



جامعة بجاية
Tasdawit n' Bgayet
Université de Béjaïa

République Algérienne Démocratique et Populaire.

Ministère de l'enseignement supérieur.

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaine et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master

Option : Sociologie de la Santé

Thème

La prise en charge socio-médicale des étudiants étrangers résidentes a la cité universitaire du 17 octobre (Bejaia) pendant la pandémie du Covid-19

Réalisé par :

M^{elle} BARBOSA B. Esmirna Tamara

M^{elle}VAZ Silvina

Encadré par :

Dr. BERRETIMA Adbel-Halim

Remerciement

Nous tenons d'abord à exprimer nos remerciements les plus sincères au bon DIEU pour la santé, la patience, le courage, la force et la persévérance qu'il nous a donnés, tout au long de notre parcours.

Nous remercions nos parents qui sont toujours là pour nous quoi qu'il arrive, le soutien qu'il nous apporte, les encouragements...

Nous remercions aussi notre professeur et encadreur Pr BERRITIMA Abdel-Halim, de nous avoir dirigés tout au long de ce travail, ainsi que son assistance et sa confiance.

Aussi, nous remercions Dr BOURAOUI Kamel et Dr MIRA pour les informations fournies qui nous ont aidées à réaliser ce travail.

Nos vifs remerciements également à tous les enseignants de la sociologie de la santé, qui ont toujours été là quand on a eu besoin, qui nous ont apporté leur soutien ainsi que leur temps précieux tant qu'enseignants.

Nous remercions aussi notre chère amie BALKISSA pour sa précieuse aide dans l'accomplissement de ce travail.

Merci à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Nous remercions aussi notre pays d'accueil l'Algérie pour l'opportunité qu'elle nous a donnée.

Dédicaces

Je dédie ce travail à mes tantes qui m'ont élevée.

A ma mère, qui m'a toujours soutenu tout au long de mon parcours avec sa compréhension, et ses précieux conseils ainsi que sa volonté. Je ne pourrai jamais être là.

À ma famille de chez nous et aussi d'ici en Algérie, qui m'ont donné la force de poursuivre.

A tous mes compatriotes

Mes amies

Aux bougies qui ont éclairé ma vie tout au long de ces années

À mon encadreur

Tous les étudiants de la spécialité « sociologie de santé »

Tous les enseignants de la spécialité « sociologie de santé »

Barbosa

Dédicaces

C'est avec une pensée pleine de reconnaissance inspirée de générosité et de gentillesse que je dédie ce travail, en remerciant d'abord dieu tout puissant de m'avoir accordé le courage et la volonté.

En la mémoire de mon oncle Adulai Vaz,

A mes chers parents, et mon oncle DOMINGOS VAZ qui étaient toujours là pour moi je vous dédie ce modeste travail afin de vous exprimer ma gratitude et mon amour, je vous souhaite une heureuse et longue vie.

À mes frères et sœurs,

À mes chers amis (es)

Silvina

La liste des abréviations :

AME : Aide Médicale Etat.

ARN : Acide Ribonucléique nucléaire.

CDC : Centres de contrôle et de la Prévention Maladies.

CMU : Couverture Maladie Universitaire.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CMV : Cytomégalovirus (CMV) est due à un virus de la famille des Herpes virus.

H1N1 : Du Virus de la grippe A fait référence aux types de deux antigènes présents à la surface du virus.

HSV : Herpes Simplex Virus.

MERS : Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient.

MMWR : Morbidity and Mortality Weekly Report.

OMS : Organisation Mondial de la Santé.

PCR : Polymérase Chain Réaction.

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère.

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication.

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine.

VZV : Varicelle Zoster Virus.

Sommaire

La liste des abréviations

La liste des tableaux

Introduction général

Partie méthodologiques

Chapitre I : la problématisation de l'objet d'étude

1- Les raisons de choix de thème	04
2- Les objectifs de la recherche	04
3- Les études antérieures	05
3.1.Premier étude.....	05
3.2.Deuxième études	07
3.3.Troisième études.....	09
4. La problématique	14
5. Les hypothèses	14
6. La définition des concepts	15
7. La méthode et la technique appliquée	17
8. La méthode appliquée	17
8.1.Méthode qualitative	18
9. La technique utilisée	18
9.1 : guide d'entretien semi-directive	19
9.2. Observation directe	19
9.3. Pré-enquête	20
10. La représentation de la population d'étude	22
10.1. L'échantillonnage	25
11. la définition et lieu d'enquêtes	25
12. le déroulement de l'enquête	26
13. les avantages et les difficultés de l'enquête.....	26
13.1. Les avantage de l'étude	27
13.2. Les difficultés rencontrées	27
Conclusion	

Chapitre II : Prise en charge socio-médicale

Introduction	
1. Etrangère en séjour précaire	29
2. Evolution des politiques d'immigration	30
3. Accès au soin et protection de la maladie.....	31
4. Spécifié de la prise en charge médico-psycho-sociale.....	33
Conclusion	

Chapitre III : La pandémie du Covid 19

Introduction	
1. Epidémie	36
2. Pandémie.....	38
3. Qu'est ce que la Covid-19	44
4. La propagation de la covid-19 à travers le monde	46
5. Covid-19 en Algérie : réponses et perspectives d'avenir	52
6. Faire face au confinement	57
Conclusion	

Chapitre IV : Etudiants étrangers et mal-être social pendant la période de confinement.

Introduction	
1. Confinement et répercussions socio psychologiques.....	62
2. Le vécu des étudiants pendant le confinement	63
3. Assistance médicale à la résidence du 17 octobre « Bejaia ».....	63
4. Contamination par Covid.....	64
5. Développement des maladies pendant le confinement	64
6. La vie sociale pendant le confinement	65
7. La distanciation sociale	66
8. Relations conflictuelles entre les collègues de chambre	66
9. Les aides sociales pendant la période du confinement	67
10. Prise en charge psychologique pendant la période du confinement.....	67
Conclusion	

Chapitre V : le Covid 19 et la précarisation des conditions de vie des étudiants étrangers

Introduction	
1. Les conditions de vie au sein de la résidence 17 Octobre	71
2. Hygiène de vie au sein de la résidence 17 octobre Bejaia	72
3. L'accès à l'extérieur de la résidence	72
4. L'avis des étudiants étrangers sur les mesures sanitaires à instaurer pour leur bien-être. 73	
5. La sécurité pendant la crise pandémique	74
6. Problèmes financiers durant la période de confinement	74

7. Prise en charge sociale : restauration, bourse.....	75
8. Moyens de protection contre la covid 19.....	76
Conclusion.....	

6.vérification des hypothèses

Conclusion .

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

INTRODUCTION GENERALE :

Si la pandémie de la Covid-19 touche l'ensemble de la population, ce sont les plus vulnérables et le plus pauvres qui sont les plus impactés. La Covid-19 touche de manière différenciée les individus. Les formes les plus graves de la maladie visent les personnes les plus vulnérables, selon les stratifications sociales et territoriales ; surtout que la probabilité de contagion augmente avec le niveau de précarité des populations.

Cette priorité nécessaire accordée aux populations les plus exposées aux maladies et aux accidents, et à leurs déterminants constitue un axe structurant des projets de la santé publique. Celle-ci apparaît comme une dimension de l'action politique ; dimension qui impose l'engagement clair de la responsabilité des pouvoirs publics, qui doit constituer le fondement de santé, être présente la part inaliénable de l'état pour assurer l'égalité des droits en matière de santé. Ces choix, ces priorités, prennent en compte les plus exclus, les plus fragiles, les plus exposés ; pour lutter contre l'exclusion, et assurer une politique de couverture maladie universelle, l'accès aux soins sans aucune discrimination.

L'épidémie a mis en exergue un grand nombre d'inégalités qui étaient déjà présentes au sein de notre résidence universitaire et aussi au sein du système de santé. Certaines populations ont vu leur situation s'aggraver notamment parmi le public ciblé par notre étude, à savoir les personnes atteintes de maladie psychique, chronique, ainsi que les personnes les plus précaires. Ces inégalités sociales sont en fonction du lieu géographique où vivent les personnes, mais aussi en fonction de leurs caractéristiques propres notamment le logement. En effet, ce sont des populations qui, souvent, n'ont pas les moyens matériels, humains et financiers de se protéger, de se soigner, pour stopper les conséquences de toutes les maladies.

L'épidémie de Covid-19 a, en effet, mis en lumière les inégalités préexistantes au sein de notre société, elle les a aussi renforcées et accentuées.

Après le VIH, il y a eu de nouvelles crises sanitaires imposables, des nouveaux risques ; accrus par les nouvelles techniques de productivité alimentaire, les nouvelles technologies ; la liste est longue depuis, et le plus récemment de nouveaux virus comme le Covid-19 dont le SRAS, la grippe espagnole etc. Cette nouvelle pandémie a illustré l'impossible contrôle des frontières et la nécessité d'imposer des politiques de sécurité sanitaire concertées à l'échelle mondiale.

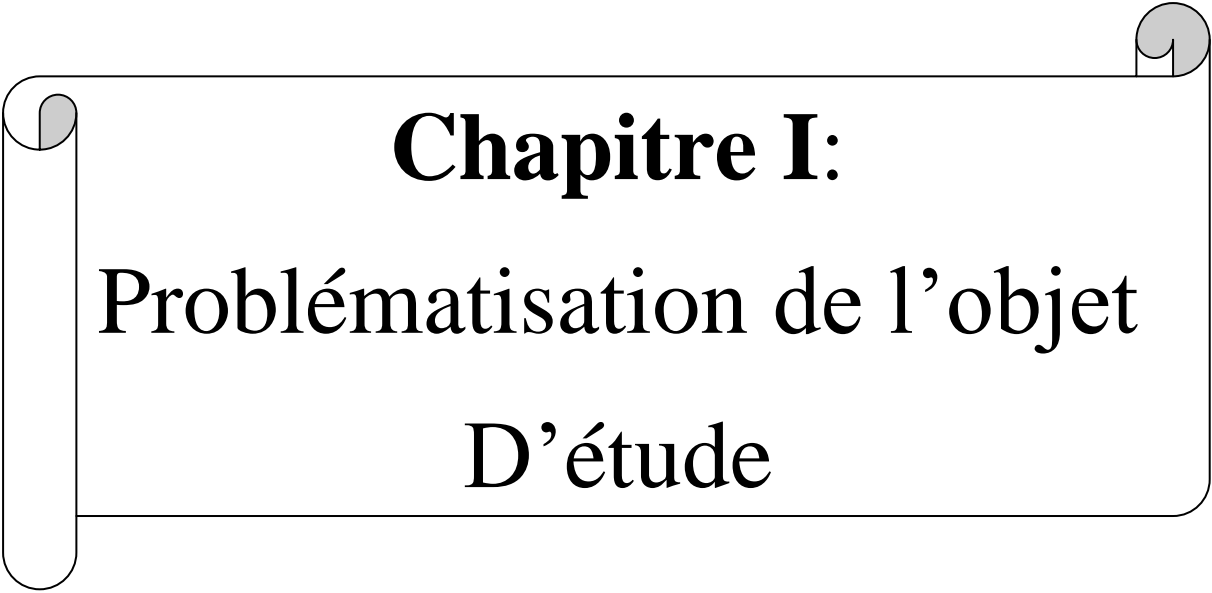
Dans le but d'appréhender le phénomène de la prise en charge socio- médicale des étudiants étrangers résidents à la cité universitaire du 17 octobre pendant la pandémie du Covid-19, notre étude comporte trois parties :

La première partie théorique et méthodologique est constituée :

Du chapitre méthodologie qui contient les raisons du choix du thème, les objectifs de la recherche, les études antérieures, la problématique, les hypothèses, les définitions de concepts clés, les techniques utilisées, la définition de lieu de l'enquête, le déroulement de l'enquête et enfin les avantages et la difficulté de l'enquête.

La partie pratique est réservée l'analyse et à l'interprétation des résultats recueillis durant notre enquête ; elle est répartie en deux chapitres :

- Le premier chapitre étudiants étrangers et mal-être social pendant la période de confinement
- Le dernier chapitre le Covid-19 et la précarisation des conditions de vie des étudiants étrangers et à la fin on procède à la vérification des hypothèses.



Chapitre I:
Problématisation de l'objet
D'étude

Introduction :

Dans ce chapitre nous allons présenter le cadre de recherche dans lequel nous évoquerons les raisons et les objectifs du choix de thème, les objectifs de notre recherche, les études antérieures, ensuite la problématique et les hypothèses et enfin la définition des concepts essentiels qui sont en rapport avec notre thème.

Nous avons choisi le thème :

« La prise en charge socio-médicale des étudiants étrangers résident à la cité universitaire 17 octobre à Bejaia pendant la pandémie du Covid 19 »

1- Les raisons et la motivation de notre choix du thème

La spécialité Sociologie de la santé nous a permis de nous intéresser à différents phénomènes qui touchent directement à la santé des populations, tels que :

- ✓ La Maladie et la vie sociale.
- ✓ La prise en charge comme les vécus sociaux des étudiants étrangers résidents à la cite universitaire 17 d'octobre.
- ✓ Les conditions de vie et les représentations sociales et culturelles.
- ✓ Des personnes vulnérables
- ✓ La connaissance du mode de vie des étudiants.
- ✓ La précarité.
- ✓ Prendre connaissance de la réalité de la prise en charge médicale et la vie sociale des personnes.

2- Les objectifs de notre recherche se résument comme suit :

- ✓ Acquérir des informations et des connaissances dans le domaine de la santé en général et en particulier sur les traitements des étudiants étrangers résidants à la cité universitaire 17 octobre de Bejaia pendant la pandémie de Covid-19.
- ✓ Mener à un changement positif et comportemental.
- ✓ Faire connaître les diversités et l'implorer de ces étudiants.
- ✓ Identifier les contraintes que rencontrent les étudiants pendant le confinement du Covid 19.
- ✓ Nous avons également voulu savoir quels sont les moyens de sensibilisation adaptés pour lutter et prévenir en cas d'une contamination d'une personne dans la résidence.

- ✓ Etudier l'aspect social et médical notamment les relations, les interactions entre les différents acteurs sociaux qui participent dans la prise en charge des étudiants pendant la pandémie du Covid- 19.

3- Les études antérieures :

3-1 Premières études

La pandémie de la grippe espagnole

La pandémie de grippe dite espagnole a atteint la moitié de la population mondiale du printemps 1918 à la fin de l'hiver 1919. La maladie est apparue de façon simultanée en Amérique du Nord, en Europe et en Asie.

Cette pandémie s'est diffusée en trois vagues successives dans le monde :

- Une première entre mars et juillet 1918,
- Une seconde de fin août à novembre 1918,
- Une troisième et dernière de l'hiver au printemps 1919.

b. l'origine de la grippe espagnole :

Beaucoup d'hypothèses très différentes ont été avancées sur l'origine de la pandémie. *La plus probable est plutôt l'hypothèse américaine. Des décembre 1918, il y a eu des cas de grippe espagnole dans une grande caserne militaire du Kansas. Le patient o aurait été un fermier éleveur de volailles appelé sous les drapeaux (le virus de la grippe espagnole, H1N1, est un virus combiné avec ceux de la grippe des oiseaux, des cochons).* La grippe espagnole a ensuite été importée en Europe par les corps expéditionnaires américains explique le Pr Guillaume Desoubaux, Chef de service de Parasitologie-Mycologie-Médecine tropicale du CHU de Tours.

c. Les symptômes de la grippe espagnole :

Les symptômes de la première vague de grippe espagnole ont été des symptômes de grippe saisonnière :

La deuxième vague a tué davantage de personnes jeunes par rapport à la grippe conventionnelle, avec un pic de mortalité entre 20 et 40 ans

- Courbature,
- Fièvre,
- Maux de tête,
- Grande fatigue,
- Toux,
- Crachats,
- Difficultés à respirer....

Ces signes classiques relativement bénins ont fait place à des symptômes plus graves lors des deuxièmes et troisièmes vagues de la pandémie, avec des complications bactériennes, notamment des surinfections pulmonaires. La deuxième vague a tué davantage de personnes jeunes par rapport à la grippe conventionnelle, avec un pic de mortalité entre 20 et 40 ans, souligne par le Pr Desoubeaux. Cette surmortalité des jeunes pourrait s'expliquer par une moindre immunisation au virus dans cette tranche d'âge ou par des phénomènes de réactions inflammatoires demeurées.

Une première vague de mars à juillet 1918 dans l'hémisphère nord est caractérisée par une maladie contagieuse mais peu virulente. Elle est suivie par une seconde vague très meurtrière à l'été et l'automne 1918. Elle aurait tué autour de 2 à 5% des personnes infectées. Tout comme la troisième vague qui a duré des premiers mois de 1919 jusqu'au printemps, contre 0,15% à la première vague.

Le virus de la grippe espagnole est devenu très virulent à cause de différentes combinaisons. Le virus de la grippe est un virus qui a un code génétique à ARN fragmenté et qui peut muter fréquemment et se recombiner facilement avec d'autres souches de virus grippaux, notamment d'origine animale préciser le Pr Guillaume Desoubeaux.

En France, l'épidémie de grippe espagnole a duré un peu plus d'une année, d'avril 1918 à mai 1919.

Il a longtemps été estimé que la grippe espagnole avait fait 210 000 morts en France. Ces évaluations ont été révisées. Le bilan de la grippe espagnole en France a été réévalué à la hausse. Il dépasserait légèrement les 400 000 morts. *Le nombre exact est*

difficile à déterminer car il n'y avait pas de tests diagnostiques à l'époque, notamment moléculaires comme peut l'être la PCR aujourd'hui précise le médecin.

Le bilan de la grippe espagnole dans le monde a été longtemps estimé entre 20 et 40 millions de morts. Selon des estimations plus récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce bilan atteindrait les 50 millions. Le nombre de morts au niveau mondial dépasse dans tous les cas celui des victimes de la Première Guerre mondiale.

La pandémie de grippe espagnole n'a pas stoppée par un vaccin, le premier vaccin contre la grippe datant de 1930. *Deux éléments ont entraîné la fin de l'épidémie. En premier, l'immunisation de la population, la moitié de la population mondiale ayant eu la grippe espagnole. Les sujets atteints ont développé des anticorps qui les ont protégés. Deuxième raison : la mise en place de gestes barrière : masque, incitation à la distance sociale, musées et écoles fermées, désinfection des transports en commun....* Informe le Pr Guillaume Desoubeaux. La maladie a fini par s'éteindre dans la seconde moitié de l'année 1919. *Quelques derniers cas sporadiques ont eu lieu en 1921 en Nouvelle Calédonie* ajoutée le Pr Desoubeaux.¹

3-2 Deuxième étude

Pandémie du sida

Historique de la découverte du VIH

C'est en 1981 que M. Gottlieb, à Los Angeles, est amené à observer une pneumopathie à *Pneumocystis jiroveci* (anciennement *Pneumocystis carinii*) chez un sujet masculin jeune sans antécédents médicaux notables. La pneumocystose était alors une pathologie exceptionnelle, rencontrée chez les grands immunodéprimés iatrogéniques (greffes par exemple). Le tableau clinique associait une immunodéficience sévère avec effondrement d'une sous-population lymphocytaire T jouant un rôle majeur dans l'orchestration des défenses immunitaires : les lymphocytes T CD4. En quelques semaines, aussi bien à Los Angeles qu'à New York, cinq autres cas de pneumocystose parfois associés à une maladie Kaposi (tumeur des cellules endothéliales rare survenant jusqu'alors en Afrique, chez des greffés ou des sujets âgés en Amérique du Nord et en Europe) vont être répertoriés chez des hommes jeunes qui sont tous homosexuels.

¹[Www.https://sante.journaldesfemmes.fr](https://sante.journaldesfemmes.fr) consulte le 25/05/2021 à 12h. p, 1-5.

Le 5 juin 1981, dans son bulletin hebdomadaire » *Morbidity and Mortality Weerly Report* », le CDC d'Atlanta alerte la communauté scientifique sur l'apparition inhabituelle de cas de pneumocystose et de maladie de Kaposi [CDC, *MMWR*, 1981].²

On signale également dès le mois de juillet d'autres infections opportunistes chez ces patients : pneumonies à CMV, toxoplasmoses cérébrales, résurgences sévères à HSV ou VZV. Dans le *Lancet* en 1981, Brennan et al. Parlent de « *gay compromise syndrome* » car il s'agit d'hommes jeunes, tous homosexuels a partenaires multiples [Brennan et al. *Lancet*, 1981].

A travers cet ouvrage, nous avons voulu retracer l'évolution du VIH, son histoire et celle des épidémies qu'il a engendrées pour constituer la pandémie la plus grave que l'Homme n'ait jamais connue. Découvert voilà maintenant tous justes trente ans et probablement né au début du siècle dernier, le VIH est aujourd'hui répandu sur l'ensemble du globe. En l'espace d'à peine deux générations humaines, ce virus a tué plus de 25 millions d'individus et infecte aujourd'hui au moins 33 millions d'entre nous. Sa distribution, bien appréciée par les données de séroprévalence, est remarquablement hétérogène. L'Afrique Subsaharienne cumule à elle seule près de 70 % de l'ensemble des cas à travers le monde. Le planisphère qui représente la répartition du virus sur le globe prend une image nouvelle, remarquablement riche de sens d'information lorsque s'y ajoutent les données d'épidémiologie moléculaire actuelles car, s'il est hétérogène dans sa distribution, le VIH l'est également dans sa nature. Pour coloniser la planète en si peu de temps, le virus a dû s'adopter, se diversifier, mais peut-être n'est-ce là qu'une conséquence de la pandémie puisque cette diversification pourrait être l'expression de sa rapide et dramatique expansion à travers dans le monde. Plutôt devrait-on parler des VIH puisqu'il s'agit en fait d'une vaste famille de rétrovirus dont chaque représentant possède sa propre carte d'identité génétique inscrite a là nomenclature. Au sein des deux types de virus bien connus, VIH-1 et VIH-2, plusieurs groupes s'individualisent (M, N, O et P) mais c'est finalement le VIH-1 du groupe M qui est responsable de la pandémie que l'on connaît.

² GOTTIEB GS, et al. Centers for Disease Control. Kaposi's sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual men- New York City and California. *Morbidity and Mortality Weerly Report (MMWR)*, 1981 ; 30 : 305-310.

3-3 Troisième étude

Pandémie de virus SRAS

Définition

Le SRAS signifie **Syndrome Respiratoire Aigu Sévère**. C'est une **maladie respiratoire contagieuse**, potentiellement mortelle et d'apparition récente. Elle a été identifiée **au Viêt Nam le 28 de février 2003** par un médecin épidémiologiste **Carlo Urbani**.

Origine du virus

Le SRAS est apparu en **Chine**, dans la **Province de Guangdong**, en **novembre 2002** puis s'est largement répandu dans le monde entier via les **transports aériens internationaux**, jusqu'en 2003. Un total cumule de **7761 cas et 623 décès** sont modifiés de la part des **28 pays affectés**. De ce total, 52009 cas et 282 décès sont attribuables à la Chine. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait lancé une alerte mondiale encourageant très largement l'isolement et la **mise en quarantaine** des personnes touchées pour enrayer l'épidémie.

Cause :

En avril 2003, les laboratoires ayant planché sur l'agent responsable de cette épidémie de SRAS ont annoncé l'avoir identifié : il s'agit d'un **coronavirus différent de tout autre virus** connu dans cette famille, que ce soit chez l'homme ou chez l'animal. Il a été baptisé Sars-coV". Cette famille de virus est connue pour ses mutations fréquentes d'où les inquiétudes des scientifiques sur la survenue de nouvelles épidémies.

Transmission

Le virus à l'origine du SRAS se transmet par **voie aérienne** : il se propage par contact direct avec des **gouttelettes de sécrétions respiratoires** de personnes infectées (salive en toussant...). L'OMS a confirmé la possibilité d'une transmission interhumaine de son virus. Il serait transmis par contacts étroits et rapprochés, par les **postillons** par exemple.

Le taux de décès peut dépasser 50% chez les plus de 65ans.

La période d'incubation s'étale **entre 2 et 11 jours**.

Les symptômes du SRAS

Quand on parle du SRAS, on parle d'une pneumonie atypique. Ses symptômes sont :

- Une forte fièvre de plus de 38°C,
- De la toux,
- Des frissons,
- Des douleurs musculaires,
- Des maux de tête,
- Un malaise général
- Des difficultés à respirer,
- Parfois des diarrhées.

Il n'existe ni vaccin ni traitement. Les seuls moyens de prévenir la propagation d'une épidémie de SRAS est **l'isolement et la quarantaine**. Les autres traitements prescrits aux malades sont symptomatiques (antalgique contre les douleurs et la fièvre etc.).

L'OMS considère que le taux de décès set de 14% a15% et peut dépasser 50% chez les personnes de plus de 65 ans. Selon le CDC, il existe un syndrome de détresse respiratoire aigu dans 12 à 38% des cas.³

³ - Source : Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : le point à l'ATS. E. Lemarie service de pneumologie, INSERM EMI-U 0010, 37044 Tours cedex, France. Revue des maladies Respiratoires. Vol 20, n° 5-C2- novembre 2003. p. 672.

-Syndrome respiratoire aigu sévère(SRAS). Statut de la flambée et leçon pour l'avenir, Genève, 20 mai 2003. Organisation mondiale de la santé.

4- La problématique

Le domaine de la santé est devenu une valeur sociale cherchant à garantir la condition et le sentiment du bien-être et la possibilité d'être accepté par la société en tant qu'individu sociétal et biologique.

La santé est donc un droit fondamental de tout être humain, quels que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Les pouvoirs publics doivent en garantir les accessibilités physiques, économiques, et accès à l'information.

En ce qui concerne notre sujet, faire des études universitaires implique du courage et de la volonté et surtout beaucoup d'audace. Vivre à la résidence universitaire pour certains étudiants semble être une évidence et pour d'autres une obligation. Toutefois, cette vie de la résidence a plusieurs aspects dont quelques-uns feront l'objet de notre recherche, les questions seront en rapport avec la condition de vie des étudiants pour comprendre les problèmes, les difficultés qu'ils rencontrent dans leur milieu universitaire pendant le confinement. Sans ignorer que cette vie de la résidence n'est pas sans difficulté sur la santé, nous ne pouvons pas en reconnaître l'ampleur et la profondeur selon chacun des étudiants.

Répondre à cette question, c'est d'abord s'interroger sur le traitement des étudiants étrangers pendant la pandémie, leur mode de vie dans la résidence universitaire, et enfin sur la prise en charge en cas de maladie pendant le confinement.

Le Covid 19, une crise mondiale de notre époque est le plus grand défi auquel nous sommes confrontés depuis la seconde guerre mondiale.

Mais cette pandémie est bien plus qu'une crise sanitaire, c'est aussi une crise socioéconomique sans précédent mettant sous pression chacun des pays qu'elle touche. Elle a des impacts sociaux, économiques et politiques dévastateurs qui laisseront de profondes cicatrices qui tarderont à s'effacer.

En vérité, si la crise du Covid 19 est un bon révélateur des inégalités sociales (Julien Damon) et dès l'imprévoyance des acteurs, les interprétations sont diverses et l'éventail des futurs possibles, plus ouvert que jamais.⁴

Dans le contexte de pandémie et de déviance sanitaire et sociale Erving Goffman s'intéresse à « *la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société* » (1963 [1975 :7]). Il le fait en précisant que la psychologie sociale a déjà fourni de nombreux travaux sur le sujet et que son objectif est « *d'éclaircir la relation entre le stigmaté et le problème de la déviance* ». Le stigmaté étant défini comme un « *attribut qui jette un discrédit profond* » sur la personne qui le détient. Erving Goffman explique que ce n'est pas l'attribut lui-même qui est problématique, ce sont les relations sociales qu'il induit, en particulier dans les contacts mixtes ». C'est-à-dire entre le porteur du stigmaté et « *les normaux* ». Ainsi distingue-t-il trois types de stigmatés : les « *monstruosités du corps* », les « *tares du caractère* » — dans lesquelles il inclut le fait d'avoir été ou d'être « *emprisonné, drogue, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire ou d'extrême-gauche* » — et enfin les « *stigmates tribaux qui sont la race, la nationalité et la religion* ».⁵

Emile Durkheim conçoit dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalité ; l'une qu'il appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie dans la nature, et elle consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et de qualités de l'esprit, ou de l'âme. L'autre qu'on peut appeler inégalité morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qui consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux. On peut encore moins chercher s'il n'y aurait point quelque liaison essentielle entre les deux inégalités car serait demander en d'autres termes si ceux qui commandent valent mieux que ceux qui obéissent et si la force du corps ou de l'esprit, la sagesse ou la vertu, se trouvent toujours dans les mêmes individus, en proportion de la puissance ou de la richesse.⁶

⁴ DAMON Julien, « Sans-abri et épidémie : que faire ? » Fondation Jean Jaurès, 18 mars 2020. URL : jean-jaures.org/nos-productions/sans-abri-et-epidemie-que-faire.

⁵ GOFFMAN E., *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1963, (traduction française : Stigmatés).

⁶ DURKHEIM Emile, « *Représentations individuelles et représentations collectives* », Revue de métaphysique et de Moral, tome VI mai 1898.

La pandémie de Covid 19, constituera, à n'en pas douter, une rupture dans l'organisation et le fonctionnement de nos sociétés, dans de multiples domaines. Au moment où sont écrites ces lignes, plus de trois milliards de personnes sont confinées à leur domicile, ou ont reçu la consigne de limiter leurs déplacements. Une situation sans précédents, qui va laisser des traces dans le fonctionnement social. D'une catégorie sociale à l'autre ou d'un pays à l'autre, le risque dimensionnel est différemment appréhendé, traité et pris en charge institutionnellement par les pouvoirs publics. Charles Rosenberg l'historien américain montrant la façon dont les sociétés répondent au risque épidémique. Il les représente comme un scénario en trois actes :

-Le premier acte est celui de la révélation progressive de l'existence du risque. Il est marqué par l'insouciance de la majorité en dépit des signaux avant-coureurs qui se multiplient. Le déni y joue un rôle classique, en freinant la prise de conscience face à la menace ou en en réduisant la portée. Ce déni peut répondre à la protection d'intérêts économiques immédiats ou constituer une forme de défense psychologique face à un risque qu'on est capable d'assumer. Le premier changement à attendre de la crise du Covid- 19 est la révélation massive des risques sanitaires et environnementaux globaux dans l'échelle des priorités collectives.

-Le deuxième acte comme celui dans lequel une représentation commune des causes et des mécanismes de transmission de la maladie s'impose face à la multiplicité des croyances existantes, souvent basées sur la stigmatisation de certains groupes (les étrangers, les juifs les pauvres...).

-L'acte trois est celui de la réponse collective imposée par l'autorité public qui parvient à contenir puis à faire refluer la pandémie. En l'absence de traitement éprouvé pour soigner la maladie, ou de vaccin pour la prévenir, cette réponse a pris une forme universelle dans le cas du Covid-19 : le confinement de la population et la distanciation sociale. Ces mesures s'appliquent à chacun, quelle que soit sa condition.

Question de départ

Comment les étudiants étrangers, résidants à la cité du 17 octobre « Bejaia », sont-ils pris en charge financièrement et médicalement pendant la pandémie du Covid-19 ?

A travers cette interrogation des sous-questions ont émergées :

- Comment est la qualité de vie des étudiants étrangers résidants à la cité 17 octobre « Bejaia », pendant la pandémie du Covid 19 ?
- Les étudiants étrangers résidants à la cité 17octobre « Bejaia » accèdent-ils facilement aux soins médicaux, aux bourses et à la restauration?

5- Les hypothèses

Hypothèse 1 : Les étudiants étrangers résidants à la cité 17 octobre « Bejaia » vivent un mal-être social pendant la période de confinement.

Hypothèse 2 : La pandémie de Covid19 a précarisé les conditions de vie des étudiants étranges résidants à la cité universitaire de 17 octobre « Bejaia ».

6- La définition des concepts

a- La définition de la Prise en charge globale :

C'est le fait d'assumer une responsabilité. Celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation. Cette expression s'emploie aussi plus spécifiquement dans le domaine de la médecine et désigne le fait de prodiguer des soins à un patient.

Définition opérationnel :

Prendre en charge les étudiants étrangers vivants à la résidence universitaire c'est le fait de s'occuper d'eux par les différents acteurs de la sante et celle des médecins et ainsi de leur vie quotidienne dans la résidence. Cette opération permet de trouver des moyens, des besoins, de soutien de tous les côtés et aussi dans leur entourage.

b- La définition de prise en charge sociale :

La prise en charge sociale est basée sur une préoccupation des personnes malades ou pas afin d'apporter un soutien de leur famille et de leur communauté afin de répondre à leur besoin et d'améliorer la qualité de leur vie.

c- La définition de prise en charge médicale :

La prise en charge médicale c'est de s'occuper d'un malade du coté thérapeutique ; c'est aussi tenir compte du contexte médicale et des conditions sanitaires d'une population, par exemple le cas d'une contamination a la résidence.⁷

Définition opérationnel :

Le terme médico- social est relatif à la médecine sociale, c'est- à- dire il tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population. Le domaine du social regroupe l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie d'une société

d- La définition de la santé :

La sante est définie comme un état de complet bien être, le physique mental et social, et elle ne consiste pas seulement en une absence de malaise ou d'infirmité.

⁷ Critères de prise en charge en médecine physique et réadaptation, Groupe MPR rhone alpes et fedmer , Document 2008.

Définition opérationnel :

L'ensemble des moyens mis en œuvre pour la promouvoir et protéger les individus.

e- La définition de Pandémie :

Dans son sens général, une pandémie désigne une épidémie qui se développe à l'échelle mondiale, ou sur de vastes zones internationales traversant des frontières, et touchant le plus souvent un grand nombre de personnes.

Elle se définit aussi comme une forte augmentation dans l'espace et dans le temps des cas de grippe avec ou sans confirmation virologique, accompagnée d'un nombre de cas graves et d'une mortalité élevée.

f- La définition du Covid-19 :

Le covid19 est le nom donné par l'OMS le 11 de février 2020, c'est une maladie infectieuse de type zoonose causée par la souche de coronavirus sars-cov-2.

Les symptômes les plus fréquents sont la fièvre, la toux, la gêne respiratoire et, plus rarement, un syndrome de détresse respiratoire aiguë pouvant entraîner la mort, notamment chez les personnes rendues fragiles par l'âge ou par d'autres maladies.

Elle se transmet par contact rapproché avec des personnes infectées, pourrait aussi être transmise par des patients asymptomatiques mais les données scientifiques manquent pour en attester avec certitude.⁸

⁸[www.https://:« L'histoire des pandémies »](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-2019-ncov) ; courrier international, n°1537, 16 au 22 avril, 2020, p. 30-31. WHO Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard » sur covid 19. Who.

g- La définition d'infection :

Une infection autrement dit une maladie infectieuse est provoquée par la transmission d'un micro-organisme pathogène, appelé agent infectieux : bactérie, virus, parasite, champignon ou protozoaire.

Définition opérationnel :

Infection pénétration et développement dans un être vivant de micro-organisme qui peuvent provoquer des lésions en se multipliant.

h- La définition coronavirus:

Les coronavirus forment une vaste famille de virus présents chez l'animal. Ils possèdent un génome à ARN extrêmement long (plusieurs milliers de nucléotides).

Définition opérationnel :

Les virus se transmettent facilement d'homme à homme par voie aérienne au contact de sécrétion ou à celui d'objet contaminé

i- La définition de virus :

Un virus est un agent infectieux nécessitant un hôte, souvent une cellule, dont les constituants et le métabolisme déclenchent la réplication.

Définition opérationnel :

Les virus sont des micro-organismes qui peuvent déclencher des maladies virales plus ou moins graves et toujours contagieuses. Ils peuvent se transmettre très rapidement, donner lieu à une épidémie, voire une pandémie comme avec le coronavirus.

7- La méthode et la technique appliquée :**8- La méthode appliquée :**

Dans toute recherche scientifique, il est essentiel pour le chercheur de choisir la méthode adéquate qui lui a servi de guide pour pouvoir arriver à ses objectifs dans sa recherche.

Donc, les méthodes et les techniques de recherche représentent une richesse indéniable permettant de recueillir à travers l'approche qualitative des données sur le terrain. Pour Mattieu Guider : « *la méthode désigne l'ensemble des démarches qui suivent l'esprit humaine*

*pour découvrir, démontrer un fait scientifique »*⁹. La méthode adoptée par notre recherche est la méthode qualitative, celle-ci nous permet d'obtenir des réponses plus ouvertes, et d'en tirer des informations et des éléments de réflexion très riches.

Elle instaure un variable échange entre l'enquêteur et l'enquêté dans le recrutement des données et enfin elle nous permet d'accéder au maximum d'authenticité et de profondeur. D'une manière générale c'est « *une méthode d'analyse qui ne fait recours ni au calcul, ni aux dénombrements, mais qui privilégie les aspects qualitatifs des actions sociales dans le but de les interpréter et de le comprendre* ». ¹⁰

Cette méthode nous a permis de comprendre la réalité sociale et non de récolter des données chiffrées qui nous éloignent de l'objectif de la sociologie.

8-1 La méthode qualitative :

Le choix de la méthode qualitative n'est pas fait par hasard, elle est due à plusieurs critères que nous avons trouvés dans la nature de notre thématique, et aussi notre population d'enquête qui est restreinte. C'est aussi dans le but d'être proche de notre échantillon, et aussi les objectifs à atteindre à la lumière de cette étude :

« Le but d'une recherche qualitative n'est pas de tester ou de vérifier, mais de découvrir une théorie non existante, de découvrir de nouvelle variable, de nouveau concept, c'est un effort intellectuel qui cherche à décrire et à interpréter les régularités subtiles d'une réalité tel qu'elle est construite et comprise pour ceux qui vivent et comment ils s'y prennent pour changer cette réalité ».

9- Les techniques utilisées :

Tout travail scientifique suit une méthodologie précise afin de montrer comment le chercheur a pu atteindre les objectifs assignés. C'est pour cette raison que dans le but de vérifier nos hypothèses et atteindre nos objectifs, nous nous servons des techniques de recherche diverses. Selon Chevalier Jean, les techniques de recherche sont ; « *les outils de la recherche impliquant des procédés de collecte des données adaptées à la fois à l'objet d'investigation, à la méthode d'analyse adoptées et surtout au point de vue qui guide la recherche* »¹¹. Dans le

⁹ - GUIDERE Mathieu, *Méthodologie de la recherche*, Edition Ellipses, Paris, P 4.

¹⁰ -Lexique de sociologie, 3eme édition, Dalloz, Paris, 2010, p207.

¹¹ - CHEVALIER Jean, *Administration de l'entreprise*, Dunod, Paris, 1992, p 168.

souci de collecter les informations pertinentes et suffisantes en rapport avec notre sujet, des techniques suivantes ont été utilisées : la technique d'observation directe, et l'entretien.

9-1 Guide d'entretien semi-directif:

La technique d'interview est une technique de recherche qui consiste à avoir recours à des entretiens aux cours desquels le chercheur interroge des personnes qui lui fournissent des informations relatives au sujet de sa recherche, elle nous permet de recueillir des informations, au sens le plus riche. D'après Alain Blanchet le guide d'entretien est considéré comme : « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en inducteurs concrets et de reformation des questions de recherches (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés)* »¹²

Notre guide d'entretien est constitué d'un ensemble de questions qui se présente comme suit :

- Les données personnelles des enquêtées
- Le mal-être social pendant la période de confinement
- La précarité de condition de vie.

Dans chaque question, on trouve un ensemble de questions, certaines sont ouvertes et d'autres fermées, ce qui va nous permettre de recueillir des données à la fois générales puis particulières : « ce guide, tel que nous les construisons, est structuré en thème regroupant une série de question pour lesquels de relançant sont proposées permettent d'affiner les données recueillis ».

9-2 L'observation directe :

L'Observation est une technique indispensable dans chaque recherche scientifique, comme il est bien expliqué par Quivy Raymond : « *l'observation directe est celle où le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations sans s'adresser aux sujets concernés. Elle fait directement appel à son sens de l'observation. Les sujets observés n'interviennent pas dans la production de l'information recherchée.* »¹³ . Elle nous aide à porter une attention particulière sur la situation dans laquelle vivent les étudiants étrangers, et évaluer les actions menées pour leur intégration sociale. Ces différents avantages se montrent

¹²BLANCHET Alain EtGOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes l'entretien*, Armand Colin, 2ème édition, 2007, p 59.

¹³ - Raymond QUIVY, op, Cit. p, 164.

explicites lors du recueil des informations du terrain, lors même de l'analyse et de l'interprétation des données, y compris au moment de vouloir répondre à la problématique de notre travail de recherche qui aborde l'intégration sociale et l'accessibilité pratique des étudiants étrangers. Toutes nos observations sont retenues avec la date et l'heure, on fait de notre mieux pour que notre présence ne perturbe pas les étudiants.

9-3 Le pré –enquête :

Dans le but de découvrir notre terrain et de choisir les aspects qui vont être pris en considération, nous avons procédé par la pré-enquête, ce qui nous a permis de :

- Délimiter le champ de notre étude.
- Connaitre mieux le terrain et les conditions générales de la situation des étudiants étrangers vivants à la résidence universitaire 17 octobre a (Bejaia).
- Ouvrir des initiatives comme source d'informations (documents, données qualitatives), par le contact avec des étudiants et des médecins.
- Nous avons interrogé deux médecins et deux étudiants résidants de la cité universitaire 17 d'octobre (Bejaia).

Parmi ces médecins nous avons interrogé docteur BOURAOUI Kamel qui est au service du centre de soins de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia, et aussi docteur Mira qui est au centre de soin de la résidence universitaire pépinière a (Bejaia)

[Docteur Bouraoui] « *Nous fait savoir que pendant la période de confinement le centre de soins de l'université Abderrahmane Mira a été ouvert, il a reçu des travailleurs et des enseignants qui ont présenté le mal être, mais il n'a pas reçu des étudiants de la communauté étrangère parce que eux sont confine dans la résidence. Par ailleurs il a reçu des étudiants dans d'autres motifs par ex : ceux qui ont besoin de consultation gastrologie, ceux qui cherchent des certificats médicaux pour la police et aussi pour faire le sport...Par ailleurs ; il nous fait part que c'est docteur Mira ; le médecin de la résidence universitaire de pépinière qui s'occupe de la communauté étrangère pendant la période de confinement. »*

Et avec [Docteur Mira] ; elle nous a fait savoir qu'au début de la pandémie ; *elle était en vacance mais qu'elle a été interpellée parce que y avait des étudiants de la communauté*

étrangère qui souffrent d'angoisse et de peur de corona, et aussi le problème de restauration parce que le resto était fermé, les étudiants n'ont pas vécu la période de confinement de la même manière que les autres par rapport à leur bourse de pays etc.....

Aussi il y avait deux étudiants de la communauté étrangère qui ont été contaminés.

Le premier cas c'est le 28/08/2020, c'est un Palestinien, il était isolé et confiné dans une salle de lecture préparé pour recueillir des malades pendant 14 jours. Il a été très coopératif avec les médecins qui l'ont pris en charge. Il a fait des analyses ensuite il s'est rétabli. Il y avait aussi un autre cas le 16/09/2020, c'est un malien, lui il a refusé l'isolement. C'était pas du tout facile pour lui de rester tout seul, donc les médecins ont pris des mesures barrières. Il devait rester dans sa chambre sans interaction avec les autres. Son cas n'était pas grave et il est resté confiné pendant 7 jours. Ces deux étudiants se sont faits dépistés par le médecin de la résidence en collaboration avec la séance de la prévention (EPSR), le premier cas a pris le médicament comme l'antibiotique, azithromycine paracétamol pour la douleur, etc....

Le deuxième cas CPR négatif c'était pas grave comme le premier, il avait perdu l'odorat, il a eu des courbatures etc... Il a eu aussi un radio pulmonaire.

Par ailleurs, il y avait des endroits réservés dans les trois résidences en cas de contamination à 1000 Lits, 17 octobre et pépinière. Les étudiants de targaouzmour sont ressemblés à la pépinière, heureusement qu'il n'y a pas de cas dans ces autres résidences. »

Et dans le cas des deux étudiants qu'on a interrogé, leurs réponses sont semblables : Ils ont vécu cette période d'une manière pas totalement normale, leur routine a changé d'une façon brusque sans savoir comment faire pour s'en sortir. Ils ne pouvaient pas rentrer chez eux à cause des problèmes financiers. Ils ont été isolés ; privés de sortie, il n'y avait pas de mesure d'éloignement entre eux.

*Le service de Dou a apporté de l'aide sociale en ce qui concerne la nourriture ; ils donnaient des provisions pour chaque semaine. Cependant ; il n'y a pas d'améliorations au sein de la résidence pendant la période de confinement. **

10. La représentation de la population d'étude

Pour examiner nos hypothèses et vérifier leur fiabilité sur le terrain, nous nous sommes orientées vers la délimitation de notre population d'étude qui est 'les étudiants étrangers résidents à la cité universitaire 17 Octobre', dans le but de faire sortir un échantillon mesurable et quantifiable.

Dans cette chapitre nous allons présenter les données personnelles de notre échantillon d'étude, qui est constituée des étudiants étrangers résidents à la cite universitaire 17octobre, Bejaia. Nous allons évoquer leurs âges, leur sexe, leurs origines sociales et leurs niveaux d'étude. Nous précision aussi à la fin s'ils ont été touchés par la pandémie du Covid-19ed

Tableau N°1 les caractéristiques de la population étudiée

Enquêtés(es)	Code	Sexe	Age	Niveau d'étude	Origine social
Enquêté(e) N°01	E1	Féminin	26ans	Licence	Bissau G
Enquêté(e) N°02	E2	Féminin	21ans	Licence	Bissau G
Enquêté(e) N°03	E3	Féminin	20ans	Licence	Bissau G
Enquêté(e) N°04	E4	Féminin	28ans	Master1	Mozambicaine
Enquêté(e) N°05	E5	Masculin	23ans	Master1	Mozambicain
Enquêté(e) N°06	E6	Féminin	23 ans	Licence	Bissau G
Enquêté(e) N°07	E7	Féminin	26ans	Master2	Nigérienne
Enquêté(e) N°08	E8	Féminin	24ans	Master2	Malienne
Enquêté(e) N°09	E9	Féminin	25ans	Master1	Ghanéenne
Enquêté(e)	E10	Féminin	24ans	Master2	Malienne

N°10					
Enquêté(e) N°11	E11	Féminin	25ans	Master1	Mozambicaine
Enquêté(e) N°12	E12	Féminin	27ans	Licence	Bissau G
Enquêté(e) N°13	E13	Féminin	24ans	Master2	Angolaise
Enquêté(e) N°14	E14	Féminin	23ans	Master1	Mozambicaine
Enquêté(e) N°15	E15	Masculin	24ans	Licence	Mozambicaine
Enquêté(e) N°16	E16	Féminin	26ans	Master2	Malien
Enquêté(e) N°17	E17	Masculin	26ans	Licence	Bissau G
Enquêté(e) N°18	E18	Féminin	25ans	Licence	Bissau G
Enquêté(e) N°19	E19	Masculin	32ans	Master2	Mozambicain
Enquêté(e)N°20	E20	Féminin	25ans	Master1	Zimbabwéenne

Source : Enquête

10-1 Echantillonnage :

Lors d'une étude scientifique, il n'est pas possible d'interroger tout le monde. Comme il est bien expliqué par Javeau Claude, « *l'échantillonnage est une part importante des statistiques. Il nous permet de comprendre ce qui se passe dans la population sans savoir interroger chacun des individus. Le principe étant qu'une cuillerée suffit pour goûter à toute la soupe* ». ¹⁴En d'autres termes, il nous permet de choisir un groupe de personnes choisi de la population –mère.

Par ailleurs, et d'après Zagre Ambroise : « *l'échantillonnage est un ensemble des procédés visant à la sélection d'une fraction de la population, telle qu'elle puisse être considérée comme représentative de la population totale de référence. C'est donc une procédure par laquelle un petit nombre d'unités d'analyses sont sélectionnées pour étudier dans le but de généraliser les résultats à la population mère, appelée l'univers* ». ¹⁵

11. La définition de temps et du lieu d'enquête

L'étude que nous avons réalisée a été amorcée par une pré-enquête au mois de mai, et notre enquête a débuté à la date du 09 juin jusqu'au 23 juin.

Le déroulement de notre enquête s'est fait de 10h à 13h.

L'enquête est réalisée à la résidence 17 octobre 1961 Bejaia, qui coïncide avec la date des événements relatifs à la mémoire des martyrs de la révolution lorsque la police française a jeté des cadavres algériens dans la rivière de la scène, sortis pacifiquement en France pour réclamer l'indépendance de l'Algérie ce jour du 17 octobre 1961.

La résidence a accueilli les premiers étudiants (es) en 1996 avec quatre blocs d'hébergements filles (ABCD) à cette date, elle dépendait de la résidence IHADADDEN.

Après la construction des quatre autres blocs de garçons et le restaurant en 1998, elle a été officiellement ouverte par arrêté ministériel sous le nom de la résidence universitaire 17 octobre 1961.

¹⁴-JAVEAU Claude. L'enquête par questionnaire : *Manuel à l'usage du praticien*, 3^eme Edition de l'université de Bruxelles, Bruxelles, 1985, p 43.

¹⁵ - ZAGRE Ambroise, *Méthodologie de recherche en science sociale*, Harmattan, Paris, 2013, p 73-74.

En 2000 quatre autres blocs filles (EFGH) ont été réceptionnés avec d'autres blocs filles (MNO).

Ainsi la constitution de la résidence est faite comme suit ;

- 15 blocs d'hébergement dont (4) blocs garçons d'une capacité de 523 résidents et (11) blocs filles d'une capacité de 2290 résidentes.
- Un restaurant
- 2 salles de lecture
- Salle de conférence
- Salle de sport fitness
- Divers ateliers
- Un foyer
- Salle internet
- Salle des soins

La résidence est dotée de toutes les commodités pour le bien-être de l'étudiant(es).

12. Le déroulement de l'enquête :

Dans notre étude sur la prise en charge socio- médicale des étudiants étrangers résidants à la cité 17 d'octobre pendant la pandémie de covid 19, nous avons procédé par la méthode qualitative et la technique d'entretien. Vu les conditions dans lesquelles nous avons réalisé notre enquête, nous avons pris l'initiative de faire les entretiens dans la journée avec les étudiants.

Pendant notre enquête, nous avons essayé au maximum de gagner la confiance de nos enquêtés pour qu'ils se sentent en confiance dans le but d'obtenir ce que nous cherchons.

Lors de nos entretiens nous n'avons commencé que lorsqu'il y a eu un climat stable sans qu'il y ait des visites.

13. Les avantages et les difficultés de l'enquête :

Dans le cadre de la formation universitaire, nous avons effectué une enquête dans le but de réaliser un projet d'étude inhérent à notre spécialité qui est la sociologie de la santé.

Chaque enquête ou un projet d'étude a des difficultés, la nature de ces difficultés diffère d'une recherche à une autre. Concernant notre enquête à la résidence universitaire 17 octobre nous avons eu des avantages et des difficultés dans le déroulement de cette enquête, qui sont les suivants:

13-1 Les avantages de l'étude :

L'enquête que nous avons faite à la résidence universitaire nous a été beaucoup bénéfique sur le plan intellectuel, malgré les obstacles que nous avons rencontrés durant le déroulement de notre enquête, cette dernière nous a permis aussi de bien approfondir nos connaissances avec les étudiants et leurs milieux. Quant aux bénéfices de l'enquête ; ils se résument dans les points suivants :

- La connaissance avec les étudiants étrangers ainsi que leurs vécus dans la résidence
- Avoir des notions générales sur la résidence
- Découvrir le terrain dont nous avons appris comment communiquer avec les étudiants et savoir comment gagner leur confiance et leurs respects afin de récolter les informations que nous cherchons pour notre étude.
- Améliorer nos connaissances dans le domaine médical.

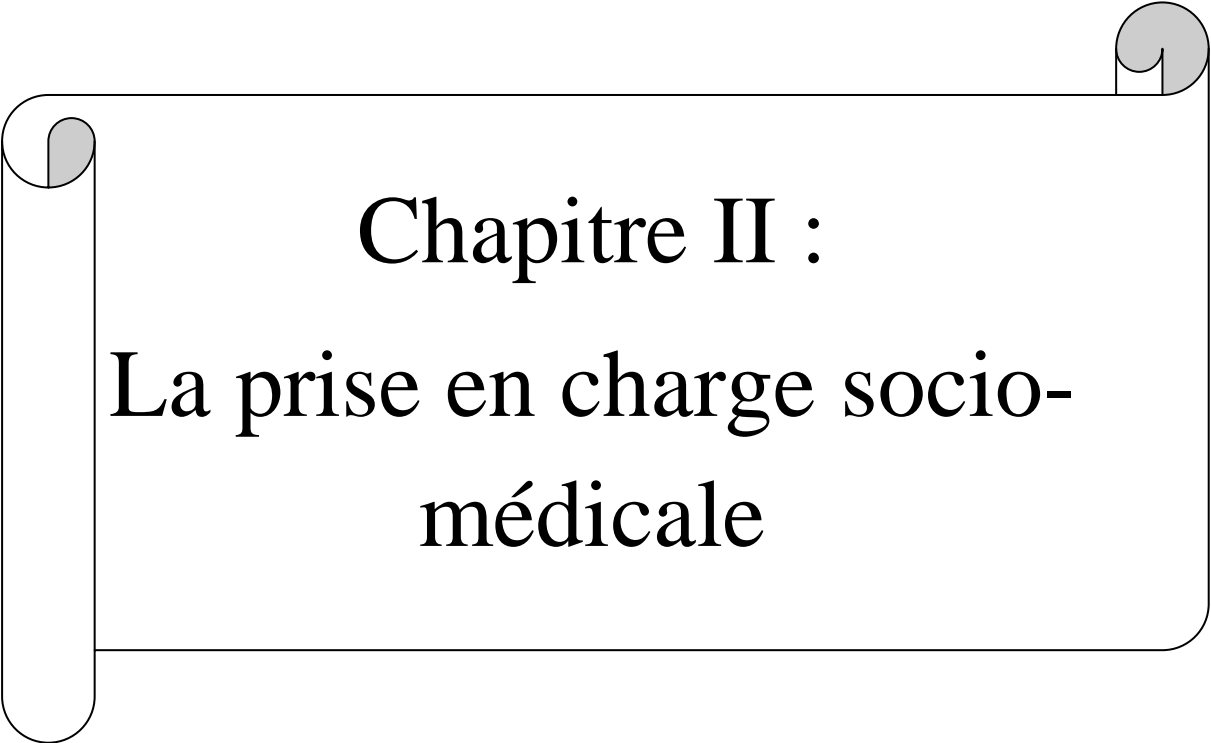
13-2 Les difficultés rencontrées :

- Manque de temps
- Difficulté de trouver des informations concernant notre sujet
- La non maîtrise de la langue
- Non maîtrise du terrain

Conclusion :

Dans ce chapitre, nous présentons l'aspect méthodologique de notre recherche. Nous avons éclairé la méthode et les techniques de recherche, la population d'étude, la technique...

On a réalisé notre enquête au sein de la résidence 17 octobre avec les étudiants étrangers, et en fin nous avons énuméré les difficultés et les avantages que nous avons rencontrés sur le terrain.



Chapitre II :
**La prise en charge socio-
médicale**

Introduction

La prise en charge socio-médicale ne constitue souvent que le traitement symptomatique d'une situation d'exclusion dont le traitement de fond relève de principes d'hospitalité, de justice et de solidarité. Ce sont justement ces principes qui ont permis de sauvegarder à ce jour les droits élémentaires dans le domaine de la santé, singularité notable qui accroît le paradoxe de la légitimité de cette population dans la société. Au fond, la santé des étrangers en séjour précaire pâtit principalement de ce qu'ils n'ont qu'un droit: celui de se soigner.

1. Étrangers en séjour précaire

Migrants, immigrés, demandeurs d'asile, réfugiés, sans-papiers, « clandestins » ou encore « personnes d'origine étrangère », etc. L'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans le débat public sur le statut administratif des étrangers en France. Cette complexité tient pour partie à l'évolution de l'immigration au cours des trente dernières années. Les questions de santé des étrangers ont ainsi été analysées à travers la transformation d'une immigration du « travail » vers une immigration de « peuplement », qui se traduit, en 2001, par la délivrance de nouvelles cartes de séjour pour motif familial, pour des études, du travail, et des visiteurs. En outre, depuis le début des années 1990, la multiplication des conflits violents dans le monde et l'accroissement considérable des écarts de richesse entre les pays ont poussé des millions de personnes sur les routes de l'exil, dont une minorité parvient en Europe.

À la différence des autres migrants, ces exilés n'étaient pas attendus, et leur accueil a dû s'organiser dans un contexte économique et politique difficile. Tolérés pour des raisons juridiques (demandeurs d'asile), humanitaires (personnes régularisées à titre provisoire) ou plus pragmatiques (sans-papiers), ils vivent à des degrés divers une situation d'exclusion administrative et sociale qui influence pour une large part leur état de santé. Dans la suite de ce chapitre, il nous faudra tout d'abord interroger les politiques de l'immigration pour cerner les caractéristiques sociodémographiques de ces étrangers en séjour précaire ; puis analyser ensuite leur état de santé et les conditions de leur accès aux soins. Cela nous permettra de réfléchir à la spécificité de la prise en charge requise.¹

¹ BRIXI O. Santé et migration. In J Lebas, P Chauvin. Précarité et santé. Paris, Flammarion Médecine –Science, 1998,p, 230.

2. Évolution des politiques d'immigration

Depuis la première vague d'immigration consécutive à la défaite de 1870, surtout constituée de Belges, puis d'Italiens après 1900, politique de la République face aux immigrants et aux réfugiés a été principalement influencée par le contexte économique. À partir de 1918, l'arrivée de travailleurs polonais constitue le prélude à soixante années d'immigration planifiée pour répondre aux besoins des entreprises françaises. Des travailleurs arrivent d'Algérie à partir des années 1950, d'Espagne et du Portugal après 1960. Des accords d'immigration sont signés avec le Maroc et la Tunisie 1963, avec la Yougoslavie et la Turquie en 1965.

En 1974, avec la crise économique et l'essor du chômage, le gouvernement Chirac décide par circulaire l'arrêt de l'immigration du travail, une « fermeture des frontières » aux multiples conséquences sur le statut des étrangers en France. En 1980, la loi Bonnet inaugure un mouvement de modification continue de l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui subordonne l'installation en France à une autorisation. A l'exception notable de la création de la « carte de résident de 10 ans » renouvelable de plein droit, votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en 1984, l'ensemble des réformes restreint progressivement le droit d'asile et le droit au séjour (Pasqua en 1986, Joxe en 1991, Pasqua en 1993, Debré en 1997, Chevènement en 1998, Sarkozy en 2003), Dans le même temps, les réfugiés recensés par le Haut Commissariat atteignent le nombre record de 21 millions dans le monde depuis 1999.

De nouvelles catégories d'étrangers basculent dans la plus grande précarité, notamment les demandeurs d'asile pour lesquels le gouvernement Cresson supprime en 1991 le droit au travail, La loi Pasqua de 1993 crée une nouvelle catégorie d'étrangers, ni expulsables, ni régularisables, qui vont se nommer les « sans-papiers. Pratiquées depuis quarante ans en fonction des besoins de l'économie, les régularisations vont alors prendre un tour plus humanitaire. Sous l'impulsion notamment des associations de lutte contre le SIDA, la maladie fait irruption dans les lois sur le séjour des étrangers en 1997-1998, d'abord comme un motif de protection contre l'éloignement (Debré), puis comme un motif de droit au séjour, parmi d'autres critères relatifs à la vie privée (Chevènement). Parallèlement, la crise du droit

d'asile s'aggrave, comme en témoigne l'application de plus en plus restrictive de la convention de Genève sur les réfugiés].

Cette évolution, qui s'apparente à une dérive humanitaire de L'État de droit vis-à-vis des étrangers, s'inscrit dans un contexte socio-politique où le séjour d'une partie de la population est conçu comme « provisoire » par les pouvoirs publics, bien que la majorité des personnes concernées soient de futurs citoyens. Malgré la fermeture des frontières, la légitimité de l'étranger ne tient toujours qu'à son corps, hier forcé de travail, aujourd'hui source de compassion. La contradiction du « provisoire qui dure » est au cœur des problèmes de santé de personnes confrontées à la fois à l'aggravation des inégalités sociales en France et à la détérioration de la situation au pays d'origine. Le séjour est de plus en plus précaire et le retour de moins en moins possible.

À l'échelle européenne, les politiques françaises ont occupé une position médiane par rapport à celles des autres pays de l'Union. Les accords successifs d'harmonisation des politiques d'immigration et d'asile (accords de Schengen en 1990, convention de Dublin en 1997, traité d'Amsterdam en 1999 qui prévoit d'en achever la communautarisation en 2004) dessinent une politique intermédiaire entre les pays du Nord, qui ont accueilli la majorité des réfugiés depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, et ceux du Sud de l'Europe. Le droit à la santé représente toutefois l'exception française, la protection maladie et le droit au séjour des étrangers malades (voir plus loin) n'ayant actuellement pas d'équivalent européen.²

3. Accès aux soins et protection de la maladie

Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins est apparue comme l'un des grands problèmes de santé en France. Les pouvoirs publics y ont répondu par une succession de réformes conduisant à favoriser l'accès aux soins de la majorité des exclus, les Français et étrangers en séjour stable. Ainsi en 1992, la réforme de l'aide médicale doit permettre à toute personne démunie et résidant en France d'accéder à l'intégralité des services de soins mais, en 1993, la loi Pasqua conditionne pour la première fois la Sécurité sociale à la régularité du séjour. Face aux restrictions d'application du droit à l'aide médicale, la loi Aubry de 1998 crée les PASS pour faciliter l'accès aux soins de tous au sein de l'hôpital public, mais celle de 1999

² Office des migrations internationales (OMI). La santé des primo-migrants. Rapport 2001.

CHAPITRE II :La prise en charge socio-médicale

entérine l'exclusion des sans-papiers d'une couverture maladie pourtant « universelle » (CMU), par un dispositif résiduel d'exception, l'aide médicale d'État (AME).

Ces différentes réformes ont permis une amélioration considérable de l'accès aux soins du plus grand nombre. Mais en remplaçant la précarité sociale – les ressources - par la précarité administrative – le séjour – comme facteur de discrimination en droit, elles ont eu pour effet collatéral de renforcer les mécanismes d'exclusion des étrangers en séjour précaire, confrontés, en outre, à de multiples discriminations liées à l'origine supposée. Déjà présents dans les salles d'attente des dispositifs « à bas seuil » destinés aux exclus des soins (création du Comede en 1979, du Remède en 1985, des missions France de Médecins sans Frontières et de Médecins du Monde en 1986, enfin des PASS de l'hôpital public en 1998), ils en constituent depuis la réforme de la CMU la file active prépondérante. Votée en décembre 2002, la suppression de la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, par l'instauration d'un ticket modérateur, pourrait retarder encore le recours aux soins nécessaires. En septembre 2003, l'application de cette réforme reste cependant suspendue à l'édiction d'un décret.

Si la délivrance de premiers soins reste accessible dans certains dispositifs « à bas seuil » (par le médecin de ville, la PASS de l'hôpital ou les associations spécialisées), elle ne permet pas la continuité des soins en l'absence d'une protection maladie intégrale, base et complémentaire. Bien qu'ils aient théoriquement droit à une telle protection, les étrangers en séjour précaire sont confrontés à la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé, y compris la Sécurité sociale, ce qui se traduit par des refus illégaux, des délais non réglementaires ou encore l'admission erronée à l'AME d'un demandeur assurable. Les refus d'admission immédiate à la protection complémentaire pour les malades « dont la situation l'exige » (art. L. 861-5 du Code de la Sécurité sociale) ont les conséquences sanitaires les plus préoccupantes. Les professionnels de la santé ou les travailleurs sociaux doivent souvent intervenir auprès de la hiérarchie de la caisse d'assurance maladie pour permettre la continuité des soins.³

³ GROUPE PROTECTION SOCIALE DU GISTI. L'accès aux soins des étrangers : débats et évolutions du droit. Hommes et Migrations, 2000, 1225.

4. Spécificité de la prise en charge médico-psycho-sociale

Les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux doivent faire face à une demande souvent associée de soins médico-psychologiques, d'accès aux soins, de prévention et de conseil médico- juridique de la part des étrangers en séjour précaire. La capacité d'accueil, d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge. La présence d'un interprète professionnel est parfois indispensable, à la place d'accompagnants qui peuvent manquer de la neutralité nécessaire dans les domaines les plus sensibles (prévention du VIH, psychothérapie...).

Ces conditions peuvent être réunies dans les dispositifs de droit commun et le sont déjà au sein de certains services ou réseaux VIH/ précarité. Les associations spécialisées peuvent être sollicitées comme centres ressources (information et formation) ou comme co-thérapeutes dans les situations les plus complexes (interprétariat, psychothérapie). Toutefois, afin de favoriser l'autonomie de la personne, les pratiques caritatives doivent éviter de se substituer au dispositif de droit commun qui a pour mission de prendre en compte l'ensemble de la population.

Parfois mis en avant pour justifier la nécessité d'une prise en charge spécifique axée sur la seule différence ethnique, les « malentendus culturels » résultent le plus souvent de situations où l'étranger a été mal entendu, faute de temps, d'interprète ou parfois de motivation. La culture commune à tous les étrangers en séjour précaire est celle de la survie, les démarches administratives et sociales primant naturellement le recours aux soins curatifs, et plus encore préventifs. La méconnaissance de la culture d'origine n'est pas en soi un obstacle pour la rencontre thérapeutique, peut justifier le recours aux relais communautaires et aux médiateurs de santé publique, notamment dans certains programmes de prévention du VIH. Pour ces personnes souvent isolées et itinérantes, la consultation médicale reste une opportunité rare d'échange autour des questions de prévention. C'est aussi l'occasion de proposer un bilan de santé adapté à l'épidémiologie de la région d'origine.

La grande fréquence des demandes de soutien juridique, plus ou moins explicites, nécessite de connaître le contexte réglementaire dans lequel elles s'exercent, au besoin à l'aide d'une

association ou d'un avocat spécialisé. Sans entretenir l'illusion d'un quelconque bénéfice de la souffrance, il faut pouvoir informer de leurs droits les étrangers au séjour précaire : protection maladie pour tous, protection sociale pour quelques-uns, droit à une carte de séjour pour certains sans-papiers atteints d'affection grave (art. 12 bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945). Il s'agit également d'éviter les dérives, préjudiciables pour la santé et le droit des étrangers, de la certification médicale destinée au droit au séjour pour raison médicale et/ou à la demande d'asile conventionnel. Il faut enfin connaître les moyens d'obtenir ces droits, face aux pratiques restrictives observées en matière de protection maladie comme de droit au séjour.⁴

Conclusion

Demandeurs d'asile, autorisés « provisoires », régularisés « temporaires » ou encore sans-papiers, les étrangers en séjour précaire doivent survivre, parfois pendant plusieurs années, dans la salle d'attente de la société. Ils forment une population hétérogène sur le plan démographique, mais partagent une grande vulnérabilité sociale et sanitaire. La prise en charge médico-psychologique de ces « étrangers provisoires » est possible dans les services de droit commun, à condition de disposer de l'information et des moyens adéquats, parfois à l'aide d'associations spécialisées.

⁴ DELFRAISSY JF et al. Migrants/étrangers et VIH. In : *Prise en charge des personnes infectées par le VIH*. Recommandations du groupe d'expert. Rapport 2002. Paris, Flammarion Médecine-Sciences 2002, p, 404.



CHAPITRE III :
La pandémie du Covid 19

INTRODUCTION :

D'où viennent les épidémies ? Pourquoi se propagent-elles si vite ? Peut-on les prévenir ? Difficiles à maîtriser, elles ont bouleversé et modelé les sociétés au fil des siècles. L'émergence de nouveaux virus suscite plus que jamais de vives inquiétudes, certains apparaissant ou se réactivent brutalement et se répandent largement à la faveur des flux humains. La crise actuelle liée à la pandémie de Covid-19 confirme que malgré des avancées remarquables qui ont permis de lutter efficacement contre nombre de maladies, l'homme moderne reste vulnérable.

1. Épidémie

Épidémie est un terme emprunté au latin médical *épidémie*, issu de la racine grecque *epidemos* ("qui circule dans le peuple"). Médicalement, "épidémie" désigne le développement d'une maladie ou d'un phénomène pathologique atteignant simultanément de nombreux individus répartis sur un territoire plus ou moins étendu et soumis à des influences identiques et inhabituelles. Quand la diffusion du microbe s'atténue, on atteint la fin du cycle de l'épidémie. Actuellement, le mot est galvaudé : ne parle-t-on pas d'"épidémies" d'infarctus, de dépression, ou de pornographie ? En pratique courante, "épidémie" désigne la diffusion dans le groupe d'un agent pathogène. Il faut néanmoins préciser les définitions d'autres vocables tels "endémie", qui désigne une affection sévissant régulièrement dans une région déterminée. Lorsque le territoire géographique d'une épidémie est exceptionnellement étendu, on utilise le terme de "pandémie". En fait, le terme "épidémie" a connu une dérive sémantique, comme l'indique un récent article. À l'origine, plus précisément six siècles avant Jésus-Christ, le mot fut utilisé par les Grecs, dont Homère qui, dans l'Odyssée, parle d'*epidemos*, terme alors non médical signifiant "celui qui est dans le pays" et venant de *épi* ("sur") et *démos* ("peuple"). Plus tard, dès la moitié du V^e siècle avant Jésus-Christ, le vocable connut sa première utilisation "médicale" avec Sophocle et Hippocrate, appliqué à un phénomène pathologique circulant et se propageant dans un pays. Le terme *epidemos* fut ensuite régulièrement utilisé par Hippocrate, dès 430 avant Jésus-Christ. En France, durant la période médiévale, on utilisa les termes *ypidime* puis *épidémie* pour désigner, par exemple, les épidémies de choléra. Dès la fin du XVIII^e siècle, le terme "épidémie" devint d'un usage courant, en particulier lorsque apparut la notion de responsabilité microbienne dans la survenue du phénomène. Plus tard, l'utilisation devint presque exclusivement médicale,

d'ailleurs le classique Dictionnaire des idées suggérées par les mots renvoie, sous l'entrée "épidémie", au mot "maladie". Actuellement, la connaissance plus fine du monde microbien permet d'attribuer au vocable une notion plus restreinte en termes de lignée et, éventuellement, de clone. Dans le Dictionnaire de la pensée médicale, François Delaporte indique comment, à partir du Moyen Âge, était perçu le phénomène d'épidémie, perception s'accordant avec les significations décrites plus haut : à la Renaissance, "l'épidémie n'était pas un défi que les hommes devaient relever, mais la réponse au défi lancé par les hommes" ; en d'autres termes, l'épidémie était comprise comme un châtement, la sanction d'une faute. Plus tard, "à l'époque classique et jusqu'au milieu du XIXe siècle, les gouvernements et les peuples se tournent vers les causes terrestres et non plus surnaturelles des épidémies". Puis "au tournant du XIXe siècle et du XXe siècle apparaît une médecine rationnelle fondée sur la connaissance des mécanismes complexes présidant à l'émergence des phénomènes pathologiques collectifs". En résumé, lors des siècles passés, c'est principalement dans les superstitions ou les religions que les hommes trouvaient un sens à la survenue d'une épidémie. Chaque désastre microbien était perçu comme un événement terrifiant géré par une puissance surnaturelle, divine ou diabolique. Depuis Louis Pasteur et Robert Koch, nous savons que les périls contagieux sont dus à des microbes. La peste noire fut causée par la terrible bactérie *Yersinia pestis*. La merveilleuse civilisation aztèque s'effondra sous les coups des virus de la variole et de la rougeole tout autant que sous ceux des Conquistadores. Plus tard, dans l'Europe du XIXe siècle, le monde ouvrier devint la proie de la phthisie, consommation provoquée par l'accablant bacille tuberculeux. D'autres épidémies devaient régulièrement marquer l'histoire de l'humanité. D'ailleurs, l'un des événements mondiaux majeurs du début du XXIe siècle est la survenue d'un danger dû à un agent pathogène jusqu'alors inconnu, celui du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). L'apparition de cette nouvelle épidémie ajoute une entité supplémentaire à la longue liste des maladies transmissibles morbides déjà connues. En fait, il est très important de différencier la survenance d'un microbe pathogène, c'est-à-dire l'échappée de son enclos naturel d'un agent virulent, de l'épidémie proprement dite. Un microbe dangereux peut affleurer sans donner lieu à une épidémie parce qu'il ne se répand pas dans la population.¹

¹ -<https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12810.pdf&ved> consulte le 02/06/2021/ a 12h

2. Pandémie

Le mot fait fureur dans la presse et sur Internet depuis quelques semaines, en particulier depuis que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré le 11 mars 2020 que « *la Covid-19 pouvait être qualifiée de pandémie* », ajoutant qu'« *il s'agit de la première pandémie causée par un coronavirus* ». Mais qu'est-ce qu'une pandémie ? Quelles sont les caractéristiques de base des pandémies ? A quand remonte l'apparition de ce terme dans un texte médical, dans un dictionnaire ?

La définition du terme pandémie est, si j'ose dire, à géométrie variable selon les ouvrages d'épidémiologie. Une pandémie (du grec *pan* : tout ; *demos* : peuple, population) est une « *épidémie de grande ampleur* », « *une forme d'épidémie s'étendant à un continent, voire à la terre entière* », « *une épidémie sur une vaste zone, affectant généralement une grande partie de la population et s'étendant ou survenant largement sur une région, un pays un continent ou à l'échelle mondiale* ».

Si les définitions s'accordent sur un point, en l'occurrence celui de considérer qu'il s'agit d'une grande épidémie, elles ne précisent pas pour autant si celle-ci est sévère, explosive, voire nouvelle. Pour l'Organisation mondiale de la santé, ce caractère de nouveauté prime. En effet, selon l'OMS : « *on parle de pandémie en cas de propagation mondiale d'une nouvelle maladie* ».

Première utilisation en 1666

La première apparition du mot pandémie remonte à 1666. Le médecin Gideon Harvey (1636/7–1702), né aux Pays-Bas, l'emploie dans le premier chapitre intitulé *On the original, contagion, and frequency of consumptions* de son ouvrage *Morbus Anglicus* édité en 1666 à Londres. Il écrit : « *a Pandemick, or Endemick, or rather a Vernacular Disease (à disease alwayes reigning in a Countrey)* ».

De 1674 de l'ouvrage de Gideon Harvey « *Morbus anglicus or a theoretick and practical discourse of consumptions and hipochondriack melancholy* ». OMNIA. Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris).

Bien que Harvey rédige son ouvrage seulement un an après la grande peste, il mentionne le terme « pandémie » dans un écrit sur la phtisie (*consumption*), terme obsolète désignant la tuberculose pulmonaire. Pour Harvey et ses contemporains, la peste n'est qu'une « pestilence ».

Dans les dictionnaires en France

En français, le mot pandémie apparaît dans l'édition de 1752 du *Dictionnaire universel français et latin, vulgairement appelé Dictionnaire de Trévoux*, ainsi que dans le dictionnaire de l'Académie de 1762. Il est alors considéré comme un synonyme d'épidémie. Quant au Larousse du XIXe siècle, il en donne la définition suivante : « *maladie qui s'attaque à presque tous les habitants d'une contrée* ».

Noah Webster, lexicographe devenu épidémiologiste

Outre-Atlantique, il faudra attendre plus longtemps avant de voir le terme *pandemic* entrer dans un dictionnaire, en l'occurrence celui de Noah Webster (1758-1843). Ce dernier est en effet bien plus que le célèbre lexicographe qui a réformé l'orthographe et la prononciation. Il publie en 1783, à l'intention des écoles américaines son célèbre *The American Spelling Book*, qui constitue le premier volume de son *Grammatical Institute of the English Language*.

Webster a exercé durant sa vie les métiers de maître d'école, d'avocat, de directeur d'école, de journaliste, de publiciste, d'éditeur, de législateur, mais aussi d'épidémiologiste entre 1796 et 1802.

Dans ce domaine, sa plus grande contribution porte sur la fièvre jaune. Son intérêt pour cette maladie hémorragique aiguë qui provoque une jaunisse chez certains patients (d'où le terme « jaune ») tient au fait qu'une épidémie de fièvre jaune ravagea Philadelphie en 1793. Cette ville paie alors un lourd tribut, avec 5000 victimes, soit 10 % de sa population. L'épidémie de fièvre jaune frappe les villes de la côte Est des Etats-Unis entre 1793 et 1797.

Webster a par ailleurs été le témoin d'une épidémie de grippe en Nouvelle-Angleterre en 1789 et 1790, ainsi que d'une épidémie de scarlatine en 1793. Il observe nuit et jour les symptômes de ses propres enfants atteints de cette maladie.

Le 31 octobre 1795, Webster écrit à des médecins résidant aux quatre coins des Etats-Unis (Philadelphie, New York, Baltimore, Norfolk, New Haven) pour leur demander de lui fournir des renseignements et des chiffres précis. Objectif : élucider l'origine de la fièvre jaune afin de déterminer si la source est « *importée ou domestique* » et pouvoir prendre les bonnes décisions pour éviter sa réémergence.

Plus généralement, l'intérêt de Webster pour l'épidémiologie est motivé par des considérations humanitaires et son désir de comprendre l'origine des maladies afin de les prévenir et les contrôler. Webster souhaite compiler les faits pour les étudier de façon rationnelle afin qu'une réponse puisse émerger. Selon lui, « *Les théories sont peu utiles, mais les faits sont d'une importance infinie ; et nous considérons chaque nouveau fait ou*

observation sur le sujet des maladies pestilentielles comme méritant une attention particulière ».

Webster entretient par ailleurs une correspondance régulière avec d'éminents professeurs de médecine. Il recueille également le témoignage de marins et autres personnes qui ont quelques connaissances sur les maladies épidémiques du fait de leur vécu personnel. En 1798, il accumule une impressionnante littérature sur les épidémies à travers le monde lors de ses visites dans des bibliothèques publiques de New York, Philadelphie, New Haven, Boston.

En décembre 1799, il publie *A brief history of epidemic and pestilential diseases*, deux volumes qui résument parfaitement tout ce que l'on peut lire alors sur les faits historiques et les théories sur les épidémies. Pour William Osler (1849-1919), célèbre médecin qui exerça au Canada, aux États-Unis et en Angleterre, cet ouvrage « *est le plus grand livre médical écrit dans ce pays par un profane* ».

En 1828 dans le dictionnaire de Webster

Celui qui n'a jamais exercé en tant que médecin car n'ayant pas de diplôme de docteur en médecine est aujourd'hui considéré comme le père de l'épidémiologie aux États-Unis. Pour Noah Webster : « *La recherche des causes des maladies et les moyens de soulager les calamités de la vie est l'affaire de tout bon citoyen, quelle que soit sa profession* ».

Bien qu'ayant vécu à l'âge adulte la pandémie de grippe de 1789-90, Webster ne mentionne pas dans son dictionnaire la grippe pandémique mais seulement la grippe épidémique. De fait, au début du 19^e siècle, le terme *epidemic* signifie autant épidémie que pandémie, ce dernier tombant de plus en plus en désuétude.

C'est en 1828 que le mot *pandemic* (pandémie) fait son entrée dans un dictionnaire en langue anglaise : *An American Dictionary of the English Language* de Noah Webster. L'ouvrage, qui renferme plus de 70 000 mots, indique cependant que les termes *epidemic* et *pandemic* sont synonymes.

Il faudra attendre la pandémie de choléra de 1831-1832 pour que la presse populaire accorde pour la première fois, quotidiennement et pendant plus d'un an, une large place à la propagation mondiale d'une maladie infectieuse. Celle-ci progresse inexorablement vers l'Europe à partir de l'Asie par l'intermédiaire des voyages ferroviaires et des routes commerciales.

« Pandémie », un mot entré dans le langage courant

La notion de pandémie fait son chemin dans les esprits, tant et si bien que lorsque la pandémie de grippe de 1889 survient, le concept de pandémie existe déjà. Le terme *pandemic*, jusqu'alors vague, imprécis et peu usité, sort de l'ombre et s'impose pour décrire l'émergence d'une épidémie de grippe à l'échelle mondiale, comme en témoigne un article publié en 1894 dans la revue médicale britannique *The Lancet* et comportant le mot pandémie dans son titre.

La pandémie de grippe de 1889 en Russie semble avoir contribué à forger le sens du mot pandémie. La « grippe russe » est alors très suivie par la presse.

En 1918, la « grippe espagnole » tue environ 50 millions d'individus dans le monde. Le terme pandémie devient alors un mot assez courant. Celui-ci va rapidement dériver jusqu'à désigner tout phénomène de grande ampleur, telles que des infections non grippales et maladies chroniques associées au mode de vie.

C'est ainsi que l'on en est venu à parler de pandémie concernant le tabagisme, la mortalité par accident de la route, l'obésité, et même les fermetures d'usines ou la contagion de certaines peurs. Dès lors, une pandémie ne désigne plus seulement une épidémie qui affecte « tout » le monde, mais un événement médiatique mondial. Dans le même temps, du fait d'un meilleur contrôle des pandémies majeures que sont le choléra et la peste, le terme pandémie se trouve associé à des événements contemporains plutôt qu'historiques.

Définition absente de textes de référence

Au cours des deux dernières décennies, nombreuses sont les publications médicales qui ne prennent pas la peine de proposer une définition de ce terme. Même les textes faisant autorité sur les pandémies ne le mentionnent pas dans leurs index, qu'il s'agisse d'ouvrages entièrement consacrés à l'histoire de la médecine, de traités d'épidémiologie, de rapports officiels sur les maladies infectieuses émergentes, comme celui de l'Institute of Medicine en 1992 aux Etats-Unis ou celui du Sénat sur les nouvelles menaces de maladies infectieuses émergentes en 2012 en France.

Il faudra par ailleurs attendre 2011 pour que le mot *pandemic* entre dans le thesaurus des mots clés (MeSH) de la base de données biomédicales PubMed de la National Library of Medicine (Bethesda, Maryland, États-Unis).

On le voit, il n'existe pas de définition claire et unanimement acceptée du terme pandémie, alors même que le monde a connu l'émergence de fléaux infectieux majeurs tels que la grippe, la peste, le choléra, la dengue, le sida, la gale, la maladie du Nil occidental (*West Nile*

disease), le SARS (syndrome respiratoire aigu sévère) et aujourd'hui la maladie Covid-19 (pour *CoronaVirusDisease 2019*).

Caractéristiques communes aux pandémies

« Il est cependant possible d'identifier plusieurs caractéristiques clés s'appliquant à toutes, si ce n'est quasiment toutes, les pandémies », soulignaient David Morens, Gregory Folkers et Anthony Fauci dans un article intitulé *What is a Pandemic?* et publié dans le *Journal of Infectious Diseases* en 2009.

Tout d'abord, la vaste extension géographique. Le terme « pandémie » désigne généralement des maladies qui s'étendent sur de vastes zones géographiques – par exemple, la peste du XIV^e siècle (la peste noire), le choléra, la grippe et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH/sida). Les pandémies peuvent notamment être classées comme trans-régionales lorsqu'elles touchent au moins deux régions adjacentes, inter-régionales (au moins deux régions non contiguës) ou mondiales. En 2009, 178 pays ont ainsi été concernés par l'infection au virus grippal H1N1. Aujourd'hui, la pandémie au nouveau coronavirus s'est étendue dans plus de 160 pays.

Autre caractéristique majeure : le déplacement de la maladie. En plus de l'extension géographique, la plupart des utilisations du terme « pandémie » impliquent un mouvement ou une propagation inattendue de la maladie par le biais d'une transmission qui peut être tracée d'un endroit à l'autre. Parmi les exemples de mouvements de maladies : la propagation de personne à personne de maladies causées par des virus respiratoires (grippe, SRAS, Covid-19) ou une bactérie (*Vibrio cholerae*), ou par des insectes tels que les moustiques du genre *Aedes* (*A. aegypti* et *A. albopictus*), vecteurs de la dengue.

« Le terme pandémie a été utilisé le plus souvent pour décrire des maladies nouvelles, ou du moins associées à de nouvelles variantes d'organismes existants – par exemple, les changements antigéniques qui se produisent dans les virus influenza [grippe], l'émergence du VIH/sida lorsqu'il a été reconnu au début des années 1980, les épidémies historiques de maladies, comme la peste », soulignent les auteurs de l'article publié dans le *Journal of Infectious Diseases*. Et d'ajouter : « La nouveauté est cependant un concept relatif. Il y a eu sept pandémies de choléra au cours des 200 dernières années, probablement toutes causées par des variantes d'un même organisme ».

Les pandémies se caractérisent également par des taux d'attaque élevés** et par une propagation exponentielle, c'est-à-dire par la survenue d'un très grand nombre de cas en peu de temps. Cette caractéristique épidémiologique est propre à la fois aux infections ayant pour

origine une même source et des maladies hautement contagieuses et à incubation courte, comme par exemple, la peste au 14^{ème} siècle, le choléra en 1831-1832, la grippe en de nombreuses occasions, le Covid-19.

Autre facteur : l'immunité initiale de la population vis-à-vis de l'agent infectieux sachant que l'immunité collective représente un rempart contre la pandémie. Néanmoins, l'immunité de groupe n'est qu'un concept relatif comme cela a été montré dans certaines pandémies de choléra et de grippe associées à de nouveaux sous-types ou souches ayant subi des mutations génomiques caractéristiques. Les biologistes parlent alors de glissement antigénique (*antigenic drift*). Le risque pandémique est ainsi important s'il s'agit d'un tout nouveau virus que le système immunitaire humain n'a jamais rencontré auparavant.

Contagiosité et nouveauté

La contagiosité et la sévérité de la maladie infectieuse sont d'autres caractéristiques clés. En effet, un grand nombre, sinon la plupart, des maladies infectieuses considérées comme pandémiques sont la conséquence d'une transmission inter-humaine. Le mode de contamination de personne à personne peut cependant ne pas être le seul dans d'autres maladies pandémiques, comme pour la peste (transmission par les puces) et le choléra (transmission environnementale par l'eau ou des aliments contaminés).

En résumé, il paraît donc que le terme « pandémie » a une longue histoire. Quant au concept de pandémie, il concerne des maladies infectieuses très différentes, survenues sous la forme d'événements mondiaux au fil des siècles. Un seul dénominateur commun aux pandémies reste invariable : une vaste extension géographique, même si une propagation rapide et des taux d'attaque élevés sont souvent observés.

Une autre caractéristique apparaît désormais évidente de nos jours : quand une pandémie survient, le reste du monde le sait immédiatement.

Noah Webster avait fini par être convaincu – à tort – que la théorie de la contagion (via une substance toxique, chimique ou biologique transmise de personne à personne ou par des objets inertes) n'était pas tenable. Selon lui, les flambées épidémiques de fièvre jaune trouvaient sans doute leurs origines dans des facteurs environnementaux (atmosphériques, climatiques). En effet, on pense à l'époque que les épidémies sont notamment associées aux météorites, comètes, éruptions volcaniques, tremblements de terre. Pour les tenants de la théorie de la contagion, une quarantaine devait être appliquée. En revanche, pour les partisans de la théorie selon laquelle les épidémies avaient pour origine des conditions atmosphériques et des facteurs locaux, le nettoyage de l'environnement s'imposait mais pas la quarantaine des

personnes et des marchandises. On sait aujourd'hui que la fièvre jaune est une maladie virale dite vectorielle car transmise par des moustiques infectés.

Taux d'attaque (traduction épidémiologique de la contagiosité) : nombre de nouveaux cas dans une population donnée sur le nombre total d'individus sensibles.²

La pandémie de COVID-19 a débuté fin 2019. C'est une infection respiratoire due à un coronavirus appelé SARS-CoV-2, probablement apparu en Chine à partir de chauve-souris infectées. Cette maladie, dont les symptômes évoquent ceux de la grippe saisonnière, est plus sévère chez les personnes âgées et les personnes rendues vulnérables par certaines maladies chroniques ou des traitements. En moyenne, elle est sans symptôme chez environ 40 % des adultes infectés. Ce pourcentage est une moyenne, il est plus élevé chez les enfants et moindre chez les personnes âgées.

3. Qu'est-ce que la COVID-19 ?

La COVID-19 (CoronaVirusDisease 2019) est une infection respiratoire virale apparue en 2019 en Chine. Le virus qui en est responsable est le SARS-CoV-2, qui appartient à la famille des Coronavirus.

Les Coronavirus constituent une vaste famille de virus qui peuvent infecter l'homme ou l'animal. Chez l'homme, quatre coronavirus sont responsables de 15 à 20 % des rhumes et rhinopharyngites. De plus, ils sont à l'origine du SRAS (qui a sévit en 2012-2013 et disparu depuis) et du MERS, une infection rare qui existe de manière sporadique au Moyen-Orient depuis 2014.

Un virus qui est passé de l'animal à l'homme

Le 31 décembre 2019, les autorités chinoises ont signalé un épisode de cas groupés de pneumonie ayant tous un lien avec un marché d'animaux vivants dans la ville de Wuhan, le Huanan South China SeafoodMarket. Parmi les 41 premiers cas détectés à Wuhan, la plupart travaillaient ou avaient fréquemment visité ce marché où des animaux vivants sont vendus. Le marché a été fermé et désinfecté le 1er janvier, ce qui a rendu plus difficile, voire impossible, l'identification de la source de l'infection.

² -<https://www.lemonde.fr/realitesbiomedicales/2020/03/17/pandemie-histoire-dun-mot-et-dun-concept> consulté le 02/06/2021 à 6h

Par analyse génétique, on estime que SARS-CoV-2 est issu d'un coronavirus de chauve-souris qui serait devenu infectieux pour l'homme en ayant acquis des gènes propres aux coronavirus du pangolin. Les conditions d'apparition de SARS-CoV-2 sont encore obscures.

Par rapport aux virus du SRAS et du MERS, celui de la COVID-19 possède la particularité de ne pas toujours provoquer de symptômes. Dans ce cas, les personnes infectées, ignorantes de leur état, peuvent sécréter du virus et infecter d'autres personnes pendant quelques jours. Cette particularité est responsable de la grande difficulté à contrôler la dissémination la pandémie de COVID-19.

La COVID-19, plus contagieuse et plus grave que la grippe saisonnière

Le SARS-CoV-2 se transmet plus facilement que le virus de la grippe saisonnière mais la progression de l'épidémie ne se fait pas de la même façon. La grippe envahit un territoire de manière uniforme alors que la COVID-19 semble plus dépendante de l'existence de foyers de contamination importants (les clusters super-contaminateurs).

Le **pourcentage** de personnes infectées présentant des **formes sévères est plus important pour la COVID-19** (10 à 15 %) **que pour la grippe saisonnière** (moins de 5 %). Ces formes sévères s'observent en particulier chez les personnes vulnérables (personnes âgées, personnes souffrant de certaines maladies chroniques, personnes immunodéprimées, personnes obèses).

De plus, environ 40 % des adultes infectés par SARS-CoV-2 ne présentent aucun symptôme (formes asymptomatiques). Elles peuvent néanmoins contaminer d'autres personnes pendant environ une semaine. Le pourcentage de personnes infectées qui restent sans symptôme diminue avec l'âge : les personnes âgées sont beaucoup plus fréquemment atteintes de formes symptomatiques.

Quelle est la période d'incubation de la COVID-19 ?

La période d'incubation correspond à la durée qui sépare la contamination de l'apparition des symptômes (lorsqu'il y a des symptômes). La période d'incubation de la COVID-19 est estimée **en moyenne à 5 jours**. La personne infectée commence à être contaminant au 3^e jour de la période d'incubation. On pense qu'elle reste contaminant jusqu'au 7^e jour après la fin de ses symptômes.³

4. La propagation de la COVID-19 à travers le monde

Depuis la découverte en Chine du virus SARS-CoV-2, responsable de la maladie COVID-19, plus de 170 pays doivent faire face aux conséquences d'une telle épidémie. Quelles mesures sanitaires les gouvernements ont-ils mises en place ?

La pandémie de la COVID-19

Le coronavirus, baptisé COVID-19 le 11 février dernier, a voyagé depuis la première apparition de symptômes chez un habitant de la province de Hubei, en Chine. Le 31 décembre dernier, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été informée d'une épidémie de « pneumonie de cause inconnue » dans la ville de Wuhan, septième ville la plus importante de la Chine avec 11 millions d'habitants. Les premiers individus infectés avaient tous été dans un marché de fruits de mer à Wuhan. Le marché est fermé depuis le 1^{er} janvier 2020. Le virus est maintenant présent dans plus de ... pays sur cinq continents.

En date du ..., cas de COVID-19 ont été confirmés et plus de ... personnes en sont décédées.

Sur les ... cas confirmés dans le monde, voici la proportion de personnes décédées, rétablies ou malades:

En date du 23 janvier 2020, 581 cas avaient été confirmés. Ils étaient tous localisés en Asie ou aux États-Unis. Dans l'ensemble, 17 personnes étaient décédées à cause du virus. Les autorités chinoises avaient émis des restrictions de déplacement à Wuhan, notamment en annulant des vols, des trains et en suspendant les autobus, les métros et les traversiers.

³ -[http : //www.vidal.fr/ maladies/voies-respiratoires/coronavirus-covid-19.html](http://www.vidal.fr/maladies/voies-respiratoires/coronavirus-covid-19.html) consulte le 04/06/2021 à 20h

La Chine : source de l'épidémie

La Chine est le pays sur le continent asiatique qui a connu la plus grande épidémie de COVID-19 : ... personnes y ont contracté le virus et ... en sont décédées. Jusqu'à maintenant, ... malades se sont rétablis de la maladie.

Afin de juguler l'épidémie, le gouvernement chinois a mis en quarantaine plus de 50 millions de personnes au cours des mois de janvier et de février. Après deux mois, les activités économiques ont tranquillement repris à travers le pays, à l'exception de la province de Hubei, l'épicentre de l'épidémie (plus de ... cas confirmés).

La compagnie aérienne Air Canada a annoncé le 25 février qu'elle prolongeait la suspension de tous ses vols vers Pékin et Shanghai. Selon le site web d'Air Canada, les vols internationaux en direction de la Chine reprendront à partir du 31 mai 2020. Cette suspension, en vigueur depuis le mois de février, fait suite à la recommandation du gouvernement du Canada, à la fin de janvier, d'éviter tous les voyages non essentiels en Chine.

Le 11 mars 2020, avec plus de 121 000 cas rapportés, l'OMS a officiellement déclaré que l'épidémie de la COVID-19 était maintenant considérée comme une pandémie mondiale.

Premier cas en dehors de la Chine

La première apparition de symptômes à l'extérieur de la Chine a eu lieu en Thaïlande le 13 janvier dernier, soit moins de deux semaines après le début de l'épidémie. C'est une voyageuse chinoise qui a transporté le virus. Le pays de l'Asie de l'Est a toutefois bien contenu la maladie. En date du ..., personnes y avaient été contaminées par la COVID-19. ... décès y a été rapporté.

Les pays les plus durement touchés par l'épidémie, en dehors de la Chine, sont les États-Unis, l'Italie et l'Espagne.

À ce jour, ... cas ont été rapportés à travers le monde. ... personnes en sont décédés.

Deuxième plus important foyer de l'épidémie en Asie

Après la Chine, la Corée du Sud est le pays le plus touché par la COVID-19 sur le continent asiatique. Près de ... cas ont été confirmés et ... décès causés par le virus ont été signalés.

Selon les autorités sud-coréennes, une femme de nationalité chinoise résidant à Wuhan aurait importé le virus en Corée du Sud le 19 janvier 2020.

Le nombre de personnes atteintes de la COVID-19 s'est multiplié au cours des dernières semaines en Corée du Sud. Toujours selon les autorités nationales, l'éclosion proviendrait de membres de l'Église Shincheonji de Jésus. La majorité des 334 nouveaux cas déclarés le 27 février seraient des membres de la secte religieuse. Le 26 février, le gouvernement a commencé le contrôle des plus de 200 000 fidèles de Shincheonji afin de limiter la propagation de l'épidémie. Néanmoins, la Corée du Sud a été le principal foyer de l'épidémie en Asie après la diminution de la propagation en Chine.

Une croisière plus longue que prévu

Le bateau de croisière Diamond Princess a été accosté à Yokohama, au Japon, du 4 février au 25 mars, après que des cas de COVID-19 eurent été détectés chez les passagers.

Près de ... cas de COVID-19 ont été répertoriés sur le bateau. ... passagers en sont décédés.

Les croisiéristes avaient été mis en quarantaine dans leurs cabines afin d'endiguer l'épidémie. Le 27 février dernier, les responsables du navire ont confirmé que tous les passagers étaient maintenant sur la terre ferme et qu'ils étaient au Japon ou avaient été rapatriés dans leur pays.

Plus de 40 Canadiens présents sur le bateau ont été touchés par le virus, dont un couple de Québécois qui n'était plus malade en date du 2 mars.

L'Iran touché de plein fouet

... Iraniens ont été contaminés et ... sont morts. L'Iran a été le principal foyer de l'épidémie au Moyen-Orient avant que le pays ne réussisse à stabiliser son nombre de cas.

Plusieurs membres importants du gouvernement iranien sont également atteints du virus : la vice-présidente Masoumeh Ebtekar, le ministre de la Santé Iraj Harirchi et le député Mahmoud Sadeghi ont été déclarés positifs à la COVID-19. Un conseiller du guide suprême de l'Iran, Mohammad Mirmohammadi, et trois autres membres actifs de la vie politique en Iran sont décédés des suites de la COVID-19.

Le gouvernement iranien a annoncé le 17 mars avoir libéré environ 85 000 prisonniers à cause du virus. Le chef du système judiciaire iranien a indiqué que « la libération des prisonniers

continuera tant et aussi longtemps que ça ne génèrera pas d'insécurité dans la société ». Il n'a pas dit quand, ni même si, les prisonniers allaient retourner derrière les barreaux.

Le 24 janvier, l'Europe identifie trois premiers cas. Il s'agit de trois Français ayant séjourné à Wuhan. C'est également en France qu'est survenu le premier décès hors-Asie, le 15 février. Depuis, le virus s'est propagé dans une majorité des pays du continent européen.

Plus importante zone épidémique en Europe

Après la première contamination en sol italien le 31 janvier, qui a été causée par deux touristes chinois qui étaient contagieux mais l'ignoraient, le pays européen a recensé ... cas, dont ... morts. C'est le pays européen qui recense le plus de cas et le plus de décès, surpassant même les chiffres de la Chine.

Le premier ministre italien, Giuseppe Conte a annoncé la mise en quarantaine de l'ensemble du pays à compter du 10 mars jusqu'au 3 avril. Cette mesure inclut la fermeture des écoles, des universités et interdit les rassemblements culturels ou sportifs.

Le gouvernement italien avait annoncé plus tôt la fermeture des écoles jusqu'au 15 mars, afin de prévenir l'épidémie, mais a décidé de prolonger sa mesure jusqu'au 3 avril.

Une quarantaine qui n'affectait initialement que le nord de l'Italie, a été étendue sur tout son territoire après que le nombre de cas ait bondi au début du mois de mars. Elle est maintenue au moins jusqu'au 3 avril.

Le premier cas de transmission locale européen

Le premier cas de COVID-19 en Allemagne a été décelé le 27 janvier. Il s'agissait d'un employé d'une compagnie d'équipements automobiles qui a été en contact avec une collègue venue de la Chine pour une formation. C'était le premier cas de transmission locale en Europe.

Depuis, plus de ... cas ont été déclarés et ... morts ont été rapportés. L'Allemagne est l'un des pays qui a le taux de mortalité le plus bas en comparaison avec son taux de contamination.

Afin de contrôler l'épidémie, le pays a fermé ses frontières avec la France, la Suisse et l'Autriche le 16 mars dernier. Les voyages non-essentiels sont également interdits en Allemagne, comme dans l'ensemble de l'Union européenne, jusqu'à la mi-avril.

Une quarantaine à l'échelle nationale

La France compte plus de ... cas confirmés de COVID-19, dont ... décès.

108 établissements de santé sont en mesure de recevoir des patients atteints de la COVID-19. Cela représente au moins un établissement par département français.

La France a assigné à résidence tous ses citoyens pour une durée minimale de 15 jours le 17 mars dernier.

Des cas d'origine italienne

L'Espagne recense ... cas d'infection au coronavirus et ... décès. Tout juste derrière l'Italie, l'Espagne est le pays européen qui compte le plus de personnes infectées et le plus de décès causés par la COVID-19.

Le 25 février, tous les cas recensés en Espagne avaient un lien épidémiologique avec les zones infectées en Italie.

Le 14 mars dernier, le gouvernement espagnol a déclaré l'état d'urgence national et a confiné tous ses citoyens à leur domicile pour 15 jours, comme l'avait fait l'Italie plus tôt dans la semaine.

Le premier cas identifié en Amérique du Nord remonte au 22 janvier, aux États-Unis. Depuis, la propagation s'est accélérée.

Plus de ... cas aux États-Unis

Jusqu'à maintenant, ... personnes ont contracté le virus aux États-Unis et ... personnes en sont décédées.

Le président Donald Trump a déclaré l'état d'urgence le 13 mars dernier, après avoir minimisé les conséquences du coronavirus pendant des semaines.

En date du 30 mars 2020, la ville de New York rassemblait environ 40% de l'ensemble des cas des États-Unis. Face à l'importante propagation sur son territoire, l'État de New York a fermé l'ensemble de ses établissements scolaires le 15 mars dernier et a décrété l'arrêt de toutes activités non-essentiels le 21 mars dernier.

Le populaire festival de musique Coachella, prévu en avril, a été reporté à l'automne prochain, en prévention de la propagation du virus.

Le pays en état d'urgence

Le premier cas de COVID-19 au pays a été détecté le 25 janvier. Le nombre de personnes infectées par le virus s'élève maintenant à ..., dont ... au Québec.

Un octogénaire de Colombie-Britannique a été le premier Canadien à succomber à la maladie le 9 mars 2020. Depuis, ... Canadiens en sont décédés.

Afin de juguler l'épidémie, le Canada a fermé ses frontières à tous les voyageurs étrangers le 17 mars dernier. Le gouvernement Trudeau a également annoncé que toutes les personnes qui présentent des symptômes ressemblant à ceux de la COVID-19 seront bannis des vols et des trains interprovinciaux.

Les provinces les plus touchées par l'épidémie sont le Québec, l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta.

12 des 13 provinces et territoires du Canada ont déclaré l'état d'urgence sanitaire. Seul Terre-Neuve-et-Labrador n'en a pas encore fait l'annonce. La province compte pour le moment ... cas.

La province la plus affectée

Le premier cas de coronavirus au Québec a été annoncé le 28 février par la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann. Il s'agit d'une femme qui revenait d'un voyage en Iran. Elle s'est rendue dans une clinique à Montréal puis a été transférée à l'Hôpital de Verdun, pour être ensuite placée en isolement.

Depuis, ... cas ont été confirmés au Québec. Il y a présentement ... décès causé par le virus. Le Québec est la province la plus durement touchée par l'épidémie.

Le 13 mars, le premier ministre François Legault a annoncé la fermeture de tous les établissements scolaires ainsi que des services de garde. Ils demeureront fermés jusqu'au 4 mai, minimalement. Le gouvernement du Québec annonçait le lendemain l'état d'urgence sanitaire, en exhortant aux travailleurs de faire du télétravail, lorsque c'est réalisable, et aux aînés de 70 ans et plus de demeurer à leur domicile et de sortir le moins possible.

Le 19 mars dernier, M. Legault a demandé aux Québécois d'éviter de voyager entre les régions du Québec, pour éviter de transporter le virus. Le gouvernement a resserré la vis le 28 mars en fermant l'accès de huit régions du Québec (Bas-Saint-Laurent, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Nord-du-Québec, Terres Cris du Québec et Nunavik), toujours dans l'espoir de freiner la propagation.

Afin de prévenir la contagion, le gouvernement du Québec recommande des mesures préventives de base, comme se laver les mains régulièrement et tousser dans son coude et pratiquer la distanciation sociale.⁴

5. COVID-19 en Algérie: réponses et perspectives d'avenir

Mise en contexte :

1. Dans un contexte national qui retrouvait graduellement sa sérénité après une année de turbulences politiques, sociales et économiques ; la Pandémie du COVID19 s'est abattue sur l'Algérie pour perturber cette période de stabilisation.

2. Cette pandémie a été une véritable épreuve pour le nouveau président, Abdelmadjid Tebboune, et le gouvernement fraîchement installé. Mais aussi pour tout l'écosystème national avec l'ensemble des parties prenantes : collectivités, société civile, partis politiques et populations, la nature des dynamiques naissantes entre toutes ces parties étant en pleine redéfinition après le mouvement populaire dit « Hirak ».

Evolution du Covid 19 et mesures prises par l'Etat :

3. Les mesures prises par l'Algérie dès les premiers signes de propagation du virus durant cette période, ont permis de maîtriser la situation, sans recours à des approches extrêmes telles que l'état d'urgence. Il s'agissait probablement d'une volonté de l'état à prouver l'efficacité des dispositifs « civiles » de réponse dans l'ensemble des secteurs, sans arriver à avoir recours aux ressources du secteur militaire. Cela n'a pas empêché de rappeler régulièrement que l'Armée et ses ressources étaient prêtes à être déployées si la situation l'obligeait.

4. Ces mesures ont commencé avec la fermeture des universités, écoles et autres établissements de formation dès le 12 Mars 2020, pour s'élargir à la suspension des vols et la

⁴ -[https:// www. Le devoir. Com. / documents/ spécial/ 20-03_ covid19-carte-dynamique/index.html](https://www.LeDevoir.Com/documents/spécial/20-03_covid19-carte-dynamique/index.html) consulté le 02/06 /2021 à 18 h

limitation des déplacements et de l'activité commerciale, à la fermeture des mosquées, puis à l'instauration de confinements accompagnés de couvre-feux : partiels dans certaines Wilayas (notamment Alger et Oran) et total à Blida. Ces couvre-feux ont été accompagnés d'un dispositif de sécurisation stricte : des patrouilles de police et de gendarmerie, et une vaste campagne de sensibilisation pour amener les gens à un respect stricte des consignes. Des sanctions pécuniaires et disciplinaires sont souvent appliquées à ceux qui enfreignent cela.

5. Une commission scientifique ad-hoc a été également installée, rattachée au ministère de la santé. Cette commission. Elle tient chaque jour une conférence de presse durant laquelle elle donne un état des lieux détaillé de la propagation du virus, y compris les chiffres quotidiens des nouveaux cas. Le Ministère de la santé a rappelé fermement que cette commission était le seul habilitée à communiquer ces informations. Ainsi, toute information donnée en dehors de ce cadre est considérée comme non-crédible, et ses auteurs risquent des sanctions pouvant aller à la justice.

6. Les autorités affirment régulièrement que la situation est « sous contrôle », et les chiffres communiqués abondent dans ce sens. Malgré la réticence de plusieurs face à la crédibilité des statistiques, ces chiffres sont ainsi bel et bien réels. Cependant, ils ne traduisent pas forcément le nombre de personnes réellement infectés, étant donné le nombre limité de tests effectués quotidiennement dans les diverses régions du pays.

7. A l'heure actuelle, et à la veille du mois de Ramadan, ces mesures sont toujours en place, et rien n'indique une levée des mesures de confinement en perspective durant les jours à venir. Un relâchement graduel est cependant envisagé.

8. Une série de directives a été donnée pour garantir un fonctionnement fluide de l'écosystème commercial, assurant ainsi au citoyen la possibilité de se procurer ce dont il a besoin pour son quotidien. Cela a été également accompagné d'un nombre d'initiatives prise dans le but d'inciter et d'encourager les algériens à limiter leurs déplacements : Un programme télévisé revisité, la diffusion de contenu exclusif par le ministère de la culture, l'encouragement de l'activité de livraison à domicile, etc.

Eléments D'analyse:

9. Cette crise sanitaire a été marquée par plusieurs éléments de dimensions politique, sociale, économique et sécuritaire. L'on abordera très brièvement quelques-uns. Sur le plan politique:

10. Malgré les premiers cas de Covid19 annoncés en Algérie, et les premières mesures annoncées, les manifestations hebdomadaires du mouvement populaire dit « Hirak » ont continué à deux reprises, suscitant de vives réactions sur diverses tribunes. Un acte qualifié de « suicidaire » par certain, et d'« irresponsable » par d'autres. Il aura fallu plusieurs jours pour décider la suspension des marches, notamment après des appels répétés de figures politiques et citoyennes influentes, avant l'interdiction formelle de tout rassemblement par l'état.

11. Alors que l'opinion publique était majoritairement absorbée par la situation sanitaire, le pays a connu un mouvement important dans l'appareil sécuritaire, avec la mise à l'écart, l'arrestation et le remplacement de plusieurs officiers supérieurs, notamment à la tête de directions sensibles dans l'institution militaire. Certains s'inscrivant dans la continuité de la réforme des corps de sécurité, et d'autres en réaction directe à des dossiers précis. Ces événements importants renforcent la position du chef de l'état algérien, et contribuent à la consolidation des rapports entre la présidence et l'état-major de l'armée, avec une redéfinition claire des rôles et une séparation franche des prérogatives.

12. L'on peut ainsi dire que la crise sanitaire qui a touché l'Algérie a permis de renforcer la stratégie de l'état, qui consistant en transformer le « Zerosumgame » en place (entretenu par certaines figures politiques, notamment du « Hirak », et renforcé par une rupture de la confiance et du dialogue entre les différentes parties concernées) en un « positive sumgame », et ce, en redéfinissant les alliances, et en aidant l'état à créer des passerelles avec la population, pour faire face à la pandémie, tout en renforçant ses institutions, son arsenal juridique et sécuritaire, et en tentant de corriger certaines erreurs, commises lors de la période de flottement qu'a connu le pays, et dont les conséquences de certaines auraient pu être lourdes en conséquences.

Sur le plan de la gestion administrative et de la prise en charge citoyenne :

13. La rapidité de réaction des autorités algériennes face à la pandémie : prise anticipée des mesures citées ci-haut, mise en place de systèmes alternatifs et de solutions pour pallier aux manquements survenus suite à ces mesures.

14. L'accélération de l'intégration des TIC dans les divers systèmes, en standby depuis des années, pour assurer la continuité de certains services. Il s'agit principalement des opérations de paiement électronique, et de la numérisation des plateformes d'échange et d'apprentissage (Cours en ligne, vidéo-conférence, etc.)

15. La mise en évidence des pratiques précaire et bureaucratiques de l'administration publique : plusieurs administrations se sont retrouvées dans l'obligation de s'adapter rapidement en comptant davantage sur les TIC, jusque-là quasiment ignorées.

16. Une prise en charge exemplaire par l'état des opérations de rapatriements des algériens « coincés » à l'étranger. Ces opérations ont été marquées par la mise en place de pont aérien dans certains cas, et par la mobilisation de l'aviation militaire dans d'autres. Certaines confusions ont cependant accompagné ces opérations, marquées par la résistance de certains citoyens à se plier aux procédures, et à la volonté de beaucoup algériens établis à l'étranger de « rentrer » en Algérie.

18. Ces opérations de rapatriement ont été suivies par la mise quarantaine systématique des voyageurs dans des hôtels étatiques et privés, mis à la disposition pour l'occasion, en présence d'un staff médical dépêché sur les lieux pour la prise en charge des résidents. Ces séjours se sont déroulés dans de très bonnes conditions en termes de prise en charge.

19. La mise en place rapide de dispositifs d'aide et de soutien aux familles démunies et aux diverses catégories touchées par les mesures de confinement (artistes, artisans, etc.) par les autorités.

Sur le plan sanitaire :

20. L'insuffisance des moyens (ressources humaines et matérielles) disponibles pour faire face à la pandémie.

21. L'efficacité de la « chaîne de commande » sanitaire, démontrée par la fluidité de la circulation de l'information à l'échelle intrinsèque, et par les décisions rapides et efficaces prises par le ministère de la santé et les responsables du secteur : notamment la mise en place – audacieuse – et anticipée du protocole de prise en charge des atteints qui incluait un traitement chloroquine (même si cela a été controversé au sein de la communauté scientifique locale et internationale).

22. Certains estiment qu'il aurait été nécessaire d'instaurer un « véritable » confinement, étant donné que les mesures prises n'ont pas été strictement appliquées.

Sur le plan de la société civile :

22. Après un premier échec à accompagner la société lors du mouvement populaire dit « Hirak » en contribuant à son éventuelle structuration et aboutissement à un projet politique concret, les organisations de la société civile et les partis politiques ont une seconde fois failli à leur rôle d'accompagnement de la société dans un temps de crise. Entre absence totale du terrain, et présence arbitraire – souvent dans des élans de solidarité sociale mais qui n'observent pas les consignes et mesures de sécurité adéquates. Seules quelques organisations ont pu se démarquer en menant un véritable travail de proximité et en s'inscrivant dans une démarche de complémentarité avec les efforts de l'état, notamment dans la prise en charge et l'assistance aux personnes et communautés vulnérables, et aux différents agents du corps médical et sanitaire.

Sur le plan économique :

23. L'émergence de compétences individuelles et collectives, ainsi que de capacités de production qui étaient pendant longtemps marginalisées/étouffées : des étudiants, laboratoires d'universités et start-ups ont réussi à contribuer à la fabrication d'appareil de respiration artificiels, de tunnels de désinfection, et de kits de dépistage. Cela ouvre une piste de réflexion sur l'exploitation concrète du potentiel national dans des secteurs couverts presque entièrement par l'importation en ce moment.

24. Une mobilisation remarquable de plusieurs opérateurs économiques : entre dons, et mise à la disposition d'hôtels et de ressources (cliniques privées, équipement, etc.) Cela a amorti les efforts de l'état et a empêché d'arriver à la phase de la « réquisition ».

25. Les chutes spectaculaires des prix du pétrole rajoutent une couche aux difficultés auxquelles fait face l'économie algérienne ; fortement fragilisée par les événements des mois précédents. Et ce, malgré la réussite éphémère du groupe Opec+ lors de sa réunion du 12

Avril.

26. La crise sanitaire a permis d'accélérer également certaines mesures entamées par le ministère du commerce pour la régulation de certains marchés. Les résultats de ces mesures étaient positifs, et dans plusieurs cas, immédiats. La situation exceptionnelle a permis ainsi à l'état de prendre plusieurs raccourcis pour faire passer des mesures et des réformes qui allaient probablement prendre plus de temps en contexte normal.

PERSPECTIVES :

27. En dépit des grandes difficultés que rencontreront les opérateurs économiques dans la période post-COVID19, plusieurs spécialistes estiment que cette pandémie aura joué en même temps un rôle de régulateur en « filtrant » les entreprises qui étaient inactives, notamment les startups et micro-entreprises qui peinaient à démarrer. Ce « filtrage » sera ainsi bénéfique pour la nouvelle approche du gouvernement en termes d'encouragement de la création d'entreprises et la diversification de l'économie nationale.

28. Cela dit, l'économie nationale se retrouvera, selon plusieurs observateurs avertis, face à de grandes difficultés, et des mesures urgentes, voire extrêmes parfois vont devoir être prises pour absorber au maximum les ondes de choc de cette double crise qu'a traversé le pays, et dont les conséquences et les séquelles accompagneront l'état et le citoyen pendant une période considérable.⁵

6. Faire face au confinement

Ce premier confinement a modifié les organisations et le quotidien de chacun, créant un stress d'abord aigu puis chronique car il a perturbé durablement nos organisations. Il a bouleversé nos habitudes de travail, nos interactions sociales, nos loisirs etc. Chacun a dû s'adapter à de nouvelles contraintes, ces changements ont pu impacter leur niveau de bien-être de manière durable. Pour nombre de personnes, il a été difficile de s'adapter au confinement, notamment de concilier télétravail, école à la maison et tâches ménagères. Une personne confinée est plus à risque d'ennui, de solitude et d'anxiété. Dans ces circonstances d'isolement, le maintien du lien social paraît essentiel via une communication régulière avec ses proches, collègues, famille et amis. Bien que les réseaux sociaux puissent constituer des modalités de communication accessibles et peu coûteuses, il faut les utiliser avec précaution car ils peuvent également constituer une importante source de stress. Les systèmes de visioconférence se sont largement développés et ont été adoptés par beaucoup de français pour maintenir le lien malgré la distance. Les médecins français se sont également progressivement mis à délivrer des soins en réduisant les risques de contamination grâce à une généralisation des téléconsultations. Le système sanitaire s'est rapidement adapté. Certains

⁵ -[http:// nesa-center. OrgdevPDF Résultats web covid-19 en Algérie](http://nesa-center.org/dev/PDF/Résultats_web_covid-19_en_Algerie) : consulte le 06/06.2021 à 19H

soins ont dû être reportés ce qui a créé un stress supplémentaire durable sur les usagers et les professionnels. Face à la diminution de l'offre de consultations médicales, les ordonnances ont été exceptionnellement autorisées à être renouvelées par les pharmaciens. L'impact psychologique du confinement ainsi que ses conséquences sur la santé mentale augmentent et s'aggravent avec son prolongement. Chez les personnes les plus vulnérables par leurs antécédents (psychologiques mais aussi somatiques) et/ou leurs conditions de vie (logement, situation socio-professionnelle, situation économique...) les répercussions d'une telle épreuve peuvent être sévères. Sur certains facteurs de vulnérabilité la personne concernée n'a pas de prise (taille du logement, espace extérieur, situation socio-professionnelle...), sans oublier la durée du confinement qui a été une source de stress majeure car non connue à l'avance. La personne peut en revanche agir sur des facteurs favorables à son bien-être en choisissant d'investir son temps dans certaines activités comme les échanges sociaux et une activité physique. Une promotion des comportements ayant un impact positif sur le bien-être des populations est cruciale. ⁶

CONCLUSION :

Pendant longtemps les maladies infectieuses n'existaient que par leurs symptômes, et les épidémies étaient subies sans être comprises. Peste, choléra, typhus ou même syphilis, semblaient le fruit de forces divines ou occultes, qui gouvernaient non seulement leur apparition, mais aussi leur évolution vers la guérison ou vers une issue fatale. Il a fallu attendre l'arrivée du microscope, la maîtrise de la fermentation et des milieux de culture, pour que les bactéries apparaissent autrement que comme des fruits de l'imagination.

⁶ FRANCK Nicolas et ZANTE Elodie, « Pratiques en santé mentale » n° 67, vol.1, 2021, p, 12

Conclusion

Apparue en Chine vers la fin de l'année 2019 ; la pandémie de Covid-19 a obligé plusieurs pays parmi lesquels l'Algérie à entrer en confinement afin de diminuer la propagation du virus et éviter les contaminations. Le cas des étudiants étrangers confinés dans leurs résidences a attiré notre attention ; plus précisément la résidence 17 octobre 1961 dans laquelle nous avons amené notre enquête afin de trouver les réponses à nos hypothèses.

Suite aux résultats et données recueillies dans les recherches que nous avons menées sur la prise en charge socio-médicale des étudiants étrangers résidents 0 la cité universitaire 17 octobre de 1961 (Bejaia) pendant la pandémie du Covid-19, nous pouvons conclure que la pandémie du coronavirus a impacté la vie de ces étudiants.

Notre enquête auprès des étudiants étrangers de la cité universitaire nous a permis de constater les conditions pénibles qui altèrent leur santé et leur bien-être avant et pendant la crise sanitaire de Covid-19.

A part le côté restauration qui a été respecté car les étudiants ont été approvisionnés à peu près chaque semaine, il y a eu beaucoup de plaintes de la part de nos enquêtés. Leurs conditions de vie précaires sont beaucoup plus marquées par le non-respect de l'hygiène au sein de la résidence car les conditions n'étaient pas comme il se devait. A cela s'ajoute aussi le manque de moyen de prévention contre la pandémie du covid 19.

Toutefois, les étudiants disent avoir été en sécurité au sein de la résidence grâce aux agents de sécurité, bien qu'ils avaient du mal à sortir pour faire des courses ou parfois même pour acheter ce qui leur était nécessaires. Ces derniers ont aussi et surtout mentionné des problèmes financiers dus à la cherté de vie pendant la pandémie

Nous avons pris connaissance de la réalité et de la souffrance qu'endurent ces étudiants qui vivent si loin de chez eux, de leurs parents, de leurs amis. Ils ont dû abandonner leurs habitudes, et laisser beaucoup de choses derrière eux pour la recherche des connaissances et accomplir leur rêve. Ces personnes vulnérables, méritent tout ce qu'il y a de mieux pour se sentir plus à l'aise afin aussi d'oublier ce sentiment de ne pas sentir chez soi. Mais ce n'est malheureusement pas le cas, il y a toujours cette inégalité de race, de couleur, de nationalité, de religion...

L'épidémie a mis en exergue un grand nombre d'inégalités qui étaient déjà présentes au sein de notre résidence universitaire face aux étudiants étrangers qui y résident. Ces étudiants ont vu leur situation s'aggraver pendant cette période de la crise sanitaire. En effet, ce sont des populations qui, souvent, n'ont pas les moyens sociaux, financiers pour se protéger, se soigner ni même pour limiter les répercussions de la maladie.

Chapitre IV

Etudiants étrangers et mal-être social pendant la période de confinement

CHAPITRE IV : Etudiants étrangers et mal- être social pendant la période de confinement

Introduction

Dans ce chapitre on va essayer d'inclure les discours de nos enquêtés qui sont les étudiants étrangers résidant à la cité universitaire 17 d'octobre pour pouvoir connaître l'implore de ces étudiants pendant la période de confinement et ainsi voir si c'est possible d'améliorer leurs conditions de vie au sein de la résidence.

A ce sujet, nous avons effectué quelques entretiens avec une catégorie d'étudiants qui sont résidents à la cité universitaire 17 d'octobre. Cet entretien nous a permis de collecter des données sur leur vie personnelle ainsi que leur vécu au sein de la résidence, ce qui nous a permis d'avoir une vision générale sur les conditions dans lesquelles ils vivent.

1. Confinement et répercussions socio psychologiques

Nous allons commencer par expliquer le ressenti des enquêtés par rapport au fait qu'ils soient confinés pour la première fois. D'après les réponses obtenues nous avons constaté que la plupart ont mal vécu cette expérience, vu que c'est une nouvelle pandémie inédite pour non seulement la population mondiale, mais surtout pour des étudiants résidants dans un pays étranger, qui se trouvent loin de chez eux et de leurs familles. D'après l'une des enquêtés « *Ça fait du mal, parce que ça été la première fois que j'ai vécu cette expérience* ». [Etudiante en L3, Bissau G, 26ans, E1]. Une autre a rajouté « *Je l'ai trouvé étrange, car c'est la première que je dois sortir avec une bavette* ». [Etudiante en L2, Bissau G, 22ans, E2]. D'autres ont utilisé des concepts comme : « *C'était angoissant* ». [Etudiante en M2, Nigérienne, 26ans, E7]. « *Ça fait peur car j'ai n'avais jamais été confiné* » [Etudiante en M1, Mozambicaine, 23ans, E14]. « *C'était ennuyant de rester au même endroit* ». [Etudiante en M1, Ghanéenne, 25ans, E9]. « *Mal, j'étais très triste et stressée* », [Etudiante en L3, Bissau G, 26ans E12]. « *C'était terrible ou début, mais avec le temps on s'est habitué* ». [Etudiante en M2, Angolaise, 24ans, E13] :

En effet, ces difficultés sont non seulement liées à ce phénomène inconnu, mais aussi au fait d'être coincé dans un seul endroit, privé de nos habitudes et des « *petites choses de la vie quotidienne redécouvertes à la suite de ce ralentissement imposé* »¹.

¹MARQUIS Nicolas, « *Faire face à la Covid : vivre, survivre ou Sur-vivre* », *La revue Nouvelle*, Vol.7, n°7, 2020, p. 6.

CHAPITRE IV : Etudiants étrangers et mal- être social pendant la période de confinement

2. Le vécu des étudiants pendant le confinement

Pendant le confinement chaque étudiant étranger de la résidence du 17 octobre à vécu différemment cette période. Bien évidemment la plupart l'ont mal vécu, cela a même perturbé le rythme de vie de certains. C'est le cas de cette étudiante « *Pour ma part, je ne fais que dormir pendant la journée, et je fais mes tâches ménagères la nuit* ». [Etudiante en M1, Zimbabwéenne, 25ans, E6]. Cela explique que même leur rythme biologique (sommeil) s'est trouvé touché. « *Le plus dure c'était de ne pas pouvoir sortir, et faire des courses comme d'habitude* ». [Etudiante en M2, Malienne, 24ans E8]. L'enquêté « *Franchement c'était compliqué, le fait que cela m'a privé de voir mes amis qui sont d'ailleurs la seule famille dans ce pays* ». [Etudiant en M1, Mozambicain, 23ans, E5]. Ceci va dans le même sens que l'article théorique de Delphine Sence, qui traite la question du lien social en temps du Covid19². Néanmoins, certains tentent de positiver cette situation en témoignant que le confinement leur a permis de se rapprocher avec d'autres étudiants, notamment ceux avec qui ils résident. De plus, par le biais d'internet et de téléphone, le confinement leur a permis d'avoir plus de temps à appeler leur famille, contrairement à la période d'avant la pandémie où ils étaient plus préoccupés par leur étude et leur vie à l'étranger.

3. Assistance médicale à la résidence du 17 octobre « Bejaia »

Un médecin, on en a toujours besoins quel que soit l'état ou lieu où l'on se trouve, pour soulager nos douleurs ainsi que nos blessures. Le manque de personnel médical face à la crise a mis aussi en danger la vie des autres et surtout dans une résidence ; ou quel que soit le lieu où réside des nombreux personnes (individus) il faut toujours avoir des médecins en cas de besoin ou d'urgence. A ces sujet ; nos enquêtés ont répondu tous la même réponse, « *Il n'y avait aucune assistance pendant cette période* » [Etudiante en M2, Nigérienne, 26ans, E7]. Et l'autre enquêté a complété aussi « *y avait que nous et les agents de sécurité à la résidence* » [Etudiante en L3, Bissau G, 23 ans E6]. Dans une communauté ou dans une résidence universitaire où réside plus de 50 personnes sans aucun médecin en cas d'urgence, c'est une situation pénible pour ceux qui vivent dans cet état et surtout pendant la période de pandémie.

² SENCE Delphine, « *Soigner le lien social en temps de Covid19* », Psychotropes, n°2-3, vol. 26, 2020, p. 65.

CHAPITRE IV : Etudiants étrangers et mal- être social pendant la période de confinement

4. Contamination par Covid

Le mot simple c'est **la panique**, si l'un de nos proche ou collègue de chambre était atteint par ce virus ce ne serait pas bon à voir, témoigne cette « *Si l'un d'entre nous avait été contaminé, j'allais, mourir de peur et j'allais aussi penser que peut être j'étais contaminé parce qu'on était proche* » [Etudiante en L3, Bissau G, 23ans E6]. Et l'autre disait ceci : « *j'ai été désespéré, car peut être je suis contaminé aussi* ». [Etudiante en M 1, Mozambicaine, 23 ans E14]. Une autre encore dit, « *je limiterais le contact et j'effectuerais le test de Covid* », [Etudiante en M2, Angolaise, 24ans, E13]. L'enquêté « *Plaine d'inquiétude et de stress* ». [Etudiante en L3, Bissau G, 27ans E12]. L'autre a complété aussi « *avec la panique* ». [Etudiante en M1, Mozambicaine, 25 ans, E11]. La panique est une chose horrible qui peut arriver à n'importe quelle personne dans une situation comme celle de contamination d'un proche. On ne voit pas le bien sauf le mal. Ceci va dans le même sens selon NAY BERNARD Sylvie, « *Quel stress, voire quel traumatisme avons-nous collectivement vécu sans que cela ne soit pris en compte* ». ³

5. Développement des maladies pendant le confinement

La santé est un sentiment de bien-être pour tous, alors la propagation de cette pandémie voir développer des maladies surtout pendant la période de la crise sanitaire a paralysé tous les systèmes dans le monde y compris le système de soin. A ce sujet, la plupart de nos enquêtés ont répondu presque tous de la même façon. Pour certains, ils n'ont développé aucune maladie pendant le confinement, d'autres ont eu quelques malaises. « *Pas vraiment juste quelques migraines* » [Etudiante en M2, Nigérienne, 26 ans, E7]. Et une autre a dit aussi, « *Non j'étais en pleine santé* » [Etudiante en M2, Angolaise, 24ans E13].

A ce sujet ; la majorité de nos enquêtés n'ont développé aucune maladie pendant cette période de confinement. Etre en bonne santé signifie beaucoup de choses, et surtout pour les personnes vulnérables.

³ NAY-BERNARD Sylvie, *Le Cinquième I de la vie, Revue Actualités En Analyse Transactionnelle* n°172, vol. 4, 2020, p. 72

CHAPITRE IV : Etudiants étrangers et mal- être social pendant la période de confinement

Selon EUSTACHE Francis, DESGRANDES Beatrice et VIADER Fausto, « *La pandémie mondiale de Covid 19 à laquelle nous assistons et les diverses mesures de confinement qui s'ensuivent ont, au-delà des patients directement concernés et des familles endeuillées ou confrontées à la maladie d'un proche, des effets sur la vie personnelle et sociale de chacun de nous et plus encore sur celle des personnes fragiles, isolées et malades* ». ⁴

6. La vie sociale pendant le confinement

Le confinement a changé le vécu de chacun d'entre nous, soit en bon, soit en mauvais. D'après les informations recueillies auprès de nos enquêtés, la plupart ont répondu que le confinement a changé leur vie quotidienne, selon l'enquêtée « *Oui il a changé notre vie sociale parce qu'on a vécu ce moment tous ensemble et plus proche* », [Etudiante en M1, Mozambicaine, 28ans, E4]. Une autre a complété: « *Oui ça a changé notre vie sociale on s'est plus rapproché les uns des autres. On jouait des matchs filles contre garçons. On se mélangeait avec d'autres nationalités et on n'était pas comme ça avant la période de confinement* ». [Etudiante en L2, Bissau G, 21ans E2]. « *Oui ça a changé le mode de vie, parce que je ne pouvais pas sortir comme je veux* ». L' [Etudiante en L3, Bissau G, 26 ans E1].

Le confinement a changé la pratique habituelle de chacun des étudiants. Il semble que beaucoup d'entre eux n'étaient pas très proches avant le covid, mais le fait d'être toujours ensemble sans rien faire pendant tout le temps qu'a duré le confinement les a rapprochés les uns des autres. Ils passaient du temps ensemble à jouer alors que le confinement était censé garder les gens loin les uns des autres.

Ceci dit ; selon JONCHERY Anne ET LOMBARDO Philippe, « *Le rapport à la culture a aussi été modifié : le confinement a limité l'accès à des nombreux biens culturels ; physiques (fermeture des librairies, des disquaires, etc.) et supprimer l'accès à la culture de sortie (musées, théâtres, cinémas, concerts etc.)* ». ⁵

⁴EUSTACHE Francis, DESGRANDES Beatrice, VIADER Fausto, *Un numéro rédigé pendant le confinement, Revue De Neuropsychologie* n°2, vol. 12, 2020, p, 107

⁵JONCHERY Anne, LOMBARDO Philippe, *Pratiques culturelles en temps de confinement, Revue Culture Etudes*, n° vol. 6, 2020, p, 3

CHAPITRE IV : Etudiants étrangers et mal- être social pendant la période de confinement

Celui-ci nous éclaircit sur les effets du confinement sur la vie quotidienne des individus, et nous explique comment ce dernier a limité les activités.

7. La distanciation sociale

Dans cette partie ; les enquêtés ont tous de réponses semblables *«J'ai vécu avec deux autres personnes dans la chambre »*.: [Etudiante en M1 Mozambicaine 23ans E14]. Ayant fait partie du groupe, nous avons remarqué qu'il n'y avait aucune distanciation sociale entre les étudiants pendant la période de la crise sanitaire. Selon certain auteur ; PLEYER Geoffrey, *«En cette période ou la distanciation a souvent eu pour conséquence l'isolement sociale et le repli sur le milieu familial restreint, les mouvements sociaux et populaires ont montré que leur première force est de tisser des liens sociaux. Sur tous les continents, des mouvements des réseaux citoyens ont mis en place des groupes locaux d'entraide pour aider les voisins à affronter la pandémie et éviter l'isolement social et ses conséquences dramatiques »*.⁶ LA distanciation sociale a eu des effets néfastes sur les liens sociaux entre nos proches et peu cause les problèmes psychologiques.

8. Relations conflictuelles entre les collègues de chambre

Oui ça existe, et on ne peut pas l'éviter, ça fait partie de la vie quotidienne, et en plus pendant cette période de confinement, tout le monde était stressé. Parfois pour un rien, et cela peut avoir des répercussions sur nos collègues de chambres. Dans cette partie, nos enquêtés ont répondu ceci, *« Non ; aucun soucis ni de conflit entre nous »*. [Etudiante en L3, Bissau G, 27ans, E12]. Une étudiante a répondu, *« Nous étions heureuses »*. [Etudiante en M1 Zimbabwéenne, 25ans E6]. Une autre, a complété : *« Non je vis bien avec ma collègue de chambre pendant la période de confinement »*. [Etudiante en M1 Ghanéenne, 25ans, E4]. Quand on est en interaction avec l'un et l'autre surtout entre femmes, il y a toujours des conflits qu'on peut toujours essayer d'éviter mais ça arrive quand bien même. A ce sujet l'auteur, MARC Edmond et PICARD Dominique a dit ceci : *« Vivre ensemble implique une part inévitable de conflit car celui-ci fait partie des formes normales de la relation à l'autre au même titre que la bonne entente, la coopération ou l'évitement. Beaucoup de facteurs y concourant : la divergence d'intérêts,*

⁶PLEYERS Geoffrey, *Entraide et solidarité en temps de pandémie : une actualité internationale, Revue Quel monde associatif demain ?* 2021, p, 93

CHAPITRE IV : Etudiants étrangers et mal- être social pendant la période de confinement

de points de vue ou d'opinions ; la défense identitaire, territoriale ou éthique ; des désirs de pouvoir ou de possession.... Cependant, tout en étant normal et même utile, on a souvent tendance à le fuir car le conflit fait peur ; il génère des effets négatifs : anxiété, colère, violence, peur du rejet ou de la rupture... »⁷

Avoir des conflits est pour ces auteurs quelque chose de normal dans la vie quotidienne et dans la vie en société car chacun a un point de vue différent de celui des autres, chacun a une façon de faire différente de celle des autres et chacun a sa propre éducation familiale.

9. Les aides sociales pendant la période du confinement

La crise liée à la pandémie du Covid19 a causé la rupture de travail et la baisse de l'économie dans le monde ; ceci implique que certains d'entre nous n'ont pas assez de ressources pour tenir bon pendant tout le temps de confinement. Le témoignage de nos enquêtés sont : « *Oui, parce que une fois une femme qu'on ne connaissait pas est venue nous apporter de la nourriture* ». [Etudiante en L2, Bissau G, 21ans E2]. Une autre, a pour sa part dit : « *Non, je n'ai pas reçu d'aide sociale pendant cette période* ». [Etudiante en M1, Ghanéenne, 25ans E4]. Dans cette partie de notre enquête ; la majorité de nos enquêtés ont répondu qu'ils n'ont reçu aucune aide sociale pendant la période de confinement. Etudiants étrangers, loin de chez eux sans travail, sans argent, ni prise en charge par l'Etat ni des ressources pour tenir bon pendant tout le temps de confinement, qui faire sans aide social ? L'aide sociale est pourtant quelque chose qui leur est due.

10. Prise en charge psychologique pendant la période du confinement

La santé mentale est un fait social, et pendant le confinement la majorité souffre de problèmes psychologiques ; soit stress, angoisse, peur, etc. ... Cependant les informations recueillies de la part de nos enquêtés nous ont permis de comprendre qu'il n'y a eu aucune prise en charge psychologique pour les étudiants au sein de la résidence ; certains ignorant même l'existence d'un médecin psychologue dans la résidence 17 Octobre. « *Je n'ai pas été prise en consultation par un psychologue* ». L' [Etudiante en M1, Mozambicaine, 23ans, E14]. Pendant cette période de la pandémie tout le monde est malade même si on n'est pas contaminé par virus mais psychologiquement on est ; soit par le stress ou

⁷ MARC Edmond, PICARD Dominique, *Conflit et la relation, Revue gestalt*, n° 46, vol.1, 2015, p, 129

CHAPITRE IV : Etudiants étrangers et mal- être social pendant la période de confinement

angoisse, ce que nous mène à savoir qui ou long de ce période les étudiantes étrangères résidentes a la cité on aucun accompagnement par un psychologue.

Selon les auteurs LECOQUIERRE Alice, DIARRA Haddia, ABED Nora, DEVOUCHE Emmanuel, et APTER Gisèle, « *Les psychologues accueillent un public en situation de vulnérabilité, en souffrance psychosociale ou en grande précarité, rencontrant des freins pour accéder aux soins psychiques. Les psychologues proposent également des actions de formation, de recherche et d'information pour les professionnels de la santé et de l'action sociale dans le but d'améliorer leur expertise auprès des publics vulnérable* »⁸.

En situation vulnérable, on a besoin de quelqu'un à qui se confier et l'on a peur souvent de le faire avec les gens qui nous entourent. Les psychologues sont alors là pour ça, ils écoutent, ils guident les gens vulnérables, en situation de stress...

Conclusion

À travers les discours rapportés de nos enquêtés ; les conditions de vie au sein de la résidence universitaire 17 octobre pendant le confinement ont eu un impact sur la vie de ces étudiants étrangers. Pour certains ; la condition de vie était pénible : pas de médecin ni de psychologue en cas de besoin et pour d'autres rien a changé tout était comme avant. Cependant ; la DOU a contribué en leur donnant des vivres chaque semaine le long du confinement ; ce qui n'est qu'un devoir d'ailleurs.

⁸LECOQUIERRE Alice, DIARRA Haddia, ABED Nora, DEVOUCHE Emmanuel, APTER Gisèle, *Expérience d'une plateforme d'écoute psychologique multilingue nationale durant le confinement du a la Covid-19*, Revue *L'information psychologique*, n° 8-9, vol. 96, 2020, p, 675

Chapitre V



Le Covid 19 et la précarisation des conditions de vie des étudiants étrangers

Introduction

Dans ce chapitre, nous allons expliquer les conséquences de la vie précaire au sein de la résidence 17 d'octobre. Parvenir à se situer sur cette base dans la relation à l'autre en situation de précarité est évidemment difficile. Le terme précarité est accompagné ; d'une situation qui rompt le lien qui se fragilise où se détruit.

1- Les conditions de vie au sein de la résidence 17d'octobre

D'après les informations recueillies, la plupart des étudiants étrangers reconnaissent l'existence de conditions de vies précaires au sein de la résidence universitaire 17 octobre. Ils témoignent également de l'impact négatif que ce dernier peut avoir sur leur vie quotidienne. « *La situation de notre résidence pendant le confinement n'était pas bonne malheureusement, il y avait un manque de ménage* ». [Etudiante en M1, Mozambicaine, 28ans E4] : La deuxième a dit quant à elle : « *Rien d'anormal par rapport à ce que nous sommes habitués* ». [Etudiante en M2, Angolaise, 24ans, E13]. Une autre ; a aussi souligné que : « *La condition de vie à la résidence a été précaire* ». [Etudiante en L3, Bissau G, 26ans, E1]. Pour finir une autre ; a complété que : « *Pendant le confinement la condition de vie de la résidence 17d'octobre était si mauvaise ; on vivait dans la boue et ainsi de suite* ». [Etudiante en L3, Bissau G, 25ans, E18].

Même les animaux méritent un environnement sain favorable pour leur bien-être ; les êtres humains ont besoin d'un milieu favorable ou ils peuvent se sentir à l'aise. Ces étudiants vivent dans des conditions déplorables, qui ne leur facilitent pas les choses, pourtant pour étudier ; se concentrer, avancer...l'on a besoin de se sentir bien, l'on a besoin d'avoir une tête posée.

D'après LE MOIGNE Philippe « *Si on devait qualifier l'objet travaille par les études de la qualité de vie, sans doute faudrait-il mobiliser moins une sociologue de la santé qu'une sociologie des idéaux, des aspirations, de la satisfaction ou, à l'inverse, de l'échec, du malheur ou de l'affliction, bref, une sociologie qui fasse le départ entre les fins visées par les acteurs et leurs conditions d'existence.*¹Le Moigne nous montre ici que ce sont les sociologues de la santé qui connaissent mieux les environnements sains pour une bonne santé de tous.

¹LE MOIGNE Philippe La qualité de vie : *une notion utile aux sciences sociales* ? Revue Commentaire dans Science sociales et la santé, n°3, vol.28, 2010, p, 77.

2. Hygiène de vie au sein de la résidence 17 octobre Bejaia

L'hygiène de vie est un facteur très important dans la vie quotidienne de chacun d'entre nous ; pour notre propre bien être. Dans cette partie ; nos enquêtés ont répondu que pendant cette période de la crise sanitaire du Covid 19 l'hygiène n'a pas été respectée au sein de la résidence universitaire 17 d'octobre. Cet enquêté déclare, « *Il n'a pas été respecté, nous avons dû nettoyer la cité nous-même* ». [Etudiante en M1, Mozambicaine, E14]. Une autre a répondu aussi: « *Un peu, pas vraiment, pas comme il le fallait* ». [Etudiante en L3, Bissau G, E18]. Cette dernière a complété aussi « *Non, parce que Il n'y avait ni personne, pas de travailleurs ni de femmes de ménage, mais nous qui étions dans la résidence faisons le ménage et nous essayions de respecter le maximum pour notre bien-être* ». [Etudiante en L2, Bissau G, 21ans, E2]. L'hygiène est un facteur crucial dans la santé publique pour améliorer la santé de tous. Cependant ; les réponses de nos enquêtés nous font savoir que les conditions d'hygiènes à la résidence ne sont pas comme il se doit.

Selon DE FORGES Jean-Michel « *Le vocabulaire n'étant pas parfaitement fixe à cet égard, il faut préciser que l'hygiène publique est entendue ici comme la politique ayant pour objet de lutter contre les facteurs d'apparition et de propagation de maladies humaine.*

*C'est à peu près ce que l'OMS appelle la « prévention primaire » (dans le chapitre suivant, on réservera le terme de « prévention » aux actions de dépistage et de traitement précoce portant sur les maladies et les personnes elle-même, que l'OMS appelle «prévention secondaire »).*²

3. L'accès à l'extérieur de la résidence

Confinement est égal à privation de sortie, limitation de nos habitudes quotidiennes, rester coincé entre le mur et être privé de tout droit dont un être humain peut avoir besoin. « *On n'a pas eu l'accès facile à l'extérieur pour nos achats au début de confinement, mais après c'est devenu un peu plus facile à sortir* ». [Etudiante en L3, Bissau G, 26ans, E1]. Et a répondu : « *Non, il y avait des moments où nous ne pouvions même pas quitter la résidence* ». [Etudiante en L2, Bissau G, 21ans, E2]. Une, a aussi dit : « *Non, c'était une chose difficile à faire, et surtout avec la fermeture de la résidence et des magasins* » [Etudiante en M2, Mozambicaine, 28ans, E4]. En ce que concerne ce concept, nos enquêtés ont répondu qu'ils ont eu du mal à sortir pour leurs achats pendant cette période de confinement. Coincé entre les murs sans

²DE FORGES Jean-Michel *L'hygiène publique*, Revue *Le droit de la santé*, 2012, p, 81.

savoir quoi faire de leur temps, privés de leurs habitudes, des leurs activités quotidiennes... que faire ??? D'après JONCHERY Anne et LOMBARDO Philippe »*La période de confinement en restreignant l'accès à l'extérieur et en contraignant l'essentiel de loisirs au à domicile, a modifié les rapports à la culture des individus, notamment dans la dimension active de celle-ci. En effet, cette période fut propice à un (ré) investissement des pratiques en amateur, comme le montre la comparaison des taux de pratiques avec ceux, la musique et la dance, les arts graphiques etc....* »³

4. L'avis des étudiants étrangers sur les mesures sanitaires à instaurer pour leur bien-être

L'OMS a défini la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. À ce sujet pour assurer leur bien-être voyons ce que les enquêtés ont répondu. « *Pour assurer notre bien-être au sein de la résidence pendant cette période, des mesures comme l'assistance socio-médicale, maintien de l'hygiène auraient contribué à alléger la situation* ». [Etudiante en M2, Nigérienne, 26ans E7]. « *Ils peuvent distribuer gratuitement des bavettes et des désinfectants pour les mains à la résidence, et s'assurer également que la cité est toujours propre et fumigée pour éviter le Covid au sein de la résidence* ». [Etudiante en M1, Ghanéenne, 25ans, E9]. Selon: « *L'hygiène est cruciale donc ils devraient faire venir les femmes de ménages de temps en temps pour nettoyer et enlever les poubelles* ». [Etudiante en L3, Bissau G, 26ans, E1]. Une autre a pour sa part dit : « *L'hygiène de toilette au sein de la résidence, la désinfection des chambres, toilettes et des couloirs* ». [Etudiante en M1, Mozambicaine, 25ans, E11]. A répondu : « *La disposition de tous les matériels nécessaires de protection sanitaire* ». [Etudiant en M2, Mozambicain, 32ans E19]. À travers ces témoignages, nous avons vu que chacun de nos enquêtés à son propre point de vue par rapport à la mesure qui doit être mise à disposition pour leurs bien-être pendant la crise sanitaire. A ce sujet nous avons remarqué qu'à la résidence 17octobre pendant de crise sanitaire du Covid-19, les administrateurs de cette cité n'ont apporté aucune mesure de protection ou de préventions contre le Covid pour les étrangers qui vivent là-bas. L'auteur DEFORGE Jean-Michel a dit ceci » *Le dernier volet qu'on aborder a trait à la part d'utopie sinon d'idéologie qui traverse la pensée de la qualité de vie lorsqu'elle est associée au progrès social. L'idée en est simple : toute amélioration du bien-être*

³JONCHERY Anne, LOMBARDO Philippe, Op, cit. p, 9.

individuel doit concourir, par effet d'agrégation, à l'augmentation du bien-être général ». ⁴

Le bien être individuel est ce qui fait le bienêtre social car c'est tous les individus qui font une société et qui font aussi de cette société ce qu'elle est ou ce qu'elle peut devenir.

5. La sécurité pendant la crise pandémique

En ce qui concerne la sécurité pendant la crise sanitaire, nos enquêtés ont témoigné que pendant cette période ils se sont sentis tous en sécurité. Une d'entre eux, a dit ceci: « *Oui, nous avons eu des gardes de sécurité 24h sur 24h dans la résidence pour nous protéger* ». [Etudiante en L2, Bissau G, 21ans, E2]. Une autre, « *Oui toutes nos entrées et sorties étaient surveillées* ». [Etudiante en M2, Nigérienne, 26ans, E7]. C'est une bonne chose de se sentir en sécurité même dans les pires moments de notre vie et surtout loin de chez soi, si l'on se sent en sécurité, il n'y a rien qui puisse nous fracasser. D'après COURMONT Barthélemy : « *En même temps, et en opposition avec la traditionnelle sécurité nationale, le programme de Nations Unies pour le développement (PNUD) a donné en 1994 une définition de la sécurité humaine, qui signifie* » *premièrement la sécurité face à des problèmes chroniques telles que la fin, la maladie ou la répression* ». ⁵

Pour COURMONT, la sécurité face aux problèmes chroniques et face aussi à des maladies comme le covid 19 signifie la sécurité humaine.

6. Problèmes financiers durant la période de confinement

Dans la vie chacun d'entre nous a sa propre société. Par rapport à leurs familles, leurs pays et leurs moyens, ici chacun d'entre nous vit d'une façon différente. Que ce soit par rapport à ses propres moyens ou aux bourses etc....

L'enquêté, nous dit ceci par rapport aux problèmes financiers durant la période de confinement : « *Heureusement non, je n'ai pas eu de problème financier* ». [Etudiante en L3, Bissau G, 26ans, E1]. Une autre, a pour sa part répondu : « *je n'ai aucun problème financier* ». [Etudiante en M1, Mozambicaine, 23ans, E14]. Les données recueillies de la part de nos enquêtés est que 75 % disent ne pas avoir eu de problème d'ordre financier pendant cette période. Pourtant dans l'une de nos lectures, nous avons rencontré ce

⁴ De FORGES Jean-Michel, Op, cit. p, 90.

⁵ COURMONT Barthélemy « *Nous sommes en guerre* » : Vulnérabilité et sécuritisation face au coronavirus, n° 118, vol.2, 2020, p, 34.

passage : Selon ROGOT Xavier, » *Cette analyse des inégalités s'est étendue à l'ensemble de la population. À partir des données de l'Enquête Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS) et budget de familles de l'Insee ainsi que des données disponibles de la comptabilité nationale, il a été proposé une estimation à la fois des baisses de revenus enregistrées par les ménages mais aussi de la consommation empêchée pour les ménages, par descellé de niveaux de vie* ». ⁶

Le cout de vie a augmenté pendant la période du covid et celui du confinement ; il y a eu une hausse de prix de plusieurs choses et la cherté de vie a été remarquée un peu partout car l'économie de plusieurs pays a connu une baisse remarquable.

7. Prise en charge sociale : Restauration, bourse

Du côté de la restauration, les enquêtés sont satisfaits. Car bien que le restaurant de la résidence 17 Octobre fut fermé ; la Dou donnait, comme nous l'avons dit ci-haut ; des vivres chaque semaine. Ce qui, néanmoins, permettait aux résidents de se nourrir. Toutefois, dans le cas de paiement de bourse, 100% de nos enquêtés ont répondu ceci : « *On a rien reçu comme bourse tout au long de cette période et pour la restauration on recevait quelques provisions* ». [Etudiante en M2, Nigérienne, 26ans, E7]. « *Oui, la Dou nous a donné des provisions avec les produits de base, mais pas le paiement de bourse* ». L' [Etudiante en L3, Bissau G, 26ans, E1] a répondu ceci : Une autre, a complété que : « *Oui, pour la restauration j'ai été prise en charge durant le confinement, mais dans le cadre de bourse non* ». [Etudiante en M1, Ghanéenne, 25ans, E9]. A travers ces réponses nous avons remarqué que nos enquêtés ont blâmé le service boursier durant cette période de la crise sanitaire. Etudiants étrangers loin de chez eux sans travail, sans l'argent, sans protection ni prise en charge par l'Etat. Selon RAIMONDEAU Jacques, « *Vouée à couvrir les individus contre les risque de l'existence humaine, la protection sociale concourt à la sante publique. Elle assume la prise en charge collective et solidaire de la conséquence financière et de la maladie, de l'accident, des premiers signes de la vie jusqu'à la mort* ». ⁷

⁶ROGOT Xavier, *La crise de la Covid-19 changera-t-elle notre façon de faire de l'économie ? Analyses et prévisions économiques par temps de crise*, Revue de l'office, n°166, vol. 2, 2020, p, 15.

⁷RAIMONDEAU Jacques, *La protection sociale*, Revue l'épreuve de santé publique, 2018, p, 99

8. Moyens de protection contre la Covid 19

Tout le monde a besoin de protection, et de se sentir protégé dans n'importe quelle situation, et surtout avec la crise sanitaire de la pandémie du Covid-19. A ce sujet, nos enquêtés les étudiants résidants à la cité universitaire 17 octobre, ont répondu que pendant cette période y avait aucun moyen de protection contre la Covid. Une étudiante ; nous dit ceci : « *A part de l'eau stérilisée, il n'y avait aucun moyen de protection* ». [Etudiante en M2, Nigérienne, 26ans, E7]. La deuxième a répondu à son tour : « *Non, nous n'avons aucun moyen de protection dans la cité* ». [Etudiante en M1, Mozambicaine, 23ans, E14]. Une résidence universitaire sans protection contre le virus plus mortier dans le monde, la défiance totale contre la sante publique. D'après DUILLAS-CAVAN Kevin et GAY Renaude : « *Bien que son rapport à la sécurité rappelle les politiques de gestion de l'urgence sanitaire, le confinement de la population n'est pas une solution prévue par les outils de préparation aux risques de pandémiques, aux premiers rangs desquels se trouvent les plants nationaux de lutte contre une pandémie grippale* ». ⁸DUILLAS nous montre ici que le confinement de la population n'est pas une solution ni un outil nécessaire pour protéger contre les risques pandémiques dans lesquels peuvent se trouver les personnes vulnérables.

Conclusion

Dans ce dernier chapitre, nous avons exposé et expliqué les témoignages de nos enquêtés. Nous pouvons déduire de ces réponses, que la condition de vie des étudiants étrangers résidants à la cité 17 octobre est précaire. Cela a bien évidemment un impact sur le bien-être de ces derniers, suite à la pandémie du Covid-19,

Vérifications des hypothèses :

A l'issue de notre enquête effectuée sur « la prise en charge socio-médicale des étudiantes étrangères résidentes a la cite universitaire 17 d'octobre pendant la pandémie du Covid-19 », et après les étapes de collecte des données et recueil des informations auprès de notre population d'étude et la phase d'analyse et d'interprétation de nos données, arrive la phase de la vérification de nos hypothèses.

⁸GUILLAS-CAVAN Kevin, GAY Renaude, La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les Etats : *recettes communes et logiques nationales, chronique internationale de l'iris*, n°171, vol.3, 2020, p, 20.

Première hypothèse : « Les étudiants étrangers résidants la cité du 17octobre (Bejaia) ont vécu un mal-être social pendant la période de confinement ».

Au cours de notre recherche, nous avons constaté que la majorité de nos enquêté se plaignent de leur condition de vie au sein de la résidence universitaire pendant le confinement. Cela est lié à plusieurs facteurs : l'administration de la résidence, la peur, angoisse, l'ennui, le manque de médecin et de psychologue au sein de la résidence qui s'occuperaient d'eux en cas de besoin.

Les étudiants au sein de la résidence universitaire du 17 octobre sont confrontés aux différents risques tels que les risques liés à l'organisation et l'environnement de la cité, risque de tomber malade et de ne pas être soigné à temps, risque d'avoir de problème psychologique sans savoir quoi faire, manque d'informations sur la situation du Covid... ERNST Caroline à souligné que, « *Le mal-être peut traduire un réel désir de changement tant au niveau de l'environnement que de soi-même. L'individu met en doute ce qu'il est. Ses relations avec les autres le font souffrir. Le mal-être est objet de stress, de souffrances psychologiques et psychiques pouvant conduire à des troubles du comportement* ». ⁹

Selon ces résultats, nous pouvons dire que notre hypothèse « Les étudiants étrangers résidants la cité 17octobre Bejaia vivent un mal-être social pendant la période de confinement » est confirmée.

⁹ERNST Caroline, MURAT Caroline, POTTIER Aurélie, VASSEUR Marion, *Mal-être, révélateur de fragilités*, Revue SPECIFICITES, n°2, vol.1, 2009, p, 34.

Deuxième hypothèse : « Le Covid-19 a précarisé les conditions de vie des étudiants étrangers résidants a la cite universitaire 17octobre (Bejaia) »

Dans cette hypothèse, il s'agit de savoir réellement les répercussions de la précarité de conditions de vie de ces étudiants étrangers résidants a la cite universitaire qui influe négativement sur la sante de ces étudiants.

La majorité de nos enquêtés se plaignent de la précarité de la condition de vie durant la période de la crise sanitaire qui a eus conséquences néfastes sur leurs santés. Notre enquête à prouver quels étudiants étrangers résidants la cite universitaire du 17 octobre n'ont pas accès à la protection, pas de médecin dans la résidence, pas de psychologue ni de protection contre le Covid pendant cette période de confinement, ils étaient tout seuls ;laissés à la merci de Dieu. Comme explique ici FRANCOISE DEQUIRE-Anne, « *Même si les conditions de vie des étudiants paraissent dans la majorité des cas acceptables, beaucoup d'étudiants se trouvent dans des situations de précarité. La précarité peut être définie comme » l'absence d'une ou plusieurs sources de sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'Insécurité qui en résulte peut être plus ou moins graves et définitives ».*¹⁰

Vu les réponses obtenues et les déclarations de nos enquêtés, nous pouvons dire que notre hypothèse « Le Covid-19 a précarisé les conditions de vie des étudiants étrangers résidants a la cite du 17octobre (Bejaia) » est confirmée.

¹⁰DEQUIRE Françoise-Anne, *Le monde des étudiants : entre précarité et souffrance*, Revue, Pensée Plurielle, n°14, vol.1, 2007, p, 96.

Conclusion :

Compte tenu des résultats et des informations obtenues tout au long de notre recherche sur le thème « la prise en charge socio-médicale des étudiants étrangers résidants la cite universitaire 17 octobre a (Bejaia) pendant la pandémie du Covid-19 », nous avons confirmé que les conditions dans lesquelles les étudiants vivaient pendant la crise sanitaire n'était pas comme elles auraient dû être.

Il y a eu plusieurs facteurs tels que le manque d'organisation, manque d'hygiène, de médecin, pas de protection sanitaire dans la résidence, pas de distanciation entre les étudiants pendant cette période, aucun moyen de protection contre le virus pour eux...

Enfin c'est une condition pénible qu'ils ont vécue pendant la période de confinement.

Conclusion

Apparue en Chine vers la fin de l'année 2019 ; la pandémie de Covid-19 a obligé plusieurs pays parmi lesquels l'Algérie à entrer en confinement afin de diminuer la propagation du virus et éviter les contaminations. Le cas des étudiants étrangers confinés dans leurs résidences a attiré notre attention ; plus précisément la résidence 17 octobre 1961 dans laquelle nous avons amené notre enquête afin de trouver les réponses à nos hypothèses.

Suite aux résultats et données recueillies dans les recherches que nous avons menées sur la prise en charge socio-médicale des étudiants étrangers résidents à la cité universitaire 17 octobre de 1961 (Bejaia) pendant la pandémie du Covid-19, nous pouvons conclure que la pandémie du coronavirus a impacté la vie de ces étudiants.

Notre enquête auprès des étudiants étrangers de la cité universitaire nous a permis de constater les conditions pénibles qui altèrent leur santé et leur bien-être avant et pendant la crise sanitaire de Covid-19.

À part le côté restauration qui a été respecté car les étudiants ont été approvisionnés à peu près chaque semaine, il y a eu beaucoup de plaintes de la part de nos enquêtés. Leurs conditions de vie précaires sont beaucoup plus marquées par le non-respect de l'hygiène au sein de la résidence car les conditions n'étaient pas comme il se devait. À cela s'ajoute aussi le manque de moyen de prévention contre la pandémie du Covid-19.

Toutefois, les étudiants disent avoir été en sécurité au sein de la résidence grâce aux agents de sécurité, bien qu'ils avaient du mal à sortir pour faire des courses ou parfois même pour acheter ce qui leur était nécessaires. Ces derniers ont aussi et surtout mentionné des problèmes financiers dus à la cherté de vie pendant la pandémie.

Nous avons pris connaissance de la réalité et de la souffrance qu'endurent ces étudiants qui vivent si loin de chez eux, de leurs parents, de leurs amis. Ils ont dû abandonner leurs habitudes, et laisser beaucoup de choses derrière eux pour la recherche des connaissances et accomplir leur rêve. Ces personnes vulnérables, méritent tout ce qu'il y a de mieux pour se sentir plus à l'aise afin aussi d'oublier ce sentiment de ne pas sentir chez soi. Mais ce n'est malheureusement pas le cas, il y a toujours cette inégalité de race, de couleur, de nationalité, de religion...

L'épidémie a mis en exergue un grand nombre d'inégalités qui étaient déjà présentes au sein de notre résidence universitaire face aux étudiants étrangers qui y résident. Ces étudiants ont vu leur situation s'aggraver pendant cette période de la crise sanitaire. En effet, ce sont des populations qui, souvent, n'ont pas les moyens sociaux, financiers pour se protéger, se soigner ni même pour limiter les répercussions de la maladie.

➤ **Liste bibliographique**

- BLACHET Alain et GOTMAN Anne, *L'enquête est ses méthodes* « entretien » 2eme édition, Ed Armand Colin, Paris, 2007, p, 57.
- BRIXI O. Santé et migration. In J Lebas, P. Chauvin. *Précarité et Santé*, Paris, Flammarion Médecine-Science, 1998, p, 230.
- CHEVALIER Jean, *Administration de l'entreprise*, Dunod, Paris, 1992, p, 168.
- COURMONT Barthélemy « *Nous sommes en guerre* » : *Vulnérabilité et Sécuritisation face au coronavirus*, n°118, vol.2, 2020, p, 34.
- DE FORGE Jean-Michel, *L'hygiène Publique*, Revue le Droit de la Santé, 2012, p, 81.
- DELFRASSY JF et al. Migrants/Etranger et VIH. In : *prise en charge des personnes infecte par le VIH* Recommandation du groupe d'expert. Rapport 2002. Paris, Flammarion, Médecine-Science 2002, p, 404.
- DURKHEIM Emile, «*Représentations individuelles et représentations collectives* », Revue de métaphysique et de moral, tome VI mai 1898.
- ERNST Caroline, MURAT Caroline, POTTIER Aurèlie, VASSEUR Marion, *Mal-être, révélateur de fragilité*, Revue SPECIFICITES, n°2, vol. 28, p, 34.
- EUSTACHE Francis, DESGRANDES Beatrice, VIADER Fausto, *Un numéro rédigé pendant le confinement*, Revue de Neuropsychologie, n°2, vol. 12, p, 107.
- FRANCOIS DEQUIRE-Anne, *Le Mondes des Etudiants : Entre Précarité et Souffrance*, Revue, Pensée Plurielle, n°14, vol. 1, 2007, p, 96.
- GUILLAS-CAVANI Kevin, GAY Renaude, *La Gestion Sanitaire de L'épidémie du Covid-19 par les Etat : Recettes Communes et logiques Nationales*, Chronique Internationale de L'iris, n°171, vol. 3, 2020, p, 20.
- GUIDERE Mathieu, *Méthodologie de la recherche*, Edition Ellipses, Paris, p, 4.
- GOFFMAN E, *Stigma : Notes on the Managment of Spoiled identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ 1963, (traduction française : Stigmates.)
- GROUPE Protection Sociale Du GISTI. *L'accès au Soins des Etrangers : Débats et Evolutions du Droit Hommes et Migrations*, 2000, p, 1225.
- JAVEAU Claude, *L'enquête par questionnaire : Manuel à l'usage du praticien* 3eme Edition de l'université de Bruxelles, Bruxelles, 1985, p, 43.
- JONCHERY Anne et LOMBARDO Philippe, *Pratiques Culturelle en temps de confinement*, Revue Culture Etudes, n°5, vol. 6, 2020, p, 3.
- LECOQUIERRE Alice, DIARRA Haddia, ABED Nora, DEVOUCHE Emmanuel, APTER Gisèle, *Expérience d'une Plateforme D'écoute Psychologique*

*Multilingue*Nationale durant le confinement du Covid-19, Revue L'information Psychologique, n°8-9, vol. 96, 2020 P, 675.

- LE MOIGNE Philippe, *La qualité de vie : Une notion utile aux sciences sociales ?* Revue commentaire dans science sociales et la santé, n°3, vol.28, 2010, p, 77.
- LEXIQUE de la Sociologie, 3 e Edition, Dalloz, Paris, 2010, p, 207.
- MARQUIS Nicolas » *Faire face à la Covid : Vivre, Survivre ou sur-vivre* », la Leveu Nouvelle, n°7, vol.7, 2020, p, 6.
- MARC Edmond et PICARD Dominique, *Conflit et la Relation*, Revue Gestalt, n°46, vol. 1, 2015, P, 129.
- NAY-BERNARD Sylvie, *Le Cinquième de la vie*, Revue Actualité En Analyse Transactionnelle, n°172, vol. 4, 2020, p, 72.
- OFFICE Des Migration Internationales (OMI), *la Santé des Primo-Migrants*, Rapport 2001.
- PLEYERS Geoffrey, *Entraide et Solidarité en temps de pandémie : Une actualité Internationale*, Revue Quel monde associatif demain ? 2021, p, 93.
- QUEVY Raymonde p, 164
- RAIMONDEAU Jacques, *La Protection Sociale*, Revue L'épreuve de la Santé Publique, 2008, p, 99.
- ROGOT Xavier, *La Crise de la Covid-19 Chantera-t-elle notre façon de l'économie ? Analyse et Préversion économiques par temps de crise*, Revue de L'office, n°166, vol. 2, 2020, p, 15.
- SENCE Delphine, » *Soigne le lien social en temps de Covid-19* », Psychotropes, n°2-3, vol. 26, 2020, p, 65.
- ZAGRA Ambroise, *Méthodologie de recherche en science sociale*, Harmattan, Paris, 2013, p, 73-74.
- **Cite d'internet :**
- GOTTIEB GS, et al. *Centrs for Disease Control. Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among Homosexuel Men New-York City and California. Morbidity and Mortality Wearly Report (MMWWR)*, 1981, 30 p, 305-310.
- Www. » *L'histoire des pandémies* », *Courrier internationale* al, n°1537, 16 au 22 ,2020 p, 30-31.
- DAMON julien, « *Sans-abri et épidémie : que faire ?* » Fondation JEAN Jaurès, 18 Mars 2020.

- Wwww. Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) : *le point à L'ATS E. Lemarie service de pneumologie* INSERM EMI-U 0010, 37044 Tours, cedex, France, Revue des maladies respiratoires n°5-c2, vol. 20, 2003, p, 67.
- ROSEN G. Noah Webster, *Historical épidemiologist. 1758-1843*, Enciclopedia of language et linguistics (second Édition), 2006, p, 540-542.
- MORENS DM, TOUBENBERGER JK. *Pandemic influenza : certain uncertainties.* Revue Med Virol. 2011, p, 21.
- MORENS David, FOLKERS Gregory et FAUCI Anthony, dans un article intitule what is a pandemic ? Et publie dans le journal of infectious Diseases en 2009.

Annexes

Annexe N°1

Dans le cadre de réalisation de mémoire de fin de cycle en vue d'obtention d'un diplôme de Master II en sociologie de la Santé ; nous vous prions de répondre aux questions de cet entretien en toute liberté. Nous vous assurons que les données fournies ne seront pas divulguées et resteront anonymes.

Guide d'entretien :

I. Données personnelles :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Origine sociale :

Niveau d'étude :

Avez-vous déjà été contaminé par Covid ?

II. Mal être sociale :

1. Que ce qui sa fait d'être confiné pour la première fois ?
2. Comment avez-vous vécu la Covid-19 au sein de la résidence 17 octobre ?
3. Avez- vous une assistance médicale au sein de la résidence 17octobre pendant le confinement ?
4. Comment réagissez vous si l'un d'entre vous collègue a été contaminé par Covid ?
5. Avez-vous développé de maladie quelconque pendant le confinement ?
6. A votre vie le confinement a change votre vie sociale entre vous au sein de la résidence si oui et pourquoi ?
7. Vivez- vous tout seul à la chambre pendant le confinement ?
8. Avez- vous eu de soucis ou de conflit avec vos collègues de chambre ?
9. Avez-vous reçu des aides sociales pendant la période de confinement ?
10. Avez-vous été prise en consultation par un psychologue ?

III. Précarisation de condition de vie :

1. Que pensez-vous des conditions de vie de la résidence 17 octobre pendant le confinement ?
2. L'hygiène de vie a-t-elle été respectée pendant ce période de confinement ?
3. Y a-t-il des mesures de distanciation sociale en disposition entre vous ?
4. Est-ce que vous avez l'accès facile à l'extérieur pour vos achats pendant le confinement ?
5. D'après vous quel sont les mesures qui doivent être mises en place au sein de la résidence pour votre bien-être pendant cette période de crise sanitaire ?
6. Avez-vous été en sécurité pendant cette période du Covid ?
7. Avez-vous eu des problèmes d'ordre financier pendant le confinement ?
8. Avez-vous été pris en charge dans le cas de la restauration, paiement de bourse ?
9. Dans le cas où vous avez été atteint par le Covid, une prise en charge médicale a-t-elle été mise à votre disposition ?
10. Y'avait-il des moyens de protection contre le Covid à la résidence ?

Annexe: N°2

Bureau des étudiants étrangers :

A. Profil administratif et technique du bureau :

Le vice rectorat charge des études a mis en place le bureau des étudiants étrangers, qui est organisé, conformément à l'arrêté ministériel relatif à l'organigramme de l'université de Bejaia, en action, relevant du vice rectorat charge des études.

Il est constitué d'un bureau d'accueil des étudiants et d'une salle d'archive pour le classement des dossiers pédagogiques.

B. L'objectif du bureau est :

D'assurer la gestion pédagogique des dossiers de graduation des étudiants étrangers durant tout le parcours universitaire.

Les étudiants étrangers sont orientés vers l'université de Bejaia, par la tutelle munis d'une autorisation d'inscription « décision originale ». Un arrêté interministériel impose aussi, l'établissement d'une équivalence du BAC par la tutelle pour faciliter l'obtention des diplômes.

À la fin des inscriptions, des cartes d'étudiants et des certificats de scolarité sont élaborés par les différentes facultés et remis aux étudiants par le bureau.

Ces listes constituent une base de travail pour la gestion, le suivi et l'analyse des effectifs étudiants étrangers au sein de l'université de Bejaia.

L'actualisation des dossiers pédagogiques : fiche signalétique de l'étudiant, se fait par année d'étude, par filière et par option. D'autres pièces jointes sont introduites dans les dossiers tel que : changement de filière, les réorientés, fiches d'orientation et d'engagements pour les triplans.

Quant à la prise en charge et les bourses, elle relève des ministères et des consulats respectifs aux étudiants étrangers.

L'hébergement se fait par une décision originale d'hébergement adressée par la tutelle.

Le bureau se charge aussi de :

- Répondre aux attentes des étudiants en les renseignant ou en les orientant vers les services adéquats (résidences-transport-restauration, etc.....) ;
- Relation avec les services de police pour l'obtention de cartes de séjours ;
- Remettre des pièces du dossier à l'étudiant pour reproduction, traduction, ... ;
- Légaliser les différentes pièces sollicitées par l'étudiants, au sein du bureau, en utilisant le cachet copie conforme, afin d'éviter, les contraintes et la perte des documents originaux ;
- Prise en charge de leurs courriers entre les différentes ambassades ;
- Faciliter l'intégration des étudiants.

Annexe : N°3

Texte réglementaires régissant les activités des unités de médecine préventive

- Circulaire interministérielle n°329 du 23 septembre 1984, relative à la protection sanitaire au milieu universitaire.
- Loi n°85/05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée.
- Circulaire n°08/DPES/SDMTHME du 25 juin 1986, relative à la visite d'admission dans les établissements d'Enseignement Supérieur.
- Circulaire n°543 du 27 Décembre 1987, relative aux activités protection sanitaire en milieu universitaire.
- Instruction interministérielle n°05 du 29 Novembre 1989, relative à la mise en œuvre du programme de protection sanitaire en milieu universitaire.
- Arrêté interministériel du 3 Rajab 1412 correspondants ou 8 janvier 1992, portant placement en position d'activité auprès des Etablissements publics à caractère administratif relevant du ministère chargé des universités de certains corps spécifiques au ministère de la santé et des affaires sociales.
- Arrêté interministériel du 3 Rajab 1412 correspondant au 8 janvier 1992, susvisé, est abrogé.
- IIM n°01 du 04 février 2000, relative à l'évolution des activités de santé en milieu universitaire.
- Décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, portent statut particulier des praticiens médicaux généraliste et spécialiste de santé publique.
- Instruction interministérielle n°20 du 09 juillet 2001, portant création des comités de coordination des activités de santé en milieu universitaire.
- Instruction interministérielle n°21 du 09 juillet 2001, relative à la vaccination en milieu universitaire.
- Instruction sur la vaccination HBV.
- Instruction interministérielle n°01 du 26 août 2001, portant normalisation des locaux et équipements d'une unité de médecine préventive (UMP) en milieu universitaire.

- IIM n°02 du 24.10.2001, relative a l'éducation pour la sante en milieu universitaire.
- Décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire des postes supérieurs relevant des corps des praticiens médicaux généraliste de santé publique.
- Décretexécutifn°09-393 du7 Dhou El Hidja 1428 correspondant au 24 Novembre 2009, portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux généralistes de la santé publique.
- Instruction interministérielle n°09 du 23 Novembre 2013, relative à la vaccination contre l'hépatite B en milieu universitaire.
- IIM n°01 surveillance des manifestations post vaccinales.
- Arrêté interministérielle du 2 septembre 2013, portant placement en position d'activité auprès du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique de certains corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique.

Résumé

La pandémie du Covid-19 n'ayant rien épargné ni personne, quelle que soit la manière, les étudiants de la communauté étrangères de la ville de Bejaia ont eu à subir, eux aussi, les effets de cette pandémie. Faisant partie de cette communauté, notre travail apportera de la lumière à la condition dans laquelle les étudiants de la communauté étrangère de Bejaia ont passé le confinement pendant la pandémie du Covid 19. De la prise en charge aux conditions de vies dans la résidence universitaire 17 Octobre pendant le confinement, nous avons dans notre travail étayé la facette cachée de la vie précaire des étudiants, dont on ne parle pas très souvent ou quasiment pas. Le but de notre travail est de connaître les conditions dans lesquelles ces derniers ont passé le confinement et plus précisément ce qu'ils avaient à dire en ce qui concerne leur prise en charge au sein de la résidence. La pandémie a mis en exergue un nombre important des inégalités déjà présentes au sein de la résidence à l'égard des étudiants étrangers.

Abstract

The Covid-19 pandemic has spared nothing and no one, whatever the way, students from the foreign community of Bejaia had to suffer the effects of this pandemic. As part of this community, our work will shed light on the condition in which students of the foreign community of Bejaia have passed the lockdown during the pandemic of Covid-19. From care to living condition in the university residence 17 Octobre during lockdown, we have supported in our work, the hidden facet of the precarious lives of the students, which we do not talk often or almost not. The purpose of our work is to know the condition under which they passed the lockdown and more precisely, what they had to say about their care within the residence. The pandemic highlighted a significant number of inequalities already present within the residence regard to the international students.