seraient donc à mettre à l'épreuve des deuxième et troisième confinements pour voir si les améliorations constatées durant le premier se sont reproduites et si ces dernières sont en cours de pérennisation ou ont été abandonnées.

\*\*\*

Finalement, les acteurs et actrices impliqués auprès des publics cibles de l'étude décrivent des conditions sociales et de santé, un mode de vie - subi ou choisi -, qui auraient selon eux facilité la propagation du virus dans les quartiers étudiés au début du premier confinement, dans un contexte où les mesures de protection individuelles et collectives aujourd'hui recommandées par les autorités sanitaires ne pouvaient être structurellement respectées.

Si les professionnels semblent faire consensus sur le mode de vie communautaire comme facteur favorisant de la propagation rapide du virus, il est néanmoins impossible de savoir en l'état si ce dernier a effectivement eu un impact sur la diffusion de la COVID-19 ou si celle-ci est uniquement due aux conditions de vie des publics ciblés par l'étude.

Les données font état d'un pic d'incidence des cas suspects identifiés dans les centres COVID (les tests n'étant à l'époque pas disponibles) atteignant plus de 800 personnes pour 100 000 sur les zones d'intérêt lors de la semaine 12<sup>83</sup>, semaine durant laquelle a été annoncé le confinement. Il est à rappeler qu'à ce moment, le port du masque n'était pas conseillé par le gouvernement ou la direction générale de la santé<sup>84</sup> et n'était disponible ni dans les pharmacies ni dans les grandes surfaces, rendant *de facto* l'application des autres gestes barrières bien moins efficace pour s'en protéger au vu des données scientifiques actuelles. Par ailleurs, les conditions sociales des publics étudiés sont plus défavorisées que la moyenne des QPV de métropole<sup>85</sup>, empêchant la comparaison avec la situation épidémiologique dans ces quartiers.

Les professionnels décrivent une population traumatisée, dont les nombreuses vulnérabilités ont été identifiées par des pouvoirs publics jusqu'alors trop peu présents, mais aussi par la population elle-même, potentiel levier d'actions pour les années à venir.

En effet, est ressorti des entretiens la nécessité de développer les dispositifs de médiation en santé sous forme d'aller-vers et l'adaptation des messages. Des dispositifs qui pourraient s'appuyer sur la participation d'usagers-pairs notamment dans le cadre d'éducation thérapeutique ou de prévention de maladies chroniques fréquentes telles que le diabète. L'ensemble des messages devrait reposer, pour les professionnels interrogés et la conférence de santé<sup>86</sup>, sur une participation des usagers, de leur choix de thématique, à leur rédaction et transmission.

---

<sup>83</sup> [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/30/2020\\_30\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/30/2020_30_1.html) : consulté le 22 février 2021.

<sup>84</sup> <https://www.leparisien.fr/politique/masques-pas-necessaires-sibeth-ndiaye-se-defend-de-tout-mensonge-23-09-2020-8390193.php> : consulté le 22 février 2021.

<sup>85</sup> Cf. 1.3. Vivre en « quartier prioritaire ».

<sup>86</sup> Chervin C., Clift J., Woods L., Krause E., Lee K. (2012). Health literacy in adult education: a natural partnership for health equity, *Health Promotion Practice*, n°13, vol. 6, pp. 738-46. doi: 10.1177/1524839912437367.

## 3/ L'ÉTUDE AUPRÈS DES HABITANTS

Cette partie rend compte du vécu de la crise sanitaire, depuis le premier confinement jusqu'à la veille du second, du point de vue d'habitants et d'habitantes des quartiers Saint Jacques et Nouveau Logis. Les enquêtrices devaient se rendre dans celui du Haut Vernet lorsque le deuxième confinement a été annoncé. Les mêmes conditions d'enquête étant impossibles à réaliser (entretiens en face à face), elles préfèrent écarter ce territoire de l'étude auprès des habitants plutôt que d'inclure des données qui n'auraient pas été construites avec le même protocole d'enquête, ce qui empêcherait une analyse cohérente.

Les enquêtrices avaient décidé de commencer par Saint Jacques et Nouveau Logis car ce sont les deux quartiers les plus communément identifiés comme Gitans, le Haut Vernet semblant être plus mixte. Bien que le manque de données soit dommageable, l'hypothèse de facteurs socio-culturels peut donc être examinée par celles récoltées sur les quartiers Saint Jacques et Nouveau Logis.

Après avoir exposé la méthode de l'étude auprès des habitants et présenté celles et ceux qui ont été interrogés, une première partie sera consacrée aux représentations et pratiques liées au virus, une seconde au vécu du confinement et du couvre-feu, une troisième à l'impact psychologique de la crise sanitaire.

### 3.1 Méthodologie de l'étude auprès des habitants

L'étude auprès des habitants consiste à mener des entretiens semi-directifs, enregistrés à l'aide d'un dictaphone, grâce au fichier contacts constitué durant l'enquête de séroprévalence, SCOPE. Elle a été complétée par une approche « ethnographique » visant à se rapprocher au plus près des habitants. L'objectif est donc de renseigner de manière qualitative le vécu de la crise du point de vue des habitants, de récolter des données sur leurs conditions d'habitat et sur leur mise en pratique des gestes barrières.

#### 3.1.1 Adapter la stratégie de recrutement

Sur les conseils d'un des médiateurs interrogés durant l'étude auprès des professionnels et des acteurs-clés, il est apparu que les entretiens téléphoniques ne fonctionneraient pas. Cela a été confirmé par quelques tentatives infructueuses. La barrière de la langue était un des premiers obstacles. Quand les personnes parlaient français, c'était leur accent associé à une transmission sonore moyenne qui ne permettait pas une compréhension aisée de leurs réponses.

Les deux chargées d'étude se sont donc rendues à Perpignan entre septembre et novembre 2020 pour réaliser 30 entretiens avec les habitants des quartiers Saint Jacques et Nouveau Logis. 80 % d'entre eux sont enregistrés et retranscrits en intégralité. 20 % (soit 6 entretiens) ont été réalisés de manière informelle sur le mode de la « conversation ethnographique ». Nous justifions et détaillons ci-après ce mode d'enquête après la présentation des obstacles rencontrés lors de la production des données.

La stratégie d'enquête consistant à appeler les personnes du fichier SCOPE pour fixer un rendez-vous à l'avance dans des lieux institutionnels du quartier n'a pas fonctionné. En effet, pour réaliser les entretiens, plusieurs contacts obtenus lors l'étude auprès des professionnels ont été remobilisés pour obtenir des lieux où les mener. Ainsi, la maison d'accès au droit du quartier Saint Jacques, l'école la Miranda, le centre social de Nouveau Logis<sup>87</sup> ont été mis à contribution.

Le premier quartier investigué a été celui de Saint Jacques, le plus touché par le virus<sup>88</sup>. Meryl Srocynski a contacté cinq personnes à l'avance qui ont accepté un entretien à la maison d'accès au droit. Les enquêtrices disposent d'une salle dans ce lieu les deux premières semaines d'enquête (les ateliers reprennent ensuite). La responsable du lieu les met en garde : les personnes contactées ne viendront pas forcément même si elles ont donné leur accord. C'est effectivement le cas l'après-midi. Les enquêtrices attendent la personne à 14h. Une heure passe et elle n'est toujours pas là. Elle ne viendra pas. Même cas de figure à 16h. Jennifer Yeghicheyan rappelle l'homme un peu après<sup>89</sup>.

J.Y : « Bonjour Monsieur, je vous rappelle dans le cadre de l'étude Covid.

*Oui ?*

J.Y : Nous avons rendez-vous à 16h.

*Oui.*

J.Y : Voilà, c'était pour savoir si vous pouviez toujours venir ?

*Ah... Non. Là, j'ai un abcès à la main. Je suis allé à l'hôpital ce week-end. Je suis encore endormi à cause de l'anesthésie.*

J.Y : Ah d'accord, oui. Est-ce vous pourriez venir demain éventuellement ?

*Non, là je suis encore trop fatigué. Je dois retourner à l'hôpital et demain c'est pour mon fils.*

J.Y : Ah d'accord, oui, je comprends. »

Le lendemain matin, Jennifer rappelle l'homme du rendez-vous fixé vers « 10h-11h » à 10h35. Le téléphone sonne longtemps. Un homme finit par répondre un « *oui ?* » sec et d'une voix essoufflée. Il est visiblement agacé de recevoir un appel. L'enquêtrice lui rappelle le rendez-vous. « *Oh je suis fatigué. Non.* » répond-t-il. Il avait visiblement oublié. Elle lui demande pour la semaine prochaine : « *oui, on fait comme ça* ». Mais elle comprend que cette phrase de politesse a pour objectif de rapidement se débarrasser d'une sollicitation déplaisante. Deux autres personnes viendront néanmoins ce même jour, à l'heure convenue. Il s'agit d'un des médiateurs du quartier, employé de mairie et très actif sur les programmes sociaux mis en œuvre. Il a notamment aidé pour l'enquête de séroprévalence, SCOPE. Le

---

<sup>87</sup> Nous tenons à nouveau à remercier les professionnels rencontrés à cette occasion qui ont été disponibles et à l'écoute de la démarche d'enquête.

<sup>88</sup> Les premiers résultats de l'enquête SCOPE, l'étude de séroprévalence menée dans les quartiers Saint Jacques, Nouveau Logis, Haut/Moyen Vernet sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/scope-une-etude-de-seroprevalence-aupres-d-une-population-vulnérable-de-perpignan> consulté le 22 février 2021.

<sup>89</sup> Cet échange et celui d'après ont été reconstruits immédiatement à l'issue des appels.

second est un habitant à la frontière du quartier. Il a participé à l'étude de séroprévalence mais n'appartient pas à la « communauté gitane ».

Les enquêtrices se rendent à l'évidence : il faut adapter la stratégie d'enquête pour rencontrer des personnes qui appartiennent à la « communauté ». Excepté le médiateur, dont on peut supposer que son travail le met en lien direct et fréquent avec les institutions dont il adopte les modalités (le rendez-vous fixé à l'avance), aucune personne « Gitane » n'est venue. Elles décident donc de recourir à des intermédiaires pour qu'ils puissent présenter l'exercice de l'entretien à des personnes qu'elles connaissent et ainsi préparer la rencontre. Deux intermédiaires, le médiateur précédemment rencontré en entretien, la directrice de l'école et une des médiatrices scolaires ont fourni cette aide inestimable. Le premier les met en contact avec 3 personnes et les secondes avec 9. L'une de ces 9 personnes n'habite pas le quartier mais est gitane et conserve de nombreux liens avec sa famille résidant à Saint Jacques. Elle est exclue du panel (le premier critère étant de résider à Saint Jacques selon le découpage de l'étude de séroprévalence) mais son témoignage est précieux pour affiner la compréhension de la vie dans le quartier. Deux autres personnes rencontrées à Saint Jacques, contactées au préalable *via* la base de données SCOPE, vivent à la frontière du quartier et ne sont pas Gitans.

<b>Personnes rencontrées à Saint Jacques :</b>	<b>15</b>
Habitants gitans du quartier :	12
Habitants non-gitans du quartier :	2
Femme Gitane n'habitant pas le quartier :	1 (exclue du panel)

À Nouveau Logis, deuxième quartier investigué, Meryl et Jennifer entrent en contact avec le directeur du centre social. L'équipe du centre – constituée du directeur, d'un animateur et d'un médiateur – a participé à l'étude de séroprévalence. Ils leur prêtent un bureau à l'intérieur de leur bâtiment. Lorsque quelqu'un se rend au centre social, l'étude lui est proposée par l'intermédiaire des professionnels avant ou à l'issue de leur rendez-vous. Ainsi, elles rencontrent 9 personnes dans un bureau attendant à ceux des professionnels.

### **3.1.2 Les entretiens enregistrés**

Le protocole d'enquête repose sur la tenue d'entretiens enregistrés. En effet, la trace audio est précieuse pour analyser les données « à froid » tout en gardant la richesse et l'entièreté de l'échange. Néanmoins, l'entretien que l'on peut alors qualifier de « formel » est un exercice dont il ne faut pas sous-estimer la difficulté.

Il constitue une « présentation *publique*, donc l'officialisation, d'une représentation *privée* de sa propre vie, [il] implique un surcroît de contraintes et de censures spécifiques »<sup>90</sup>. Répondre aux questions des enquêtrices, c'est trier, au coup par coup, ce que l'on s'autorise à dévoiler et à ne pas dévoiler de sa vie. Interroger sur le vécu de la crise du Covid équivaut à interroger l'intime : la description du logement, qui en sont ses occupants, les ressentis durant une période anxieuse...

<sup>90</sup> Bourdieu P. (1994). L'illusion biographique, in *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, pp. 81-89, p. 87.

Plus encore, répondre à leurs questions, c'est entrer dans un exercice réflexif auquel on est plus ou moins habitué. Les enquêtrices ne recueillent pas un discours déjà-là, « prêt à dire ». Les réponses aux questions nécessitent un effort, un travail de mémoire, de construction du récit de sa propre vie<sup>91</sup>. Dans une société où l'on exige de plus en plus des individus des justifications en racontant leur « cas » (dans les services sociaux, dans les demandes administratives...)<sup>92</sup>, certains peuvent développer une compétence au récit de soi institutionnel. Pour d'autres, plus à distance des institutions, parler de soi à l'extérieur peut représenter une véritable épreuve.

D'autant plus que l'entretien est une interaction à sens unique, un face-à-face où l'un pose des questions et l'autre répond. Cette asymétrie fondamentale fait de tout entretien une « forme douce d'interrogatoire officiel »<sup>93</sup>. Cela est renforcé dans le cas des entretiens formels qui, par leur cadre spécifique, signifient clairement aux participants qui sont les interrogateurs et qui sont les interrogés. Les instruments (dictaphone, stylo) renvoient au monde de l'enregistrement, du registre, donc de l'officialisation, et de l'écriture. Pour des personnes qui ne sont pas à l'aise avec l'écrit, cela accentue l'asymétrie. Les enquêtrices sont assimilées à un monde que leurs interlocuteurs ne maîtrisent pas, qui apparaît confus et peut susciter la méfiance. Une personne les assimile aux scientifiques qui parlent à la télévision, aux « gens de la télé ». Les enquêtrices sont alors les représentantes du monde des « autres », ceux que l'on ne connaît pas personnellement et qui ne nous ressemblent pas<sup>94</sup>. Cette distinction marque un écart social entre les enquêtrices qui, par leur statut de chargée d'étude d'une structure de santé publique, sont les représentantes d'institutions « légitimes »<sup>95</sup>, valorisées dans la société dominante, et les personnes interrogées, qui sont les représentantes d'une « communauté » dont les représentations sont le plus souvent défavorables voire stigmatisantes. En effet, l'exercice de l'entretien sera perçu différemment en fonction de la position sociale. Lorsque l'on sait que nos réponses vont dans le sens d'une valorisation sociale (emploi stable, revenus suffisants, logement confortable, réussite scolaire des enfants...), il peut y avoir moins de réticence ou de gêne à répondre à des questions<sup>96</sup>. Au contraire, devoir se présenter comme quelqu'un ne possédant pas ces critères sociaux peut être embarrassant.

Un dernier aspect vient souligner l'asymétrie : la maîtrise du français. Les enquêtrices ne sachant pas s'exprimer en catalan, elles imposent donc, de fait, une interaction en français. Cela demande un effort supplémentaire pour des personnes s'exprimant la plupart du temps dans une autre langue. Une femme, rencontrée à l'école, est très gênée lorsque Meryl et Jennifer lui demandent de l'enregistrer

---

<sup>91</sup> Pour la dimension « en train de se faire » du discours lors d'un entretien, on peut se reporter notamment à : Blanchet A., Gotman A. (2015). *L'entretien*, Paris, Armand Colin ; Kaufmann J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin.

<sup>92</sup> Certains parlent de « société biographique ». Cf. Astier I., Duvoux N., (2006). *La société biographique. Une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan.

<sup>93</sup> Bourdieu P. (1994). L'illusion biographique, in *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, pp. 81-89, p. 88.

<sup>94</sup> Richard Hoggart introduit cette distinction entre « eux » et « nous » caractéristique des classes populaires : « le monde des 'autres' est un monde inconnu et souvent hostile, disposant de tous les éléments du pouvoir et difficile à affronter sur son propre terrain. Pour les classes populaires, le monde des 'autres' se désigne d'un mot : 'eux'. » Hoggart R. (1970 [1957]). *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Paris, Minuit. p. 117.

<sup>95</sup> Ce terme est employé dans un sens sociologique. La « légitimité » en sociologie correspond à ce qui est valorisé par les normes dominantes d'une société. Il n'y a pas de jugement moral. Par exemple, on parle de « culture légitime » pour parler des biens culturels valorisés (musées, opéras...).

<sup>96</sup> Isabelle Coutant note dans son enquête auprès de jeunes anciennement délinquants, qu'elle a pu les interroger en entretien car le « motif annoncé de la rencontre [était] la formation au BAFA et au métier d'animateur, sujet valorisant à leurs yeux. » Coutant I. (2005). *Délit de jeunesse. La justice face aux quartiers*, Paris, La Découverte, p. 25.



avec le dictaphone : « *oh, mais moi je parle pas bien le français !* » dit-elle en baissant la tête. Les enquêtrices la rassurent sur sa maîtrise de la langue (elles n'auront aucun problème de compréhension) et minimisent la présence du dictaphone en garantissant l'anonymat des données.

Les enquêtrices ne cherchent pas à renforcer cette asymétrie. Au contraire, elles veulent se rapprocher, autant que possible, du modèle de la conversation libre : elles posent des questions au fil de l'échange, laissent parler, ne jugent pas les réponses (il n'y a pas de « bonne » ou « mauvaise » réponse, les enquêtrices cherchent seulement à comprendre ce que les habitants ont vécu). Mais, en ces temps de pandémie, elles sont contraintes de « garder la distance », au sens propre. Tous les entretiens ont été menés dans le strict respect des « gestes barrières » (un mètre de distance au minimum et le port du masque). Bien que nécessaire, cette distance physique participe au renforcement du côté « officiel » et de l'asymétrie inhérente à tout entretien formel<sup>97</sup>.

S'il ne faut pas sous-estimer les exigences d'un entretien formel, il ne faut pas non plus conclure à un rejet total de ce type d'exercice de la part des personnes rencontrées. Trois d'entre elles nous ont fait part explicitement de leur enthousiasme (« *si ça peut aider, moi je suis toujours prêt !* » H3<sup>98</sup> ; « *Alors ce que vous faites, c'est pas inutile quoi. C'est bon. C'est bon pour aller en avant. C'est bien de savoir.* » H7), voire de leur reconnaissance. Une jeune femme se souvenait de l'enquête de séroprévalence (« *c'est vous qui êtes venues pour aider le quartier ?* » F1) et a accepté très facilement l'entretien. D'ailleurs, la très grande majorité des personnes rencontrées se prêtent au jeu de l'entretien une fois les premières minutes de gêne dissipées. Seulement deux personnes nous ont répondu de manière plus laconique. Même dans ce cas, les informations transmises sont précieuses bien que moins détaillées.

Les entretiens sont plus courts à Nouveau Logis : 13 minutes en moyenne<sup>99</sup> contre quasiment 30 minutes à Saint Jacques. Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses pour expliquer cet écart. À Saint Jacques, les intermédiaires mènent un travail de préparation à l'entretien. Ils contactent les personnes au préalable, expliquent la démarche de recherche. En amont, ils sélectionnent aussi des individus dont ils pensent qu'ils pourront se prêter à l'exercice. Les personnes arrivent donc devant les enquêtrices prêtes à répondre.

À Nouveau Logis, les personnes sont contactées alors qu'elles se rendent au centre social pour un rendez-vous administratif. La sollicitation de l'entretien s'ajoute donc à un temps administratif et peut parfois lui être assimilée. De plus, les personnes ne s'attendent pas à répondre à des questions personnelles sur leur vécu de la crise Covid. Cela peut donc amener à vouloir couper court à l'échange. Un des neuf entretiens s'est fait durant l'attente d'un rendez-vous administratif. L'entrevue avec l'enquêtrice (Jennifer seule à ce moment-là) a dû s'arrêter brusquement lorsque le rendez-vous a été annoncé et n'a pas pu reprendre par la suite.

---

<sup>97</sup> Ce caractère officiel de l'entretien formel est souligné notamment dans : Schwartz O. (2012 [1990]). *Le monde privé des ouvriers*, Paris, Puf, p. 48-49. Cela est largement discuté dans : Beaud S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique », *Politix*, 9, 35, pp. 226-257.

<sup>98</sup> Pour garder l'anonymat des personnes interrogées, elles sont désignées par un code : H ou F pour homme ou femme et un numéro correspondant à l'ordre chronologique des rencontres (1 étant la première femme ou le premier homme rencontré).

<sup>99</sup> La moyenne des entretiens est de 17 minutes. Toutefois, nous retirons du calcul l'entretien mené avec le médiateur salarié du centre social, le seul beaucoup plus long que les autres (50 min), pour avoir une idée plus juste du temps d'entretien moyen avec les habitants de Nouveau Logis rencontrés au centre social.

### 3.1.3 Les conversations ethnographiques

Les entretiens étant moins longs à Nouveau Logis, les enquêtrices décident, en complément, d'aller ensemble à la rencontre des habitants dans l'espace public, à pied, sans enregistreur, sur la place « Manitas de Plata », au cœur du quartier ou aux alentours. Elles espèrent ainsi libérer davantage la parole et recueillir les informations complémentaires aux données enregistrées. C'est effectivement le cas.

Grâce à cette méthode, elles obtiennent des informations sur cinq personnes supplémentaires et sur la gestion de l'épidémie par un groupe de jeunes hommes. Elles croisent plusieurs personnes évoluant en groupe et s'entretiennent avec un jeune homme seul devant sa maison. Les échanges oscillent entre une dizaine de minutes et une heure.

Le terme « conversation ethnographique » souligne l'aspect informel de l'échange mais son inscription pleine et entière dans le travail d'étude. En effet, il ne s'agit pas de simples « conversations ». L'ajout du qualificatif « ethnographique » signifie que les discussions sont orientées sur les thématiques de la grille d'entretien formel et que les enquêtrices prennent en note les propos rapportés immédiatement après l'échange<sup>100</sup>. Comme pour les entretiens formels, elles sont très attentives au contexte de l'interaction. Mais elles le sont d'autant plus à cette occasion. Les lieux sont des endroits familiers pour les habitants et susceptibles de renseigner sur leurs manières d'occuper l'espace et de renseigner leurs modes de vie.

Pour récolter des données sur ces cinq personnes supplémentaires, les enquêtrices rencontrent des binômes ou trinômes, rejoints ponctuellement par plusieurs autres personnes au cours de l'échange. Elles vont également à la rencontre de deux groupes de jeunes d'une vingtaine d'années, constitués exclusivement d'hommes. Ce sont des entretiens collectifs, excepté pour l'un d'entre eux mené avec un homme d'une vingtaine d'années devant son domicile.

Lorsqu'elles interrogent les groupes de jeunes, à chaque fois deux personnes se distinguent des autres pour prendre la parole, les autres s'éloignant ostensiblement (le premier groupe), ou restant à proximité mais silencieux (le deuxième groupe).

Détail des rencontres :

- Deux hommes (40 ans et 60 ans) discutant sur la place, tenant une poussette où un bébé est endormi<sup>101</sup> ;
- Un groupe d'une dizaine de jeunes hommes d'environ 20 ans : deux jeunes hommes prennent la parole<sup>102</sup> ;
- Un homme d'environ 25 ans devant chez lui (rapidement appelé par un ami, ce qui écourtera l'entretien) ;

---

<sup>100</sup> Les enquêtrices bénéficient toujours du bureau au centre social où elles y ont laissé leurs affaires et où elles rentrent prendre des notes et « débriefier » ensemble après chaque conversation ethnographique.

<sup>101</sup> Il s'agit d'un grand-père qui a déjà été rencontré en entretien au centre social. Au début de la conversation, ni celui-ci ni les enquêtrices ne se reconnaissent. Les questions abordent donc les thèmes de la grille d'entretien mais de manière informelle. L'évocation d'éléments déjà connus interpelle les enquêtrices qui finissent par comprendre qu'elles ont déjà échangé avec cet homme. Elles notent que les discours en entretien formel et informel concordent parfaitement.

<sup>102</sup> Nous ne récoltons des données exploitables que pour l'un deux. Le second traite de propos très généraux sur la « communauté » et ne parle pas de la crise de la Covid-19.

- Un groupe d’une dizaine de jeunes (la vingtaine) dans une avenue derrière la place Manitas de Plata : deux jeunes hommes prennent la parole ;
- Deux femmes devant la maison de l’une d’elles, accompagnées par une adolescente qui restera silencieuse durant l’entretien.

<b>Personnes rencontrées à Nouveau Logis :</b>	<b>16</b>
Au centre social (entretiens formels) :	9
Dans l’espace public (conversations ethnographiques) :	7

En complément des entretiens et des conversations ethnographiques, les enquêtrices tiennent un « journal de terrain », instrument incontournable de l’ethnographe pour garder trace du déroulement de l’enquête et contextualiser ses données. D’une trentaine de pages dactylographiées, il contient, entre autres, la description des lieux, la retranscription d’échanges informels tout au long de l’enquête avec des interlocuteurs tels que la directrice de l’école, le directeur du centre social mais aussi des échanges avec un médiateur autour d’un café un matin au centre social. Est ainsi pris en note le contexte de vie général des habitants des quartiers investigués qui permet de mieux comprendre leur vécu de la crise du Covid. En connaissant les conditions d’existence habituelles, on peut prendre la mesure des conséquences de l’épidémie.

Le journal de terrain contient également les nombreux échanges avec les équipes des Lieux d’Accueil Enfant-Parent (LAEP) qui mènent un travail de lien précieux avec plusieurs familles des quartiers, surtout des femmes. Nous avons assisté à une séance d’accueil entre les enfants et les parents, animée par des professionnels de l’enfance (éducatrice, psychologue). Nous devons apprendre à connaître certaines « mamans » pour ensuite mener des entretiens dans le cadre de l’étude. Cela n’a pas pu se faire car le second confinement a été annoncé.

### **3.1.4 Un panel diversifié des personnes rencontrées**

Les différents modes de recrutement ont permis de diversifier le panel des personnes interrogées. En recourant à des intermédiaires, les entretiens sont plus longs. Toutefois, il s’agissait d’individus que nous pourrions qualifier d’« enquêtés modèles ». Nous entendons par là, des personnes correspondant le plus aux critères d’insertion sociale : emploi du conjoint (les femmes étant pour la plupart au foyer), scolarisation des enfants, eux-mêmes ayant fréquenté l’école, critère d’autonomie pour certaines femmes (permis de conduire). La directrice de l’école nous confie que les femmes qu’elle nous présente sont ses « mamans préférées » et les hommes des « papas très bien, très impliqués ». Le médiateur nous mettra en lien avec deux autres médiateurs et un agent d’accueil d’un espace « multi-service ».

À Nouveau Logis, nous avons accès à des personnes qui n’étaient pas sélectionnées en amont. Par conséquent, nous avons pu avoir accès à des personnes dont les conditions d’existence correspondaient moins aux critères d’inclusion dominants.

Le panel n’est pas représentatif statistiquement de l’ensemble de la communauté gitane ou même de la communauté urbaine de Perpignan. Deux raisons à cela. D’une part, il n’existe pas de statistiques ethniques en France permettant de recenser sur un territoire les personnes se déclarant « Gitanes » qui nous aurait permis ensuite de construire un échantillon représentatif. D’autre part – et c’est la

raison fondamentale – la représentativité statistique ne correspond pas au mode d’enquête de cette étude. En effet, il s’agit d’une enquête qualitative qui n’emprunte pas les canaux de démonstration d’une analyse statistique. La représentativité statistique n’importe pas. Ce qui compte, c’est la diversité du panel des personnes interrogées permettant de faire apparaître des situations contrastées<sup>103</sup> afin d’appréhender la diversité des expériences au sein d’une population qui pourrait apparaître homogène pour un œil extérieur.

Au total, nous avons des données sur 31 personnes. Deux d’entre elles habitent le quartier Saint Jacques mais ne sont pas gitanes. L’une d’entre elles est Gitane mais habite en dehors du quartier (elle est donc exclue du panel). L’un des jeunes hommes interrogés à Nouveau Logis n’habite pas le quartier mais a été inclus dans le panel car il y vient toute la journée.

Toutes les personnes interrogées sont majeures. L’étude renseigne néanmoins la situation des enfants, souvent évoquée par les parents lors des entretiens.

Un tableau recensant le panel en exhaustivité est disponible en annexe de ce rapport.

### 3.2 Les personnes rencontrées : des fractions stables aux fractions précaires des classes populaires

Les 30 personnes du panel interrogé se répartissent comme suit :

Nombre de Étiquettes de lignes	Numero Étiquettes de colonnes	Nouveau logis	Saint Jacques	(vide)	Total général
▼ F		8	8		16
20-29 ans		3	5		8
30-39 ans			1		1
40-49 ans		1			1
50-59 ans		1	1		2
60-69 ans		3	1		4
▼ H		7	7		14
20-29 ans		4			4
30-39 ans		1	3		4
40-49 ans		2			2
50-59 ans			2		2
60-69 ans			2		2
► (vide)					
<b>Total général</b>		<b>15</b>	<b>15</b>		<b>30</b>

Les données sont équilibrées concernant le genre (16 femmes et 15 hommes), le quartier de provenance (15 à Saint Jacques et 16 à Nouveau Logis). Le panel présente une surreprésentation des jeunes (près de la moitié ont entre 20 et 29 ans).

Les données sur le nombre d’occupants dans le logement et leur statut (parents, enfants, beaux-parents, famille élargie), le nombre de pièces disponibles pendant le confinement, la présence d’un extérieur (jardin, cour, terrasse, balcon), l’activité principale des occupants du logement et le réseau des relations quotidiennes des personnes interrogées n’ont pas fait l’objet d’un recensement systématique comme c’est le cas pour un questionnaire. En effet, privilégiant la mise en confiance et

<sup>103</sup> Cf. Beaud S. (1996). L’usage de l’entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l’« entretien ethnographique », *Politix*, 9, 35, pp. 226-257.

le récit du vécu de la crise Covid, certaines questions auraient pu bloquer la dynamique de l'entretien comme nous l'avons évoqué précédemment. Une liste en annexe présente l'exhaustivité des informations recueillies concernant le panel des personnes interrogées, sachant que le réseau des relations est celui désigné spontanément durant l'entretien. Il ne reflète donc pas l'entièreté du réseau, mais celui évoqué *a minima*.

### **3.2.1 Un réseau de relations quotidien et dense**

18 personnes évoquent spontanément des proches vivant à proximité qu'ils ont l'habitude de fréquenter quotidiennement et qu'ils n'ont, dans la très grande majorité, pas pu voir pendant le confinement.

- F1 : mère, frère
- F2 : père, frère, sœur, neveux, grand-mère
- F4 : fille, gendre, petits-enfants
- F5 : mère, cousines, grands-parents, beaux-parents
- F6 : mère, sœurs, nièces, frères, belle-sœur, voisine
- F7 : père, mère, frère, sœurs
- F8 : mère
- F10 : père, mère
- F13 : mère, fils
- F14 : enfants, frère, belle-sœur
- F15 : enfants, frère, belle-sœur
- H1 : filles
- H3 : père, mère
- H4 : père, mère, beau-père, belle-mère, grand-mère
- H5 : père, mère, frère, sœur, « collègues »
- H6 : enfants, petits-enfants, oncle
- H7 : mère, frère, sœurs, cousins, amis
- H9 : enfants, petits-enfants, ami

Dans la liste suivante, on remarque une majorité de liens parents/enfants, quel que soit l'âge des uns et des autres, le terme « enfant » ne correspondant pas ici à un âge jeune mais à un statut dans la parenté (fils et filles).

Une femme reconnaît avoir vu ses parents durant le confinement. Une grand-mère dit qu'elle a accueilli comme d'habitude ses enfants et petits-enfants pour les repas qu'elle prépare tous les jours pour l'ensemble de la famille. Une autre femme admet également avoir accueilli ponctuellement ses petits-enfants durant le premier confinement. Des mères déclarent que les enfants ont particulièrement souffert de ne pas voir leur grand-mère. Si les grands-parents évoquent le manque de liens avec leurs enfants et petits-enfants comme une des conséquences les plus difficiles de la période de confinement, trois d'entre eux confient, avec un sourire parfois gêné, apprécier aussi le calme qui régnait dans leur maison sans la visite de leurs enfants et petits-enfants. Quoi qu'il en soit, les liens entre les générations semblent quotidiens et denses, c'est-à-dire nombreux et réguliers.

### **3.2.2 Un profil socio-professionnel correspondant aux classes populaires**

Toutes les femmes rencontrées ont déclaré être mère au foyer, à l'exception d'une, retraitée de la Poste. Aucune d'elles n'a évoqué son niveau scolaire. Parmi les 8 femmes en couple déclarant une information sur leur mari, un travaille, un est pasteur, un est déclaré handicapé et ne peut pas travailler, deux autres sont au chômage.

Lorsqu'elles sont connues, les activités principales et les formations des hommes interrogés sont<sup>104</sup> :

- employé de mairie et pasteur
- employé de mairie (secteurs culture et insertion)
- agent d'accueil, niveau collège 3<sup>e</sup>
- employé de centre social
- salarié d'espaces verts/peintre en bâtiment (aujourd'hui en arrêt car maladie) ; niveau collège 4<sup>e</sup>
- stagiaire au centre social
- inscrit à l'école de la 2<sup>e</sup> chance
- pasteur
- bénéficiaire du RSA

Les niveaux scolaires et les positions sociales occupées des personnes interrogées correspondent aux classes populaires, ce qui est corrélé avec la sociographie des quartiers présentée en introduction. Aucun cadre ou occupant une profession intermédiaire n'a été rencontré.

### **3.2.3 Conditions de logement : de l'espace suffisant à la suroccupation**

Le nombre d'occupants par logement est de 3,4 personnes en moyenne<sup>105</sup>. Parmi les occupants, 34 % sont des enfants de moins de 12 ans.

13 personnes sur les 26 prises en compte dans le calcul ont vécu pendant le premier confinement en couple avec leurs enfants (d'âges divers, allant de 7 mois à 27 ans). 5 étaient en couple sans leurs enfants (des grands-parents). 7 femmes ont vécu avec leurs enfants sans être en couple. Pour l'une d'elles, son mari était à l'hôpital. 1 homme de 21 ans, célibataire, a vécu chez ses parents. Aucun cas de femme sans enfant n'est relevé<sup>106</sup>.

- F1 : couple + 1 enfant, 3 pièces
- F2 : couple + 1 enfant, 3 pièces
- F5 : couple + 2 enfants, 4 pièces
- F6 : femme + 2 enfants, 3 pièces
- F7 : femme + 3 enfants, 3 pièces
- F9 : femme + 3 enfants, 4 pièces

---

<sup>104</sup> Nous n'indiquons pas ici les numéros d'identification pour préserver l'anonymat des personnes interrogées.

<sup>105</sup> 27 personnes ont été prises en compte dans le calcul. Les deux personnes à la frontière du quartier et non-gitans, la femme gitane n'habitant plus Saint Jacques et les deux jeunes hommes interrogés en entretien informel (trop peu de données sur leur situation domestique) ne sont pas pris en compte.

<sup>106</sup> Ceci tend à montrer que les femmes ont toujours des enfants. Cependant, cela montre aussi qu'aucune jeune fille vivant chez ses parents n'a été interrogée.

- F10 : couple + 3 enfants, 3 pièces
- F13 : femme + 1 enfant et 2 petits-enfants, 5 pièces
- F14 : femme (mari à l'hôpital) + 1 enfant, caravane
- H1 : couple, 3 pièces
- H4 : couple + 3 enfants, 50 m<sup>2</sup>
- H5 : couple + 3 enfants, 5 pièces
- H6 : couple, 3 pièces
- H8 : couple + 3 enfants, « chacun son espace »
- H10 : couple + 2 enfants, pas de possibilité d'espace séparé pour téléphoner
- H12 : couple (parents) + autre couple (fils et sa femme) + 1 enfant, 1 pièce

Les personnes interrogées ne font pas état d'une situation de surpeuplement durant le confinement, excepté pour deux hommes, anonymisés sous les identifiants H4 et H12 : un couple avec 3 enfants dans 50 m<sup>2</sup> et un jeune homme avec sa femme et son bébé vivant chez ses parents dans un F1. Les acteurs de terrain rapportent aux enquêtrices que sur les quartiers investigués, ces situations existent largement même si ces situations sont minoritaires dans le panel. Pour rappel, le quartier Saint Jacques est le plus peuplé de la commune (pouvant aller jusqu'à 21 000 habitants/km<sup>2</sup>). Les quartiers Haut Vernet et Nouveau Logis conservent également une densité du nombre d'habitants au kilomètre carré élevée, atteignant respectivement 15 675 et 8 150 habitants/km<sup>2</sup> par endroits. En outre, si l'on prend la définition du surpeuplement utilisée dans l'étude EpiCov – soit moins de 18m<sup>2</sup> par personne pour les logements de plus d'une personne – on peut supposer que certaines situations vécues comme non surpeuplées (les personnes déclarant avoir « *chacun son espace* », « *c'est grand* ») pourraient être qualifiées comme telles.

Sur les 13 personnes résidant à Saint Jacques comprises dans le panel restreint, 9 n'ont accès à aucun extérieur. Deux d'entre elles (des hommes) disent rester parfois sur le seuil de leur habitation et « *discuter de loin* » pendant le confinement. 2 personnes possèdent un balcon, 1 autre une terrasse et une cour. L'information n'est pas disponible pour les deux personnes restantes.

À Nouveau Logis, 4 personnes déclarent un extérieur mais l'une d'elles dit ne pas l'utiliser pendant le confinement. Une femme a vécu en caravane (elle a depuis une maison). L'information n'est pas disponible pour les 9 autres personnes. Toutefois, les maisons de ce quartier possèdent toutes une cour extérieure.

### **3.2.4 Des maladies chroniques fréquentes**

Indépendamment de la crise du Covid et de ses conséquences, plusieurs personnes ont évoqué des pathologies chroniques d'eux-mêmes ou de leurs proches :

- F1 : asthmatique, elle et sa fille
- F2 : père diabétique, fils asthmatique et en surpoids
- F6 : diabétique, elle et sa mère
- F9 : diabétique
- F11 : mari handicapé (sans précision)
- F13 : diabétique
- H3 : diabétique de type 2 + hypertension + poids à surveiller

- H4 : père cardiaque et a fait un AVC, mère diabétique (sous insuline) et a fait un AVC
- H7 : déclaré handicapé (sans précision mais auparavant en surpoids), père atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- H9 : suivi par un psychiatre

Les maladies ne se répartissent pas de manière égale au sein de la population. Les recherches sur les inégalités sociales de santé ont largement mis en lumière un phénomène de distribution socialement différenciée des maladies<sup>107</sup>. On parle d'un gradient social de santé : plus on s'élève dans la hiérarchie sociale (plus on se rapproche des classes supérieures en termes de capitaux économiques, sociaux et culturels), plus l'état de santé général est meilleur et l'espérance de vie longue, et inversement. Plus on se rapproche des classes populaires (disposant de moins de capitaux économiques, sociaux et culturels), plus l'état de santé général est mauvais et l'espérance de vie courte<sup>108</sup>.

Le diabète et le surpoids sont des pathologies plus répandues dans les quartiers populaires. Ces pathologies ne seraient pas donc pas nécessairement liées à des modes de vie spécifiquement gitans, mais plus largement à des modes de vie des classes populaires, moins favorables à la préservation de la santé pour des raisons multiples : accès aux soins moins facile car éloigné, différence de qualité de soins avec les patients des classes moyennes ou supérieures<sup>109</sup>, attention au corps moins autorisée car rapport au travail basé sur la force entraînant une usure physique qu'il faut maintenir à distance<sup>110</sup>, attention au corps vue comme inutile car rapport au temps immédiat (vie au jour le jour car pas de possibilité de se projeter).

### 3.2.5 La contamination au SARS-COV-2 : une réalité concrète

Sur les 31 personnes du panel, 6 d'entre elles ont contracté le Covid-19 et 10 ont eu au moins un proche ayant été touché par le virus.

Personnes touchées et symptômes, avec ou sans leur entourage :

- F2 : essoufflement, perte odorat, toux ; dépistée négative la première fois, son fils de 7 ans, perte goût et odorat
- F5 : toux, fièvre une soirée, perte goût et odorat (vingtaine de jours)  
Sa fille : gêne dans nez sinon aucun symptôme  
Son fils a été « malade » (sans précision), mais pas testé car trop petit (à peine 2 ans)

<sup>107</sup> Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., Leclerc, A. (2000). *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte ; Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale, *Études et Résultats* n° 993 ; Fuentes S, Mandereau-Bruno L, Regnault N, Bernillon P, Bonaldi C, Cosson E, Fosse-Edorh S. (2020). Is the type 2 diabetes epidemic plateauing in France? A nationwide population-based study. *Diabetes & Metabolism*, 10.1016/j.diabet.2019.12.006. Un article sur le site de Santé publique France s'appuie sur cette étude : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete>

<sup>108</sup> Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, *Insee Première*, n°1584.

<sup>109</sup> Voir l'article de Maud Gelly et Laure Pitti (2016) dans lequel elles citent : Fainzang S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Puf ; Leclerc A., Kaminski M., Lang T. (2008). *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte/Inserm ; Sauvegrain P., Carayol M., Ego A., Crenn-Hebert C., Bucourt M., Zeitlin J. (2015). Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation de Seine-Saint-Denis, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°6-7. Cf. Gelly M., Pitti L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 1(1), 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

<sup>110</sup> Boltanski L. (1971). Les usages sociaux du corps, *Annales, Economies, sociétés, civilisation*, 26 (1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>



Pas ses beaux-parents qui vivent au-dessus de chez elle et avec qui elle a mangé avant le confinement

Son grand-père, mais pas sa grand-mère alors qu'ils vivent tous les deux ensemble

- F7 : mal de tête, toux

Son bébé de 10 jours : fièvre (hospitalisé)

Sa fille de 6 ans : éruption cutanée, œil qui se ferme, toux

Son fils de 10 ans : mal dans l'œil, toux, fièvre

Son père, sa sœur

- F8 : mal de ventre, de gorge, vertige, toux, perte goût et appétit

- H8 : mal derrière la tête

Les autres membres de son foyer n'ont pas été malades (vit avec ses frères et ses parents).

- H11 : fièvre, perte goût et odorat (persistant, revient parfois)

Sa femme et son bébé

Personnes non touchées ayant eu au moins un proche contaminé :

- F6 : ses deux sœurs dont une dans le coma pendant 10 jours, séquelles (déclare qu'elles ont du mal à marcher)
- F10 : le mari de sa nièce
- H4 : sa grand-mère
- H5 : sa femme et sa fille ; dépistées positives, isolement à la maison et repos
- H6 : sa femme, toux qui ne passe pas ; test négatif la première fois

Même si le panel n'est pas représentatif, on peut néanmoins souligner que près de 20 % des personnes a contracté le virus et un tiers connaît quelqu'un de leur entourage l'ayant eu. À une époque où les contaminations étaient faibles, surtout dans cette région du sud de la France, ces chiffres indiquent que le virus n'était pas une réalité abstraite mais concrète, touchant des personnes proches.

La réalité de la contamination au SARS-COV-2 dans ces quartiers interroge donc à une époque où le sud de la France restait relativement préservé.

\*\*\*

Les caractéristiques sociales des personnes interrogées montrent qu'elles appartiennent toutes aux classes populaires : revenus faibles (catégorie des employés, dépendance aux aides sociales), niveau de diplôme bas, logement dans un quartier qualifié de « prioritaire » cumulant les inégalités sociales, en retrait des zones d'activités valorisées et témoignant d'une dégradation urbaine, et les inégalités sociales de santé (diabète et surpoids fréquemment mentionnés).

Néanmoins, on distingue deux fractions de classe parmi elles. D'une part, celles qui appartiennent aux fractions stables des classes populaires : emploi régulier, logement décent, suffisamment grand, investissement associatif ou bénévole, scolarisation des enfants. D'autre part, il y a celles qui appartiennent aux fractions les plus précarisées : sans emploi, à distance du monde scolaire, sans aucune perspective d'avenir meilleur.

Les caractéristiques sociales des personnes rencontrées correspondent donc aux données plus larges concernant ces quartiers<sup>111</sup>. Les personnes interrogées sont des Gitans des quartiers populaires perpignanais marqués par l'accumulation d'inégalités sociales.

Les parties suivantes donnent la parole aux personnes interrogées.

D'une part, cela va permettre de « voir » ces habitants autrement qu'à travers le prisme statistique. D'autre part, d'après leurs discours à propos de la crise sanitaire, l'analyse déterminera dans quelle mesure ce qui relève des facteurs socio-culturels dans la rapide propagation du virus et sa virulence. D'après les données de cette première partie corrélées avec celles plus larges des quartiers concernés (partie 1 de la présente étude), la virulence de l'épidémie semble due, elle, à un état de santé mauvais préexistant à l'épidémie. La rapide diffusion du virus pourrait provenir d'un réseau social dense, une personne contaminée pouvant alors répandre d'autant plus facilement le virus.

L'analyse des discours va permettre de mettre à l'épreuve ces hypothèses et de découvrir si des variables culturelles (caractéristiques spécifiquement gitanes ne pouvant pas être expliquées par les conditions d'existence) expliquent le constat épidémiologique.

Pour ce faire, la trame d'entretien servait à connaître les représentations et les pratiques liées à l'épidémie, au confinement et au déconfinement. Elle est disponible en annexe.

Les résultats conduisent à distinguer entre plusieurs niveaux : celui du virus (3.3), celui des mesures collectives (confinement et le couvre-feu) (3.4) et celui de la crise sanitaire en général (3.4).

### 3.3 Représentations et pratiques liées au virus

Sont analysées ici les pratiques (les précautions sanitaires et les remèdes profanes) et les représentations de l'épidémie (le sens que les acteurs lui donnent et les informations qu'ils mobilisent pour la comprendre).

#### 3.3.1 Les précautions

Les pratiques liées à l'épidémie sont les précautions que les personnes interrogées ont mises en place durant le premier confinement et qu'elles ont, pour certaines, conservées par la suite.

##### *Des frontières familiales*

La peur de la contamination amène à la première des précautions, le respect du confinement. Celui-ci crée tout d'abord des séparations physiques au sein de familles qui se voient habituellement au quotidien. Les différentes générations et les fratries qui se côtoient tous les jours restent dans leur domicile respectif. Des circulations entre familles sont néanmoins rapportées mais elles visent à protéger d'une éventuelle contamination, notamment les plus âgés : « Pendant un moment... Ben, j'ai dû prendre ma mère avec moi. Parce qu'on croyait que mon père avait le virus » (H3, 50-59 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses deux filles). À l'intérieur même des foyers, des isolements visent à se protéger les uns les autres en cas de Covid ou de suspicion : « Quand la madame m'a dit : vous

---

<sup>111</sup> Cf. 1.3. Vivre en « quartier prioritaire ».

*avez pas... vous n'êtes pas malade, mais on dirait les symptômes. Après, j'ai écarté le petit, et j'étais pas tout le temps collée [comme d'habitude].* » (F2, 20-29 ans, un fils de 7 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari et son fils) ; *« Elles [sa femme et sa fille] se sont mis chacune dans leur chambre, elles se sont reposées pendant que moi, je faisais tout ce qu'il fallait faire à la maison »* (H5, 30-39 ans, Saint Jacques, employé, confiné avec sa femme, sa fille de 14 ans et ses deux fils de 9 et 4 ans).

### **Des frontières domestiques et corporelles**

Les précautions ne concernent pas seulement la distance physique entre les familles. Elles concernent tout autant l'intérieur des habitations. La peur de la contamination renforce les délimitations que tout un chacun établit entre propre et sale, pur et impur<sup>112</sup>. Le foyer représente une zone à préserver d'un environnement extérieur dangereux. La frontière entre le « dedans » et le « dehors » doit devenir étanche.

Mais le passage entre les deux s'avère parfois inévitable. Les personnes doivent sortir pour les courses, les consultations médicales, le travail... Par conséquent, lorsqu'elles rentrent, leur corps devient lui-même dangereux, car potentiellement contaminé, « pollué » dirait-on pour parler comme les anthropologues. Il subit alors des pratiques visant à le rendre de nouveau admissible dans la zone protégée que constitue le foyer, pratiques qui s'apparentent à une procédure de décontamination.

C'est d'abord l'enveloppe vestimentaire et les chaussures qui sont laissées à l'extérieur, ayant été en contact avec les espaces risqués. Certains utilisent des gants dans les premiers temps du confinement (*« Je mettais des gants de vaisselle (sourire) »* F5, 20-29 ans, Saint Jacques). Puis c'est le corps lui-même qui fait l'objet de cette procédure de dépollution en se lavant les mains ou en prenant une douche.

*« Je me mettais en extra-terrestre (sourire). [...] Vous savez tout le... Des gants. Je me changeais [inaudible] la douche ! En fou quoi ! »*

H1, 50-69 ans, Saint Jacques, médiateur, confiné avec sa femme

*« Je mettais des chaussures pour aller dehors, elles rentraient pas chez moi. Elles restaient dans le couloir. Les habits, direct dans la machine. Non. Ça, j'ai paniqué. »*

F5, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec son mari, sa fille de 7 ans et son fils de 2 ans

*« Je fais tout attention. Je... je regarde autour, je... Je mets le masque, je me, je me désinfecte les mains. Quand mes filles rentrent de l'école, je les fais désinfecter. J'enlève le linge, je le mets dans la machine. J'ai peur. On sait jamais. Après les chaussures, je les mets pas... dans le.. dans la maison. Je mets les chaussures dans le... dans l'escalier. Au couloir. Je fais attention. »*

F6, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec ses deux filles de 6 et 7 ans ; ses 2 sœurs touchées par le virus dont 10 jours dans le coma pour l'une d'elles.

Certains espaces périphériques de la maison font office de sas. L'escalier, le couloir sont souvent cités à Saint Jacques comme zone tampon entre l'intérieur et l'extérieur. Ils sont parfois nettoyés quotidiennement durant le confinement. (*« [...] je faisais tous les escaliers tous les jours et devant la rue. Parce que j'avais trop peur. »* F5) De même que les chaussures restent à l'écart du foyer, les

---

<sup>112</sup> Mary Douglas montre l'importance de ces catégories pour ordonner le monde qui nous entoure. La hantise de la « pollution » conditionne de nombreuses pratiques d'ordonnement du monde. Cf. Douglas M. (2001 [1966]). *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte.

denrées provenant de l'extérieur font également l'objet d'une décontamination. (« À la pharmacie quand je suis partie récupérer des médicaments, j'avais peur, je laissais au couloir toute une journée. Je retirais les boîtes, je désinfectais à la javel, tout. » F5).

*« J'ai vécu dans le... J'ai peur. J'ai peur. Du coup, maintenant, j'ai peur. J'ai peur de tout. Je regarde autour, je fais tout attention. Même le manger je... quand je vais acheter les commissions, je les passe dans l'eau. Les fruits... tout ! J'ai peur. Les fruits à la place Cassagnes, je l'achète pas.*

M.S : D'accord.

*Parce que j'ai peur. Y en a qui touche...*

M.S : Avant vous le faisiez ?

*Avant, je le faisais. Mais maintenant quand tout le monde touche comme ça, j'ai peur.*

M.S : Ah oui, je comprends.

*Je préfère aller acheter avec les plastiques, tout. Après, je repasse tout dans l'eau. »*

F6

Les précautions relatives aux aliments perdurent après le confinement jusqu'à changer des habitudes de consommation. Les gestes barrières s'invitent aussi à l'intérieur des familles. Deux femmes rencontrées à Nouveau Logis devant la maison de l'une d'elles en train de discuter et portant un masque précisent que lors du dernier repas de famille, tous portaient le masque (en dehors du temps du repas à proprement parler), ils ont laissé les fenêtres ouvertes et les deux femmes ont ensuite désinfecté la maison à la Javel.

### **Des précautions sélectives**

Toutefois, l'application des précautions est sélective. Par exemple, l'une de ces deux femmes très précautionneuses confie aux enquêtrices avoir laissé sortir ses enfants dehors pendant le confinement. Mais, une fois rentrés, ils allaient sous la douche « *comme ça, y avait plus le virus* » (F15, 50-59 ans, Nouveau Logis, mère au foyer). Une jeune femme déclare également faire davantage attention aux personnes les plus vulnérables.

*« Par exemple, quand je vais chez mes grands-parents, je n'ose pas les embrasser, j'ose pas m'approcher d'eux.*

M.S : Vous faites encore attention aux gestes barrière ?

*Oui, parce qu'on ne sait pas si on l'a ou si on ne l'a pas et eux, ils sont vieux. Mon grand-père il a 76 ans, donc ce n'est pas pareil. [...] Mes sœurs, comme il n'y a plus de confinement, je suis beaucoup avec elle, ma nièce aussi je la prends. Par exemple, si je vais à la Casa des petits, je l'emmène avec moi. C'est vrai que je fais plus attention à mes grands-parents qu'à ma sœur par exemple. Parce que je sais qu'elle aussi elle l'a eu. »*

F7, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec ses 3 enfants de 10 ans, 6 ans et 7 mois

Un homme avoue ne plus prendre de précautions particulières et ne pas porter le masque sauf dans les espaces où il est obligatoire.

*« Honnêtement non. Quand on va acheter, ils nous obligent à mettre le masque, mais ici non. Je me lave les mains assez régulièrement, mais après le masque non. »*

H5, 30-39 ans, Saint Jacques, employé, confiné avec sa femme, sa fille de 14 ans et ses deux fils de 9 et 4 ans

La recommandation du lavage des mains plus régulier s'ancre comme habitude hygiénique :

« Avant... avant de manger, les petites, elles allaient se laver les mains. Bon, et puis, après, c'est une habitude qu'elles n'ont pas perdue. [...] Maintenant, on est toujours en train de se laver les mains. [...] C'est automatique on dirait. On rentre dans un magasin, on le fait. On dirait que c'est automatique maintenant. Ce n'est plus une... 'Il faut le faire' ; non : maintenant, on le fait parce que voilà, ça nous fait plaisir de le faire. »

F13, 61 ans, Nouveau Logis, retraitée, confinée avec sa fille et sa petite-fille

### **Les tensions relatives au port du masque**

Si certaines précautions s'intériorisent, il en est une qui cristallise une certaine tension : le port du masque. Deux hommes interrogés le rappellent sans cesse aux jeunes à tel point que le port du masque effectif semble exceptionnel :

« H3 : Voilà. Hier, on était contents. Une voiture... une voiture s'est arrêtée à minuit-minuit et demi, quatre jeunes, ils descendent de la voiture, ils portaient tous le masque.

H1 : Je suis content quand je vois ça. »

Un contrôle social se met en place.

« [...] ceux qui portaient pas le masque, c'était l'œil du tigre hein ! [...] On faisait voir vraiment qu'on était mécontents quand on voyait des gens sortir sans masque. Même maintenant, actuellement. »

H7, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 2 enfants (âge cours élémentaire)

Visible, il indique qui s'incline devant les recommandations et qui ne le fait pas. Toutefois, le non-port du masque ne traduit pas nécessairement une attitude subversive.

« Ben hier, ça a été mon cousin qui m'a fait le reproche avec moi. [...] Il m'a dit : cousin, ça te coûte rien de prendre le masque quand tu sors dehors ! » (H7)

Selon les personnes interrogées, le port du masque ne semble donc pas préoccuper les jeunes, adolescents et jeunes adultes pourtant soumis à cette obligation. Ils sont souvent dénoncés durant la crise pour leur égoïsme, se croyant non concernés par la contamination. Toutefois, ces accusations ne rendent pas compte de pratiques d'isolement qui traduisent un souci réel des risques de contamination. Un groupe de jeunes (entre 17 et 25 ans) est interrogé durant l'enquête de manière informelle lors d'une conversation ethnographique. Une longue partie de l'échange porte sur le fait que certains ne veulent pas dire qu'ils sont contaminés : « Certains le cachent ». En effet, en cas d'infection avérée, les jeunes sont catégoriques : « Si t'as le Covid, on te veut pas » précise l'un d'eux.

### **Une prolongation du confinement**

Parmi les précautions adoptées par les personnes interrogées, certaines ont choisi de prolonger le confinement. Les deux médiateurs rencontrés à Saint Jacques rapportent que la « communauté » a prolongé le confinement d'une quinzaine de jours sur leurs conseils. Les autres réponses montrent que tous n'ont pas suivi leurs recommandations. Toutefois, un des hommes interrogés n'est sorti qu'au mois de juin.

*« Je suis diabétique de type 2 et je suis suivi à Montpellier, depuis l'âge de sept ans, je suis en hypertension et puis... je suis pas maigre aussi, je suis une personne qui est très, très, très sensible par rapport à toutes ces choses, c'est-à-dire que je peux mourir si je prends ce coronavirus, très facilement. Donc je suis resté confiné jusqu'au mois de juin, je sortais pour faire mes courses et je restais à la maison, voilà. »*

H4, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 3 filles

D'autres, considérés comme âgés et vulnérables, ont respecté les désirs de leurs enfants les enjoignant à ne pas sortir.

*« Ils ont dit qu'ils déconfinaient ; bon moi les enfants ils m'ont dit : ne sors pas toi. »*

F9, Nouveau Logis, 60-69 ans, 2 filles de 20 et 27 ans

### **Des masques et du gel difficilement accessibles**

Durant le confinement, peu de personnes ont eu accès à des masques et du gel hydroalcoolique. Une femme récupère un masque lors de sa consultation au centre Covid et le réutilise par la suite.

*« Je le mettais à l'air et je devais me le remettre si je devais aller à un endroit, j'étais obligée de remettre celui-là. Même mon mari prenait le mien, on était obligé on n'en avait qu'un. Alors, il le prenait, il allait acheter, il revenait, je le mettais à l'air. C'était tout le temps comme ça. »*

F1, 20-29 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari et sa fille de 7 ans

Certains en commandent sur Internet par l'intermédiaire de leurs enfants (F4, 60-69 ans ; F9, 60-69 ans). D'autres partagent des masques obtenus par des prescriptions médicales. Une femme (F6) est diabétique et son médecin lui en prescrit. Un homme (H3) en obtient par sa grand-mère à qui l'infirmier qui vient la voir régulièrement pour son diabète en a donné. Une femme (F5) partage avec son mari la boîte de 50 masques récupérée à son travail. Deux personnes évoquent la revente illégale de masques pendant le confinement à prix d'or.

*« Alors trouver un masque, ça coûtait la peau des fesses ! Il y a eu... Y a même eu des gens qui volaient, dans certaines pharmacies, et qui venaient le vendre ici, dans le quartier. Parce que personne avait de masque hein ! [...] Donc quand vous voyez que des non-gitans, on va dire, venaient vendre des masques, une boîte, 50 euros ! »*

L'une d'elle fait également allusion à la distribution de masques, gratuite, par les « voyous », « trafiquants de drogue » durant le confinement (« cette époque, y a beaucoup, beaucoup de voyous qui sont venus nous distribuer des... [masques]. [...] En soirée. Tous les trafiquants de drogue. [...] ils venaient tous les soirs. Moi, je m'en rappelle moi. Ils nous donnaient des masques. »)

### ***L'alternative des masques en tissu***

Si les masques chirurgicaux jetables étaient difficiles à trouver, plusieurs initiatives de fabrication de masques en tissu ont vu le jour. 8 personnes ont obtenu des masques en tissu, soit parce qu'elles les ont faits, soit parce que des femmes de la famille leur en cousent. Une femme (F8) s'en fabrique un de fortune avec du tissu et un plastique à l'intérieur retenu par un élastique à cheveux en attendant les 3 en tissu que sa mère lui coud. Des femmes ont fabriqué de manière indépendante des masques qu'elles ont vendus ou donnés (F6). D'autres ont participé à Saint Jacques à des ateliers de masques. Une entreprise solidaire de Perpignan, Père Pigne, spécialisée dans la confection de vêtements embauchant des femmes du quartier Saint Jacques s'est mobilisée pour confectionner des masques durant le confinement. Avec une autre entreprise solidaire de Perpignan (LCS groupe l'atelier), elles ont fabriqué 5000 masques au 1<sup>er</sup> avril 2020<sup>113</sup>. 30 femmes ont été embauchées à cette occasion. À la maison du quartier Saint Jacques, place Michel Carolas, ce sont des femmes bénévoles qui ont confectionné des masques. Comme le résume un des médiateurs participant au projet : « *La mairie a produit des machines, et nous, on amenait la main-d'œuvre ! Bénévole. Chacun venait et pouvait pour... pour elle, pour lui. Mais en même temps, on a fait une grande quantité qu'on a pu distribuer dans le quartier.* »

À Nouveau Logis, un médiateur, salarié du centre social, fait « *un appel aux dons* » en demandant si des couturières pourraient produire des masques. La couturière intervenant en tant que prestataire au centre social va en réaliser bénévolement 700 avec le soutien de femmes du quartier. Pour les récompenser, le médiateur demande et obtient d'entreprises alentours une subvention ou un soin dans le cas d'une enseigne de cosmétique. Avec cinq bénévoles, il distribue ensuite deux masques par logement.

### **3.3.2 Les remèdes profanes**

Certains interviewés rencontrés dans le quartier Nouveau Logis ont fait part de remèdes profanes pour guérir du Covid ou le prévenir.

Une femme déclare boire occasionnellement du whisky pendant le confinement pour prévenir le virus. Un homme contaminé par le SARS-COV2 s'est soigné avec du repos et des boissons chaudes à base de plantes. Il alternait entre du thé et des tisanes comme la verveine : « *C'est des médicaments aussi, les plantes* ». Il prend aussi de lui-même des médicaments : « *Je faisais le contraire de ce qu'ils disaient. S'ils disaient de pas prendre du doliprane, je le prenais. S'ils disaient de pas prendre des anti-inflammatoire, je le prenais. J'ai pris aussi des médicaments pour les poumons* » (H11, 30-39 ans, Nouveau Logis, confiné avec sa femme et son enfant). Extrêmement méfiant de manière générale envers le gouvernement, il cherche à déjouer des mensonges éventuels en retournant systématiquement les recommandations sanitaires. Son discours est largement empreint d'un sentiment d'exclusion (« *on est exclu* », répète-t-il plusieurs fois ou encore « *on est mis de côté* »). Il dit d'ailleurs n'avoir jamais voté car il n'en perçoit pas l'intérêt.

---

<sup>113</sup>Un article de l'*Indépendant*, le journal local relate cet événement : <https://www.lindependant.fr/2020/03/31/coronavirus-a-perpignan-deux-entreprises-font-des-miracles-et-parviennent-a-produire-5000-masques-de-protection,8827091.php>. L'atelier Père Pigne est aujourd'hui un fournisseur officiel de masques, l'État y passant commande dans le cadre de l'opération Résilience. Cf. <https://perepigne.fr/masques-protection-coronavirus>.

Une autre femme, atteinte elle aussi par le Covid ainsi que ses enfants, cherche à se soigner elle et sa famille par l'absorption de fruits et de vitamines (d'après le conseil d'un pharmacien) et/ou de médicaments tels que le doliprane et le sirop pour la toux.

« J.Y : Quels étaient vos symptômes un peu ? Vous toussiez ?

*J'avais au ventre. Je toussais. La gorge me faisait mal. La tête qui tournait. Je sentais plus le goût. Du manger. J'avais plus faim. Mais je forçais... Moi, les enfants, on se forçait à manger. J'achetais des bananes, des choses... des fruits, j'achetais.*

J.Y : C'est des choses que vous faites pas d'habitude ?

*Vooilà !*

J.Y : Pour essayer de guérir en fait ?

*Vooilà ! Après je suis allée à la pharmacie et j'ai acheté des... (elle cherche le mot) des vitamines ! Pour moi, pour les enfants. Comme on avait le virus, j'ai acheté des vitamines. Je l'ai expliqué à la pharmacie qu'on avait le virus. Elle m'a dit : il faut prendre ces vitamines. [...] Chaque trois heures je mettais le portable. Je mettais le... le réveil. [...] Chaque tr[ois], quatre heures, on prenait le médicament. Comme ça j'oubliais pas. Chaque quatre heures, allez tous ! Le doliprane ! Tous on prenait le doliprane (rires) ! [...] Ça et le sirop on prenait pour la gorge. Chaque quatre heures. »*

On ne distingue pas clairement dans son discours si c'est sur les conseils du pharmacien qu'elle achète des vitamines et/ou du doliprane et qu'elle les prend à intervalles réguliers. Néanmoins transparaît une « bonne volonté sanitaire »<sup>114</sup> dans l'autocontrainte à prendre le traitement et à respecter des intervalles, même si l'usage des médicaments s'éloigne des prescriptions médicales (ne pas prendre d'antalgiques si la douleur a disparu).

Ces remèdes peuvent être qualifiés de « profanes » dans le sens où ils ne correspondent pas aux prescriptions médicales issues de la culture savante. Les personnes se réapproprient différentes injonctions qu'elles soient médicales (respecter la posologie et les intervalles qui y sont associés), qu'elles relèvent plus largement des recommandations sanitaires (importance des fruits et légumes) ou encore qu'elles proviennent des mouvements valorisant une vie plus « naturelle ».

### **3.3.3 La recherche d'informations et de sens**

#### **Les canaux d'information**

Face à l'épidémie, la télévision est la source principale d'informations (F2, F3, F6, F13, H1, H4, H6). « Internet » est cité une fois (F1). Certains s'informent aussi ou exclusivement auprès de leur famille (F1, F3, F13). Une femme (F10) demande à sa sœur qui, elle, regarde la télévision. Les médiateurs obtiennent des informations auprès des professionnels de santé. Un homme, coordinateur de chantiers d'insertion, est en contact avec ces deux médiateurs. Une femme (F7) se renseigne auprès de l'association le Fil à Métisser.

La circulation d'informations se fait également par « bouche-à-oreille ». En effet, lorsque les personnes (plutôt des hommes) se mettent sur le seuil de leur porte et discutent de loin avec leurs voisins ou,

---

<sup>114</sup> Arborio A., Lechien M. (2019). La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé. *Sociologie*, 1(1), 91-110.



quand, de fenêtre en fenêtre, les annonces des décès et des malades s'apprennent, on peut supposer que les échanges portent également sur les dernières recommandations (port du masque par exemple).

### ***Donner du sens à une catastrophe***

Au-delà des informations, certains cherchent à comprendre les raisons de l'épidémie. Cinq personnes nous ont confié leurs interprétations. Celles-ci ne sont pas avancées comme des vérités mais, avec prudence, comme des possibles. C'est pourquoi nous ne pouvons pas conclure à des théories complotistes, mais plutôt à la recherche de sens, presque spirituel, face à une catastrophe.

Pour deux d'entre elles (F5, H3), le Covid serait là pour réguler la population mondiale. En l'absence de guerres, la régulation démographique se fait alors par des épidémies. Pour l'une, cette régulation sert les intérêts économiques.

*« Ils ont jamais de guerre. Ils ont besoin de personnes qui meurent. Ça en vrai. Et faire faillite à la France, c'est impossible. C'est un bon pays. »*

F5, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec son mari, sa fille de 7 ans et son fils de 2 ans

Pour l'autre personne, c'est une sorte de cycle nécessaire.

*« Après je vous dis, les rumeurs qui tournent chez nous. Et un peu de partout. Hein. C'est que : tous les 100 ans, y a des choses qui se passent. [...] Y a des épidémies, y a des pestes, y a des choses comme ça, qui font... Y a plein de morts. Et beh ça... ça remet le disque dur à zéro quoi ! Voilà. La population se multiplie trop vite. Comme par hasard, c'est arrivé en Chine ! Voyez ? Où y a beaucoup d'habitants. Déjà. On a commencé par eux. Après, voyez... Je vous le dis à vous. Ça s'affiche pas ça. Sur les réseaux sociaux, je le mettrai jamais ! C'est ce que je pense... peut-être ! Je suis partagé quand je vous dis ça. Je serais certain, je m'affiche ! Je me mets à la tour Eiffel avec un micro... »*

H3, 50-59 ans, Saint Jacques, marié, confiné avec sa femme

Lors d'une conversation informelle au sein d'un lieu d'accueil enfant-parent, une femme nous confie, toujours avec la même prudence, une autre raison qui expliquerait pourquoi les gens ont peu si peur : « y en a qui disent c'est écrit dans la Bible ». Pour deux hommes rencontrés à Nouveau Logis (H11, H14), l'épidémie « arrange bien Macron, pour pas payer les retraites ! » Énoncée sur le ton de la boutade, cette interprétation n'en restait pas moins une possible explication. Sans croire à une théorie complotiste qui consisterait à penser que le virus aurait été délibérément créé, les conséquences de la crise sanitaire viendraient à propos.

La prudence – l'explication donnée est elle-même qualifiée de « rumeur » par l'un des médiateurs – ou le ton de la boutade montre que les personnes interrogées ne croient pas de manière simpliste à des théories complotistes, mais cherchent à donner du sens à l'événement que représente la survenue du Covid. L'origine de l'épidémie n'est pas remise en cause. Aucun commentaire n'est fait à ce propos. Ce sont des raisons symboliques qui sont exposées.

### **Un sentiment généralisé d'incertitude**

Si les personnes interrogées recherchent un sens qui dépasse les explications médicales, c'est peut-être aussi parce qu'elles sont plongées dans un climat d'incertitude générale. Aucune information ne semble fiable, aucune recommandation ne semble totalement justifiée. Les informations télévisées sont source de confusion (« *On était devant la télé. Tout, ils disent... tout et n'importe quoi !* », H1). L'incohérence des décisions gouvernementales laisse place à une perplexité qui fait perdre toute confiance.

Une des rares personnes à avoir exprimé de la colère dénonce l'inadaptation du vocabulaire guerrier, l'incohérence des recommandations et la gravité des conséquences : les morts inattendues et la perte de confiance dans les propos officiels. Résidant en dehors du quartier, mais entretenant de nombreux liens quotidiens avec les habitants du quartier et y travaillant, elle porte un regard global sur la situation :

*« Macron, il nous a dit qu'on était en guerre mais c'était co[n]... de la connerie, en fait, ce qu'il a dit. Il aurait jamais du dire ça comme ça. On est en guerre. Eux ils croyaient... Mais en guerre contre qui ? Contre les arabes<sup>115</sup> ? En guerre avec qui ? Ils [les habitants gitans du quartier] ont pas compris eux ! En guerre contre qui ? Un virus ? Comment on peut dire qu'on est en guerre avec un virus ? Il aurait du... Ils ont pas compris. Donc eux, ils croyaient pas. Déjà qu'ils croyaient pas du tout aux politiciens... Encore plus au président hein ! [...] En guerre ! Oui, on est en guerre. Oui, voilà ce qu'il nous dit Macron. Mais contre qui, contre quoi ? On fait quoi ? Non, on n'a pas besoin des masques. Ben personne a mis des masques ! ça a été... Il a mal fait son travail. [...] Il nous dit : non, c'est pas obligatoire les masques, c'est que les vieux. Eh ben personne... [...] Il faut... Il faut dire la vérité ! Non, c'est pas obligatoire les masques, c'est que pour les vieux. Ben qu'est-ce qu'ils ont fait les gens ? Ils en ont pas mis de masques ! Et après quand il a dit : mais non, finalement quand on a vu que des jeunes, des jeunes filles, des jeunes... mourraient ! Mais attends, il disait que c'était les vieux ! C'était que les vieux. Et en fait c'est les jeunes qui... qui nous meurent. Ils ont rien compris ! Ils ont pas cru ce qu'ils disaient les scientifiques, Macron, macronite, là. Ils ont pas cru. Ils ont pas eu confiance. »*

Cette incohérence et l'inadaptation du vocabulaire guerrier sont soulignées par une autre femme, retraitée de la Poste, 61 ans et habitante Nouveau Logis (F13) :

*« Je crois qu'il [le président de la République] nous a plus choqués, lui, que n'importe quoi plutôt, parce que c'est choquant le terme 'confiner'. On n'est pas en... en guerre contre des hommes ; on est en guerre contre un virus. Contre les hommes, bon, vous pouvez vous défendre, mais contre le virus, on ne se défend pas. Hein franchement. [...] Notre président hein, moi, si je pouvais lui parler, je lui dirais hein.*

J.Y : Qu'est-ce que vous pourriez lui dire justement ? – si vous aviez l'occasion de pouvoir en parler aux autorités directement.

*Qu'on ne sait plus où on allait – avec leurs courbes, avec leurs réanimations. Aujourd'hui, il y a cinquante lits, demain, il y en a cent, le jour d'après, il y en a soixante. Bon, après, ils*

---

<sup>115</sup> La femme fait sûrement référence soit à l'islamisme radical ramené au terme « arabe » ou, plus probablement, à l'opposition entre « gitans » et « arabes ». À Perpignan, en 2005, des émeutes ont éclaté et ont été relayées dans les médias comme un « conflit intercommunautaire ».

*confinent... ils confinent un bar parce qu'il y a beaucoup de gens, et, à côté, il y a une boulangerie qui prend la vente des cafés, le matin. Alors... des gens qui sont habitués d'aller prendre leur café, je ne vois pas pourquoi la boulangerie, elle ne ferme pas et elle vend du café, puisque le bar, il a fermé. »*

Les chiffres liés au virus restent abstraits et ne correspondent pas à des réalités aisément compréhensibles. En revanche, les écarts concernant les jauges de rassemblements autorisés sont des exemples très parlants, comme en témoigne les propos d'un habitant de Saint Jacques, 65 ans, coordinateur de chantiers d'insertion :

*« Après, ils disent qu'on est en zone rouge, qu'il faut pas faire de rassemblements de plus de dix personnes, ils font un match de rugby à Perpignan, il y a 5000 personnes, donc... vous comprenez quelque chose, vous ? [...] Si on vous dit de pas faire de rassemblement de plus de dix personnes, c'est pour tout le monde. Pas pour le sport, 5000, et nous on a pas le droit de manger à vingt personnes à la maison. Là, je n'arrive pas à comprendre. »*

Mais les propos critiques n'émanent pas seulement de sexagénaires, travaillant, « insérés ». Un jeune homme d'environ 25 ans admet fumer devant chez lui alors que c'est interdit durant le couvre-feu : *« regardez le parc Astérix et la Tour Eiffel ! Ils sont 4500 et on va venir me dire quelque chose parce que je suis juste devant chez moi ?! Qu'est-ce que ça change ? »*

À l'incohérence des mesures gouvernementales s'ajoute l'incertitude concernant le virus. Une habitante de Saint Jacques très angoissée au début de l'épidémie, met en doute les informations données par une infirmière et aura finalement raison :

*« J'avais commandé des trucs en Chine. Au début, vraiment... Pas au début du confinement, avant. Et j'avais pas reçu. Et j'avais peur. Parce que là-bas ça a commencé au mois de janvier. Et j'ai demandé à une infirmière : est-ce que le virus il peut rester sur... Elle m'a dit non. [...] J'ai dit : mais si vous le connaissez même pas, comment vous savez ça peut rester ou ça peut pas rester ? Ils m'ont dit : non, parce que ce virus, il reste pas. [...] Mais des exemples ! J'ai dit, moi j'ai peur de ce virus. J'ai dit moi j'ai reçu des trucs de là-bas. J'ai tout mis dans une poche. J'ai attaché et j'ai caché en haut de l'armoire pour pas y toucher. J'ai pas touché pendant une dizaine de jours hein ! Après j'ai lavé les trucs. Et après je me disais ça pouvait rester sur ça. Et après à la fin, ils ont dit que ça restait...*

M.S : Ça restait, mais pas trop longtemps.

*Pas trop longtemps, mais ça restait. »*

F5, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec son mari, sa fille de 7 ans et son fils de 2 ans

### **Des réticences face au vaccin**

Ce contexte d'incertitude générale peut expliquer en partie la réticence face au vaccin contre le Covid. Aucune personne rencontrée n'a émis le souhait de se faire vacciner dès que cela sera possible. La plupart reste sur la réserve sans le refuser, mais voudraient être sûrs de son efficacité :

*« Quelqu'un d'autre qui le fasse, déjà. Comment c'est fait, et comment ça marche sur la personne avant de le faire moi.*

M.S : Ouais donc vous l'expliquer bien et avoir la preuve que ça...

*Voilà. Que ça marche au moins !*

M.S : Ah oui.

*Que ça donne pas d'autres symptômes. »*

F4, 60-69 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari, 1 fille, 3 petits-enfants dont elle s'occupe habituellement quotidiennement, sœurs touchées par le Covid dont une dans le coma pendant 10 jours

Un père rencontré à Saint Jacques et atteint de maladie chronique ne souhaite pas se faire vacciner. Il se justifie de manière pragmatique.

*« Je ferai pas tout de suite, non. [...] J'attendrai l'évolution. C'est vital pour moi. C'est pas que je suis complotiste ou quoi que ce soit d'autre, c'est que vraiment, pour moi c'est vital et que j'ai besoin de rester en vie pour mes enfants, c'est tout. »*

Toujours avec prudence, l'homme qui voit dans le Covid un cycle nécessaire de mortalité de masse, cherche à démêler le vrai du faux des « rumeurs » dont il a connaissance. Le vaccin serait un moyen d'accroître considérablement le contrôle des populations :

*« Après, il faut savoir ce qu'ils veulent faire. Ils veulent nous pucer. Nous mettre une puce pour nous identifier.*

M.S : Je pense pas quand même...

*Non, mais y a des rumeurs qui tournent quand même !*

M.S : Ah et ces rumeurs, elles ont...

*C'est un coup d'Etat. C'est des vaccins pour nous... pour nous... pour nous infecter... Voyez ? Est-ce que les gens seront numérisés ? Ça marche beaucoup par numéro maintenant. »*

H3, 50-59 ans, Saint Jacques.

Pour d'autres, le vaccin pourrait être une substance nocive. Un des jeunes hommes rencontrés lors d'une des conversations ethnographiques à Nouveau Logis clôture l'échange ainsi : « *Moi j'ai une question. Le vaccin. Il arrive ou c'est du poison ?* ». Une mère rencontrée à Saint Jacques, très inquiète, cherche des informations. Par Internet, elle se rapproche des thèses catastrophistes :

*« J'ai trop peur des vaccins. [...] Mais j'ai vu des trucs sur Internet que... [...] Donc je suis obligée de le faire. J'ai vu qu'on a... genre, ils ont détruit... un laboratoire. En Amérique.*

M.S : Ah bon ?

*Ouais. J'ai vu sur Internet en disant... en cherchant bien. Parce que... genre c'est un vaccin comme ça. Qui pense qui fait... de l'autisme ! »*

F5, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec son mari, sa fille de 7 ans et son fils de 2 ans

La jeune femme se réfère peut-être aux débats suite au possible lien entre le vaccin contre la rougeole et l'autisme qui ont eu lieu en Grande-Bretagne et aux États-Unis en 1998<sup>116</sup>.

---

<sup>116</sup> Blume S. (2017). *Immunization: How Vaccines Became Controversial*, Islington, Reaktion Books. La France connaît un épisode de rougeole entre 2008 et 2011 du à un défaut de vaccination. Cf. Guimier L. (2016). *Approche géopolitique de la*

Les liens évoqués entre vaccin, poison, autisme, ou encore puce identificatrice, ne doivent pas être nécessairement considérés comme une mauvaise compréhension de ce qu'est un vaccin de la part des personnes interrogées. Ils reflètent davantage une préoccupation, un manque d'informations fiables. Il convient de prendre en compte le sentiment d'être dupé en permanence pour comprendre les réticences face au vaccin, notamment lorsque celui-ci est inconnu.

### **Le monde médical, un soutien légitime et apprécié**

Le monde médical reste par ailleurs largement estimé et reconnu comme légitime lorsque des liens personnels sont noués avec des soignants. Les trois médiateurs rencontrés ont tous salué l'investissement des médecins du CHU de Perpignan et particulièrement apprécié les liens privilégiés qu'ils ont pu avoir avec eux. Leur statut, médecin, et leur rattachement à l'hôpital de Perpignan, plus particulièrement au service des maladies infectieuses (SMIT) ont toujours été précisés comme des gages de légitimité des informations reçues par son intermédiaire. Le lien avec le cabinet infirmier de la place du Puig et plus généralement celui entretenu avec les infirmières et infirmiers est également valorisé.

L'Agence Régionale de Santé et Santé publique France sont également des institutions reconnues comme légitimes. Selon un des médiateurs, des réunions de sensibilisation, par leur intermédiaire, seraient bienvenues, notamment pour éloigner les rumeurs infondées :

« M.S : Et qu'est-ce qui rassurerait à votre avis... 'Fin... Comment on pourrait amener ça pour... 'Fin... Ou par qui d'ailleurs amener ça justement pour expliquer que c'est faux, que ces rumeurs sont infondées, etc. ?

*Eh beh tout simplement. Organiser des réunions avec des responsables de chez vous. Santé publique France. Avec l'ARS, avec l'hôpital de Perpignan. Des réunions de sensibilisation. [...] Voilà. Mais, voilà... Il faut... Il faut... Il faut vraiment qu'on sache ce qu'on fait. Où on va. Parce qu'on entend de tout. [...] Hein ? On va dire que tout est vrai peut-être ? Mais on les entend quand même les choses. Alors il faudrait savoir sur ces vaccinations, comment ça se passe, c'est quoi les effets secondaires, qu'est-ce que ça peut provoquer... Est-ce que... y aura des choses qui seront implantées ? »*

La thèse d'un mouvement « anti-science » est donc complètement à écarter. Le monde médical est vu comme légitime. Les centres Covid ont d'ailleurs été créés au départ pour éviter un afflux à l'hôpital. L'enquête de séroprévalence SCOPE mise en place avec les acteurs médicaux a été bien accueillie. Une rumeur selon laquelle l'enquête serait pour empoisonner ou pucer celles et ceux qui y participeraient n'a pas empêché un taux de participation de plus de 50%<sup>117</sup>. Le personnel de la maison de quartier de Saint Jacques a d'ailleurs informé les enquêtrices que certaines personnes étaient déçues de ne pas avoir pu être testées.

\*\*\*

Les pratiques liées au virus font état d'un respect du confinement entre les familles même si certaines circulations se sont produites à la marge, soit pour isoler certaines personnes à risque d'autres (une

---

*résistance aux vaccinations en France : le cas de l'épidémie de rougeole de 2008-2011, thèse de doctorat en géopolitique, Université Paris 8.*

<sup>117</sup> Le taux général de participation des individus tirés au sort a été de 56,1 %, avec 48,4 % sur Saint Jacques, 70 % sur Haut Vernet et 60,4 % sur Nouveau Logis.

femme de son mari, âgés tous les deux), soit pour s'accorder des moments de répit durant le confinement. Pour certains, le confinement a été prolongé au-delà du 11 mai. Au-delà de ces frontières familiales, des frontières se développent à l'intérieur même des logements en cherchant à préserver le foyer d'un extérieur dangereux, établissant des sas et des temps de mise à l'écart des affaires provenant du dehors.

Au moment du déconfinement, les précautions sont sélectives. Elles sont davantage respectées envers les personnes identifiées à risque (les personnes âgées), les masques portés seulement lorsqu'il est obligatoire. En revanche, le lavage plus systématique des mains semble constituer une précaution plus facilement applicable que la distanciation physique ou symbolique (avec le masque) et est conservé au-delà du confinement.

Les quelques remèdes profanes relevés démontrent une appropriation détournée de la culture sanitaire (recours à des plantes, des vitamines, absorption de médicaments inutiles au vu des recommandations sanitaires). Mais le monde médical reste une source légitime d'information sur la maladie (sauf pour un homme qui cherche systématiquement à s'en détacher car il assimile monde médical et monde politique auxquels il ne fait pas confiance).

Dans les entretiens, les personnes interrogées ne se réfèrent pas à un système religieux ou symbolique qui expliquerait leurs précautions ou traitements du virus. C'est plutôt une logique conforme aux risques d'une contamination qui semble expliquer les pratiques (isolement du logement et des autres, interactions réduites au minimum).

### 3.4 Vécus du confinement et du couvre-feu

Le vécu du confinement et du couvre-feu concerne la période du 17 mars au 11 mai 2020, soit les premières mesures collectives prises par rapport à la crise sanitaire du Covid-19. Le non-respect du confinement dans certaines villes amène les maires à décréter un couvre-feu la nuit en plus de l'interdiction de déplacement (confinement). Plusieurs villes sont concernées dès le vendredi 20 mars. Perpignan l'applique à partir du lendemain et à partir de 20h, heure la plus tôt comparée aux autres villes (par exemple 22 h à Béziers, 23h à Nice)<sup>118</sup>. Dans cette partie, il s'agit d'appréhender ces mesures collectives du point de vue des habitants des quartiers Saint Jacques et Nouveau Logis.

#### 3.4.1 « C'est pas de la fiction, c'est réel. »

*« Le jour où ils ont décidé de confiner, on était au travail... j'étais au travail, et ils m'ont dit : on doit se confiner, donc il faut rentrer chacun chez soi. Ça a été un peu bizarre, un peu... On ne l'a pas vécu, mais, par rapport à ce qu'on a vu à la télé, c'était un peu un*

---

<sup>118</sup> Les villes concernées lors du premier confinement sont :

- Vallauris (Alpes-Maritimes), de 22h à 5h dans certains secteurs de la ville, à compter du vendredi 20 mars.
- Menton (Alpes-Maritimes), de 21h à 5h dans toute la ville, à compter du vendredi 20 mars.
- Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes), de 21h à 5h dans toute la ville, à compter du vendredi 20 mars.
- Jeumont (Nord), à partir de 19h pour les mineurs uniquement, à compter du vendredi 20 mars.
- Nice (Alpes-Maritimes), de 23h à 4h dans toute la ville, à compter du samedi 21 mars.
- Perpignan (Pyrénées-Orientales), de 20h et 6h dans toute la ville, à compter du samedi 21 mars.
- Béziers (Hérault), de 22h à 5h dans toute la ville, à compter du samedi 21 mars.
- Hautmont (Nord), de 18h à 6h pour les mineurs uniquement, à compter du samedi 21 mars.
- Montpellier (Hérault), de 22h à 5h dans toute la ville, jeudi 26 mars.

<https://www.lejdd.fr/Societe/coronavirus-voici-la-liste-des-villes-qui-instaurant-un-couvre-feu-3956839>

*sentiment de... comme si c'était un peu la guerre, où on s'enfermait vite vite vite. C'était ça. Et, après, ce qu'on nous... c'était un peu comme les films... – comment dire... – des films en réalité – les films qu'on voit sur les virus, des trucs comme ça –, et on s'est dit... je me suis dit : c'est réel. C'est pas de la fiction, c'est réel. C'est ce que j'ai ressenti au début. Il faut s'enfermer. C'est... voilà. Et d'entendre, tout autour, des gens qui tombaient comme des mouches. Voilà, mon premier ressenti, c'est ça. »*

H10, 50-59 ans, Nouveau Logis

L'exceptionnalité des mesures crée une situation inédite. Les références qui viennent lui donner du sens sont celles de films-catastrophes ou de la guerre, des situations où le danger est imminent et omniprésent.

*« Dès qu'il a dit ça [le président de la République déclare « nous sommes en guerre »], je me suis dit... C'est pas possible ! C'est... Au début, je croyais pas. C'est quand j'ai vu après des malades qui rentraient dans... Y a eu des morts... Voilà. Saint Jacques y a eu beaucoup de décès. Gitans. Et en plus je les connaissais. [...] Et en plus je les connaissais. Y avait des pasteurs aussi. Qui sont morts, tout ça. Du Covid. Alors ça m'a effrayé ! Je me suis dit : si ça touche à eux, ça peut toucher à moi ! Ça concerne tout le monde ça ! Et voilà j'ai pris peur. »*

H9, 60-69 ans, Nouveau Logis, confiné avec sa femme

Pour d'autres, l'annonce du confinement lors de la déclaration du président de la République n'est pas crédible en soi. Le scepticisme envers les gouvernants (« je me disais : ils ont envie de nous faire marcher encore une fois », H4), au niveau national ou local, laisse croire à « coup monté » (H7), d'autant plus probable que c'est une période électorale. Imperceptible, la menace apparaît brutalement réelle à l'annonce des personnes décédées et malades.

*« Je croyais que c'était une blague, pour vous dire la vérité. Je croyais que ce n'était pas vrai, ils voulaient faire ça parce qu'il y avait les élections qui approchaient... Je portais sans masque, sans gants, j'allais faire mes courses. Je laissais mes enfants à la maison parce que je disais à ma femme : on va pas prendre de risques. Mais j'allais faire mes courses... Je voyais ça plutôt comme une plaisanterie, pour vous dire la vérité. Je suis pas là... je me disais : ils ont envie de nous faire marcher encore une fois. Puis on a vu la situation se dégrader de jour en jour, après là, on a commencé quand même à le prendre au sérieux. Et puis quand on a vu notre quartier touché... un mort, deux morts, trois morts, quatre morts, cinq... on s'est dit... c'est là qu'on s'est dit quand même : faut quand même qu'on respecte ce qui a été dit, faut qu'on fasse ce qu'il faut faire ».*

H4, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 3 filles (âge maternelle et cours élémentaire)

*« Euh, honnêtement, je n'y croyais pas trop. J'étais pas dans... C'est au fur à mesure. Quand j'ai vu les centres commerciaux, les pharmaciens... Quand ça venait vraiment généralisé quoi ! L'acte de présence de la police des ordres. Quand j'ai vu tout ça, après j'ai dit : ah ouais, c'est vraiment... C'est pas du blablabla. Vous savez, moi je suis souvent un peu un paranoïa de dire : offfff, ça c'est business, ça c'est... Ils veulent, ça y est, maintenant déstocker le déstockage de je sais pas combien de temps, i faut que ça parte... Parce que, c'est vrai, on vit dans un monde que... malheureusement, ça existe. Ça existe.*

*Parfois... Alors je me suis dit : bon, c'est un autre... c'est un autre coup monté ! ça va passer. C'est du déstock, ah i faut faire péter les cartes vitales ! [...] C'est bloqué, on jette un virus, ça débloque. Rien de méchant, mais ça marche comme ça. On le voit pas, mais ça y est. Et là, non. Ça y était. »*

H7, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 2 enfants (âge cours élémentaire)

À Saint Jacques, le son des ambulances résonne dans le quartier. Il matérialise la présence d'une menace qui paraissait lointaine.

*« On croyait que c'était très loin, ça. C'était pas pour nous, c'était... là-bas chez les Chinois ! Après, c'est rentré en France. Donc nous on est un pays éloigné. Mais bon, c'est venu aussi chez nous. Et c'est vrai, ça a été... ça été... surprenant ! (Il parle avec emphase comme pour énumérer une suite d'événements.) Parce qu'on voyait les gens qui... qui rentraient dans les hôpitaux. Moi j'habite sur la place du Puig donc je voyais tous les... (il cherche ses mots) les voitures, là, qui venaient. Donc les pompiers, Samu qui venaient chercher les gens. Toute la journée c'était ça quoi ! »*

H1, 50-59 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme

Tous les répondants à l'étude se sentent directement concernés par l'épidémie. Comptabilisant 5 décès au début de l'épidémie et 15 personnes en réanimation le 17 mars reconnus comme appartenant à la « communauté gitane », la brutalité de l'épidémie devient une réalité quotidienne pour les habitants des quartiers qui respectent alors pour la majorité d'entre eux le confinement et le couvre-feu. Comment vivent-ils ces mesures collectives ?

### **3.4.2 Des confinements différents : de la réclusion volontaire à l'insupportable**

L'interdiction de déplacement a conduit au « confinement », c'est-à-dire à rester dans un même endroit la plupart du temps. Les repères spatio-temporels ont donc été changés ainsi que le réseau social quotidien. Espace, temps, liens, ces trois axes structurant le quotidien ont été plus moins bousculés.

Les personnes confinées ont découvert un « chez soi » inédit : ceux qui sortent habituellement restent, principalement les maris et les enfants. L'espace domestique n'est donc pas celui que connaissent les uns et les autres. Ils doivent se le réapproprier pour supporter au mieux le confinement. Cette configuration familiale est d'autant plus inédite que les liens quotidiens avec les grands-parents, les oncles, tantes, cousins et cousines, amis et voisins se font au mieux à distance ou sont suspendus. Cette cohabitation resserrée et forcée n'a pas eu les mêmes conséquences pour tous. Si la mesure de confinement s'applique à tout le territoire, elle n'est pas vécue par tous de la même manière. Schématiquement, d'un côté, le confinement est apprécié, de l'autre, il est insupportable.

Apprécié  Insupportable

Les personnes interrogées oscillent entre ces extrêmes. D'après nos données, trois figures de l'expérience du confinement se distinguent. Ces figures sont des caricatures. Elles ne correspondent



pas à une réalité empirique. Néanmoins, elles permettent de créer des repères afin d'appréhender l'expérience, nécessairement complexe, d'une personne ou d'un groupe de personnes<sup>119</sup>.

### ***Confinement-protection***

Cette expérience se caractérise par un sentiment de sécurité procuré par le lieu du confinement. L'étanchéité avec l'extérieur est recherchée de manière accrue. L'habitation est scindée en zones protégées et en zones à risques. Certains espaces servent de sas (entrée, escalier, couloir). Le « dedans » est vu comme positif, le « dehors » comme négatif. Le virus est une menace qui produit de l'angoisse. Le bousculement de l'espace, du temps et des liens importe peu vis-à-vis de la menace du virus. La peur l'emporte. Il y a une sur-conformité aux mesures collectives et individuelles et une stigmatisation de celles et ceux qui ne les respectent pas.

### ***Confinement-adaptation***

Cette expérience est marquée soit par des habitudes de vie que le confinement n'a pas fondamentalement bousculées (vie principalement à l'intérieur du logement), soit par une adaptation à la vie domestique qui produit des bénéfices secondaires. Ces bénéfices peuvent être une réappropriation du temps et de l'espace dans un rythme et une spatialité propre, en dehors des cadres extérieurs qui s'appliquent habituellement (travail, obligations de déplacement). Les personnes présentes dans le logement partagent des activités ensemble, ce qui crée des liens inédits et qui s'avèrent précieux. Les contacts sont maintenus avec ceux à distance et on s'accommode de cet éloignement temporaire. Le temps ralenti et le calme produit par l'arrêt des circulations et des activités sont appréciés ainsi que le relâchement des exigences vestimentaires. Le virus est une menace mais il ne génère pas d'angoisse. Les précautions sont appliquées et les mesures collectives respectées. Certains s'autorisent des échanges physiques, mais à distance (seuil des portes, visites à la fenêtre). Les transgressions que certains réalisent sont tolérées car rapportées aux difficultés éprouvées (conditions de logement difficiles, jeunesse vivant davantage à l'extérieur des logements).

### ***Confinement-prison***

Cette expérience se rapproche d'un registre quasi carcéral. L'interdiction de déplacement est vécue comme une privation de liberté. Les sentiments d'oppression, d'étouffement sont prégnants. La promiscuité de l'espace est un problème (lieu étroit et/ou surpeuplé) et peut accentuer ou créer des tensions, voire des violences. L'isolement d'autres liens sociaux coupe de ressources habituellement disponibles. Le temps n'est pas vécu comme calme mais comme ennuyeux. Il conduit à la dépression. La présentation de soi est délaissée et renforce un sentiment de vide. Le « dedans » est nocif, alors que le dehors est associé à des valeurs positives (liberté, respiration, échange). Le sentiment d'oppression ou d'ennui passe avant la peur du virus. Des contre-conduites (transgressions) permettent de traverser la période de confinement. La raréfaction de l'espace personnel, l'allongement du temps et le manque provoqué par la rupture des liens habituels font du confinement une expérience terrible.

Les expériences des personnes rencontrées se rapprochent plus ou moins de ces trois figures. Elles ne sont pas nécessairement figées. Au cours de la période de confinement (de mars à mai 2020), voire à

---

<sup>119</sup> Ces figures s'inspirent des « idéaux-types » utilisés en sociologie à partir du travail de Max Weber.

l'intérieur d'une même journée, l'expérience d'une même personne peut se rapprocher plutôt de l'une ou plutôt de l'autre. Ces figures s'appliquent aussi à l'expérience vécue par les enfants.

### **Le confinement-protection**

Celles et ceux qui vivent le confinement comme une protection de l'extérieur adhèrent à la mesure. Ils considèrent que le confinement et le couvre-feu sont légitimes. Ils déplorent d'ailleurs le manque de contrôle pour faire appliquer strictement ce dernier.

Le confinement représente la meilleure protection face au virus :

*« Moi, le confinement, même je voudrais rentrer à nouveau. Ça me gênerait pas du tout. [...] Parce qu'au moins on se conserve. On sauve la vie, on donne pas la maladie, on la chopera pas non plus. Parce que comme il est toujours là il faut vivre avec cette maladie. Donc je pense qu'il faut... Y a des habitudes à prendre quoi. »*

H1, 50-59 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme

*« Reconfiné. Tout l'monde reconfiné. Ça serait bien. Comme ça le Covid redescend. Ça serait mieux. Être confinés. Moi j'aimerais être confiné. Parce que... quand tu vas dans la ville... Tu vois plein de gens, ils sont... tous en masse. Tous en masse dans les cafés. Tu dis : oh, ils portent un... le masque. On le porte mal. Parce qu'on le touche dans la bouche. Comme ça. On fait ça. On le met dans la poche. On fait n'importe quoi avec les masques. C'est vrai ! Alors donc du coup le masque, ça sert à rien ! »*

H9, 60-69 ans, Nouveau Logis, confiné avec sa femme

L'expérience du confinement, même si elle est compliquée, est légitime vis-à-vis des risques encourus pour soi-même et pour ses proches. Par conséquent, elle apparaît plus supportable :

*« Je sais pas si vous êtes diabétique ou quoi, mais quand on est diabétique et qu'un simple bouton s'infecte, il faut prendre des antibiotiques et tout ça... Et quand on voit dans le quartier que plusieurs diabétiques de la communauté gitane sont décédés, à cause du diabète, parce que c'est le coronavirus, mais c'est à cause du diabète, alors on veut pas... On fait tout ce qu'on nous dit, quand c'est vital, on cherche pas midi à quatorze heures. [...] Je suis diabétique de type 2 et je suis suivi à Montpellier, depuis l'âge de sept ans, je suis en hypertension et puis... je suis pas maigre aussi, je suis une personne qui est très, très, très sensible par rapport à toutes ces choses, c'est-à-dire que je peux mourir si je prends ce coronavirus, très facilement. Donc je suis resté confiné jusqu'au mois de juin, je sortais pour faire mes courses et je restais à la maison, voilà.*

M.S : Ce n'était pas trop dur, ça, pour vous ?

*Non, quand c'est vital, qu'on a des enfants, qu'on se dit que c'est pour eux qu'on le fait, on se dit que ça devient facile. Quand on aime, c'est facile ! »*

H4, Saint Jacques, 30-39 ans, confiné avec sa femme et ses trois filles (âge maternelle et cours élémentaire)

Cet homme vit pourtant dans 50m<sup>2</sup> avec sa femme et ses trois filles, sans extérieur.

La sirène du couvre-feu a effrayé ses enfants, mais il leur a expliqué que la mesure est une protection et non pas un signe qui annoncerait une catastrophe pour lequel il faudrait avoir peur :

« J.Y : Et les sirènes, ça a pu faire peur aux enfants ? On nous a dit ça, des fois.

*Oui, à mes enfants, oui. Mais on leur a expliqué que c'était le signal qui disait aux gens 'restez chez vous', c'était rien de grave. Au contraire, c'était avantageux pour nous. »*

Le sentiment de protection offert par le logement conduit à limiter les déplacements au strict minimum. C'est lui qui sort pour faire les courses une fois par semaine. Il choisit aussi de ne plus consulter le médecin durant le confinement, mais reprend les consultations ensuite.

*« J'ai arrêté de consulter à cause du Covid-19, ça oui.*

M.S : C'est vous qui ne faisiez plus la démarche...

*Volontairement ! Parce que j'avais... J'ai été malade pendant le confinement, j'ai eu une indigestion, une grosse indigestion, je ne sais pas ce que j'ai mangé, et je ne suis pas allé chez le docteur parce que je me suis dit : je vais y aller pour une indigestion, je vais prendre le coronavirus, je vais rester là-bas. Donc...*

M.S : C'était votre peur de le contracter. Et depuis le déconfinement, vous avez pu y retourner peut-être pour renouveler votre...

*Oui, j'y suis retourné. De toute façon, j'y suis obligé, j'ai besoin de faire des bilans sanguins tous les trois mois, j'ai besoin de mon traitement pour l'hypertension que je prends tous les matins. Je suis obligé d'y aller ! Même si je voulais pas y aller, je suis obligé d'y aller. »*

Pour d'autres, le confinement n'a pas été un frein à la consultation lorsque des symptômes sont apparus. Mais c'est le suivi à domicile qui est refusé pour protéger les siens. Une femme (F1) symptomatique s'est rendue au centre Covid, mais, faute de place à l'hôpital, n'a pas eu de traitement particulier. On lui propose le suivi d'infirmière chez elle qu'elle décline par peur d'une éventuelle contamination.

*« [...] j'avais 96 d'oxygène et j'avais beaucoup de symptômes du virus. Et la dame m'a dit que j'avais le virus et que comme j'étais en surpoids, l'asthme et des fois je faisais de la tension, elle avait trop peur. Donc elle m'a dit : je voudrais vous envoyer à l'hôpital, mais là-bas, il y avait beaucoup de gens, donc elle m'a dit je vais vous envoyer une infirmière à la maison pour qu'elle vienne vous contrôler. Et moi comme j'avais peur que l'infirmière vienne pour pas qu'elle me contamine ma fille, j'ai dit c'est bon. Si j'ai encore mal, je reviendrais.*

M.S. : Et ça allait mieux ?

*Après, je suis restée chez moi, ça allait un peu mieux. Je suis restée comme ça. »*

F1, 20-29 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari et sa fille de 7 ans

Cette jeune femme a d'ailleurs cherché à se déplacer au minimum, n'utilisant pas la possibilité de sortie d'une heure. Asthmatique ainsi que sa fille, la peur l'emporte sur les bienfaits que pourraient apporter une sortie alors même que sa fille demande à sortir très souvent.

*« M. S : Oui, c'était juste la fenêtre [pas d'autre extérieur]. Et vous n'êtes pas sortie du coup, des fois même une heure ?*

*Non, on avait peur, parce que le quartier était très touché. Il y avait beaucoup de décès et tout, on avait peur. En plus, moi et ma fille on est asthmatiques, donc on avait peur. »*

F1

La menace de la contamination à l'extérieur provoque une peur presque panique pour cette autre femme qui, en pleurs, n'ose pas entrer dans le supermarché la première fois qu'elle doit s'y rendre pendant le confinement :

*« La première fois j'ai pleuré devant le magasin parce que je voulais pas rentrer.*

M.S : Ouais, ça vous stressait ? Les personnes à l'intérieur...

*Oui. Ça me stressait, la peur, la maladie. J'avais trop peur. La première fois, on a dit : pas de personne de même foyer ! C'était la première fois. Après, ça a été plus... Mais la première fois... On a été avec mon mari. Il m'a dit : vas-y rentre, toi, moi je saurai pas quoi acheter pour les enfants. Je pleurais. Je dis : non, je rentre pas. Et après j'ai bien, je me suis posée bien et j'ai dit : c'est bon, je rentre. Y avait des gens que je connaissais à l'intérieur et j'ai même pas parlé ! J'ai fait comme si je connaissais pas. J'avais vraiment peur. »*

F5, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec son mari, sa fille de 7 ans et son fils de 2 ans

Une femme habitant Nouveau Logis et possédant une cour, n'en profite même pas durant le confinement :

*« Non, non. On restait dans la maison. Je sortais pas. Je sortais juste pour les poubelles parce que j'avais peur. Je sortais juste pour les poubelles mais je restais pas dehors. J'avais trop peur. »*

F10, 20-29 ans, Nouveau Logis, confinée avec ses 3 enfants (10, 5 et 4 ans)

La protection procurée par le logement est telle que lorsque le déconfinement est possible, la sortie du foyer n'est pas vécue comme une libération, au contraire. La prise de risque semble trop importante, notamment quand soi-même et ses proches n'ont pas été touchés par le virus. La crainte de sortir caractérise les personnes ayant vécu une expérience proche du confinement-protection :

*« Bah c'est-à-dire qu'on se sentait protégés à la maison – c'est ça –, et ça a été presque... le plus difficile, ça a été de reprendre, presque, une vie normale. [...] Parce que quand on se sent protégé chez soi et... et qu'on s'en sort indemne – on va dire que je n'ai pas eu de famille qui a été touchée par ça : ni nous-mêmes, ni mon fils, ni moi, ni ma compagne –, on se dit : on est passés à travers. Ça va, on est chanceux. Non, il faut reprendre la vie, mais, en reprenant la vie, on prend des risques à nouveau, parce que le Covid, il y est toujours. Bon, c'est un peu particulier. Ça a été un peu [difficile]... La reprise. »*

H10, 50-59 ans, Nouveau Logis, confiné avec sa femme et un de ses enfants (11 ans)

### **Le confinement-adaptation**

Un des premiers éléments qui caractérise le confinement-adaptation est, pour les personnes que cela concerne, le suivi des traitements relatifs aux maladies chroniques. Toutes les personnes interrogées dans ce cas n'ont pas eu d'inquiétude quant à la continuité des traitements médicamenteux. Soit elles prévoient à l'avance profitant des quelques jours séparant l'annonce du confinement de son effectivité, soit que les pharmaciens connaissant bien leur patientèle avancent des traitements avec une ordonnance plus ancienne.

Ensuite, parmi celles et ceux qui ont vécu une expérience proche du confinement-adaptation, on retrouve celles et ceux pour qui les habitudes n'ont pas changées.

« M.S : Vous êtes pas décalée sur votre rythme...

*Non.*

M.S : Non ?

*Non. Vous savez, y a pas le confinement, je sors pas beaucoup !*

M.S : Déjà, de base, vous sortez pas ?

*Voilà. Je reste chez moi.*

M.S : Ok. Donc ça vous a pas au final changé...

*Non. [...] ça me change rien parce que j'ai l'habitude de rester chez moi. Je suis bien dans ma maison. »*

F9, 60-69 ans, Nouveau Logis

« J. Y : Qu'est-ce que ça a changé par rapport à d'habitude, le confinement ? Dans vos activités ou...

*Vous savez, moi, je suis assez casanière, je n'aime pas trop aller à droite à gauche. D'abord, j'ai peur du virus, et puis, après, je ne suis pas quelqu'un de trop... sortir dehors... passer ma vie dehors.*

J. Y : Ouais, d'accord. Ok.

*Je suis chez moi, je suis bien, je suis tranquille. Donc, ça... ça va. »*

F13, 60-69 ans, Nouveau Logis

Ce sentiment semble davantage concerner les personnes de plus de 60 ans qui se considèrent comme ayant « *passé l'âge* » de sortir. L'extérieur est alors vu comme un espace réservé aux plus jeunes et au loisir.

*« [...] quand il y a eu la fin du confinement, pfff, j'ai attendu encore quinze jours avant de sortir. J'étais bien à la maison, moi. Après, mes enfants ont pu venir. C'était pas mal, j'étais content de les voir, mais... non, non. Vous savez, j'aime bien être seul. [...] Oui, avec ma femme, je suis tranquille. J'aime la tranquillité donc s'il y avait un confinement maintenant, à part la santé, qu'il y ait pas de malade chez mes enfants, tout ça, même six mois, je m'en fous. Les jeunes, ça les embête. Les jeunes, ils veulent s'amuser, tout ça. Mais moi j'ai passé l'âge de m'amuser. Moi, si on me mettait un autre confinement maintenant, même Noël, le Nouvel An, ça me dérangerait pas du tout. »*

H6, 60-69 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme, appartement sans extérieur

L'âge et les habitudes de vie tournées vers l'intérieur du foyer qui en découlent ne sont pas les seuls critères semblant expliquer le respect du confinement. Celui de la responsabilité parentale apparaît crucial.

*« [...] j'ai 3 enfants. Après, si j'avais été tout seul, peut-être que je n'aurais pas fait le confinement comme je l'ai fait. Mais je l'ai fait par rapport à ma famille, à mes enfants. Mais c'est vrai que ceux qui étaient dehors, c'étaient les jeunes, des jeunes qui ont 15-16 ans, donc pour eux c'est un peu difficile de rester à la maison, enfermés avec papa et maman. C'était difficile, après pour moi c'est pas difficile, j'ai ma femme et j'ai 3 enfants, que demander de mieux ? »*

H4, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses trois enfants (14, 10 et 4 ans)

Un autre père de Nouveau Logis âgé de 35 ans rapporte le même propos dans la conversation ethnographique que les enquêtrices ont avec lui. Il établit une nette distinction entre les « *jeunes* » et lui, appartenant à la catégorie des « *pères de famille* », synonyme de responsabilité, donc de respect du confinement.

Ceux qui ont dû modifier leur organisation (rester au domicile alors que la vie s'organise habituellement à l'extérieur) et qui sont parvenus à s'adapter au confinement sont ceux pour lesquels le domicile représente un espace non contraignant.

L'espace est suffisant pour chaque personne :

*« Oui, j'ai un bureau parce que j'ai une chambre, cuisine, salle de bains... on est deux. Après, j'ai une chambre avec une autre pièce qui me sert de bureau, une autre pièce qui me sert de dressing. J'ai le confort, j'ai assez. Tranquille. »*

H6

*« Chacun a sa chambre, chacun a sa télé, chacun a son jeu. Tout le monde était bien. Après, on a la télé au salon, la PlayStation. Ils ont tout ce qu'ils veulent. Niveau confort à la maison, il n'y a pas de problème, ça s'est très bien passé. »*

H5

En plus d'un espace suffisant ou en compensation d'un espace intérieur réduit, l'extérieur est, dans l'adaptation rapide au confinement, une ressource précieuse.

*« L'après-midi, on passait... On passait l'après-midi dans le jardin au soleil. Bon, après, j'ai une grande maison aussi – j'ai un F5 –, alors on avait de la place. »*

F13, 60-69 ans, Nouveau Logis, jardin/véranda

« M.S : Et vous aviez un extérieur dans votre logement, un petit balcon, un petit jardin ?

*Si. J'ai une cour.*

M.S : Vous avez une cour. Ça faisait du bien ça ou pas ?

*Si. Si. Ça jouait. Ça faisait beaucoup.*

M.S : Vous sortiez tous les jours ?

*Si. Je sortais tous les jours sur le balcon. Parce que je suis habituée à prendre mon café au balcon. C'est une terrasse. C'est pas un balcon. C'est une terrasse. En fait. Et... ça m'a permis d'être mieux. Oui. Et d'être moins angoissée par rapport aux autres qui ont que des maisons.*

M.S : Hum, hum. Vous avez comparé avec vos amies qui ont pas de cour justement ?

*Oui.*

M.S : Et elles disaient qu'elles en avaient eu besoin ?

*Disaient... Disaient que moi c'était mieux parce que j'avais la terrasse, ils disaient : toi ça va. Tu vois le jour ! Tu as la terrasse ! Je leur disais : vous ouvrez les fenêtres. C'est pareil. Vous ouvrez les fenêtres.*

M.S : C'est pas totalement pareil !

*Non, moi j'ai préféré ma cour. J'étais avec ma cour, j'étais bien. J'étais avec mon café dans ma cour et j'étais bien.*

M.S : Sentir le vent sur la peau...

*Le soleil... tout. Tout ! Et entendre... entendre les oiseaux, tout ! »*

F4, 60-69 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari, appartement avec terrasse

Autre ressource pour vivre le confinement de manière non (ou moins) contraignante : les outils numériques pour se distraire, que les personnes n'aient pas d'extérieur (« *Après, avec tout ce qu'on a en ce moment, avec le téléphone portable, avec internet, on ne peut pas s'ennuyer.* » H4, 30-39 ans, agent d'accueil, habitant Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses trois enfants, sans extérieur) ou en possèdent un (« *Bon, après, il y a les téléphones et puis il y a les tablettes, il y a... il y a tout ce qu'il faut avec internet.* » F13, Nouveau Logis, 60-69 ans, confinée avec sa fille et sa petite-fille, jardin/véranda).

Les outils numériques sont aussi un moyen de remplacer les activités de sociabilité et des activités extérieures interdites pendant le confinement :

*« Mais après on pouvait plus se rejoindre quelques amis ou de simples cousins germains, des cousins... se réunir dans une salle pour discuter, parler, jouer aux cartes, manger un morceau... Et même jouer au ballon, ou à la pétanque... On pouvait pas ! [...] On pouvait rien faire ! Alors forcément, on s'est adaptés. Chacun chez soi. Et heureusement, comme je vous ai dit, on est gâtés sur ce point-là. Sur le confort de chez soi. Avec l'Internet, les portables... les jeux ! Les tablettes (soupir), les ordis ! C'est... franchement y a de quoi s'occuper ! Y a de quoi bien, bien s'occuper. Netflix ! Qu'est-ce qu'on ferait sans Netflix ? [...] Vous imaginez le confinement que... de ces jours-ci ? Sans Internet, comme ça... »*

H7, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 2 enfants (âge cours élémentaire), appartement sans extérieur

Les outils numériques ne sont pas utilisés que pour se distraire. Ils ont été utilisés comme alternative à la communion religieuse :

*« On avait mis une application, sur le téléphone, qui s'appelle Zello je crois, je pense... Et on pouvait prier. On pouvait chanter... Écouter la prédication. C'est une application. On faisait ça. Tous. On se connectait, on se réunissait tous et on faisait ça. »*

F10, 20-29 ans, Nouveau Logis, confinée avec 3 enfants de 10, 5 et 4 ans

Mais ils sont surtout cités dans les entretiens comme un moyen de maintenir les liens avec les proches confinés à distance.

« M.S : Vous utilisiez la visio ?

*Ah, ça aussi on faisait. On faisait ça. On se parlait, (se reprend), on se voyait. [...] Heureusement qu'on avait ça hein ! »*

F8, 20-29 ans, Nouveau Logis, confinée avec ses 4 enfants (14 et 13 ans et 2 plus petits)

*« Avec Whats'app, avec mes parents. Mes parents habitent à 10m de chez moi. J'ai mon frère, j'ai mes sœurs, on habite tous à côté, le plus loin c'est mon frère, il est à 50m ou 100m même pas. On est tous à côté. On s'appelait avec WhatsApp ou Snapchat. »*

H5, 30-39 ans, habitant Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses trois enfants (14, 10 et 3 ans)

Les plus âgés qui n'avaient pas l'habitude de ses outils les ont découverts et utilisés durant le confinement. Les enfants leur ont installé.

*« Le skam [skype], le skam-là, le skam. Je leur parlais comme ça.*

M.S : Et ça faisait du bien ou pas ?

*Si ! On avait l'impression... d'y être quoi ! [...] Si. J'appelais ma famille avec ça, mes sœurs avec ça. On a gardé le contact avec ça. »*

F4, 60-69 ans, habitante Saint Jacques

Certains grands-parents ont pu aussi s'adapter facilement au confinement car ils en ont retiré des bénéfices secondaires. Les outils numériques compensant pour un temps l'absence de leurs enfants et petits-enfants, ils ont apprécié le calme chez eux, calme qui contraste avec leurs visites quotidiennes :

*« Non, ça s'est... je trouve que pour moi, ça s'est très bien passé. C'était tranquille à la maison avec ma femme, alors que d'habitude, je suis jamais tranquille, j'ai tous mes enfants et petits-enfants, donc... non là, j'étais tranquille. Je dis toujours que ce sont les meilleurs moments que j'ai passés ! En tranquillité, je parle. Oui parce que j'ai douze, treize petits-enfants, donc... après, bon, ça me manquait de pas les voir. Mais comme j'appelais mes enfants, je les voyais, je discutais avec eux, donc... »*

H6, 60-69 ans, habitant Saint Jacques

Pour d'autres, des liens sociaux physiques ont été maintenus à la marge. Des échanges avec l'extérieur se faisaient soit par des visites sous contrôle, soit, surtout pour les hommes, par des temps passés sur le seuil de la porte pour discuter de loin avec ceux qui font de même.

*« Mais on n'a pas été tellement isolées, parce qu'on s'est vus quand même hein.*

J.Y : Ouais ?

*Ouais.*

J.Y : D'accord. Oui, ne serait-ce qu'à la fenêtre ou...

*Oui, oui, il [son fils] venait, on... il se mettait devant ma fenêtre, le masque, on discutait, comme... Voilà. »*

F13, 60-69 ans, habitante Nouveau Logis

*« Bon, moi je vous cache pas, je descendais en bas de ma cour [espace central de la caserne du Puig]. Parce qu'en bas, c'est la cour. Et c'est... ça fait 3 fois [la taille de] l'école ! Donc en termes de distance, on peut pas [faire mieux]... Mais par contre, je... je côtoyais pas les gens. [...] Si ils passaient... [...] On disait : bonjour, salut, ça va, le confinement, ça va... Oh tu prends du poids... C'est trois nouvelles vite fait. On le voyait que c'était vraiment... craintif. On faisait plus vite on se donnait les infos primordiales. T'as vu ça, tatatatata... T'as vu celui-là, tatatatata. On se donnait... on s'échangeait les infos primordiales... les...*



*principales. Et puis voilà. Avec tout... la famille va bien, c'est le principal et hop. Mais... de loin... »*

H7, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 2 enfants (âge cours élémentaire), appartement sans extérieur

Les parents et les enfants confinés ensemble ont partagé des temps communs, plus importants qu'à l'accoutumée.

*« Et on faisait... en sorte de faire des activités qu'on puisse... être en famille, vous savez ? C'est pour ça qu'on faisait alors le Monopoly, le coloriage. Parce qu'on peut être tous ensemble dessiner, tous ensemble... On jouait tous ensemble... On s'occupait ! Ma femme, le midi parce qu'i va falloir se confiner. À un moment donné, ça fait plouf-plouf. Y en a un qui pète un câble. Alors ma femme, ma conjointe va partir sur un délire pendant 10 minutes. On tapait des fous-rires ! Mais c'est des... C'est du bon temps hein ! »*

H7

*« On s'est... On s'est rapproché plus. Parce qu'on était plus... ensemble. On s'est rapproché plus. On était plus l'un... L'un pour les autres. On était là. J'sais pas on était plus en... en famille on va dire ! On était plus comme ça. Voilà. Pendant ce confinement. »*

H8, 20-29 ans, Nouveau Logis, confiné avec ses parents et ses frères

Ces moments privilégiés ne pouvaient cependant pas représenter l'ensemble du temps long du confinement. Les parents ont le plus souvent mentionné le défi que constituait l'occupation du temps durant les journées de confinement, les enfants risquant d'être énervés ou demandant à sortir au bout d'un moment.

Certains se sont montrés obéissants et compréhensifs à la suite des explications données par leurs parents.

*« J.Y : Ouais. D'accord. Et avec les enfants, ça... ça allait ?*

*Ben oui, oui. Bon y a des fois qu'ils voulaient sortir hein. Moi je dis : non. C'est pas possible on peut pas sortir.*

*J.Y : Ouais.*

*Euh, je l'expliquais quoi.*

*J.Y : D'accord, ok.*

*Après, ils restaient.*

*J.Y : D'accord. Ils ont bien compris...*

*Voilà. Je l'expliquais après ils ont dit rien. »*

F10, 20-29 ans, Nouveau Logis, confinée avec ses 3 enfants de 10, 5 et 4 ans

L'inquiétude des adultes face à des proches atteints par le Covid et gravement malades pouvait renforcer l'obéissance des enfants en les amenant à considérer le virus comme une menace directe.

*« Au début, oui. J'étais là, comment on fera ? Pour faire les courses. Pour les gosses... pour les gosses, comment on fait ? Les gosses comprennent pas. Ils voudront sortir. Comment on va faire, tout ça ? On va sortir comment ?*

*M.S : Et vous avez géré comment du coup ?*

*Beh... ça s'est bien passé ! On leur a expliqué aux petits. Qu'y avait une maladie et que c'était contagieux et que y avait des gens, ils en mourraient. Ils ont compris.*

M.S : Ok, ils ont compris.

*Ils ont compris, ils sortaient pas. »*

F4, 60-69 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari, une fille, 3 petits-enfants dont elle s'occupe habituellement quotidiennement, sœurs touchées par le Covid dont une dans le coma pendant 10 jours

En plus des explications fournies, le respect du confinement par des proches qui sortent habituellement très souvent a pu constituer pour les enfants un indice de la gravité de la situation.

« J.Y : Et les enfants demandaient un peu... ?

*Non, je ne sais pas comment ça se fait, ils ne m'ont pas demandé de sortir. Très rarement, encore lui non, le plus grand une fois ou deux, mais sinon non.*

J.Y : Vous leur aviez expliqué ?

*Je leur ai expliqué, après ce qu'il y a, quand ils voient que moi je reste à la maison avec eux, ils restent. Vu que moi j'y suis, ils se disent : si lui, il ne descend pas, c'est qu'il y a quelque chose, c'est grave. Donc ils restent avec moi. Si moi je serais parti tout le temps... »*

H5, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses trois enfants (14, 10 et 3 ans), appartement sans extérieur

Pour les enfants qui se sont adaptés facilement au confinement, le partage des temps avec les parents, le relâchement des règles et la distribution de cadeaux ont contribué à le rendre supportable.

*« On s'est beaucoup occupé à faire des gâteaux, à faire plein de trucs, des jeux. On était obligés de faire les courses, donc on sortait avec ma femme, on achetait tout ce qu'ils nous demandaient. On a acheté des jeux de société, des jeux de cartes, des coloriages. »*

H5, 30-39 ans, habitant Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses trois enfants (14, 10 et 3 ans), appartement sans extérieur

*« Non parce que pendant le confinement, pour vous dire la vérité, il y avait presque... ce qui concerne le coucher, le lever, j'avais supprimé toutes ces règles.*

J.Y : Oui, le rythme était changé.

*Complètement. Parce que les levers à 9h pour rester assis dans le canapé, ça sert à rien. Personnellement, c'est ma manière de voir les choses. Peut-être que je me trompe, je suis d'accord avec les gens qui peuvent me prouver que je me trompe. Et le coucher, c'était... on se couchait à minuit, facile. Même mes enfants ! Parce qu'on avait rien à faire, on faisait de la pâtisserie à neuf heures du soir. On regardait un film ensemble donc voilà, c'était... On les laissait faire. »*

H4, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 3 filles (école maternelle et cours élémentaire), 50m<sup>2</sup>, appartement sans extérieur

Les activités peuvent aussi servir de récompense vis-à-vis d'un travail scolaire ou être détournées pour faire travailler les enfants sans qu'ils s'en aperçoivent.

« J.Y : Et est-ce que vous avez pu faire un petit peu d'école à la maison, ou c'était vraiment... ?

*Oui. J'avais acheté des cahiers, vous savez, ces cahiers de vacances. Surtout pour (prénom aînée), parce que (prénom benjamine), elle était encore en grande section, elle a juste fait sa rentrée en CP et puis j'ai la maîtresse de (prénom benjamine), qui s'appelle (prénom institutrice), elle est super. C'est un bijou, cette femme. Elle nous appelait toutes les semaines, elle nous envoyait des choses à faire, et on les faisait parce qu'on a internet à la maison. On avait l'école qui avait fait une chaîne YouTube, aussi, 'la classe à la maison', donc on la suivait aussi. On faisait de l'écriture, on dessinait... ce qu'on pouvait faire, quoi.*

M.S : Et elles arrivaient à suivre ? Parce que c'est compliqué, quand même...

*Bien sûr, oui. [...] On s'y est mis à deux, c'est plus facile. Et on a fait ça autour de jeux, aussi. On a acheté le Monopoly... pardon, le Docteur Maboul... et c'était : on fait ça, après on fait ça... comme ça, après on fait ça... Et ça marché comme ça. Faut un petit peu de chantage aussi. »*

H4

« J.Y : Et vous avez pu faire les devoirs à la maison pendant le confinement ou... ?

*[...] Non, on n'a pas pu. Ils ont pas voulu. Là, j'ai dit : je vais pas les... emmerder parce qu'après ils voudront sortir dehors. Donc non. Je les laissais. [...] Mais des fois, on mettait des jeux. Comme ça, i comptaient les enfants. Comme je mettais... on faisait des jeux... On comptait. Des fois, on faisait des jeux pour lire. [...] Donc je les faisais lire. Au moins ils lisaient, ils comptaient. Comme ça, avec ça, ils se rendaient pas compte les enfants ; mais moi je les faisais travailler. »*

F8, 20-29 ans, Nouveau Logis, confinée avec ses 4 enfants (14 et 13 ans et 2 plus petits)

Toutefois, excepté ces deux parents ayant utilisé les activités comme moyen de poursuivre un effort scolaire de manière explicite ou implicite, tous les autres parents ont fait état d'un arrêt de la scolarité durant cette période. Les difficultés matérielles et la mise à l'épreuve de la patience des enfants sont les motifs invoqués pour justifier la coupure scolaire.

« J.Y : Est-ce que vous avez pu faire des devoirs ?

*Euh, non. Parce que j'avais pas Internet donc c'était dur. Je pouvais pas me connecter, tout ça. J'avais Internet, mais c'était limité sur le téléphone. Donc j'arrivais pas... Donc on pouvait pas faire comme on voulait.*

J.Y : D'accord, ok. Et est-ce que l'école a donné, je sais pas, des papiers pour faire à la maison...

*Euh, oui, après. Un mois et demi je crois après. C'était vers la fin du confinement. Ils ont essayé d'envoyer des... par la poste, des devoirs et tout ça. Du travail à faire à la maison. Donc on a essayé de faire mais les enfants, ils sont pas patients. »*

F11, 20-29 ans, Nouveau Logis, mère au foyer, confinée avec son mari et ses 2 enfants de 11 et 8 ans

« J.Y : Et l'école à la maison est-ce que vous avez pu ?

*C'était une catastrophe ! [...] Il fallait se connecter avec une tablette, je ne me connectais jamais à l'heure où le professeur se connectait. Après, j'avais qu'une seule tablette pour les deux enfants, ils n'ont pas le même niveau. Elle est à la maternelle et lui, il est en CM1. Et après, la tablette m'a lâché. [...] Donc ils ont perdu 3 ou 6 mois peut-être d'école en fait. Ils ont perdu, parce que je le faisais un peu à la maison, mais c'est pas pareil comme à*

*l'école. Après, ils me disaient : j'en ai marre, je ne veux pas le faire, je préfère aller jouer. Et je n'ai pas assez d'autorité.*

J.Y : Et puis, c'était peut-être compliqué pendant le confinement d'en rajouter.

*Voilà, je n'avais pas envie de me battre, fais ça, fais ci. »*

F7, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec ses 3 enfants de 10 ans, 6 ans et 7 mois

*« Oui, c'était délicat pour imprimer. Il fallait que j'imprime le travail qu'ils donnaient aux enfants, je ne pouvais pas l'imprimer, donc c'est vrai qu'honnêtement, on n'a pas fait beaucoup l'école. »*

H5, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 3 enfants de 14, 10 et 3 ans

L'absence de travail scolaire a pu favoriser une adaptation au confinement en réduisant les tensions avec les enfants au maximum.

### **Le confinement-prison**

Le confinement a pu représenter pour d'autres une véritable épreuve. L'hypothèse d'un reconfinement apparaît alors inenvisageable tellement les difficultés ont été importantes.

*« Ah il ne faudrait plus, le confinement hein. [...] Il faut mettre des lunettes, des casques, ce que vous voulez, mais le confinement, non. »*

F2, 20-29 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari, un fils de 7 ans en situation de handicap, appartement sans extérieur

*« Non. Non, non, non. Je préfère me faire des amendes ou n'importe quoi, mais je le fais pas. À part si on me met en prison, qu'on m'enferme. Mais si on me laisse libre dehors, franchement, je le fais pas. À part si ça ressort, une autre, nouvelle maladie, que personne connaît... Un truc qui me fasse peur... Il me faut la peur. Mais là, non.*

M.S : C'était trop dur.

*Non, non, non. Je le fais pas !*

M.S : Est-ce que vous pensez que vous arriveriez pas...

*J'arriverais pas ! Ah non ! Faudrait qu'on enferme dans un truc... Non, je tomberais malade, franchement. Non. »*

F5, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec son mari, sa fille de 7 ans et son fils de 2 ans, appartement sans extérieur

Ces difficultés relèvent d'un espace vécu comme insuffisant et d'un réagencement de la configuration sociale quotidienne. D'une part, le confinement instaure une cohabitation forcée et continue avec les membres partageant le lieu du confinement. D'autre part, il prive des liens avec ceux qui sont maintenus à distance. Ces difficultés rapprochent l'expérience du confinement d'une expérience quasi-carcérale (isolement du monde extérieur et recentrement forcé sur l'intérieur).

Pour les personnes ayant expérimenté un confinement de ce type, les outils numériques n'ont pas suffi à compenser l'absence de liens avec les proches ou les pratiques religieuses à l'église.

*« Ils ont fermé l'église. On avait plus d'église. On faisait tout par téléphone. La réunion, par téléphone on faisait. [...] La réunion. Le pasteur il prêchait, les cantiques, tout, mais... Tout par le téléphone ! Et beh c'était pas bien. C'est mieux aller là-bas. »*

F8, 20-29 ans, Nouveau Logis, mère au foyer, confinée avec ses 3 enfants (14, 13 et 2 ans)

*« Ça a été dur émotionnellement.*

M.S : J'imagine. C'était le fait de ne pas pouvoir voir vos amis, vos proches ?

*Et la famille. [...] Et tout d'un coup comme ça, c'était trop dur.*

M.S : [...] Vous, vous n'êtes jamais sortie ?

*Ça fait que je ne voyais jamais ma famille.*

M.S : Et vous les appeliez ?

*On s'appelle sur Snapchat en visio. Ma mère, elle était effondrée en pleurant, parce qu'elle est tout le temps avec nous depuis qu'il n'y a plus mon père et elle est très protectrice, donc quand on était comme ça, elle n'était pas bien. Et après, on a des problèmes de santé, on est asthmatique, donc elle avait plus peur encore. Et puis, avec le surpoids, les trucs comme ça en plus, on avait trop peur. »*

F1, 20-29 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari et sa fille de 7 ans

L'insistance de cette jeune femme sur l'absence de liens directs avec sa famille, notamment sa mère, témoigne de sa souffrance. Celle-ci est accentuée par l'inquiétude liée aux facteurs de risque. Les moments difficiles sont habituellement vécus en famille. Durant l'épidémie, la protection passe justement par le fait de s'éloigner physiquement les uns des autres, ce qui rend l'épreuve encore plus pénible.

Les enfants aussi ont souffert d'être éloignés de leurs proches, notamment de leur grand-mère, le téléphone ne suffisant pas à les faire patienter.

*« Ils étaient tristes. Ils ont eu peur. Ils ont eu... Et aussi ils étaient tristes à cause de la famille parce qu'on était pas bien, on était séparés. On pouvait pas aller chez ma mère, ils habitaient à côté ! Ils ont habités avec ma mère aussi ! Bon, ils pouvaient pas y aller. Bon. Ils ont pris très mal. [...] On est resté longtemps déjà, comme ça. Ça se voit les petits, ils pleuraient. Ils voulaient aller chez ma mère et moi je voulais pas. J'ai eu peur moi, ça. [...] Les petites, ils pleuraient. Je les faisais téléphoner. Voilà. Mes filles, ils pleuraient. Ils disaient je veux y aller chez ma grand-mère. Je veux la voir. Ça fait longtemps que je la vois pas. Je dis : bientôt, on la verra. Appelle-la. »*

F6, 20-29 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari et ses 2 filles

En plus de ne plus voir les personnes qu'ils voiaient quotidiennement, les enfants souffrent de ne pas pouvoir sortir à l'extérieur, quand bien même les parents s'efforcent de rendre l'intérieur le plus agréable possible (jeux disponibles, partage de temps avec eux).

*« C'était très dur. Elle me demandait de sortir tout le temps, je disais qu'on ne pouvait pas, je lui expliquais. Elle disait : c'est quand que ça va passer ? J'ai dit : il faut attendre. Elle pleurait. [...] Elle a beaucoup de jouets aussi, elle a tout, mais c'était dur. Elle ne jouait plus, elle n'avait plus envie de rien. Elle avait envie d'aller dehors et c'est tout. Même quand je laissais les fenêtres ouvertes, elle me disait : maman, je veux aller dehors. Je vais prendre*

*une chaise et la tenir et lui faire voir dehors un peu comment c'était, parce que sinon elle ne pouvait pas. Elle n'en pouvait plus. »*

F1

*« Et jouer... On jouait... Plein de jouets, plein de jouets. Mais il voulait sortir, il voulait voir les... les arbres... les feuilles, il voulait marcher, faire du vélo, et on ne pouvait pas. [...] le petit, il comprenait pas. Quand il disait : Maman, allez, ouvre la porte, on s'en va. Ah oui, c'était dur, franchement. »*

F2

Les difficultés sont accentuées pour cette mère dont le fils est en situation de handicap mental. Il souffre d'autant plus de l'interdiction de sortir.

*« Enfin, mon petit, aussi, il est pas comme un autre hein. Après, le confinement en plus, il se renfermait et toujours... tout le temps, il pleurait. Si je lui disais : Ne touche pas à ça, ça y est, il pleurait [...]. Il a l'habitude d'aller dehors, lui, parce que, comme ça, il évacue – des nerfs. »*

F2

La possibilité de sortir apparaît donc comme une libération, un moyen d'apaiser les tensions, quand bien même il faut s'organiser pour obtenir l'attestation quand on ne possède pas d'imprimante.

*« Après, quand j'ai eu ça [l'autorisation de sortie d'une heure], après, je lui faisais faire, pendant une heure, du vélo. On le sortait.*

M.S : Et ça lui faisait du bien ?

*Ah oui. Après, oui, il était moins énervé. [...]on allait au taxiphone et on en faisait sortir plein – à 10 centimes chaque feuille. Ça aurait été une feuille à 5 euros, j'aurais fait plein de feuilles à 5 euros. C'était le moyen de sortir pour respirer. »*

F2

Mais les adultes aussi souffrent de ne pas pouvoir sortir, même si le confinement leur apparaît légitime.

*« Après, ils n'ont pas confiné pour... pour nous faire... ils nous ont confinés pas pour... pour... parce qu'eux, ils ont voulu comme ça ; ils ont confiné pour nous sauver. Ils voulaient pas nous faire devenir fous. [...] On a l'habitude de sortir, nous. Nous, quand... on reste jusqu'à 2/3 h du matin dehors. Ah, mais, comme ça, après, du jour au lendemain, enfermés. »*

F2

C'est parce que le confinement a duré dans le temps que l'épreuve était si difficile. Les stratagèmes pour le faire passer plus vite n'ont pas résisté au temps long qui s'étire de jour en jour.

*« Ah bah on jouait à la voiture, et on jouait à la pâte, et on jouait... on regardait internet. Après, de nouveau, on se... Moi... Même moi, j'avais plus envie de jouer. Après, on a acheté les jeux de société, pour passer le temps, mais on s'ennuyait quand même.*

J.Y : Vous vous ennuyiez quand même. Ouais, c'est trop long.

*C'est long. Oh oui, c'est trop long. Même si tu fais la sieste, c'est long quand même. [...] [dans l'hypothèse d'un reconfinement :] là, de nouveau... dans la tête de nouveau*

*recommencer, s'enfermer de nouveau, avoir... toute la journée, regarder l'heure comme ça, passer, ce serait dur. Parce que maintenant, on sait à que s'attendre. »*

F2

Si le temps s'étire pour cette jeune femme, pour d'autres il peut au contraire se resserrer de manière à créer une autre forme d'enfermement, centré sur les tâches domestiques et les enfants. La peur du virus entraîne aussi un nettoyage accentué.

*« J'avais pas beaucoup de temps. Pas beaucoup de temps. Franchement. Pourtant je restais H24 à la maison, mais on n'avait pas de temps. On se levait. Je faisais les chambres, je faisais à manger. Après c'était pour lui [son fils cadet de 2 ans] l'heure d'aller dormir. Il dormait. Moi je faisais le ménage qui restait. Le temps que je remontais, parce que je faisais tous les escaliers tous les jours et devant la rue. Parce que j'avais trop peur. [...] Après je montais. C'était... l'heure que lui se réveillait. L'heure de refaire à manger. »*

F5

À cela s'ajoutent les troubles du sommeil de soi-même ou des enfants qui peuvent apparaître durant cette période compliquée, les temps de repos ou, au moins sans tension, se réduisant d'autant plus.

*« Non, je me levais plus tôt. Ou je me levais plus tard des fois. J'allais dormir plus tard le soir. Parce que j'avais... quoi ? Parce que eux ils dormaient... Il dormait vers neuf heures et demie. Il se couchait le soir, c'était bien. À minuit, il se réveillait. Il voulait plus dormir. Jusqu'à deux heures du matin et tout ! Après je le recouchais, après j'avais dix minutes ou une heure pour moi. Je regardais le téléphone, un peu snap, les réseaux sociaux, tout ça. J'allais dormir vers 3-4 heures du matin. Et le matin je me réveillais vers... 10 heures. [...] Le seul moment que c'était, c'était quand je regardais mes séries, un peu. Le soir. En attendant de dormir. Avec le petit téléphone, des écouteurs, que j'ai [soufflé]... un peu. »*

F5

L'absence de sortie renforce les tensions qui se gèrent habituellement avec la séparation temporaire des membres du foyer (conjoint à l'extérieur, enfants à l'école, visites ou sorties hors du domicile).

*« Après le garder H24 comme ça, sans pouvoir sortir ! Parce que là je le garde tout le temps, moi. Mais on sort.*

M.S : Il se dépense, vous avez un peu de temps pour vous.

*Oui. J'ai mes habitudes. Et là c'était tout chamboulé. Et puis le mari qui est pas trop ça dans la maison qui criait, qui... ça faisait trop. [...] C'est que lui, il est comme ça ! C'est sa nature. Mais comme il travaille, on se voit pas assez souvent. Donc ça passe mieux. Que là, c'était... tout le temps ! [...] Après quand je suis beaucoup énervée, il faut que je parte des fois toute seule. Là, je le fais. Parce qu'à la maison, c'est pas trop ça, y a des problèmes. Donc je laisse les enfants, je prends ma voiture. Parce que j'ai le permis (grand sourire). Je prends ma voiture et je m'en vais toute seule. Il me faut par exemple, je sais pas, une demi-heure, avec ma musique et partir toute seule, partir dans des dél[ires], des... Non. Refermée à la maison. Je le fais pas. J'écris au président et tout (rires). »*

F5

Au cours de l'entretien, implicitement, cette jeune femme fait part de violences conjugales. Le confinement au domicile apparaît donc extrêmement compliqué, « *infernal* ». Elle détourne alors le couvre-feu pour sortir dehors avec ses enfants voir sa mère qui les rejoint dans l'espace public.

*« Parce que... on était tout le temps ensemble. Depuis le début. Je vis avec elle tout le temps. Donc on se mettait là. Tous les soirs. Pendant une heure. Le temps de faire dépenser un peu nos larmes. Parce qu'à la maison c'était... c'était infernal. »*

F5

Sans que les situations soient aussi critiques, celles et ceux qui vivent une expérience proche d'un confinement-prison insistent sur la sensation d'étouffement et l'importance d'un espace extérieur.

« J.Y : Qu'est-ce qui a changé pendant le confinement par rapport à votre vie de d'habitude ?

*... La liberté ! C'est ça !*

J.Y : Ouais.

*On était étouffés.*

Ouais. D'accord. Ça vous a manqué de pouvoir sortir...

*Vooilà. Parler avec les gens, comme... l'habitude qu'on avait.*

[...] J.Y : Un extérieur ?

*J'ai un petit... C'est pas un jardin mais un petit... un truc pour sortir dehors. Comme une terrasse, voyez ?*

J.Y : Oui. Et ça vous l'utilisiez pendant l'confinement ?

*Oui !*

J.Y : C'était quelque chose d'important de pouvoir sortir quand même un petit peu à l'air... ?

*Bien sûr ! Parce qu'enfermés, enfermés... »*

F9, 60-69 ans, Nouveau Logis, maison avec cour

Néanmoins, pour ceux qui n'ont pas d'espace privé extérieur, si l'espace public apparaît comme un moyen de « *respirer* » (« *C'était le moyen de sortir pour respirer* » explique la jeune femme habitante de Saint Jacques confinée avec son mari et son fils de 7 ans en situation de handicap), c'est une respiration sous contrainte. La présence de la police instaure un climat de suspicion qui renforce une sensation de « *compression* » rapprochant l'expérience d'un registre quasi carcéral.

*« Quand je sortais pour aller acheter, je pensais que c'était me promener, mais c'était pas vrai : je me sentais compressée, parce qu'il fallait aller vite et avec le papier d'une heure. Je m'angoissais, ça. Ah ouais. »*

F2

Cette expression revient à plusieurs reprises au cours de l'entretien avec la jeune femme.

*« mais comme ça, avec l'alarme [la sirène du couvre-feu], avec la police et persécutée, oh ! je pourrais pas. Je suis malade des nerfs, moi. Je pourrais pas. [...] Compressée. L'alarme. »*

F2



Cette sensation de compression et de persécution n'a pourtant rien à voir avec une quelconque peur de sortir en infraction. La jeune femme se plie aux règles (port du masque, attestation et sortie d'une heure maximum), mais la présence policière l'empêche de se sentir libre durant les temps de sortie.

*« Ils n'étaient pas là juste pour les PV, mais ils étaient là pour dire : vous avez sortie ? Vous n'avez pas le droit : un PV. Bah c'est... t'es compressée de nouveau. [...] Tu te disais : si je vois la police, elle va... elle va m'attraper. On dirait que tu volais quand tu allais dehors. »*

F2

Ces trois figures montrent la diversité des expériences du confinement. Cette diversité est un résultat en soi : les « Gitans » n'ont pas une manière unique de vivre et de se conformer aux mesures collectives. Aucun trait culturel se référant à un système symbolique cohérent n'est relevé dans les entretiens. Les figures, construites d'après les données de l'enquête, pourraient probablement s'appliquer à bien d'autres populations que les seuls « Gitans ». Elles interrogent les bouleversements induits dans l'espace, le temps et les liens des individus interrogés. Les résultats montrent des rapports différenciés au confinement : de la réclusion volontaire à l'insupportable, l'expérience ne revêt pas la même réalité en fonction des conditions de vie (confiné ou non avec des enfants, espace exigü ou suffisant, présence d'un extérieur ou non, tensions préexistantes entre les membres qui se retrouvent confinés ensemble...).

Le confinement peut provoquer des effets psychologiques tels que « l'ennui, l'isolement social, le stress, le manque de sommeil, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la dépression et les conduites suicidaires, les conduites addictives, les violences domestiques »<sup>120</sup>, effets que nous retrouvons en partie dans les extraits d'entretiens précités. Au-delà du confinement, c'est l'impact psychologique de la crise que nous allons maintenant aborder.

### 3.5 L'impact psychologique de la crise sanitaire

Les entretiens font état d'un mal-être psychologique important. Ce mal-être dépasse les problématiques liées aux mesures collectives (confinement et couvre-feu). Il englobe les inquiétudes ou angoisses relatives au virus, à la maladie ou au décès des proches. Il n'est pas possible de distinguer dans les peurs ou les angoisses évoquées ce qui relève de la crainte de la contamination, de la pression subie par les mesures collectives et les gestes barrières, de l'inquiétude pour les proches atteints ou non par la Covid. C'est pourquoi cette dernière partie rend compte de l'impact psychologique global de la crise sanitaire.

Plusieurs études s'intéressent à l'impact psychologique de la crise sanitaire sur la santé mentale. Dès le mois de février, les inquiétudes pointent dans l'ensemble de la population : « La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (enquête CoviPrev du 15 au 17 février 2021), avec une augmentation des états anxieux et dépressifs par rapport à la vague précédente, en particulier chez les personnes en situation de précarité (emploi, finances, logement) et les personnes ayant des antécédents de trouble psychologique.

---

<sup>120</sup> Mengin A., Allé M. C., Rolling, J., Ligier F., Schroder C., Lalanne L., Berna F., Jardri R., Vaiva G., Geoffroy P. A., Brunault P., Thibaut F., Chevance A., Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement, *L'Encephale*, n°46, pp. 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>

La peur, l'inquiétude (pour sa santé, pour sa situation économique), la frustration, la colère ou encore les sentiments de solitude et d'isolement sont associés à une santé mentale plus dégradée, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de vie des personnes interrogées. »<sup>121</sup>

Plus tard, la « détresse psychologique » touche notamment les plus vulnérables. Selon le résumé de l'enquête Coclico (enquête par questionnaire du 3 au 14 avril 2020) : « La survenue d'une détresse psychologique est observée chez un tiers des répondants. Si le fait d'être exposé au virus en constitue un facteur de risque, les conditions et conséquences du confinement semblent jouer le rôle le plus marqué. Certains segments de la population particulièrement à risque ont été identifiés, notamment les femmes, les personnes vivant avec une maladie chronique, celles bénéficiant d'un faible soutien social, celles confinées dans des logements sur-occupés et celles dont la situation financière s'est dégradée. »<sup>122</sup> Toutes ces vulnérabilités ne se retrouvent pas dans le panel de personnes rencontrées sur les quartiers Saint Jacques et Nouveau Logis. Néanmoins, d'autres inquiétudes liées à un réseau d'interconnaissance dense touché par la maladie et la mort sont relevées.

L'association Le Fil à Métisser assure tout au long de l'année une prise en charge psychologique de proximité dans les quartiers Saint Jacques et Nouveau Logis<sup>123</sup>. Durant la crise, alertés par un des membres du réseau de santé Xarxa 66<sup>124</sup> que l'association pilote également, les membres du Fil à Métisser entrent en contact avec l'hôpital de Perpignan et se mobilisent face à la crise en créant une hotline, des discussions *via* les réseaux sociaux et en diffusant des messages de prévention.

Tous les soirs durant 60 jours, week-ends inclus, un temps d'écoute collective animé par des psychologues est proposé initialement de 21h30 à 22h30, mais, face à la forte demande et à « l'importance de bien conclure les séances discussions »<sup>125</sup>, il est étendu de 20h30 à 23h30/minuit. À cette écoute collective s'ajoutent des discussions privées, au nombre de 8 en moyenne par soir. Les rencontres peuvent donner lieu à des prises en charge plus étoffées, toujours *via* les réseaux sociaux durant la crise. C'est environ 60 patients « vivant des situations cliniques inquiétantes » qui sont suivis à distance grâce à 3 discussions privées en moyenne avec une psychologue, une fois par semaine, d'une durée de 30 min à 1h.

---

<sup>121</sup> Les résultats de l'enquête CoviPrev sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>

<sup>122</sup> Gandré C., Coldefy M., Rochereau T. (2020). Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020, *Questions d'économie de la santé*, n°249, juin 2020, pp. 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/249-lesinegalites-face-au-risque-de-detresse-psychologique-pendant-le-onfinementpremiers-resultats-enquete-coclico.pdf> consulté le 22 février 2021.

<sup>123</sup> Pour plus d'informations : <http://lefilametisser.com>

<sup>124</sup> Pour plus d'informations : <http://lefilametisser.com/Accueil/xarxa/>

<sup>125</sup> Nous remercions chaleureusement les membres de l'association qui nous ont transmis leurs documents de bilan et ont pris le temps durant l'enquête de répondre à toutes nos questions.

Les entretiens rendent compte de l'importance de ce soutien proposé par l'association :

*« Du Fil à Métisser de Marion et il y avait des numéros de téléphone, par exemple vers la fin c'était dur la séparation, mon fils il voulait être avec ses grands-parents, c'était un peu dur et on pouvait poser des questions, demander. On les appelait. [...] Ça nous a aidés beaucoup. »*

F7, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec ses 3 enfants de 10 ans, 6 ans et 7 mois

*« J'appelais Marion quand j'étais stressée comme ça. Quand on était dans la maison avec des angoisses, quand j'avais un moment que ma fille était dans sa chambre, je me mettais dans un coin j'appelais Marion. »*

F1, 20-29 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari et sa fille de 7 ans

Ces quelques éléments donnent un aperçu du mal-être psychologique ressenti pendant la crise. Les entretiens menés avec les habitants font état de conséquences psychologiques importantes.

Après avoir fait état des conséquences psychologiques liées directement à la crise, cette dernière partie montrera que la crise sanitaire du Covid-19 renforce un mal-être psychologique déjà existant lié à des conditions d'existence difficiles.

### **3.5.1 Peurs et angoisses générées par la crise du Covid-19**

Au-delà du confinement, la crise sanitaire provoque « angoisses », « soucis », pleurs.

*« Ça a été trop dur, trop d'angoisses. »*

F1, 20-29 ans, Saint Jacques, confinée avec son mari et sa fille de 7 ans

*« Moi je me levais tôt parce qu'avec les soucis que gérer, tout ça. Donc j'étais pas bien. »*

F6, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec ses deux filles de 6 et 7 ans

*« On pleurait tous les jours. / Ah oui ! »*

F14, 40-49 ans/F15, 50-59 ans, Nouveau Logis,

De manière générale, tous les répondantes et répondants font état d'une peur liée à la menace voire à la réalité de la contamination pour celles et ceux qui y sont déjà confrontés directement ou indirectement par la maladie ou le décès de leurs proches ou de connaissances.

*« Ma mère, elle a perdu un cousin à elle. Un cousin mais vraiment germain. Après une jeune, de 24 ans, c'était une copine. Pas copine-copine, mais on se parlait souvent, dès qu'on se voyait, tout. J'en pleurais ! De la peur. Elle me faisait peine, oui, tout. Mais après, c'était de la peur [...]. Donc voilà. Ça faisait beaucoup peur. »*

F5, 20-29 ans, Saint Jacques, mère au foyer, confinée avec son mari, sa fille de 7 ans et son fils de 2 ans

À Saint Jacques, le son des ambulances venant chercher les malades accentue ces sentiments :

*« Ça a été terrible hein !*

M.S : Ouais ?

*On entendait que des sirènes, des sirènes, des sirènes. Ça faisait peur.*

M.S : Les sirènes, c'est ça qui vous...

*Oui ça m'a choqué. Parce qu'ils faisaient que ça. Passer, repasser. Ça m'a choqué. »*

F4, 60-69 ans, habitante Saint Jacques, mariée, trois enfants, confinée avec son mari dans leur appartement

*« [...] j'avais trop peur. J'entendais les sirènes... Moi j'habite à la place Cassanyes. Pour rentrer dans le quartier, ils sont obligés de passer derrière chez moi. Donc je les entendais tout le temps, toute la journée. »*

F5

*« Parce qu'on voyait les gens qui... qui rentraient dans les hôpitaux. Moi j'habite sur la place du Puig donc je voyais tous les... (il cherche ses mots) les voitures, là, qui venaient. Donc les pompiers, Samu qui venaient chercher les gens. Toute la journée c'était ça quoi ! »*

H1, 50-59 ans, Saint Jacques, médiateur, confiné avec sa femme

La rapide diffusion des mauvaises nouvelles due à une interconnaissance élargie entre les habitants fait prendre conscience de la gravité de la situation et provoque des angoisses.

*« Après ils me disaient [quand elle appelle ses proches] : celui-là il est décédé. Celui-là il est malade, il est à l'hôpital ! J'entendais des rumeurs. Qui me disaient qu'y avait quelqu'un de malade. Tout ça. Ah, je faisais des angoisses ! »*

F8, 20-29 ans, Nouveau Logis, confinée avec ses 4 enfants (14 et 13 ans et 2 plus petits)

Ainsi, les appels avec les proches, s'ils rassurent et pallient le manque de proximité physique, peuvent aussi être anxiogènes.

« M.S : Et, du coup vous étiez avec votre famille, par téléphone...

*Oui ! Oui, oui.*

M.S : Ça vous aidait ? ou pas ?

*Non. Ça me donnait plus d'angoisses encore.*

M.S : Parce que vous vous racontiez ce qui se passait dans le quartier ?

*On voyait sur Snap. Parce qu'on demandait souvent de prier pour les gens. Mais... c'était stressant. »*

F5

La découverte de la maladie de personnes connues accentue l'inquiétude pour sa propre famille, notamment quand d'autres drames ont été vécus ou quand certains des membres sont affaiblis :

*« On avait tous nos portables, on parlait tous comme ça, mais on était angoissés de parler des trucs qu'il y avait dehors. On était angoissés quand on se parlait. On faisait : fais attention à toi, va pas sortir, fais attention, désinfecte-toi les mains. Je disais à ma mère, parce qu'on n'a qu'elle par exemple, mon père il n'y est plus. Et comme elle est très protectrice, on est vraiment ensemble. Donc si on la perdait, ça me faisait quelque chose, on était tous seuls. »*

F1

*« [...] j'ai dû faire vraiment confinés parce que moi dans mon cas... Parce que le Covid, il est... Il fait pas de pitié quoi pour les gens malades. Il est encore plus... plus agressif. Et moi, si mon père le chopait c'était... C'était la cata. Il a plus de poumon, lui... Oui, franchement... Il vit sous resp[irateur]... Il vit avec un masque. [...] Alors vraiment quand on... On a été*

*vraiment... Et c'est ça qui nous a blessés, il nous a rendus tristes. Parce qu'on pouvait pas aller voir papa. Les enfants pouvaient pas aller voir leur grand-père. »*

H7, 30-39 ans, Saint Jacques, confiné avec sa femme et ses 2 enfants (âge cours élémentaire)

À cette inquiétude pour les proches, s'ajoute une culpabilité lorsqu'ils sont atteints du Covid, chacun se demandant si ce n'est pas lui le responsable de la contamination. Dans le cas de l'homme dont l'extrait d'entretien suit, cette culpabilité est associée à une sorte de ressentiment envers les gestionnaires de la crise dont les imprudences sont considérées comme des mensonges ou un manque de discernement, ce qui accentue le caractère éprouvant de la crise :

*« Pour vous dire la vérité... je vous dis la vérité, hein, je suis pas là pour... déjà, de nature, je suis pas quelqu'un qui ment, j'aime pas ça, je déteste mentir et j'aime pas les gens qui mentent, aussi... ben c'est dur de faire confiance aux gens vis-à-vis de tout ce qu'on a passé. J'ai du mal à croire, ça dépend qui va me parler. C'est pas que je veux pas le croire, c'est que je sais pas ce qui... même si lui, peut-être, ce qu'il va nous dire, il a été trompé. On nous a dit que les masques étaient inutiles, on nous a dit que c'était pas besoin d'en avoir, que si on en avait, fallait les donner... Puis après, on nous impose le port du masque, aujourd'hui. Donc... voilà, quoi. [...] Ça fait que ça crée de la peur, ça crée de l'inconstance. On se sent aussi un peu... ça crée un peu aussi, je sais pas si vous pouvez comprendre aussi, mais... J'ai ma grand-mère, moi, qui a chopé le coronavirus, elle a failli mourir. Ça crée de la culpabilité au sein de la famille parce qu'ils se sont dit : peut-être que c'est moi qui suis allé sans masque et qui lui ai donné. Vous comprenez ? »*

H4

Pour celles et ceux qui ont des proches malades, l'incertitude quant à l'amélioration ou non de l'état de santé est une source intense de stress.

*« Après ça de ma sœur, tout ça, bon... On était pas bien. On était tristes. Tout. Avoir de ma sœur comme ça. On savait pas si le docteur nous donnait pas des bonnes réponses. Pendant 10 jours ! Et au dernier moment ils ont dit : non, ça va, elle a commencé se réveiller. »*

F6

Toutes les inquiétudes générées par la crise sanitaire et la maladie ne trouvent pas nécessairement de lieux où s'exprimer, notamment pour les hommes. La jeune femme dont l'extrait d'entretien suit fait partie des personnes qui contactaient la psychologue du Fil à Métisser dont les contacts avec l'association sont établis bien avant la crise. On peut supposer que pour les femmes fréquentant ces structures, l'habitude prise a permis de solliciter les professionnelles durant les moments éprouvants. En revanche, pour les hommes plus à distance de ces structures, notamment car ce ne sont pas eux qui s'occupent des enfants, et fréquentent à ce titre l'accueil parents-enfants et plus largement pour toutes les personnes n'ayant pas coutume de faire appel à des professionnels de la santé mentale, les moyens de gérer les inquiétudes sont d'autant plus limités. Un phénomène d'« invisibilisation » des angoisses se produit. Les partenaires d'un couple ou les membres d'une même famille se cachant mutuellement leurs inquiétudes pour faire face.

*« Avec mon mari, après il n'allait pas avec la famille. Lui aussi, il était beaucoup avec sa famille et on ne pouvait plus se voir. C'était dur. Lui, il faisait voir qu'il n'y avait rien pour*

*moi, parce qu'il ne voulait pas me rendre triste, mais moi je ne pouvais pas... Je voyais qu'il n'était pas bien. »*

F1

Ce mal-être psychologique touche également les enfants. Les deux médiateurs interrogés insistent sur l'impact de la crise sur les plus jeunes :

*« [...] les enfants aussi... Ils ont subi plus que nous ! Parce qu'ils voyaient les parents qui partent, qui reviennent pas. Le grand-père, décédé. L'autre, à l'hôpital. »*

H1

*« Mais les enfants, ils ont subi... au même pire ! Ils ont subi pire de ce qu'on a subi, les enfants. »*

H3

Les parents rapportent les « angoisses », le « stress » ressenti par leurs enfants comme dans le cas de cette mère qui préfère au départ ne rien dire de la menace du virus mais qui, avec le confinement, se force à leur expliquer quitte à ne pas pouvoir éviter leur mal-être :

*« J'étais choquée. Vite... Je l'ai pas dit à mes enfants. Vite. Comprenez ? Parce qu'on va peur ou j'sais pas. Mais après les petites comme elles savaient qu'on était confinés, qu'on pouvait pas sortir. Après, ils ont compris. J'ai dû l'expliquer. Bon les petites elles ont dit rien. Mais elles étaient très angoissées. »*

F6

*« Pour mon fils, ça a été trop compliqué. [...] Pour le grand. Il prenait du stress, il arrêta pas de pleurer ! Euh... Il avait peur. [...] C'est surtout lui que ça a touché. On est obligés depuis ce jour-là on est obligés de dormir tous ensemble, au salon. [...] On n'est plus dans les chambres. Rien. On est tous ensemble... Je sais pas... Il a pris quelque chose... Il est... Il est pas bien. Il veut plus rester tout seul. [...] Depuis ce jour-là. 3 ou 4 jours après [le début du confinement], il pleurait, il était pas bien. Donc, comme il était mal, j'ai essayé d'aller acheter des trucs pour lui... De le faire bien. Qu'il soit bien. Et après on a... on a décidé de dormir tous au salon ensemble. [...] Avec ça, ça va... ça allait mieux. Oui. La journée des fois, il était pas bien. Mais il essayait de contrôler, et après, ça passait. [...] Il me disait : Maman, je sais pas ce que j'ai, j'ai envie de pleurer, je suis pas bien, j'ai envie de vomir, j'ai un truc là [elle désigne son ventre]... »*

F11, 20-29 ans, Nouveau Logis, mère au foyer, confinée avec son mari et ses 2 enfants de 11 et 8 ans

Plus qu'un mal-être psychologique, l'impact de la crise peut se traduire en symptômes plus aigus comme ne plus se nourrir, se refermer excessivement sur soi-même comme dans le cas de cette femme dont le mari est à l'hôpital durant quatre mois en réanimation suite à la contraction du virus :

*« [...] j'étais seule. Je sortais pas. J'écoutais des cantiques. Je faisais plus à manger, je mangeais plus. J'avais trop peur de sortir. C'est mon frère qui m'amenait les courses. »*

F14

Pour l'homme dont l'extrait suit, la crise du Covid provoque une véritable sidération. Il ne mange plus, prend des médicaments pour dormir et se relaxer, fume beaucoup devant la télé, la seule occupation qu'il peut envisager. Pour cet homme, la crise du Covid fait appel aux images les plus catastrophiques, une sorte d'apocalypse. Le virus crée comme une faille dans l'ordre du monde, s'abattant sans distinction, touchant les proches comme les personnages publics.

« Mais après quand j'étais confiné, j'ai pris une... dépression. [...] J'étais angoissé. Quand le président a dit : on est en guerre, ça, ça m'a choqué. Il... Je suis resté enfermé chez moi. J'ai fait une dépression. J'ai maigri de 10 kilos !

Ah oui. Vous n'arriviez plus à dormir non plus ?

Je dormais pas. Je prenais des médicaments pour... relaxer... Voilà... ça... ça changeait d'un coup ! [...] Ça changeait. C'était pu pareil qu'avant. Tout a changé. Quand... [...] Même quand je vais faire les courses, que je vois les gens masqués, avec les masques, tout ça... Je me sens dans... j'sais pas... dans une autre planète quoi ! On dirait qu'y a eu... une deuxième guerre mondiale ! [...] Ça... ça effraie ! ça effraie. On a peur pour les enfants. On a peur pour les proches. Voilà. Et moi comment je suis, je reste à la maison. Chez moi. [...] Même mon voisin à moi qui était à côté on se voyait pas. On se parlait de la fenêtre. Et c'était une chose [ini]maginable ! J'ai jamais vu. J'ai 47 ans moi. Jamais j'ai vu ça. Jamais de la vie. Alors c'est un truc de... effrayant. J'me suis dit : c'est la fin du monde ou quoi ? [...] J'ai pris une angoisse moi. Y en a qui ont grossi. Y en a qui ont pris 20 kilos... Moi non. J'ai maigri. Je mangeais pas. Parce que je regardais la télé. Les informations, tout l'temps. I... I parlaient des États-Unis... I parlaient de... de partout quoi ! De la Chine, tout ça ! J'me suis dit : des grandes villes comme ça... [...] Ils trouvent pas le médicament... Comment faire ? [...] Le président des États-Unis là, il a chopé le... le Covid. Ah ça m'a effrayé. J'ai dit : ah c'est pas possible. C'est un président quand même hein ! Ça m'a effrayé. Moi j'ai peur. J'ai très peur. [...] J'ai, j'avais pas la tête de faire les activités de la maison. Parce que j'avais... la boule au ventre quoi. Je pouvais pas faire ça, moi. Et je restais dans ma chambre, je regardais la télé. Cigare, cigarette. Voilà. »

H9, 40-49 ans, Nouveau Logis, marié, 4 enfants, confiné avec sa femme dans une maison avec extérieur

La crise du Covid représente un « événement » au sens où il y a un « avant » et un « après » dont on veut parfois garder la trace pour transmettre l'Histoire.

« Et même pour le raconter à [prénom de son fils]. Parce que [prénom de son fils], c'était un bébé. Genre il avait pas... Pour lui raconter. J'écrivais des fois. Allez, pas beaucoup, j'ai peut-être 5-6 feuilles. »

F5

L'après, c'est un monde différent, avec lequel il faut s'adapter malgré la peur, persistante. La crise n'est pas vu comme ponctuelle, mais comme le début d'une ère nouvelle qui suscite des inquiétudes.

« La peur, je l'ai toujours, parce qu'on ne sait pas si on peut le reprendre le virus, même si on l'a eu on ne sait pas combien de temps on est protégé. La peur, elle y est tout le temps, mais il faut vivre avec. Il faut avancer. (...) On ne peut pas vivre dans la peur comme ça enfermés. On ne sait pas quand ça va s'arrêter ce virus, s'il y en a pour une année, deux années, trois années. Hier, je disais à mon fils : je me dis peut-être qu'on ne retrouvera pas une vie comme avant. On ne sait pas combien de temps ça va durer. Il faut faire avec.

J.Y : Qu'est-ce qu'il vous dit votre fils dans ce cas-là ? Qu'est-ce qu'il a pu vous dire peut-être ?

Il me dit : moi aussi, je voudrais être comme avant. »

F7

### 3.5.2 L'impact psychologique sur les médiateurs

Dans cette partie sur l'impact psychologique de la crise, il semble important de rendre compte d'une catégorie spécifique d'habitants : les médiateurs.

En lien avec les structures sociales, voire professionnels de ces structures, et aussi habitants des quartiers touchés par la première vague épidémique, deux des trois médiateurs interrogés évoquent spontanément en entretien le fort impact psychologique de leur travail de médiation entre les services hospitaliers et les familles durant la crise sur eux-mêmes voire leur famille.

L'un d'eux – dont ne nous donnerons pas plus de caractéristiques pour conserver l'anonymat – a géré le suivi de dix malades avec leur famille (donc plusieurs appels pour chaque malade) pendant un mois. Les appels commençaient en général vers 9h pour se terminer vers minuit. En plus de fournir des informations quant à l'état de santé, il joue un rôle intermédiaire avant l'orientation vers un psychologue.

*« Parce que les familles m'ont appelé en me disant : est-ce que c'est vrai qu'il y a eu ça ? Alors, pour m'organiser, je faisais des... des... des messages groupés, en leur disant : Voilà, c'est toujours la même chose, ou : Ça s'est amélioré. Et, pour les cas graves, c'était assez compliqué de parler aux familles. [...] La hotline, qui était gérée par le Fil à Métisser, où on orientait... où on orientait les personnes qui étaient... quand on sentait que les personnes... Par exemple, quand elles m'appelaient, elles se mettaient à pleurer, bien sûr, je consolais par rapport à ce que je savais – je ne pouvais pas... je ne suis pas psychologue – en leur disant : Mais ne t'inquiète pas, tu vas trop loin, il ne va pas mourir, il est juste... Voilà, c'est une maladie que... ça empêche de respirer, c'est normal qu'ils les mettent sous... dans... du coup intubés en réanimation, mais c'est pas parce que son cœur s'est arrêté, c'est parce que les poumons ne fonctionnent plus... – voilà, tout ça –, et, ensuite, orienter vers les psychologues.*

M.S : J'imagine que ça, ça ne doit être pas forcément facile : avoir toutes ces émotions des gens...

*Eh oui.*

M.S : ... à accumuler.

*Oui. Enfin, après, moi, en tant que médiateur, c'est un peu mon moteur – les conflits, les problèmes et tout ça –, mais quand c'est... quand c'est proche comme ça et intensif d'un coup pendant une vingtaine de jours sans avoir de recul – parce qu'on est aussi dedans et on n'a pas forcément ce recul de se dire : il faut se calmer, il faut se poser. Voilà, on y va et... on y va quoi. C'est, après, le contrecoup – on va dire – qu'il faut savoir gérer, sinon on... Moi, j'ai eu des personnes qui ont pleuré... qui pleuraient. Des... des personnes adultes et fortes d'habitude et qui..., elles pleuraient au téléphone, carrément.*

Mobilisé très rapidement et de manière intense, connaissant les gens malades et leur famille, ce médiateur ressent un « contre coup » une fois le plus fort de la crise passée et fait une « dépression » de dix jours. Il cherche de l'aide auprès de la psychologue de l'association du Fil à Métisser avec laquelle il était en lien.

*« Moi-même, j'ai fait appel à la psychologue avec qui je travaillais pour lui expliquer : écoute, il m'arrive ça, ça, ça, qu'est-ce que tu me conseilles ? Elle m'a conseillé : écoute,*



*lève-toi le matin... de toute façon, ne t'enfonce pas... Elle m'a donné les conseils qu'il fallait quoi.*

M.S : Ça vous a un peu aidé ?

*Beaucoup. Beaucoup aidé. Il faut quelqu'un d'extérieur pour vous dire : calme-toi. Finalement, c'est pas si grave que ça, et faire en sorte de...*

M.S : Et prendre du recul, un peu.

*... de prendre du recul – voilà. Il faut quelqu'un pour vous dire : Prends du recul, quand on n'arrive pas à le prendre tout seul. »*

Le confinement a obligé à travailler depuis chez soi. Or, quand l'espace ne permet pas de s'isoler, le travail empiète sur les espaces privés. Quand il s'agit d'un travail où il faut annoncer de mauvaises nouvelles et gérer les maladies et les deuils, les membres de la famille sont exposés à l'anxiété que cela génère.

*« Oui, mais le problème qu'il y a – et je ne me suis pas aperçu –, c'est que, quand j'étais au téléphone, bah ma famille entendait tout – vous voyez ? Parce que, quand on ne sait pas, on peut se renseigner et on peut cacher des choses si on a envie de les cacher, mais, en étant au téléphone, on ne se rend pas compte, on parle, et, du coup, on parle de tout, et : Oui, alors ? 'Bon, bah celui-là, il est mort'. 'Et comment ça se passait ?', 'Il est mort, la famille... ils vont l'emmener aujourd'hui, ils n'ont pas le droit de le voir, ils vont l'enterrer et ils n'ont le droit qu'à quatre personnes. On ne sait pas comment faire.' Moi, j'avais... j'avais ma compagne et mes enfants qui me regardaient avec des yeux ronds en se demandant : qu'est-ce qui se passe ? Et je ne me suis pas... Et je ne pouvais pas me mettre quelque part pour me cacher et parler au téléphone.*

Confrontée à la douleur de personnes connues et souhaitant aider, la compagne de ce médiateur prend d'ailleurs part au soutien pendant un temps avant de se rendre compte des conséquences psychologiques de ce soutien.

*« Moi, ma femme, un moment donné, a participé aussi. Bah c'est des gens qu'on connaissait, donc des gens qui ne pouvaient pas m'avoir au téléphone téléphonaient à ma femme en lui disant : « Alors, comment ça se passe ? », et, elle, me donnait des infos, en me disant : « T'as vu, Untel est malade. Elle se fait un souci », « Mais pour qui ? », « Pour sa sœur, qui est là-bas », je dis : « Passe-moi-la et dis lui ça, dis-lui que... » Voilà. Et elle se sentait aussi peut-être – comment dire... – responsable... pas responsable, mais...*

M.S : Impliquée ?

*... impliquée...*

J.Y : Concernée.

*... pour aider aussi. Elle disait : « Bon, j'ai aidé quand même. » Elle parlait, elle... Voilà.*

M.S : Au final, elle se sentait peut-être un peu utile. Ça fait du bien aussi parfois.

*Ça faisait... ça lui... Pas trop. Ça lui faisait du bien, mais quand... elle disait : « C'est dur à gérer. C'est pas... c'est pas mon truc à moi de... de... »*

J.Y : C'est un métier.

*Ouais, voilà. Et ça l'atteignait aussi – d'être impliquée. C'est quelque chose. »*

Un autre médiateur très affecté par la crise – en témoignent ses problèmes de sommeil persistants – n’a pas eu de suivi psychologique mais l’aurait souhaité. Il connaît l’importance de ce type de soutien, l’ayant déjà expérimenté lors de travaux antérieurs de médiation.

« M.S : Et vous souhaiteriez un suivi psychologique ?

*Oui, moi je pense. Il faut un suivi. Il faut un suivi. Il faut un suivi. Je vous dis pourquoi. Moi, j’ai travaillé en équipe. Avant je travaillais dans la toxicomanie. Donc on suivait les jeunes qui se droguaient pour qu’ils rentrent dans des cures de sevrage, pour méthadone, subutex. Y avait des généralistes, y avait des spécialistes. Éducateurs spécialisés, assistantes sociales, et tout ce qui s’ensuit. [...] On avait tous les lundis, un gars qui venait parler avec nous. Pour nos mal-être, pour nos ressentis. Et c’est un suivi. On en a besoin. Ça dégage. Il faut pas le garder ça. Parce que des fois on se [tue ? 22 :21] comme être un papa. Non. Tu es pas le papa, du gars. Et faut quand tu arrêtes de faire ton travail, tu fais autre chose. C’est toi. T’as ta vie à côté. Et ça on me le disait. Mais heureusement que je l’ai eu, ce cours, cet entretien. Pour... évacuer !*

M.S : Et vous souhaiteriez quelque chose d’individuel ou de plus collectif ?

*Euh, ça peut commencer collectif. Ça mélange tout le monde. Parce que les gens savent comment ça marche. Et après vous pouvez continuer, individuel. Parce qu’il y a des choses qu’ils diront pas en groupe. Y a tout qui peut se dire, en groupe. Mais à des moments, des trucs intimes, quelque chose plus discret que vous voulez pas que ça se sache – parce qu’on a tous des mêmes problèmes, des soucis, on va manifester... – mais après y a des émotions, des trucs, qu’il faut travailler individuellement. Je suis pas pro dans ce truc-là mais j’ai travaillé avec des pros et je sais que... je pense que c’est... Moi, j’aurais besoin de ça. Voilà. »*

H1

Si le médiateur évoque son cas, au cours de l’entretien il évoque une situation psychologique fragile de l’ensemble du quartier, en rapport avec ce qu’on appelle désormais les « événements » de Perpignan, soit les violences urbaines qui ont lieu à partir du décès d’un jeune homme et qui entraîneront le décès d’un second.

*« Déjà en 2005 on a eu le fameux événement Gitans-Maghrébins. Y a eu le feu et sang à Perpignan. Ça y a été très, très, très dur. Onze-dix ans après, ça... Là, c’était dans les années 2000. Ça fait que deux-trois ans que ça va mieux. [...] Y a que trois-quatre ans que ça va. [...] Et c’est là qu’il fallait des suivis. Y a pas eu. »*

Il estime qu’un suivi psychologique aurait été nécessaire à cette occasion. La crise sanitaire s’ajoute donc à une histoire sociale déjà douloureuse et, selon ce médiateur, le soutien psychologique permet de modérer les effets délétères de ces douleurs collectives. Il importe de voir plus globalement que la crise sanitaire vient révéler une situation et une histoire sociale marquée par un mal-être déjà existant dû à des conditions de vie difficiles.

### 3.5.3 Une crise sanitaire qui renforce un mal-être déjà existant

Une épidémie ne surgit pas sur un territoire vierge mais toujours sur des territoires ayant déjà une histoire et des conditions sociales singulières. Ainsi, l'épidémie vient « s'imbriquer » dans l'histoire sociale d'un territoire.

#### **Une situation sociale dégradée**

Les quartiers enquêtés sont marqués, comme indiqué dans la première partie de cette étude<sup>126</sup>, par un cumul de désavantages sociaux. Le taux de pauvreté est près de deux fois supérieur comparé à l'ensemble de la ville de Perpignan.

Les données de l'étude dépassent la crise sanitaire et donnent des éléments sur les conditions sociales d'un des quartiers, celui de Nouveau Logis. Lors des conversations ethnographiques, trois habitants se sont confiés aux enquêtrices.

Le témoignage du jeune homme de 21 ans, père d'une petite fille et en concubinage, rencontré à Nouveau Logis lors des conversations ethnographiques est précieux pour comprendre les conditions de vie des jeunes. Son discours est révélateur d'une intériorisation des reproches habituellement faits à l'encontre de la jeunesse gitane (paresse principalement) et de la tension qui résulte du refus de s'y réduire. Inscrit à l'école de la deuxième chance, il souhaite se démarquer d'un destin qui semble inéluctable et peu favorable à une vie émancipée et heureuse. Mais il expose aussi le constat d'inégalités sociales cumulées dont le dépassement semble dépendre de beaucoup plus de facteurs que celui de la seule volonté individuelle.

Le jeune père débute l'échange par un reproche envers ses pairs : « *les jeunes ici, ils savent pas voter* ». Il poursuit sur le décalage entre la vie déplorable que mènent les jeunes de son quartier et les aides que « *la France* » semble accorder au reste de la jeunesse, décalage qui semble rattacher au manque d'information : « *les jeunes sont pas au courant des droits qu'ils pourraient avoir alors que la France est un pays où y a beaucoup de choses pour les jeunes* ». Les seules ressources connues et mobilisées semblent être le RSA comme si tout un chacun – les pouvoirs publics et les jeunes eux-mêmes – se contentait d'une aide minimale qui ne laisse place à aucune autre ambition : « *on dirait ils nous donnent le RSA et ils se disent que ça suffit* » ; « *Les jeunes, ici, je sais pas, on dirait ils veulent juste le RSA...* ». Il fait une distinction avec « *les immigrés, les arabes* », plus ouverts : « *alors qu'on est plus français qu'eux ! [...] Je sais pas, nous on dirait on est renfermés* ».

Si les discours centrés sur l'autonomie et le mythe du *self-made-man* semblent fonctionner à plein à tel point que le jeune homme reproche à ses pairs un manque de motivation générale, ce dernier expose aussi une série de facteurs sociaux qui conduisent à une situation sociale dégradée pouvant conduire au repli. Il s'interroge sur les perspectives d'avenir professionnel. La plus haute ambition réaliste semble se réduire à un emploi municipal : « *Mais ici, on peut espérer quoi... Travailler à la mairie, c'est le plus...* ». Les logements ne sont pas non plus source de valorisation. Ils sont en nombre insuffisant malgré les nouvelles constructions. Lui-même vit dans un F1 chez ses parents avec sa femme et son bébé. Lorsqu'une des deux enquêtrices demande s'il est possible d'obtenir un nouveau logement, le jeune homme répond : « *Tous, ils se jetteraient dessus. Je pourrais demander pour ailleurs.*

---

<sup>126</sup> Cf. 1.3. Vivre en « quartier prioritaire ».

*Mais si c'est pour quitter une cité pour en trouver une autre... Je préfère rester ici ! Et puis, je crois ici on paye moins cher [qu'au Haut Vernet].* » Sans emploi, les écarts de loyer sont déterminants quitte à vivre dans des conditions de surpeuplement.

Au-delà de l'habitat, c'est aussi les conditions de vie dans le quartier qui n'en font pas un endroit où il fait bon vivre. Il constate le manque d'équipement public pour les jeunes et les enfants : aucun terrain de sport ou de jeux. Une salle est à disposition des adolescents et jeunes adultes mais elle est sale, pas entretenue : « *vous verriez, vous rentrerez pas !* ». La situation géographique du quartier est elle-même dévalorisante. Cachées par une butte, les maisons semblent être tenues volontairement à l'écart du reste de la ville. Le quartier entier est entouré d'une zone industrielle où prédominent les usines.

Le discours de deux femmes rencontrées elles aussi à Nouveau Logis lors des conversations ethnographiques complète la vision pessimiste de la vie dans ce quartier. Elles dénoncent elles aussi la proximité des usines et établissent une distinction avec le quartier Saint Jacques, pour elles plus valorisant : « *À Saint Jacques, ils ont la ville à côté. Nous on a que des usines ! Qui ouvrent, qui ferment... C'est ça qui nous amène les maladies (rires) !* » (F15). Le sentiment de dépossession qui transparaît dans l'expression « *qui ouvrent, qui ferment* » (sans connaître ce qui s'y passe et qui gère ces usines dont d'ailleurs personne ne profite au niveau de l'emploi) est exacerbé par une vie qui semble subie et malheureuse.

Sans que la question leur soit posée, les deux femmes abordent le sort misérable de la condition féminine chez les Gitans, plus particulièrement à Nouveau Logis. Le quartier Saint Jacques est érigé comme modèle. L'atelier de confection de masques qui a rassemblé plusieurs femmes du quartier durant le confinement est vu comme une expérience heureuse et valorisante. Cinq d'entre elles (les plus âgées et peut-être celles qui ont le plus participé) ont été invitées au restaurant et ont été payées. Au courant par les réseaux sociaux, les deux femmes jalourent cette occasion : « *Elles rigolaient... [...] Je crois c'était payé. Mais une seule fois.* » Plus largement, à Saint Jacques, les femmes sortent ensemble en dehors de Perpignan, achètent des biens de consommation valorisés tels que les vêtements pour les enfants ornés de motifs de l'univers Disney : « *Là-bas [Saint Jacques], elles vont partout. Elles prennent le train, elles vont acheter des trucs de Disney-là, à Primark. Elles partent à 6h du matin et elles rentrent le soir. [...] Je sais pas... Là-bas, elles savent vivre.* » (F15)

À l'inverse, leur vie semble refermée sur elle-même et marquée de nombreux interdits : « *Nous, on sort jamais. On n'a pas le droit du faire du sport, de porter des pantalons. On n'a pas le droit d'aller au cinéma entre filles. [...] Les Gitans, c'est comme ça.* » (F15) Il semble que cela évolue favorablement pour les générations plus jeunes « *mais pas beaucoup* » (F15). Au-delà des différences entre quartiers, c'est le mode de vie indépendante des « *françaises* » qui est aussi envié, ce qui s'entend à la tonalité de la voix qui traduit le sentiment d'un rêve inaccessible : « *Moi je voudrais être une Française ! Ah oui ! Elles travaillent ! Avoir un appartement toute seule !* » Ce rêve d'indépendance est peut-être l'exact opposé de la vie domestique vécue, synonyme de temps tourné exclusivement vers les autres et aliénant : « *J'ai trop de choses à faire à la maison avec les enfants. Le sport, je le fais. C'est le ménage !* » (F15)

Les femmes se réfugient alors dans l'écriture ou dans la religion. L'une d'elle confie accompagnant sa parole d'un geste de la main qui part de son corps vers l'extérieur :

*« Quand j'ai l'angoisse, j'écris. J'écris : je voudrais être décédée... Et ça me fait du bien. »*

F14

Sa belle-sœur (les maris des deux femmes sont frères) poursuit :

*« Moi je sais pas écrire. Mais je dis dans ma tête des fois. Pourquoi je suis là ? Et tout... Mais je prends la vie comme elle vient. Sinon... Moi, c'est Dieu mon appui. Je compte que sur lui. Sur Jésus. Je parle pas à mon mari, à mes enfants. »*

F15

Elles prennent aussi toutes les deux du Xanax<sup>127</sup>. Elles expriment un trop-plein de souffrance et de poids dont elles souhaiteraient pouvoir se débarrasser en l'extériorisant.

*« Moi je regarde des fois, le Grand Frère. J'aime bien regarder. Ils discutent des problèmes. Et puis ils vont dans un champ, là. Ils cassent des assiettes, des plaques. Voilà. Peut-être j'aurais un truc comme ça, je prendrais pas le Xanax. J'ai le Xanax 0,5 et les somnifères. »*

Avec la crise du Covid, les occasions de moments heureux sont d'autant plus réduites. Elles évoquent un repas en famille pris ensemble récemment (avec le respect des gestes barrières).

*« F15 : Ça a fait du bien. Pourtant c'était pas grand-chose. Sinon toujours, ménage, télé... C'est la dépression.*

*F14 : Y en a beaucoup ici qui font la dépression. »*

Au cours de la conversation, les enquêtrices les interrogent sur les activités proposées par le centre social. Ces dernières ne semblent pas représenter une occasion de sortir ou de se défouler. Lorsque l'une des enquêtrices évoque l'atelier couture qui a lieu toutes les semaines au centre social, l'une des femmes répond : *« oui, mais il faut amener son tissu... Mais j'aimerais moi, faire des rideaux, une petite jupe... »* Sa belle-sœur dit qu'elle aimerait s'y rendre mais ne peut pas car elle doit veiller constamment sur son mari malade depuis qu'il a eu le Covid. Les observations au centre social des enquêtrices et les témoignages de son personnel font état d'une participation à la marge aux ateliers couture. Plus qu'un simple manque de motivation, on pourrait peut-être expliquer cette faible présence des habitantes par une vie marquée par les obligations et une tendance à la dépression qui ne favorisent pas l'envie et la possibilité de sortir d'une vie tournée vers l'intérieur. De plus, les contraintes financières peuvent aussi expliquer que si les activités proposées nécessitent des ressources propres, elles aient encore plus de mal à s'en saisir.

### **Le racisme**

Le racisme fait également parti d'un mal-être touchant les populations gitanes de Perpignan.

*« Oui, parce que ça aide beaucoup. Parce que comme on est gitans par exemple, on se sent un peu rejetés. De partout, c'est comme ça, il n'y a pas que les gitans. Des fois, c'est les gitans aussi qui rejettent les Français, ça existe. Mais on se sentait un peu rejetés, on se sentait un peu sur le côté.*

*Comme toujours. Et ça m'est arrivé d'aller au coiffeur qu'il me mette dehors parce qu'on est des gitans.*

M. S : Ah oui ! Ils n'ont pas le droit de faire ça.

*Je sais. Je lui avais dit : tu n'as pas le droit, elle m'a dit : je m'en fous, je fais ce que je veux, c'est chez moi ici. »*

---

<sup>127</sup> Le Xanax (alprazolam) est un médicament tranquillisant appartenant à la classe des benzodiazépines.

F1, 20-29 ans, mère au foyer, confinée avec son mari et sa fille de 7 ans

La crise du Covid renforce les préjugés négatifs entretenus à leur rencontre. On leur attribue l'origine de la contamination, comme si la maladie devait *nécessairement* provenir de leur imprudence, idiotie, saleté et autres préjugés qui leur sont habituellement associés.

*« Oui, les gens se méfiaient, et, en plus, en... en étant de la communauté gitans. Parce qu'on a été visés du doigt en disant : Oui, c'est à cause de vous, parce que vous êtes allés dans une assemblée évangélique à Toulouse. Donc, c'est à cause de vous que... Vous avez amené le virus à Perpignan – notamment.*

J.Y : On vous le disait, ça, dans les... ?

*On le... ça se ressentait.*

J.Y : Ça se ressentait, ouais ?

*Oui. Bah oui, ça se ressentait. Il y a des personnes un peu idiotes partout, un peu... Après, il y a des débiles partout hein, et qui disaient à des personnes : C'est à cause de vous. Dans les réseaux sociaux : Oui, il ne fallait pas y aller ; il ne fallait pas... ; il faut se protéger ; vous vous êtes mélangés alors que vous saviez. Alors que bon...*

J.Y : Oui, oui, d'accord. Ah oui, il y avait tout ça aussi en plus.

*Oui, il y avait ça en plus. Mais après... Il y en a qui ont été atteints ; moi, non : ça ne m'a pas atteint. Mais je sentais quand même que les gens... voilà quoi. Il y a des gens : c'est à cause de vous ; c'est pas... c'est pas nous.*

J.Y : Et est-ce que vous pensez que, du coup, cette phase, ça va un peu augmenter les tensions qui existent déjà entre la communauté gitane et les autres ?

*Non, pas plus de... de... de tensions que ça.*

J.Y : C'était temporaire ?

*Oui, c'est... c'est... c'est... Non, pas plus que ça. Après, ça s'est vite calmé aussi à ce niveau-là, parce que, là, on voit qu'il y a le virus à nouveau, que ça revient, et que nous, on est très peu touchés finalement. Donc, ça ne veut rien dire. On a juste payé un... un lourd tribut, c'est tout. »*

Les actions mises en place par les pouvoirs publics sont d'autant plus appréciées qu'elles viennent modérer l'effet délétère du racisme ambiant :

*« Donc on se sentait un peu comme ça [mal car gitans] et [prénom d'une psychologue du Fil à Métisser] nous aidait et pour nous, c'était bien, parce que pour nous, c'était des français qui venaient aider des gitans, donc on était bien. »*

F1

### **Des mesures collectives qui résonnent avec un passé commun douloureux ?**

Enfin, un dernier point paraît important à souligner en ce qui concerne l'impact psychologique de la crise du Covid-19 pour les habitants gitans des quartiers investigués. Les mesures collectives coercitives mises en place résonnent peut-être d'une manière particulière pour des individus dont l'histoire est marquée par l'extermination de masse, notamment durant la Seconde Guerre mondiale.

Quelques phrases relevées dans les entretiens laissent entrevoir un destin collectif tragique où les interventions militaires sont des signes de mauvais augure.

« [...] à la fin ils vont nous prendre, ils vont nous fermer dans une île »

H3, 50-59 ans, Saint Jacques

« [...] comme ça, avec l'alarme, avec la police et persécutée... Oh ! Je pourrais pas [si nouveau confinement] »

F2, 20-29 ans, Saint Jacques

D'ailleurs, un médiateur négocie le couvre-feu plutôt qu'un encadrement militaire du quartier qui aurait pu conduire à la panique de se savoir retenus de force.

« Et comme on travaille bien avec la préfecture, on a un référent, qui dit : qu'est-ce que vous en pensez ? Eux, parce qu'ils veulent cadrer le quartier. Mettre des... des soldats. Des militaires. On dit non, surtout pas ça, parce qu'on va s'échapper ! Si vous voulez nous renfermer, on croit que vous voulez nous garder, qu'il y a la maladie, nous on part ! Espagne, Montpellier, on va s'échapper. Ça va faire des soucis. Alors quoi ? Non. Mettez un couvre-feu. »

La crise sanitaire du Covid-19 a pu renforcer un mal-être psychologique existant et, peut-être, des peurs liées à l'histoire collective. Par conséquent, au-delà des inégalités de santé touchant au corps, c'est aussi la santé mentale des personnes interrogées qui a été impactée par la survenue de la crise sanitaire et qui a pu renforcer des inégalités sociales de santé, au sens large, incluant donc la santé mentale.

\*\*\*

Au terme de cette étude auprès des habitants, on ne peut pas conclure à une influence de facteurs culturels entendus comme des manières de voir le monde, des systèmes symboliques qui appartiendraient aux Gitans et qui seraient indépendants de leurs conditions d'existence pour expliquer l'apparition du cluster et la virulence de l'épidémie. Ce qui ressort des entretiens, ce n'est pas un système symbolique cohérent, commun à tous les Gitans qui les conditionnerait à agir contre les intérêts sanitaires. Les personnes interrogées font part de constats et d'inquiétudes communes à tous et témoignent d'un respect du confinement et des gestes barrières résultant de la peur due aux nombreux malades et morts connus.

Après un moment de flottement dû à une sensation d'irréalité, voire un sentiment de manipulation de la part des gouvernants pour certains, les mesures collectives ont été respectées, l'annonce des décès et de maladies touchant des personnes connues rappelant cruellement la gravité de la situation. La forte baisse des contaminations dès la semaine 13 prouve que le confinement a été respecté assez rapidement<sup>128</sup>. La peur très fortement ressentie est due non pas à des facteurs culturels tels que des croyances considérant la maladie comme une entité invisible et aléatoire, mais bien à une confrontation brutale à la maladie et à la mort d'individus plus ou moins proches et l'existence de comorbidités pour soi-même ou pour ses proches. Les précautions telles qu'instaurer des sas entre

---

<sup>128</sup> Simac L. et al. (2020). Covid-19 dans la population..., op. cit., p. 7.

l'intérieur et l'extérieur du foyer, nettoyer les denrées provenant du dehors, montrent une compréhension de la menace d'une contamination à une époque où le virus était encore largement inconnu.

Les rapports profanes à la maladie ou les explications transcendantales qui cherchent à donner du sens à une situation qui n'en a pas (le Covid comme moyen de réguler la population mondiale par exemple) ne sont pas spécifiquement gitans. Ces attitudes peuvent se retrouver chez toute personne qui n'est pas professionnel de santé et qui entretient un rapport profane à la maladie ou chez toute personne qui s'interroge sur les motifs existentiels de la vie. Par ailleurs, le monde médical, loin d'être rejeté, est considéré parmi les habitant.e.s comme une source légitime d'informations.

Les trois catégories ressortant des données de l'enquête montrent la diversité des manières de vivre le confinement (le confinement-protection, le confinement-adaptation et le confinement-prison) au sein de la communauté gitane. Cela constitue un résultat en soi. On ne peut donc conclure à une manière gitane de réagir aux mesures collectives qui serait la même pour toutes les personnes se reconnaissant gitanes. Le confinement a pu représenter pour certains une protection alors que pour d'autres il s'apparentait bien plus à une expérience carcérale, quand d'autres s'adaptaient pour un temps à ces conditions exceptionnelles<sup>129</sup>.

Une constante semble se dégager : à l'exception de deux parents, les autres ont tous témoigné d'une absence de continuité pédagogique. Encore une fois, d'après les données, l'explication culturelle apparaît bien pauvre pour expliquer ce constat. C'est avant tout des difficultés matérielles (manque de matériel informatique performant, mauvaise connexion Internet) qui, à l'heure du dématérialisé, ont empêché de poursuivre les travaux scolaires. Mais les difficultés matérielles ne sont pas les seules en cause. La difficulté pour beaucoup d'enfants de supporter le fait de ne pas sortir a conduit les parents à relâcher les exigences. Pour comprendre l'absence quasi totale de continuité pédagogique au sein des foyers rencontrés, il faut également voir au-delà de la situation de confinement et comprendre l'action scolaire dans ces quartiers hors épidémie. Hors épidémie, les effectifs présents à l'école « la Miranda » du quartier Saint Jacques oscillent aux alentours de 30 % (soit environ 70 % d'absentéisme). L'analyse des raisons de l'absentéisme chronique et généralisé dépasse de loin le cadre de ce rapport. Notons simplement que l'absentéisme relève bien plus de facteurs sociaux et multiples que de facteurs individuels ou culturels<sup>130</sup>.

Pour plusieurs personnes rencontrées, la crise sanitaire a entraîné des angoisses, du stress voire de la dépression. Au-delà des inquiétudes provoquées par un virus à l'époque totalement inconnu qui tue et affaiblit nombre de personnes de l'interconnaissance, ces conséquences psychologiques s'ajoutent à un contexte de vie qui, déjà hors épidémie, s'avère difficile : chômage, manque de logements, espace urbain dévalorisé (manque d'entretien), d'équipements publics (aires de jeux, de sport, de rassemblement), racisme.

---

<sup>129</sup> Cette absence de spécificité gitane sera à mettre en perspective avec les résultats de l'enquête EPIDEMIC qui interroge elle aussi le vécu du confinement en population générale. [http://www.iferiss.org/images/IFERISS/Projets/Projets-IFERISS\\_EPIDEMIC\\_2020-2021.pdf](http://www.iferiss.org/images/IFERISS/Projets/Projets-IFERISS_EPIDEMIC_2020-2021.pdf) consulté le 22 février 2021.

<sup>130</sup> On pourra se reporter aux ouvrages suivants : Lahire B. (2012 [1995]). *Tableaux de famille. Heurs et malheurs en milieux populaires*, Paris, Le Seuil ; Millet M., Thin D. (2012 [2005]). *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, Puf.



Les discours des intervenants identifiant des facteurs culturels ne se retrouvent pas toujours dans les données recueillies auprès des habitants. Un réseau social dense noté par les intervenants apparaît aussi effectivement dans les données des habitants. Ces derniers évoquent spontanément une présence familiale quotidienne en temps normal. En revanche, personne ne perçoit le médicament comme magique, par exemple. De manière générale, on ne trouve pas chez les habitants de références religieuses ou symboliques spécifiquement gitanes pour expliquer l'épidémie, excepté un cas. Au cours d'une conversation informelle, une femme confie qu'elle serait annoncée dans la Bible ce qui expliquerait la peur intense ressentie par beaucoup. Néanmoins, dans les entretiens, la religion reste par ailleurs mobilisée pour faire face à l'épreuve de la crise sanitaire en tant que soutien, mais n'explique ni l'apparition de l'épidémie ni des comportements qui pourraient s'avérer contraires aux précautions sanitaires. Par exemple, le maintien des rassemblements ou des pratiques valorisant le toucher et la communion entre les fidèles ont été proscrits à l'apparition de la crise sanitaire ou suivant strictement les gestes barrières et la distanciation sociale (chaises à un mètre de distance les unes des autres, port du masque dans les églises évangéliques).

Ce manque de correspondance entre les données sur les intervenants et sur les habitants peut s'expliquer par une différence d'échelle d'analyse : les premiers portent un regard global sur la situation, les derniers rendent compte de leur propre expérience, nécessairement singulière. Si les intervenants ont relevé que, pour certains, le médicament apparaît presque « magique », il peut exister une tendance à généraliser à l'ensemble de la population, car ce sont des représentations de la maladie qui peuvent aider les professionnels de santé à dialoguer avec leurs patients.

Or, comme nous allons l'aborder dans la partie suivante, plus qu'un rapport magique au médicament qui renverrait à une spécificité culturelle gitane, il semble que ce sont davantage des facteurs liés à l'appartenance des Gitans aux classes populaires plus que des facteurs liés à leur appartenance à la culture gitane qui expliquent leur rapport à la santé. La valorisation d'un corps fort, d'une alimentation abondante où l'on peut se faire plaisir, ces traits se retrouvent parmi les classes populaires. Ce sont les conditions de vie et de travail (ou d'absence de travail) qui fabriquent les rapports au corps, à l'alimentation, à la santé, au temps.

## 4/ BILAN ET PERSPECTIVES

Au terme de cette étude, quelles hypothèses apparaissent les plus plausibles pour expliquer la rapide propagation du virus et la virulence de l'épidémie dans les quartiers Saint Jacques, Haut Vernet et Nouveau Logis à une époque où le nombre de cas positifs, de malades et de décès était encore moindre au niveau régional ?

### 4.1 Hypothèse de la rapide propagation : une absence de mesures collectives conjuguée à des réseaux familiaux denses

La rapide propagation de l'épidémie semble due à un réseau social dense, notamment familial. Toutefois, cette caractéristique n'est pas spécifiquement gitane.

Une autre hypothèse quant à la rapidité de propagation tient aux pratiques de la religion évangélique qui valorise le rassemblement des fidèles (« *La communion, c'est important. [...] C'est biblique. Il faut être ensemble. C'est là où il [Dieu] envoie la bénédiction.* », pasteur évangélique du quartier). Si une personne présente à la communion était contaminée sans le savoir elle a donc pu propager l'épidémie, d'autant plus que les réseaux sociaux, notamment familiaux, sont denses.

Si l'épidémie s'est propagée rapidement, elle a ralenti au bout de deux semaines, rejoignant les courbes du reste de la ville (calculées d'après les consultations pour suspicion de Covid, les tests n'existant pas à grande échelle durant le premier confinement)<sup>131</sup>. En effet, le confinement, c'est-à-dire la séparation physique entre les membres d'une même famille (avec les grands-parents, les oncles et les tantes, les cousins et les cousines) a entraîné un bouleversement de la vie quotidienne, mais il a été globalement extrêmement bien respecté et a considérablement limité la propagation du virus.

Néanmoins, les intervenants rapportent un début difficile : de nombreux habitants ne l'auraient pas respecté durant les premiers jours voire la première semaine. Les discours des habitants montrent quant à eux une hétérogénéité : si certains restent chez eux dès les annonces, d'autres s'avèrent plus méfiants et ne prennent effectivement pas immédiatement conscience de la réalité de la menace. Toutefois, l'annonce des décès et des malades s'accumulant, la vie quotidienne se bouleversant (fermeture des commerces, des services), le confinement se trouve globalement extrêmement bien suivi, excepté par quelques jeunes, ce qui s'est d'ailleurs retrouvé dans la population générale.

Les chiffres tendent à démontrer le respect du confinement : si le nombre de consultations suspectes au Covid-19 baisse dès la semaine 13, soit du 16 mars au 05 avril 2020<sup>132</sup>, c'est que les contaminations se sont produites entre 3 et 14 jours avant, soit du 02 mars au 13 mars 2020, date à laquelle aucune mesure collective n'était mise en place. Malheureusement, les quinze premiers jours de mars ont été particulièrement meurtriers car aucune mesure collective n'avait été encore mise en place : « *Je pense qu'on a perdu 15 jours. Ils auraient pu nous confiner 15 jours avant. Parce que nous, ces 15 jours, et ben ils ont été mortels pour nous !* », habitant du quartier Saint Jacques.

<sup>131</sup> Simac L. *et al.* (2020). Covid-19 dans la population..., *op. cit*

<sup>132</sup> *Idem.*

## 4.2 Hypothèse de la virulence de l'épidémie : des comorbidités fréquentes

La virulence de l'épidémie semble quant à elle s'expliquer par l'importance des comorbidités fréquentes parmi les personnes interrogées et/ou leurs proches et plus largement dans les quartiers ciblés (maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, le surpoids chez les personnes interrogées et/ou leurs proches, maladies touchant également leurs enfants). Ces comorbidités ne sont pas spécifiques aux Gitans, mais se retrouvent davantage parmi les membres des classes populaires. Plus on se rapproche des classes populaires, encore plus lorsqu'il s'agit des classes précarisées, plus la probabilité d'être en mauvaise santé est importante.

## 4.3 Des comportements de santé caractéristiques des classes populaires

Intervenants, habitants et indicateurs s'accordent sur le profil des classes populaires majoritairement précarisées des populations des quartiers ciblés par l'étude : revenus faibles (catégorie des employés, mais surtout dépendance aux aides sociales), niveau de diplôme bas, logement dans un quartier qualifié de « prioritaire » cumulant les inégalités sociales, en retrait des zones d'activités valorisées et témoignant d'une dégradation urbaine. On distingue néanmoins parmi les habitants interrogés des situations différentes correspondant à deux fractions de classe différentes : d'une part, ceux qui relèvent des fractions stables des classes populaires, c'est-à-dire qui ont un emploi régulier, un logement décent, suffisamment grand, qui s'investissent dans les organisations collectives (religieuses, de quartier), qui scolarisent leurs enfants. D'autre part, il y a ceux qui appartiennent aux fractions les plus précarisées : sans emploi, à distance du monde scolaire, sans aucune perspective d'avenir meilleur.

Si les Gitans perpignanais appartiennent aux classes populaires, alors il est probable qu'ils entretiennent un rapport à la santé semblable à ces classes. Le rapport à la santé est lié à différents facteurs, autant économiques, matériels (conditions de logement notamment) que résultants d'habitudes de vie.

Par exemple, le diabète est dû notamment à une alimentation trop riche en sucre. Il semblerait que « chez les Gitans, l'enfant est roi » ce qui sous-entend que certains enfants sont en surpoids car ils mangent seulement ce qu'ils veulent, donc gras et sucré. Faustine Régnier et Ana Masullo montrent que l'alimentation est, dans les classes populaires, un des seuls domaines où il est possible de se faire plaisir<sup>133</sup>. De plus, pour les femmes qui se reconnaissent exclusivement dans le rôle de mère au foyer, nourrir son enfant soi-même est une fierté. Il faut donc veiller à ce qu'il mange au sein de la famille et qu'il ne gâche pas. Cette question ne se pose pas pour les femmes disposant de ressources économiques plus élevées.

Le rapport au corps et à la maladie diffère selon les classes sociales car le rapport au travail et les ressources pour faire face à la maladie ne sont pas les mêmes. Dans les cultures ouvrières, le travail repose sur la mobilisation intense du corps<sup>134</sup>, la force est valorisée. On ne s'autorise pas à écouter son

---

<sup>133</sup> Régnier F., Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, n°4, vol. 4, pp. 747-773. <https://doi.org/10.3917/rfs.504.0747>

<sup>134</sup> Luc Boltanski analyse les différences de consommation médicale en fonction des classes sociales montrant qu'il existe des « cultures somatiques » différentes selon les classes. Cf. Boltanski L. (1971). Les usages sociaux du corps, *Annales, Economies, sociétés, civilisation*, 26 (1), 205-233.

corps. Les signes avant-coureurs d'une maladie vont donc se trouver mis à distance et on consulte lorsque cela s'avère indispensable (la douleur devient insupportable et entrave la poursuite du travail). Les Gitans de Perpignan n'occupent pas pour la plupart des métiers ouvriers. Néanmoins, les reproches faits généralement aux Gitans quant à la minoration des signes avant-coureurs d'une maladie et donc un recours tardif aux soins, une mauvaise compréhension des explications médicales, etc. sont *exactement* les mêmes que ceux faits aux personnes des classes populaires<sup>135</sup>. On peut donc supposer que si les Gitans, tout comme les autres membres des classes populaires, ne consultent pas de manière préventive, attendent des symptômes qui auraient pu être évités, c'est qu'ils entretiennent un rapport au corps qui interdit de « trop s'écouter » parce qu'ils occupent ou ont occupé des métiers indépendants nécessitant une mobilisation intense du corps (maquignonage, travail du cuir, vente ambulatoire...).

Les métiers ont évolué, certains ont disparu, mais le rapport au corps se construit sur des générations, il demeure donc le même. La force physique reste valorisée et l'embonpoint ne représente pas nécessairement un signe de mauvaise santé, au contraire. Pour les personnes qui ne travaillent pas ou qui n'ont jamais travaillé, vivant uniquement des subsides accordés par l'aide sociale, c'est le rapport au temps qui peut expliquer un surpoids. L'avenir étant vu comme sombre, l'attention à son corps ne présente pas d'intérêt<sup>136</sup>. Un laisser-aller général s'installe. Cela est dû à des conditions de vie précaires et non à une culture gitane<sup>137</sup>. La crise du Covid-19 participe néanmoins d'une prise de conscience de la dangerosité d'un poids excessif amenant des comorbidités. Le lien étant direct entre surpoids et risque accru de formes graves de la maladie, la responsable d'une maison de quartier rapporte que plusieurs femmes lui demandent conseil afin de maigrir et se protéger plus efficacement contre le virus.

Par ailleurs, en tant que membres des classes populaires, les Gitans rencontrés entretiennent un rapport ambivalent à la médecine car elle représente la culture savante. Le faible niveau de diplôme de la population laisse supposer une distance à cette culture savante qui s'apprend par l'école. Les médecins tirent leurs savoirs de la culture savante, proche, dans sa forme, de la culture scolaire. Les personnes ayant un faible niveau de diplôme sont moins habituées aux formes de langage, de l'écrit utilisé par les médecins. Cela fait que, mutuellement, ils ne se comprennent pas : les patients sont « vagues » dans la description de leurs symptômes *versus* les médecins ne prennent pas assez de temps pour expliquer.

Toutefois, on remarque qu'avec les médecins généralistes ou les infirmiers ce rapport distant se réduit. Le corps infirmier est plus proche par ses conditions de vie des patients des quartiers populaires que les médecins et donc plus à même de réduire la distance. Par ailleurs, un rapport de confiance se crée lorsqu'il intervient régulièrement. Cela s'explique aussi par l'instauration d'un rapport personnalisé et de confiance entre le médecin généraliste et ses patients qui parvient à compenser l'effet premier de

---

<https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>

<sup>135</sup> Arborio A.-M., Lechien M.H. (2019). « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé », in Masclat O., Misset S., Poullaouec (dir.). (2019). *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Paris, Le Cavalier Bleu, pp. 123-129. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02367140/document>

<sup>136</sup> Tarantini C., Vergelys C., Peretti-Watel P. (2014). Pauvreté, « présentisme » et prévention, *Temporalités*, n°19. <https://doi.org/10.4000/temporalites.2832>

<sup>137</sup> Sur le laisser-aller de certaines femmes gitanes du à des conditions de vie éprouvantes voir le témoignage de qui a arpenté les rues de Saint Jacques pendant plusieurs années et s'est liée d'amitié avec une des femmes du quartier. Eberstadt F. (2007). *Le chant des Gitans. À la rencontre d'une culture dans le Sud de la France*, Paris, Albin Michel.

cultures (sociales) très différentes. De manière générale, le rapport aux institutions des classes populaires se fonde sur une distance qui s'amenuise à mesure que des rapports personnels s'installent<sup>138</sup>. C'est pourquoi, dans les quartiers étudiés, le monde médical ne se trouve pas rejeté mais au contraire considéré comme une source légitime d'information lorsque les interlocuteurs sont connus directement par les habitants.

Les hypothèses relatives à la virulence de l'épidémie liées à l'existence de comorbidités semblent donc relever plus de facteurs communs aux classes populaires que des facteurs liés à l'appartenance gitane.

#### 4.4 Améliorer la littératie en santé : un levier pour réduire les inégalités

Les comportements défavorables à la santé d'une large partie de la population gitane perpignanaise semblent donc s'expliquer par un rapport à la santé commun aux classes populaires : la valorisation d'un corps fort, d'une alimentation abondante où l'on peut se faire plaisir. Ce sont les conditions de vie et de travail (ou d'absence de travail) qui fabriquent les rapports au corps, à l'alimentation, à la santé, au temps.

Pour comprendre le rapport à la santé des populations, on peut également se reporter au concept de *littératie en santé*. La littératie en santé correspond à la motivation et aux compétences des individus pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé<sup>139</sup>.

Selon étude de l'OCDE<sup>140</sup> menée dans 24 pays, les Français possèdent un niveau de littératie en santé parmi les plus bas des pays participants. La conférence nationale de santé estime que « les inégalités sociales y impactent le niveau de littératie beaucoup plus fortement que dans la moyenne des autres pays. »<sup>141</sup>

Un faible niveau de littératie résulte de facteurs individuels tels qu'un faible niveau d'instruction, à relier au niveau de diplomation des publics concernés<sup>142</sup>, une langue maternelle différente du Français, un niveau insuffisant de lecture ou encore la stigmatisation sociale. Ces facteurs individuels se retrouvent tant dans les discours des intervenants que dans les profils des habitants rencontrés (la langue maternelle étant ici le catalan gitan).

---

<sup>138</sup> Siblot Y. (2005). Les rapports quotidiens des classes populaires aux administrations. Analyse d'un sens pratique du service public, *Sociétés contemporaines*, n°2, vol. 2, pp. 85-103. <https://doi.org/10.3917/soco.058.0085>

<sup>139</sup> Voir la définition sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique> consulté le 22 février 2021.

<sup>140</sup> OCDE (2016). L'importance des compétences : Nouveaux résultats de l'Évaluation des compétences des adultes, *Études de l'OCDE sur les compétences*, Paris, Éditions OCDE.

<sup>141</sup> La Conférence nationale de santé (CNS) est une instance consultative auprès du ou de la ministre en charge de la santé regroupant des représentants des acteurs du système de santé. Cf. CNS (2017). *La littératie en santé – usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé* :

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_plen\\_060717\\_litteratie\\_en\\_sante\\_v\\_diffusee\\_env\\_pmc\\_2304\\_vuap\\_24\\_250418.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf) consulté le 22 février 2021.

<sup>142</sup> Cf. 1.3. Vivre en « quartier prioritaire ».

Le niveau de littératie d'une population dépend également de facteurs collectifs, tels que les politiques publiques mises en place en sa faveur. La promotion de la santé et l'éducation à la santé occupent par exemple une faible place dans l'activité de santé<sup>143</sup>, représentant 1,8 % de l'effort budgétaire<sup>144</sup>, pouvant expliquer en partie le faible niveau de littératie en santé des Français, rapporté par l'OCDE. Plus largement, ces facteurs collectifs influant sur le niveau de littératie en santé sont selon la conférence de santé<sup>145</sup> :

- un enseignement général qui ne met pas suffisamment l'accent sur la littératie en santé ;
- le manque de programmes d'enseignement du français ;
- le manque de programmes d'amélioration de la littératie ouverts à tous et pour tous les âges ;
- une sensibilisation insuffisante en milieu de travail ;
- le caractère confus et contradictoire de l'information véhiculée dans les médias et sur Internet ;
- la complexité du système de santé ;
- le manque de sensibilisation et de connaissances sur la littératie en santé, tant chez les professionnels de la santé que chez les bénévoles en contact direct avec la population.

Par exemple, le parcours d'éducation en santé a été créé en France à travers les différentes matières scolaires telles que le sport ou la biologie et ne correspond pas, comme par exemple en Angleterre ou dans les pays scandinaves, à des cours et des temps clairement identifiés dans le cursus scolaire obligatoire. Cela peut représenter, selon la conférence de santé, un des facteurs explicatifs du faible niveau de littératie de la population française. L'absence quasi-totale de programmes d'éducation à la santé en dehors du parcours scolaire (et hors éducation thérapeutique) semble impacter alors logiquement le niveau de littératie en santé, laissant reposer son apprentissage à la charge du personnel éducatif, et en fonction du taux d'assiduité des élèves au sein de leur parcours scolaire. Sur l'année scolaire 2019-2020, 126 élèves sur les 247 inscrits<sup>146</sup>, soit plus de 51 % des effectifs, ont été signalés pour un taux d'absentéisme moyen supérieur à 60 % dans l'école de la Miranda<sup>147</sup> dont la sectorisation a été définie pour accueillir uniquement des publics gitans et classée réseau d'éducation prioritaire. Le défi de la littératie en santé semble d'autant plus difficile à tenir.

Les conséquences d'un faible niveau de littératie sont<sup>148</sup> :

- une participation plus faible à des activités de prévention ;
- une prévalence plus forte des facteurs de risque pour la santé ;
- une communication moins efficace avec les professionnels de santé ;
- une compréhension limitée des prescriptions et l'accroissement de leurs effets indésirables ;
- une autonomie limitée dans la gestion des maladies chroniques ;

---

<sup>143</sup> Fayard A., Marchand A.C. (2008). La place de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé dans le système de santé français, *Global Health Promotion*, vol. 15, n°1, pp. 31-34.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1025382308093995> consulté le 22 février 2021.

<sup>144</sup> Voir le projet de loi de finances à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/rap/a20-141-6/a20-141-61.html> consulté le 22 février 2021.

<sup>145</sup> CNS (2017). *La littératie en santé...*, op. cit. p. 56.

<sup>146</sup> <https://annuaire-education.fr/etablissement/Perpignan/Ecole-primaire-La-Miranda/0660323T.html> consulté le 22 février 2021

<sup>147</sup> Chiffres transmis par la directrice de l'école aux chargées d'étude.

<sup>148</sup> Berkman N., Sheridan S., Donahue K., Halpern D., Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review, *Annals of internal medicine*, n°155, vol. 2, pp. 97-107, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768583/> consulté le 22 février 2021 ; Easton P., Entwistle V. A., Williams B. (2010). Health in the 'hidden population' of people with low literacy. A systematic review of the literature, *BMC public health*, n°10, vol. 1, p. 459, doi: 10.1186/1471-2458-10-459.

- une augmentation des hospitalisations et des réadmissions ;
- une augmentation des coûts liés aux soins de santé.

Ces conséquences se retrouvent explicitement ou implicitement dans les paroles des différents intervenants et pour certains dans les témoignages des personnes rencontrées bien que ces questions n'étaient pas abordées directement par les enquêtrices ou inscrites dans le guide d'entretien à destination des habitants.

« *La communauté gitane n'est pas du tout en rupture de soins comme beaucoup le disent. Ils ont un médecin traitant, vont à l'hôpital parfois le prennent même d'assaut pour une gastro, mais ils ont un comportement dans le quotidien qui nuit à leur santé. Mais ce sont des gens qui consultent. De manière globale, ils sont un peu peureux face à la maladie. La foi joue un grand rôle mais il y a cette peur d'être malade* » explique ce travailleur social, décrivant ainsi une forte propension à recourir aux soins urgents et donc une augmentation des coûts liés aux soins de santé<sup>149</sup>.

Concernant l'autonomie limitée dans la gestion des maladies chroniques, une actrice de santé décrit une « *communauté surinformée (connaît le réseau de prise en charge) mais qui a une mauvaise compréhension des pathologies chroniques en général : si les signes disparaissent, la maladie est niée. Il y a une perception culturelle de la maladie, une mauvaise observance et une fonction magique du médicament ; une faible écoute des premiers signes d'une pathologie chronique du coup des situations de diabète et une hypertension très dégradées quand les personnes arrivent à l'hôpital pour une prise en charge. La surréaction est observée quand un enfant est malade : recours aux urgences médicales.* »

Une professionnelle de santé aborde quant à elle la communication moins efficace avec les professionnels de santé, notamment en ce qui concerne le rapport au corps et à la maladie, illustrée par une faible compréhension des concepts de maladie silencieuse ou de porteur sain comme dans le cadre de la COVID-19 chez certaines personnes : « *c'est très compliqué pour eux de prendre conscience qu'on peut être porteur sain sans symptômes et transmettre le virus ou qu'il y a 14 jours d'incubation pour avoir des symptômes ou qu'on est malade mais on ne le sait pas. C'est complexe (même en population générale). Pour eux, quand on est malade ça se voit tout de suite, on va à l'hôpital, on soigne et on guérit. Pas facile cette notion d'incubation ou de porteur sain qui peut transmettre le virus* ».

La participation plus faible à des activités de prévention semble également retrouvée auprès de ces publics bien qu'elle semble différente en fonction des maladies considérées.

« *C'est un rapport particulier à la maladie. Le dépistage fonctionne très bien sur certaines maladies, soit parce qu'il y a une possibilité de traitement, soit parce qu'elle est répandue dans la communauté et un problème de santé publique important tel que le diabète. Par contre, sur les maladies comme le*

<sup>149</sup> Notons toutefois qu'une étude plus précise des chiffres de consultation aux urgences serait nécessaire pour évaluer réellement si les gitans, plus que les autres, recourent aux urgences. Cela ne semble pas être le cas si l'on se réfère à la thèse de médecine d'Émilie Dauphin réalisée au CHU de Perpignan et aux chiffres qu'elle rapporte : « Sur les mêmes périodes qu'à la MMG [maison médicale de garde] et à SOS médecins, 28 enfants du quartier Saint Jacques ont consulté aux urgences pour un total de 841 passages. Ceci représente 3.3 % de la patientèle. Si l'on considère que ces urgences drainent tout le département, et que le quartier Saint-Jacques n'en représente que 0.6 %. » Dauphin E. (2015). *Particularité de recours et d'utilisation de l'offre de soin primaire dans la communauté du quartier Saint Jacques de Perpignan : un reflet des représentations de santé*, Thèse de médecine, Université de Montpellier.

*cancer, c'est bien plus compliqué d'amener les personnes à se faire dépister. Mais les PO [Pyrénées-Orientales] sont un département qui dépiste peu de manière générale également* » relate une actrice de santé.

Le niveau de littératie ne semble cependant pas avoir de lien avec la motivation des publics cibles à recourir aux soins :

*« Ce sont des mamans qui sont très inquiètes pour leurs enfants comme toutes les mamans mais peut-être une peur irrationnelle, difficile à expliquer. Elles sont demandeuses de vaccinations et vont facilement chez le médecin à la moindre inquiétude. Elles n'hésitent pas à consulter auprès d'un autre médecin pour voir s'il dit la même chose par besoin d'être rassurées, aussi une difficulté à comprendre le 'discours médical' car elles manquent souvent d'instruction* » explique une professionnelle de santé. La demande de santé ne semble donc pas inférieure mais se concentre sur les signes cliniques visibles des maladies et une volonté de protection des proches, notamment des enfants. Cette motivation à recourir aux soins se retrouvent dans les témoignages des habitants notamment en ce qui concerne leur « bonne volonté sanitaire »<sup>150</sup>.

Ce niveau de littératie a néanmoins un impact sur la capacité à arbitrer ce qui ressort de l'information de confiance et ce qui correspond à une fausse information, notamment dans le contexte de la crise du Covid-19 où l'information était débordante et les consensus scientifiques peu audibles, quand ils existaient.

*« En parlant d'informations, c'était d'éclaircir le trop d'informations car avec la télé, les informations ils ne savaient plus vraiment ce qu'il fallait faire. Beaucoup de fausses informations ont circulé au sein de la communauté via les réseaux sociaux. [Prénom acteur ressource] a dû déconstruire ces rumeurs et réexpliquer les bonnes mesures* » décrit une travailleuse sociale. Ce point est confirmé par les témoignages des habitants qui indiquent un sentiment généralisé d'incertitude quant à la fiabilité des informations prodiguées par les médias, peu importe leur source d'origine<sup>151</sup>.

Le niveau de littératie en santé semble donc impacter le rapport à la santé de ces publics pour ce qui est du rapport à la prévention, dépendant notamment de la capacité de traitement et de la connaissance de ces derniers par les personnes concernées ; de l'autonomie dans la définition du parcours de soins ainsi que de l'adoption de comportements (dé)favorables à la santé liée en partie à une faible connaissance des signes silencieux des maladies, notamment chroniques.

Cela corrobore l'avis de la conférence de santé sur le plus fort impact, en France, des inégalités sociales sur le niveau de littératie des individus, puisque faisant reposer ce niveau sur les seuls facteurs individuels, du fait de la pauvreté des actions collectives mises en œuvre. Rappelons que certains des facteurs individuels précités, tel que le faible niveau d'instruction, reposent également plus sur des facteurs sociaux et multiples qu'individuels ou culturels.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Cf. 3.3.2. Les remèdes profanes.

<sup>151</sup> Cf. 3.3.3. La recherche d'information et de sens.

<sup>152</sup> CNS (2017). *La littératie en santé...*, op. cit , p. 108.



## 4.5 L'atout d'une approche de santé « communautaire »

Un consensus semble se dégager auprès des différents intervenants sur la juste manière de faire passer des messages, notamment ceux visant à l'application des mesures collectives et individuelles de protection vis-à-vis de la COVID-19. Le constat étant que les modes de communication des services publics apparaissent inadaptés au mode de communication des publics gitans. En effet, une actrice sociale explique par exemple qu'il existe des « *affichages dans les locaux de la ville mais ce mode de communication est inadapté car beaucoup sont analphabètes* ».

Cette travailleuse sociale explique : « *de façon générale, la prévention fonctionne que si ça vient de la communauté elle-même. Des messages plaqués du national pour être diffusés auprès de la communauté gitane ne fonctionnent pas. Ça doit venir de la communauté. Les femmes sont un levier, les enfants aussi* ». Ici est abordée la nécessité de participation des publics et de développement de médiation en santé et médiation par les pairs comme levier nécessaire à des messages de prévention compris et mis en application.

L'importance de personnes et lieux ressources présents de manière continue est donc avancée comme une nécessité à ce que les messages soient transmis, compris et mis en œuvre. L'approche « communautaire » et la participation des publics sont, selon les professionnels interrogés, une condition *sinequanone* à la bonne transmission des messages.

Toutefois, pour terminer, nous pouvons préciser ce qu'une approche « communautaire » recouvre. Loin d'une vision essentialiste qui tendrait à enfermer les personnes gitanes dans leur culture et penser qu'elles seraient nécessairement différentes du reste de la population – ce qui, nous l'avons vu, demeure le sentiment général et nourrit de nombreux stéréotypes – une approche de type « santé communautaire » présente l'avantage de faire sens pour les publics concernés car s'appuyant sur leurs expériences, sans les exclure d'une approche universaliste.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé communautaire est « le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. »<sup>153</sup> Cette vision participative de la santé est inscrite dans la constitution de l'OMS : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations »<sup>154</sup>.

Les messages de prévention par leur ambition universaliste manquent certains publics<sup>155</sup>. Il s'agit alors de renouveler les formes de prévention en partant des modes d'appréhension de la santé de la part

---

<sup>153</sup> OMS (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Genève, OMS.

<sup>154</sup> La constitution de l'OMS est consultable à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution> consulté le 22 février 2021.

<sup>155</sup> La littérature scientifique le montre abondamment. Voir par exemple : Affeltranger B., Potvin L., Ferron C., Vandewalle H., Vallée, A. (2018). Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?, *Santé Publique*, 13-24, <https://doi.org/10.3917/spub.184.0013> ; Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. (2011). *Les inégalités de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, Paris, Inspection générale des affaires sociales.

des publics afin de prendre conscience de l'écart pouvant exister entre des ambitions sanitaires universelles et la réalité des conditions de vie de tout un chacun. La « communauté » ne fait pas tant référence à une culture *ethnique* qui transcenderait les conditions d'existence (« les Gitans sont... ») mais bien davantage à une culture *sociale*, une communauté de vie partageant des mêmes conditions (« les Gitans de Perpignan, en 2021, vivant dans des quartiers qui s'inscrivent dans une histoire et une action publique singulière, sont... »).

---

[http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport\\_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf) ;  
Taranti *et al.* (2014). Pauvreté, « présentéisme »..., *op. cit.*

## CONCLUSION

À la suite du constat épidémiologique de cas positifs au Covid-19, de formes graves et de décès répartis sur deux quartiers perpignanais, à une époque où la région des Pyrénées-Orientales restait préservée, le CHU de Perpignan s'inquiète et lance l'alerte. En effet, la répartition géographique des patients accueillis correspond aux quartiers reconnus comme « Gitans » et les populations de ces quartiers présentent des vulnérabilités sanitaires laissant craindre une véritable catastrophe.

Un maillage d'actions de prévention s'appuyant sur des acteurs-clés du territoire et le respect du confinement par les habitants permet de freiner l'épidémie bien que les populations de ces quartiers, notamment celui de Saint Jacques, resteront durement impactées par la première vague du Covid-19.

Pourquoi cette population plus qu'une autre ? Associer Gitans et épidémie demeure lourd de conséquences quand on connaît l'histoire longue marquée par des discriminations et un racisme encore actuel envers les groupes plus largement dénommés « tziganes ». Il s'agissait alors d'appréhender l'ensemble des facteurs possibles conduisant à la rapidité de propagation de l'épidémie et à sa virulence en prenant garde à ne pas « essentialiser » les personnes, autrement dit en n'enfermant pas les Gitans dans une culture gitane qui expliquerait à elle seule les raisons de la concentration de cas et de cas graves dans ces quartiers. Il a donc fallu regarder les conditions de vie concrètes des habitants.

Les intervenants professionnels et bénévoles œuvrant de longue date dans ces quartiers ont été particulièrement mobilisés durant l'épidémie et ont proposé des hypothèses quant à la rapidité de sa diffusion et sa virulence. Tout d'abord, ils pointent la densité des relations quotidiennes des habitants possédant un réseau familial et social fourni et dont les fréquentations sont régulières. Cela a été corroboré par l'évocation d'un réseau de ce type par les habitants rencontrés. Ils soulignent ensuite des conditions de vie marquées par des difficultés matérielles importantes : des logements insalubres et suroccupés. Cela a été confirmé par les indicateurs statistiques et le témoignage de deux habitants vivant en situation de suroccupation. Les intervenants évoquent ensuite les comorbidités fréquentes parmi les habitants, ce qui a également été observé parmi ceux rencontrés. Enfin, certains intervenants recourent à une explication culturelle pour comprendre plus largement le rapport à la santé qui expliquerait ces comorbidités fréquentes. Par exemple, chez les Gitans, le médicament aurait une fonction « magique », il ne serait pas nécessairement suivi selon les recommandations sanitaires ; si les symptômes disparaissent, la maladie est niée... Ce type d'explication ne se retrouve pas dans les témoignages des habitants.

La raison tient sûrement au fait que la grille d'entretien ne visait pas à induire un raisonnement culturel. Il s'agissait simplement pour les habitants de raconter leur expérience de la crise sanitaire. Par cette méthode, les habitants ont livré des témoignages semblables à ceux retrouvés en population générale. Les précautions mises en place ne présentent pas de spécificité culturelle gitane mais une conscience des risques de contamination. Les trois catégories ressortant des entretiens (confinement-protection, confinement-adaptation, confinement-prison) pourraient s'appliquer à d'autres publics que les publics gitans.

Il existe bien des facteurs socio-culturels, mais la culture ne doit pas être entendue au sens d'« ethnique » (celle des Gitans), mais au sens de « social ». En effet, nombre de comportements pensés comme spécifiquement gitans de Perpignan sont en réalité caractéristiques des classes populaires, par exemple en ce qui concerne les comportements défavorables à la santé.

S'il existe des spécificités gitanes – par exemple on distingue des comportements différents entre « communautés » (gitane, maghrébine...) – il faut alors chercher avec précision quelles sont les conditions sociales de chaque individu (de travail, de logement, de scolarisation...) qui constituent ces groupes et de quelles histoires ils héritent (celle des Tziganes, celle de la décolonisation...) plutôt que de recourir à des explications en termes de spécificités culturelles.

Plus largement, l'éducation à la santé en France et les compétences de littératie en santé restent à développer. Si la crise peut faciliter dans un premier temps la réalisation d'actions de prévention et leur mise en œuvre, elles devront néanmoins répondre à différents critères appliqués lors de cette crise par les acteurs de terrain, tant professionnels qu'habitants et préconisés par les professionnels interrogés mais aussi par la conférence de santé dans son avis « La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! »<sup>156</sup>

Pour des publics marqués par des conditions de vie difficiles et un racisme fort, la santé communautaire apparaît comme un levier d'action important d'autant plus que les populations elles-mêmes, notamment les femmes<sup>157</sup>, cherchent à améliorer de manière active leurs conditions de vie.

---

<sup>156</sup> CNS (2017). *La littératie en santé...*, op. cit, p. 54.

<sup>157</sup> Voir à ce propos l'article de l'équipe « Made in Perpignan » interrogeant l'anthropologue Yoanna Rubio : <https://madeinperpignan.com/yoanna-rubio-et-la-deconstruction-du-stereotype-gitan/> consulté le 22 février 2021.

# ANNEXES

## 1. TABLEAU DES INTERVENANTS INTERROGÉS

Institution/Structure/Association	Nom Directions/services
SANITAIRE	CH PERPIGNAN
ASSOCIATION	Fil à métisser
ASSOCIATION	Fil à métisser
ASSOCIATION	Fil à métisser
SANITAIRE	CABINET IDE
SANITAIRE	CABINET MEDECINS
VILLE PERPIGNAN	CCAS
SANITAIRE	CABINET IDE
VILLE PERPIGNAN	POLICE des quartiers
ASSOCIATION	Régie des quartiers de Perpignan sud
ASSOCIATION	Asso des commerçants de Saint Jacques
CD66	Antenne MSP Jean Moulin
CD66	MSP Foch et Antenne Jean Moulin
CD66	PMI Antenne Nouveau Logis
CD66	PMI Antenne Nouveau Logis
CD66	Antenne MSP Nouveau Logis
ASSOCIATION	Secours populaire 66
VILLE PERPIGNAN	CCAS Perpignan
VILLE PERPIGNAN	CCAS Perpignan
EDUCATION NATIONALE	École élémentaire La Miranda
ASSOCIATION	Collectif des femmes gitanes de Saint Jacques
VILLE PERPIGNAN	Lieux d'Accueil Enfants Parents
CD66	Antenne MSP Nouveau Logis
ASSOCIATION	Secours populaire 66

## 2. TABLEAU DES HABITANTS INTERROGÉS

Identifiant	Critères sociaux	Tranche d'âge	Quartier de provenance	Lieu de l'entretien
<b>H1</b>	marié - 2 enfants	50-59 ans	Saint Jacques	Maison accès aux droits Saint Jacques
<b>H2</b>	non gitan - marié - 2 enfants	60-69 ans	Saint Jacques	Maison accès aux droits Saint Jacques
<b>H3</b>	marié - 2 enfants	50-59 ans	Saint Jacques	Place du Puig
<b>F1</b>	mariée - 1 fille	20-29 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda bibliothèque
<b>F2</b>	mariée - 1 garçon	20-29 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda bibliothèque
<b>F3</b>	non gitane - séparée - 2 enfants	30-39 ans	Saint Jacques	Café à proximité de Saint Jacques
<b>H5</b>	marié - 3 enfants	30-39 ans	Saint Jacques	Place du Puig
<b>H4</b>	marié - 3 enfants	30-39 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda bibliothèque
<b>H6</b>	3 enfants + petits enfants	60-69 ans	Saint Jacques	Place du Puig
<b>F4</b>	mariée 1 enfant - 3 petits enfants	60-69 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda - bibliothèque
<b>F5</b>	mariée - 2 enfants	20-29 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda - hall
<b>F6</b>	mariée - 2 filles	20-29 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda - bibliothèque
<b>F7</b>	mariée - 3 enfants	20-29 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda - bibliothèque
<b>H7</b>	marié- 2 enfants	30-39 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda - salle de cours
<b>F8</b>	4 enfants	20-29 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>F9</b>	2 filles	60-69 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>H8</b>	Célibataire	20-29 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>H9</b>	marié - 4 enfants - 1 petit enfant	40-49 ans	Nouveau Logis	salle de réunion - centre social

Identifiant	Critères sociaux	Tranche d'âge	Quartier de provenance	Lieu de l'entretien
<b>H10</b>	marié 3 enfants	40-49 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>F10</b>	mariée, 3 enfants	20-29 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>F11</b>	mariée, 2 enfants	20-29 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>F12</b>		60-69 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>F13</b>	1 fille + 2 petites filles	60-69 ans	Nouveau Logis	bureau vitré ouvert - centre social
<b>H11</b>	marié, enfants	30-39 ans	Nouveau Logis	entretien informel, espace public Nouveau Logis
<b>H12</b>	marié, 1 enfant	20-29 ans	Nouveau Logis	entretien informel, espace public Nouveau Logis
<b>H13</b>	marié, 1 enfant	20-29 ans	Nouveau Logis	entretien informel, espace public Nouveau Logis
<b>H14</b>		20-29 ans	Nouveau Logis	entretien informel, espace public Nouveau Logis
<b>H15</b>		20-29 ans	Nouveau Logis	entretien informel, espace public Nouveau Logis
<b>F14</b>	mariée, 1 fils , 1 fille	40-49 ans	Nouveau Logis	entretien informel, espace public Nouveau Logis
<b>F15</b>	mariée, enfants	50-59 ans	Nouveau Logis	entretien informel, espace public Nouveau Logis
<b>F hors quartier</b>		50-59 ans	Saint Jacques	Ecole élémentaire Miranda

### 3. GRILLE D'ENTRETIEN INTERVENANTS

#### Primaire

- Caractéristiques de l'acteur

Quel acteur, depuis quand intervient sur le quartier, modalités d'intervention : travail en aller vers, présence sur les lieux de vie/ d'activités, permanence dans une structure repérée par la communauté, a eu une formation spécifique préalable sur la communauté gitane .... ?

- Déroulement des évènements

- Récit

Quelles ont été les premières actions quand un/des habitants du quartier a/ont été soupçonné d'avoir/ont eu le Covid ?

- Vignette clinique

Quelle expérience d'une personne/ d'une famille atteinte du Covid : ce qui s'est passé, ce qui a été difficile à vivre pour la personne et son entourage ?

- Les déterminants qui sont à l'œuvre pour expliquer le phénomène

Quelles sont leurs conditions de vie observées (avant le confinement/ depuis) : nombre de personnes dans quel type de logement, les âges, liens familiaux, activité« pro » pendant le confinement

Que savez-vous de la fréquence des épidémies saisonnières (maladies infectieuses) dans ce quartier : rhume, rhino-pharyngite, laryngite ou angine, grippe, gastro-entérite, bronchite ou bronchopneumonie

Que savez-vous de la prévalence des malades chroniques et longue durée (pec 100%)

- Perception de la maladie, du soin et la prévention

#### *La maladie perception du risque*

Quelles sont les connaissances des symptômes, les moyens de transmission repérés dans la communauté ?

Quelles sont leurs sources d'information accessibles sur l'épidémie et le virus ?

#### *Recours aux soins (ou non recours)*

#### *Mesures de prévention et protection*

- Quels relais professionnels et communautaires pour expliquer l'épidémie ?  
Quelles sont les pratiques des habitants concernant ?
- Les gestes barrières Barrières (Masques, Distanciation sociale/physique, Lavage des mains)
- Le confinement
- Le déconfinement



## **Secondaire**

Conséquences (dommage et opportunités)

sur la population

- De l'épidémie
- Du confinement

Sur l'organisation de la communauté, les actions sociales, les activités de soin et de prévention

- De l'épidémie
- Du confinement

## **Tertiaire**

Point de vue sur les modalités de la propagation de l'épidémie

Comment se passe l'accueil des personnes guéries du Covid-19

## **Quaternaire**

Faisabilité de l'enquête auprès des populations

## 4. GRILLE D'ENTRETIEN HABITANTS

Identification de la personne

Préciser : genre, âge, lieu de résidence (nom du quartier concerné), situation sociale (à déterminer pendant l'entretien), nombre d'enfants (à déterminer pendant l'entretien)

### La confrontation à la Covid-19

- Aujourd'hui comment, vous et vos proches, allez-vous ?
- Avez-vous ou avez-vous eu des symptômes liés au corona virus (ex : toux, difficultés respiratoires, douleur aux poumons, accélération de la fréquence cardiaque, fatigue extrême, fièvre, faible pression sanguine ou pression sanguine élevée)
- Avez-vous eu la Covid ?
- Si oui, comment cela s'est-il passé ?
- Connaissez-vous des personnes qui ont été malades ? Et si oui savez-vous comment cela s'est passé pour eux ?
- Comment avez-vous appris l'existence de l'épidémie ?

### Le confinement

- Description de la situation personnelle de confinement
- Comment s'est passé le confinement ? / Vous rappelez-vous de votre première journée de confinement
- Où avez-vous vécu pendant la période de confinement ?
- Avec qui ?
- Pouvez-vous me décrire ce lieu ?
- Avez-vous eu plusieurs lieux de vie pendant la période de confinement ?
- Description des activités et leur altération durant le confinement
- Quelles ont été vos principales activités pendant le confinement ?
- Quelles sont les activités que vous avez dû suspendre/arrêter ?
- Avez-vous fait des activités qu'habituellement vous ne faites pas (courses, ménage, soutien scolaire... ?)
- Comment avez-vous fait pour les courses alimentaires ?
- Comment avez-vous fait pour l'école à la maison ?

### Vécu et conséquences psychosociales du confinement

- Qu'est ce qui a été pour vous le plus dur dans le confinement et pourquoi ? Et selon vous, pour vos proches, dans votre quartier ?
- Avez-vous plus ou moins consommé de cigarettes ? d'alcool ? de drogues ?
- Y a-t-il eu un décès au sein de votre entourage ? Comment cela s'est-il passé ?
- Y a-t-il eu des effets positifs du confinement pour vous ou vos proches ?

- Que pensez-vous du/comment avez-vous vécu le couvre-feu instauré pendant la période de confinement ?

### **Description de l'accès à la santé (dont prévention) durant le confinement**

- Pendant le confinement, si vous vouliez des informations sur la Covid (et les précautions à prendre), vers qui vous tourniez-vous ? / Qui vous donnait les informations sur la Covid (et les précautions à prendre) ? / Avez-vous vu les vidéos de l'association « Le fil à métisser » ?
- Avez-vous eu accès à des masques, du gel hydroalcoolique ? Si oui, comment vous les êtes-vous procuré ? Si non, en vouliez-vous et n'avez-vous pas pu y avoir accès ? Pourquoi ?
- Avez-vous (ou votre famille) eu besoin d'une consultation médicale pdt cette période ?
- D'un renouvellement de traitement ? Comment cela s'est-il passé ?
- Vos proches ont-ils eu besoin d'une consultation médicale ? Savez-vous comment ça s'est passé (accès, besoin...) ?

-

### **Le déconfinement**

- Vous rappelez vous de la première journée de déconfinement ? Qu'avez-vous fait ?
- Depuis, avez-vous repris des activités laissées en suspens pendant le confinement ?
- Comment se sont passés les mois d'été ?

### **Aujourd'hui**

- Prenez-vous des précautions pour éviter de transmettre et d'attraper le coronavirus ?
- Avez-vous accès à des masques (jetables, lavables et donc machine à laver) et du gel hydroalcoolique ? Si oui, comment y avez-vous accès ?
- Avez-vous des informations sur la maladie, sa transmission et les précautions à prendre ? Si oui, comment les avez-vous ? Si non, en souhaiteriez-vous ? / Pensez-vous avoir suffisamment d'informations ?
- Comment s'est passé la rentrée à l'école ?
- Y a-t-il des choses à améliorer selon vous ?
- Si un confinement devait à nouveau être prononcé, comment vous organiseriez-vous ?

### **Suite**

- Est-ce que vous connaissez des personnes qui seraient intéressées pour témoigner et si oui comment puis-je prendre contact avec elle ?