

# CRISE DU COVID-19 ET INÉGALITÉS SOCIALES

Tout au long de la crise du COVID-19, les populations les plus vulnérabilisées et les plus précarisées ont été complètement invisibilisées et largement absentes des réponses publiques prises pour limiter la diffusion du virus particulièrement lors des première (mars-mai 2020) et deuxième vagues (octobre 2020-mai 2021). Cette invisibilisation s'est manifestée sous de nombreuses facettes : politique (absence de considération de ces publics dans les cadres décisionnels), médiatique, scientifique, statistique et sociale. Qui plus est, elle s'est opérée en dépit des observations soulevées depuis des décennies en épidémiologie sociale selon lesquelles il existe un lien évident entre le niveau de vie et l'état de santé d'une personne.

Assez vite, des scientifiques, notamment Richard Norton, éditeur de *The Lancet*, provenant souvent de la santé publique, ont soutenu la nécessité de mobiliser le concept de syndémie en ce qui concerne la crise du COVID-19. Pour Singer *et al.* (2017), une syndémie caractérise un entrelacement de maladies, de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux qui, par leur synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population donnée. À cet égard, la crise sanitaire du COVID-19 a exacerbé les inégalités sociales et de santé. Mais plus encore, la question sociale présente avant l'apparition du COVID-19 a généré et aggravé la diffusion du COVID-19 et ses conséquences sanitaires. La vie des citoyen·nes n'a pas seulement été mise en danger par la propagation du virus, la mise en œuvre de politiques populationnelles pour faire face à la crise a aussi généré en cascade une série d'impacts négatifs sur le plan socio-économique ainsi qu'en termes de liens sociaux et de santé mentale et psychique.

Si le constat de cette invisibilisation n'est pas nouveau, cette note se propose de revenir sur ces deux années et demie de crise COVID afin de tirer des leçons des mesures mises en place. En plus de dépeindre et d'amener des éléments d'analyse contextuels, cette note évoque également quelques initiatives prises par les acteur·rices de terrain pendant la crise sanitaire qui mériteraient d'être pérennisées.

## DES CONDITIONS DE VIE IMPENSÉES

L'explication priorisée de la pandémie du COVID-19 est avant tout présentée, par les experts, les médias et les responsables politiques, comme une crise sanitaire et non une crise du bien-être humain, c'est-à-dire une crise épidémiologique et non une crise sociale ou une crise des formes de vie (Fassin 2021). Or, il a été montré (Maes 2021) que la question de la survie sociale et économique prime sur la survie sanitaire. Pour les populations les plus vulnérabilisées, la lutte contre le COVID-19 n'est pas la première urgence, le virus est un risque parmi d'autres. À ce titre, elles ont été confrontées au dilemme de la vie précaire : se faire dépister au risque de devoir faire une quarantaine, de ne plus pouvoir travailler ou de devoir renoncer à envoyer les enfants à l'école. Dans la hiérarchie des urgences et des attentions, la priorité est celle de la survie (perte de revenu, de pouvoir d'achat, gestion des relations professionnelles et familiales, etc.). Contrairement aux considérations gouvernementales, le COVID-19 n'a pas été qu'un risque sanitaire pour ces publics, il a été avant tout une contrainte supplémentaire à la vie précarisée et désaffiliée (Rea et Fortunier 2021).

La gestion politique des enjeux de santé publique en temps de syndémie, dont celui qui consiste à protéger tout un chacun pour protéger la collectivité, semble avoir nié les inégalités sociales et de santé.

Ainsi, les spécificités des conditions de vie des publics vulnérabilisés et leurs effets sur la diffusion de la maladie ont été paradoxalement négligés. Or, s'il était nécessaire de cibler une partie de la population, il aurait été plus pertinent de partir des conditions de vie des publics fragilisés, qui non seulement cumulent le plus de comorbidités (hypertension, diabète, obésité...) mais sont également les plus exposés au virus. Toutes les études croisant les indicateurs de santé et socio-économiques mettent en évidence la concentration des taux de contamination les plus élevés au sein de ces populations (Bajos 2020; Brun et Simon 2020; Fielding-Miller 2020; Nöstlinger 2022; Rea, Fortunier et Racapé 2022). À ce titre, il suffit de penser à l'injonction politique principale de la crise «*restez chez vous!*» pour se rendre compte de son effet délétère sur les populations invisibilisées et *de facto*, sur la société dans son ensemble.

Soulignons d'abord que le télétravail n'a pas été possible pour une grande partie de ce public occupant souvent une fonction dite essentielle et qui a dû continuer à aller travailler à l'extérieur, à prendre les transports en commun. De plus, l'injonction à rester chez soi a accru la circulation du virus dans les quartiers les plus densément peuplés, dans les logements les plus exigus, dans les quartiers disposant de moins d'espaces verts. L'absence totale de mesures d'accompagnement à cette injonction, comme permettre aux personnes contaminées de pouvoir se loger momentanément ailleurs, démontre encore une fois l'absence de prise en compte de la question sociale durant la crise. La valeur arbitraire et différenciée accordée aux vies en période de syndémie a ainsi eu des conséquences néfastes sur la santé, notamment une plus importante propagation de la maladie (Rea et Fortunier 2021).

Il est néanmoins bien plus complexe d'élaborer des mesures pour ces populations en temps de crise alors même qu'elles ont été délaissées de l'attention politique ces dernières décennies. Face à des publics qui étaient déjà fortement désaffiliés, le COVID-19 n'a fait qu'entériner cette rupture (Maes 2021). Le quotidien des publics défavorisés était déjà rythmé par de mauvaises expériences avec les milieux institutionnels et tout autre organe représentant «*les autorités*», ainsi que par le constat de l'inconsidération de leurs priorités (en ce qui concerne le logement, l'emploi, les

discriminations, etc.). Dans ce contexte, les confinements, mesures protectionnelles et sanitaires (dont celles liées à la vaccination) ainsi que le traitement médiatique stigmatisant les populations des quartiers défavorisés sont autant de facteurs qui viennent alimenter leur défiance et leur désaffiliation.

## DÉS AFFILIATION, NON-RECOURS

### AUX DROITS ET CRIMINALISATION

Par ailleurs, toute une partie de la population qui était potentiellement éligible pour une aide, a dû franchir, parfois pour la première fois, la porte (virtuelle) d'un service public afin de pallier cette perte de revenus. Mais le parcours pour arriver à cette étape s'est avéré compliqué. Les guichets physiques des services publics étant fermés, seules les personnes ayant un accès à Internet ou un téléphone et maîtrisant une des langues du pays pouvaient recourir à une aide étatique, ce qui réduisait déjà le nombre de personnes y accédant (De Schutter 2022). Qui plus est, ces services, qui étaient pour certains déjà au bord de la saturation avant la crise, ont dû gérer un afflux de personnes sans précédent, ce qui a entraîné des arriérés importants dans le traitement des demandes et une difficulté, voire une impossibilité, de contact et d'accès aux droits (Feron et Maisin 2021). La rupture de la continuité des services publics a participé à plonger les publics les plus précarisés dans des formes de survie extrême. Le manque de guichets assurés en présentiel (administrations communales, Actiris, Forem, CPAS, mutuelles, syndicats) et l'importante fracture numérique ont accentué le décrochage des systèmes administratif et institutionnel, et donc le non-recours aux droits, thématiques déjà bien présentes avant la crise (Hubert, Vleminckx, Serré 2019; Noël 2021).

«*Pour les populations les plus vulnérabilisées, la lutte contre le COVID-19 n'est pas la première urgence, le virus est un risque parmi d'autres [...] Dans la hiérarchie des urgences et des attentions, la priorité est celle de la survie (perte de revenu, de pouvoir d'achat, gestion des relations professionnelles et familiales, etc.)*» (Rea, Racapé et Fortunier 2022)

S'il y a néanmoins un service public avec lequel le contact a été renforcé, c'est avec la police. Les périodes de confinement ont vu une (sur)présence des autorités de police dans les espaces publics afin de faire respecter les mesures sanitaires en vigueur. La concentration des contrôles et l'attribution d'amendes, notamment pour présence dans l'espace public même quand il s'agit de quartiers densément peuplés et avec très peu d'espaces verts, apparaissent comme une double peine pour les populations qui vivent dans des logements exigus et peuplés. Ces décisions politiques de renforcer la présence des forces de l'ordre, au détriment de mesures d'aide à la survie pour ces populations précarisées, a également accru la défiance envers les institutions de la part des publics précarisés qui ont eu le sentiment d'avoir été à la fois abandonnés et sur-contrôlés (Rea et Fortunier 2021).

## BRICOLAGES ET INITIATIVES EN TEMPS

### DE SYNDÉMIE

Outre le non-recours aux droits, la fermeture des guichets et les difficultés d'accès aux services publics ont accentué la surcharge avec laquelle le milieu associatif composait déjà depuis des années, et ont entraîné un tournant dans la nature de leur travail. Les services associatifs jouent, depuis longtemps, un rôle actif dans l'accès aux droits, pour pallier l'inaction des autorités et complexification et la digitalisation des procédures administratives. Pendant la crise, contrairement à de nombreux organes publics, les services sociaux sont majoritairement restés ouverts et ont donc dû jouer un rôle essentiel de maillon entre les individus et les structures responsables de l'attribution de certains droits primordiaux. En conséquence, de nombreux centres de services sociaux sont devenus, malgré eux, des sous-administrations peinant tout autant que les bénéficiaires à contacter les services publics. Cette situation n'a pas été sans impact sur leurs publics, beaucoup d'entre eux ayant dû par exemple faire face à un retard conséquent du paiement des allocations auxquelles ils pouvaient prétendre (RIS, chômage, etc.).

Ce n'est pas pour autant que tout s'est arrêté. La crise COVID-19 a également vu l'émergence d'un élan créateur et innovant de la part des publics comme du milieu associatif. Les intermédiaires de terrain (toutes professions et tous secteurs confondus), les pouvoirs locaux et les différents publics ont démontré leur capacité à bousculer leurs pratiques de travail, à innover, à transgresser conditionnalités et normes légales et à dépasser le cloisonnement institutionnel. Le milieu associatif a accru sa considération à l'égard des besoins des publics spécifiques et développé de nombreuses pratiques d'*outreaching* («aller vers») ainsi qu'une coopération intersectorielle. Au nom de la santé publique, des opérateurs de terrain ont, de façon pratique, garanti le primat du besoin sur le statut, en essayant de maintenir le lien social, apparu comme vital en raison de la désaffiliation des plus précaires. Des initiatives telles que l'ouverture de nouveaux lieux d'accueil pour personnes sans-abris ou mal logées, l'élargissement des conditions d'accueil (consommation possible à l'intérieur par exemple), des appels proactifs aux bénéficiaires d'une structure pour prendre de leurs nouvelles, la mise en place d'une caisse solidaire par et pour les travailleuse-eurs du sexe, la création de lignes d'écoute et de réorientation sociale... démontrent que tous ces acteur-rices sont largement sorti-es de leur zone de confort et ont tenté de nouvelles pratiques qui ont souvent porté leurs fruits.

## CONCLUSION

Tout au long de la crise du COVID-19, les services de la santé et du social, ainsi que ceux de l'enseignement, ont joué le rôle de bouée de secours pour les publics invisibilisés dont les conditions de vie n'ont pas été pensées dans le cadre des décisions populationnelles. Ils ont également permis de mettre en valeur différentes pratiques innovantes mises en place pour faire face à ces difficultés et répondre aux besoins de leur public.

Ces initiatives ont souligné la force des pratiques d'*outreach* («aller vers»). Bien qu'elles ne soient pas nouvelles, la crise a réaffirmé la nécessité de sortir des murs pour aller à la rencontre des publics les plus éloignés des services publics et des institutions, afin de les informer de leurs droits et de veiller à ce qu'ils y aient accès. Elles ont également mis en évidence

l'importance d'une coopération intersectorielle et du maillage entre différents acteurs d'un territoire donné afin de garantir une mutualisation des ressources et des compétences au profit des publics. Au regard de ces deux derniers éléments, l'échelle des quartiers s'est révélée être centrale dans la construction du lien social et de la santé. Elle permet d'être au plus proche des publics précarisés, de la spécificité de leurs besoins et de renforcer l'accompagnement qui leur est offert en reposant sur un secteur associatif local expert de ces réalités.

La crise a démontré qu'il est bien plus complexe d'élaborer des mesures pour les populations fragilisées en temps de crise parce qu'elles ont été délaissées de l'attention ces dernières décennies. Ainsi, ces différents enseignements devraient constituer les axes d'une politique sociale qui serait non seulement plus juste et efficace, mais également préventive des risques futurs.

## RECOMMANDATIONS POLITIQUES

- **Aller-vers** les personnes là où elles vivent, en particulier les personnes trop longtemps laissées de côté par les autorités
- **Renforcer** les moyens humains et financiers des services sociaux
- **Localiser** les actions de terrain à l'échelle des quartiers, avoir une présence au plus près des publics vulnérabilisés
- **Mutualiser** à l'échelle des quartiers, c'est-à-dire valoriser les collaborations de terrain et les expertises complémentaires de chaque structure via, notamment, des lieux intra et intersectoriels de concertation et d'échange sur les connaissances et pratiques (avec également le CPAS, la police, etc.)
- **Accueillir de manière inconditionnelle** via l'ouverture bas-seuil des structures existantes qui feraient primer les besoins des bénéficiaires sur leur statut
- **Maintenir une présence physique des services essentiels** via des guichets physiques accessibles, le passage au tout numérique étant un obstacle majeur pour une partie de la population
- **Penser les mesures à partir des plus fragiles** et non à partir du référent de la classe moyenne

- Bajos N. et al. 2020. Les inégalités sociales au temps du COVID-19. Questions de santé publique. 40 : pp. 1-12.
- Brun S. et Simon, P. (dir.). 2020. Dossier « Inégalités ethno- raciales et pandémie de coronavirus », De facto.19.
- Castel R. 1995. Les métamorphoses de la question sociale. Paris : Fayard.
- De Schutter O. 2022. Le non-recours aux droits dans le cadre de la protection sociale. ONU.
- Fassin D. 2021. La vie. Mode d'emploi critique. Paris : Le Seuil.
- Feron P. et Maisin Ch. 2021. Allo ? Aide sociale. Bruxelles: FdSS.
- Fielding-Miller R.K., Sundaram M.E. et Brouwer K. 2020. Social determinants of COVID-19 mortality at the county level. PLoS One, vol. 15(10).
- Hubert H., Vleminckx J. et Serré A. 2019. A la croisée des regards - usagers et travailleurs sociaux. Bruxelles: L'Harmattan.
- Maes R. 2021. « La spirale de la désaffiliation ». La Revue nouvelle (6).
- Noël L. 2021. « Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise », Brussels Studies Collection générale, n° 157.
- Nöstlinger C., et al. 2022. COVID-19 as a social disease: qualitative analysis of COVID-19 prevention needs, impact of control measures and community responses among racialized/ethnic minorities in Antwerp, Belgium. Int J Equity Health.16;21(1):67.
- Racapé J., et al.. 2022. Facteurs de risque sociaux et cliniques associés à la COVID-19 en Belgique. Rev Epidemiol Sante Publique. 70:S240.
- Rea A. et Fortunier C. 2021. Les « invisibilisé-e-s » et le COVID-19. Bruxelles et crise socio-sanitaire - Synthèse et Recommandations. Bruxelles: GERME/ULB.
- Rea A., Racapé J. et Fortunier C. 2022. Les inégalités sociales et de santé du COVID-19. Revue médicale de Bruxelles. 43 (4): pp. 439-444.
- Singer M., Bulled B., Ostrach B. et Mendenhall E. 2017. Syndemics and the Biosocial Conception of Health. Lancet. 389(10072): pp 941-950.

Pour InES:

Andrea Rea, Camille Fortunier, Céline Nieuwenhuys, Chloë Angé et Elise Debière

Contact [info@inesthinktank.be](mailto:info@inesthinktank.be)