

Regards croisés relatifs à l'impact de la crise sanitaire sur les inégalités sociales de santé

Synthèse de la journée du 12 octobre 2021

Intervenants

Helen Barthe-Batsalle - Observatoire de la Santé du Hainaut

Christine Mahy - Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté

Bernard De Vos - Délégué Général aux Droits de l'Enfant

Catherine Rousseau - Fédération des Services Sociaux

Violaine Wathelet - Enéo - Mouvement social de aînés - Mutualité chrétienne

Manoë Jacquet - Femmes et Santé - Réseau "Femmes, genre et santé"

Charlotte Pezeril - Observatoire du Sida et des Sexualités - ULB

André Delacherlerie - Observatoire du numérique

Claude Renard - Observatoire de la Santé du Hainaut

Table des matières

Pour Planter le décor	3
Impact de la crise sanitaire sur les populations les plus précaires et sur la pauvreté en Wallonie	4
Les enfants aussi paient un prix élevé en raison de la crise sanitaire	7
Avec la crise sanitaire, l'insécurité alimentaire	_ 10
Quand vieillissement et pandémie se croisent	_ 14
Le Covid-19 ou la Covid-19 : juste une question de genre ?	_ 15
De l'intersectionnalité à la syndémie : COVID-19 et inégalités sociales de santé	_ 18
La crise sanitaire comme révélatrice et amplificatrice de la fracture numérique	_ 22
La promotion de la santé en temps de crise et de post-crise sanitaire	_ 25

La crise sanitaire a révélé l'ampleur des inégalités sociales de santé. Elle les a même amplifiées et exacerbées. L'objectif de la journée était de porter différents regards sur cette situation, à la fois pour dresser un état de lieux de cet impact mais également pour dégager des pistes d'intervention ou des recommandations pour les pratiques de promotion de la santé. En effet, il nous faut constater que cette crise a été déstabilisante par son caractère imprévisible tant dans sa rapidité de propagation que dans sa gravité.

Tous les modèles de prédiction s'accordent pour affirmer que cette crise sanitaire n'est probablement pas la dernière, notamment en raison du dérèglement climatique qui aura un impact plus important pour les populations les plus défavorisées.

Dans son allocution d'ouverture, Madame la Députée provinciale Fabienne Devilers a souligné combien la pandémie de Covid-19 est venue accroître les inégalités sociales de santé et en générer de nouvelles. Pour elle, il est fort probable que la crise économique et le dérèglement climatique qui s'ensuivront vont encore renforcer ces inégalités à l'avenir.

Plusieurs intervenants nous ont fait l'honneur de nous rejoindre dans cette réflexion et cette synthèse retrace leur analyse et leurs questionnements sur les leçons à tirer de cette expérience.



Pour planter le décor

par Madame Helen Barthe-Batsalle, Inspectrice générale de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

La question des inégalités d'accès aux droits fondamentaux est au cœur de notre travail au sein de l'OSH. Nous considérons la santé comme un droit fondamental qui nécessite un certain nombre de conditions préalables comme l'accès au logement, à l'éducation, à une alimentation saine et suffisante, à un travail décent, à un revenu suffisant, à un environnement sain, à une justice sociale... Toutes ces conditions, aussi appelées déterminants de santé, vont générer dans leur distribution au sein de la population, des inégalités sociales de santé. Elles sont déjà présentes dès la plus tendre enfance et auront tendance à s'accroître tout au long de la vie.

A titre d'exemple, les groupes sociaux les moins favorisés auront une espérance de vie inférieure aux groupes sociaux les plus favorisés pouvant aller jusque 6,6 années chez les femmes et de 9,1 années chez les hommes. La crise pandémie du Covid-19 a encore amplifié cet écart de 2,2 années supplémentaires chez les hommes et de 1,7 années chez les femmes (étude Causineq, centre de recherche en démographie, UCL, 2021).

Cet exemple illustre très bien combien la santé ainsi que toutes les actions de santé doivent s'inscrire au carrefour de toutes les politiques. La pandémie de Covid-19 a révélé au grand jour et à toute la population l'existence de ces inégalités sociales et combien ce virus les a amplifiées.

En effet, si le coronavirus peut affecter tout le monde (universalisme de la contamination), tout le monde n'y est pas exposé de la même manière et les mesures prises (justifiées pour ralentir la propagation du virus) résonnent différemment selon les conditions de vie, l'âge, le sexe, les revenus, le type ou l'absence de travail...

Très vite dès le début de l'épidémie, des effets directs et collatéraux sont apparus, touchant les publics les plus vulnérables en plus grand nombre.

Dans son récent rapport de recherche de septembre, l'IWEPS présente, indicateurs à l'appui, les premiers impacts de la crise covid-19 sur les conditions de vie et les inégalités sociales.

Trois préoccupations majeures requièrent une attention particulière:

- les problèmes de santé mentale et leurs conséquences à moyen terme et à long terme ;
- la situation alarmante des jeunes (de 14 à 30 ans) qui ont particulièrement souffert de la crise;
- l'aggravation de la situation des populations les plus précaires.

Ce constat préfigure, comme le mentionnent les auteurs, le renforcement des inégalités dans la société de l'après-covid, mettant en exergue des problèmes d'ordre structurel.

Certes, la pandémie n'est pas terminée et l'urgence d'agir reste présente. Comme le mentionne Marius Gibert dans son livre, "même si un jour elle se termine, nous aurons d'autres défis à surmonter collectivement qu'aucune technologie ni vaccin ne permettront de circonscrire.... Seuls, nos comportements collectifs permettront d'y répondre. Remettre le collectif au cœur de nos sociétés, voilà bien le défi".

La crise a permis de mettre en évidence qu'une mobilisation collective pour faire face à l'urgence était possible, qu'une adaptation de nos vies était faisable, qu'un élan d'empathie et de solidarité pouvait éclore rapidement pour faire face à une menace qui était plus grave encore pour les plus démunis. Force est de constater que toutes les générations se sont mobilisées et plus particulièrement les jeunes qui ont fait preuve de beaucoup de résilience et de solidarité...

Impact de la crise sanitaire sur les populations les plus précaires et sur la pauvreté en Wallonie

par Madame Christine Mahy, Secrétaire générale du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté.

Personnalité connue et reconnue dans la défense des intérêts des personnes les plus précarisées, Madame Mahy a plaidé dès le début de ce qui était encore une épidémie, une allocation "Covid" afin de soutenir le pouvoir d'achat des personnes les plus précarisées. Elle a défendu auprès des décideurs politiques le fait que ce mécanisme de soutien aux ménages les plus pauvres soutiendrait l'économie, surtout face à la hausse des produits de première nécessité.

Depuis la pandémie, le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté a été à l'initiative de l'émergence d'une plate-forme appelée "Task force sociale"

qui réunit tous les cabinets wallons pour traiter toutes les questions qui se posaient pour les personnes les plus vulnérables.

Par ailleurs, pour répondre à l'urgence des besoins non rencontrés sur le terrain par les personnes les plus vulnérables qui ne savaient plus à qui s'adresser, le RWLP est venu en aide au numéro 1718, numéro de la région wallonne qui permet à chaque citoyen de se renseigner sur n'importe quel service public. Le RWLP a négocié pour que ce numéro soit ouvert à la notion d'urgence sociale. Aujourd'hui encore, des membres du RWLP prennent en charge des situations lourdes qui arrivent par l'intermédiaire de ce numéro. Il s'agit de travailler à la reconnexion avec les

services publics et privés, les associations, dans le but de venir en aide à ces situations souvent catastrophiques pour garantir l'accès et le respect des droits des personnes.

Les problématiques issues du numéro 1718 sont essentiellement liées à la crise du Covid, mais également aux inondations, à la dématérialisation, à la numérisation et au travail en distanciel. Ce sont des problématiques lourdes souvent liées au non accès au logement, à l'expulsion, à la non inscription à certains droits ou à des problèmes de santé majeurs pour lesquels les personnes

ne trouvent plus le chemin pour être aidés.

Elles concernent également des problèmes avec la scolarité des enfants, à l'impossibilité d'entrer en contact avec des administrations, des institutions comme les CPAS ou les mutuelles... La crise sanitaire a accéléré un processus de dématérialisation qui, espérons-le, devrait se ralentir progressivement.

Par rapport à cette situation inédite, un état de panique et de sidération s'est installé face au sentiment que le fonctionnement du pays s'arrêtait. Tout le monde n'était pas à égalité face à la compréhension de la maladie, à la maladie et à ses risques, à la capacité de respecter les mesures prises pour éviter la propagation du virus selon les conditions de logement, de ressources financières, d'organisation familiale... Cette crise est tombée sur la tête des gens dans la réalité des problèmes qu'ils connaissaient déjà en amont. Si des problèmes existaient auparavant, la crise sanitaire est venue les exacerber pour la plupart, comme des problèmes de logement, de surpeuplement, des problèmes financiers....

Cette situation a permis de rencontrer de nombreux travailleurs également. Même si des mesures ont été prises pour soutenir les personnes dans l'incapacité de poursuivre leur(s) activité(s) en raison de la crise, toute une partie des travailleurs se sont retrouvés en difficulté à cause de la perte de revenus. Même si cette perte de revenus a été limitée par les aides et notamment le chômage sanitaire, même si le statut de cohabitant a été suspendu (momentanément) durant cette période, de nombreuses personnes se sont retrouvées en difficultés financières. Pensons aux travailleurs à temps partiel, aux personnes qui prestaient des heures supplémentaires parfois rémunérées au noir, aux personnes bénéficiant des heures ALE, aux personnes qui travaillent dans la prostitution... toutes ces personnes n'ont pas vu de compensations suffisantes pour maintenir un niveau de vie minimum. Pour certaines, il y a eu une perte totale de revenu.

Certains petits indépendants, même avec des aides allouées, étaient dans l'impossibilité de faire face à l'ensemble de leurs charges et ont dû être réorientés vers des CPAS. Cela a révélé toute la difficulté pour un indépendant, dont l'objectif est d'être autonome, de rentrer dans un processus de dépendance. Même dans la sphère du travail, il y a un appauvrissement réel dans certaines familles.

Un autre élément est que la vie à la maison a été variablement coûteuse pour certaines familles. Pour les familles plus favorisées, le fait de rester à la maison a pu augmenter certaines charges (électricité, eau, chauffage...) mais ces dépenses ont été largement compensées par des dépenses non réalisées (voyages, restaurants, loisirs...). Cette situation a même favorisé une augmentation substantielle de l'épargne pour ces familles.

A contrario, suivant que l'on soit mal logé, la vie pouvait s'avérer nettement plus coûteuse (éclairage si logement sombre, chauffage si logement mal isolé ou humide, pas de jardin, équipement d'appareils informatiques, abonnement à un réseau WIFI...).

Pour toutes ces familles, il y a bien eu des dépenses supplémentaires et pour peu que l'on soit une famille avec un ou plusieurs enfants, l'évidence est que les difficultés se sont vite fait ressentir notamment en raison de l'augmentation des prix pour les besoins prioritaires.

Ce fut le cas aussi pour les étudiants pauvres qui étaient dans l'obligation de travailler pour pouvoir suivre leurs études. Ces jeunes se sont retrouvés sans ressource.

Les personnes isolées ont également été impactées par la crise sanitaire, notamment par la

distanciation des services de proximité, mais également par la diminution importante des aides apportées par les proches.

Les personnes qui connaissaient des difficultés de logement (logement surpeuplé, tout comme les sans-abri, migrants en transit) ont fait face aussi aux difficultés à trouver une solution pendant la période de la crise avec, en conséquence, une augmentation de la violence intraconjugale ou intrafamiliale.

Cette situation inédite a conduit en partie à de l'appauvrissement, à de la désaffiliation sociale, à de la perte de confiance, notamment envers les instances politiques car ils ne se sont pas sentis les destinataires de leurs discours. Le discours était universel et n'avait pas intégré la diversité des situations socio-économliques d'existence.

Il est vrai que le discours, émanant le plus souvent du gouvernement fédéral, était relativement uniforme et semblait s'adresser à une famille de quatre personnes, avec deux enfants, habitant une maison unifamiliale avec un grand jardin ou dans un grand appartement spacieux avec tout l'équipement informatique nécessaire. Or, la majorité des familles et notamment les familles monoparentales ne connaissent que très peu ce genre de confort. C'est aussi la situation des personnes en prison, qui par la promiscuité, ont connu un taux plus élevé de contaminations, mais ont également été privées de visite pendant très longtemps et parfois même de préau.

Il faut cependant reconnaître qu'une série de démarches réalisées sur le terrain ont permis d'assouplir plusieurs conditions d'accessibilité à l'aide sociale, à certains fonctionnements institutionnels. Ces assouplissements ont permis à certains jeunes et à certaines familles d'exprimer le fait que la situation de crise a été un petit soulagement pour eux. C'est par exemple le cas pour l'exercice du contrôle social qui a fortement diminué en raison du confinement, même si toutes ces personnes et familles ont pour certaines quitté les radars. Cette perte de connexion peut s'avérer dramatique si les personnes ne sont plus suivies par les services qui les accompagnaient et s'ils restent confrontés à eux-mêmes sans aide spécifique.

Il existe une réelle injustice dans les sanctions notamment à destination des jeunes qui vivent dans des espaces restreints tels que les immeubles de logements sociaux ou à faible loyer ou dans des quartiers défavorisés parmi des habitations surpeuplées. Ces jeunes avaient besoin de sortir durant la période de confinement pour retrouver leurs potes dans le quartier. Ces jeunes ont fait l'objet de contrôles incessants et de sanctions pour non-respect du port du masque et de la distanciation physique. Dans le fait de normaliser et d'aller à la sanction directement sans négociation de proximité, de nombreuses inégalités de traitement ont pu être constatées. Cela se traduit encore aujourd'hui dans la vision développée par les personnes vis-à-vis de la démocratie et leur confusion forte entre une réelle société de droits avec une représentation d'une société de flicage.

Au final, qu'est-ce que cette crise a révélé pour les personnes vulnérables?

Un certain nombre d'intervenants et d'acteurs sont sortis de leurs zones de confort pour créer des espaces de rencontre, pour prendre des initiatives et développer des pratiques novatrices plus souples. Des éléments intéressants à retenir et à poursuivre pour la suite.

A côté de cela, il reste des grosses questions à traiter. C'est notamment l'intensification de la numérisation et le travail à distance où la relation interpersonnelle prend une nouvelle forme et risque d'accroitre l'écart de l'accessibilité pour les personnes les plus vulnérables. Comment

rester en relation avec ces personnes ? Comment leur offrir des services à l'accès direct et inconditionnel ?

Un autre problème est le recours aux soins de première ligne. La crise nous a montré qu'il fallait renforcer ces services pour garantir le droit à la santé. Comment faire pour continuer à offrir aux personnes les plus défavorisées un accès facile et direct à ces services ?

Se posent aussi les questions de l'aide alimentaire, du statut des personnes, de la monoparentalité, la santé mentale des personnes les plus faibles. Comment se fait-il que les personnes ne possèdent pas les moyens suffisants pour s'offrir une alimentation de qualité ?

Si on offre de meilleures conditions d'existence socio-économliques (logement, travail, revenu), de meilleures considérations dans le regard de la société à leur égard, alors la nécessité de mettre un psy derrière chaque personne ne se justifie plus. Si on agit sur l'accès aux droits, s'ensuit une réduction du stress, de la peur, des difficultés et donc aussi de leurs conséquences.

En conclusion, il y a plus de pauvreté après la crise du Covid et les plus défavorisés sont ceux qui se sont le plus appauvris.

Les enfants aussi paient un prix élevé en raison de la crise sanitaire

par Monsieur Bernard De Vos, Délégué Général aux Droits de l'Enfant.

Personnalité très connue depuis de nombreuses années dans son combat pour la défense des intérêts et des droits de l'enfant, Monsieur De Vos crie haut et fort que les premiers constats et analyses dans la foulée de la pandémie de Covid-19 sont sans appel : le virus a été et reste un inquiétant accélérateur d'inégalités sociales et un dangereux prédateur pour tous les droits des enfants. Les fragiles du monde d'avant sont devenus les précaires du monde d'après et celles et ceux qui étaient transparents avant la crise sont devenus invisibles avec les discriminations, les injustices, les drames humains que cela sous-entend.

L'institution du Délégué Général aux Droits de l'Enfant est une structure libre, autonome et indépendante qui a quatre missions distinctes :

- la première porte sur la réception des plaintes relatives aux droits de l'enfant et leur traitement. La convention générale des droits de l'enfant est probablement le texte qui a été le plus ratifié dans le monde ;
- la deuxième est d'assurer la promotion de cette convention qui n'est pas encore connue de tous;
- la troisième est une mission d'inspection des services d'accueil de ces enfants pour s'assurer que les conditions de respect, d'éducation et de protection soient appliquées;
- la quatrième est un travail de recommandations et d'interpellations des politiques pour faire avancer la situation des enfants en Belgique.

Dans sa pratique quotidienne, les deux questions qui se sont souvent les plus posées sont les suivantes.

La première question porte sur le fait que les droits de l'enfant sont nobles certes, mais qu'en est-il des devoirs des enfants ? Dans notre société, on a le sentiment que chaque droit doit être compensé par un devoir. Or, l'expérience a permis de faire le constat que les enfants qui avaient bénéficié d'un cadre rassurant, d'un soutien permanent, d'un renforcement positif, de conditions de vie favorables avaient une fâcheuse tendance à respecter leurs droits et leurs devoirs en grandissant.

A l'inverse, ceux qui ont été les moins promus, les moins respectés, les moins valorisés, les plus exclus, les plus rabaissés ont besoin qu'on leur rappelle l'existence et les exigences de leurs devoirs et leurs droits.

La deuxième question porte sur l'application de la convention des droits de l'enfant en Belgique. Sur les 52 articles de la convention, pas un seul ne résiste à l'épreuve de la pauvreté que vivent certains enfants dans notre pays. La pauvreté est une insulte aux droits de l'enfant, parce que chaque droit de l'enfant, que ce soit la santé, l'éducation, la scolarité, le logement, l'alimentation correcte ne résiste à l'épreuve de la pauvreté.

La pauvreté infantile, même si elle est la conséquence de la pauvreté des parents, reste importante. Si aider les parents, leur offrir un logement décent, des revenus suffisants, individualiser leurs droits et les rendre automatiques sont autant de moyens d'agir sur la pauvreté infantile, force est de constater que beaucoup de pays s'organisent bien mieux que la Belgique pour agir directement sur les droits de l'enfant et qu'ils subissent moins les conséquences de la pauvreté de leurs parents. C'est notamment en organisant des choses au niveau collectif et communautaire en faisant en sorte qu'il y ait un accueil un peu décent et accessible à toutes les classes sociales. Les spécialistes soulignent combien cet accueil de la petite enfance est important et va marquer le parcours des enfants tout au long de leur évolution. Comme le soulignent les études sur le sujet, à la fin de la deuxième primaire, les enfants qui ont fréquenté les milieux de la petite enfance ont des résultats bien plus bénéfiques que les enfants qui n'en ont pas profité. Or, cet accès est socialement et économiquement marqué.

On peut aussi garantir de meilleures chances aux enfants les plus défavorisés en organisant un enseignement égalitaire. Pourtant, la Communauté française de Belgique fait partie des plus mauvais élèves en Europe. Les enquêtes PISA révèlent que les enfants les plus favorisés possèdent les résultats les plus élevés en Europe mais les enfants les moins favorisés présentent des résultats catastrophiques qui ne dépassent pas ceux obtenus par les enfants de pays où l'enseignement n'est pas organisé.

Un autre moyen d'aider ces enfants est d'organiser l'accès à des loisirs et à des activités parascolaires gratuits. C'est l'ensemble du système scolaire et parascolaire qui doit être revu.

Quelques aspects des impacts que les enfants et les familles les plus défavorisées ont connus par rapport à la crise sanitaire...

Premier point : l'amplification des problèmes en amont

D'abord, la crise n'a fait que révéler et amplifier des problèmes qui existaient déjà bien avant. Décrochage scolaire, abandon scolaire, pauvreté, difficultés relationnelles dans les familles, maintien des liens dans les familles séparées, ces phénomènes existaient déjà avant la crise mais ils se sont fortement exacerbés avec la crise.

La pandémie a obligé les familles à composer pour faire face à des difficultés complètement inédites mais cela a été plus facile pour certaines familles que pour d'autres. Avoir un métier de bureau a été moins compliqué pour organiser le travail à distance pendant le confinement alors que les métiers manuels de première ligne se sont vus dans l'obligation de poursuivre le travail en présentiel quand l'activité était permise. Pour les autres, cela s'est traduit par la perte d'une partie de leurs revenus par l'arrêt des activités.

Certaines familles ont connu des difficultés supplémentaires comme les parents qui ont un enfant placé, les familles en séparation ou séparées, les familles dont un parent est détenu, les familles monoparentales...

Second point : la maltraitance infantile

La période de confinement a été très compliquée pour les enfants qui évoluent dans un contexte où la maltraitance et/ou la négligence sont présentes. Beaucoup d'enfants abusés se sont également retrouvés avec leur tortionnaire pendant des mois avec très peu de contacts et d'aide à l'extérieur. Il a fallu très longtemps pour que l'on prenne conscience de cette difficulté et que l'on propose une accessibilité plus importante des services d'aide extérieurs ou par des services d'écoute par téléphone ou par internet.

Troisième point : la notion du handicap

Les enfants en situation de handicap ont fort souffert de la pandémie. Et pourtant, on n'en a très peu parlé... Le transport scolaire des enfants présentant un handicap a été arrêté dans l'enseignement spécialisé, laissant l'enfant à la charge de ses parents.

Quatrième point : le travail des enfants

Dans les magasins, des enfants contribuent à aider les parents dans la gestion des épiceries. Comme les magasins n'ont pas été fermés, les enfants ont été utilisés pendant de plus longues périodes pendant le confinement.

Cinquième point : l'école avec le décrochage scolaire et les échecs

Dans notre système scolaire, on parle très souvent de l'école et pas du système éducatif. En effet, l'école à elle seule ne peut pas tout faire. Quand on ferme les écoles de devoirs, les services d'Aide en Milieu Ouvert ou les autres services associatifs qui agissent en soutien scolaire, on maintient une école qui va servir davantage aux plus privilégiés, creusant encore les inégalités sociales.

Sixième point : l'absence d'informations ciblées

Cette crise a révélé une négligence évidente à l'égard des enfants, des jeunes et des jeunes adultes. Aucune communication, aucune émission spéciale n'a été organisée à destination de ces publics pour décrire la situation, pour expliquer le choix des mesures prises et l'absence d'autres alternatives. Aucune information n'a été adaptée de manière spécifique à ce public, laissant les familles assurer ce rôle avec leurs propres compétences ou difficultés. Or, celles-ci sont inégalement réparties socialement!!

Et pourtant la Convention des Droits de l'Enfant prévoit le droit à l'information adaptée à ce public spécifique, mais elle prévoit aussi le droit à l'expression et surtout le droit à la participation. Jamais un mot à l'attention directe ni une invitation à exprimer le vécu des enfants et des jeunes ne leur ont été adressées dans le débat.

Rien d'étonnant alors que la souffrance des jeunes n'a été mise à jour que lorsque les pédopsychiatres se sont inquiétés de l'explosion du nombre de demandes d'hospitalisations.

La pauvreté n'a pas attendu la crise sanitaire pour apparaître... mais elle l'a révélé tout en l'amplifiant. Soyons davantage solidaires pour aider les plus pauvres à limiter son impact pour le futur.

Avec la crise sanitaire, l'insécurité alimentaire...

par Madame Catherine Rousseau, chargée de projets à la Fédération des Services Sociaux.

Ses activités principales au sein de la fédération portent sur le droit à l'alimentation au sein de la Concertation Aide Alimentaire. L'objectif est de travailler avec les acteurs de terrain pour développer des projets dont l'objectif premier est de renforcer l'accès aux droits des personnes qui vivent en situation de précarité.

C'est donc cette expertise qui lui permet d'identifier et de mesurer les impacts de la crise vis-à-vis des publics sur l'accès à l'alimentation, d'analyser comment la crise sanitaire a modifié les pratiques alimentaires et les conséquences notamment quand l'offre alimentaire habituelle n'était plus accessible.

La Fédération des Services Sociaux est agréée par le Ministère de la Région wallonne comme organisme de concertation de l'aide alimentaire en soutenant et coordonnant les organismes d'aide alimentaire.

La crise et les mesures qui ont été prises ont eu un impact profond sur la sécurité alimentaire. Avant la crise, on estimait que 450 000 personnes recouraient à l'aide alimentaire en Belgique, 50 000 à Bruxelles et une centaine de mille en Flandre et le reste en Wallonie. Au terme de la crise, ce nombre atteint à peu près de 600 000 personnes mais il est difficile d'avoir un chiffre précis car il n'existe pas de répertoire des personnes qui bénéficient de l'aide alimentaire. C'est donc une extrapolation qui peut s'ayérer sous-estimée.

Les demandes ont fortement et brutalement augmenté à la première période de confinement au début de la crise sanitaire, sous forme de besoin de colis alimentaires principalement.

L'offre alimentaire prend en effet différentes formes selon les régions. Si les colis alimentaires sont assez généralisés dans tout le pays, la Wallonie se caractérise par une offre plus importante d'épiceries sociales alors que Bruxelles développe davantage des restaurants sociaux et des chèques "alimentation".

Après le premier confinement, les demandes d'aide ont continué à augmenter mais moins rapidement et aujourd'hui, on ne constate pas de mouvement à la baisse mais un chiffre qui a tendance à se stabiliser.

Les demandes d'aide alimentaire s'intègrent souvent dans des demandes plus complexes comme le logement, les déplacements, la santé...

Des enquêtes en ligne ont complété les informations sur les demandes qui parvenaient sur le numéro d'urgence sociale de la Région wallonne, permettant de mieux orienter l'offre de manière ciblée pour répondre aux demandes.

Une offre soutenue par la Fédération des Services Sociaux durant la crise, est la distribution de chèques alimentaires. Cette initiative a permis, aux personnes dans le besoin, d'accéder à une offre alimentaire de proximité ou d'acquérir des besoins prioritaires pour elles.

La crise a cependant mis à mal l'offre en Wallonie. Plusieurs organismes ont été impactés par les mesures de confinement et de distanciation physique, ce qui a conduit à des déserts de l'offre alimentaire, notamment par un problème d'approvisionnement des surplus de la grande distribution.

De nouvelles initiatives privées, publiques, associatives se sont alors créées pour répondre aux besoins d'urgence dans certaines régions et ainsi, pallier à cette absence d'offre. Plusieurs de ces initiatives émergeaient de volonté citoyenne. Notre objectif est de pouvoir coordonner toutes ces offres spontanées pour avoir une offre plus cohérente et généralisée.

Des subsides importants, aux niveaux fédéral et régional, voire d'entreprises ont été octroyés à l'aide alimentaire pour les épiceries sociales et les restaurants sociaux, ainsi que des assouplissements pour avoir accès à cette aide. Cela a permis d'élargir la réponse aux besoins de certaines personnes et de certaines familles.

Concernant la sécurité alimentaire, notre organisme fait partie intégrante d'un collectif animé par le Crémis qui est un centre de recherche sur les inégalités sociales à Montréal, au Québec. La définition retenue pour la sécurité alimentaire est issue de cet organisme de recherche universitaire de santé et de services sociaux du Québec.

Elle précise que :

- chacun peut se procurer, en tout temps, une quantité suffisante d'aliments sains et nutritifs pour mener une vie saine et active et pour assurer à ses enfants une croissance et un développement adéquats;
- l'accès physique et économique (pouvoir d'achat) à des aliments à un coût raisonnable est garanti ;
- l'accès à une information simple, fiable et objective qui permet de faire des choix alimentaires éclairés est assuré;
- les aliments accessibles sont acceptables sur les plans personnels et culturels;
- les aliments sont obtenus par des moyens socialement acceptables et respectueux de la dignité humaine;
- les aliments sont produits, distribués et consommés d'une manière à s'inscrire dans un système agroalimentaire durable ;
- la production, la distribution et la consommation des aliments reposent sur des valeurs sociales qui sont justes et équitables.

La crise a manifestement exacerbé la pauvreté et les demandes d'aide alimentaire. C'est surtout l'aide alimentaire d'urgence (colis alimentaires et restaurants sociaux) qui a augmenté.

La situation de crise a permis de mettre en évidence la difficulté de faire appel à l'aide sociale par :

- méconnaissance des dispositifs d'aide pour les « nouveaux » pauvres,
- gêne et/ou honte de devoir y recourir ;
- le fait que les personnes craignent de sortir ou ne peuvent pas sortir : malades ou en quarantaine, personnes seules avec jeunes enfants...;
- la difficulté de se déplacer : moins de passage de bus et un nombre d'utilisateurs limité par bus (RW);
- la fermeture de structures d'aide ;
- les difficultés rencontrées pour entrer en contact avec certains CPAS/organisations sociales (saturation des services, suppression des permanences dans les bureaux, suivis par téléphone).

Dans ce contexte, de nombreuses demandes n'ont pu être satisfaites et force est de constater que l'aide alimentaire ne garantit pas toujours la sécurité alimentaire. A cela s'ajoute le manque de respect de la dignité humaine comme les longues files dans l'espace public, l'absence de choix des denrées correspondant aux besoins ou aux préférences des personnes, un manque de qualité et de diversité de certains produits (produits frais ou recours à des invendus).

Face à cette situation, plusieurs recommandations s'imposent pour répondre à l'urgence en tant de crise.

1. La première porte sur la quantité, la qualité et le respect de la dignité

Il importe d'offrir un accueil de toutes les demandes et de les orienter vers les services les plus aptes à yrépondre. Cela nécessite de faciliter l'accès à cette aide en répertoriant l'ensemble des services potentiels et de les soutenir en approvisionnement et en logistique. Si certains manques se font sentir dans certaines régions, de nouveaux dispositifs doivent être créés. De même, l'aide alimentaire nécessite une diversification de l'offre pour mieux répondre à la demande différenciée des personnes dans le besoin (colis ou soutien financier).

2. La seconde porte sur l'organisation et l'accessibilité

Un assouplissement des critères d'accessibilité doit être soutenu pour élargir l'offre en fonction de nouveaux besoins que la crise a fait apparaître. De plus, dans une perspective d'empowerment, il serait judicieux d'impliquer les bénéficiaires dans les prises de décisions relatives à l'organisation des services d'aide alimentaire.

Une amélioration des approvisionnements (producteurs locaux par exemple) et une plus grande accessibilité au prix juste devraient permettre une offre plus adéquate aux personnes en difficultés.

Enfin, une diversification des formes d'aide s'impose et notamment les chèques alimentaires qui respectent davantage les besoins différents des familles et des personnes en difficultés.

3. La troisième porte sur le caractère structurel de l'alimentation de qualité

Lutter contre les inégalités sociales face à l'alimentation nécessite de développer des politiques structurelles fortes, portant sur l'accès à un revenu décent pour tous assurant l'inclusion sociale et la protection sociale. Ces politiques doivent soutenir et assurer des systèmes alimentaires plus résilients, mieux adaptés pour faire face aux crises.

Elles doivent développer un système de démocratie alimentaire (une alimentation saine, en suffisance et de qualité pour tous) ainsi qu'un système alimentaire inclusif.

L'offre alimentaire des cantines scolaires doit être de bonne qualité et gratuite pour tous les enfants.

Pour réaliser ces objectifs, il serait indispensable qu'un observatoire soit créé pour suivre quantitativement et qualitativement l'évolution du droit à l'alimentation et de la précarité qui conduit à l'aide alimentaire.

Quand vieillissement et pandémie se croisent

par Madame Violaine Wathelet, Secrétaire politique d'Enéo, mouvement social des aînés au sein de la mutualité chrétienne.

Journaliste de formation, elle a exercé en qualité d'enseignante, ensuite en qualité de chercheuse formatrice au sein du Gresa, avant de poursuivre comme chargée de projet au sein de Solidarité des Alternatives Wallonnes et Bruxelloises.

La crise sanitaire a fait payer un lourd tribut à nos aînés. Cette réalité nous confronte à la difficulté que rencontre notre société dans l'accompagnement des personnes les plus vulnérables mais également notre incapacité à vivre ensemble et à défendre les droits des plus faibles.

Enéo est le Mouvement Social des Aînés des mutualités chrétiennes qui compte près de 4 000 membres et 6 000 volontaires.

Ses missions sont doubles : d'une part, encourager et promouvoir la participation ainsi que l'engagement des aînés dans la vie sociale, culturelle, économique et politique et d'autre part, représenter ses membres et les accompagner dans la défense de leurs droits.

Ses activités s'inscrivent dans une perspective d'éducation permanente, sur base d'animations et d'ateliers.

La crise sanitaire a fait subir un lourd tribut auprès des aînés. Si nous prenons la mortalité attribuable au Covid dans notre pays entre le 10 mars 2020 et le 14 février 2021, plus de 50 % a concerné les personnes de plus de 84 ans et plus de 40 %, les personnes de 65 à 83 ans.

Cette crise a mis à jour un certain nombre de dysfonctionnements relatifs aux Maisons de Repos et aux Maisons de Repos et de Soins, comme le manque de coordination avec les autres structures de soins, des cas de maltraitance, un personnel en sous-effectif, la difficulté de prendre en considération tous les aspects de la santé comme la dimension psychologique des aînés.

Elle a aussi donné un coup de projecteur sur une population souvent mise de côté et sujette à de nombreux stéréotypes, les personnes âgées. Et comme souvent, la représentation collective dominante du vieillissement et de la vieillesse conditionne nos modes de perception et de pensée.

La vieillesse ne peut se réduire à l'âge. Or, notre société occidentale a façonné nos vies et nos parcours de vie sur ce critère. Chaque période de la vie se structure sur le nombre des années et définit la position sociale dans la société.

Nos personnes âgées sont définies par un âge correspondant à celui de la retraite, ce qui signifie qu'elles ne sont plus actives et donc non productives. Elles passent de la désinstitutionnalisation du travail pour entrer dans l'institutionnalisation du repos.

La trajectoire de vie est ainsi marquée par des chevauchements d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation. Le critère de l'âge permet d'organiser les rapports entre les individus d'une même collectivité et de former des catégories mais présente le biais cognitif de l'homogénéisation.

Les processus d'exclusion et de nécessité de protection sont deux agirs collectifs très souvent observés envers les personnes âgées, répondant à la croyance que celles-ci ne sont plus en capacité de décider pour elles-mêmes. Cette incapacité attribuée touche à la fois les sphères privées (mise sous tutelle) ou les activités dans les institutions (décision imposée de participer à certaines activités).

Ces deux croyances s'auto-alimentent et font obstacle aux processus d'autodétermination, d'indépendance et d'autonomie. Ces deux derniers doivent être différenciés et ne sont pas indispensables pour que l'un ou l'autre existe : on peut être autonome (dans les décisions) et dépendant (dans l'activité physique).

Par ailleurs quand la vieillesse est envisagée par la porte du vieillissement biologique, l'attention portée aux plus âgé(e)s se centre presque essentiellement sur le curatif et délaisse le care (prendre soin du bien-être).

Or, comme le précise Monseu, "des modèles professionnels qui éludent une (ou plusieurs) dimension(s) de l'être humain (organique, psychique ou symbolique) induisent des effets pervers tant au niveau de la réponse des professionnel(le)s que de la demande des personnes âgées vis-à-vis des professionnel(le)s des services collectifs".

Le Covid-19 ou la Covid-19 : juste une question de genre?

par Madame Manoë Jacquet, Coordinatrice de Femmes et Santé et responsable du réseau "Femmes, genre et santé".

La question du genre face à l'épidémie nous révèle bien des surprises. Au-delà de la polémique relative à la question du féminin ou du masculin du mot Covid, l'analyse épidémiologique révèle que la répartition entre hommes et femmes n'est pas identique pour la contamination et pour les complications de la maladie.

Si les femmes sont plus nombreuses à être infectées par le virus, ce sont les hommes proportionnellement qui en présentent les formes les plus graves et qui en décèdent plus souvent. Cette situation méritait-elle de prendre des mesures différentes pour éviter ces écarts ? Que nous révèle cette crise sanitaire sur la question du genre dans les inégalités sociales et quels sont les enjeux différenciés pour les actions de promotion de la santé ?

Sous ce générique assez anecdotique, le (ou la) Covid a remis au cœur du débat la question du genre face à la crise sanitaire et les conséquences

différenciées selon que l'on soit homme, femme, transgenre...

La crise sanitaire a confronté l'ensemble de la population à l'application de mesures spécifiques pour limiter la transmission et la propagation du virus au sein de la population. Le confinement obligatoire, le télétravail obligatoire à l'exception des métiers dits essentiels, l'interdiction de se rendre à l'étranger, la fermeture des écoles et des lieux de garde, la distanciation physique, le chômage technique, les droits passerelle, le lavage des mains, le port du masque, la vaccination et le pass sanitaire, autant de mesures qu'il a fallu apprendre à appliquer en très peu de temps

et généralisées à toute une population.

Or, ces mesures universelles sont loin d'engendrer les mêmes conséquences pour toute la population. Elles sont construites sur un modèle particulièrement idéal qui correspond à la famille classique, relativement aisée et vivant en maison unifamiliale avec grand jardin.

Par contre, comme le précise Paola Hidalgo, "les familles recomposées, les personnes vivant en communauté ou en squat, les polyamoureux (ses), les migrant(e)s, les nomades.. ont très vite éprouvé des difficultés à se conformer à ces mesures imaginées pour une norme sociale en perte de vitesse". On peut y ajouter les personnes sans papier, les personnes précarisées ou en précarisation, les prostitué(e)s, les familles nombreuses, les familles monoparentales, les familles LGBQTIA, les personnes en prisons ou en centres fermés...

Les mesures ont généré des effets différents et des intensités différentes selon la situation initiale des personnes et des familles.

Ainsi, les violences intrafamiliales et conjugales ont augmenté (70 % de plus selon l'Agence Belga lors du premier mois de confinement) ainsi que les violences sexuelles sur mineur(e)s ou sur des adultes également (comme en témoigne le triplement des appels durant le confinement). Par ailleurs, le harcèlement de rue et le cyberharcèlement se sont amplifiés.

En ce qui concerne le travail, celui des tâches domestiques notamment, reste inégalement réparti entre les deux sexes et celui des familles monoparentales a augmenté en raison de la présence permanente des enfants dans la maison. Les pertes d'emploi temporaire (ou durable) ont davantage concerné les femmes.

La crise a cependant vu naître de nouvelles initiatives pour faire face à l'exacerbation de ces violences: dispositif d'alerte via les pharmacies, nouvel outil d'identification des risques, prise de conscience du risque chez les femmes nettement plus importante, développement de moyens supplémentaires pour la prise en charge des femmes victimes de violence.

Les femmes sans-abri ont vécu cette situation de manière plus compliquée par le fait qu'il leur était difficile de trouver des lieux sécures où elles n'étaient pas exposées à la violence et où elles pouvaient bénéficier de conditions d'hygiène décentes.

De même, les femmes isolées ou à la tête de familles monoparentales, ont été davantage confrontées à l'isolement social, devant pour ces dernières, assurer à domicile l'accompagnement scolaire de leurs enfants. Le Conseil bruxellois pour l'égalité entre les femmes et les hommes souligne que toutes les difficultés, cumulées en temps normal par les familles monoparentales (temps partiels, revenus limités, problèmes de logement, non-paiement des contributions alimentaires...) se sont aggravées durant la crise. Une diminution significative des revenus et un enfermement dans les charges familiales ont été constatés, parfois dans un logement inadapté à une vie de famille par la promiscuité et l'exiguiïté.

Les femmes ont été particulièrement exposées au risque de contamination du fait des secteurs d'activité où elles sont majoritaires. C'est le cas du secteur hospitalier où elles représentent 80 % du personnel, des maisons de repos et de soins (88 %), des maisons de repos pour personnes âgées (86,5 %), des crèches (96 %), de l'aide à domicile (95 %) ou du commerce de détail ou en grandes surfaces (60 %). Parmi celles qui ne pouvaient pas travailler en raison d'une contamination, certaines femmes ont subitement perdu 30 % de leur salaire qui est déjà très bas.

Même pour celles qui avaient l'opportunité d'effectuer leur activité professionnelle en télétravail, près d'une femme sur trois déclarent avoir rencontré des difficultés à concilier leur emploi à domicile et les charges familiales durant le confinement alors qu'ils étaient un sur cinq parmi les hommes. La crise sanitaire a amplifié ce déséquilibre dans le partage des rôles à domicile, notamment en raison de la fermeture des écoles et des crèches.

Certaines femmes déclarent néanmoins que la crise sanitaire leur a permis de s'éloigner de situations qu'elles considéraient comme à risque ou embarrassantes. Parmi celles-ci, la distanciation sociale et le respect des gestes barrières les ont écartées du devoir d'embrasser leurs collègues de travail et d'être soumises au harcèlement en rue. Le contexte de crise a été, pour une partie d'entre elles, l'occasion de réfléchir à leur rapport au corps et à la question du consentement.

Sur le plan de la santé mentale, le travail émotionnel a particulièrement éprouvé les femmes. Prendre des nouvelles des proches, rassurer les parents qui connaissent une anxiété importante, rassurer les enfants suite à une augmentation de leurs stress... sont autant de situations qui génèrent des émotions exacerbées.

Pour garantir aux femmes des conditions de vie plus favorables en cette période de déconfinement, il importe de leur permettre :

- une accessibilité plus grande aux soins (gynécologie, dépistage, contraception, avortement...);
- une plus grande souplesse dans l'articulation entre travail et réouverture des écoles et des crèches au risque que les femmes ne puissent reprendre leurs activités professionnelles avant que les enfants soient scolarisés;
- une non-soumission à un accroissement des inégalités en termes de revenu, d'évolution ou de promotion de carrière ;
- une prise en compte de la violence que certaines ont subie durant la crise sanitaire au risque de voir celle-ci banalisée une fois de plus.

Toutes ces mesures doivent faire l'objet d'une vigilance accrue pour diminuer l'impact plus important de la crise à l'égard des femmes et plus spécifiquement à l'égard des femmes les plus défavorisées.

De l'intersectionnalité à la syndémie : COVID-19 et inégalités sociales de santé

par Madame Charlotte Pezeril, est docteure en anthroplogie sociale et directrice de l'Observatoire du Sida et des Sexualités à l'Université Libre de Bruxelles. Elle interroge l'intersectionnalité des inégalités sociales de santé dans un contexte de crise sanitaire.

Pour elle, la crise sanitaire liée à la COVID-19 semble avoir exacerbé les inégalités, qu'elles soient liées à l'âge, au genre, à la classe sociale ou à l'appartenance ethnoraciale. Afin de ne pas compartimenter ni hiérarchiser ces rapports de pouvoir, la notion d'intersectionnalité permet de les penser ensemble, d'envisager leur co-construction et, en même temps, d'identifier et de visibiliser les plus vulnérables. Cette communication veut partir d'enjeux théoriques afin d'analyser les déploiements concrets de l'intersectionnalité dans la situation actuelle.

L'intersectionnalité est un terme qui a été proposé par une juriste afro-américaine pour montrer comment les femmes qui se trouvent à l'intersection du

racisme et du sexisme se retrouvent dans des conditions différentes des hommes de couleur et des femmes « dites » blanches. Elles sont d'abord quantitativement disproportionnées par rapport au chômage, ce qui limite leurs possibilités de fuir des situations de violence intrafamiliale, ne serait-ce que pour retrouver un logement.

Elles sont également confrontées au problème de la langue, ne maîtrisant pas toujours l'anglais pour instaurer un dialogue.

De plus, pour celles qui sont arrivées par regroupement familial, le fait de quitter un homme violent peut leur faire perdre un droit à la régularisation sur le territoire, ce que nous connaissons aussi en Belgique.

Ces femmes se retrouvent souvent invisibilsées dans et par les mouvements féministes et antiracistes, avec la difficulté d'avoir des chiffres précis sur leur nombre. Ces femmes doivent se battre contre la violence et le patriarcat dans leur communauté et contre le racisme dans la société globale.

Ce concept, devenu champ de recherche à l'heure actuelle, décrit des configurations différentes. Au départ, l'intersectionnalité se représente comme une simple intersection de routes préexistantes l'une à l'autre (classe sociale, genre, race...). Aujourd'hui, elle est pensée davantage comme une matrice des dominations ou la co-substantialité des rapports sociaux. L'idée est que chaque rapport social se co-construit et que l'on est perpétuellement dans un

processus où les discriminations ne s'additionnent pas forcément mais s'entrecroisent, s'articulent, s'imbriquent de manière complexe en fonction des contextes.

Les enjeux actuels de l'intersectionnalité présentent un risque de dépolitisation du fait qu'elle aurait perdu de sa portée critique. Or, les auteurs contemporains revendiquent sa pertinence pour analyser les rapports sociaux et leurs croisements. Il s'agit de réfléchir sur la question de la façon de penser ensemble la lutte contre les inégalités sociales et d'envisager la problématique sous l'angle des rapports sociaux et non pas uniquement des individus. Il s'agit de prendre conscience de la complexité des rapports sociaux d'un individu ou d'un groupe d'individus (rapport de domination dans certaines situations et rapport de dominé dans d'autres situations).

L'intersectionnalité permet aussi de ne pas participer à la reproduction des rapports sociaux sous la forme de domination. La question du droit des femmes s'est ainsi constituée comme un cadre qui permet de revendiquer l'égalité sociale homme-femme, comme le montre la situation en Afghanistan aujourd'hui. Mais ce discours d'exhortation à l'égalité ne suffit pas, les inégalités restant réfractaires à cette tendance, ce qui nécessite des approches structurelles qui prennent en considération ces rapports de pouvoir.

Par rapport au Covid, ce concept émerge au sein de ce que certains appellent la société des risques, comme le risque nucléaire qui pourrait détruire la planète en quelques secondes ou la globalisation qui va accélérer la circulation des virus. Toute cette émergence de risques contemporains va de pair avec la distance du risque de mort (distance par rapport à nos personnes vieillissantes mais aussi par rapport aux rituels autour de la mort).

La contamination par le Covid a suscité beaucoup d'ambiguïtés et de controverses au départ de l'épidémie sur la pertinence d'utiliser ou pas un masque, de quel type, ou sur la distance minimum pour assurer la distanciation physique optimale afin de limiter la transmission.

L'étude des sciences sociales nous montre que les individus ne sont que très rarement confrontés à un seul risque (ici en l'occurrence la contamination par le virus) mais vont aussi être confrontés au risque de la pauvreté, de l'exclusion, de la perte de leur emploi, de solitude, ...

Se protéger des risques n'est pas toujours évident pour les individus car ils n'en ont pas la possibilité (le port du masque pour les personnes en insuffisance respiratoire), la connaissance (l'information n'est pas fiable ou n'est pas comprise car la personne ne maîtrise pas la langue) ou le moyen n'est pas accessible (le vaccin dans certaines régions en cas de mobilité réduite).

Le VIH nous a appris que le comportement d'abstinence totale n'était pas le seul à prôner en termes de santé publique mais pouvait inclure d'autres stratégies comme la réduction des risques. Cette politique peut avoir une réelle efficacité comme le montrent les études sur le risque de transmission du VIH.

L'approche de réduction des risques est intéressante car elle multiplie le nombre de stratégies à mettre en place tout en faisant confiance aux personnes dans le choix des stratégies les plus pertinentes en fonction de leur situation singulière et de leur réelle capacité d'agir.

Face à la crise du Covid, qui est à risque et quels sont les risques réels?

Le plus évident est le risque de la mortalité, et secondairement des morbidités, en fonction de l'âge et des comorbidités préexistantes.

Face à ce risque, on a cru, comme l'exprime Didier Fassin, que l'on était dans une illusion de

l'égalité. On avait l'impression que l'on était tous à risque à tout moment de la même manière alors que la distribution des comorbidités est fortement imbriquée avec les inégalités socio-économliques (logement exigu, pollution, alimentation insuffisante ou moins saine...).

Le risque d'exposition est aussi différent, ne serait-ce que sur le lieu de travail ou sur le chemin du travail. Plus de 50 % des employés ont pu avoir recours au télétravail alors que c'est moins de 1 % chez les ouvriers. Tout le monde n'a pas été protégé de la même manière!

L'exposition a été différente également en fonction du milieu de vie comme le milieu carcéral ou les situations d'hébergement qui se sont vites révélés comme des nids à risque.

Concernant l'accès aux soins, la pandémie a interrompu un certain nombre de parcours de soins et de suivi médical, surtout pour les personnes qui ne pouvaient pas bénéficier des nouvelles technologies pour la télémédecine, ou le E-Health. Certaines personnes ne se sont pas rendues à l'hôpital pendant cette période, soit par crainte d'y être contaminées ou pour éviter de surcharger les équipes médicales et soignantes qui étaient très sollicitées par le virus.

Le risque de criminalisation des comportements (respect du masque et du confinement) qui touche des quartiers bien particuliers, le risque de précarisation (personnes sans abri par exemple), le risque de violence et de santé mentale (notamment à l'égard des LGBT avec des jeunes confrontés en permanence à un parent homophobe) se sont amplifiés par la crise.

Les effets anthropologiques des mesures barrières auprès des jeunes qui ont vu leurs rapports entre eux totalement changés (plus de bise pour se saluer, respect de la distanciation physique) vont probablement changer leur vision et leur rapport au monde et aux autres.

La crise du Covid a été abordée comme une épidémie mais pour Richard Horton, rédacteur du Lancet, il faut élargir le concept et parler de syndémie.

Une syndémie se définit par la synergie de plusieurs maladies ou problèmes concentrés de manière anormalement élevée dans une population donnée. Dans le cadre de cette pandémie, c'est mettre l'accent sur une maladie virale (le Covid) en lien avec un ensemble de pathologies chroniques non transmissibles (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires...). Toutes ces pathologies ont fortement augmenté depuis une trentaine d'années dans nos pays occidentaux, notamment en raison de la pollution atmosphérique, de la malbouffe et également de l'accroissement des inégalités sociales. C'est bien des facteurs environnementaux qui ont permis l'émergence des virus, nous obligeant à analyser notre rapport d'extraction à la nature.

Barbara Stiegler, qui a publié "La démocratie en pandémie", a montré les enjeux démocratiques liés à la pandémie. Elle souligne qu'il n'y a pas eu de débats parlementaires sur les décisions prises exclusivement par le gouvernement sous le prétexte de l'urgence. Cela interroge sur la place de la démocratie en politique avec la difficulté que nous avons aujourd'hui, citoyens, de débattre sereinement de cette question. Ainsi, le fait de s'interroger, de questionner le fonctionnement et le processus décisionnel va automatiquement être vu comme une forme de mainmise ou l'achat par Big Pharma ou à l'inverse d'être des complotistes. Entre ces deux extrêmes, il devient difficile de mettre en débat ces enjeux-là.

Comment dès lors penser ce qui nous est commun dans le contexte de la gestion d'une crise, se questionnent Gaudillère, Izambert et Juven dans leur ouvrage "Pandémopolitique, réinventer la santé en commun" ?

En référence et en comparaison avec la problématique du VIH, ce qui a été mis de côté dès le départ de la crise sanitaire, c'est d'abord l'exclusion de la promotion de la santé au profit d'une approche épidémio-médicale.

Ce qu'avait montré la crise du VIH, c'est l'importance de la responsabilisation et non pas de la criminalisation des comportements à risque. La responsabilisation, c'est la reconnaissance de la capacité de réflexion et d'action de la part des citoyens. Pour qu'elle soit opérationnelle, il faut leur donner les moyens de pouvoir l'exercer, comme leur expliquer les bienfaits et les risques de la vaccination par exemple. Les citoyens pourront alors faire leur choix en fonction des coûts-bénéfices de chacune des stratégies.

L'attention aux plus vulnérables doit être une priorité mais encore faut-il pouvoir les identifier. Or, force est de constater qu'il nous manque des données pour le faire de manière exhaustive.

Le rapport à la science doit également être interrogé. Le rapport de confiance a été mis à mal surtout que le développement de la science (ou plutôt des sciences) fonctionne par débats et par controverses.

La confiance vis-à-vis des scientifiques, mais aussi la confiance vis-à-vis des politiques, ont été sujets à une crise également pour les citoyens.

L'enjeu aujourd'hui est de savoir comment on va arriver à reconstruire tout cela, et plus particulièrement dans un contexte de perte de solidarité internationale. Il y a en effet une illusion de croire que la fermeture des frontières va empêcher le virus de circuler! C'est une fausse sécurité notamment en raison de ce que l'OMS a nommé le nationalisme vaccinal (nombre de vaccins administrés en fonction d'une proportion de la population). Certes, il y a eu des promesses de financer des vaccins pour les pays les plus défavorisés, mais moins de 5 % de celles-ci ont été tenues. Il faut donc une solidarité nationale, mais également une solidarité internationale, car ce virus circule et il ne connaît pas les frontières. C'est particulièrement le cas dans l'apparition des variants les plus virulents qui vont se développer dans les pays où la couverture vaccinale est parmi les plus faibles.

Pour conclure sur l'opportunité et la nécessité de l'approche intersectionnelle, elle doit permettre de comprendre les mécanismes de domination mais également d'identifier les populations ou les groupes les plus vulnérables dans un contexte donné et penser ensemble les spécificités entre groupes et leur transversalité.

La véritable opportunité politique, c'est pouvoir lutter contre des oppressions que l'on ne subit pas soi-même.

Le virus a fait prendre conscience de notre interdépendance. Il a également modifié notre rapport à la mort et au deuil (obligation pour la famille d'abandonner une personne malade pour mourir avec l'interdiction de l'accompagner). Il a aussi perturbé notre rapport au temps en étant à la fois dans une accélération du monde (notamment sur le plan technique et technologique

comme le prouve la rapidité du séquençage du virus ou du vaccin) et simultanément dans un temps perçu comme arrêté par les mesures barrières. Et pourtant on a tous le sentiment de ne plus avoir le temps...

La crise sanitaire comme révélatrice et amplificatrice de la fracture numérique

par Monsieur André Delacharlerie, responsable de L'Observatoire du numérique et du programme Education à l'Agence du Numérique.

Pendant la crise sanitaire, les outils numériques ont montré tout leur potentiel pour permettre à de nombreux travailleurs de continuer à exercer leur métier malgré le confinement. Ces outils ont aussi permis de garder le contact avec les proches, tant par la voix que par l'image, et, via le commerce électronique, de sélectionner et commander des marchandises peu accessibles dans le commerce traditionnel.

Toutefois plus de 20 % de la population reste mal à l'aise vis-à-vis de ces pratiques numériques, voire incapable de les réaliser.

L'exposé porte sur la fracture numérique en Wallonie et la détermination des segments de population concernés, sur l'interrogation sur les inégalités induites ou renforcées par la fracture numérique dans le cadre de la crise sanitaire et sur les actions recommandées par l'Agence du Numérique et le Service Public de Wallonie pour faciliter l'inclusion numérique en Wallonie.

Pour aborder la question de la fracture du numérique et de l'impact de la crise sanitaire sur son développement de résorption ou d'amplification, référence sera faite au dernier Baromètre 2021 de maturité numérique des citoyens wallons.

Ce baromètre vient d'être publié très récemment et porte sur 2 184 réponses qui ont été collectées entre le 28 janvier et le 19 mars 2021 auprès d'un échantillon de la population résidant en Wallonie et âgée de 15 ans et plus. Cet échantillon a été structuré de manière à garantir une représentation valide des deux genres, de toutes les classes d'âge, des différentes catégories socioprofessionnelles, des différents niveaux d'éducation et de tous les types de ménages. La collecte s'est effectuée au départ d'une sollicitation téléphonique réalisée pour 70% sur des numéros de

lignes mobiles et pour 30% sur des lignes fixes.

Sur l'équipement, 96 % des ménages interrogés disposent d'au moins un terminal numérique et ce sont les smartphones qui ont connu le plus grand développement. Ce qui signifie que 4 % des ménages ne disposent d'aucun terminal. 78% des ménages wallons interrogés possèdent au moins un ordinateur portable, 55 % d'au moins une tablette numérique et 42 % un ordinateur fixe.

L'analyse de la répartition montre que 49 % cumulent à la fois un ordinateur, un smartphone et une tablette (+ 3 % depuis le début de la crise sanitaire) alors que 34 % disposent à la fois d'au moins un ordinateur et un smartphone.

L'étude montre également qu'il existe un gradient lié à l'âge pour la possession d'un smartphone, que ce gradient s'inverse pour l'usage d'un GSM et que le pourcentage de personnes ne disposant d'aucun équipement numérique personnel augmente avec l'âge à partir de 55 ans.

La crise sanitaire a induit l'acquisition des équipements numériques dans 18 % des ménages et plus particulièrement l'achat d'un ordinateur fixe ou portable pour 14,5 % d'entre eux. Les motivations pour cette acquisition portaient d'abord sur les études (57 %), pour le télétravail (42 %) et pour maintenir les contacts (12 %).

La qualité de la connexion à domicile reste cependant problématique pour 12 % des familles et moyenne pour près d'un tiers d'autres familles (coupures et lenteurs occasionnelles). Seulement 57 % des familles déclarent une connexion stable et suffisante.

Des disparités géographiques apparaissent selon le caractère urbain ou rural des communes. Ce sont les régions rurales qui comptent le plus de non utilisateurs d'internet en 2020 (8 %) alors que c'est la région semi-rurale qui voit le nombre de connexions au domicile les plus importantes (97 %). Par contre, la qualité de la connexion est meilleure en milieu urbain (59 %) contre 55 % dans les autres régions et la qualité de la connexion reste majoritairement faible en milieu rural (17 %).

Lors du premier confinement, les difficultés les plus rencontrées dans les écoles étaient par ordre prioritaire le manque d'équipement chez les élèves (85%), le manque de formation des enseignants (75 %), le manque d'outils pour communiquer avec les parents (45 %), le manque d'outils pour échanger sur les ressources pédagogiques et les travaux (34 %), le manque d'équipement pour les enseignants (31 %) et le dysfonctionnement des systèmes pour 21 %. Ces résultats soulignent la priorité des problèmes à résoudre en cas de nouvelle période de confinement.

Quant à l'usage d'internet selon le sexe, les disparités qui existaient depuis les années 2000 tendent à disparaître avec plus ou moins de 90 % de fréquence quotidienne de connexion à internet quelque soit le genre.

L'usage des applications de communication connaît un essor important depuis le début de la pandémie, surtout pour les communications visuelles ou l'utilisation du téléphone via des applications internet avec une augmentation de respectivement 52 % et 30 %.

Quant au télétravail, celui est autorisé pour 55 % des employés et parmi eux, 50 % le font de manière systématique et 45 % de manière partielle.

L'E-commerce connaît une progression nette en raison du Covid. 69 % des wallons interrogés ont effectué des achats en ligne en 2020 (progression de 8 %) et 43 % des wallons ont acheté via leur smartphone sur la même période avec une progression de 16 %).

Si 31 % n'ont pas utilisé le commerce en ligne, 36 % n'ont pas modifié leurs habitudes d'achats en ligne contre 33 % des acheteurs qui ont élargi la gamme des produits achetés ou significativement augmenté leurs achats en ligne. Ce sont essentiellement les femmes qui font partie des nouveaux acheteurs (7 % des nouveaux acheteurs contre 3 % d'hommes).

Concernant les compétences numériques, les données révèlent un niveau global de compétences en hausse (de 56 à 59 entre 2019 et 2021).

Ces compétences augmentent surtout chez les femmes (4,7 contre 0,3 chez les hommes). Si les compétences sont jugées suffisantes par 76 % de la population active, 20 % considèrent ces compétences insuffisantes. Le nombre de personnes souhaitant bénéficier de formations pour maîtriser davantage le numérique reste important (35 %). C'est le cas de 49 % des étudiants, 44 % des employés et des chômeurs et 24 % des ouvriers.

Cinq profils se dégagent parmi les wallons dans l'usage du numérique :

- les passionnés qui représentent 9 % des utilisateurs,
- les compagnons qui comptabilisent 20 %,
- les ambivalents au nombre de 29 %,
- les insoumis pour une proportion de 10 %,
- les éloignés qui sont les plus nombreux avec 32 %.

L'analyse de ces profils selon le genre montre que les hommes sont plus nombreux que les femmes dans les catégories "passionnés" et "compagnons" avec respectivement 12 % et 25 % contre 6 % et 16 % pour les femmes. A l'inverse les "ambivalents" et les "éloignés" comptabilisent plus de femmes que d'hommes avec 33 % et 38 % contre 26 % et 25 %.

La répartition par âge montre que le nombre des "passionnés" décroît avec l'âge alors que les "éloignés" augmentent avec l'âge pour atteindre 68 % pour les 75 ans et plus.

La distribution des profils présente un gradient selon le niveau d'études et les revenus. Plus le niveau d'études ou le revenu croît, plus l'utilisateur rejoint la catégorie des "passionnés" ou des "compagnons".

En conclusion, l'analyse montre trois degrés de fracture numérique :

- le premier concerne la distance du numérique qui concerne 32 % des citoyens;
- le deuxième porte sur la maturité numérique considérée comme faible qui concerne 18 % des utilisateurs :
- le troisième comptabilise le nombre de ménages sans connexion internet qui représente
 6 % des ménages.

Les recommandations de l'Agence du Numérique et du Service Public de Wallonie sont plus

d'éducation au numérique et plus d'inclusion de tous.

Ainsi, l'éducation du numérique doit être renforcée à plusieurs niveaux :

- dès l'école fondamentale par une éducation aux concepts du numérique et par une utilisation du numérique dans tous les apprentissages;
- dans les formations qualifiantes auprès des Jeunes (IFAPME) et les demandeurs d'emploi (FoREM);
- au long du parcours professionnel par la formation continuée dans les entreprises;
- pour tous les citoyens par des actions de soutien à l'inclusion dans le monde associatif et des programmes d'éducation permanente via les grands médias ;
- de plus, des actions d'aide à l'équipement et à la connexion des plus démunis doivent être mis en place et une attention spéciale doit être apportée à l'ergonomie des interfaces informatiques.

La promotion de la santé en temps de crise et de post-crise sanitaire

par Monsieur Claude Renard, courtier en connaissances scientifiques.

L e s inégalités sociales de santé présentent un certain nombre de caractéristiques qui permettent de mieux comprendre leurs enjeux.

1. Elles sont systématiques car elles ne sont pas distribuées au hasard dans la population mais évoluent selon un gradient social.

- 2. Elles sont évitables, c'est-à-dire qu'elles peuvent être prévenues, réduites ou traitées.
- 3. Elles sont injustes dans la mesure où elles entravent le droit à la santé pourtant inscrit dans de nombreux textes nationaux et internationaux.
- 4. Elles sont sociales car elles ne doivent rien à la biologie ou à la génétique mais sont socialement construites et socialement reproduites.

5. Elles sont aussi territoriales car elles sont aussi très fortement dépendantes des conditions de vie dans l'environnement chimique, physique et social.

Comme le précise l'OMS, le Covid-19 et ses mesures de confinement ont exacerbé les écarts de santé liés aux inégalités sociales par le biais de trois mécanismes :

- l'inégalité des effets du Covid-19 sur la santé;
- les mesures de confinement dues au Covid-19 ; et
- les effets bidirectionnels entre les inégalités socio-économliques de l'impact du Covid-19 et les inégalités de santé non liées au Covid-19.

1. L'inégalité des effets du Covid-19 sur la santé

Si l'infection due au Covid-19 touche toutes les classes sociales, elle cache de fortes disparités.

Selon l'étude EpiCov en France, la séroprévalence au début de la pandémie était de 5,7 % pour 10 % des niveaux de vie les plus faibles, de 6 % pour 10 % des niveaux de vie les plus élevés contre 4,5 % pour la population totale. La différence résidait cependant dans la temporalité. Si les cadres supérieurs étaient plus nombreux avant le confinement, c'est lors du confinement que les personnes les plus vulnérables présentaient les taux de contamination les plus élevés.

De même, les personnes habitant dans des communes de plus de 1 500 habitants par km², sur une agglomération de plus de 50 000 habitants, présentent proportionnellement deux fois plus de tests positifs que dans les communes moins denses. L'exposition au virus est deux fois plus importante dans les logements surpeuplés (9,3 % contre 4,3 %).

L'analyse de la surmortalité (nombre de décès supplémentaire en référence à la moyenne des cinq dernières années pour la même période de référence), la différence entre le nombre de décès toutes causes confondues pendant la pandémie et le nombre attendu de décès présente peu de différences dans la répartition homme-femme en Belgique. Les résultats montrent cependant un excès de mortalité plus important que dans nos deux pays voisins (16,6 % en 2020 selon Sciensano).

Si on poursuit l'analyse de manière comparative dans une sélection de pays européens (pays du Nord et pays de l'Europe centrale), on constate des variations importantes selon les régions et entre les pays pour :

- l'incidence (apparition de nouveaux cas quotidiens par milliers de personnes);
- la mortalité quotidienne par milliers de personnes ;
- la surmortalité (en pourcentage de décès).

Les pays du Nord de l'Europe présentent des taux d'incidence, de mortalité et de surmortalité nettement inférieurs aux pays du centre de l'Europe et la Belgique présente des taux plus importants que ces voisins comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni. L'étude précise que plusieurs facteurs sont susceptibles de donner une explication de ces variations comme les différences de fonctionnement et de structuration sociale, de stratégies (viser l'immunité sociale au départ de la pandémie), de concentration et de densité de population, de participation plus importante de la société (citoyens) dans les processus décisionnels...

L'analyse de la disparité des déterminants sociaux, susceptibles d'expliquer l'impact différent des risques et des conséquences selon le groupe social, identifie trois processus pouvant être mis en évidence :

- selon les classes sociales, l'exposition différente au virus peut conduire à un risque accru de contamination;
- la vulnérabilité et la susceptibilité (notamment les comorbidités) présentent un risque accru de faire une forme grave de la maladie ;
- les conséquences sociales et économiques (notamment le recours aux soins durant la pandémie) peuvent avoir également des conséquences sur le plan de la santé.

Les groupes les plus vulnérables connaissent un risque d'infection plus important que les autres groupes, tant à titre individuel qu'en fonction de l'environnement de leur résidence, et ce pour toutes les classes d'âge et de sexe, et plus particulièrement :

- prévalence des maladies non transmissibles plus importante;
- conditions de logement plus précaires et risque de surpeuplement plus important;
- moindre accessibilité aux soins ;
- moindre accessibilité à l'information et à la compréhension des messages de santé;
- pas de métier pouvant être exercé en télétravail;
- moins de possibilités d'aménager leur vie et leur milieu de vie pour pouvoir se protéger davantage du risque ou pour s'adapter au changement d'environnement (ex : transport individualisé);
- immunité plus faible face aux agressions par les virus et les bactéries;
- une espérance de vie plus basse selon un gradient social;
- un indice de privation multiple et notamment l'insécurité alimentaire.

2. Les effets du confinement sur les populations défavorisées

L'analyse permet de mettre en évidence que les effets du confinement sont :

- une détérioration de la santé des plus défavorisés en raison notamment de la limitation de l'accès aux services de santé et des services sociaux et du renoncement aux soins habituels par crainte de la contamination;
- un impact économique par la perte de revenu, voire la perte d'un emploi souvent précaire ;
- une difficulté d'accès aux fournitures, par la limitation des moyens de transport, et à l'alimentation, notamment par la fermeture des écoles;
- un impact direct sur la scolarisation des enfants par l'enseignement à distance;
- une détérioration de la santé mentale avec un accroissement important du stress associé à l'isolement, à la question de la survie, à l'avenir et au risque d'être contaminé ou de contaminer.

3. Les effets bidirectionnels entre les inégalités socio-économiques de l'impact du Covid-19 et les inégalités de santé non liées au Covid-19

Les facteurs associés à la gravité de la maladie et au risque de mortalité ont bien mis en évidence le poids des comorbidités. Or, la répartition de ces dernières est très inégale au sein de la population, affectant davantage les populations les plus défavorisées. La majorité des maladies non transmissibles ont une prévalence différente selon les classes sociales et ce sont les classes sociales les plus précarisées qui en souffrent davantage.

A titre d'exemple, le surpoids et l'obésité ont été identifiés comme parmi les principaux facteurs de risque de gravité et de mortalité de la maladie. Du fait de la crise et du confinement, les pratiques alimentaires ont changé et ont accru le risque et l'importance de la prise de poids. Une étude de Sciensano, réalisée d'avril à fin mai 2020, a montré que sur la période de six semaines trois mois après le confinement, le poids d'une majorité de personnes s'est modifié.

- Pour les personnes en insuffisance pondérale, 20 % d'entre elles ont perdu du poids alors que 70 ;% ont maintenu leur poids.
- Pour les personnes présentant un IMC normal, 24 % d'entre elles ont pris du poids alors que 64 % ont gardé leur poids initial.
- Pour les personnes en surpoids, 32 % d'entre elles ont constaté une augmentation de leur poids contre 54 % qui ont réussi à garder un poids stable.
- Pour les personnes en situation d'obésité, près de 40 % d'entre elles ont vu leur indice de masse corporelle augmenté contre 45 % qui ont pu garder un IMC identique.

Les facteurs explicatifs du gain de poids en lien avec les comportements de santé durant le confinement sont :

- l'augmentation de la consommation de boissons sucrées ;
- l'augmentation de la consommation de collations sucrées ou salées ;
- l'augmentation de la consommation d'alcool;
- l'augmentation de la consommation de plats préparés ;
- la diminution de la pratique de l'activité physique et l'augmentation de la sédentarité.

Ces résultats illustrent que ce facteur de surcharge pondérale, connu comme aggravant le risque de forme grave de la maladie voire de mortalité, s'est amplifié au cours du confinement, augmentant le nombre de personnes en surpoids et obèses.

La pandémie a aussi eu un impact important sur la santé mentale de la population. Plus de personnes ont déclaré des problèmes d'anxiété (entre 16 et 23 %) pendant la pandémie qu'en 2018 (11 %). La dépression était également plus fréquente (entre 14 % et 22 %) qu'en 2018 (9,5 %).

Les prédicteurs les plus significatifs des symptômes dépressifs pendant la pandémie sont les suivants :

- le faible revenu du foyer,
- le fait d'être seul (statut marital),
- l'exposition à certains facteurs de stress liés à la pandémie.

La crise sanitaire met en évidence la nécessité d'accentuer, dans une approche globale intégrée, les efforts en vue de diminuer les inégalités sociales de santé :

- en renforçant les facteurs de protection,
- en diminuant les facteurs de risque.

Comme le précise Perrine HUMBLET (ULB), "les modèles développés pour expliquer les inégalités sociales de santé identifient à la fois des déterminants structurels (politiques publiques, politiques sociales et économiques) et l'existence d'inégalités sociales parmi les facteurs de protection et les facteurs de risque.

Les premiers, favorables à une bonne santé et à son maintien, sont plus fréquents et plus nombreux dans les groupes sociaux favorisés. Les seconds sont plus fréquents et plus importants dans les groupes sociaux défavorisés".

Quelles sont alors les priorités et les perspectives d'intervention?

Comme les pandémies ont tendance à exacerber les inégalités sociales, la priorité devient de lutter contre les inégalités sociales, à la fois en amont et en aval de cette crise sanitaire.

En effet, si elles ont une charge importante sur la morbidité et la mortalité, elles ont également des conséquences a posteriori. On peut penser aux pertes d'emploi comme conséquences économiques des confinements, pour ne prendre qu'un exemple.

En amont, les conditions de santé comme les comorbidités et les facteurs sociaux comme le surpeuplement, la pauvreté, l'isolement, le non accès à une alimentation de qualité sont associés à une exposition plus élevée, à un accès moindre aux soins et à un plus fort impact sur la transmission de l'infection et sur la mortalité.

En conclusion, Il y a une réelle nécessité de :

- déployer des moyens de mobilisation et de responsabilisation collective pour adapter les comportements et non uniquement de responsabilisation individuelle pour adopter les comportements;
- d'accroître le contrôle de la population sur sa santé, de renforcer la cohésion sociale, de reconstruire la confiance publique.

Les actions de promotion de la santé ont un rôle central à jouer pour donner ou redonner aux communautés et aux individus les moyens d'adopter les réponses efficaces et de gérer les impacts psychosociaux de cette pandémie.

Écrire le mode d'emploi d'une gestion d'épidémie cohérente dans la perspective de la promotion de la santé, à savoir qui mobilise l'intelligence collective plus que l'obéissance mécanique, est un défi urgent. La capacité de mettre en place aujourd'hui une action de santé publique efficace, intelligente et collective va déterminer en grande partie la possibilité future de maximiser la santé de la population.

La pandémie de COVID-19 est un moment unique dans l'histoire de l'humanité

Mais malheureusement, d'autres crises de santé publique majeures – liées aux changements climatiques entre autres – vont probablement survenir dans les prochaines années. Il faudrait faire preuve d'une grande dissonance cognitive pour considérer la crise du Covid-19 comme n'ayant rien à voir avec la crise climatique qui nous guette, ou avec la crise générale causée par des décennies de mondialisation économique et de changement écologique, en parallèle.

Les changements climatiques et la pandémie de COVID-19 partagent les mêmes causes structurelles. La destruction des écosystèmes à la base des changements climatiques est liée à l'augmentation des risques pandémiques.











observatoire.sante@hainaut.be



Rédacteur : Claude Renard - Courtier en connaissances scientifiques

Editeur responsable : Helen Barthe-Batsalle - Observatoire de la Santé de la Province de Hainaut

rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré