

# IMPACT COVID-19

---

QUEL DIAGNOSTIC PEUT-ON DRESSER DE L'IMPACT  
DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19 SUR LES  
PRATIQUES DES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX DE  
PREMIÈRE LIGNE ET DE PROXIMITÉ À BRUXELLES ?

---

CENTRE BRUXELLOIS  
DE PROMOTION DE LA SANTÉ







## CENTRE BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ



*Diagnostic commandité par Madame Barbara Trachte, Ministre Présidente du Collège de la Commission communautaire française chargée de la Promotion de la Santé.*

*Avec le soutien de la Commission communautaire française*

---

# QUEL DIAGNOSTIC PEUT-ON DRESSER DE L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19 SUR LES PRATIQUES DES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX DE PREMIÈRE LIGNE ET DE PROXIMITÉ À BRUXELLES ?

---

*État des lieux des représentations des  
travailleurs et pistes de recommandations*

**FLORENCE GEURTS, DAMIEN FAVRESSE**

*Décembre 2021*

## AUTEURS

Florence Geurts, Damien Favresse

## REMERCIEMENTS

Aux professionnels qui ont aimablement participé aux entretiens et à l'élaboration des recommandations ;

Aux jobistes qui ont retranscrit les entretiens ;

À l'équipe du CBPS pour ses coups de main tout au long de la réalisation du diagnostic (relectures, propositions d'animation, critiques méthodologiques, etc.) ;

Aux membres du Comité de Pilotage des Stratégies Concertées Covid qui nous ont soutenu dans l'élaboration de ce diagnostic ;

Aux membres du Comité d'Accompagnement, à sa diversité sectoriel, qui a enrichi la démarche entreprise ;

À l'Administratrice générale de la Commission communautaire française, à ses différents services et au Cabinet de la Ministre Trachte sans qui le diagnostic n'aurait pu être réalisé.

## MISE EN PAGE

Nathalie da Costa Maya, Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire - CDCS asbl

## ÉDITION

Éditeur responsable : D. Favresse, rue Jourdan 151  
1060 Bruxelles – Dépôt légal : D/2022/15.416/01  
Décembre 2021

## VEUILLEZ CITER CE DOCUMENT DE LA FAÇON SUIVANTE :

Geurts F., Favresse D. *Quel diagnostic peut-on dresser de l'impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les pratiques des services médico-sociaux de première ligne et de proximité à Bruxelles ?* Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, Bruxelles, 2021.

**[www.cbps.be](http://www.cbps.be)**

*Pour une question de confort de lecture, l'usage du masculin est utilisé dans ce texte lorsqu'il est question des personnes, quel que soit leur genre.*

# 0.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>2. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>6</b>
2.1 Objectifs de la démarche	6
2.2 Cadre de l'enquête	7
<b>3. ANALYSE</b>	<b>9</b>
3.1 Du rapport à la COVID-19	10
3.1.1 Du point de vue des usagers	10
3.1.2 Du point de vue des travailleurs	17
3.2 Du rôle des autorités et des mesures sanitaires en contexte de crise sanitaire	24
3.2.1 L'inadéquation des autorités institutionnelles	24
3.2.2 Le rôle déterminant du niveau de hiérarchie organisationnel	29
3.2.3 Les interventions de police et le travail social en tension	33
3.3 Des fonctions médico-sociales de première ligne face à la crise sanitaire	38
3.3.1 Les missions de prévention de la Covid et de promotion de la vaccination	38
3.3.2 Des travailleurs privés de l'essence de leur métier	44
3.4 Des publics vulnérables et de leurs vécus en contexte de crise	53
3.4.1 Une précarisation généralisée des populations vulnérables	53
3.4.2 Focus sur des publics-cibles	60
3.5 Des adaptations des services médico-sociaux de première ligne	74
3.5.1 De l'urgence à l'habitude	74
3.5.2 Une complexification de l'accompagnement social	81
3.5.3 L'isolement professionnel	85
3.5.4 L'impossible injonction au télétravail	87
3.5.5 La fracture numérique renforce les inégalités sociales	89
3.5.6 Des travailleurs en souffrance	91
3.5.7 La crise comme levier	94
3.6 Des conséquences à craindre sur le plan sociosanitaire	97
3.6.1 Aggravation de l'exclusion et de la précarisation des publics	97
3.6.2 Opportunités et espoirs retenus	104

## 4. PISTES DE RECOMMANDATIONS ..... 107

4.1	Concernant les usagers .....	107
4.1.1	De manière générale .....	107
4.1.2	Concernant les personnes âgées .....	108
4.1.3	Concernant les personnes sans-abri .....	108
4.1.4	Concernant les jeunes de quartiers précarisés .....	109
4.2	Concernant les conditions de travail médico-social de première ligne .....	109
4.3	Concernant les communes et les CPAS .....	110
4.4	Concernant la prévention de la Covid .....	111

## 5. EN CONCLUSION : PISTES DE RÉFLEXION POUR L'ÉLABORATION D'UN CADRE OPÉRATIONNEL ..... 113

5.1	Un cadre peu adapté à l'intervention sur les populations vulnérables.....	113
5.2	La relativité d'une expertise pour décider .....	115
5.3	Un contrôle de la qualité des connaissances produites en situation de crise.....	116
5.4	Un cadre éthique à l'utilisation des données à des fins de décisions et d'informations .....	118
5.5	Une approche intégrée de la prévention à déployer .....	121

## 6. BIBLIOGRAPHIE ..... 123

6.1	Ouvrages.....	123
6.2	Articles .....	123
6.3	Rapports de recherche .....	126
6.4	Pages internet, webinaires, journée d'études, etc. ....	127

# 1.

# INTRODUCTION

---

## F. Geurts, D. Favresse

Le présent rapport est le fruit d'une commande émanant du cabinet de Barbara Trachte, Ministre-Présidente du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargée de la Promotion de la Santé, et de l'administration de la COCOF, à l'attention du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé. Suite à l'émergence de la deuxième vague de la Covid-19 à Bruxelles à l'automne 2020, les compétences de différents services issus du secteur de promotion de la santé bruxellois ont été sollicitées, en réponse au constat que les mesures de prévention ne rencontraient pas suffisamment les objectifs chiffrés définis au niveau régional dans certains quartiers fragilisés de la capitale. Face à cela, le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé a relevé le défi de réaliser un diagnostic auprès des professionnels relais de première ligne et de proximité, afin de rassembler les informations recueillies par ces derniers sur les besoins des usagers de leurs services, mais également en vue de dresser le portrait des leurs besoins et pratiques en lien avec le contexte pandémique et d'identifier les leçons à tirer du contexte pandémique de la Covid. Le CBPS a été financé pour cette mission supplémentaire sur des fonds exceptionnels Covid.

La méthodologie adoptée est qualitative, et la récolte des données s'est faite au moyen d'entretiens semi-directifs auprès de travailleurs issus de services médicosociaux de première ligne et de proximité, parmi lesquels des services communaux, des CPAS, des acteurs associatifs et médicaux. Ensuite, l'analyse de ces entretiens développée dans ce rapport étudie les différents éléments qui forment le diagnostic de l'impact de la Covid sur les pratiques médicosociales de première ligne. Premièrement, nous étudierons le rapport au virus, d'une part développé par les travailleurs, et d'autre part perçu chez leurs usagers. Deuxièmement, il sera question des opinions des travailleurs au sujet du rôle des autorités et des mesures sanitaires en contexte pandémique. Troisièmement, nous aborderons la compatibilité entre les représentations des fonctions de première ligne des travailleurs et les priorités qui ont été attendues d'eux lors de cette crise sanitaire. Quatrièmement, ce seront les vécus et les effets de la crise sur les usagers qui seront développés, à travers le prisme du discours des travailleurs. Cinquièmement, nous passerons en revue la manière dont les services interrogés se sont adaptés et le niveau de résilience dont ils ont fait preuve tout au long des différentes étapes de la première année de Covid à Bruxelles. Sixièmement, nous nous attarderons sur les projections que les travailleurs font des conséquences à craindre de cette crise, sur le moyen et long terme. Enfin, nous clôturerons ce rapport en proposant des pistes de recommandations transversales et globales, à l'attention des instances de gouvernance bruxelloises.

Il est important de préciser que ce rapport rend compte des représentations, discours et vécus des travailleurs en regard des pratiques menées en temps de pandémie. Nous souhaitons que cette connaissance, produite sur base de leurs expertises professionnelles auprès des populations fragilisées, vienne ensuite nourrir les enseignements à tirer de cette crise sanitaire. De par son orientation qualitative, l'objet de ce rapport n'est pas de quantifier et évaluer une série de pratiques du terrain médicosocial de proximité mais de mieux comprendre les fondements de ces pratiques, les freins et leviers à prendre en compte pour permettre à ces professionnels de jouer pleinement un rôle en temps de crise.

# 2. MÉTHODOLOGIE

F. Geurts, D. Favresse

## 2.1 OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

La conduite de ce diagnostic sous forme d'enquête qualitative au moyen d'entretiens avec les professionnels relais de proximité permet de

- i) Rassembler les informations qu'ils ont recueillies sur les besoins des usagers de leurs services ;
- ii) Dresser le portrait de leurs besoins et pratiques en contexte pandémique ;
- iii) D'accroître la connaissance des vécus et réalités de terrain et de l'adéquation des stratégies de prévention et d'interventions dans le secteur médicosocial de proximité ;
- iv) Faire percoler les constats de terrain au niveau des instances décisionnelles.

En effet, les cadres de référence (les croyances, les valeurs personnelles, l'éthique professionnelle, les expériences de vie, etc.) sur lesquels les différents groupes sociaux s'appuient pour estimer un risque, pour adopter ou non un comportement échappent aux approches épidémiologiques et biologiques. Ces dernières sont indispensables pour identifier les risques sanitaires, les facteurs et les groupes sociaux à risque mais ont peu d'utilité, par exemple, pour comprendre et interpréter les liens entre les risques et les comportements des personnes et des populations à risque qui sont loin de se limiter à un problème d'information. Ces mécanismes qui formatent les conduites humaines ne sont pas forcément perceptibles par les politiques et les experts qui conseillent les autorités publiques. Ainsi, l'implication du public (les professionnels relais de proximité) dans l'élaboration et la construction des mesures qui leur sont destinées permet, entre autres, d'accroître la confiance dans les sources d'information et l'acceptation sociale de ces mesures. De nombreuses recherches<sup>1</sup> montrent aussi que ce n'est pas tant la qualité de l'information qui est primordiale mais «bien la confiance que le public va accorder à la source» d'informations, que la communication doit être bidirectionnelle, et pas uniquement descendante. C'est pourquoi il est essentiel de pouvoir repositionner les comportements dans leur environnement social et physique, d'en saisir les univers mentaux et de les confronter à la manière dont les populations fragilisées maîtrisent leur existence, s'adaptent au changement et posent, à partir notamment de leurs expériences de vie, une réflexion critique sur leur environnement.

1 COUGNON L.-A., HANSEEUW B., et. AL., Informer le public et générer une confiance envers les experts et les autorités en situation d'incertitude sur le long terme : apports croisés des théories du «public understanding of science, de «l'amplification sociale des risques» et du «traitement cognitif et de l'information»», in *Déconfinement Sociétal. Apport d'expertises académiques*, 2020.

## 2.2 CADRE DE L'ENQUÊTE

L'enquête présentée dans le présent rapport adopte une méthodologie de recherche qualitative en sciences sociales, qui repose sur la conduite d'entretiens semi-directifs. Cette démarche est pertinente pour prendre en compte la diversité des pratiques et des représentations. Elle permet également d'identifier les raisonnements qui orientent les décisions et les adaptations opérationnelles menées par les services en contexte de crise sanitaire, d'en identifier le sens, mais également d'appréhender l'ambivalence des réactions et représentations des risques liés à la Covid. De plus, le caractère semi-directif des entretiens menés avec les professionnels relais favorisent la libération de la parole et laissent place à leur expertise et à leur connaissance sur leurs pratiques, et leurs usagers. Ce sont les professionnels interrogés qui déterminent le contenu des échanges<sup>2</sup> et pas l'enquêteur comme c'est le cas dans des approches plus directives telles que l'enquête par questionnaire. Néanmoins, l'approche qualitative n'a pas pour vocation d'être représentative de l'ensemble des professionnels. Son objet est d'approfondir des cas particuliers sur base de leur caractère exemplaire, de leur diversité, et de la redondance de l'information apportée par l'approfondissement de nouveaux cas, dénommée saturation de l'information<sup>3,4</sup>. Pour un objet d'étude «classique», cette saturation s'effectue habituellement à partir de 10 à 15 entretiens<sup>5</sup>. Nous en avons mené 30.

Notre attention s'est concentrée sur les professionnels qui entretiennent des liens de proximité avec les populations vulnérables et qui peuvent nous permettre d'identifier des éléments décisifs en termes opérationnels, prospectifs et stratégiques. Ils sont en effet de par leur métier et pratique :

- Les témoins privilégiés des difficultés rencontrées par les populations à adopter ou non les mesures de protection préconisées,
- Une source précieuse d'informations pour estimer l'adéquation des outils de sensibilisation et de prévention de la COVID à l'égard des populations locales,
- Des interlocuteurs pouvant identifier les ressources disponibles et les éventuels manques sur le terrain pour pouvoir réaliser un travail de sensibilisation et de prévention auprès des populations les plus vulnérables.

Nous avons en priorité invité les CPAS et les services communaux des 19 communes bruxelloises à répondre à nos entretiens. Nous avons ensuite complété cette collecte d'informations en invitant des acteurs associatifs actifs dans les milieux de vie et des acteurs médicaux, tels que des AMO, des services ambulatoires pour sans-abri et des maisons médicales :

- 10 services communaux (prévention, éducateurs de rue, personnes de contact Covid, etc.)
- 6 CPAS (coordination sociale, services sociaux généraux et de maisons de repos)
- 3 AMO
- 1 maison médicale
- 2 services ambulatoires pour personnes sans-abri

Nous avons donc conduit **30 entretiens** (3 entretiens exploratoires pour prétester le guide d'entretien, 27 entretiens de recherche) dans ces services répartis sur les **15 communes** suivantes : Bruxelles-ville, Schaerbeek, Etterbeek, Ixelles, Saint-Gilles, Anderlecht, Molenbeek, Koekelberg, Ganshoren, Jette, Evere, Watermael-Boitsfort, Forest, Woluwe-Saint-Lambert et Saint-Josse. En tout, **22 organisations** (institutions et associations) différentes ont participé à l'enquête. Nous avons

2 BLANCHET A., GOTMAN A., L'entretien, Série «L'enquête et ses méthodes», A. Colin, Paris, 2007.

3 VIGOUR C., La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes, La Découverte, Paris, 2005.

4 BLANCHET A., GOTMAN A. (2007), op.cit.

5 FAVRESSE D., L'approche qualitative et l'approche quantitative, Séminaire sur les méthodes qualitatives en santé publique, ESP-ULB, 2010.

interviewé d'une part des travailleurs médico-sociaux de terrain, également des responsables de projet, d'équipe ou de services :

- Assistants sociaux (Service social général, MRS)
- Éducateurs de rue (services communaux, AMO, service ambulatoire d'aide aux sans-abri)
- Infirmiers (maison médicale et service ambulatoire d'aide aux sans-abri)
- Chef de projet (services communaux)
- Chef d'équipe (dans tous les services)
- Responsable de service (de services de prévention communaux et de services d'action sociale de CPAS)

Les interviews ont porté sur les thèmes suivants : l'adaptation des services et de l'organisation du travail en contexte de crise, et ce qui a constitué des besoins, des freins, des facilités ou des demandes. Ensuite, les intervenants ont été interrogés sur leurs représentations, freins et facilitateurs et ce qu'ils ont perçu chez leurs usagers au sujet, d'une part, de la prévention de la contamination de la Covid, et d'autre part, au sujet de la promotion de la vaccination de la Covid. Enfin, nous avons souhaité entendre des intervenants les conséquences de la crise à craindre sur leurs pratiques, leurs services et leurs usagers.

Les résultats de l'analyse des entretiens ont ensuite été soumis aux professionnels rencontrés qui, sur cette base, ont participé à l'élaboration des recommandations.

**Les entretiens ont été conduits entre février et avril 2021**, soit environ un an après le début de la crise sanitaire. Seuls les travailleurs ont été interrogés dans le cadre de cette recherche, ce qui signifie que tout ce qui est écrit au sujet des usagers est le fruit du discours des travailleurs et de ce qu'ils perçoivent à leur sujet, à un moment précis donné dans le temps.

# 3.

## ANALYSE

### F. Geurts, D. Favresse

À travers l'analyse du discours et des représentations des travailleurs, nous tentons de répondre à cette question de départ : **Quel diagnostic peut-on dresser de l'impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les pratiques des services médico-sociaux de première ligne et de proximité à Bruxelles ?**

Les réponses se construisent sous formes d'hypothèses, chacune constitutive d'un chapitre, que nous confirmerons, infirmerons ou nuancerons dans le développement de l'analyse. Voici ces différentes hypothèses :

- A/** La première hypothèse pose que ***l'angoisse, l'anxiété et l'insécurité générées par la pandémie de Covid-19 constituent des obstacles au maintien des missions médico-sociales de première ligne.*** Nous souhaitons par cette hypothèse voir comment les rapports à la Covid-19 des travailleurs et de ce qu'ils perçoivent de leurs usagers ont constitué un frein ou un facilitateur à la continuité des missions médico-sociales de première ligne.
- B/** La deuxième hypothèse pose que les ***mesures sanitaires émanant des autorités nationales, régionales, et locales, ainsi que les directives émanant des responsables hiérarchiques, ont répondu aux attentes des travailleurs et leur ont permis de maintenir l'exercice de leurs missions de première ligne.*** Dans ce chapitre, nous analysons les opinions des travailleurs et de ce qu'ils perçoivent de leurs usagers sur l'intervention des autorités politiques (à différents niveaux) et des hiérarchies dans l'exercice des services de première ligne en contexte de crise.
- C/** La troisième hypothèse pose que ***les représentations des travailleurs de leur fonction sociale ou médicale de proximité ont été compatibles avec les adaptations prioritaires attendues d'eux en contexte de crise sanitaire.*** Ce chapitre cherche à savoir si les missions sociales et médicales de première ligne ont été compatibles avec les attentes en contexte de crise, et s'il y a eu une cohérence entre la manière dont les travailleurs définissent leur rôle et leur participation à la lutte contre la propagation, la prévention de la contamination.
- D/** La quatrième hypothèse pose que ***la crise sanitaire a fragilisé et renforcé l'exclusion sociale des publics cibles des services médico-sociaux de première ligne.*** Nous analysons dans ce chapitre ce que les travailleurs racontent sur leurs usagers et sur les effets de la crise sur leurs conditions de vie et leurs vécus.
- E/** La cinquième hypothèse pose que ***les travailleurs et les services de première ligne ont pu développer leur résilience et adapter leurs missions au contexte de crise sanitaire.*** Dans ce chapitre, nous étudions la manière dont les travailleurs ont vécu les différentes étapes de la crise sanitaire, et décrivons les logiques de processus en œuvre dans leurs adaptations au contexte de crise.
- F/** La sixième et dernière hypothèse prédit que la ***crise sanitaire donne lieu à moyen et long terme à une double crise sociale et économique qui complexifie les problématiques des usagers et alourdit la charge professionnelle et mentale des travailleurs des services de première ligne.*** Ce chapitre analyse ce que les travailleurs projettent comme conséquences de la crise, sur leurs services, leurs pratiques, et leurs usagers.

## 3.1 DU RAPPORT À LA COVID-19

Notre première hypothèse consiste à poser que le caractère inédit, grave et planétaire de la pandémie de Covid-19 a généré des émotions et des réactions négatives auprès des travailleurs et de leurs usagers. Celles-ci ont constitué des freins significatifs au maintien et à la poursuite des missions médico-sociales de première ligne. En quelques sortes, ***l'angoisse, l'anxiété et l'insécurité générées par la pandémie de Covid-19 constituent des obstacles au maintien des missions médico-sociales de première ligne.***

Cette partie ambitionne de vérifier cette hypothèse et d'analyser en quelles mesures les réactions face au virus ont été déterminantes dans le ralentissement des actions des services sociaux. Nous développons dans cette partie les différentes perceptions de la pandémie de Covid-19 des usagers et des travailleurs et leur influence sur leurs comportements individuels en contexte sanitaire.

### 3.1.1 DU POINT DE VUE DES USAGERS

Concentrons-nous sur le point de vue des usagers, exprimé au travers du discours des intervenants. Le recours aux services d'aide de première ligne a-t-il été freiné par l'appréhension et l'angoisse liées à la pandémie de Covid-19 ? Notre analyse ne confirme que partiellement cette hypothèse, révélant que les réactions des usagers face au virus sont multiples et singulières. En effet, plusieurs types d'attitudes à l'égard du virus semblent cohabiter au sein des usagers : l'anxiété, la distanciation, le doute et la méfiance.

#### 3.1.1.1 Une attitude anxieuse à l'égard du virus et des mesures

L'ensemble des acteurs interrogés témoignent de cas d'usagers particulièrement angoissés et apeurés par le contexte pandémique. Les exemples les plus extrêmes dévoilent des situations d'isolement total, de personnes totalement coupées du monde extérieur, paralysées par la peur, n'osant plus sortir de chez elles, même dans le respect strict des sorties autorisées lors du premier confinement. Cela donne lieu à des situations d'enfermement très lourdes, et ce particulièrement pour les usagers les plus fragilisés, typiquement des femmes seules avec jeunes enfants. Cette observation se confirme dans la littérature où les femmes enceintes et les mères d'enfants en bas âge sont une population particulièrement inquiète envers le virus<sup>6</sup>.

---

*Il y en a, et notamment des plus jeunes enfants, qui ont vécu dans la psychose, qui ont dû être comme en, en état de siège en fait, où les parents disaient, "on n'sort pas", et respectaient à la lettre. (Responsable de service)*

---

*Les gens ont eu très peur. Moi j'ai eu des femmes pendant le premier confinement, des mères de famille qui ne sont pas sorties de leur appartement, qui n'ont pas été au parc avec les enfants, les gens se sont enfermés chez eux quoi. Je pense qu'ils ont vraiment pris conscience, de la gravité des choses. (Assistante sociale)*

6 BROOKS S. K., WEBSTER R. K., SMITH L. E., et. AL, The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapid review of the evidence, in Lancet, n°395, 2020.

---

*Il y a des jeunes qu'on croise et qui sont en train de courir sur la place pour vite aller à la banque et vite rentrer chez eux. Il y a des familles qu'on n'a vraiment pas vues depuis plus d'un an. (Éducateur de rue)*

La connaissance d'un proche atteint d'une forme sévère de la Covid, voire d'un décès, est un autre élément susceptible de favoriser cette anxiété et l'extrême vigilance accordée à la non-transmission du virus. Des intervenants décrivent des usagers qui ont consacré les deux à trois premiers mois du confinement à désinfecter les moindres denrées ou produits introduits dans leurs domiciles à l'eau de javel, et qui présentaient des mains totalement desséchées par l'usage abusif de solution hydroalcoolique. Ces personnes, dépassées par la peur, étaient incapables ni de relativiser ni de gérer leur angoisse. Il s'agit de conduites extrêmes observées chez une minorité d'usagers mais qui, néanmoins, nous montrent que le virus, et la manière de le gérer par les autorités est source d'anxiété pour une partie des populations vulnérables.

Par ailleurs, l'influence délétère des médias et de l'infodémie sur les réseaux sociaux est très nettement dénoncée dans le discours des travailleurs. L'infodémie désigne un «flux énorme et incessant d'informations, vraies et fausses, difficiles à gérer pour les individus»<sup>7</sup>. Cette infodémie, source d'incertitude, génère de l'anxiété et freine la capacité des personnes à adopter des pratiques efficaces contre la propagation du virus. Si les jeunes semblent relativement critiques face aux informations relatives à la Covid sur les réseaux sociaux, les personnes âgées y sont plus vulnérables. 40 % des seniors de plus de 66 ans ont partagé des informations sur la Covid sur les réseaux sociaux, et 25 % d'entre eux reconnaissent avoir partagé des informations fausses<sup>8</sup>. D'autre part, plus les personnes sont anxieuses par rapport au virus, plus elles se montrent critiques envers les mesures de protection édictées par nos gouvernements qui bien souvent, à leurs yeux, sont jugées insuffisantes pour gérer une maladie qu'elles estiment incontrôlable.

Dans le cas de ces usagers, les sentiments d'angoisse, d'anxiété et de peur ont été d'un côté, des incitants à la distanciation sociale et au respect des mesures sanitaires et d'un autre côté, des obstacles au recours aux services de première ligne. Si les professionnels font état d'usagers particulièrement anxieux, ces derniers restent marginaux par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de leurs services.

### 3.1.1.2 Un regard distancier sur le virus et les mesures

L'analyse révèle que, aux dires des travailleurs, la plupart de leurs usagers ont su relativiser et respecter les mesures sanitaires dans les grandes lignes, et développer un rapport rationnel, et non émotionnel, à la crise.

Ce rapport rationnel à la crise pandémique est particulièrement prégnant, selon les intervenants, chez les personnes qui ne se sentent pas menacées par le virus et qui, dans un même temps, ont adopté les gestes barrières.

Plusieurs raisons permettent de mieux comprendre ce respect des mesures de protection.

D'abord, selon les travailleurs actifs auprès d'un public précarisé, surtout jeune, d'autres facteurs ont influencé l'application de ces mesures. Le caractère coercitif de ces mesures est vu comme ayant contraint les usagers à les adopter. En particulier, **la peur des sanctions policières ou administratives** a joué un rôle en la matière, particulièrement auprès des usagers dans l'incapacité d'assumer ce

---

7 LITS G. et al., Analyse de «l'infodémie» de Covid-19 en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire de Recherche sur les Médias et le Journalisme (ORM), 2020, p.4.

8 LITS G. (2020), Op. Cit.

type de frais imprévus (on parle de sanctions administratives de 250€), et dans les quartiers où la répression policière a été jugée, par les professionnels, comme particulièrement virulente<sup>9</sup>.

---

*Moi je pense, mon avis, après c'est l'analyse aussi qu'on a au sein du collectif des AMO, ce qui a fait prendre conscience aux jeunes qu'ils ne devaient pas se retrouver dehors, ce n'est pas la maladie, c'est les amendes. (Éducateur de rue)*

Ensuite, une autre raison, plus altruiste cette fois-ci, a favorisé le respect des gestes barrières (distanciation, port du masque, absence de contacts physiques). Elle trouve ses racines dans **le respect mutuel et la bienveillance** ressentis envers leurs proches (famille, amis, voisins) et envers leurs travailleurs sociaux eux-mêmes. Dans ce cas-ci, c'est la dimension affective et relationnelle qui détermine les comportements des usagers. C'est davantage la dangerosité du virus pour autrui que pour soi et la conscience de pouvoir le transmettre qui donne sens au respect des mesures. Cette attitude se retrouve davantage dans des populations qui ne sont pas elles-mêmes directement menacées par le virus, telles que les jeunes, mais qui ont des proches à risque, qu'ils ne souhaitent ni contaminer, ni angoisser par le manque d'application des gestes barrières. L'extrait ci-dessous en est un bon exemple :

---

*Certains faisaient comprendre qu'ils le mettaient pour nous faire plaisir quoi, mais qu'eux, ils trouvaient ça un peu ridicule. Donc c'est le fait de, de ne pas croire en l'efficacité ou l'intérêt, sans pour autant être complotiste. Euh, d'autres... le public plus jeune ben, c'est probablement se sentir plus protégé. Que ce soit pour le Covid ou pour autre chose, je pense que quand on est plus jeune on n'est pas, on ne se sent pas menacé de la même manière que quand on a plus de soixante ans. (Responsable de service)*

Ces usagers des services, qui prennent distance envers le virus, s'adaptent au contexte sanitaire, et tentent de continuer leur vie en dépit des mesures imposées. Ce n'est pas la crise et la peur du virus qui dictent leur vie et leurs priorités, mais ils essaient de fonctionner malgré la menace du virus. Dans cette logique, les usagers ont consenti à adopter les gestes barrières, sans opposition manifeste, surtout quand ceux-ci **conditionnaient l'accès** aux services. Les intervenants, dans leur ensemble, semblent avoir joué un rôle de référents, d'exemples à leur égard, et contribué à l'installation d'un environnement propice au respect des gestes barrières.

Progressivement, **l'habitude** s'est installée et a, plus que la crainte du virus, justifié l'intégration généralisée de ces gestes dans les comportements quotidiens. Les gestes barrières et le respect des mesures sanitaires ne posent plus question et font partie d'une forme de routine sans nécessairement être appliqués avec conviction ou opposition.

---

*Avec l'application, c'est devenu vraiment une habitude, la distance, le port du masque. (Chargée de projet)*

### 3.1.1.3 Une attitude de doute à l'égard de la dangerosité du virus et du bien-fondé des mesures

Les intervenants décrivent, également, des usagers qui relativisent de manière extrême la pandémie et ses conséquences. Ces derniers montrent davantage des formes de réticence à appliquer les mesures de protection. Plusieurs éléments alimentent cette résistance. Tout d'abord, l'absence de

---

9 Voir point 3.3., concernant la relation aux forces de police.

conviction sur le bien-fondé de ces gestes tient au caractère destructeur peu visible et perceptible de la menace sanitaire qui ne correspond pas à leur représentation de ce qu'est, à leurs yeux, une pandémie. Se référant, notamment, aux images d'une pandémie telles que véhiculées par nos modes de communication fictionnels (films, séries, jeux vidéo, romans, etc.), ces usagers n'expérimentent pas une telle situation dans leur quotidien. En résumé, le contexte sanitaire ne tient pas du scénario «catastrophe» qu'ils se font d'une pandémie. Les personnes ne décèdent pas par milliers en rue, de manière subite et ostentatoire. Ce décalage entre leur représentation d'une pandémie et leur vécu de la pandémie complexifie la prise de conscience de la gravité du risque sanitaire.

---

*C'était l'autre difficulté qu'on a eu d'expliquer l'épidémie, ce n'est pas comme dans les films. Ce n'est pas la grande peste non plus. L'épidémie c'est quelque chose qui va tout doucement, qui touche des personnes et qui met les hôpitaux en saturation. Dire ça aux gens, c'est impossible, ce n'est pas un scénario "catastrophe". On ne voit pas des morts tous les jours, sauf des personnes qui sont touchées se rendent compte que finalement se faire enterrer, ce n'est pas évident. (Responsable de service)*

Chez ces usagers, les gestes barrières n'ont pas nécessairement de sens en soi. Ce qui ne veut pas dire qu'ils refusent de les appliquer en toutes situations. C'est, entre autres, le cas lorsque ces gestes conditionnent l'accès aux services de première ligne. Ils s'y plient et les respectent mais à minima. Ce type d'usagers est relevé, par les intervenants dans tous les types de services et ils ne semblent pas nécessairement associés à un public en particulier.

Chez ces usagers, le Sars-Cov-2 est souvent considéré comme un virus pas plus dangereux qu'un autre, qui ne justifie pas que nos vies s'arrêtent, et avec lequel il faut simplement apprendre à vivre. Pour ces derniers, c'est le statut de pandémie qui n'a pas de sens.

### **3.1.1.4 Une attitude de méfiance envers les pouvoirs publics**

Une autre attitude est observée par les professionnels chez leurs usagers. Il s'agit de l'expression d'une réelle méfiance envers les autorités et les institutions publiques de notre pays (hôpitaux, décideurs politiques, médias) qui s'accompagne, bien souvent, d'un non-respect à l'égard des mesures sanitaires, et de fausses croyances concernant le virus et la manière de le gérer.

Pour une part de ces usagers, il semble que plus ils se sentent discriminés et mal représentés par les autorités et les institutions publiques, plus ils sont susceptibles de se mettre en refus des règles, de ne pas s'y conformer, voire d'adhérer à des théories complotistes dans les cas les plus extrêmes. L'extrait ci-dessous montre bien que le complotisme de la jeune dont il est question n'est pas plus une conviction qu'un moyen d'exprimer une frustration, une colère, et de dénoncer un sur-contrôle qui touche davantage les jeunes précarisés des quartiers populaires :

---

*Elle disait "franchement depuis le début du Corona, j'aurais dû avoir au moins 100 amendes parce que je n'ai rien respecté". Du coup on avait pris le temps de discuter avec cette jeune-là. Au-delà de la théorie du complot, ce qui agrémentait sa théorie c'est que ce sont des jeunes qui sont stigmatisés, c'est des jeunes de quartier, la police elle passe deux fois plus ici qu'à [lieu], par exemple. Il y avait tout ce truc de "on nous ment" et "vous voyez, ceux qui se font plus avoir, c'est nous. Parce que nous sommes des étrangers, parce que nous sommes un public plus précaire". Du coup tous les stéréotypes, les préjugés dont le public de [service] est victime, viennent renforcer la théorie du complot. C'était vraiment le cas, le fait de dire "porter des masques, ça ne sert à rien mais il faut qu'on*

*en porte”, elle disait “j’ai des sources” ; encore une fois par rapport à ça, quelles sources ? Ils ne vont pas regarder les journaux belges, mais ils vont avoir une info choc sur Facebook, de type “ah j’ai fait un test PCR dans du coca et c’est sorti positif, donc le Covid est dans le coca ? !”. Ça c’est tellement choquant qu’ils vont partager, sans se dire que ça n’a rien à voir. (Assistante sociale)*

L'extrait ci-dessous décrit qu'à trois reprises, des familles issues d'une même communauté doutent du bienfondé de l'hospitalisation d'un proche, car des rumeurs circulent sur l'injection d'un produit létal chez les patients hospitalisés et atteints du Covid. Ces «bruits de couloir» trouvent un terrain propice chez les personnes qui, de par leurs parcours et contextes de vie, se sentent abandonnées ou rejetées par les pouvoirs publics et n'ont plus, par la même occasion, confiance dans les autorités et institutions publics et privés. Il s'agit vraisemblablement de personnes en rupture sociale<sup>10</sup>, qui s'appuient sur un cadre de référence (normes, valeurs, croyances, etc.) autre que celui véhiculé par nos sociétés, que celui-ci soit d'ordre communautaire ou soit le fruit de jeux d'alliance avec d'autres personnes partageant des convictions semblables.

*La famille nous demande si on n’a pas injecté quelque chose à l’hôpital. J’ai eu cette question trois fois, j’crois. Y’en a une qui m’a demandé ça pour son oncle qui allait rentrer à l’hôpital, et qui y est toujours, elle m’a dit “j’ai peur”, elle m’a dit qu’on pouvait injecter quelque chose pour le tuer. Y’en a une qui est décédée, et sa fille nous a clairement dit “on m’a dit qu’on lui a injecté quelque chose”, et une autre dame, pareil, pour sa mère qui est décédée. (Infirmière)*

C'est aussi, dans cette attitude de méfiance envers les autorités que l'on va retrouver les usagers les plus enclins à adhérer aux fausses informations et aux idées véhiculées, notamment, sur les réseaux sociaux par les adeptes du complot. Dans les cas les plus extrêmes, cette attitude les conduit à nier l'existence même du virus. Les professionnels ne rencontrent toutefois que très rarement ce type d'attitude chez leurs usagers.

### 3.1.1.5 Les usagers en incapacité d'estimer la situation pandémique

Les professionnels font aussi état d'usagers qui se révèlent en incapacité d'évaluer pleinement la situation sanitaire, soit parce que la connaissance qu'ils en ont ne passe pas par les voies classiques, soit parce qu'ils n'ont pas accès à cette connaissance, soit parce leur état mental les en empêche.

À l'écart des sources d'informations officielles et institutionnelles, une part des usagers s'informent sur la situation pandémique via d'autres sources d'informations. C'est en particulier le cas pour les usagers d'origine étrangère, qui ne parlent pas l'une des langues nationales, et dont la connaissance de la situation pandémique passe presque exclusivement par les médias de leur pays d'origine ou de leur communauté. La barrière de la langue, la perte de repères consécutive à la migration, l'attachement au pays d'origine qui palie en partie cette perte, le développement des technologies de l'information sont quelques éléments qui alimentent vraisemblablement ce recours à des circuits d'information allochtones, tel que le montre l'extrait ci-dessous :

*Dans mon cours d’alpha, je leur demandais si elles étaient au courant des mesures. On a fait une petite vidéo qu’on a partagée dans le groupe WhatsApp parce qu’elles n’écoutent pas le journal belge. Donc ce qui est info, c’est ce qui se*

10 FAVRESSE D., Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions, in Les cahiers de Prospective Jeunesse, Dossier : «Précarité et réseaux», 45:2-7, 2007.

*passé au Maroc, du coup les informations qui passaient ici, les mesures, ils ne le savent pas spécialement.* (Assistante sociale)

Pour d'autres usagers, ce sont leurs conditions de vie qui les empêchent d'avoir un accès aux informations sur la pandémie. C'est, notamment, le cas de ceux qui vivent en rue et ceux qui n'ont pas les conditions matérielles pour s'informer sur la situation et les mesures en vigueur :

*Il y a des familles où c'est une question d'accès à l'information, des familles où on ne parle pas français, qui n'ont pas accès à cette information. C'est des familles qui n'ont pas de télé, d'internet, ... Après quatre, cinq semaines de confinement, il y avait des familles qui ne savaient pas qu'on était en crise sanitaire, et elles demandaient quoi aux travailleurs en rue. Une famille avec cinq enfants à la rue, qui se retrouvait arrêtée par la police, qui recevait des SAC<sup>11</sup> mais qui n'avait pas l'information du pourquoi.* (Éducateur de rue)

Au-delà de ces usagers qui n'ont pas accès aux canaux d'informations officiels, il y a aussi une part d'usagers qui ne sont pas dans des conditions psychiques suffisantes pour comprendre et respecter les mesures de protection. C'est en particulier le cas de populations vulnérables de rue, sans-abri ou en errance, qui cumulent, pour certains, des dépendances aux psychotropes et des troubles psychiatriques chroniques qui ne sont pas traités ou suivis. Elles ne sont plus, pour les professionnels, en mesure d'adopter des comportements de protection, ni de respecter les mesures, voire refusent dans certains cas de se plier aux règles de confinement et de distanciation sociale.

Travailler avec ce type de public pendant la pandémie, et particulièrement le premier confinement, a été un véritable défi pour les travailleurs qui, bien qu'accoutumés à ce type de profils, ne sont pas toujours parvenus à garantir les conditions pour mener des accompagnements sociaux, sans prendre de risque pour leur santé ou celle de l'utilisateur.

### **3.1.1.6 Des usagers peu au courant des mesures**

En début de pandémie, la connaissance des mesures en vigueur par les usagers faisait souvent défaut et ce, notamment, chez ceux qui ne se sentaient pas vraiment menacés par le virus. C'est ainsi que la fermeture et l'adaptation des services n'ont pas toujours été saisies par leurs usagers et que cette méconnaissance a dû être gérée par les professionnels. C'est le cas de l'extrait suivant, qui atteste de la totale ignorance de jeunes envers les mesures sanitaires en cours à ce moment-là :

*Il y avait vraiment une déconnexion totale. Donc nous, on a fermé notre local parce qu'on était obligé. On ne pouvait plus accueillir. Du coup, eux étaient frustrés en disant "mais nous on a plus de local où aller". Donc, ils nous demandaient, en pleine pandémie, de rouvrir le local. Ce qui montrait bien une certaine déconnexion parce que c'était vraiment le moment où tout le monde était chez soi.* (Éducateur de rue)

Par ailleurs, les changements réguliers de mesures au cours de la pandémie ne permettent pas aux professionnels de disposer d'un cadre normatif et sécurisant pour les usagers. Cette instabilité du cadre est vue par les professionnels comme un élément entravant le respect des mesures. C'est ainsi qu'un an après le début de la pandémie, beaucoup de bénéficiaires ignorent où en sont les mesures sanitaires, à combien de personnes est limitée la bulle, jusque quand dure le couvre-feu, etc. La difficulté de suivre les mesures changeantes entraîne l'arrêt de ce suivi. Ne plus savoir ce qui

11 SAC : Sanction Administrative Communale

est en vigueur ou pas en termes de bulles, de rassemblements extérieurs, mêlé au désir de retrouver un peu de stabilité, réduisent l'application des mesures sanitaires :

---

*Ils en ont marre au fait. Ils en ont marre de tous ces changements d'une semaine sur deux, tout le monde a besoin de stabilité dans sa vie, on aime être stable et avoir son [inaudible], son rythme et savoir ce qu'on va faire le lendemain.* (Éducateur de rue)

---

*Ce qui a posé problème, au fait que les jeunes adhèrent à toutes ces mesures, c'est le changement de mesures consécutif, toutes les deux-trois semaines et le fait de ne pas pouvoir s'appuyer sur quelque chose de concret, de ne pas savoir si c'est quatre ou huit le lendemain.* (Éducateur de rue)

Plus particulièrement, le non-recours aux informations officielles et dominantes, la mésinformation et l'ignorance des mesures en vigueur parmi certains usagers découlent aussi de la complexification des normes et de la multiplication des niveaux de pouvoir qui les produisent, qui créent de la confusion et imposent aux citoyens de devoir s'informer constamment sur ce qu'il est permis de faire ou non, sans que les moyens de le faire ne soient garantis.<sup>12</sup> Une recherche réalisée en 2020 précise que «L'adage "nul n'est censé ignorer la loi" appartient résolument au passé»<sup>13</sup>, et que ce sont les populations les plus fragilisées, qui ont le moins accès à l'information, qui ont été le plus touchées par les effets sanctionnant des mesures sanitaires.

### 3.1.1.7 Une vaccination peu préoccupante chez les usagers

En ce qui concerne la **vaccination**, la plupart des usagers ne manifestent pas d'initiative de réelle préoccupation à ce sujet, qu'ils amènent rarement à l'attention de leurs travailleurs sociaux. Peu des interlocuteurs rencontrés ont reçu des demandes de renseignements de leurs usagers sur les procédures de vaccination, rares sont ceux qui se sont montrés pressés de procéder à la vaccination. Les seuls intervenants qui ont déclaré accompagner leurs usagers dans des démarches de ce type travaillent pour des services médicaux. Les travailleurs sociaux, quant à eux, ont été beaucoup moins sollicités et actifs sur ce sujet. Les questionnements, observés par les professionnels, qui concernent les vaccins sont le reflet des interrogations habituelles relayées dans les médias : la rapidité de production du vaccin, le manque de recul, les changements de politique de vaccination (principalement au sujet de l'Astra Zeneca), les effets secondaires (thromboses, décès inopinés), etc. Pour les plus sceptiques, ces craintes constituent de réels obstacles à la campagne de vaccination menée à Bruxelles.

---

*Astra Zeneca fait très peur, pour les symptômes, pour les thromboses. Maintenant les gens, ils ont peur de celui-là. Ça n'aide pas à faire confiance effectivement, non.* (Infirmière)

---

12 TATTI D., GUILLAIN C., JONCKHEERE A., répression des infractions en temps de COVID-19 : nul n'est censé ignorer la loi, L'Observatoire : le Social Sous la pression du Covid 1/2, n°106, 2021.

13 TATTI D. & al. (2021), Op. Cit.

### 3.1.1.8 En conclusion

Globalement les intervenants rencontrés font état, contrairement à l'image parfois véhiculée dans les médias, d'usagers relativement coopérants et respectueux des mesures sanitaires. Néanmoins, l'adoption de ces mesures repose sur des fondements relativement fragiles (anxiété, doute, déficit d'informations, etc.) qui ne permettent vraisemblablement pas aux populations vulnérables d'être en mesure d'effectuer des choix éclairés<sup>14</sup>, de renforcer, dans une démarche prospective, leurs capacités d'adaptation à des mesures de gestion de crise<sup>15</sup> comme préconisées en matière de prévention.

Il semble aussi capital de réinterroger les stratégies d'information, de sensibilisation et de prévention à l'égard des populations vulnérables qui, dans le cadre de la crise sanitaire actuelle, semblent renforcer des dynamiques excluantes envers ces populations qui sont, habituellement, déjà les plus touchées par cette crise et ses conséquences. Ces mécanismes d'exclusion sont d'autant plus à prendre en compte qu'ils peuvent se traduire, de la part de ces populations, par un accroissement du retrait et de la méfiance à l'égard des institutions et organismes présents dans nos sociétés (écoles, hôpitaux, CPAS, services communaux...), une centration croissante de vie sur l'immédiateté qui entrave leur capacité d'adopter des conduites de prévention faute de pouvoir se projeter dans l'avenir.

Si les mesures prises dans l'urgence peuvent se justifier pour faire face à une situation inédite et exceptionnelle, elles doivent au fur et à mesure s'orienter vers une «politique de résilience»<sup>16</sup>. Dans cette perspective, il s'agit de ne pas limiter la lutte de l'épidémie à sa seule dimension médicale, de passer d'une politique qui vise la régulation de la maladie à une politique qui vise davantage la capacité des populations à effectuer des choix éclairés envers la maladie et les risques qu'elle comporte. C'est d'autant plus important que la réduction des inégalités de santé, qui touchent plus fortement les populations vulnérables, passe par une politique de changement social et de prise en compte des différences. Cela nécessite, notamment, la mise en place de démarches ascendantes, basées sur l'établissement d'un lien de confiance avec ses populations, élaborées et construites avec elles, ancrées dans leurs milieux et conditions de vie et prenant en compte les personnes dans leur globalité (accès aux soins et droits sociaux, problèmes de logements, mise à disposition de matériel de prévention, etc.)<sup>17,18,19</sup>.

## 3.1.2 DU POINT DE VUE DES TRAVAILLEURS

Il est assez évident que les représentations des travailleurs sur l'anxiété et la peur du virus varient d'un profil à l'autre. Les entretiens révèlent que les degrés de stress et d'angoisse semblent avoir été plus prégnants parmi les travailleurs de première ligne, en contact direct avec les usagers, qu'au sein des postes de chefs de projet et de responsables de services. L'analyse permet de distinguer

14 BARRAS C., Prévention menaçante, prévention prévenante : regards anthropologiques sur un concept polysémique, in *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 94 :4-8, 2021.

15 GILBERT C., De l'affrontement des risques à la résilience. Une approche politique de la prévention, in *Communication et langages*, 176 : 65-78, 2013.

16 BYK C., La pandémie de Covid-19 : un choc salutaire dans le contexte d'une crise de l'urgence, de l'autorité et de la liberté ?, in *Droit, Santé et Société*, 1:4-10, 2020.

17 WALLERSTEIN N., What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006.

18 WALLERSTEIN N., WIGGINS N., «L'empowerment améliore l'état de santé de la population», in *La Santé en action*, 446 :10-14, 2018.

19 HACHAR-NOË N., BASSON J.-C., Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé, in *Innovations*, 13, 60 :121-144, 2019.

plusieurs profils de travailleurs, dans leur attitude face au virus, dépendant également de leur exposition au virus dans l'exercice de leur profession.

### 3.1.2.1 Un sentiment d'insécurité, source de multiples tensions

Au sein des intervenants, les travailleurs de première ligne se distinguent, plus souvent que leurs homologues hiérarchiques, par la crainte, la peur et le stress ressentis (assistants sociaux, éducateurs de rue), et particulièrement ceux qui ont senti leur sécurité sacrifiée sur l'autel de la pandémie. Être les seuls à travailler en présentiel, dans toute la **confusion** du début du contexte pandémique, sans matériel disponible, ou sans conviction sur l'efficacité de ce matériel à les protéger, avec des directives qui ont tardé à arriver, est une expérience qui a été mal vécue.

---

*Le 18 (mars), des collègues avaient encore des permanences, elles s'inquiétaient. Elles demandaient des gants pour recevoir les derniers usagers, "est-ce qu'on doit toucher les documents, est-ce qu'on ne doit pas les toucher ?". C'est le 19 qu'on a fermé. On parlait aux usagers par la fenêtre, il y avait toute cette peur autour de la maladie. Il n'y avait encore rien à l'époque, et beaucoup se sont dit "on va peut-être rouvrir, moi j'ai peur". (Assistante sociale)*

---

*Les travailleurs étaient assez en colère qu'on leur demande de faire ça. Ils auraient voulu être comme tout le monde, ne plus avoir de contact et être chez eux, et voilà. Donc, cette période d'avril-mai (2020), il y en a qui sont sortis en colère. En disant que on les avait mis en danger. (Éducateur de rue)*

---

*Parce qu'on a travaillé quand même en urgence, traité les dossiers... Quelque part on s'est sentis piégés, ceux qui étaient volontaires. Parce qu'on s'est dit qu'on aurait pu rester à la maison, c'était l'été. Et être payé, jusqu'à ce que la hiérarchie trouve une solution et mette du télétravail pour tout le monde. Donc on s'est vraiment sentis un peu mis de côté. (Assistante sociale)*

Ce sentiment d'insécurité est également exacerbé par la méfiance vis-à-vis d'une partie de leur public, dont les travailleurs estiment qu'ils ne respectent pas les mesures sanitaires ou ne sont pas en mesure de le faire.

---

*Les éducateurs étaient assez stressés. C'est quand même un travail où justement on accompagne des gens dans des services pendant plusieurs heures, des personnes sans-abri, des personnes assez vulnérables, pendant plusieurs heures, où on fait des visites à domicile, où on avait des groupes de jeunes qui eux respectent pas du tout les gestes barrières. (Éducateur de rue)*

---

*On connaît notre public et donc, il y a des personnes qu'on soupçonne de plus ou moins respecter les règles et d'être plus ou moins dangereuses. Et donc des personnes dont on sait qu'elles ont tendance à voir plein de gens et qu'elles ont un logement insalubre, qu'elles ne vont pas respecter les trucs. (Éducateur de rue)*

Cette angoisse du virus s'est accompagnée d'un fort taux d'**absentéisme**, qui a sans nul doute affecté l'accessibilité des services sociaux. En effet, les services de première ligne, les institutions publiques en particulier, ont souffert d'équipes en sous-effectif. Les intervenants décrivent des situations initialement déjà tendues, auxquelles la crise de Covid s'est ajoutée, ce qui a eu des effets

plus pénibles que le virus en soi. Ces services souffraient des conjonctures assez défavorables avant la crise, qui n'ont pas permis aux travailleurs de compter sur de solides ressources individuelles et collectives pour gérer leur peur du virus, et surmonter ce nouveau contexte générateur de stress et de pression. Beaucoup ont donc «lâché» avec l'arrivée de la pandémie, à la suite d'un cumul de fatigue, de pression, d'essoufflement, qui n'ont pas résisté à la crise sanitaire.

On était déjà dans une mauvaise période et donc, on tombait les uns après les autres mais pas parce que y'avait le Covid, parce qu'on était épuisés, et donc, il y en a un qui mettait un certif', puis l'autre, ça pouvait très bien être lié à une fatigue comme ça pouvait être le Covid, on ne pouvait pas l'savoir. (Assistante sociale)

---

*Il y a eu ça (la crise) et pas mal sont partis. C4. Ils en ont eu marre. 15 départs.*  
(Assistante sociale)

Ce fut particulièrement le cas au début, lors des deux premiers mois de confinement, de mars à mai 2020. L'effet de surprise a frappé l'ensemble des acteurs.

---

*Il y avait quelque chose de l'ordre de la sidération j'pense, le côté "qu'est-ce qui nous arrive", c'est quelque chose de tellement étrange, du jour au lendemain. La veille j'étais au travail, le lendemain j'y étais plus. Ces 3 jours étaient vraiment surréalistes.* (Chargée de projet accueil de jour)

La **confusion** des directives de l'époque a apporté son lot d'anxiété et d'angoisse et a nourri le sentiment d'hypothèque faite sur la sécurité des intervenants sociaux de première ligne. Le matériel était réservé au personnel soignant et aux maisons de repos, le monde du travail était à l'arrêt ou en télétravail. Par contre, les travailleurs sociaux de première ligne ont, quant à eux, dû continuer à exercer une partie de leurs missions de terrain sans matériel adéquat ni directives claires ou rassurantes :

---

*Cette anxiété, l'insécurité était liée au discours extérieur qui disait "Le masque oui mais il n'y en a pas beaucoup donc ne l'utilisez pas", "les gants il ne faut pas les utiliser mais il faut quand même les utiliser", "est-ce qu'il faut des blouses de protection ou non ?" (Responsable de service)*

C'est notamment le cas de travailleurs obligés de maintenir les missions de première ligne malgré la présence d'un cas positif en interne. Cette obligation de poursuivre le travail sans l'application de mesures de protection des travailleurs est un bon exemple de tensions institutionnelles que la gestion de la crise, à un niveau local, a pu parfois générer entre les services administratifs et hiérarchiques d'une part, et les travailleurs de terrain d'autre part.

---

*Il y a eu un vent de panique avec le service des ressources humaines. Quelqu'un a attrapé le Covid, et les ressources humaines ont envoyé un mail général en disant "ça ne sert à rien de nous demander qui c'est, on ne vous le dira pas", parce qu'à mon avis, y'a beaucoup de membres du personnel qui ont été les voir en disant "mais dites-nous qui c'est, qu'on sache si on a été en contact avec lui ou pas". Et ils n'ont rien voulu dire et ils nous ont d'ailleurs rappelé le secret médical. Mais je pense que c'était la peur de devoir fermer le service, plus que le secret je crois. C'est contradictoire de dire à quelqu'un "tu tousses un peu tu restes à la maison" mais tu ne veux pas nous dire si notre collègue avec qui on a discuté*

*pendant une heure a eu le Covid, ce n'est pas juste non plus, je trouve.* (Assistante sociale)

Cette tension se joue aussi au niveau personnel et prend, parfois, la forme de ressentis **contradictaires**. D'un côté, les professionnels souhaitent que leur sécurité soit garantie, au même titre que d'autres travailleurs moins exposés, et craignent de contracter le virus ou de contaminer leurs proches à cause de leur activité professionnelle. D'un autre côté, ils souffrent de l'absence du terrain, et de ce qui fait l'essence de leur mission sociale, à savoir le contact humain avec leur public. Cette ambivalence génère de l'inconfort et les désarme quant au juste milieu à adopter entre ces deux souhaits contradictoires. En plus du climat anxiogène ambiant, ils doivent composer avec cette incohérence perturbante.

---

*Il y a une ambivalence entre leur peur et leur volonté d'aider le public. J'veux dire, c'est quand même des gens qu'aident depuis des années, et qui sont en contact et qui ont conscience des difficultés donc, ils ont peur. On n'est pas non plus des êtres de cohérence tout le temps, parfois, j'vois bien qu'ils ont très peur mais qu'parfois, ils font quand même moins attention aux gestes barrières aussi avec le public.* (Chef d'équipe)

Ces travailleurs «sacrifiés» sont freinés par les sentiments d'angoisse, de peur et d'insécurité ressentis face au virus dans l'exercice de leur mission de première ligne. Leur travail représente un risque, un danger, que l'engagement de leur mission sociale ne parvienne pas à contrebalancer. Si d'autres facteurs participent à ce sentiment de ne pas être en sécurité sur le lieu de travail, tels que des conflits avec leur hiérarchie ou un climat initial déjà défavorable, la crise sanitaire exacerbe leur angoisse et les bloque dans la pratique de leur métier.

### 3.1.2.2 Une attitude plus distanciée à l'égard des risques

D'autres travailleurs se montrent plus modérés dans leurs réactions face au virus. S'ils ont conscience que le virus peut être dangereux et que les risques de contamination existent, ils prônent aussi que le risque zéro n'existe pas. Il s'agit à leurs yeux d'intégrer les gestes barrières dans les comportements, sans rigueur exacerbée pour autant, ni culpabilisation à outrance en cas de manquements. Cette attitude plus modérée est exprimée en particulier par les profils de responsables d'équipe ou de projet, à qui incombe la coordination de travailleurs ou de bénévoles. En «bon père de famille», certains estiment qu'ils montrent l'exemple et rappellent régulièrement les mesures à respecter, tout en rappelant que leur responsabilité a des limites et qu'il en va de la responsabilité de chacun de faire attention, et de rationaliser les risques de contamination, qui ne peuvent tout à fait disparaître.

---

*Je reste attentive à ce que je fais, je reste prudente, j'ai l'impression d'avoir intégré un peu le fonctionnement, c'est devenu naturel, le désinfectant dans le sac, c'est devenu tout à fait classique et habituel, sans être complètement parano.* (Chargée de projet)

---

*On a mis en place tout ce qu'on pouvait mettre en place pour assurer un certain niveau de sécurité tout en étant toujours très transparent, en indiquant que le risque zéro n'existe pas. Mais en gros, il n'y a pas eu trop de crainte avec l'usage du masque et ce qu'on fait. En fait quand il y a des personnes qui sont peut-être plus en difficulté, soit subjectivement [rires], soit parce qu'objectivement, il y a un risque, alors on essaie d'offrir une protection plus importante.* (Responsable de service)

Une plus grande distance avec le public et, par la même occasion, une moins grande vulnérabilité face au virus favorise cette attitude. Cette dernière semble aussi favorisée lorsque le professionnel ne se sent pas en tension entre l'exercice de sa profession et sa protection personnelle et celle de ses proches. Ce sont des travailleurs qui s'accommodent mieux aux imperfections des mesures en début de pandémie, qui portent un regard moins critique à leur égard et qui voient ces mesures comme un moyen efficace de maintenir leurs missions professionnelles coûte que coûte. L'existence du virus est moins perçue comme un frein à l'exercice professionnel.

Si l'anxiété a été plus présente chez les professionnels en début d'épidémie, à une période où les mesures de protection étaient moindres, l'accès à des conditions matérielles suffisantes et la mise en place progressive de gestes de protection semblent avoir permis le développement de cette attitude chez davantage de professionnels.

Par ailleurs, au-delà d'un rapport plus ou moins anxieux envers le virus, il semble que la dynamique et la cohésion d'équipe et, plus spécifiquement la prise en compte ou non par la hiérarchie des attentes des professionnels dans ce contexte de pandémie, a joué aussi un rôle dans le sentiment de sécurité ou d'insécurité des travailleurs. Elle a, notamment, pu favoriser la mise en place d'une application partagée entre les travailleurs de mesures de protection contre la Covid.

---

*J'avais des gens vraiment investis qui voulaient faire tourner ce travail, même des gens qui étaient en congé qui voulaient venir travailler bénévolement pour l'accueil de jour, il y a vraiment une chouette volonté. Il n'y a pas eu de freins en tout cas, liés au Covid. (Chargée de projet)*

### 3.1.2.3 Des points de vue divergents sur la vaccination contre la Covid

À l'image des débats publics et des discussions qui marquent nos quotidiens à tous, la vaccination divise également les travailleurs et fait l'objet de débats au sein des équipes de première ligne, autant dans les services sociaux que médicaux.

---

*C'est moitié-moitié, je dirais, dans l'équipe. En tout cas, les 3 médecins préconisent la vaccination pour les personnes à risque, parce que je pense qu'elles croient en la médecine, en la science. On a suivi des webinaires sur la vaccination tous ensemble. Ceux qui sont dubitatifs, c'est les mêmes arguments - on n'a pas assez de recul, la question de l'ARN messenger, que c'est la première fois, tous les symptômes qu'on peut avoir, le fait d'être enceinte, ou de vouloir un bébé, est-ce qu'il n'y a pas des conséquences là-dessus... ? (Infirmière)*

#### Une attitude de confiance et de méfiance envers la vaccination

L'extrait ci-dessus résume bien cette dichotomie. D'un côté, des professionnels qui préconisent la vaccination, qui ressentent une confiance à l'égard des institutions de santé, des processus de contrôle et de validation scientifique mis en place pour les vaccins Covid, qui voient et reconnaissent le dispositif médical et pharmacologique comme sûr et sans danger. La vaccination est alors vue davantage comme un moyen de se protéger et de protéger les autres, de sortir de la crise, de reprendre une vie *la plus normale possible*, dans toutes ses dimensions (relations affectives, loisirs, voyages...).

---

*Mais ce qu'ils ne se rendent pas compte c'est quand un traitement sort et qu'il est d'application, c'est qu'il y a des effets secondaires dans tous les traitements.*

*Même le Dafalgan quand il est sorti, il y a des effets secondaires. Il (le vaccin) a été fait en urgence. Mais c'est juste que les étapes, en tous cas de contrôle, ont été faites en parallèle. Généralement, en tous cas, dans le schéma général de développement d'un vaccin, ça prend beaucoup de temps parce qu'on enchaîne les étapes les unes après les autres. Mais là on a pu les faire... en parallèle. Donc c'est ce qui a fait qu'on a été plus vite. Pourquoi ? Parce que c'était une situation d'urgence (Éducateur de rue)*

De l'autre côté, des professionnels qui expriment des réserves sur les vaccins Covid et qui sont plus critiques à l'égard des autorités de santé. Cette méfiance à l'égard des vaccins Covid porte essentiellement sur les éventuelles conséquences personnelles des vaccins et, plus spécifiquement, sur le fait qu'ils ont été trop rapidement mis sur le marché, et que les effets secondaires, notamment sur la fertilité, ne sont pas connus. La méfiance provient aussi de l'innovation technologique des vaccins à ARN-messager et porte, plus globalement, sur l'industrie pharmaceutique.

Si, dans la population générale, les hésitants vaccinaux sont proportionnellement plus nombreux que les pro-vaccination à ne pas se sentir menacés par le virus<sup>20</sup>, sur le plan des professionnels rencontrés, il semble que ceux qui ont une attitude plus distanciée envers le virus sont aussi ceux qui ont une plus grande confiance envers le vaccin. D'abord les professionnels sont un groupe plus homogène dont les différences en termes de rapport au virus et à la vaccination sont vraisemblablement moindres que dans la population générale. Au-delà de ce caractère moins aigu, il se peut aussi que la confiance envers les autorités ait été en partie altérée par le sentiment de sacrifice ressenti par certains professionnels en début de pandémie.

À noter que cette dichotomie autour de la vaccination touche aussi, dans une moindre mesure, les services médicaux.

### **La vaccination : une liberté fondamentale consentie**

En février 2021, en pleine campagne de vaccination, l'ouverture du centre de vaccination du Heysel et sa faible fréquentation ont poussé la COCOM à proposer aux travailleurs sociaux de Bruxelles de bénéficier de la vaccination à titre prioritaire. Cette opportunité a été saisie par certains des intervenants, qui y voyaient néanmoins une forme de privilège pas toujours assumé au regard des critères des vulnérabilité en place à l'époque (phase 1A<sup>21</sup>).

---

*Ce n'était pas évident non plus, même si on est professionnel, même si on est première ligne, de dire à son entourage "j'ai été vaccinée". "Oh ! Tu as déjà été vaccinée" et "oh pourquoi toi et pas moi ?". Cela n'a pas été systématique mais je l'ai quand-même ressenti. Et après, en discutant avec d'autres collègues, je pense que certains d'entre nous sont plutôt restés discrets. (Chargée de projet)*

Pour d'autres, la vaccination n'est pas considérée comme une opportunité mais un choix, qui relève d'une **liberté fondamentale**. Une prise en charge de la vaccination par l'employeur (dans le temps de travail) pour les travailleurs de première ligne, dont la mission est considérée comme une exposition à davantage de risques sanitaires que d'autres métiers sans contact, est une mesure appréciée et prônée. Néanmoins, cela reste une décision personnelle qui ne doit être soumise à aucune pression

---

20 DAVIES, C., «How do we tackle vaccine hesitancy and effectively communicate vaccine safety to the general public in the COVID-19 era ?» Imperial Bioscience Review, <https://imperialbiosciencereview.com/2020/11/20/how-do-we-tackle-vaccine-hesitancyand-effectively-communicate-vaccine-safety-to-the-general-public-in-the-covid-19-era/>, 2020

21 Phase 1A à Bruxelles : de janvier à mars 2021, vaccination des hôpitaux, du personnel et résidents des collectivités de soins et de santé, ainsi que des soignants de première ligne.

ni exposition dans le milieu professionnel. Un profond respect est accordé au caractère privé et personnel du choix de la vaccination.

---

*Je pense que nous, on devrait se faire vacciner dans le cadre du travail. Comme tout ce qui est en première ligne. J'veux dire, avec leur accord ou pas, ceux qui ne veulent pas l'faire ne le font pas. Mais on devrait pouvoir avoir cette proposition, comme on a la proposition du vaccin d'la grippe. Après, libre à chacun de faire ce qu'il a envie. (Assistante sociale)*

### **Un consensus autour de la vaccination des plus vulnérables**

Toutefois, la nécessité de rendre la vaccination accessible aux plus vulnérables (critères d'âge et de comorbidités) semble faire consensus pour les travailleurs, qui s'efforcent d'y contribuer. Une personne vulnérable qui refuse de se faire vacciner peut être jugée péjorativement et ce refus peut être associé à un comportement irresponsable.

---

*Pour la vaccination, ce sont des débats où on n'a pas tous été d'accord, mais on a trouvé un terrain d'entente, on a essayé d'être neutre. Tout le temps en préconisant la vaccination pour les personnes à risques. (Infirmière)*

---

*Par exemple mon frère, qui est par ailleurs diabétique, et qui est jeune et con, et qui ne voit absolument pas l'intérêt. J'ai beau tout faire, pendant tout un moment je lui ai même dit "on ne se voit plus, tu vois trop de gens", c'était compliqué. (Chargée de projet accueil de jour)*

#### **3.1.2.4 Le défi de la gestion des fausses informations**

Les responsables hiérarchiques, plus que les travailleurs en contact direct avec les usagers, sont préoccupés par les fausses informations et éventuelles théories complotistes circulant dans la société. Les éducateurs de rue semblent aussi, davantage que les autres travailleurs, partager cette préoccupation à l'égard de laquelle ils se sentent démunis dans leurs interventions.

#### **3.1.2.5 En conclusion**

Dans l'ensemble, les professionnels rencontrés adhèrent aux mesures concernant les gestes barrières et c'est justement l'impossibilité de les appliquer, notamment par manque de matériel en début de confinement, qui a posé question pour une part d'entre eux. Ce cadre insécurisant pour les professionnels concernés a été la source de nombreuses tensions personnelles et professionnelles (équipes en sous-effectif, injonctions hiérarchiques sans respect des mesures, tensions entre le risque pris sur un plan personnel et l'exercice de sa mission professionnelle, etc.) et a fait l'objet de critiques envers les directives changeantes des autorités.

Par ailleurs, les professionnels sont divisés par rapport à la politique de vaccination de la Covid, et cette polarisation s'inscrit dans une division plus large entre ceux qui expriment leur confiance envers les autorités sanitaires et l'industrie pharmaceutique, et ceux qui s'en méfient. Cette méfiance est centrée plus particulièrement sur les éventuels effets secondaires d'une nouvelle technologie vaccinale. À l'inverse, ils se rassemblent sur le fait que la vaccination est du ressort de la vie privée et ne doit en aucun cas être rendue obligatoire.

## 3.2 DU RÔLE DES AUTORITÉS ET DES MESURES SANITAIRES EN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE

Notre seconde hypothèse pose que l'intervention des autorités politiques (niveau institutionnel) et des responsables hiérarchiques (niveau organisationnel)<sup>22</sup> a joué un rôle significatif dans l'adaptation des services de première ligne, et dans l'octroi des conditions et moyens nécessaires à la poursuite des missions des travailleurs sociaux, dans la mesure du possible. Ainsi, **les mesures sanitaires émanant des autorités nationales, régionales, et locales, ainsi que les directives émanant des responsables hiérarchiques, ont répondu aux attentes des travailleurs et leur ont permis de maintenir l'exercice de leurs missions de première ligne.**

### 3.2.1 L'INADÉQUATION DES AUTORITÉS INSTITUTIONNELLES

L'analyse révèle que, globalement, la satisfaction à l'égard des mesures édictées par nos gouvernements – fédéraux ou régionaux – et par les autorités institutionnelles (secteur de l'aide aux personnes, secteur de l'aide à la jeunesse, etc.) est très faible. La méfiance exprimée à l'égard de nos dirigeants découle entre autres, des mesures complexes, confuses et contradictoires (par exemple au sujet du masque) émises par nos dirigeants, de l'hétérogénéité des discours politiques, ou encore des divergences d'avis dont il est fait état de manière constante dans les médias. Plus précisément, trois facteurs semblent avoir particulièrement exacerbé cette défiance à l'égard des autorités *institutionnelles*, qui selon la grille d'Ardoïno, correspond au niveau politique de la société, de l'échelle des grandes institutions qui régissent notre société (la justice, l'éducation, la santé), des partis et instances politiques et des organes de pouvoir<sup>23</sup>. Le premier est la communication officielle des mesures sanitaires, visant à informer la population sur les directives de prévention de la contamination. Un deuxième facteur est dû au niveau de complexité des mesures, et de la confusion qu'elles génèrent. Le troisième consiste à critiquer vivement les dirigeants qui se servent du contexte sanitaire pour faire de la *politique*, au sens de la prise et du maintien du pouvoir, plutôt qu'au sens de gouvernance et de responsabilité politique.

#### 3.2.1.1 Une communication désastreuse

La communication officielle destinée à informer les citoyens sur les restrictions en vigueur est vivement critiquée par les intervenants. Le plus vif reproche concerne l'inadéquation des messages de communication, considérés comme totalement déconnectés de la population et des réalités vécues par celles-ci. On se demande à qui s'adressent ces messages, car il n'y a aucune conviction que ceux-ci concernent en tous cas les populations les plus précaires. La stigmatisation et la culpabilisation qui transparaissent de cette campagne de prévention ciblent particulièrement les jeunes. Les extraits ci-dessous illustrent les critiques faites au sujet de cette communication :

---

*Bon d'abord toutes les campagnes de communication sur le Covid, "flatten the curve", souvenez-vous. Sincèrement, je ne sais pas quel est le génie de la communication qui a créé ce truc. Ça s'adresse à qui ? Qui comprend ça ?*

(Responsable de service)

22 ARDOINO J., Propos actuels sur l'éducation, contribution à l'éducation des adultes, Gauthier-Villars, Paris, 1965.

23 ARDOINO (1965), Op. Cit.

---

*Je me souviens quand le directeur de la Banque nationale, qui était en même temps, au groupe d'experts de Sophie Wilmès, a sorti qu'il fallait mettre deux millions trois cent mille personnes au télétravail, et que ça c'était une solution, et que c'était unanime dans un rapport, et j'me suis dit mais, on est vraiment dans le délire le plus absolu quoi. C'est un vrai souci de cohésion sociale. (Responsable de service)*

---

*Au niveau communication, on a complètement foiré. Il y a un public où ce n'était pas plus possible d'autant se planter, c'est la jeunesse. Pour moi, ce n'était pas possible de faire pire, en fait. On parlait des conférences de presse là, tous les jours à onze heures, je sais même pas - moi j'étais au boulot - où on comptait les morts, mais en fait on a juste mis un énorme poids pour tous ces gamins, parce qu'on les a culpabilisés en leur disant "si vous ne respectez pas les gestes barrières, vous allez tuer vos parents et vos grands parents" - ça c'était déjà super comme comm', elle n'était pas du tout adaptée. Et on est, on a encore été quelques semaines dans une culpabilité, essayé de les culpabiliser par rapport au fait qu'ils ne respecteraient pas telle ou telle chose. Donc il n'y a pas que les jeunes qui n'ont pas respecté, et je trouve que la jeunesse a été exemplaire sur l'entièreté de cette crise Covid. (Responsable de service)*

---

*Pour moi, les plus précarisés ont été totalement oubliés, moi je n'ai jamais entendu, au niveau politique qu'on parlait de notre secteur social. J'ai entendu parler des médecins, des artistes, des enseignants, mais je n'ai jamais entendu - ou alors j'ai peut-être loupé un comité - mais je n'ai jamais entendu parler des travailleurs sociaux. Et donc c'est ça aussi qu'il y a ce vide. (...) J' pense qu'il y a cette incertitude, ce manque de cohérence. Est-ce que nous, secteur de première ligne, on n'aurait pas pu être vu aussi comme le médical ? (Assistante sociale)*

Ce déficit de communication creuse les écarts entre les pouvoirs publics et les populations précarisées, qui ne se reconnaissent pas dans les communications officielles. Cette inadéquation renforce et augmente le sentiment d'exclusion de ces publics. En effet, lorsque que la communication des services publics à l'égard d'une population dépendante est déficiente, cela amoindrit la considération de la population exclue, et augmente l'intensité de ses besoins sociaux (ceux qui inscrivent le soi dans le collectif, qui fournissent de l'égard et de l'estime, et qui permettent de se sentir inclus dans les normes et lois)<sup>24</sup>.

### 3.2.1.2 Des directives complexes et confuses

Au cours de la dernière année, pléthore de directives et de mesures ont été émises par différents niveaux de pouvoirs, et n'ont cessé de changer : la durée des quarantaines, les conditions pour faire un test de dépistage, les heures d'ouverture des services, la taille de la bulle personnelle, les conditions d'autorisation d'activités en intérieur ou en extérieur, et bien d'autres encore. À cela s'ajoutent les dispositions spécifiques aux villes, aux communes et aux secteurs. En ce qui concerne les services de première ligne, certains doivent composer avec des directives émanant d'instances multiples, entre l'ONE, l'aide à la jeunesse, l'aide à la personne, la scolarité, les dispositifs propres aux accueils de jour et de nuit, les règlements de capacité d'accueil maximum. Ces décisions changeantes, contradictoires et non concertées entre niveaux de pouvoirs et entre secteurs créent

---

<sup>24</sup> MERCIER M. & al., Exclusion et sciences humaines. Exclusion en sciences humaines. Recherche commanditée par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique de la Communauté française de Belgique. Rapport de recherche interuniversitaire (FUNDP, ULg, UMH, ULB, UCL), 2003.

un surplus d'informations et placent les équipes de terrain dans des positions où elles doivent composer à partir de différentes injonctions. Sans compter que certains secteurs sont restés dans le flou, en l'absence de directives claires. Le manque de stabilité ainsi généré exacerbe, pour une partie des intervenants rencontrés, le caractère anxiogène du contexte de crise.

---

*Le discours extérieur au CPAS n'était quand même pas très clair, il était assez chaotique. (Responsable de service)*

---

*On n'a pas reçu de directives claires. À chaque fois on se retrouve à prendre des directives à l'école, du Codeco, ou de l'aide à la jeunesse. Mais l'aide à la jeunesse globalise pour tout ce qui est résidentiel et non-résidentiel, donc ça ne correspond pas à la moitié du secteur. Donc, on a varié et changé avec les quatre sources, en se disant, là on estime que c'est qu'on nous demande. Tout en se disant peut-être pas, si un jour on vient nous reprocher ça, on n'a jamais rien eu de clair sur le secteur, et on a fait ce qu'on a pu. (Éducateur de rue)*

---

*Demandez ce qui empêche les gens d'aller se faire vacciner, sincèrement, moi je trouve que c'est cette question-là qui est surprenante. Mais tout, tout est compliqué. Pourquoi est-ce que c'est pas chez le médecin ce vaccin-là ? Les autres vaccins c'est chez le médecin, pourquoi pas celui-là ? (Responsable de service)*

Ces mesures contradictoires, confuses et peu claires sont perçues comme **entravant le travail sur le terrain**. Sans compter la capacité de réaction assez tardive de certaines instances en charge de dicter ces directives. Dans l'attente de celles-ci, les équipes de terrain ont fait ce qu'elles ont pu, en comptant sur les sources d'informations à leur disposition, en faisant preuve de bon sens. L'arrivée de directives sur le tard a fait perdre du temps, de l'énergie et a déclenché un cycle infernal de recommencement. Cela a généré un malaise d'un nouveau genre chez les travailleurs, à savoir l'angoisse de travailler pour rien, de reprogrammer toutes leurs actions et les dispositifs, et d'annuler sans cesse leurs activités, sans alternatives.

---

*On était toujours en attente des protocoles sectoriels. Ce qu'on a regretté, c'est qu'à certains moments ces protocoles étaient vraiment très tardifs. On pense notamment au protocole de l'ONE, juste avant l'été, pour l'organisation de toutes les activités d'été, y compris les séjours résidentiels. Ces protocoles sont vraiment venus tardivement et donc ça a été une source de stress, y compris pour les équipes. (Responsable de service)*

---

*Ce n'était pas facile parce que comme il n'y avait pas les directives précises, il fallait nous aussi prendre des décisions. (...) on attendait beaucoup de la fédé, pour le coup, qui n'a pas donné tout de suite des directives. Mais après je pense qu'eux-mêmes étaient perdus, j pense que tout l monde était perdu. On a dû s'débrouiller. (Infirmière)*

Les discours des intervenants révèlent que l'inadéquation de ces directives a pu être palliée par la **réactivité locale**. Les travailleurs conçoivent que le caractère inédit de cette crise a mis à mal également les fonctionnements et procédures des autorités et des organes sectoriels. Ils conçoivent que cela n'a pas été tâche facile car tout le monde, à tous les échelons, a dû se réinventer, proposer, acquérir de nouvelles compétences et ce, dans l'urgence. Néanmoins, ils soulignent la réactivité des échelons de pouvoir locaux (les communes, plus soutenantes et utiles, et plus rapides que ce qui était attendu des autorités fédérales). L'exemple le plus criant est la question du matériel

de protection, lors du premier confinement. Les commandes avaient été gérées au niveau fédéral, et les régions chapeautaient leur distribution. Mais l'opérationnalisation de ce dispositif a été trop tardif, obligeant ainsi les communes à se débrouiller :

---

*Il a fallu quand même deux mois pour que les collectivités locales se disent qu'elles allaient essayer de distribuer elles-mêmes les masques, parce qu'il n'y avait rien qui venait du fédéral ni des régions. Il a fallu que les communes aillent chercher des bénévoles, pour faire des masques, et ça les gens le voient bien. (...) ce n'est pas les cadres supérieurs de [MARQUE] ou de [MARQUE], ce n'est pas les fonctionnaires de la Commission Européenne qui ont cousu les masques.*  
(Responsable de service)

L'extrait ci-dessus montre également que les communes ont pu se reposer sur la **solidarité citoyenne**, plus réactive que les autorités publiques. Cette solidarité «chaude»<sup>25</sup> citoyenne a joui d'une visibilité exemplaire, au travers d'une mobilisation sur les réseaux sociaux et via le bouche-à-oreille, au sein de communautés locales. Comme souvent face aux élans de mobilisation citoyenne, cette solidarité suscite tantôt l'admiration et renforce le sentiment d'appartenance à une communauté qui se soutient et s'entraide dans un contexte de crise qui n'épargne personne, tantôt, elle souligne avec véhémence l'échec des autorités à remplir leur devoir et à mobiliser les moyens nécessaires à la gestion de crise. Les autorités fédérales et régionales semblent dépassées, incapables de réagir efficacement.

---

*La COCOM, progressivement, a commencé à en faire (des distributions), mais faut quand même voir que la COCOM n'était pas du tout outillée sur les épidémies, on avait oublié que ça existait les épidémies, or la compétence épidémie était au niveau de la COCOM. Déjà, quand il y a eu une épidémie de Galle au parc [LIEU] en 2017, la COCOM était paumée, elle ne savait pas très bien comment réagir. Mais alors ici l'épidémie de Covid, elle était pas du tout équipée. Donc c'est une administration qui a dû se créer pendant le Covid.*  
(Responsable de service)

Cette impression que les pouvoirs politiques ne gèrent pas, et émettent une quantité de directives non concertées de manière intersectorielle, parfois contradictoires entre elles, changeantes à un rythme effréné, renforce la défiance envers les autorités et la conviction que les autorités sont déconnectées du terrain. Les travailleurs y voient l'aveu d'une incompetence et d'une non représentativité de leurs intérêts, qui s'ajoute au climat de stress et d'angoisse.

### 3.2.1.3 Une critique de la posture politique

L'instrumentalisation de la crise sanitaire à des fins «politiques» a également participé à la défiance et au manque d'adhésion aux mesures. Les personnalités politiques qui se sont montrées sur la place publique, et se sont exprimées sur les décisions prises à leur niveau en matière de prévention, sont mal vues. Voire, cette plébiscite est accusée d'être contre-productive, attirant la lumière sur des annonces prématurées, ou des dispositifs pas encore prêts, alourdissant ainsi la charge de travail des travailleurs sociaux. Si, par ailleurs, la personnalité politique jouit d'un effet d'annonce sur une information qui n'a pas fait l'objet d'une concertation professionnelle au préalable, cela alimente le climat de tension entre travailleurs et politiques. Les extraits ci-dessous en sont de parlantes illustrations :

---

25 VAN PARIJS P., Crise Sanitaire, solidarité et justice sociale., L'Observatoire : le Social Sous la pression du Covid /2, n°106, 2021.

---

*Notre président a décidé de faire de la pub. Purement politique. Et d'aller dire notamment dans les écoles, dans les écoles primaires, qu'on offrait des ordinateurs portables. Voilà. On a reçu des demandes de parents d'enfants qui sont en primaire, des enfants petits, six ans, sept ans, donc ça a fait monter nos demandes. Et beaucoup étaient des refus, en plus, parce que pas les bonnes raisons. Enfin bref, il n'y avait pas eu un travail en amont, de s'dire "ok on va faire de la pub on va aller ouvrir le CPAS aux autres personnes qui en ont besoin". (Assistante sociale)*

---

*Ça tient beaucoup aussi à la dynamique de chaque, à la volonté de leur échevin. Il y a fort ce côté-là, en fonction de qui est ton échevin, de qui est ton chef de service. (Éducateur de rue)*

---

*En fait il y a des débats, des problèmes, à des niveaux politiques, qui nous impactent en fait. Ce sont des petites guéguerres à certaines moments et nous du coup, en bas, on attend, pour savoir c'qu'on peut faire. (Chargée de projet)*

---

*Ouais souvent c'est "ah pourquoi vous refusez ?". "Mais l'état de besoin n'a pas démontré", "oui mais bon on pourrait mettre ça sur le fonds Covid". Et du coup ça passe. (...) Et il y a cette injonction que le fédéral a débloqué une grosse enveloppe et que du coup, il faut la dépenser. (Assistante sociale)*

Les extraits ci-dessus révèlent que les intérêts personnels des personnalités dirigeantes entrent en concurrence avec les besoins nécessaires aux missions de première ligne, et entrent en tension avec l'intégrité professionnelle des travailleurs. La dichotomie «en haut» et «en bas» est parlante : les travailleurs sont tributaires de décisions prises dans des logiques descendantes, mais qui constituent des freins et des obstacles au travail de première ligne, et dont les motivations ne sont ni comprises, ni respectées, ni valorisées sur le terrain.

### 3.2.1.4 Des critiques également présentes dans la littérature

Ces critiques formulées par les professionnels rejoignent en partie celles présentes dans la littérature concernant la prévention qui souligne, notamment, que les mesures prises dans l'urgence s'appuient fréquemment sur des stratégies de «prévention» considérées comme peu probantes, telles que le recours à la communication de données épidémiologiques, les mesures prises unilatéralement de manière descendante et hiérarchique par des pouvoirs publics et des scientifiques, la prévention centrée sur la gestion des problèmes, les campagnes de masse qui touchent essentiellement les personnes déjà sensibilisées et qui présupposent qu'un intérêt général préexiste au sein de la population sans que celui-ci n'aille vraiment de soi, etc.<sup>26,27,28,29</sup>.

Ce type de démarche, développée souvent dans l'urgence, se révèle généralement insuffisante pour modifier significativement les comportements, notamment, parce que ces derniers sont aussi le fruit des relations sociales que les personnes développent avec leurs proches<sup>30</sup>, que l'acceptabilité

---

26 RAUDE J., Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions, in *Communication et langages*, 2013, 176 : 49-64.

27 DECKLERCK J., La pyramide de la prévention. Intégralement et positivement contre le harcèlement, Journée d'étude «*Harcèlement scolaire. Tentant pour certains, terrifiant pour d'autres*», HE Galilée, 05/03/2018.

28 ROMEYER H., MOKTEFI A., Pour une approche interdisciplinaire de la prévention, in *Communication et langages*, 2013, 176 : 33-47.

29 TOURNAY V., Pourquoi l'application Stopcovid ne parvient-elle pas à traduire l'intérêt général ?, in *Droit, Santé et Société*, 11, 1:85-89, 2020.

30 RAUDE J. (2013), op. cit.

sociale des risques diffère d'un groupe social à un autre<sup>31</sup>, que la défiance des populations envers les autorités politiques et scientifiques ne cesse de s'accroître<sup>32</sup>, que la confiance accordée à la source d'informations est plus importante dans l'adhésion aux mesures que la qualité même de l'information diffusée<sup>33</sup>, etc. Cette dynamique de l'urgence fait aussi fi des acquis engrangés par les professionnels et chercheurs de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé au cours de ces dernières décennies, qui soulignent l'importance, notamment, de combiner plusieurs logiques de prévention<sup>34</sup>, de favoriser l'hybridation des logiques préventives dans des approches interdisciplinaires<sup>35</sup>, de mieux prendre en compte les environnements physiques et psychosociaux dans le façonnement, le développement et le renforcement des habitudes de vie<sup>36</sup>, et d'impliquer les populations dans l'élaboration des démarches de communication et de prévention qui affectent directement leurs conditions de vie et leur santé<sup>37</sup>. Ces écueils sont particulièrement fondés en ce qui concerne les populations vulnérables.

Il convient vraisemblablement de ne pas confondre «urgence» et «prévention», de ne pas opposer l'urgence sanitaire à la prévention. Il s'agit de deux logiques de prévention qui ne poursuivent pas les mêmes finalités, qui ne se réfèrent pas à la même temporalité, qui n'ont pas une même conception des populations et ne s'appuient pas sur la même déontologie. En temps de pandémie, les mesures d'urgence sont nécessaires mais doivent, vraisemblablement, s'accompagner de mesures préventives à plus long terme pour, d'une part, en atténuer les effets contre-productifs et d'autre part, améliorer les capacités des populations à gérer au mieux ce type de crise. Ne pas concilier les deux semblent parfaitement insensé et ruine en partie les efforts consentis en temps de crise.

### 3.2.2 LE RÔLE DÉTERMINANT DU NIVEAU DE HIÉRARCHIE ORGANISATIONNEL

Si le niveau d'autorité institutionnel semble avoir fait défaut pendant cette crise sanitaire, le niveau d'autorité organisationnel, quant à lui, a eu tout son rôle à jouer pour les travailleurs de terrain. Le niveau **organisationnel**, toujours selon la grille d'Ardoïno<sup>38</sup>, correspond à l'échelon du service, du département ou de l'organisation. Il concerne l'intervention des responsables d'équipe ou de service, ou des directions d'établissements. Notre analyse révèle que cet échelon a eu une influence déterminante sur la capacité des travailleurs de terrain à faire face à la crise, à s'adapter au changement et à gérer le stress et l'anxiété qui en découlent.

#### 3.2.2.1 Une hiérarchie reconnaissante et protectrice : un moteur dans le contexte de crise

L'analyse nous apprend que les travailleurs ayant bénéficié d'une hiérarchie proche, soutenante, à leur écoute et soucieuse de leur avis, et surtout, qui **reconnait** leur travail, ont adopté une approche plus sereine et philosophique de la crise. La reconnaissance de leur hiérarchie à leur égard renforce leur engagement vis-à-vis de leur organisation ou entreprise, et nourrit leur motivation professionnelle. De plus, le cadre protecteur de ce niveau hiérarchique semble préserver les travailleurs de la perturbation institutionnelle de la crise. Les responsables hiérarchiques agissent donc en moteur lorsque leur encadrement est bienveillant, soutenant et au service des travailleurs.

31 COUGNON L.-A. , HANSEEUW B. , et. al., Informer le public et générer une confiance envers les experts et les autorités en situation d'incertitude sur le long terme : apports croisés des théories du «public understanding of science», de «l'amplification sociale des risques» et du «traitement cognitif et de l'information», in *Déconfinement Sociétal. Apport d'expertises académiques*, 2020.

32 RAUDE J. (2013), op. cit.

33 COUGNON L.-M. & al. (2020), op.cit.

34 DEKLERCK J. (2018), op.cit.

35 ROMÉYER H., MOKTEFI A. (2013), op. cit.

36 RAUDE J. (2013), op. cit.

37 COUGNON L.-M. & al. (2020), op.cit.

38 ARDOÏNO (1965), Op. Cit.

Cette posture a un impact très positif sur la cohésion d'équipe, la solidarité entre collègues et la motivation des travailleurs, comme illustré dans les extraits ci-dessous :

---

*Le bourgmestre est le président de l'asbl, il y a une belle proximité, moi je le vois toutes les semaines, il n'y a pas de rupture à ce niveau-là. (Responsable de service)*

---

*Je suis quand même vachement écouté. Et donc ça c'est assez chouette de pouvoir faire passer ses idées, d'être entendu et, en fait on m'a très peu souvent dit non quand j'ai proposé des choses. (Éducateur de rue)*

Cette **reconnaissance** se traduit à tous les niveaux, que ce soit d'un travailleur de rue à l'égard de son chef d'équipe, d'un chef d'équipe à son responsable de service, ou d'un responsable de service à l'égard de toute son organisation. Chaque échelon professionnel bénéficie de cette bonne conjoncture, et cela encourage la mobilisation des équipes. Les discours des travailleurs mettent en exergue l'importance du besoin de reconnaissance exprimé par les travailleurs. Celle-ci, loin d'être uniquement salariale, constitue réellement un élément favorisant le bien-être au travail exprimé par les intervenants. L'extrait ci-dessous illustre la satisfaction d'un travailleur à l'égard de son organisation :

---

*Au CPAS, j'dirais que la situation d'instabilité, d'insécurité sur le plan de la protection, ça a duré une quinzaine de jours. Mais heureusement on avait quand même du matériel en stock et on avait de prévention... en protection qui fonctionnait bien. On a eu une cellule de crise qui s'est tout de suite mise en place donc, qui se réunissait tous les jours et puis toutes les semaines. La première note a été envoyée aux antennes le 20 mars, c'est-à-dire une semaine après le début du confinement. Cette note dit déjà tout ce qu'y faut faire en matière d'organisation des antennes, des mesures d'hygiène, de gestion du courrier, d'aménagement du travail social, des enquêtes sociales, des plans individualisés d'intégration sociale, des visites à domicile, des demandes d'audition. (Responsable de service)*

Dans l'extrait ci-dessous, il s'agit d'un CPAS, soit une grosse institution, caractérisée par une lourde machinerie administrative et procédurale. Tous les CPAS ne sont pas parvenus à coordonner efficacement les différents services de manière à pouvoir réagir dans l'urgence au contexte de crise, que ce soit en matière de protection des travailleurs ou en matière d'interventions auprès des ayants droit. En effet, beaucoup de CPAS ont été critiqués pour leurs fermetures longues et radicales en début de confinement. Plusieurs CPAS ont mis plusieurs semaines à rouvrir leurs bureaux et nombre d'entre eux ont accumulé énormément de retard suite à cette fermeture. Il va sans dire que cela impacte directement les ayants droit, qui dès lors n'ont pas touché leurs revenus de CPAS pendant plusieurs mois pour les cas les plus graves. L'extrait ci-dessus concerne un CPAS qui est resté ouvert, en organisant des tournantes de personnel.

De plus, l'ensemble des intervenants étant issus de la fonction publique ou de postes dans des structures subsidiées, tous ont pu bénéficier d'un maintien de salaire, même lors de périodes de dispenses de travail. Sans conteste, la sécurité salariale impacte positivement le niveau de stress des travailleurs.

---

*Toute cette période n'a pas eu d'impact négatif sur eux, notamment, par exemple, au niveau salarial. Et ça je pense qu'ils en sont reconnaissants et ils se rendent bien compte que tout le monde n'a pas cette chance-là. (Responsable de service)*

Par ailleurs, la mise à disposition de matériel de protection en suffisance, et des réglementations qui protègent les travailleurs, que ce soit en matière de flexibilité au travail ou de vaccination, sont autant de facteurs positifs. Les travailleurs qui considèrent que leur employeur se préoccupe de leur bien-être et de leur santé se sentent plus valorisés et plus motivés à maintenir leur travail social.

---

*Je veux dire que, oui je suis reconnaissante à mon employeur d'avoir cette démarche-là, d'être attentif à la santé de ses travailleurs. Je trouve ça positif.*  
(Assistante sociale)

### 3.2.2.2 Une hiérarchie qui décide, impose et se tient à distance : un frein à la gestion de crise

À l'inverse, **l'absence de soutien** d'échelons hiérarchiques directs est très problématique en temps de crise. Ce manque diminue les capacités de résilience et d'adaptation des travailleurs de première ligne, alimente leurs frustrations, les rend plus fragiles et plus «sacrifiés» sur l'autel de la crise sanitaire. Certains parviennent à compenser en comptant sur le secours de leurs collègues, sur une solide cohésion d'équipe.

---

*Le seul soutien qu'on avait, c'est entre nous, entre collègues.* (Assistante sociale)

Néanmoins, certains travailleurs se sont sentis seuls, isolés professionnellement, dans un contexte anxiogène dans lequel ils n'ont pu compter que sur leurs propres ressources pour s'adapter. Pour corrélérer ce que nous écrivions précédemment, dans ce cas-ci, **l'absence de reconnaissance** de la part de l'employeur ou des responsables hiérarchiques est fortement décriée par les intervenants. Cette non-reconnaissance a un effet très négatif sur la motivation, l'efficacité, les résultats, et exacerbe l'absentéisme. En situation de crise, il faut des responsables charismatiques qui montrent l'exemple, tiennent compte des demandes et ressentis des travailleurs, et valorisent leur travail :

---

*Quand on a repris physiquement, faire un tour des antennes au niveau des assistants sociaux dire "ben voilà, vous avez travaillé presque 8 mois à la maison ; qu'est-ce que vous en avez retiré, qu'est-ce qu'il s'est passé, comment vous l'avez vécu ?". Ça, on n'a pas pu le déposer. On m'a dit "voilà, tu vas faire partie de telle équipe, tu commences tel jour.* (Assistante sociale)

---

*On n'a jamais pu s'exprimer, si vous voulez, mettre les mots. Parce qu'on avait beaucoup de frustration entre nous, entre collègues. Et on l'avait encore en reprenant du service, de se dire "purée, on nous a bien utilisé à faire des dossiers de prolongation, à faire des heures supplémentaires, sans être déclaré, etc.". Oui, c'est vraiment de pas avoir eu cette reconnaissance-là par rapport à la hiérarchie* (Assistante sociale)

Ce manque de reconnaissance et de soutien peut venir non seulement de la hiérarchie, mais également des services support. Ces derniers, lorsqu'ils imposent une **lourdeur administrative** aux employés, peuvent constituer de véritables freins au travail social, et éloignent encore davantage des missions de première ligne. Cette complexité administrative est le signe, pour les intervenants de terrain, d'une institution qui refuse de se moderniser et de s'adapter aux changements dont, notamment, ceux induits par la crise sanitaire.

---

*On a vraiment des services administratifs qui sont derrière, qui ne comprennent pas notre travail, et qui exécutent parce que la règle, c'est la règle. (Assistante sociale)*

---

*Pour un paiement parte, ça passe, chez nous. On peut même dire l'accueil maintenant parce que le papier arrive à l'accueil. Puis chez nous. On l'envoie au pôle paiement mais en réalité ça passe d'abord par les finances, ensuite par la facturation, ou inversement, et finalement par la recette. Au minimum quatre services. Pour un paiement. (Assistante sociale)*

Dans ces extrêmes, le manque de reconnaissance s'exprime par un **manque de confiance** de la part de l'employeur. L'employeur refuse d'expliquer avec transparence comment sont alloués les subsides Covid dédiés au renfort du personnel ; l'employeur renforce les services support, qui pourtant sont déconnectés du terrain, plutôt que les équipes de première ligne, qui pourtant dénoncent être en sous-effectifs. À cela s'ajoute le sentiment d'être contrôlés. La résistance au télétravail est vue comme une manière de contrôler les travailleurs, alors même que cette disposition est une obligation légale. Si l'institution le justifie par des manques de moyens informatiques, les travailleurs n'en croient rien, et considèrent d'une fausse excuse pour pouvoir être surveillés.

---

*Mais ils n'aiment pas le télétravail ici c'est vraiment impressionnant (...) Parce qu'ils veulent nous contrôler énormément. (...) Mais vraiment hein. Beaucoup de contrôle. Et il y a un manque de confiance envers les travailleurs, j'pense. (Assistante sociale)*

Le manque de **consultation** des travailleurs, et leur renvoi à un statut d'exécutant pose également question. Les hiérarchies qui appliquent des décisions top-down, et qui font perdre leur autonomie aux travailleurs de terrain participent à la démotivation et au manque de cohésion dans leurs équipes, et encouragent l'épuisement et la souffrance de celles-ci.

---

*Les médecins ont vraiment souffert parce qu'ils disaient qu'ils n'avaient plus aucun pouvoir de décision, et qu'ils n'étaient que des exécutants. L'école disait qu'il fallait mettre l'enfant en quarantaine alors hop, on mettait l'enfant en quarantaine, le boulot voulait que le patient s' fasse tester alors voilà. (Infirmière)*

---

*Ça fait six mois qu'on bataille, qu'on discute, on avance des propositions, en tant qu'AS. D'après c'qu'on nous dit, c'est relayé, mais y'a toujours rien qui bouge (Assistante sociale)*

Tous ces manques ont des effets délétères sur les équipes de terrain. Ils diminuent tout d'abord le sentiment d'appartenance à l'institution, dont les travailleurs se distancent et à laquelle ils ne parviennent plus à s'identifier. Ils considèrent que leur entreprise est vétuste, inadaptée, d'un autre temps, et que c'est ridicule de continuer à travailler dans ces conditions. L'extrait ci-dessous révèle un lapsus assez révélateur d'ailleurs :

---

*Il faut savoir que le CPAS de [LIEU] a une manière très archaïque de travailler. Donc on est encore au papier, l'informatisation des suivis administratifs etcetera, on est vraiment en retard. Et le CPAS à la base était contre le travail social. Qu'est-ce que je raconte pardon [rires] le télétravail. (Assistante sociale)*

Ensuite, lorsque le ressentiment atteint un point de non-retour, tout geste de la part de l'employeur est vu comme un sparadrap sur une jambe de bois, et perd toute crédibilité. Dans l'exemple ci-dessous, les jours de congés supplémentaires octroyés ne font pas le poids par rapport à un manque chronique de prise en considération et d'écoute des travailleurs :

---

(% jours de congés de compensation) *ça, c'est la petite compensation si vous voulez. Mais pour nous ça n'a pas été suffisant. Il n'y a pas eu de reconnaissance par rapport à notre travail, par rapport à ce qu'on a fait.* (Assistante sociale)

Ces manques au niveau hiérarchique entraînent de sérieuses conséquences en termes de motivation, cohésion d'équipe et sentiment d'utilité. Dans certaines institutions de grandes tailles très hiérarchisées, cela aboutit même à des soulèvements, à des mobilisations de travailleurs et des revendications syndicales.

### 3.2.3 LES INTERVENTIONS DE POLICE ET LE TRAVAIL SOCIAL EN TENSION

Dans cette partie, le focus est mis sur la difficile relation entre les forces de police et les usagers des services de première ligne. Celle-ci interpelle, car, bien qu'il semble y avoir une grande disparité entre les communes et le type de services, dans les communes qui sont en tension, les travailleurs dénoncent une intervention inadaptée, stigmatisante et hautement problématique des forces de police. Les extraits sont poignants.

Tout d'abord, les éducateurs de rue, en parlant de leur public jeune en particulier, énoncent une série d'exemples d'interventions policières **stigmatisantes** et **discriminatoires**. Il n'est pas rare que ces relations conflictuelles avec la police soient préexistantes au contexte pandémique. Des études montrent en effet que la légitimité de la police est remise en question depuis 10 à 20 ans<sup>39</sup>. Néanmoins, elles se sont aggravées et multipliées pendant la crise, selon les travailleurs. Cela constitue un obstacle redoutable au travail de proximité des travailleurs sociaux. Comme l'exemple de cet ex-jeune, devenu éducateur par un programme de mise-à-l'emploi orchestré par un service d'éducateurs de rue :

---

*Lui (un éducateur de rue) par exemple, il a subi des insultes racistes cet été. Par les policiers. Et justement pendant la Covid, où il a dû faire respecter les mesures sanitaires parce qu'il ne savait plus travailler parce qu'il n'y avait plus de salle, alors qu'il avait été engagé spécifiquement pour ça. Il n'était pas formé, je ne pouvais pas vraiment lui demander du travail d'accompagnement social parce qu'il n'était pas "compétent", entre guillemets. Il était vraiment engagé pour faire animateur et, du coup, il essayait de faire respecter les mesures dans le quartier. Et en plus de ça, il s'est pris quelques remarques de la police et on a dû envoyer des photos à la police et expliquer que, oui, il était bien un éducateur et qu'il méritait le respect comme les autres.* (Éducateur de rue)

#### 3.2.3.1 Des interventions plus prégnantes dans certains quartiers

Les **interventions de polices problématiques** sont plus prégnantes dans certains quartiers et les jeunes des quartiers les plus populaires de Bruxelles sont particulièrement ciblés par la

---

39 LAMQUIN V., La population n'accepte plus automatiquement l'autorité de la police, Le Soir, 11 avril 2021.

répression policière et l'acharnement de la police, selon les dires des éducateurs de rue. Un rapport d'«Avocats sans Frontières» de 2020 confirme que la politique répressive des infractions aux mesures de confinement a généré des discriminations dans les quartiers populaires et a renforcé les inégalités déjà existantes<sup>40</sup>. Cette inégalité est vécue et ressentie par les jeunes, et par les travailleurs. La détérioration de la relation avec les forces de l'ordre par rapport à la situation avant Covid est nettement perçue, et la crise sanitaire donne lieu à des comportements inadéquats et décomplexés, qui n'auraient pas eu lieu avant, comme si le contexte sanitaire conférait des libertés supplémentaires aux policiers.

---

*La relation jeune-police a vraiment émergé lors de la crise sanitaire, parce que les jeunes sentaient une inégalité par rapport aux contrôles. Ils étaient 4 sur l'espace public, ils se faisaient contrôler tandis que dix adultes vraisemblablement ivres sur la place, eux, ne se faisaient pas contrôler. On a eu pas mal de demandes par rapport aux SAC ou aux amendes par rapport aux masques dans les groupes. J'ai vécu un contrôle avec des jeunes où la policière demande aux jeunes d'être tout le temps avec les 4 même personnes dehors. J'ai dit "oh là non en fait, ce n'est pas ça la loi, ce n'est pas ça la règle ; il faut juste être quatre dehors, là vous outre-passez ce qui est demandé". (Éducateur de rue)*

---

*Avant la crise sanitaire par exemple les jeunes ne connaissaient pas par cœur les numéros d'immatriculation des voitures banalisées, maintenant à chaque tournée ils savent si c'est la police ou pas, ils savent nous le dire. Il n'y avait pas ce conflit jeune – police constant, maintenant pendant six, sept mois on a eu une tension constante sur la place. (Éducateur de rue)*

---

*Il y a une catégorie de jeunes qui a vraiment eu l'impression d'être harcelée par la police, en matière de comportement, comme si la police était tout le temps sur leur dos. Y en a certains qui, effectivement, ont eu une accumulation d'amendes. Il y a eu quelques témoignages d'interventions policières musclées qui n'étaient pas toujours adaptées. (Responsable de service)*

---

*Ça, c'est quelque chose qu'on n'avait jamais vu avant. Une police qui s'arrête et qui regarde ce qui se passe sur la place, en 4 ans je n'avais jamais vu ça. (Éducateur de rue)*

---

*Cette jeune-là, au-delà de la théorie du complot, ce qui agrémentait sa théorie c'est que ce sont des jeunes qui sont stigmatisés, des jeunes de quartier, la police elle passe deux fois plus ici qu'à Ixelles par exemple. (Assistante sociale)*

Les extraits qui précèdent illustrent ce phénomène d'«acharnement policier» dans certains quartiers. Cela n'a rien d'étonnant, selon la criminologue Sofie De Kimpe (VUB), qui confirme la *surprésence* de la police dans certains quartiers, au niveau de la répression, et la *sous-présence* de cette police à l'attention des victimes<sup>41</sup>. Les faits que les intervenants rapportent, à savoir la méfiance grandissante des jeunes en particulier de certains quartiers paupérisés (Saint-Josse, Forest, etc.), s'amplifient lorsque la justice n'est pas distributive, c'est-à-dire lorsque la population a l'impression que la police

---

40 TATTI D. et AL., Répression des infractions en temps de COVID-19 : nul n'est censé ignorer la loi ?, L'Observatoire : le Social Sous la pression du Covid /2, n°106, 2021.

41 LAMQUIN V. (2021), Op. Cit.

n'intervient pas de la même manière partout. Mais également, lorsque la police est inefficace, c'est-à-dire lorsque son intervention ne diminue ni l'insécurité, ni la criminalité, ou encore lorsque les interventions de police manquent de transparence. Par ailleurs, les statistiques montrent également que les personnes d'origine étrangère et les minorités ethniques ont bien moins confiance dans la police que les autochtones<sup>42</sup>, ce qui est l'expression de la discrimination dont ils se sentent victimes.

### 3.2.3.2 Une présence policière contre-productive pour l'intervention sociale

Cette relation conflictuelle n'entraîne pas que de la stigmatisation des jeunes, elle a également des conséquences négatives sur le travail social. Certains travailleurs sociaux, dont les missions consistent régulièrement à apaiser les tensions ou intervenir dans la médiation de conflits, se trouvent empiétés dans leurs pouvoirs d'agir à cause des interventions policières. Parfois, ils s'en trouvent même criminalisés eux-mêmes. Globalement, cette tension est contreproductive pour le travail social, car les descentes policières répétées et l'agressivité impunie des policiers détériorent le vivre ensemble et la cohésion de quartier, auxquels les missions sociales de première ligne contribuent. Dans certains quartiers, l'humiliation et les violences policières sont devenues la problématique principale, occultant de la sorte d'autres problématiques sociales, telles que l'usage et le deal de drogues, le décrochage scolaire ou les violences domestiques et urbaines. Les forces de l'ordre sont vues comme des ennemies, qui viennent troubler la paix et que tout oppose aux populations de quartier. Impossible d'imaginer lutter contre l'insécurité avec les services de police, dont le rôle n'est ni respecté, ni considéré comme utile, puisqu'ils répriment plus qu'ils ne protègent, dans le discours des travailleurs.

---

*Les personnes de la police qui avaient embarqué mon éducateur de manière violente, c'était aussi des gens que moi j'connais de réputation. De la part de jeunes, de la part d'autres coordinateurs de la zone [LIEU], les éducateurs de rue m'avaient dit "un tel, un tel et un tel, ce sont des calamités pour les quartiers" parce qu'ils viennent, ils insultent les gens, ils créent de la tension. (Éducateur de rue)*

L'actualité de la dernière année a également exacerbé cette opposition, qu'elle soit internationale, avec la mort de George Floyd et le mouvement «Black Lives Matter», ou qu'elle soit locale avec les décès des jeunes Adil et Ibrahima<sup>43</sup>. Ces événements renforcent l'image d'une systémique au sein de la police, et font tout à fait écho aux discours de nos intervenants.

---

*Au niveau de la police, c'est un peu compliqué parce qu'il y a eu tous les événements qui ont été menés avec les violences policières, il y a eu des émeutes même ici dans le quartier. Surtout avec l'affaire Ibrahima. (Assistante sociale)*

---

*C'est hyper fort depuis la mort de George Floyd. Dès qu'il y a un truc, directement t'as des gens qui viennent filmer les interventions policières, eux-mêmes ils sont toujours sous tension. (Assistante sociale)*

---

<sup>42</sup> LAMQUIN V. (2021), Op. Cit.

<sup>43</sup> Le 10 avril 2020, **Adil**, jeune Anderlechtois de 19 ans, avait fui, sur son scooter, une patrouille de police qui voulait le contrôler, à Anderlecht. Il a percuté de plein fouet une voiture de police qui arrivait en renfort et est décédé des suites de ses blessures. Le 9 janvier 2021, **Ibrahima B.**, âgé de 23 ans, a été arrêté par la police de la zone Bruxelles-Nord. Il est mort par la suite, en cellule, dans des circonstances peu claires. Des émeutes ont fait suite à ce décès dans les communes de Saint-Josse et de Schaerbeek.

### 3.2.3.3 Un ancrage dans des inégalités sociales

Des disparités existent entre communes. En effet, les jeunes des communes de Schaerbeek, Saint-Josse ou Forest sont plus contrôlés et harcelés par la police que leurs pairs des communes d'Ixelles ou de Boitsfort, avec une exception sur un quartier à Woluwe-Saint-Lambert, dans lequel les rapports entre jeunes et policiers sont également hautement problématiques. Les accès aux espaces verts et végétaux de la ville sont inégaux en fonction des communes, et l'année de pandémie, ainsi que les canicules estivales, ont exacerbé les tensions autour des accès à ces espaces, touchant plus sévèrement les populations issues des quartiers populaires<sup>44</sup>.

### 3.2.3.4 Des logiques professionnelles divergentes

Bien entendu, il ne faut pas généraliser cela à tous les policiers, et il y a des agents avec lesquels les discussions et partenariats sont constructifs. De plus, au vu du climat de méfiance qui règne à leur rencontre, et de la surveillance populaire qui tourne autour de la moindre de leurs interventions, cette tension affecte également les forces de police. Les intervenants dénoncent que ces derniers peuvent être à leur tour très mal accueillis, voire même provoqués dans les quartiers où la mésentente est la plus aigüe. Néanmoins, dans ce contexte, les logiques professionnelles divergent. Et toute forme d'assimilation à des missions de type policières, que ce soit de contrôle ou de rappel à l'ordre (notamment au sujet des mesures sanitaires) est très catégoriquement refusée par les travailleurs, qui menaceraient leur travail de terrain. Les travailleurs tiennent à se distinguer des forces de police, et notamment au niveau des valeurs prônées par les uns et les autres. Les «bons flics» d'un côté, sont les mauvais de l'autre. Ce qui est valorisé au niveau des forces de police, est critiqué par les travailleurs de terrain, tel que l'illustre l'extrait ci-dessous.

---

*En réunion, moi j'ai fait éclater qu'il y avait quelques agents extrêmement problématiques, qui faisaient des choses extrêmement problématiques. Après, moi ce qu'on m'a dit en aparté, des chefs de la police, c'est "Ah oui mais ce sont par ailleurs de très bons agents". Voilà, donc on a compris. Ils ont dissout cette brigade-là. Mais bon, y en a un qui est maintenant commissaire du chenil, ça n'a pas été un gros impact dans leur carrière policière parce que, en effet, ils étaient déjà considérés comme très bons agents. Je pense qu'il y a dans la police cette philosophie de se dire que quelqu'un qui n'a pas peur d'y aller, dans les quartiers, qui n'a pas peur de montrer que c'est un vrai homme, c'est un profil dont ils ont besoin. (Éducateur de rue)*

Néanmoins, tous les témoignages ne décrivent pas une relation désastreuse avec la police. Dans les quartiers de Bruxelles-midi ou encore à Boitsfort, les intervenants décrivent de bonnes relations de collaboration avec une police flexible, adaptée et compréhensible. Dans ces situations, les agents de quartiers se reposent sur les contacts privilégiés des travailleurs sociaux avec leur public pour sensibiliser et prévenir des interpellations répressives. Cette relation a pu évoluer au fil de l'année, en se montrant très ferme et intransigeante lors du premier confinement, la police a progressivement gagné en tolérance au fil de la pandémie. Dans ce scénario, les forces de l'ordre comprennent les réalités des citoyens et cherchent à éviter les affrontements. Ils peuvent compter sur les travailleurs sociaux de quartier pour cela. La police y est davantage respectée et leurs rappels à l'ordre exécutés.

---

*La police veut éviter un affrontement et donc, c'est plutôt l'éducateur de rue, partant de l'idée qu'ils l'écouteront mieux. Pour le moment en tout cas, sur*

---

44 TATTI D., Op. Cit.

*le volet Covid, je les sens un peu plus tolérants. Alors que y a une période, ce n'était vraiment pas le cas. La commissaire me disait aussi sur la plaine de jeux, par exemple, "on ne va jamais aller nous, d'emblée, contrôler la plaine de jeux, par contre, on sera tenu d'y aller si des voisins portent plainte ou signalent, estiment qu'il y a un problème". Mais sinon, ils ne vont pas, eux, spontanément, contrôler le respect des bulles sur la plaine de jeux. Alors que c'était quand même beaucoup plus prégnant au premier confinement. (Responsable de service)*

---

*On est en contact avec des gens qui sont vraiment très tard parfois en dehors du couvre-feu en rue. Il y a une certaine flexibilité et tolérance, aussi. Il y a aussi une plus grosse proximité des gardiens de la paix, dans ce quartier, que la police. Et la police quand elle arrive il y a aucune discussion qui se fait, et puis c'est basta, chacun rentre chez soi. (Éducateur de rue)*

### 3.2.3.5 En conclusion

La gestion de la crise par les autorités fédérales et régionales est fortement critiquée et perçue comme contre-productive pour les interventions de première ligne auprès des populations vulnérables. Ces critiques portent principalement sur le caractère confus et instable des directives qui compliquent leur application sur le terrain, le contenu stigmatisant, culpabilisant et déconnecté des stratégies de communication officielle à l'égard de ce type de populations et le manque de transparence conduisant à la prise de décisions politiques. À ce sujet, il importe vraisemblablement que la communication des instances officielles porte aussi sur les mécanismes qui amènent aux prises de décision d'autant que, en situation de crise sanitaire, les décisions politiques sont difficiles à prendre<sup>45</sup>, notamment, parce qu'elles sont prises dans l'urgence, qu'elles s'appuient sur une connaissance scientifique relative et changeante dans la mesure où cette connaissance n'a pas pu être soumise à l'examen et à l'approbation des pairs, qu'elles doivent pouvoir prendre en considération l'adhésion future de la population, son acceptabilité et ses possibilités de respecter les mesures prises, qu'elles seront sujettes à de nombreuses critiques émanant de divers groupes de représentants sectoriels, qu'elles doivent composer avec les capacités de notre système de soins de santé, etc.

Par ailleurs, la conciliation entre mesures préventives et répressives mérite aussi une attention particulière. En effet, les interventions policières plus fréquentes, dans certains quartiers défavorisés, ont aussi été ressenties comme contre-productives à l'exercice du travail social en raison, notamment, des tensions et discriminations qu'elles ont générées.

À l'inverse, le rôle déterminant de l'échelon local dans la capacité des intervenants à remplir leurs missions et à s'adapter au contexte de crise est davantage signalé par les professionnels à condition que ce dernier soit soutenant, reconnaissant et à l'écoute des travailleurs et de leurs besoins. Les élans de solidarité citoyenne ont aussi facilité l'amélioration des conditions de travail. Par contre, des mesures imposées à l'échelon local, sans prise en compte de l'avis et des besoins des professionnels, sont davantage considérées comme freinant la capacité des intervenants à s'adapter au contexte de crise.

---

45 STANTON-JEAN M., Le savant et le politique. La prise de décision en temps de pandémie : que s'est-il passé au Québec (Canada) ?, in *Droit, Santé et Société*, 11, 1:63-67, 2020.

### 3.3 DES FONCTIONS MÉDICO-SOCIALES DE PREMIÈRE LIGNE FACE À LA CRISE SANITAIRE

Notre troisième hypothèse pose que la définition qu'ont les intervenants de leurs missions de proximité, des valeurs qu'ils y attachent et de la compréhension profonde qu'ils ont de leurs missions d'aide et de soins, sont compatibles avec les attentes exprimées à leur égard en contexte de crise. En effet, considérons que ces représentations les ont guidés dans la manière dont ils ont réagi à la crise et adapté leurs interventions, au regard des urgences, besoins et priorités en découlant. Ainsi, vérifions si **les représentations des travailleurs de leur fonction sociale ou médicale de proximité ont été compatibles avec les adaptations prioritaires attendues d'eux en contexte de crise sanitaire.**

#### 3.3.1 LES MISSIONS DE PRÉVENTION DE LA COVID ET DE PROMOTION DE LA VACCINATION

Le premier champ d'adaptation concerne la prévention de la transmission du virus et la promotion de la vaccination. Observons si les intervenants médico-sociaux considèrent devoir contribuer activement à ces deux démarches auprès de leurs public cible. Notre analyse révèle que ce postulat est loin de faire consensus pour les travailleurs, et nous avons identifié plusieurs facteurs qui **freinent** l'inclusion de cette «nouvelle» modalité dans leurs missions.

##### 3.3.1.1 Les freins aux actions de prévention de la Covid

Premièrement, les représentations des actions de prévention, de sensibilisation ou d'information autour des mesures sanitaires et des gestes barrières se résument régulièrement à des **rappels à l'ordre autoritaires** des mesures sanitaires en vigueur. Or, les travailleurs tiennent à se distinguer de ce rôle d'**autorité**, de garant de l'ordre. Le rappel incessant de *règles* met le travailleur dans une situation de malaise, voire met à mal la relation d'aide, car cela prend beaucoup de temps et complique, voire empêche l'expression de demandes ou besoins chez les usagers. Loin d'être vu comme une nécessité en contexte de crise, le sujet de la prévention de la Covid génère des frustrations et de la fatigue et est ressenti comme altérant la confiance des usagers à l'égard des travailleurs sociaux, dont ils n'attendent pas de remplir ce rôle. C'est une mission compliquée, désagréable, qui gâche la qualité du moment d'échange du service social concerné. Si les intervenants ont considéré la possibilité de mener cette prévention dans un premier temps, cela atteint ses limites sur le long terme.

---

*Jusqu'à maintenant, les travailleurs sociaux de rue qui ont un peu été réquisitionnés pour faire de l'appel à la règle dans la rue, ils disent qu'il y'a vraiment une vraie rupture de confiance avec leur public. Euh parce qu'ils ont été considérés comme des flics.* (Chargée de projet)

---

*C'est compliqué de mener une activité et de faire le gendarme là-dessus. Et il n'y avait d'ailleurs pas toujours l'envie de le faire. Notamment dans les activités enfant ou ado, c'était un des retours, quand on donnait toutes les consignes, à certains moments, y en a qui disaient "au bout du compte, notre activité va se résumer à rappeler tout le temps les consignes." Ce qu'ils ne voulaient pas.* (Chef de service)

---

*Effectivement, j pense qu'après un mois de projet j'étais déjà sur les rotules, parce que, déjà gérer un accueil du jour en temps normal ce n'est pas simple,*

*mais alors en rajoutant la Covid, c'est compliqué. C'est effectivement des rappels de masques en permanence, mais que ce soit aux usagers ou aux professionnels, parce que les masques tombent facilement. Fallait faire des rappels constants.*  
(Chargée de projet)

Ensuite, l'application et le respect de ces gestes barrières ne peut pas être parfait, ni exemplaire à tout moment. L'ensemble des comportements nouveaux qu'ils imposent sont chronophages et contre-intuitifs. Il est irréaliste d'obtenir de la part des services sociaux une gestion presque *hospitalière* des espaces de travail et d'accueil des usagers. L'application de cette hygiène rigoureuse est faite, car obligatoire, mais elle ne récolte pas l'assentiment et diminue le temps que le travailleur peut consacrer à ses missions sociales. Elle favorise la création, chez le travailleur, d'un champ de tensions entre l'application des normes Covid et l'exercice des missions professionnelles.

---

*C'est compliqué d'être tout le temps en train de désinfecter ou de nettoyer les clinches, les portes, les rampes d'escalier, c'est extrêmement compliqué de nettoyer les toilettes en permanence. C'est nous qui étions sous pression de respecter les mesures de protection et d'hygiène. Ce n'est pas facile de faire ça. Ça prend du temps, il faut du matériel, les agents se disent est-ce que c'est à eux de faire ça ? Pourquoi est-ce qu'un assistant social doit commencer à aller frotter les bureaux ?* (Responsable de service)

L'obligation des **gestes barrière** constitue un **frein en soi** également : le masque, les entretiens téléphoniques, la distance... sont autant d'éléments qui complexifient la relation d'aide ou de soin, surtout lorsque l'utilisateur s'exprime peu en français, ou qu'il souffre d'illettrisme, ou d'autres formes de limitation. Ils mettent à mal la compréhension mutuelle entre l'utilisateur et l'intervenant, en formant encore un obstacle supplémentaire. Les solutions alternatives sont pauvres et ne permettent pas de garantir une qualité d'entretien équivalente. Leur respect n'est dès lors pas toujours garanti dans les espaces d'accueil, et les actions de prévention s'en trouvent dès lors décrédibilisées.

---

*À part dire "mettez votre masque sur votre nez". Et encore parfois c'est compliqué d'avoir son masque. Moi quand j'ai des gens en face de moi qui ne parlent pas bien le français, ils ne me comprennent pas avec le masque j'suis obligé de le baisser. Et même moi je ne comprends pas c'qu'ils veulent dire.*  
(Assistante sociale)

---

*En plus, le "aller vers" pour le moment... Normalement, moi j'leur demande d'essayer d'aller vers les gens, de nouer le contact, ça implique de faire ça avec un masque, à distance, c'est un peu compliqué. Faire connaissance avec quelqu'un dans ce cadre-là, c'est ultra compliqué. Donc, on n'a pas rencontré beaucoup de nouvelles personnes en un an.* (Éducateur de rue)

Par ailleurs, la prévention de la propagation du virus apparaît comme un sujet qui **dépasse les compétences** des travailleurs sociaux. Aborder le virus, ses modes de propagation, et les moyens de lutte contre sa contagion exigent une compréhension et une maîtrise de connaissances et de compétences que les travailleurs ne possèdent partiellement ou pas du tout. Dès lors, la crainte de diffuser de mauvaises informations ou de ne pas savoir répondre aux questionnements de leur usagers peut également freiner les démarches proactives de prévention. Le caractère inédit de la pandémie est désarmant, et les intervenants, insuffisamment outillés médicalement, se sentent illégitimes d'aborder ce sujet avec leurs usagers, à moins que cela ne concerne les conséquences sociales et économiques.

---

*C'est une question super compliquée, j pense que, oui, il faut peut-être donner l'exemple, maintenant est-ce que tout le monde est d'accord avec cette histoire de prévention, ça c'est une autre question. Le problème, c'est que nous, on n'est pas outillé pour le faire. Clairement on n'a pas de connaissances dans ce domaine, c'est vrai qu'à un moment on avait parlé de peut-être mettre en place effectivement des tables de discussion, ou d'information en tout cas, du Covid mais on n'a vraiment pas les compétences.* (Chargée de projet)

L'extrait ci-dessus illustre ce décalage entre les missions de prévention et le niveau de compétences nécessaire estimé par l'intervenante pour pouvoir les mener à bien. De plus, il pointe une forme d'hésitation autour la pertinence de ces mesures («est-ce que tout le monde est d'accord avec cette histoire de prévention»), soulignant que ce sujet donne lieu à des controverses qui alimentent l'inconfort des travailleurs.

Sur le sujet précis de la **promotion de la vaccination**, les résistances sont encore plus prégnantes que pour les actions de prévention et de sensibilisation aux mesures sanitaires. L'enjeu principal repose dans l'**hésitation vaccinale** présente parmi les travailleurs. En Belgique, 25 % de la population est hésitante à la vaccination de la Covid, et 15 % s'y opposent<sup>46</sup>. De plus, on sait qu'en Belgique, ce sont les femmes jeunes, professionnellement actives, mécontentes de la gestion de crise et légèrement moins qualifiées que la moyenne qui ont le plus de propension à l'hésitation vaccinale<sup>47</sup>. Celle-ci se définit comme une attitude de suspicion, de méfiance à l'égard des vaccins, qui entraîne le report ou la non-vaccination, malgré l'accessibilité des vaccins<sup>48</sup>. Or, les métiers du social et du soin sont proportionnellement très féminins et l'échantillon des intervenants rencontrés le confirment, surtout pour les métiers de lien direct, telles que les éducatrices de rue, infirmières ou assistantes sociales, et l'hésitation vaccinale les touche aussi. Et en ce qui concernent les hésitants, **ils ne peuvent promouvoir une vaccination pour laquelle ils sont eux-mêmes hésitants**.

Par ailleurs leur malaise est exacerbé par la conception qu'il faut être un **professionnel de la santé** pour parler de vaccination. Les intervenants se sentent peu légitimes pour promouvoir la vaccination, même en cas de formation spécifique. Au contraire, faire appel à une **personne extérieure**, dont le rôle de promotion de la vaccination est clairement défini et connu, est, selon des nombreux répondants, préférable et permet de ne pas hypothéquer la relation d'aide. Cela préserve également l'éthique professionnelle des travailleurs, évitant ainsi de devoir traiter de données personnelles relatives à la santé des usagers qui ne les concerneraient pas, telles que leurs informations médicales.

---

*Ce n'est juste pas à nous de l'faire, j pense. Je pense qu'on peut dire à un usager "aller viens on va s'faire vacciner", mais donner plus d'infos, rentrer plus dans le concret, moi j pense qu'on doit avoir quelqu'un d'extérieur. (...) Moi j'suis pour faire appel à un service extérieur qui est formé pour ça, qui a des compétences dans ce domaine.* (Chargée de projet)

De plus, conseiller une vaccination avec des potentiels effets secondaires présente des risques dont ils ne souhaitent pas assumer la responsabilité, en cas de problème. Cette responsabilité est trop lourde, leur conviction personnelle au sujet de la vaccination n'est pas assez solide pour pouvoir y faire face, et le risque négatif sur la relation de confiance à l'usager est trop important. L'extrait

---

46 BERETE F. et al., Cinquième enquête de santé COVID-19. Bruxelles : Sciensano, 59 p., <https://www.sciensano.be/en/biblio/cinquieme-enquete-de-sante-coivd-19-resultats-preliminaires>, 2020.

47 MALENGREAU S. et al., Tous égaux face aux vaccins contre la Covid-19 ? État des lieux de la littérature scientifique et grise. Woluwe-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, 25 p., 2021.

48 MALENGREAU S., Op. Cit.

ci-dessous expose le raisonnement complet d'une assistante sociale sur les raisons qui la freinent à promouvoir la vaccination.

---

*Mais c'est vrai que je me dis de là à faire de la prévention - parce qu'en fait, on n'est pas dans le médical, on n'est pas dans le paramédical - pour quelque chose qu'on ne maîtrise pas, moi à titre personnel, je ne me verrai pas le faire. On ne se sent pas légitime parce qu'on n'est pas infirmier et ce n'est pas nous qui allons faire la vaccination. Nous même, pour l'instant, on n'est pas vacciné. On ne pourra pas encourager des personnes à le faire si nous-même on ne le fait pas. (...) Quand la personne le fait et ne réagit pas et tombe dans des complications, elle va dire "oui tu es venue, tu m'as dit, je t'ai écouté". Tu vois le genre de confiance qu'on a avec les gens. Surtout avec les effets secondaires. C'est quelque chose qu'on ne maîtrise pas. (Assistante sociale)*

Dès lors, le caractère hautement sensible de la vaccination (décision personnelle et confidentielle, sujet à forte connotation médicale, hésitation vaccinale parmi les travailleurs eux-mêmes) entraîne une forme d'**omission**. En effet, le sujet de la vaccination n'est que rarement abordé avec les usagers, et ce n'est pas les travailleurs sociaux qui l'amènent. En d'autres mots, soit le sujet n'est pas du tout abordé, et la place est laissée à d'autres problématiques considérées comme plus urgentes ou plus en phase avec le domaine de compétences des travailleurs sociaux, comme dans les extraits qui suivent :

---

*Moi, il n'y a personne qui m'en parle, c'est vraiment pas du tout un sujet que j'aborde avec mes bénéficiaires. (Assistante sociale)*

---

*Ça, on n'en parle pas de la vaccination par contre. Jamais. (Éducateur de rue)*

Soit, les travailleurs se contentent de répondre aux questions de la part de leurs usagers, en se limitant à fournir une information « objective » et succincte. Cette dispense d'information pure et simple est à distinguer de la promotion de la vaccination. Cette dernière, dans les représentations des travailleurs, correspond à une démarche *proactive*, visant à promouvoir la vaccination de la Covid, en lui attachant une valeur positive, et en y montrant une adhésion, dans l'espoir de convaincre. Ce qui se distingue de la dispense d'information, qui, d'après les discours, correspond à une démarche *réactive* à une demande, au sujet de la vaccination, considéré une démarche parmi d'autres, dont l'issue sera laissée au libre choix de l'utilisateur, dépourvu de jugement de valeur de la part du travailleur. Une nuance toutefois concerne les personnes à risques (personnes vulnérables à la Covid à cause de leur âge ou de facteurs de comorbidité), pour lesquelles les travailleurs expriment un consensus quant à la nécessité de les vacciner en priorité :

---

*On n'a pas fait de recherches par rapport à ce sujet ou pouvoir donner de l'information cohérente. Tout ce que moi je leur ai passé comme info, c'était récemment le fait que, s'ils avaient connaissance d'une personne âgée qui devait se faire vacciner, ici des chauffeurs communaux peuvent faire le trajet et que donc, il ne fallait pas hésiter à passer c't'information là. Mais, ça s'arrête plus ou moins à ça quoi. (Éducateur de rue)*

Se reposer sur les professionnels relais du secteur social pour prévenir la transmission du virus, voire encore promouvoir la vaccination, est loin d'être une évidence pour les travailleurs sociaux, malgré

ce que certaines recommandations peuvent encourager<sup>49</sup>. Vu leur incertitude quant au bienfondé de la vaccination, leur sentiment de n'être ni légitime, ni compétent concernant la prévention de la Covid et la promotion de sa vaccination qui, en outre, est ressenti comme allant à l'encontre de leur mission sociale, il apparaît que vouloir transformer les intervenants sociaux en agents de prévention de la Covid et de promotion de la vaccination ne soient pas, dans la situation actuelle, des plus pertinentes. Si la prise en compte des spécificités du terrain est habituellement nécessaire dans la mise en place de «bonnes pratiques», elle l'est plus encore dans le cadre du contexte de la Covid et de ses spécificités (maladie pandémique, «confinement» de l'intervention sociale, méconnaissance de l'évolution de la maladie, doute à l'égard de la vaccination,...), qui entravent les possibilités d'adopter telles quelles des stratégies de prévention et de promotion de la santé qui se révèlent normalement efficaces. Néanmoins, malgré ces réserves provenant d'une majorité d'intervenants sociaux, certains métiers considèrent toutefois que cela peut intégrer leurs missions, comme nous le voyons ci-dessous.

### 3.3.1.2 Les facteurs facilitant les actions de prévention de la Covid

Notre analyse nous révèle que les **travailleurs médicaux** considèrent que la prévention de la Covid fait partie intégrante de leur mission. Cette prévention est même devenue la priorité pendant cette crise sanitaire. À défaut de pouvoir mener à bien d'autres projets, les activités de prévention de la Covid ont mobilisé les équipes, afin de remplir leur devoir de santé publique. Cette mission de prévention peut même s'élargir à des relais professionnels d'associations partenaires, pour aiguiller et rassurer sur le contexte pandémique, que des travailleurs non médicaux n'auraient pas la même facilité à appréhender.

---

*Les médecins disent qu'on est une maison médicale et on a un devoir de prévention et de santé publique donc, y'a des choses qu'on ne peut pas ne pas promouvoir. (Infirmière)*

---

*On est médicaux. On a beaucoup expliqué ce qu'étaient les symptômes, comment se laver les mains, comment bien mettre le masque, comment bien l'enlever. On n'est pas beaucoup de médicaux dans le secteur. On a aussi fait de la prévention dans le réseau au niveau des autres assocs, parce qu'une pandémie ça fait quand même peur. (...) La différence avec les autres services de première ligne, c'est que nous on est médicaux, on connaissait les dispositifs de protection, on avait déjà du matériel de base à disposition, on traitait déjà des maladies contagieuses. (Infirmière)*

Néanmoins, sur la **vaccination**, même au sein des métiers médicaux, **l'approche diverge**. Par exemple, dans une maison médicale, la promotion de la vaccination était loin de mettre tout le monde d'accord, bien au contraire. La démarche sur laquelle l'équipe s'est finalement accordée consistait à diffuser une information *neutre* (où trouver des informations sur la prise de rendez-vous, quels outils existent et comment les utiliser,...), destinée en priorité aux personnes *vulnérables*. Par contre, dans le cas d'un service médical de rue, le public cible est une population particulièrement vulnérable, vivant en rue et cumulant de lourdes problématiques. La promotion de la vaccination est donc l'évidence pour cette population, même si des discordes sur la vaccination persistent en interne au sein de l'équipe. De plus, les activités de promotion d'autres vaccins (la grippe, par exemple) appartiennent déjà aux activités de prévention du service. Dans le premier service, les débats internes au sein des équipes ont eu impact limitant sur la manière de sensibiliser à la vaccination, tandis que dans le second

---

49 MALENGREAU S., Op. Cit., p.8.

service, les travailleurs ont décidé de diffuser un maximum d'information sur la vaccination, tout en ne la forçant pas, même si des travailleurs ne souhaitent pas se vacciner eux-mêmes. Néanmoins, les deux services s'accordent sur la nécessité de vacciner les profils les plus vulnérables. Dès lors, si la promotion de la vaccination des populations les plus vulnérables fait sens pour les travailleurs médicaux, la manière de l'opérationnaliser, de s'y investir varie d'une équipe à l'autre, d'un service à l'autre.

En ce qui concerne les **travailleurs sociaux**, certains considèrent toutefois que leurs missions générales de **prévention** (ex : les services de prévention des communes) incluent la prévention des contaminations et la promotion de la vaccination. Les travailleurs qui tiennent ces propos occupent surtout des postes à responsabilité, et non des métiers de contacts directs (assistant social, éducateur, infirmière). Ces positions sont également plus affirmées chez les travailleurs provenant de grandes institutions publiques (CPAS, services communaux, etc.) que ceux issus de petites structures associatives. Leur plus grande proximité avec les pouvoirs publics et les instances décisionnelles, leur plus grande confiance dans la gestion de la crise (étant eux-mêmes un maillon de la chaîne décisionnelle) et leur sentiment de moindre exposition aux fausses informations et rumeurs complotistes qui circuleraient au sein de populations précarisées, y contribuent sans doute. Ils considèrent souvent avoir un devoir d'exemplarité et accordent de l'importance à traiter équitablement et similairement les travailleurs sociaux et les bénéficiaires du service. A leurs yeux, l'institution doit protéger et prévenir la transmission de la Covid tant pour les travailleurs que pour les usagers :

---

*On a un rôle de sensibilisation, c'est indéniable et je pense que les travailleurs sociaux n'accepteraient pas que l'institution ne joue pas ce rôle de prévention. Les travailleurs sociaux sont bien conscients que tout se joue en miroir entre eux et les ayant-droit, que tout ce qu'on fait, pour les ayant-droit, ils estiment qu'on devrait le faire aussi pour eux, parce qu'y a quand même une série de travailleurs sociaux qui sont en précarité. Il y a une très forte conscience chez les travailleurs sociaux que tout se joue en miroir entre eux et les ayant-droit.*  
(Responsable de service)

---

*Ce n'est pas la Covid qui l'a créé. Ça a toujours été le cas que, quand il y a quelque chose dans la société, les ayant-droit, les travailleurs sociaux estiment que c'est normal que le CPAS en parle.* (Responsable de service)

À cela s'ajoute la responsabilité qui incombe au travailleur social dans sa fonction de **personne de référence**, de personne de confiance, qui jouit d'un contact privilégié avec des populations qui échappent à d'autres canaux d'informations. Les intervenants qui acceptent de contribuer aux efforts de prévention de la Covid estiment que leur rôle d'accroche doit servir l'intérêt collectif. Contrairement au raisonnement qui conçoit que la relation d'aide peut être négativement impactée par des activités de prévention, le raisonnement ici consiste à mettre à profit un accès privilégié à des populations exclues dans un intérêt de santé publique.

---

*Le fait qu'il y ait un lien, il y'a peut-être une meilleure écoute au niveau du public de pouvoir conseiller la vaccination, sans avoir un ton ni moralisateur ni de dire "tu dois". Au niveau de l'échange, de pouvoir dire "écoute voilà, si j'peux te donner un conseil ou si t'as la possibilité, fais-le". C'est un peu comme pour tout, j'pense que s'il y'a ce point d'accroche au centre de jour, le fait qu'ils soient là pour les besoins primaires, et qu'on profite de ce moment-là justement peut-être pour réaliser la vaccination, je pense que ça peut s'faire par ce biais-là.*  
(Chargée de projet)

Nous pouvons donc conclure que la manière de considérer la prévention de la Covid est rattachée au rôle exercé en tant que professionnel. Toutefois, des différences d'appréhension de ce rôle professionnel existent entre les responsables et les travailleurs de terrain. Les premiers (responsables d'équipe, de projet ou de services) ont une représentation plus théorique, plus abstraite de leur mission professionnelle, centrée davantage sur les valeurs, où la prévention de la Covid s'inscrit dans la mission de prévention du service. Tandis que les seconds (les travailleurs de terrain), semblent en avoir une représentation plus pragmatique, centrée davantage sur l'opérationnalisation de la prévention, où la prévention de la Covid est ressentie comme entravant la mission initiale de prévention du service.

### 3.3.2 DES TRAVAILLEURS PRIVÉS DE L'ESSENCE DE LEUR MÉTIER

Les intervenants ont dû s'habituer à plusieurs changements dans ce contexte de crise. Or, l'analyse du discours des travailleurs révèle que la plupart de ces évolutions conjoncturelles ont été mal vécues par les travailleurs sociaux, notamment, parce qu'elles les ont éloignés de la manière dont ils souhaitent exercer leur métier. Les travailleurs sociaux ont le sentiment d'avoir été amputés, de par la crise, d'une part importante de leurs leviers d'actions et de leurs axes de travail habituels. La créativité et l'innovation dont ils font preuve sont loin de pouvoir compenser ces manques. Les discours dévoilent une véritable souffrance chez les travailleurs (à des intensités différentes toutefois). Leurs représentations de leur mission entrent en conflit avec les adaptations attendues en termes de priorités et de services minimum à mettre en place, qui leur sont davantage imposées et qui ne semblent pas entrer en cohérence avec les besoins de leurs publics.

#### 3.3.2.1 Perte de sens

La première frustration notoire des travailleurs c'est que **leur métier perd de son sens** en contexte de crise. L'injonction à la distanciation, la fermeture des services, la limitation des capacités d'accueil, l'interdiction de se rendre dans les milieux de vie des populations (que ce soit à domicile, dans les maisons de jeunes et les locaux de quartier, etc.), contraignent les travailleurs à une **bureaucratisation** et une **technocratisation** qui les incommode, qui les freinent dans la relation d'aide ou de soin. Or, ils expriment le besoin de retrouver du sens, une forme d'utilité sociale, de pouvoir répondre aux besoins relationnels, affectifs et émotionnels qui se jouent dans le lien construit avec leurs usagers.

---

*On se demande quand même quel est le sens de la relation sociale qu'on a avec nos ayant-droit, euh, on sait même plus ce qu'y vivent, on les voit plus, on les a au téléphone, et il y a un risque de s'installer dans une technocratisation du travail, qui était déjà présente avec la charge administrative avant, mais qui aujourd'hui devient plus importante avec la diminution du contact humain.*  
(Responsable de service)

Cette technocratisation passe par différentes mesures qui mécontentent les travailleurs sociaux, et qui illustrent la perte **relationnelle** dans la relation d'aide. En voici quelques exemples :

- Le système d'assistant social titulaire (réfèrent de l'utilisateur) remplacé par un système de ticketing. Dans ce système, chaque demande d'un usager est encodée dans une base de données, qui génère un numéro de suivi, susceptible d'être traité par n'importe quel assistant social.

---

*Moi, je me bats pour un titulariat parce que ça a du sens ! Regardez, je traite une nouvelle demande, un sans-abri, un jeune, 19 ans. J'essaie de tout mettre en place avec lui lors du premier entretien mais il lui faut un suivi, au niveau de sa recherche de logement, au niveau de sa formation, etc. Il en a besoin. Il faut qu'il soit reconvoqué par la suite pour pas être perdu dans la nature. Il y a plein de situations comme ça. (Assistant social)*

- Le séquençage des services et des suivis impose le traitement des types de demandes par des équipes différentes spécialisées. L'utilisateur multiplie alors ses interlocuteurs, à qui il doit répéter son vécu. Et les assistants sociaux n'ont plus de vision d'ensemble de la situation de la personne (que ce soit au niveau du logement, de son activité professionnelle, de sa situation familiale, de sa santé financière). Ce séquençage rend la relation d'aide mécanique, technique, mais aussi chaotique.

---

*Le seul qui est à même de parler d'un dossier, c'est celui qui a suivi la situation psychosociale, c'est-à-dire l'assistant social. Quelqu'un dans la recherche d'emploi, il n'a pas les subtilités du parcours familial. Vous voyez, l'utilisateur a plus de facilités avec l'assistant social pour parler des problèmes conjugaux, problèmes familiaux tout ce qui est trajectoire socio-professionnelle. (Assistant social)*

- Le remplacement des permanences physiques par des permanences en ligne ou par téléphone. Le contact par téléphone appauvrit significativement la qualité de la relation d'aide. Ce manque de contact humain empêche l'utilisateur de se livrer, de développer sa confiance dans son interlocuteur, qui en échange ne peut pas nourrir le processus de renforcement qui opère dans le cadre d'un entretien. L'absence de la rencontre en face-à-face entraîne également une perte d'information non verbale, essentielle au travailleur dans l'identification de la souffrance ou du degré de détresse de l'utilisateur.

---

*On n'a pas toutes les subtilités de l'entretien, quelqu'un qui est en souffrance ou autre. On ne peut pas les relever par téléphone. Il va vous dire 'oui, oui'. Mais je veux dire en entretien on peut rebondir sur telle chose, on peut voir les étapes psychiques, physiques d'une personne. Donc on peut se poser plus de questions. Je veux dire le téléphone, en tout cas pour moi ça n'aide pas. (Assistante sociale)*

- L'informatisation et la distanciation ont entraîné la suppression de démarches où l'utilisateur devait se rendre sur place, remplacées par des démarches numériques. Dès lors, la charge de travail a considérablement augmenté pour les travailleurs sociaux qui, de surcroît, ont dû acquérir de nouvelles compétences de gestion pour gérer leur boîte mail, en plus de leurs dossiers administratifs et de leurs rendez-vous, nourrissant ainsi une angoisse et une pression nouvelle, qui ne font pas partie des facteurs stressants habituels de leur profession. Cela exige de la part des travailleurs sociaux des adaptations constantes et usantes, qui ne sont pas toujours à leur avantage.

C'est moche de se dire qu'on a développé une angoisse à la boîte mail. J'veux dire moi j'arrive j'suis vraiment stressée. De base ce n'est pas notre manière de fonctionner et donc faut pas oublier en tout cas que, les bénéficiaires ont dû s'adapter à une certaine méthode, mais nous aussi on est en train de s'adapter à une autre méthode. Parce qu'on ne travaille pas comme ça de base. Et donc c'est fatiguant aussi, de devoir gérer ça, et de devoir se réorganiser en fonction du nouveau fonctionnement. On en vient à arrêter de répondre. (Assistante sociale)

---

*Sur le long terme, on est encore plus épuisé parce qu'on a tendance à encore plus travailler en télétravail. Parce qu'on a plus de visites à domicile, parce qu'on a plus nécessairement de gardes d'urgence, il n'y a plus de gardes téléphoniques etc. Donc le travail est différent, on a plus un travail informatisé puisqu'on nous donne des tickets, maintenant on travaille sur base de ça. (Assistante sociale)*

### 3.3.2.2 Déshumanisation de la relation

Les intervenants dénoncent une véritable **déshumanisation de la relation d'aide à l'utilisateur**. De manière générale, le travailleur social définit son rôle comme un rôle d'accompagnateur d'une personne dont il connaît l'histoire, les peines et les défis, qu'il voit évoluer avec le temps, qu'il oriente vers les services relais adéquats, qu'il soutient dans l'exposition de ses problèmes. Tout cela passe par des échanges réels, que les écrans, les mails ou le téléphone ne compensent pas. Les extraits ci-dessous soulignent l'incalculable valeur des contacts humains, et la place centrale, «l'ADN» de cette caractéristique dans leur mission sociale.

---

*L'ADN du travail de tous mes collègues c'est la rencontre avec le public, c'est l'échange avec le public, c'est l'échange entre le public et c'est tenter de mettre sur pied des projets bien qui favorisent la cohésion sociale, l'interculturalité. (Chef de service)*

---

*J pense que la plus-value du travail c'est un moment d'avoir des humains en face, en physique, qui se parlent et, le fait d'accompagner une personne sans-abri ou avec des troubles psy dans des services pour expliquer, c'est pour pouvoir bien recevoir aussi l'information qui est donnée. Pouvoir la retranscrire à la personne, pouvoir aussi avoir une bonne connaissance du problème, pouvoir bien l'exposer à la personne derrière le guichet. Parce que parfois c'est ça aussi, les gens s'emmêlent dans leurs explications, du coup, c'est facile de les renvoyer. Si t'as un professionnel qui est là à côté, qui explique les choses clairement, y a une humanité qui passe et donc, la personne derrière va peut-être se sentir un peu plus investie de trouver une solution, tu peux un peu plus faire jouer sur la fibre humaine quoi. (Éducateur de rue)*

Comment bien répondre aux besoins de personnes que l'on n'a pas vues depuis un an ? Comment les rattacher si on a perdu un an de leur histoire, qui plus est dans un contexte de crise ? Comment évaluer l'urgence ou la détresse dans les informations données au téléphone ou par mail, s'il est impossible de percevoir les émotions et les indicateurs physiques de l'utilisateur ? Comment procurer un accompagnement de qualité s'il est impossible de suivre la prise en charge de celui-ci par d'autres acteurs ? Comment soutenir l'utilisateur dans ces interactions avec les services relais ? Comment compter sur la flexibilité des services tiers si en face d'eux, ils n'ont pas une personne mais un numéro ? Comment continuer ses missions quand il est presque impossible de mobiliser les ressources relationnelles et communicationnelles qui permettent d'apaiser, de débloquer, d'expliquer les choses ?

---

*Ça déshumanise le travail, on se sent vraiment dépossédés de notre travail de première ligne avec ce programme, le télétravail, les permanences par téléphone, par mail. Les seuls avec qui ça fonctionne, c'est avec les étudiants. On en a beaucoup par mail, et ils préfèrent parce qu'ils ont encore des cours, etc. donc ça marche super bien pour eux. Mais avec les services de proximité, tout ce qui est administrateurs de bien, avocats, on communique aussi par mail. Mais*

*regardez, même un avocat, un administrateur de biens demande "Ce sera vous la personne de contact par la suite pour le dossier ?". Je suis obligée de répondre "non". Il me demande "ça sera qui ?". "Je ne sais pas". (Assistante sociale)*

*Aujourd'hui, c'est une frustration, de ne pas pouvoir répondre à la personne. Donc on leur dit "quand votre aide sera finie, si vous avez encore besoin d'aide, vous contactez le call center, vous envoyez un mail". (Assistante sociale)*

*Ça nous met vraiment des bâtons dans les roues pour pouvoir avancer, et ça choque de voir comme ça tout qui se ferme autour de nous, en fait c'est vraiment une société qui se déshumanise complètement. (Assistante sociale)*

La grande force des travailleurs sociaux, c'est de pouvoir utiliser leurs compétences interpersonnelles, que ce soit avec l'usager ou avec les services relais qui interviennent dans le dossier. À partir de ce constat, il semble impossible de pouvoir adapter sereinement leur mission d'une manière qui n'appauvrisse pas la qualité de la prise en charge, et qui n'ampute pas les travailleurs sociaux de leurs moyens d'actions.

### 3.3.2.3 Disparition des espaces de lien

Outre l'absence de contacts humains, ressource essentielle dans l'accompagnement social, les travailleurs ont été privés de la plupart de leurs espaces de lien : maisons de quartier, local de jeunes, maison médicale, visites à domicile, etc. Ces lieux représentent des points d'accroche à l'émergence des problématiques et demandes des usagers. Les actions collectives qui y sont menées servent souvent de prétexte à la construction de la relation de confiance avec l'usager, et permettent un point d'ancrage pour les structures et services relais. Même si les entretiens individuels ont rapidement repris un peu partout, les activités collectives n'ont, quant à elles, pratiquement pas pu être organisées. Or, celles-ci participaient à l'attractivité du service et à l'émergence de demandes.

*L'atout de la maison de quartier c'est sa proximité avec le public. Mais bien entendu quand c'est nécessaire c'est la capacité à faire du relais avec d'autres structures, sachant qu'il est parfois important que l'éducateur de la maison de quartier accompagne la personne dans une nouvelle structure. Parce que ce sont souvent des personnes qui sont un peu éloignées de différents services ou qui ont peur d'y aller, ou qui manquent de confiance. (Chef de service)*

*On est un service de première ligne propose des soins médicaux généraux. Ici on est vraiment lieu très familial et un soutien. Je m'lance un peu des fleurs mais je sais que pour certains patients on est vraiment un point de repère et un relais hyper important. (Infirmière)*

L'interdiction des **visites à domicile** pour les assistantes sociales, les infirmières et les services d'aide aux personnes âgées est ambivalente. D'une part, cela procure un certain confort et permet de gagner du temps, qui peut être alloué à l'augmentation de la charge de travail administrative découlant de la numérisation provoquée par la crise. Mais le revers est que cela dépossède les travailleurs d'une source d'informations importantes et d'un accès à un espace dans lesquels les usagers se livrent. Lors de la reprise de celles-ci, seules les visites dites «urgentes» ont été autorisées, soit à l'occasion de l'aggravation aiguë d'une situation de vue, soit pour justifier une intervention. Le rôle que remplissent les visites est dénaturé, elles ne permettent plus d'appréhender finement la situation de l'usager.

---

*C'est la création du lien. C'était gai quand même, de temps en temps ça diversifie le travail, on part en visite, on prend l'air. Bon quand il pleut et qu'il fait froid c'est moins agréable mais on voit les gens autre part que derrière notre bureau. Donc, actuellement, nos visites à domicile ne servent qu'à protéger nos arrières en cas de recours. Moi c'est comme ça que je le vois. (Assistante sociale)*

Ces manquements ont un impact négatif sur les travailleurs de première ligne, qui doivent composer en étant privés de leurs espaces de rencontre nécessaires pour garantir la qualité de leur prise en charge, ce qui ne se justifie pas au regard de la complexification des problématiques des usagers découlant de la crise.

### 3.3.2.4 L'avant et le présent

Certains intervenants décrivent une disjonction<sup>50</sup> significative entre **l'avant**, considéré comme meilleur, valorisé positivement, et **le présent**, négativement connoté, frustrant et usant. Dans l'avant, comprenez avant la crise, le travailleur social considère être en possession de ses moyens, faire preuve de l'empathie et de l'humanité nécessaire au bon exercice de sa fonction. Le présent désigne un état où le travailleur est dépossédé de ses fonctions, de ses compétences. Dans le présent, les situations sont insolubles, les usagers *harcèlent*, les travailleurs sont dépassés.

---

*J'étais très patiente avant, et là, récemment, j'ai reçu quelqu'un dans mon bureau, et j'ai dit, monsieur, ça ne sert à rien de me harceler par mail, et par téléphone, je n'ai pas tous les pouvoirs entre les mains. J'ai fait mon maximum, j'ai même fait des demandes en urgence pour vous alors que normalement j'ai un mois pour le faire, c'est passé après cinq jours, vous êtes venu après trois mois, moi je ne peux rien faire de plus maintenant. (Assistante sociale)*

Chez certaines assistantes sociales, cette disjonction entre l'avant et le présent se transcrit aussi à travers la vision de l'usager, *responsabilisé* avant, *assisté* aujourd'hui. La **responsabilisation** de l'usager renvoie à l'idée que le travailleur social doit conférer un cadre, des repères, et des conditions qui permettent *l'empowerment* de l'usager, de prendre une part active dans les solutions à ses problèmes. **L'assistantat**, que les intervenants critiquent dans l'extrait ci-dessous, est renforcé par le contexte pandémique, qui supprime les horaires de bureaux, annule l'obligation de sortir de chez soi et de se rendre présentable, de rassembler ses documents et de faire un effort d'organisation. Selon les intervenantes, le manque de procédures claires et l'ensemble des changements dus à la pandémie dépossèdent les usagers d'une partie de leurs pouvoirs d'agir, les rendant encore davantage dépendants des services sociaux. C'est cette dépendance qui est critiquée, car elle est considérée comme accommodante pour les usagers, qui se permettent de ne pas consentir aux efforts élémentaires qui leur incombaient *avant*, étant dès lors moins «méritants». Ainsi, sous certains aspects, la pandémie facilite les démarches pour les usagers, mais complexifie le travail des travailleurs, dans les témoignages repris ci-dessous.

---

*Pour eux, c'est une facilité, ils ne doivent pas attendre. Sauf que pour nous, on est accessible, même s'ils savent qu'on ne répond pas pendant la nuit, on est accessible H24, et ça c'était impossible à gérer. (Assistante sociale)*

---

50 PIRET A., NIZET J., BOURGEOIS E., L'analyse structurale. Une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines, De Boeck Université, Belgique, 1996.

---

*On crée un assistanat en fait, c'est un assistanat pur et dur, alors que, moi en tout cas, ma notion quand j'ai débuté en tant qu'AS, c'était d'éviter ce genre de système justement, où les gens sont clairement dépendants de nous. Ici, il n'y a même plus une réflexion qui est faite, au niveau de l'utilisateur, quand il reçoit des factures à la maison de se dire "est-ce que c'est payé, est-ce que ce n'est pas payé, est-ce que je peux envisager de la payer avec ce qu'il me reste ?". C'est non, on met ça sous l'enveloppe et on vient taper dans la boîte du CPAS. (Assistante sociale)*

---

*Avant, ils devaient apprendre à se réveiller, le matin. Maintenant il n'y a plus tout ça. Il n'y a plus cette étape d'apprendre, à se lever le matin, devoir s'habiller. (Assistante sociale)*

De plus, les travailleurs issus des services publics décrivent un phénomène d'épuisement, dû à une augmentation de leur charge de travail et à un **sentiment d'inutilité** grandissant<sup>51</sup>. Celle-ci génère de la *fatigue compassionnelle*, caractérisée par une froideur, un cynisme, des changements d'humeur marqués par plus de pessimisme et d'agressivité<sup>52</sup>. Les travailleurs ne se reconnaissent plus et sont capables de «remballer» un usager en détresse, suite au sentiment d'impuissance qu'ils ressentent, et au manque de temps et de disponibilité émotionnelle.

---

*J'y arrive plus. J'suis pas méchante, ce n'est pas d'la méchanceté, c'est de l'impatience parce qu'on a plus l'temps. Moi j'ai même des gens qui m'appellent "j'voudrais vous voir", oui, déjà ça me stresse. "Pourquoi vous voulez me voir ?" "Ah j'voudrais juste savoir ça", j'lui réponds au téléphone, c'est réglé. Alors qu'habituellement j'aurais pris le temps d'le recevoir, on aurait discuté, parce que peut-être que derrière sa demande, il y a autre chose. On fait du travail de surface... On ne sait plus creuser, prendre le temps. (Assistante sociale)*

---

*Ma différence de comportement avec mes bénéficiaires, ça s ressent très fort, je n'y arrive plus, je n'arrive plus à avoir actuellement la compassion que j'avais avant. (Assistante sociale)*

Ces notions de travail de surface et d'impuissance renvoient au phénomène d'**épuisement émotionnel**. Seuls face aux demandes des individus, aux politiques publiques qui ne répondent pas efficacement à l'urgence sociale, et aux ressources trop limitées, l'inconfort psychologique des travailleurs grandit. Une stratégie pour y faire face est de développer une mise-à-distance de l'utilisateur : en dépersonnalisant la relation, de façon à gérer le stress émotionnel et réduire l'urgence de devoir répondre à des demandes. Ou bien en se désengageant de leur organisation, de manière à réduire l'importance de leur action, afin de ne pas mettre en péril leur estime d'eux-mêmes. Ces stratégies de mise-à-distance deviennent incompatibles avec l'idéal du métier sur le long terme et renforcent l'épuisement émotionnel<sup>53</sup>.

---

51 MELOU F., DAGOT L., La mise à distance dans le travail social : effets sur l'épuisement émotionnel, Sociétés et jeunesses en difficulté, n° 21, 2018.

52 REBOURG A., Souffrez-vous de fatigue compassionnelle ?, LCI, <https://www.lci.fr/societe/fatiguecompassionnelle-en-souffrez-vous-symptomes-epuisement-burn-out-quelles-differences-2081465.html>, 2018.

53 MELOU F., DAGOT L., La mise à distance dans le travail social : effets sur l'épuisement émotionnel, Sociétés et jeunesses en difficulté, n° 21, 2018.

### 3.3.2.5 Le tiraillement des travailleurs

La crise a mis en exergue les conflits intérieurs qui rongent les travailleurs sociaux. Ceux-ci se situent à plusieurs niveaux. Premièrement, ils se trouvent tiraillés entre, d'un côté, le besoin de se mettre en sécurité personnellement, de prévenir une exposition risquée au virus dans leur pratique professionnelle, et de l'autre, le souhait de pouvoir continuer leurs missions médicosociales de première ligne coûte que coûte.

Deuxièmement, ils sont tiraillés entre d'un côté, les injonctions sanitaires, imposant de protéger leurs usagers et de faire appliquer les gestes barrière, et de l'autre, leurs missions professionnelles, impliquant de continuer à recevoir leurs usagers et à entretenir le lien avec eux. Ils sont ainsi confrontés à un conflit de loyauté, qui oppose bienveillance et autorité<sup>54</sup>. De manière paradoxale, ils souhaitent imposer le respect des mesures sanitaires par les usagers, mais dénoncent ces mesures lorsqu'elles forment un obstacle à la prise-en-charge. Ils dépassent ce paradoxe soit, en faisant primer le bien-être de l'utilisateur sur le risque professionnel. Ou soit, à l'inverse, en refusant de faire des exceptions à cause du contexte sanitaire, et en se calquant sur leur éthique professionnelle pour décider d'une intervention.

Troisièmement, les travailleurs sociaux se positionnent sur un continuum qui oscille entre l'approche médicale et l'approche sociale. Cette dernière considère que l'utilisateur a un pouvoir d'agir, qu'il faut prendre en compte ses demandes et ses besoins, et ce particulièrement pour les travailleurs actifs dans les milieux de vie de leurs usagers (quartier, maison de repos), quitte à dépasser le risque sanitaire. L'extrait ci-dessous en est un exemple :

---

*“Les gens au niveau du soin, il y a parfois comme ça un fossé entre le résident qui est dans son lieu de vie et qui a parfois... certaines demandes que le personnel ne peut pas lui apporter parce que le personnel estime qu'on est dans une institution et que c'est parfois un peu le résident qui doit s'adapter alors que nous, on a plutôt tendance à dire bah non, c'est le contraire. C'est le personnel qui doit s'adapter aux résidents. (Assistante sociale)*

L'approche médicale, quant à elle, fait davantage primer le risque sanitaire et détermine les nouvelles conditions de vie auxquelles l'utilisateur doit s'adapter, pour son propre bien-être. L'extrait ci-dessous illustre cette approche :

---

*Nous on s'est dit qu'on n'essayait pas de faire entendre raison, parce que ça ne sert à rien. Enfin, on peut les écouter, y'a pas de soucis, mais le débat n'a pas d'intérêt. On est quand même une maison médicale donc on suit les règles de santé publique, on a un devoir de santé publique. Donc voilà, on peut entendre, on n'oblige personne à se faire vacciner, on n'oblige personne à se faire tester, chacun fait comme il veut. Mais, les règles c'est ça quoi. Ce qu'on préconise c'est qu'il y a des règles à respecter au sein de la maison médicale. (Infirmière)*

### 3.3.2.6 Ambivalence du télétravail

Nous l'avons vu dans le premier chapitre, une partie des intervenants actifs sur le terrain n'ont pas bénéficié du télétravail au même titre que d'autres fonctions plus administratives, nourrissant de la

---

54 WYEME P., FAVRESSE D., COPPIN A., Prévenir la violence dans la relation d'aide, AMO Passages-CLPS Namur, 2014.

sorte le sentiment que leur santé a été sacrifiée au profit leur activité professionnelle. Néanmoins, certains services sociaux de première ligne ont toutefois pu se réorganiser de manière à disposer d'un à deux jours de télétravail par semaine. Cette mesure induit toutes une série de contradictions et d'incohérence, que ce soit parmi les partisans ou les opposants au télétravail.

L'argument principal des **partisans** est que le télétravail leur confère un sentiment de sécurité, diminuant leur exposition au virus. De plus, la possibilité de télétravailler améliore le confort de vie des travailleurs, car il limite les trajets et fait gagner du temps. Néanmoins, le télétravail peut être un cadeau empoisonné. En effet, les exemples d'organisations vétustes et inadaptées au télétravail sont légion. Les travailleurs se plaignent principalement de **trois aspects**. Premièrement, leur employeur ne met pas toujours à disposition de leurs employés les **équipements informatiques** en nombre et en qualité suffisante pour pouvoir assurer de bonnes conditions de travail. Les travailleurs doivent dès lors travailler avec leurs outils et connexion personnels, et ne possèdent pas toujours les modalités adéquates. Deuxièmement, le télétravail entraîne une **surcharge de travail**, induite par le caractère administratif du travail à domicile et des horaires plus souples. Troisièmement, les termes de **règlement de travail** ne sont pas les mêmes. Par exemple, il n'y a souvent pas de pointage pour notabiliser les heures de travail à domicile, ce qui rend impossible le décompte et, surtout, la récupération des heures supplémentaires. Les travailleurs y voient une mauvaise volonté de leur employeur, cherchant de la sorte à dissuader le télétravail. Sans compter que cela entrave la séparation vie privée – vie professionnelles des intervenants concernés.

De plus, dans le discours de certains travailleurs, le désir de télétravailler s'avère parfois incohérent avec le souhait de maintenir une série d'activités en présentiel, même si celles-ci exacerbent l'exposition au virus. Le désir de télétravail n'est donc pas uniquement motivé par une crainte d'exposition au virus, puisque les travailleurs plaident parfois pour recevoir des personnes à risque, elles-mêmes plus fortement touchées par la fracture numérique, tel que l'illustre l'extrait ci-dessous :

---

*C'est sur base de l'assistant social, qui peut estimer si c'est une urgence ou en tout cas, si ce n'est pas une urgence, si c'est une personne qui nécessite d'être reçue en entretien. Les gens qui ne parlent pas français, ou qui sont parfois très âgés. C'est paradoxal parce qu'ils sont à risque mais d'un côté, ce n'est pas eux qui vont nous envoyer des emails. (Assistante sociale)*

Les **opposants** au télétravail sont ceux qui estiment que leur travail ne peut pas se séparer de leur présence sur le terrain. Souvent, ces mêmes personnes expriment une aversion pour l'informatisation de leurs métiers, et craignent que leur métier ne se bureaucratise trop, ce qui va à l'encontre de leur représentation de leur mission sociale :

---

*L'éducateur de rue n'a jamais été en télétravail, même quand beaucoup de collègues ont été au moins partiellement en télétravail, lui ne l'a jamais été et ça lui pose aucun problème parce que de toute façon, il ne voit pas les choses autrement. (Responsable de service)*

Par ailleurs, le télétravail est accusé d'avoir un impact négatif sur la **cohésion d'équipe**, qui pourtant constitue une ressource pour faire face à la crise. Les déficits de cohésion sont dangereux pour la capacité à pouvoir se mettre en projet collectivement, pour pouvoir créer de l'adhésion autour des mesures et des adaptations au contexte de crise. La cohésion d'équipe se construit grâce au contact des collègues, aux échanges informels sur les lieux de travail, à la proximité physique. Il est très difficile de maintenir un bon niveau de cohésion lorsque les équipes ne se côtoient plus. Les deux extraits ci-dessous le confirment :

---

*Il y a une très grosse aspiration à pouvoir revenir dans un fonctionnement un petit peu normal. Ce qui est compliqué aussi c'est quand même de maintenir une certaine cohésion au sein de l'équipe. (Chef de service)*

---

*Et t'as envie de te battre pour un collègue que tu connais. (Assistante sociale)*

### 3.3.2.7 En conclusion

En ce qui concerne les **travailleurs sociaux**, on ne peut pas confirmer que la définition et les représentations de leurs missions sociales aient toujours été compatibles avec les priorités à poursuivre qui leur ont été imposées en contexte de crise. Au contraire, les travailleurs sociaux se sont sentis désarmés, dépossédés de leurs moyens d'actions, et dans l'incapacité de remplir une mission qui a encore du sens à leur yeux, tiraillés entre des rôles assignés auxquels ils n'adhèrent pas, et l'incapacité de fournir un accompagnement de qualité. Leurs discours révèlent une grande souffrance, et un épuisement émotionnel important. La multiplication des obstacles à l'exercice de leur fonction n'est pas compensée par des aménagements qui font sens et que préservent leur sentiment d'utilité sociale. À leurs yeux, les mesures d'urgence sanitaire, liées à la pandémie, ont été prises au détriment des mesures d'urgences sociales qui sont au cœur de leur métier. Ils semblent vivre les mesures prises par les autorités publiques et les attentes à leur égard de ces autorités comme une non reconnaissance de leurs missions de base. En d'autres termes, une meilleure implication des travailleurs sociaux, comme relais de prévention en temps de crise pandémique, passe par une nécessaire congruence entre l'exercice de leurs missions et des sollicitations des autorités en temps de crise.

En revanche, les **travailleurs médicaux** de proximité ont, eux, plus aisément identifié les nouvelles priorités de prévention du virus, qui sont tout à fait cohérentes avec leurs missions médicales, avec une nuance toutefois concernant la promotion de la vaccination.

Derrière, cette différence entre travailleurs sociaux et médicaux, c'est aussi une autre conception de l'utilisateur qui émerge. Les travailleurs sociaux ayant tendance à davantage considérer l'utilisateur dans toutes ses dimensions. Cette approche plus globale de l'utilisateur atténue l'importance du virus dans la mesure où la Covid est un risque parmi d'autres (logement, alimentation, accès aux droits sociaux, etc.) alors que les professionnels médicaux ont davantage à considérer la personne comme une entité biologique, à hiérarchiser les risques en accordant plus d'importance au virus.

D'autres différences présentes chez les professionnels impactent la manière d'aborder le contexte sanitaire dont, notamment, le rapport entre le risque professionnel, réel ou ressenti, et le bien-être de l'utilisateur. Il y a d'un côté, les professionnels pour qui le bien-être de l'utilisateur prime sur le risque professionnel, où les droits de l'utilisateur prime sur ses devoirs et de l'autre côté, les professionnels pour qui le risque professionnel prime sur le bien-être de l'utilisateur, où les devoirs de l'utilisateur prime sur ses droits. Les premiers ont une plus grande flexibilité dans l'application des gestes barrières dans la mesure où ils conçoivent davantage que c'est le contexte sanitaire qui doit s'adapter aux spécificités des populations fragilisées alors que les seconds sont plus stricts dans l'application des gestes barrières dans la mesure où ils conçoivent davantage que c'est à l'utilisateur à s'adapter au contexte sanitaire.

## 3.4 DES PUBLICS VULNÉRABLES ET DE LEURS VÉCUS EN CONTEXTE DE CRISE

Notre quatrième hypothèse pose que la crise sanitaire a eu des conséquences sociales et économiques sur les publics cibles des services interrogés. La connaissance de ces publics pourrait avoir été affectée par des mois de confinement et un an de crise sanitaire ; les conditions de vie, situations familiales, professionnelles et sociales de ces publics fragilisés pourraient suivre une évolution défavorable suite à la crise. Ainsi, posons que **la crise sanitaire a fragilisé et renforcé l'exclusion sociale des usagers des services médico-sociaux de première ligne**. Dans cette partie, il sera question donc des publics-cible des services de première ligne et des constats et interpellations formulés à leur sujet par les intervenants.

L'exclusion sociale se définit comme «un phénomène social qui met à l'écart un individu ou un groupe d'individus qui présentent des différences ou des manques jugés invalidants. L'exclusion sociale met un individu «hors-jeu», le disqualifie du jeu des rapports sociaux»<sup>55</sup>. Elle désigne des dynamiques de rupture qui menacent des populations vulnérables dans les champs sociaux (rupture de liens), économiques (perte de pouvoir d'achat), professionnels (exclusion du monde du travail), territoriaux (quartiers de relégation et logement indigne), médicaux ou juridiques (non recours aux soins ou aux droits). Le renforcement de l'exclusion sociale fait référence donc à des dynamiques de rupture et de mise à l'écart des populations fragilisées dans leurs accès à diverses opportunités, services et exercices de leurs droits.

### 3.4.1 UNE PRÉCARISATION GÉNÉRALISÉE DES POPULATIONS VULNÉRABLES

La précarisation désigne le caractère instable, fragile et incertain des situations des populations les plus vulnérables. L'analyse des discours des intervenants tend à confirmer l'hypothèse 4, à savoir qu'ils témoignent d'une précarisation et d'une fragilisation de l'état général de leur population cible, tout public confondu.

#### 3.4.1.1 Détérioration des conditions de vie

Tout d'abord, les intervenants témoignent d'une détérioration de la qualité des conditions de vie et de subsistance de leurs usagers, qui semblent diminuer pendant cette crise. La protection contre le virus demande des moyens, que ce soit du matériel de protection ou des espaces pour s'isoler, se mettre en quarantaine et se maintenir à distance de ses proches. Ces moyens engendrent des coûts, qui n'ont pu être anticipés. Ces coûts supplémentaires entrent en concurrence avec d'autres postes de dépenses élémentaires, relatifs aux besoins primaires, tels que les soins de santé ou l'alimentation. Soit la priorité est donnée à la protection de la Covid, en dépit d'autres postes de dépenses qui constitueront des problématiques nouvelles à affronter par la suite. Soit la priorité est donnée à d'autres postes de dépenses prioritaires et la Covid est reléguée à un risque comme un autre qui vient s'ajouter aux autres. À cela s'ajoutent l'impossible projection dans le futur, la saisie du moment présent, le manque de prévoyance, facteur supplémentaire à l'aggravation de sa situation, dont les intervenants estiment que leur public est souvent dépourvu. **Le report de soins** en est un exemple parlant, qui touche particulièrement les populations précarisées de quartiers fragilisés et qui est directement lié à cette incapacité à se projeter dans le futur et à croire en des perspectives

55 DUBASQUE D., Qu'est-ce que l'exclusion sociale, <https://dubasque.org/quest-ce-que-l'exclusion-sociale-2/>, 2019

d'avenir encourageantes<sup>56</sup>. Les extraits ci-dessous illustrent cette situation globale défavorable pour leur public.

---

*En termes de public, la grande difficulté c'est plus de savoir si les conditions de vie permettent toujours de respecter les distanciations sociales, le gel hydro alcoolique ça a un coût, les masques aussi ont un coût, quand on travaille avec un public précarisé, c'est pas nécessairement toujours une mauvaise volonté mais c'est souvent aussi une question de moyens, de vivre aussi dans des petits espaces entassés les uns avec les autres, etc., qui créent des comportements à risques pas nécessairement volontaires . (Assistante sociale)*

---

*T'as des patients qui ont d'autres priorités, [Lieu] c'est quand même une commune précarisée, et le Covid, ce n'est pas leur priorité quoi. Leur priorité c'est de trouver un logement décent, manger, voilà, donc, j'pense qu'ils ne font pas attention, ils ne sont pas là-dessus quoi. J'pense que c'est un luxe de s'attarder sur la question du Covid finalement. (Infirmière)*

---

*On n'est pas sur un public qui anticipe beaucoup leur vie, une fois qu'ils se présentent chez nous c'est d'office qu'ils se sentent déjà, que c'est déjà trop tard par rapport à leur situation administrative. Ils ne viennent pas dix jours avant la deadline de leurs factures, ils viennent dix jours après, quand c'est la cata... D'où l'agressivité à laquelle on est confronté pour certaines personnes. Parce qu'ils se rendent bien compte que, si on n'les aide pas, ils sont vraiment hors délais, avec des risques juridiques conséquents. (Assistante sociale)*

La plupart des travailleurs alertent sur les conditions de **logement** de leur public et, plus spécifiquement, sur la mise en exergue des difficultés à supporter un confinement dans des logements inadéquats. Les familles nombreuses, en particulier, qui coupées de toute activité extérieure, dans un contexte ambiant particulièrement anxiogène, ont dû supporter des mois d'enfermement dans des espaces très exigus, manquants d'intimité, d'espaces personnels et d'espace extérieur. Cette situation de logement défavorable est vraiment identifiée comme un facteur d'accélération de la fragilisation des relations intrafamiliales et de la santé mentale des membres de la famille, ébranlant ainsi la cohésion des familles, ressource pourtant essentielle pour face à cette crise sanitaire.

---

*On a beaucoup de familles qui se sont retrouvées dans des petits espaces avec beaucoup d'enfants. Des 60 m<sup>2</sup> avec 5 enfants. J'en connais qui sont à 7 dans un appartement où il y a 3 chambres. C'est des situations comme ça qui font que quand tu es H24 avec les mêmes personnes, quand tu es confiné et que tu ne peux pas sortir, dans le temps, ça fait mal quoi. Ça marque au niveau du psyché. Et les comportements changent. Soit, ils deviennent quelqu'un d'autre, soit, ils font appel à tout ce qui est assuétudes. (Éducatrice de rue)*

---

*Nerveusement, c'est très dur pour les gens, de se retrouver confinés dans des petits espaces. Parce que c'est ça aussi la réalité de notre public, c'est qu'ils se retrouvent enfermés dans des logements sociaux de 50m<sup>2</sup> à 5, les problèmes*

---

56 MAES R., Vaccination et Désaffiliation, présentation du webinar «Pass et Impasse de la politique sanitaire», Infor Jeunes Laeken, 20 octobre 2021, url : <https://www.youtube.com/watch?v=C8YpDQC-zlw>

*d'humidité qui voient le jour, peut-être qu'il n'y avait pas avant, parce qu'ils sont enfermés tout le temps. (Assistante sociale)*

### 3.4.1.2 Augmentation des violences intrafamiliales

Nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, le confinement dans des espaces exigus, et la précarisation des situations d'emploi, ont provoqué la montée de la frustration, de l'agressivité, des assuétudes ou, encore, la fragilisation de la santé mentale. En d'autres mots, il engendre un environnement propice à la montée des violences. Les faits de violences entre partenaires ont augmenté de 30 % dans certaines communes bruxelloises et les demandes auprès des services d'aide aux victimes ont explosé<sup>57</sup>. Les intervenants expriment leur inquiétude face à ces violences intrafamiliales, domestiques et conjugales qui, non seulement, augmentent mais, en plus, ne sont ni détectées, ni suivies, ni prises-en-charge correctement, compte tenu du travail à distance et de la dématérialisation des services<sup>58</sup>. Le premier confinement strict, marqué par l'interdiction de pouvoir sortir de chez soi est, aux yeux des intervenants, l'élément déclencheur de cette montée de violence. L'environnement étouffant du confinement a fait, vraisemblablement, sauter les «soupapes» de sécurité d'une partie des usagers et conduit à des «pétage de plombs» qui auraient pu ne jamais se produire dans un contexte habituel.

---

*Pour certains, ça a resserré les liens familiaux. Pour pas mal. Pour les autres ça les a déglingués et détruits. Totalement. Anéantis. (Éducateur de rue)*

---

*On est aussi habitués hein parce que c'est un public particulier ici donc on a beaucoup de violences familiales, des situations pas faciles mais, c'était déjà le cas avant. C'est juste que là on a des patients dont on pense qu'ils n'auraient pas pété un câble, et là c'est le cas. (Infirmière)*

---

*Les gens sont fatigués, et alors, pour revenir sur les conséquences des masques, des confinements et tout, c'est l'augmentation de violences intrafamiliales. Les gens ne viendront pas le dire spontanément, qu'ils le vivent comme ça, mais par contre, on a de plus en plus de questions par rapport aux séparations. (Assistante sociale)*

L'extrait sélectionné ci-dessous vous est présenté ici parce qu'il illustre de manière assez complète le cycle de violence et de désaffiliation qui peut opérer au sein d'une famille précarisée (par désaffiliation, comprenez le processus qui cumule l'absence d'emploi et l'isolement social<sup>59</sup>). Il révèle bien la manière dont le confinement est la goutte de trop qui fait basculer certaines familles vulnérables dans la précarisation et la disqualification sociale, qui déstructure l'équilibre familial et met à mal les liens sociaux entre ses membres. Cet impact est d'autant plus fort qu'habituellement, pour les populations plus fragiles, l'interdépendance entre les membres de la famille et la «solidarité» familiale occupent une place importante et ce, contrairement, aux familles plus aisées où l'autonomie des membres est davantage favorisée<sup>60,61</sup>.

---

57 STAVART C., Crise sanitaire : les femmes en ont plus souffert, Le Journal du Médecin, N°2670, 2021.

58 NOËL L., Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise, Brussels Studies, n° 157, 2021.s

59 GOFFINET S.-A., La production de la désaffiliation : ce que nous apprend l'analyse sociohistorique de Robert Castel, Journal de l'Alpha n°201, Lire et Écrire, 2016.

60 KELLERHALS J., Les types d'interactions dans la famille, in *L'Année sociologique*, 37:153-179, 1987.

61 PERIER P., École et familles populaires : sociologie d'un différend, Presses universitaires de Rennes, 2005.

---

*C'est souvent le père de famille, qui s'est retrouvé sans emploi ou qui se retrouve en chômage économique. Donc toute sa frustration va chez les enfants, chez madame. Il y a des dépenses supplémentaires, par exemple pour un ordinateur, que le jeune demande à son père, ça crée des conflits, ça en vient aux mains. Et même, il y a des situations où il y avait un peu de violence mais comme l'enfant allait à l'école, ça allait. L'enfant pouvait fuir ce climat-là, qui était dangereux pour lui. Mais voilà, le confinement et la promiscuité dans le logement font que ça vient plus facilement aux mains. Donc on a des jeunes qui dorment à la rue, qui dorment chez un ami. (Assistante sociale)*

### 3.4.1.3 Détérioration de la santé mentale

Ensuite, les entretiens témoignent d'une crainte au sujet de **l'isolement** et de **l'enfermement** vécus pendant les mois de confinement, et de leur impact sur la santé mentale de leurs bénéficiaires, particulièrement chez ceux qui étaient initialement déjà fragiles. L'enfermement à domicile a renforcé l'isolement, et de surcroît le sentiment d'abandon. Abandon de ses proches, de l'assistance et des services d'aide, et de l'État en général. Mais abandon également face à la gestion de leur angoisse liée au contexte sanitaire, qui, incontrôlée, se manifeste par des troubles psychiques (troubles de sommeil, des troubles de l'appétit, tics obsessionnels compulsifs relatifs à l'hygiène, etc.). En effet, le rapport d'Unia de 2020<sup>62</sup> explique que les hospitalisations psychiatriques ont doublé en aout 2020 et que cela est dû, entre autres, à l'absence de suivi des patients chroniques en psychiatrie. Leur situation s'est dégradée avec les décompensations provoquées par le contexte anxiogène de la crise et l'arrêt de soins ambulatoires. Les extraits d'entretien ci-dessous confirment ces constats.

---

*Ce qui ressort tout l'temps c'est vraiment l'isolement, ils ont quasi tous mis qu'ils ont souffert d'isolement, c'est vraiment un truc qui ressort très fort, et pas mal de changements sur le corps et l'esprit. Il y en a beaucoup qui ont évoqué des pertes ou des prises de poids, des problèmes de sommeil, de l'anxiété. C'est vrai que nous on a eu pas mal de personnes qui étaient des câbles, qui décompensent sur le plan psychique. (Infirmière)*

---

*En fait, pendant cette crise, le public fragilisé a été abandonné. Moi c'est comme ça qu'je le vois, ça été l'abandon. (Assistante sociale)*

---

*Après tu avais des situations qui étaient peut-être plus latentes. Et qui ont trouvé des raisons d'éclater au grand jour. C'est le confinement, que ce soit les effets du confinement sur les relations intrafamiliales. T'as beaucoup de parents aussi qui ont pété les plombs, qui sont en burn-out, qui sont en épuisement en tous cas. (Éducateur de rue)*

Les exemples d'usagers qui décompensent, pètent les plombs, semblent épuisés, découragés, abandonnés de leurs forces, sont légions. La majorité des travailleurs pointent cette réalité, pour l'ensemble des publics-cibles, que ce soient les jeunes, les parents, les personnes âgées, les personnes en rue. Les conditions des confinements et les restrictions sanitaires sont identifiées comme causes d'aggravations d'une part, de situations latentes fragiles, révélées en contexte

---

62 UNIA, Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve, www.unia.be, 2020.

extrêmement anxiogène et d'autre part, de l'état mental de personnes dont les suivis psychiatriques se sont interrompus sur une trop longue période.

Cela a un impact sur le travail de certains intervenants de première ligne, en particulier, sur ceux qui ont continué à recevoir des bénéficiaires en présentiel contrairement à la majorité des autres services. Ils n'intervenaient plus seulement pour répondre à une demande ou un service précis mais, pour écouter, rassurer, calmer. L'objet de la demande n'est parfois plus qu'un prétexte pour déposer des vécus difficiles et pour obtenir un peu de soutien face à des problèmes qui s'accumulent et se résolvent difficilement.

---

*Même des gens complètement érudits, ils viennent vers nous, ça les rassure, d'avoir un double avis, une double lecture. Bon ce n'est pas la majorité, mais c'est vrai que l'administration se complexifie de plus en plus, et ça rassure les gens d'avoir une deuxième lecture. (Assistante sociale)*

---

*C'est même pire qu'avant, un rendez-vous mettait vingt à trente minutes et maintenant ça vient sur une heure, une heure et demi. Quand on reçoit la personne qui vient juste pour un problème, il y en a vingt autres qui arrivent parce qu'elle est assise, parce que tout à coup, c'est un peu une séance de psy, on l'apaise, on la calme, on la rassure. Après on parle effectivement, des enfants et les langues se délient aussi quand les gens se sentent en confiance, et c'est là qu'on apprend qu'effectivement, il y a de la violence dans la famille, donc, on ne lâche pas. (Assistante sociale)*

#### 3.4.1.4 «Explosion» des inégalités sociales

Enfin, l'analyse des entretiens souligne l'impact des mesures sanitaires sur le creusement des inégalités sociales, impact plus grave et plus négatif sur les publics les plus précarisés, dont les ressources sociales, culturelles et économiques manquent, réduisant ainsi leur capacité à limiter l'effet des mesures sur leurs situations professionnelles, familiales, économiques et sur leur santé. Les entretiens relèvent ce creusement des inégalités dans différents domaines.

- Les mesures sanitaires de confinement ont renforcé les **sentiments d'abandon** des publics par les services publics. Pour certains travailleurs, il apparaît clairement que leurs bénéficiaires avaient parfaitement conscience de la déconnexion des mesures par rapport à leurs réalités vécues. Les mesures leur étaient presque inapplicables. Ils étaient par conséquent plus à risque de les enfreindre, et donc plus susceptibles d'être sanctionnés, qui plus est par des amendes aux montants disqualifiants (pour rappel, toute infraction aux mesures sanitaires étant sanctionnée d'une amende de 250€). Cette déconnexion se traduit aussi par la conscience de devoir supporter des conditions d'enfermement plus difficiles et moins confortables que celles imposées à la classe moyenne qui, elle, est davantage visée par les campagnes de prévention de masse. Les extraits des parties précédents ont mis en exergue les inégalités de logement, révélant que le respect d'un confinement à domicile dépend beaucoup des caractéristiques de ce domicile et des liens interpersonnels qui s'y sont développés. Incompris des autorités, ces publics nourrissent le sentiment d'être **abandonnés, oubliés** de l'État, alors que les mesures sanitaires les touchent plus durement sur les plans économique, psychique et social. Ils se sentent disqualifiés par la société, conscients qu'ils ne possèdent pas les ressources qui leur permettent de correspondre à la norme à partir de laquelle les mesures sont dictées.

---

*Toute la communication s'adresse à une classe moyenne supérieure, et pas du tout à une population précaire. Donc, ça les gens le sentent, que ça ne s'adresse pas à eux, ce n'est pas à eux qu'on parle. (...) Les gens comprennent très bien, ils le voient, ils ne sont pas débiles. Ils voient que tout est fait, tout est réalisé, pas pour eux. Ça, c'est le mécanisme d'exclusion sociale. L'exclusion sociale, c'est quand on voit que tout ce que fait la société, ce n'est pas pour eux. Les ayant-droit, ils sentent ça très fort, ils sentent que, oui, c'est plus difficile d'être confiné quand on n'a pas de jardin, c'est plus facile d'être confiné quand on a un living de 30m<sup>2</sup>, que quand on a un appartement avec deux chambres, sur 45m<sup>2</sup>, dans lequel on met, on met une famille de six personnes. (Responsable de service)*

---

*Pour le public, c'est la reconnaissance en tout cas de la société qu'il y a un vrai gap, entre les classes moyennes et les classes les moins riches et les plus pauvres, on va dire. Il y a un gros fossé, et même cet affaissement, cette disparition de la classe moyenne à moyen terme sur les X années à venir qu'on prévoit. (Éducateur de rue)*

- Par ailleurs, les intervenants interpellent particulièrement sur le renforcement de l'exclusion des personnes **analphabètes** ou qui ne maîtrisent pas une des langues officielles du pays. Pour ce public, la plupart de leurs stratégies de débrouille reposent sur l'oralité, sur le fait de pouvoir compter sur l'appui de personnes humaines capables d'expliquer, de parler en leur nom, de comprendre leur situation et de prendre le temps de leur expliquer les solutions ou réponses en retour. Il est presque impossible pour ce public de suivre la course à la numérisation et la dématérialisation des services. L'absence de présentiel et de contact humain n'est pas remplacée par des innovations sociales capables de comprendre et répondre adéquatement aux demandes de ces publics en contexte pandémique. Les travailleurs dénoncent dès lors qu'on a coupé ces publics des leviers essentiels sur lesquels ils comptaient habituellement pour s'en sortir, sans que ceux-ci ne soient compensés ou remplacés.

---

*Quand une personne ne parle pas bien la langue ou ne l'écrit pas, ou ne la lit pas, il n'y a rien qui répond aujourd'hui, dans la société, à leur détresse. De plus en plus, ce numérique va bouffer cette partie de cette population, ils vont être mangés tout cru. (Assistante sociale)*

---

*Les trois quarts des gens, ce qui est problématique, c'est qu'ils parlent français un petit peu, donc ils peuvent baragouiner comme ça. Mais à partir du moment où il faut lire un courrier d'une administration, pour eux c'est impossible, à partir du moment où il faut rédiger un courrier, compléter un document, même avoir des explications au téléphone, ce n'est pas la même chose qu'en présentiel. Je pense qu'ils vont comprendre un petit peu mais, le problème c'est effectuer des démarches. Prendre un rendez-vous à la mutuelle en ligne, mais c'est impossible pour eux et c'est vrai que même moi je l'ai fait, il faut sélectionner le moment, rentrer un mail, toutes des étapes qu'ils ne savent pas faire. Mais ils savent rentrer, dire bonjour, expliquer un peu leur problème. (Assistante sociale)*

- Certains intervenants, pour la plupart issus de services qui considèrent ne pas avoir fermé, condamnent la **fermeture** des services ou la politique des bureaux fermés, et leur effet sur leur public. Face à une perte de revenus due à la crise sanitaire, impossible d'activer les leviers publics qui garantissent un revenu minimum et ce, particulièrement, pour les populations **numériquement vulnérables**. Cela génère de la frustration, de la colère et de l'incompréhension, qui alimentent la méfiance à l'égard des politiques, et plus particulièrement

des administrations. Or, cette méfiance est contre-productive par rapport aux efforts de prévention de la Covid et, particulièrement, en matière de vaccination, comme nous l'avons vu.

---

*Avec la crise sanitaire les gens se sont vus aussi fermer les portes de tout. Donc, on va à la mutuelle les bureaux sont fermés, ils sont injoignables par téléphone, donc il faut prendre un rendez-vous par mail, ce qui est impossible pour notre public, ou en tout cas très difficile. On veut aller au syndicat, la porte est fermée, pareil, il faut passer par le téléphone. Donc les gens se sont vus face à toutes des portes fermées, sauf la nôtre. Donc l'agressivité est montée, une agressivité que moi je comprends tout à fait. Un tiers de notre public n'a pas n'a pas d'adresse e-mail. (Assistante sociale)*

---

*Tous ces bureaux fermés, pour eux (les usagers), cette crise, clairement, permet, aux administrations de fermer les portes et de se cacher. La colère elle est là, la colère elle est sur le fait que tous les services ferment leurs portes. Tout devient inaccessible, tout se numérise, même pour obtenir une composition de ménage. C'est vraiment la colère, elle est vraiment basée là-dessus et sur le fait que, pour rencontrer un être humain, ça devient difficile. Tout se fait par ordinateur, et c'est vrai que quand ils arrivent chez nous, mais ils nous remercient mille fois, même si parfois on ne sait rien faire, ils sont soulagés d'avoir pu parler à quelqu'un et de voir quelqu'un. (Assistante sociale)*

L'extrait ci-dessous confirme la fermeture désastreuse d'un CPAS, dans lequel près de 90 % des assistants sociaux ont été mis en dispense de travail pendant le premier confinement (soit plusieurs mois). Non seulement, les services étaient disponibles à distance, mais en plus, seuls 10 % des effectifs travaillaient. Avec une communication insuffisante à l'adresse des ayants-droits, le suivi des dossiers des bénéficiaires de revenus d'intégration a pris énormément de retard, occasionnant des pertes de revenus sur plusieurs mois pour les moins chanceux.

---

*Donc quand on a fermé définitivement, on s'est retrouvé plus ou moins à 12 en télétravail, à récupérer le travail de plus de 100 personnes quoi. Et les 88 autres, on les a mis en non-disponibilité pour une courte période. Donc ils étaient payés à rester à la maison. (Assistante sociale)*

- Enfin, la **rupture de lien** avec les usagers participe également au renforcement des inégalités sociales, car celle-ci empêche les intervenants de jouer leur rôle de professionnel relais, d'intermédiaire vers des services tiers et de personnes de confiance. Or, il s'agit d'un rôle essentiel à la réinsertion des personnes les plus précarisées dans la mesure où l'intervenant, contrairement aux usagers, maîtrise les règles de fonctionnement de la société et dispose des ressources pour défendre son bénéficiaire, pour expliquer la gravité de sa situation et activer les leviers nécessaires en cas d'urgence. Les intervenants craignent d'une part, qu'il soit très difficile de renouer le lien avec leurs usagers «perdus» et d'autre part, que ceux qui étaient déjà exclus des services avant la crise soient encore moins faciles à atteindre. L'absence de perspectives à ce sujet, ainsi que la longue période de rupture découlant des deux confinements (plus d'un an au total) pourraient avoir fragilisé l'imprégnation de certains services dans leurs terrains d'actions.

---

*Tout le travail qui a été fait avec les parents, à ce jour, n'a pas revu le jour. Depuis le mois de mars. On a plus eu de réunion avec les parents, à part les camps famille, ou en tout cas plus de réunions avec les parents pour parler de*

*thématiques particulières. Pas de sorties famille, et depuis le mois d'août, plus de sorties famille, plus de camps famille, plus rien du tout. Et on a des parents qui sont hyper demandeurs et qui sont hyper partants. (Éducateur de rue)*

---

*Ceux qui ont pris le courage de nous appeler, ce n'étaient pas forcément les personnes qui étaient en plus grande détresse. Il y a des gens, pour des questions notamment de langue ou de confiance en l'institution, qui n'ont pas osé appeler. Bon, pour moi, c'est tout à fait clair que les quartiers les plus paupérisés ne sont pas vraiment retenus par nous. (Chargée de projet)*

## 3.4.2 FOCUS SUR DES PUBLICS-CIBLES

Après ce portrait généralisé sur la précarisation des publics pris en charge par les intervenants interviewés, focalisons-nous sur les propos qui concernent les publics spécifiques. Les effets de la pandémie impactent différemment les publics, et ont des conséquences plus ou moins graves en fonction des thématiques.

### 3.4.2.1 Le cas des femmes

Les entretiens distinguent des situations particulières vécues par des femmes, que la pandémie ébranle et enferme dans des rôles sociaux étouffants. La pandémie a renforcé les inégalités de genre dans plusieurs domaines, et ce particulièrement au niveau de la santé mentale et des violences conjugales<sup>63</sup>.

D'après les entretiens, c'est dans leur **parentalité** que les femmes mères semblent les plus impactées, en particulier les mères de familles monoparentales. Les intervenants pointent différents facteurs qui les fragilisent : la charge des enfants confinés à domicile, le suivi de leur scolarité en hybridation (semi en distanciel, semi en présentiel), l'angoisse liée à la contamination de leurs enfants, ou encore la peur qu'il leur arrive quelque chose à elles et que leur progéniture soit laissée à elle-même.

La fébrilité de leur parentalité apparaît plus claire après un an de pandémie, car les mères commencent à lâcher prise, à bout de force à l'issue d'une année compliquée, que peu de perspectives de sortie semblent pouvoir soulager.

---

*Il y a deux situations qui m'ont particulièrement marquée. C'était deux femmes seules avec des enfants. Une avait trois enfants en bas-âge et l'autre avait quatre enfants en bas-âge. La première, ils n'étaient quasiment plus sortis de chez eux depuis un mois dans un appartement qui à priori n'était pas très grand. Avec la double contrainte de peur de sortir et que les enfants touchent quelque chose, elle n'avait pas tellement peur de la maladie des enfants, elle avait peur que les enfants la contaminent et qu'elle, comme seul soutien familial, ne serait plus capable de s'occuper de ses enfants parce qu'elle serait tombée malade. Et puis l'autre chose, c'est d'être complètement dépassée, de se retrouver dans l'espace public, qu'elle ne pourrait gérer ses enfants dans ce contexte-là. Dans l'autre famille, le père était bloqué au Maroc. (...). Son mari ne recevait plus son salaire, donc on a demandé l'aide alimentaire. Et on*

---

63 STAVART C., Crise sanitaire : les femmes en ont plus souffert, Le Journal du Médecin, N°2670, 2021.

*a essayé de voir ce qu'on pouvait faire pour que son mari rentre le plus vite en Belgique.* (Chargée de projet)

*Pour le mois de mars (2021) j'ai quatre situations qui sont vraiment mises en lien avec l'hybridation, la démotivation générale, un sentiment un peu dépressif. Et même une demande de soutien parental parce que la maman va moins bien à cause du Covid et que ça a des répercussions au niveau scolaire.* (Responsable de service).

**Psychologiquement**, les femmes sont plus à risque. Leur charge mentale a augmenté avec la crise, en particulier celle liée à la gestion du domicile. En cause, le confinement et une sollicitation plus fréquente par leurs proches dans des rôles d'écoute et de confiance.<sup>64</sup> L'Université Catholique de Louvain, dans une étude menée sur l'impact du confinement sur la santé mentale de la population belge, révèle que le sentiment de mal-être psychologique a plus que doublé dans la population belge, depuis la pandémie<sup>65</sup>, et touche plus significativement les femmes (56 %) que les hommes (42 %). De plus, ce sont les femmes jeunes, isolées, avec une utilisation prononcée des réseaux sociaux, et une forte diminution d'activités sociales qui ont le plus souffert du confinement sur le plan psychologique<sup>66</sup>. Les assistantes sociales confirment ce fait et expliquent que les femmes sont nombreuses à se plaindre de climat de cohabitation extrêmement difficile, d'inquiétudes exacerbées, du poids de la charge de leur famille, à quoi s'ajoutent des pertes de revenus et des tensions entre pères et enfants, coincés à la maison. Ce schéma est particulièrement vrai pour les familles issues des quartiers paupérisés et d'origine étrangère, caractérisées par une répartition plus genrée des tâches, dont la mère est régulièrement soit femme au foyer sans revenus, soit occupée dans les métiers du soin et du nettoyage, plus dévalorisés financièrement et socialement. À cela s'ajoutent les violences domestiques, dont les femmes sont les principales victimes.

*Les gens ne viendront pas dire spontanément qu'ils le vivent comme ça, mais par contre, on a de plus en plus de questions par rapport aux séparations des femmes, qui viennent et qui expliquent des situations dramatiques, qui demandent, qui commencent à venir avec des questions de comment on fait pour se séparer ? Comment on fait pour la garde des enfants ? Elles sont très inquiètes, elles voudraient partir mais avec les enfants, et dans certaines communautés, c'est compliqué.* (Assistante sociale)

*C'est le poids du confinement, quand les enfants sont à la maison et vivent dans un logement social avec une chambre pour cinq. Moi je sens des femmes, mais à bout, qui pleurent. Moi j'ai beaucoup de femmes, pour qui, clairement le fait que les enfants n'aillent plus à l'école en tout cas au niveau des secondaires, que les maris perdent l'emploi et se retrouvent aussi à la maison tous ensemble, ça elles nous en parlent.* (Assistante sociale)

Plus spécifiquement, plusieurs travailleurs alertent sur le cas des femmes élèves des cours d'alphabétisation (ALPHA) ou de Français Langue étrangère (FLE), qui sont surreprésentées dans ces cours. Les cours d'ALPHA ou de FLE constituent l'une des seules activités externes qui attirent ce profil de femmes primo-arrivantes. Ils offrent un accès privilégié à ce public, d'habitude difficile

64 STAVART C., Crise sanitaire : les femmes en ont plus souffert, Le Journal du Médecin, N°2670, 2021.

65 BANSE E. et al., Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la pandémie du coronavirus en Belgique, Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain, 2020

66 RENS E. et al., Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study, Front. Psychiatry, 2021

à toucher ou à impliquer dans les autres services ou activités collectives plus généralistes. Or, le confinement et les mesures interdisant les activités collectives aux adultes ont mis un terme brutal à ces cours. Lors des entretiens, ceux-ci n'avaient pour la plupart pas repris, à l'exception de la trêve estivale. L'arrêt de la scolarisation en présentiel a également freiné la participation de ces mères, les empêchant de continuer d'éventuels programmes à distance. Les intervenants interpellent sur la privation de ces activités pour ces femmes, car il s'agit d'un des seuls espaces d'émancipation dont elles jouissent. Les travailleurs craignent de ne pas pouvoir rattraper ses femmes lors de la reprise des cours, et de les voir amputées de la sorte d'une des rares leviers d'intégration qui leur sont accessibles, d'un des rares espaces ou un travail d'accompagnement social peut être entamé.

---

*Pour les primo-arrivants, ce qui est compliqué avec les personnes qui font du FLE et de l'alpha, c'est en effet le maintien des contacts. Ce sont des personnes pour qui c'est déjà compliqué de réussir à les faire venir 4 fois par semaine au cours de français. Parce que souvent elles ont des autres préoccupations, souvent elles ont des rendez-vous justement dans d'autres structures, Actiris, CPAS,... Et souvent c'est des femmes qui ont des enfants, donc quand les enfants sont malades, elles ne peuvent pas venir au cours, etc. C'est difficile de maintenir un contact. Et ce qui a été constaté quand ils ont pu reprendre pour du coup durant les activités en septembre, c'est qu'il y avait moins d'anciens qui étaient revenus, ce qui n'est pas habituel. (Assistant social)*

---

*Il y a un nombre de personnes avec qui le lien n'a pas réussi à être maintenu, et c'est vraiment tout l'enjeu avec ce public-là. Je pense notamment à certaines femmes qui sont mères au foyer, et qui n'ont peut-être par nécessairement beaucoup d'activités en dehors de chez elles, en collectif, peut-être que le cours de FLE, où elles sortent, ou elles font ça pour elles de manière aussi émancipatrice, donc l'enjeu c'est de plus pouvoir toucher ce public qui va retourner dans un isolement ou dans une marginalisation, ou dans une situation qui n'est peut-être pas idéale. Alors que le cours de FLE ou le cours d'alpha, c'est parfois une porte d'entrée, pour régler d'autres problématiques aussi. (Assistante sociale)*

L'accès initialement difficile aux femmes issues de populations précarisées ou marginalisées est exacerbé par la crise sanitaire. Les travailleurs constatent un renforcement de leur renfermement communautaire et l'augmentation d'inégalités de genre dont elles sont victimes. La récupération du lien préexistant à la crise semble complexifiée, ce qui inquiète grandement les intervenants sociaux.

### 3.4.2.2 Le cas des jeunes

Nous avons discuté avec de nombreux travailleurs de rue qui travaillent avec un public de jeunes fragilisés, soit dans leurs milieux de vie (AMO, service d'éducateurs de rue), soit dans l'accompagnement à la scolarité. Les entretiens avec ces intervenants confirment la quatrième hypothèse pour le cas du public jeune, qui est négativement impacté par les mesures sanitaires, et ce, à différents niveaux et de différentes manières.

#### Des jeunes désaffiliés

Tout d'abord, les confinements, l'interdiction aux espaces collectifs pour les plus de 12 ans et l'enseignement en hybridation, pour les élèves du secondaire, et en distanciel pour les élèves du supérieur, ont provoqué la désaffiliation de certains jeunes. Par **désaffiliation**, comprenez le phénomène d'isolement, de mise à l'écart des jeunes des services qui leur sont destinés, et de l'affaiblissement des liens de proximité et de solidarité sur lesquels ils peuvent compter. Ce

processus est alimenté par le sentiment d'être incompris et abandonnés des autorités politiques, par la privation des interactions sociales avec leurs pairs et par l'augmentation des tensions dans la sphère familiale. Ces jeunes diminuent leur fréquentation des services d'aide à la jeunesse, et déposent des vécus et des tourments psychologiques particulièrement lourds, qui dépassent les travailleurs sociaux. Ces constats sont confirmés par la revue Alter Echos de janvier 2021, qui souligne également ces phénomènes de distanciation des jeunes<sup>67</sup>.

Plusieurs intervenants racontent des cas de jeunes en rupture familiale, qui ont quitté leur domicile, et qui se retrouvent en décrochage scolaire, sans revenus, totalement livrés à eux-mêmes, en l'absence de perspectives d'avenir. Ils expriment leur inquiétude par rapport à leur capacité à pouvoir réentamer un travail avec ces jeunes, pour lesquels les solutions sont rares et éprouvantes. Les extraits ci-dessous l'illustrent.

---

*Donc on a des jeunes qui dorment à la rue, qui dorment chez un ami. Oui, c'est le public qu'on a de plus en plus, c'est les jeunes. Qu'on a du mal à reloger d'ailleurs. (Assistante sociale)*

---

*Tous les jeunes qui n'ont plus de travail, qui sont déconnectés du travail, des institutions, de la famille, des jeunes entre 18 et 25 ans qui n'ont plus d'attaches avec la famille, qui sont déscolarisés, qui ne vont même plus faire leurs démarches administratives, pas de logement. C'est des jeunes qui n'arrivent même plus à aller à la commune refaire une carte d'identité, qui ne connaissent pas les horaires, qui sont déscolarisés assez tôt. Qui n'ont plus de motivation, rien. C'est ce public-là qu'on a de plus en plus. Des jeunes qui sont nés en Belgique ! Qui sont complètement déconnectés de toutes les institutions. (Assistante sociale)*

---

*Sur le public on a déjà vu la pauvreté : des jeunes qui deviennent de plus en plus pauvres parce qu'ils perdent leur job étudiant. Du décrochage scolaire. Des troubles de santé mentale. Des addictions. De l'isolement. Et de l'enfermement même, parce qu'ils ont pris goût à cet enfermement. Il y a des jeunes qu'on voit plus sortir, qui restent dans leur chambre H24. Playstation quoi. (Éducateur de rue)*

---

*Le fait de ne pas pouvoir voir les jeunes de plus de 12 ans pendant un an, sauf de temps de temps, on le sent quand même. D'avoir beaucoup moins de contact, on a perdu quand même énormément avec les jeunes. On pouvait se voir par bulle de 4 à l'extérieur, on a proposé à des jeunes d'aller se balader dehors, mais il n'y avait quand même rien à faire. Du coup, on proposait un tour en ville, juste voir une ou deux illuminations de lumière. Un travailleur et trois jeunes pas plus. Ça reste des jeunes ou des ados, donc souvent on a un qui annule. Et le travailleur se retrouve tout seul avec un jeune en ville. (Éducateur de rue)*

Dans les cas les plus extrêmes, les éducateurs de rue décrivent une population d'adolescents ou de jeunes adultes, issus de quartiers ou de cités fragilisées, en **totale déconnexion** avec la réalité, que ce soit au niveau de la scolarité, de l'emploi ou encore des institutions d'aides publiques. Dans certains quartiers, principalement des cités de logements sociaux, les jeunes se sont organisés dans une **société parallèle**, qui obéit à ses propres règles, hiérarchie et normes. Cette vie alternative

---

67 VAN REETH C., Coulez jeunesse, in Alter Echos, n°490, p.39-41, janvier 2021.

happe les jeunes en décrochage scolaire, victimes de l'enseignement de relégation et coincés dans des filières qui ne les épanouissent pas.

---

*Un profil qu'on a beaucoup c'est le jeune qui s'est retrouvé dans une filière pro pour laquelle il ne voit aucun intérêt : électricité, ébénisterie, mécanique, ... et qui se dit que dealer lui convient très bien. On en a vraiment qui ont complètement accepté que ça allait être leur vie quoi. (Éducateur de rue)*

Dans ces cités règnent la loi de la débrouille, l'appartenance au quartier et la solidarité informelle. La consommation de drogues et le deal occupent une place centrale dans la vie de certains de ces jeunes. Principale source de revenus, ceux qui errent sur l'espace public ont des risques de tomber dans cette économie souterraine, qui leur permet de se faire de l'argent rapidement. Commençant au plus bas de l'échelle, il est possible de progressivement monter les échelons, et d'ainsi obtenir de la reconnaissance locale, car il s'agit d'une activité bien plus valorisée que les métiers de relégation auxquels ils se sentent destinés.

---

*Il y a du deal H24, ils occupent l'espace public jusque tard dans la nuit parce que ils sont en mode "night shop", tu peux venir te servir quand tu veux quoi. (Éducateur de rue)*

---

*Ils ne regardaient jamais les conférences de presse qui suivaient le CODECO. Sur l'espace public, les groupes de jeunes avec qui nous on travaille, clairement ceux qui ne respectaient pas, c'est parce que leur travail c'est de dealer et c'est à l'extérieur et c'est comme ça. Je pense qu'on peut passer encore cent mille fois le dire, ils ne vont pas cesser d'occuper l'espace public quoi, c'est leur gagne-pain, pour certains, ils n'ont aucun autre gagne-pain. Il y en a clairement qui ont décidé de s'affranchir de tout dans la vie via ça. C'est vraiment leur unique source de revenus, donc il est hors de question pour certains d'aller au CPAS demander de l'argent ou des choses comme ça. Donc ils ne vont pas cesser d'occuper l'espace public. (Éducateur de rue)*

---

*Et ils s'organisent, il y a clairement une petite hiérarchie entre eux. Des mecs que tu vois une fois par mois qui ne sont pas du quartier, qui passent comme ça et qui sont leurs grossistes, des plus âgés du quartier qui ont le fric pour investir et puis, une espèce de petit chef opérationnel sur le terrain qui fait en sorte de dire qui fait quoi. Et puis après t'as les toutes petites mains, qui eux, gagnent un tout petit machin sur la transaction, qui eux font vraiment le boulot le plus dangereux, qui est de passer la drogue. Les quelques chefs du dealer du quartier ne touchent jamais un produit, ils ne sont pas vraiment inquiétés. (Éducateur de rue)*

Les jeunes en retirent un prestige plus important qu'en entrant dans les voies «réglementaires» ou en se contentant des perspectives qui leur sont possibles, en fonction de leur statut ou de leur niveau d'éducation. Le deal et l'implication dans la cité sont perçus comme préférables à un futur d'exploitation dans une profession humiliante et non choisie. Un tel cheminement se rencontre, notamment, chez une partie des jeunes en marge du système scolaire qui vont trouver auprès de

leurs pairs une reconnaissance sociale, un moyen de se (re)construire une image positive, de se procurer des compensations psychoaffectives<sup>68,69</sup>.

---

*C'est leur référentiel identitaire, la cité, très fort (...). C'est valorisé, d'être un dealer, un chef de bande... Beaucoup que d'aller travailler comme un mandai, en fait, dans des trucs infâmes, dans des conditions ultra précaires, pour faire vraiment boulots avilissants. (Éducateur de rue)*

Pour une partie des intervenants rencontrés, la crise sanitaire a renforcé l'organisation parallèle dans certains quartiers, et la désaffiliation des jeunes, qui se reposent sur leurs pairs et leurs leaders pour s'en sortir. La solidarité informelle répond plus efficacement et plus rapidement à leurs besoins que les mécanismes d'aide sociale publique.

---

*Ils l'ont plusieurs fois logé comme ça dans un des endroits. Ils lui trouvent un endroit, ils lui trouvent du mobilier de récup et ils l'installent là. Et y en a des qui squattent à droite à gauche, chez des copains, y en a certains qui sont âgés et qui ont leur logement et donc ils hébergent. Voilà, il y a beaucoup d'entraide comme ça entre eux, à ce niveau-là. (Éducateur de rue)*

### Épuisement pandémique des jeunes

La jeunesse a été également fortement impactée sur le plan mental, toutes les études et les professionnels l'affirment. Les services de santé mentale pour jeunes et les institutions psychiatriques ont vu leurs demandes exploser<sup>70</sup>. L'étude menée par l'UCL citée précédemment révèle également que les jeunes ont beaucoup plus souffert du confinement que les personnes âgées. Le sentiment de mal-être dû à la pandémie est deux fois plus élevé (64 %) chez les 15-24 ans que chez les plus de 65 ans (32 %)<sup>71</sup>. Nous choisissons de parler ici d'*épuisement pandémique*, notion que nous empruntons à l'article de la RTBF du 11 février 2021<sup>72</sup>. En effet, celui-ci désigne la souffrance mentale des jeunes directement liée au contexte pandémique. Cette souffrance se manifeste par différents symptômes. Tout d'abord **l'épuisement**, le fait de ne plus en pouvoir, de laisser tomber ou de craquer. Privés d'espaces pour se ressourcer et affectés par les déséquilibres causés par la pandémie, certains jeunes scolarisés craquent et **décrochent** de la scolarité :

---

*Les difficultés sont les mêmes qu'avant mais c'est comme si on rajoutait plus de difficultés. C'est comme si c'était un révélateur, un catalyseur. Depuis quand même le mois de janvier-février (2021), ça change quand même. On a maintenant des situations où les gens arrivent et disent : "c'est l'hybridation. C'est le contexte. C'est un manque de motivation parce que je suis plus en ligne avec mes proches". (...) C'est comme si ça faisait que les élèves, par exemple qui étaient en échec, lâchaient plus vite. Les élèves qui ont des difficultés familiales sont plus vite dans la merde. Les élèves qui avaient des problèmes de comportement*

---

68 PAVIS S. & al., Male youth street culture : understanding the context of health-related behaviours, in *Health Education Research*, 14(5) :583-596, 1999.

69 FAVRESSE D., Les conduites à risque à l'adolescence, qu'en est-il ? Comment sortir de l'alarmisme sans pour autant tomber dans la banalisation, in *Prospective Jeunesse*, 54 :10-16, 2010.

70 VAN REETH C. (2021), Op. Cit.

71 BANSE E. et al., Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la pandémie du coronavirus en Belgique, *Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain*, 2020.

72 GORDILLO A., Coronavirus : l'«épuisement pandémique» en Belgique, surtout chez les jeunes, RTBF, 11 février 2021.

*craquent plus vite aussi. Et donc c'est comme si c'était un catalyseur.* (Responsable de service)

Un second symptôme de cet épuisement pandémique est le sentiment d'être une **génération sacrifiée**, une génération oubliée. La pandémie s'inscrit comme une crise qui s'ajoute aux autres perturbations mondiales actuelles, telles que le changement climatique, le terrorisme et la montée de l'extrême droite, dont les moins de 25 ans sont plus victimes que coupables<sup>73</sup>. Ces perspectives futures angoissantes et pessimistes les désarment. Loin d'être désinvoltes et face à un futur ouvert à tous les possibles, cette génération est celle d'une «jeunesse grave», caractérisée par la tristesse, la solitude, la frustration et le découragement<sup>74</sup>.

---

*La crainte d'être une génération sacrifiée, c'est une crainte qu'on a aussi rencontré très fort en septembre chez les parents. C'est une crainte de dire 'oui mais attendez, avec tout ça, avec tout ce qu'il se passe, quel est le degré de compétence scolaire de mon gamin ? Est-ce que ça vaut quelque chose en fait ? Est-ce que en un an il a progressé ? Quelles vont être les répercussions ?'. Comment ça va se passer la suite, quoi. Est-ce qu'ils vont tous se ramasser les dents quand ils vont arriver en rhéto ? Est-ce que ça va être à l'unif ? Jusqu'où le système va pouvoir rattraper la sauce ? Ou être tolérant ?* (Responsable de service).

---

*Il va falloir les accompagner dans une projection et dans le fait de pouvoir être acteur de sa propre vie C'est compliqué de se projeter, de manière générale pour tout le monde, mais encore plus pour eux. Y aura toujours ce petit Covid dans un coin de la tête. Il ne faut pas oublier que nos jeunes, c'est la génération attentats, c'est la génération Covid. Eux, ils ont eu la totale.* (Responsable de service)

De plus, la **culpabilisation** des jeunes et la responsabilisation sociale qui pesaient sur eux de contaminer leur entourage plus fragile et qui leur imposaient de grands sacrifices sur les plans relationnel et éducatif, se sont avérées extrêmement lourdes à supporter. Les jeunes ont été stigmatisés, accusés de ne pas respecter les mesures sanitaires, les médias les ont accusés d'être responsable de la hausse des contaminations. Or, les statistiques montrent qu'il y a autant d'irrespectueux des règles dans la population adulte que parmi les jeunes<sup>75</sup>. Et que les intervenants affirment que de nombreux jeunes se sont montrés très solidaires et soucieux de protéger leurs aînés.

---

*Dans les familles auxquelles je pense, il y a une pression familiale tellement forte que ça ne va pas être de la violence physique, mais ça va être de la violence psychologique et ça va être un poids mis sur l'ado, de mise en danger de la famille par ce comportement, qui psychologiquement est très lourd et très violent. Avant on avait beaucoup plus de jeunes qui ne respectaient pas les gestes barrières et le fait de ne pas se regrouper, mais on n'est plus là-dedans, la majorité de jeunes qui sont refermés.* (Éducateur de rue)

Enfin, **l'absence de repères et de perspectives** futures entraînent leur démotivation. Les intervenants interpellent quant aux étapes de construction dont les jeunes sont privés et des dégâts que cela va occasionner chez certains. Cela fait un an que les jeunes sont en arrêt, dans l'impossibilité de

---

73 DENOËL T., GHALI S., Éviter le décrochage d'une génération, Le VIF, numéro 07, 18 février 2021, p.15.

74 VAN REETH C. (2021), Op. Cit.

75 DENOËL T., GHALI S. (2021), Op. Cit.

prévoir des projets à moyens ou long terme, rendant certains incapables de se réjouir. Leurs études ont été perturbées, leurs possibilités de stages ou d'emploi sont mises en péril, «l'âge des possibles est devenu l'âge des incertitudes»<sup>76</sup>. Et cela entraîne un désengagement passif ou actif des jeunes.

---

*Les gamins, au niveau de l'adolescence, pour les étapes de construction de l'identité, le regard de l'autre est très important, l'insertion dans les groupes, etc. Privés de ça, j'ai quand même le sentiment qu'il y a beaucoup de jeunes qui sont dans une phase un peu dépressive. "Au niveau scolaire, j'ai plus mes repères ; au niveau social, j'ai plus mes repères". Quand on les entend, c'est "on a l'impression qu'on nous a volé une partie de notre jeunesse". (Chef de service)*

Ce dernier point est corroboré par les travaux menés à l'été - automne 2021 par le chercheur Renaud Maes, qui a interrogé une cinquantaine de jeunes molenbeekoïses, entre 19 et 27 ans, tous issus de quartiers fragilisés et au maximum diplômés du CESS. Renaud Maes les a questionnés sur les raisons pour lesquels ils ne souhaitent pas se faire vacciner et constate que ses jeunes répondants ne parviennent pas à se projeter dans le futur. Cette incapacité vient des difficultés quotidiennes qu'ils vivent et qui se sont renforcées pendant la crise (comme par exemple la perte de revenus, d'opportunités de travail intérim ou au noir), sans pour autant avoir le sentiment d'être aidés, soutenus ou compris par les autorités, par lesquelles ces jeunes estiment être méprisés. Dès lors, il est difficile pour eux de concevoir aux efforts de solidarité de la vaccination pour «faire plaisir» à des autorités qui manifestent une certaine indifférence à leur égard, qui les a abandonnés dans leur misère. Mais, plus grave encore, ils ne voient pas le bénéfice de la vaccination alors qu'ils estiment que leur vie n'a pas de valeur, et que leur perte n'aurait pas de conséquences<sup>77</sup>. Ces ressentis très lourds et très noirs, confirmés par le chercheur et par nos intervenants, sont édifiants et nous imposent de saisir la **gravité** de la détresse de ce public.

### 3.4.2.3 Le cas des personnes âgées

Les personnes âgées, et particulièrement les plus de 65 ans, composent la frange de la population que la société a voulu protéger pendant la pandémie, considérée comme la plus à risque de développer une forme grave, voire mortelle, de la Covid. Les conditions de confinement et d'isolement ont donc été considérablement strictes pour elles, et ce particulièrement en maisons de repos. Les travailleurs sociaux actifs auprès des personnes âgées sont tiraillés entre le souhait de protéger leurs usagers contre la contamination du virus et la difficile responsabilité de devoir leur imposer une distanciation sociale et physique qui engendre un mal-être tel qu'elle perd de sa pertinence. Les intervenants expriment un malaise face à l'accentuation de la fragilité de leurs bénéficiaires seniors.

D'une part, c'est l'augmentation des cas de décompensations psychologiques aigus qui inquiète. Pour les travailleurs, il n'est pas toujours évident de distinguer un cas de vieillissement «normal» d'un cas de démence déclenchée par les conditions de confinement. Face à ces situations déstabilisantes, les intervenants sociaux ne savent pas toujours analyser clairement la situation. Ils constatent toutefois que les situations de décompensation sont plus nombreuses et plus sévères. De plus, le pensionnaire ou le bénéficiaire en décompensation ne comprend pas forcément que l'hospitalisation de force ou l'appel à des services d'urgence soit fait pour son bien, et il n'est pas rare que la culpabilité d'une telle décision soit reportée sur le travailleur social.

---

76 DENOËL T., GHALI S., Op. Cit.

77 MAES R., Vaccination et Désaffiliation, présentation du webinar «Pass et Impasse de la politique sanitaire», Infor Jeunes Laeken, 20 octobre 2021, url : <https://www.youtube.com/watch?v=C8YpDQC-z1w>

---

*D'autres personnes clairement perdent la tête aussi. Ce n'est pas toujours évident de faire la différence entre "madame perd complètement la boule ou c'est lié à la vieillesse et ce sont des signes normaux de la vieillesse finalement". Ça c'est quelque chose sur lequel je voulais à un moment proposer une formation : comment faire la différence entre la démence totale et des petits signes qui ne sont pas graves quoi. (Responsable de service)*

---

*Il y a certaines personnes qui décompensent totalement et qui ont dû être embarquées de force à l'hôpital, par exemple, qui ne voulaient pas quitter chez elles, et c'est un traumatisme pour tout le monde finalement, pour la personne qu'on arrache de son domicile et pour le travailleur social qui se sent responsable quelque part, "qui je suis pour prendre cette responsabilité-là, et en même temps elle est en danger donc je dois faire quelque chose". Et ça peut créer une rupture de confiance. Après, la personne qui est finalement arrachée à son domicile et qui est mise en observation et puis rentre à son domicile, elle n'a plus confiance en nous. (Responsable de service)*

D'autre part, les entretiens révèlent un état d'angoisse notamment chez les personnes âgées isolées à domicile. Ces angoisses oscillent entre la peur de sortir, d'être contaminées, de s'exposer en sortant de chez elle, et la peur qu'il leur arrive quelque chose et qu'elles ne puissent être secourues.

---

*Les demandes au début, c'était surtout des personnes âgées, isolées qui demandaient, qui avaient peur en fait de tomber malade, de se retrouver seule et d'avoir personne pour être auprès d'eux. (Responsable de projet)*

Ensuite, et de manière assez attendue, c'est l'accentuation de l'isolement des personnes âgées, et de leurs conséquences sur l'état de bien-être qui inquiète le plus. Certaines personnes âgées ont subi des discriminations liées à leur âge, comme seul critère de vulnérabilité, sans prise en compte de la présence ou non d'autres facteurs de vulnérabilité. Elles ont été classées dans une population considérée à risque, alors même que, parfois, elles ne souffraient d'aucun problème de santé physique<sup>78</sup>. Ces mesures de protection des personnes âgées, sans connaître leur avis, au nom d'un intérêt collectif, entre en concurrence avec la perte d'autonomie individuelle occasionnée, qui en elle-même produit une série d'effets néfastes. Ce sont notamment, au niveau des maisons de repos, les souffrances occasionnées par «le sentiment d'abandon», qui active les mêmes zones du cerveau que les «douleurs physiques» et, pour certains, se traduit par la perte «du désir de vivre»<sup>79</sup>. Dès lors, certaines personnes âgées n'ont jamais été aussi mal alors que nous sommes dans un contexte où tout le monde souhaite les protéger.

---

*On ne se rend pas compte qu'au niveau des seniors, la solitude et l'isolement qui sont déjà là, avec le fait que, ensuite, vous avez ce Covid où les gens ne peuvent plus sortir, ils ne peuvent presque pas aller à l'hôpital, ils ont peur de faire leur course et tout. (Assistante sociale)*

---

*Je pense que le plus dur ça été de ne pas sortir et la limitation des visites. Ça a été je pense le plus dur psychologiquement à accepter pour la plupart des pensionnaires, d'être privés de leur famille et des visites. (Assistante sociale)*

---

78 UNIA, Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve, [www.unia.be](http://www.unia.be), 2020.

79 GIL R., Confinement et isolement en EHPAD ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux, in *Droit, santé et Société*, 12, 2:27-34, 2020.

Les intervenants soulèvent ce paradoxe. Ils dénoncent aussi ce syndrome de **glissement** qui découle de l'isolement des personnes âgées et qui touchent beaucoup de bénéficiaires. Celui-ci se définit par un état de déstabilisation physique et psychique, qui peut être provoqué par un événement perturbant (la pandémie et les mesures de confinement), et qui se marque par des comportements d'abandon (dénutrition), de repli (ne plus sortir de sa chambre, rester dans le noir), et d'opposition (refuser les soins). Cela pointe la violence de l'enfermement des personnes âgées, et particulièrement les pensionnaires de maisons de repos. L'inquiétude des intervenants face au bien-être des résidents l'emporte régulièrement sur les risques de contamination, constituant dès lors un frein à l'adoption des gestes barrières. Surtout que ce sont les professionnels qui pallient au besoin de relation des résidents avec leur entourage.

---

*Des pensionnaires qui se sont laissés complètement aller puisqu'ils ne pouvaient plus aller dans les restaurants, rien du tout, enfermés dans des chambres où il n'y a pas de toilettes ou autres, c'était l'horreur, c'était l'horreur. (Assistante sociale)*

---

*Ça a été très dur parce qu'il a commencé à y avoir une espèce de glissement, pour pas mal d'entre eux par le fait qu'ils doivent rester en chambre et tout ça. Il fallait être là pour les écouter, les rassurer, discuter, continuer le relationnel parce qu'être enfermé comme ça non-stop, dès que vous circulez dans la maison, on vous enguirlande, vous remangez en chambre. Il a fallu prendre soin d'eux. (Assistante sociale)*

---

*Au moment où on a vu ce glissement on a dit "il faut qu'on lève certaines mesures parce que sinon on va les tuer". (...) C'était au niveau du mois d'avril je pense. Avril, mai, où on s'est dit "là, il faut qu'ils retournent au restaurant, il faut que ça reprenne dans la maison". (...) Les plateaux en chambre, y'en a qui ne touchaient même pas les plateaux, qui n'ouvraient pas les tentures ni rien. C'était atroce. (Assistante sociale)*

En définitive, l'offre des maisons de repos et de soins ne fait plus écho aux demandes des potentiels futurs résidents. Les professionnels de maisons de repos estiment que les conditions de confinement ont été tellement dures à supporter pour les pensionnaires et pour leurs familles que ça a entaché leur image et leur capacité à prendre soin des personnes âgées en perte d'autonomie, et affecté la confiance à l'égard de leur institution. L'occupation des maisons de repos a en effet diminué de 6.5 % en 2021 par rapport à 2020, et cette diminution touche particulièrement les personnes âgées encore indépendantes<sup>80</sup>. Les résidents entrent plus âgés et plus dépendants en maisons de repos, lieux désormais stigmatisés comme des endroits dangereux pour la vie des résidents, ou encore comme des prisons, au vu de l'enfermement drastique que les résidents ont dû supporter au tout début de la crise sanitaire.

---

*Sur nos pensionnaires, ça va laisser pas mal de séquelles psychologiques d'avoir vécu ce qu'on a vécu. On est en train d'un petit peu les ramasser à la petite cuillère. Un an pas de sortie. Je pense aussi qu'il faut maintenant rétablir les liens de confiance entre nous et les familles, les rouvrir, les réorienter, surtout nous réorienter vers l'extérieur dès que c'est possible parce qu'une maison de repos doit être absolument ouverte sur l'extérieur. (Assistante sociale)*

---

80 DURIEUX S., Les maisons de repos comptent 6.5 % de résidents en moins, La Libre Belgique, 02 août 2021.

---

*Les familles freinent pas mal parce qu'elles savent qu'elles vont devoir placer leurs parents, ce qui est déjà très culpabilisant dès le départ, mais qu'en plus de ça elles ne pourront pas les voir, ne pourront pas aménager leurs chambres et ne pourront pas les accompagner dans cette admission. (Assistante sociale)*

---

*Les personnes âgées de manière générale, on l'avait déjà senti enfin, maintenant, elles viennent moins facilement en maison de repos, donc elles ont beaucoup plus de crainte. Elles retardent beaucoup plus l'entrée en maison de repos. En plus, il y a toute système d'aide à domicile qui a été mis en place et donc forcément quand elles arrivent en maison de repos, elles sont déjà beaucoup plus vieilles, dans des états beaucoup plus dégradés. (Assistante sociale)*

### 3.4.2.4 Le cas des personnes sans-abri et des sans papiers

Les contours des personnes sans-abri et les personnes sans papiers peuvent se croiser et se superposer, bien que les modes d'intervention à leur égard varient, et que les problématiques traitées sont loin d'être similaires. Une personne sans papiers peut bénéficier d'un logement et d'un revenu informel, tandis qu'une personne sans abri peut être en séjour régulier aux yeux du registre national, tout en ne possédant ni logement, ni revenus. Néanmoins, cette partie se consacre aux deux types de profils, car ils ont en commun d'être les plus marginalisés et les plus exclus des biens et des services qu'offre notre société. Et les intervenants expliquent que la crise leur a causé bien du tort.

Tout d'abord, en ce qui concerne les **personnes sans-abri**, les travailleurs qui accompagnent ce type de bénéficiaires analysent que la crise a permis de visibiliser la gravité des situations et la détresse des personnes sans-abri. Le premier confinement en particulier a révélé **leur présence exclusive** en rue, à l'heure où tout le monde était sommé de rester chez soi. Seulement, impossible à faire quand il n'y a pas de «chez soi». Le temps que les structures d'accueil se mettent en place, les seules personnes visibles en rue étaient les personnes sans-abri, à qui tout le monde a tourné le dos hormis les rares services de première ligne encore actifs. Leurs stratégies de survie ont été ébranlées : les acteurs associatifs et les services publics à l'arrêt, la fermeture des cafés et des commerces fréquentés, l'absence de passants qui ne fournissent plus ni argent, ni à boire ni à manger.

---

*Au premier confinement, il n'y avait personne en rue, en dehors des personnes sans-abri. Donc celles-ci étaient vraiment plus repérables. Donc on a rencontré plein de nouvelles personnes. Avec le Covid, une grosse partie de l'équipe logement est venue aider l'équipe rue. Cela nous a permis de répondre à la première demande qui était d'aider ces personnes en rue qui n'étaient pas "abandonnées", mais qui ont été "surpris" de cette crise. Qui ont été les premières victimes d'une certaine manière parce que toutes leurs habitudes ont été chamboulées. Il n'y avait qu'elles en rue. (Infirmière)*

---

*J pense que les choix ne sont pas faits par hasard, clairement, la crise, elle a mis en avant ce public sans-abri. Parce que c'était les seuls dehors. C'était eux qui restaient quand tout l monde a disparu à l'intérieur. Et là on ne pouvait plus ni les cacher, ni faire comme s'ils n'existaient pas. (Chargée de projet)*

C'est surtout la perte de repères qui perturbe le public en rue. Ce public est caractérisé par un cumul de problématiques, alliant précarité économique, isolement social, problématiques d'assuétudes et troubles psychologiques, voire psychiatriques, souvent chroniques. Cette fragilité induit une moindre capacité et moins de ressources mobilisables pour pouvoir s'adapter à des événements perturbateurs

tels qu'une pandémie. Les problèmes d'assuétudes ou de santé mentale sont systématiquement cités par les intervenants qui accompagnent un public en rue, et qui caractérisent leur quotidien. La rupture avec leurs habitudes, l'impossibilité d'être en contrôle de leurs consommations, la fermeture des lieux de fréquentation usuels, tout cela perturbe, panique et crée de la frustration qui peut éventuellement mener à de la violence. À cela s'ajoutent le non-respect des gestes barrières et la non conscience du contexte pandémique chez les usagers les plus déconnectés de la réalité, et de son impact sur l'accès aux services et associations de première ligne. Le contexte sanitaire et ses mesures amplifient les troubles de santé mentale, réduisent les accès aux droits et aux soins et accentuent les inégalités sociales de santé de ces personnes.

---

*Pour notre public, ça été une période très perturbante. Ce sont des personnes qui ont quand même un minimum de repères. Que tout soit fermé, les personnes ont été un peu bousculées dans leurs habitudes. (Infirmière)*

---

*(Concernant le premier confinement). Au niveau des assuétudes, on a quand même un public qui consomme pas mal, ça été difficile pour plein de raisons : le couvre-feu, la fermeture des lieux où ils allaient chercher à boire, le fait qu'ils ne pouvaient plus boire dans l'espace public, sinon il y avait une amende. Au niveau des dealers et de la consommation, c'était plus compliqué de se procurer des drogues. Ça a procuré un mal-être, et les conséquences physiques qui vont avec. Faut pas croire, la consommation, l'arrêter ou ne pas avoir de contrôle de sa consommation, ça peut avoir des conséquences physiques. Ça peut aussi avoir des conséquences sur la violence, la santé mentale. Ça été insécurisant pour eux. Y a eu quand même un grand down à ce moment-là, un moment de panique. (Infirmière)*

---

*(Concernant la deuxième vague) Le fait de devoir prendre des rendez-vous pour tout ça été très compliqué. Et y a eu beaucoup, énormément de règles, pour toutes ces personnes marginalisées qui soit n'ont pas la capacité, soit ne veulent pas. Ça a été très compliqué, de devoir prendre des rendez-vous pour tout, de devoir se mettre sur des listes d'attentes. S'ils voulaient prendre une douche, avant il pouvaient aller comme ça, juste faire une file, mais ils ne devaient pas avoir pris rendez-vous à l'avance. Devoir aller manger dans un restau social, y a que X personnes, et il faut avoir pris son rendez-vous à l'avance pendant X jours, puis le jour J s'en souvenir. Ce sont toutes des personnes qui n'ont pas la même notion du temps et de l'espace que nous. Soit due à leur consommation, soit due à leur santé mentale, il y a beaucoup de choses où les portes se sont fermées autour d'eux. Après ça a été aussi les règles : le port du masque, on a fait beaucoup de prévention santé. Eux se retrouvaient en rue. (Infirmière)*

---

*Il y a une collègue qui avait fait le tour des tables un jour pour avoir un peu la température, et j pense que 70 % du public n'en voyaient pas l'intérêt (de la vaccination). Ils ne sont pas dans l même monde hein. (Chargée de projet)*

Ensuite, les intervenants actifs auprès des publics **sans papiers** expliquent, quant à eux, que la crise a précipité leur état de non-droit. D'une part, le seul droit dont les personnes sans papiers bénéficient, c'est l'Aide Médicale Urgente (AMU). Or, la fermeture des CPAS et la dématérialisation de services ont freiné le recours à ce droit.

---

*Parce qu'il ne faut pas oublier, on parle ici du service social général, mais on a le public AMU qui est encore plus fragilisé. Vous imaginez qu'eux, quand on a fermé définitivement toutes les aides médicales urgentes, les personnes avaient qu'une affiche devant la porte en disant "ben voilà, vous voulez contacter le call center : c'est par téléphone, mail ou courrier". Donc eux ils ont dû faire appel à toutes les associations de quartier pour les aider pour les démarches administratives. (Assistante sociale)*

Par ailleurs, ce public sans papiers se repose fréquemment sur l'économie informelle et travaille au noir la plupart du temps, dans l'Horeca, les petits commerces, le secteur de la construction, etc. L'arrêt de leurs activités a entraîné une perte soudaine de revenus, sans pour autant leur donner droit à des revenus de remplacement, ni aux aides spécifiques offertes pendant la Covid, tel le chômage temporaire ou le droit-passerelle. À cela s'ajoute l'accès réduit aux associations et aux solidarités habituelles. Les travailleurs alertent sur le dénuement total de ces populations, sur leur grande fragilisation et sur leur détresse.

---

*Les publics les plus fragilisés, les sans-papiers. Pendant cette crise sanitaire c'était vraiment les premiers impactés puisque pas mal d'entre eux bossent au noir et qu'il n'y avait plus rien. Ah pour ce public-là, il n'y avait vraiment rien. (Assistante sociale)*

---

*Comme il y avait ce système de colis alimentaire qui s'était déclenché, notre demande a pas mal évoluée, beaucoup de gens appelaient parce qu'ils souhaitaient avoir des colis alimentaires. On était plutôt dédié à des personnes qui n'étaient pas des bénéficiaires de CPAS ou d'autres dispositifs sociaux classiques donc des gens qui étaient des sans papiers ou en rupture de droits. (Chargée de projet)*

### 3.4.2.5 Le cas des nouveaux profils impactés

Les assistants sociaux de CPAS sont unanimes dans leur constat que la crise a attiré de nouveaux bénéficiaires et de nouvelles demandes d'aide sociale. Les demandes formulées à Bruxelles auprès des CPAS ont effectivement augmenté de 9 % entre janvier et novembre 2020<sup>81</sup>, et à peu près 30 % des bruxellois ont déclaré des pertes de revenus en 2020<sup>82</sup>. Il n'est pas étonnant que de nouvelles franges de la population soient ainsi tombées dans la précarité. C'est le cas des **indépendants**, des **jeunes diplômés** qui ne parviennent pas à s'insérer sur le marché de l'emploi, ou encore des **étudiants**. Deux ensembles se dessinent : d'une part, les ayants droits au RIS, mais qui auraient réussi à se débrouiller sans le CPAS hors contexte de crise ou qui n'avaient pas connaissance de leurs droits, d'autre part, des nouveaux profils qui entrent dans les conditions pour bénéficier d'une aide sociale. Ces nouveaux profils sont caractérisés par une méconnaissance de leurs droits, des aides dont ils pourraient bénéficier et des procédures à effectuer pour les déclencher. Ou encore, lorsque ces nouvelles catégories de personnes en détresse n'entrent dans aucune case et ce, à cause du caractère inédit de leur situation, comme le cas des européens qui ont perdu leurs revenus et qui se sont retrouvés coincés en Belgique, par exemple.

---

81 OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL, Baromètre social : rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, Commission Communautaire Commune, 2020.

82 PERSPECTIVE.BRUSSELS, Diagnostic : redéploiement socio-économique, territorial et environnemental suite à la crise du Covid-19, décembre 2020.

---

*On a une montée des demandes, on a un public totalement différent, maintenant. Des gens qui ne sont pas notre public habituel. Des indépendants, des travailleurs de l'Horeca, des familles, des jeunes qui ont perdu leurs jobs étudiants, des gens qui avant auraient parfois peut-être eu droit à une aide chez nous mais qui ne seraient pas venus parce qu'ils s'en sortaient sans ça. (Assistante sociale)*

---

*Bon, le CPAS a très vite mis en place, un mécanisme d'aide individuelle fort important puisque on a octroyé plus de 7000 aides individuelles sur les quatre derniers mois de l'année 2020. C'est énorme. On n'avait jamais fait ça. On a pris en charge des dettes locatives, on a mis en place une relation sociale avec travailleuses du sexe, on a bossé sur les jeunes, on a travaillé avec des indépendants et des artistes, avec les gens de l'Horeca, les commerçants du centre-ville, etc. (Responsable de service)*

---

*Ce qui était très compliqué c'est l'Europe. C'est que les européens étaient extrêmement difficiles à aider. Je prends un exemple d'un étudiant européen qui est bloqué dans son kot tout seul, un français qui vient faire ses études à Bruxelles et qui est dans son kot tout seul en isolement, en confinement complet, impossible d'être de retour en France, plus de travail, plus de job étudiant. Ces gens n'avaient droit à rien. (...) Il n'y a pas eu de subsides européens pour aider les européens (Responsable de service)*

Le problème de ces nouveaux usagers, dont la situation s'est drastiquement détériorée pendant la crise, c'est qu'ils se manifestent trop tard. Leur situation est devenue urgente, voire catastrophique. Mais les assistants sociaux se trouvent parfois impuissants face à la gravité de l'état des usagers en question. De plus, ils doivent composer avec les idées préconçues sur les missions des CPAS ou sur la marge de manœuvre des assistants sociaux, idées souvent erronées. Cela ajoute de la pression sur leurs épaules, face à des situations dramatiques qu'ils ne peuvent parfois que constater.

---

*Ce qui est compliqué c'est quand des gens sont déjà dans une très mauvaise situation et arrivent avec un paquet de dettes ou des choses comme ça, mais qui n'ont rien à voir avec le Covid, ça c'était un peu compliqué. Des personnes qui ne sont jamais allées au CPAS, et qui avaient déjà un paquet de dettes et qui, aujourd'hui, avec le Covid, euh, voient que leur situation ne va pas s'améliorer et qu'elle empire. Mais le CPAS ne sait pas éponger 10 000€ de dettes, ce n'est pas possible. (Assistante sociale)*

---

*Ici, ce qui était compliqué, on a eu un public qui n'était pas habitué. Et donc, qui a parfois attendu, mais d'être vraiment dans la merde, trois mois sans revenus, et d'arriver après trois mois et là "j'ai pas payé mon loyer depuis trois mois, j'veais être foutu dehors" et il faut régler la situation maintenant dans l'urgence, dans la semaine ça doit être réglé. Enfin, je ne sais pas faire de miracle. Les benef qui pensent aussi que l'AS c'est le plein pouvoir alors qu'en fait pas du tout. (Assistante sociale)*

## 3.5 DES ADAPTATIONS DES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Notre cinquième hypothèse centre l'analyse sur la manière dont les travailleurs sociaux et médicaux de première ligne, et leurs organisations ou associations ont vu leur travail évoluer dans le contexte sanitaire. Les travailleurs ont été interrogés sur les différents aménagements qui ont été conduits au sein de leurs services, pendant l'année qui a suivi le premier confinement de mars 2020. Ainsi, nous posons que **les travailleurs et les services de première ligne ont pu développer leur résilience et adapter leurs missions aux différentes phases de la première année de la crise sanitaire.**

Loin des définitions physique ou clinique du concept de résilience, nous utilisons ce concept pour désigner «*la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères*»<sup>83</sup>. Ce concept permet d'observer de quelle manière les travailleurs ont pu mobiliser leurs ressources personnelles, collectives, humaines et physiques, dans le contexte perturbateur de pandémie. Ce sont donc ici les capacités d'adaptation des travailleurs et de leurs services qui sont observées, et non celles des usagers. Gardons toutefois en mémoire que la résilience n'est ni acquise ni permanente, et qu'elle dépend des structures et des individus au fil du temps.

### 3.5.1 DE L'URGENCE À L'HABITUDE

La crise ne s'est pas vécue de manière monocorde par les intervenants. Il s'agit surtout d'un processus, qui a été accompagné par son lot de réactions variables et variées, en fonction des services et des travailleurs. Dressons ci-dessous les principales étapes qui marquent l'année Covid à Bruxelles :

**1/ Le choc du premier confinement :** l'arrivée de la crise, moment de perturbation aigüe, marquée par la sidération, la stupeur et la peur tétanisante qui frappe l'ensemble de la société. En Belgique, celle-ci se marque par un confinement, dont la version la plus sévère commence le 18 mars 2021 : HoReCa, commerces et écoles ferment, le télétravail est obligatoire, tout le monde est consigné à domicile, même l'accès aux espaces extérieurs est fortement conditionné. Le port du masque n'est néanmoins pas encore obligatoire. En cause : une pénurie inavouée de matériel de protection. La sidération mène à des réactions variées, dictées parfois par l'émotion et l'urgence, donnant lieu à des non-sens et des contradictions. Le premier confinement, c'est aussi le règne de la débrouille pour les structures qui continuent à fonctionner. On pallie au manque de matériel en faisant appel à la créativité des citoyens bénévoles, les ateliers de fabrication de masques poussent comme de champignons. Les directives sectorielles tardent à tomber, le travail social s'organise à l'échelle des services : certains ferment, d'autres ralentissent et maintiennent un service minimum, d'autres encore augmentent leurs activités pour faire face à l'urgence. Dans les collectivités, telles que les MRS, les mesures de confinement sont strictes, et ne laissent pas de place aux exceptions ni à de la flexibilité.

**2/ Le déconfinement :** des perspectives plus joyeuses s'offrent aux belges. Après deux mois d'enfermement, la douce reprise fait du bien. La Belgique déconfinement progressivement à partir du 4 mai 2021. D'abord les industries rouvrent, et ensuite les commerces. Les écoles, quant à elles, rouvrent partiellement, sous condition de respect de mesures sanitaires (distanciation, port du masque, etc.). Les activités extérieures se réorganisent progressivement. À partir du

83 MANCIAUX M., La résilience. Un regard qui fait vivre, SER, pp. 321-330, 2001.

3 juin, la règle s'inverse : la liberté est la règle et les interdits l'exception. Les restaurants rouvrent, suivi des activités culturelles et des lieux de culte. Le 15 juin, c'est au tour des frontières, le tourisme reprend. Les événements festifs et les rassemblements de masse restent interdits. Et par ailleurs, après avoir augmenté, la bulle sociale rediminue de 10 à 5 personnes fin juillet, car les cas de contamination augmentent.

L'été est là et la société fonctionne presque de manière habituelle. C'est la trêve, même si la vie n'a pas encore revêtu ses allures de normalité.

**3/ La deuxième vague et le reconfinement.** C'est la douche froide : l'épidémie monte en flèche et atteint des records de contamination. Les privations de liberté recommencent, les bulles se rétrécissent à 1 personne, les rassemblements et les événements collectifs sont à nouveau interdits, l'Horeca referme, les voyages sont annulés, le couvre-feu est instauré de 22 h à 6 h à Bruxelles. Un nouveau confinement national est annoncé le 2 novembre, mais il est toutefois moins strict : les espaces extérieurs restent accessibles et certains commerces rouvrent assez rapidement (moyennant mesures sanitaires). Les voyages non essentiels sont interdits jusqu'au 1er avril. Les magasins non essentiels ouvrent puis referment en avril, tous comme les métiers de contacts, pour faire face à la croissance des chiffres de contamination. Les rassemblements extérieurs ne peuvent dépasser 4 personnes, les stages et les camps de jeunes sont limités et ne peuvent pas comprendre de nuitées, et les plus de 12 ans ne sont pas accueillis en groupe en intérieur. Il faut déconstruire tout ce qui a été construit pendant la trêve estivale, il faut se réadapter à nouveau, comme une sorte de déjà-vu. Sans toutefois envisager un arrêt drastique des activités. Les acteurs du social relativisent, la peur autour du virus se stabilise, le rapport à la pandémie se rationalise. Les mesures de dépistages, de testings, de quarantaines entrent dans les mœurs, bien que les mises-à-jour fréquentes de réglementations soient difficiles à suivre. Le matériel de protection est disponible, mettant fin à l'ère de la débrouille.

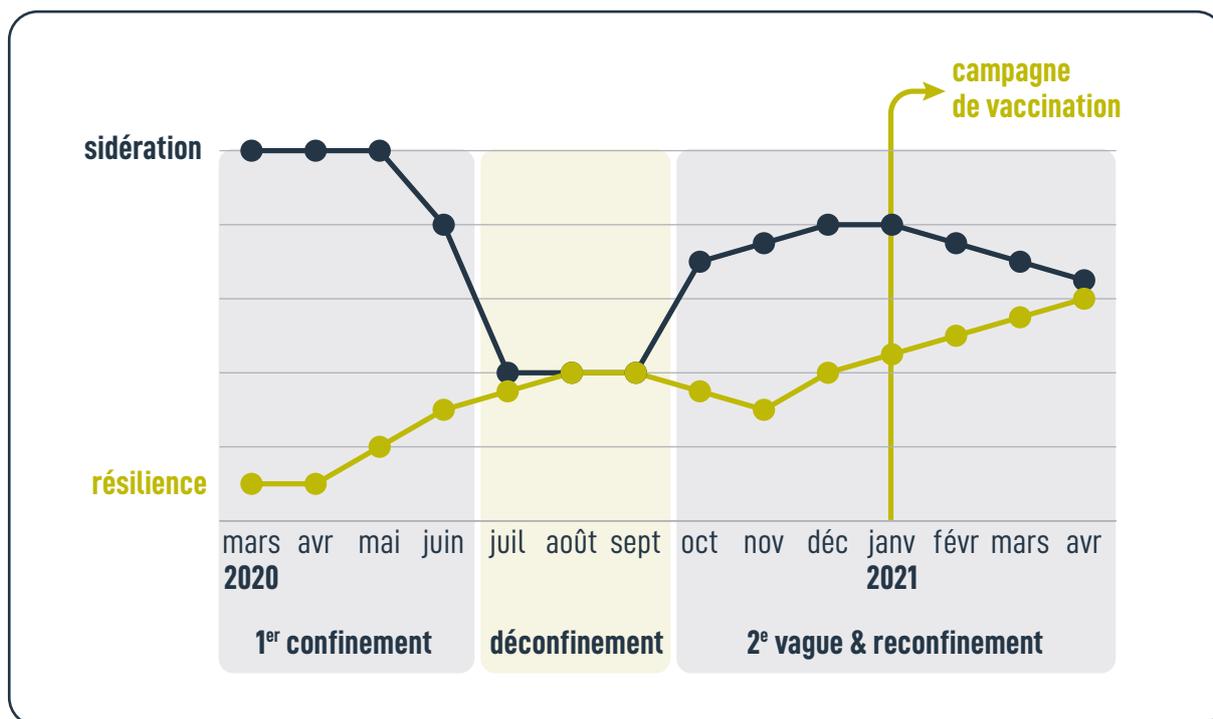
**4/ Les perspectives de sortie de crise :** la campagne de vaccination est lancée fin décembre 2020 à Bruxelles. Les premiers vaccins sont disponibles pour les pensionnaires de maisons de repos. Bruxelles enclenche ensuite sa campagne de vaccination : d'abord la phase 1A : les personnes à risque des collectivités et le personnel soignant, ensuite la phase 1B : les personnes à risques entre 45 et 65 ans, et les plus de 65 ans, et enfin la phase 2 : les personnes à faible risque de plus de 18 ans, des plus âgés aux plus jeunes.

Mais il faut attendre la fin avril, pour que les premiers assouplissements adoucissent le quotidien des Bruxellois.

En mars, cela fait un an que la Covid a fait son entrée dans le quotidien des Bruxellois. Le creusement des inégalités sociales et économiques se fait ressentir, tout comme les conséquences de cette crise sur la santé mentale des Belges. L'adhésion aux mesures diminue. Mais les adaptations se révèlent plus efficaces. Les gouvernements débloquent des budgets Covid. C'est également l'heure des bilans : quels sont les enseignements à tirer, qu'est-ce qui a fonctionné ou pas, comment rattraper les retards occasionnés ?

Ces quatre grandes étapes ont marqué le vécu des travailleurs et leur résilience face à l'expérience traumatique de la crise sanitaire. À chaque étape, les intervenants se sont positionnés différemment. Plus la sidération et la stupeur liées au contexte sanitaire semblaient aigus, moins les intervenants exprimaient de la satisfaction sur la manière dont leurs services et leurs missions se sont adaptées, moins ils ont été résilients. C'est ce que le graphique 1 ambitionne d'illustrer.

Graphique 1. Cycle de la crise sanitaire de la Covid-19



### 3.5.1.1 Le premier confinement

La première phase de confinement se marque par une résilience assez faible, et se caractérise davantage par des décisions urgentes, et soudaines, qui ne prennent pas ou peu en compte leurs effets à moyens et long terme, et qui ne mettent pas le risque sanitaire en balance avec d'autres risques sociaux, économiques ou de santé. Le confinement strict des pensionnaires de MRS, la mise en dispense des travailleurs et la fermeture subite et totale de leurs services, ou le passage express au télétravail sans préparation en amont, en sont quelques exemples. Cela affecte également les structures médicales, qui n'ont pas été épargnées par la surprise et la sidération devant cette pandémie. Un centre d'accueil de jour pour sans-abri a même été fermé en plein hiver, pour ouvrir dans l'urgence l'hiver suivant, dans le cadre du deuxième confinement. Ces réactions rapides, décidées dans l'urgence, ont été extrêmement déstabilisantes pour les publics suivis les plus fragilisés, tel que les personnes en rue souffrant d'assuétudes :

*Au niveau des assuétudes, on a quand même un public qui consomme pas mal, ça été difficile pour plein de raisons : le couvre-feu, la fermeture des structures ou ils allaient chercher à boire, le fait qu'il ne pouvaient plus boire dans l'espace public, sinon il y avait une amende dans tout Bruxelles. Au niveau des dealers et de la consommation c'était plus compliqué de se procurer des drogues. Ça a procuré un mal-être, et les conséquences physiques qui vont avec. Faut pas croire que la consommation, l'arrêter ou ne pas avoir de contrôle de sa consommation, ça peut avoir des conséquences physiques. Ça peut aussi avoir des conséquences sur la violence, la santé mentale. Ça a été insécurisant pour eux. Y a eu quand même un grand down à ce moment-là, un moment de panique. (Infirmière)*

Les mesures prises à cette période se sont centrées sur le problème (la Covid) d'un point de vue négatif, au détriment d'une approche plus positive<sup>84</sup>, axée sur le bien-être et la qualité de vie. En termes de prévention, il s'agit de mesures curatives plutôt que préventives.

Certains intervenants soulignent favorablement les réactions rapides de leur institution, considérant qu'elles sont le signe d'une volonté protectrice de la part de leur hiérarchie à leur égard et que cela nourrit une cohésion d'équipe plus solide, ce qui est utile en période de crise. À l'inverse, d'autres intervenants décrivent la lenteur avec laquelle les dispositifs logistiques et les ressources ont été mobilisés.

Cette première période de confinement strict se caractérise également par une diminution de la fréquentation des services, les bénéficiaires appliquant, eux aussi, les mesures de confinement, parfois rigoureusement. Bien que cela soit inquiétant, sur le long terme, cela a donné un peu de latitude aux services pour définir leurs priorités. De manière synthétique, trois priorités ont généralement été définies par les services interrogés :

- 1/ Garder le lien avec les usagers** de la meilleure manière possible. Bien que la plupart des suivis habituels ont été interrompus, et que les démarches en cours ont été gelées, les intervenants se sont réinventés pour garder le lien avec leur public. C'est ainsi qu'à titre d'exemple, un service de santé ambulatoire pour personne sans-abri s'est focalisé en priorité sur la réalisation de maraudes en rue plutôt que l'accompagnement en institutions de soins. Les contraintes de la distanciation physique ont favorisé l'émergence de dispositifs innovants : groupes de discussion et appels collectifs sur WhatsApp, vidéos en ligne sur YouTube, stories sur Instagram, réunion ou accompagnements en visioconférences, balades extérieures en petits groupes, etc.
- 2/ Protéger les travailleurs** : ni le lieu de travail ni l'exercice d'un métier ne doivent représenter des risques vitaux pour les travailleurs. Les fermetures totales, les mesures de nettoyage, le matériel de protection, les distanciations physiques et la réduction des équipes en présentiel ont été mis en place. Cela n'a pas toujours été simple. Dans certains cas, cette deuxième priorité, la protection des travailleurs, a été subordonnée à la deuxième priorité, le maintien du lien avec les usagers. C'est le cas d'un service d'éducateurs de rue dont le responsable, avec du recul, estime ne pas en avoir fait assez pour son équipe, car au tout début du confinement, des éducateurs de rue continuaient à se rendre en rue (mais de manière plus réduite) sans masques. À l'inverse, dans d'autres cas, la protection des travailleurs prédomine sur le maintien du lien, découlant ainsi sur la fermeture totale et soudaine de services, ce pendant parfois plusieurs mois.
- 3/ Gérer les urgences** : il s'agissait de palier à des besoins de base non couverts et que le contexte pandémique a fait apparaître. Ce sont surtout les services communaux de prévention qui ont mobilisé ressources et équipes pour faire de la prévention primaire Covid en rue, pour reprendre des services de solidarité associative à l'arrêt, ou encore pour se rendre disponibles aux résidents de leurs communes dans le besoin, via des call-centers, par exemple. Certains ont tenu à maintenir à tout prix leurs services ouverts à un seuil minimum. Toutefois, sur l'ensemble des services interrogés, 12 ont totalement fermé pendant le premier confinement, et les travailleurs ont été mis totalement ou partiellement en dispense, les bureaux ont fermé et les permanences ont été supprimées. Ensuite, c'est progressivement le régime de rendez-vous qui est devenu la règle.

84 Cf. pyramide de la prévention, in DEKLERCK J., Comportements à problèmes et déviance dans le système éducatif Belge. Équilibres régionaux contrastés. Journal International École et violence (10), 3-36, 2009.

### 3.5.1.2 Le déconfinement de l'été 2020

Le déconfinement de l'été 2020 a permis de relancer certaines activités et de reprendre du service, moyennant la mise-en-place de mesures de protection (port du masque, distanciation physique, capacité d'accueil maximale, désinfection des lieux d'accueil et de travail, gel hydroalcoolique à disposition,...). Le matériel de protection a été mis à disposition et les contraintes furent amoindries. À cela s'ajoutent les protocoles qui ont progressivement été fournis aux services de première ligne. La résilience augmente en même temps que l'angoisse pandémique diminue et que le caractère contraignant des adaptations s'amenuise. Une série d'activités peuvent reprendre, telles que les cours collectifs pour adultes, les animations pour enfants, les espaces de discussion, le tout en majorité à l'extérieur. Le rapport à la Covid est rationalisé, faisant place à l'habitude de la coexistence avec ce virus.

### 3.5.1.3 La deuxième vague et le reconfinement

Malheureusement, la deuxième vague a frappé de manière assez inattendue, les décisions de nos autorités se sont fait attendre, et sont dès lors apparues comme fortement restrictives, de par le grand décalage entre la situation estivale et la situation automnale. Si les intervenants se sont préparés à modifier leurs activités et leurs interventions pendant l'été en prenant en compte le risque sanitaire, peu s'attendaient à un reconfinement et, surtout, à un recul en arrière sur le plan professionnel. C'est en cela que la sidération s'est à nouveau manifestée : la deuxième vague et ses restrictions ont à nouveau stupéfié les travailleurs. L'absence d'anticipation du retour en arrière a généré du découragement et des questionnements qui ont impacté négativement la résilience des services. Sans pour autant atteindre le niveau du premier confinement : la plupart des services n'ont pas refermé leurs portes : il était assez clair qu'il fallait assurer un service minimum en présentiel. Néanmoins, certaines situations ne sont pas revenues à leur état de départ. C'est le cas de certains services publics de sécurité sociale, ou des acteurs coopérants, comme les caisses d'allocations de chômage ou les antennes de mutuelles, qui n'ont toujours pas rouvert en présentiel lors du 2ème confinement, rendant le travail d'accompagnement social presque impossible, et les situations des bénéficiaires extrêmement complexes à débloquent.

De plus, cette deuxième vague et ses restrictions ont tiré en longueur. Alors que le premier confinement strict belge a duré moins de deux mois, cette-fois-ci les restrictions durent. Même pour les fêtes de fin d'année (décembre 2020) il n'y a pas eu d'assouplissements, et aux moments des entretiens (mars – avril 2021), les gouvernements n'avaient pas encore annoncé de perspectives d'assouplissement. Il est donc impossible de se projeter, de prévoir, d'imaginer une reprise normale. Plus le temps passe, plus certains craignent que la reconnexion avec les bénéficiaires qui n'ont plus été vus depuis un an ne soit particulièrement difficile et relève du défi, car les services sont encore coupés dans leurs moyens d'y parvenir. Il s'agit d'une réelle inquiétude et les intervenants sociaux ignorent comment la surmonter.

---

*Maintenant on est encore dans une période beaucoup plus longue donc j pense que ce sera d'autant plus difficile. Ce qui a été vu en septembre c'est que y'a une partie du lien qui a pu être maintenu, et puis une partie significative du lien qui a été rompu. (Responsable de service)*

Des contraintes structurelles handicapent la poursuite de projets ou la conduite d'activités normales. En effet, très rapidement il était à nouveau interdit de faire du collectif pour les plus de 12 ans, que ce soit en intérieur ou en extérieur. Aucune activité de groupe n'était autorisée en intérieur pour les adultes. Dans certains cas, il était même impossible de suivre toute une famille. Il manquait également des bénévoles, dont beaucoup appartenaient aux groupes à risque (personnes retraitées,

plus âgées). Par ailleurs, sous couvert de l'injonction à la distanciation sociale, les locaux dont disposent les services ne permettaient pas d'accueillir beaucoup de monde.

Par ailleurs, l'adhésion aux mesures a commencé à se déliter. Le caractère inédit et sévère des mesures et l'expérimentation à l'égard de celles-ci encourageaient une adhésion et une application globalement plus fidèle lors du premier confinement, de la part des travailleurs comme de leur public. Or, lors du deuxième confinement, les intervenants témoignent de plus de frustration et d'insatisfaction de la part de leurs usagers. Le traumatisme vécu pendant le premier confinement n'y est pas pour rien, tout comme l'ancrage de procédures sanitaires de plus en plus nombreuses et complexes. Le ras-le-bol de devoir se battre pour poser des actes, qui avant se faisaient sans peine, a participé à cet épuisement face aux mesures :

---

*Le fait de devoir prendre des rendez-vous pour tout, ça été très compliqué. Et y a eu beaucoup, énormément de règles, pour toutes ces personnes marginalisées qui soit n'ont pas la capacité, soit ne veulent pas. Ça a été très compliqué, de devoir prendre des rendez-vous pour tout, de devoir se mettre sur des listes d'attentes. S'ils voulaient prendre une douche, avant il pouvaient aller comme ça, juste faire une file, mais ils ne devaient pas avoir pris rendez-vous à l'avance. Devoir aller manger dans un restau social, y a que X personnes, et il faut avoir pris son rendez-vous à l'avance pendant X jours, puis le jour J s'en souvenir. Ce sont toutes des personnes qui n'ont pas la même notion du temps et de l'espace que nous. Soit dû à leur consommation, soit dû à leur santé mentale, il y a beaucoup de choses où les portes se sont fermées autour d'eux. (Infirmière)*

Par ailleurs, assommés sous ces contraintes, les services de première ligne ont été invités à faire preuve de *créativité*, pour pouvoir continuer à exercer leur mission sociale. Cette injonction à la créativité a mis certains travailleurs sous pression et exacerbé leur sentiment d'impuissance. Si les efforts d'innovation et d'imagination ont été faits, ils ont également régulièrement été annihilés. À force d'organiser, d'annuler, de modifier et de reprogrammer, de préparer sans s'assurer que l'activité ne voit le jour et ce, au rythme des mesures changeantes, les travailleurs se sont épuisés. À l'impossible nul n'est tenu. Or, lorsque l'injonction à la créativité revient à une obligation de trouver une occupation à des travailleurs dépossédés de leurs terrains d'actions, de leurs espaces de lien et de leur capacité à faire du collectif, et de surcroît, sans ressources ni compétences supplémentaires, l'impact sur les équipes, et sur les responsables a été important.

---

*Tout ce qui est collectif a été ultra impacté. Ça été un peu compliqué, enfin, c'est juste interdit, vu nous notre tranche d'âge du public, de continuer pour le moment. (...) C'est une mauvaise dynamique, moi j'me creuse les méninges pour essayer de leur [les éducateurs de rue] trouver des trucs à faire, je trouve ça vachement, chiant quoi. (...) Un moment dans l'année aussi, clairement ça se voyait qu'ils ne faisaient plus grand-chose, mes éducateurs. Donc on m'a dit que j'devais être créatif, innovant. Je sais qu'y en a qui ont développé des super projets, tout en numérique, mais encore faut-il avoir les compétences. Ou avoir des sous pour le faire. S'réinventer là, moi, franchement, je sèche. (Chef d'équipe)*

#### 3.5.1.4 Les perspectives de sortie

Les intervenants accentuent dans leurs discours leur aspiration à un retour à la normale. Le long terme et la durée de certaines mesures initialement «exceptionnelles» deviennent difficiles à intégrer professionnellement et éthiquement. Le renoncement à des pratiques essentielles à la

qualité et au bien-fondé de l'accompagnement social étaient justifiées en début de pandémie, mais elles ont atteint leurs limites après un an. C'est le cas de l'interruption des visites à domicile, par exemple, comme le montre l'extrait ci-dessous :

---

*Les visites à domicile on les oublie mais la visite à domicile c'est quand même le moment où on voit la personne dans ce qu'elle vit. Et donc y avait plus de visites à domicile, sauf en cas d'absolue nécessité. Mais pendant deux mois ça va, trois mois ça va, quatre mois ça va, on peut encore tenir mais quand on arrive à un an, sans visites à domicile, c'est dur.* (Responsable de service)

Par ailleurs, les points de vue évoluent. Ce qui était considéré comme un avantage en début de crise sanitaire, semble moins avantageux au bout d'un an. C'est le cas du télétravail, qui pour certains travailleurs, fut considérée comme une aubaine en début de confinement, un avantage difficile à acquérir en situation normale, que la crise sanitaire a débloqué. Ces mêmes travailleurs, un an plus tard, aspirent à revenir travailler partiellement en présentiel, prenant conscience des avantages que présentent le travail en présentiel et les échanges interpersonnels entre collègues.

---

*Effectivement quand on a dit "tu dois revenir", c'était encore la période où c'était cool d'être à la maison et d'être en télé travail c'était bien. Et là, je ne demande qu'à revenir quoi.* (Chargée de projet)

---

*Certains collègues, dont moi, avons décidé d'être en télé travail. Ça a duré un mois, puis craquage, est revenus petit à petit en présentiel parce que c'était très compliqué moralement d'être en télé travail.* (Assistante sociale)

La situation exceptionnelle est devenue routinière, elle est devenue la règle. Cette habitude démontre la résilience avancée des services interrogés et la grande capacité d'adaptation dont ils ont fait preuve. Néanmoins, conscients de cela, certains intervenants se sont questionnés sur cette dynamique, sentant qu'une habitude trop aigüe peut comporter son lot de danger : une capacité amoindrie à renouer avec leur public, une peur que plus l'exception dure, plus le retour à une situation normale apparait difficile.

---

*J'ai l'impression que maintenant même si y a vraiment une aspiration à retrouver un fonctionnement normal, à retrouver le public en vrai. J'ai quand même l'impression qu'il y a eu un peu, entre guillemets, une petite routine qui s'est quand même installée dans cette nouvelle manière de travailler, enfin, cette manière temporaire de travailler. Je sens moins de sollicitation ou de demande d'informations sur les évolutions des mesures par exemple.* (Responsable de service)

Il semble important de préciser que l'analyse des entretiens révèle que la vaccination comme seule perspective de sortie peine à convaincre une partie des intervenants, qui confirment aborder rarement le sujet formellement en équipe, ou avec leurs usagers. Si les variants et leurs effets secondaires ont énormément occupé l'attention médiatique et politique, leurs discussions sont réservées à la sphère privée et ne concernent pas l'espace professionnel ni le lien d'aide à la personne pour une partie des intervenants. Et peu font le lien entre la perspective d'un retour à la normale et taux de vaccination.

## 3.5.2 UNE COMPLEXIFICATION DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Outre le processus qui marque l'année de Covid et qui a impacté la résilience des acteurs de manière variable, d'autres contraintes influencent l'adaptation des services des acteurs de première ligne. La complexification de l'accompagnement social en période Covid ressort comme un des freins principaux à la bonne adaptation des services de première ligne au contexte pandémique. Plusieurs facteurs influencent cette complexification de la prise-en-charge des bénéficiaires.

### 3.5.2.1 Les fermetures et leurs conséquences

Tout d'abord, comme expliqué précédemment, 12 des 22 services interrogés ont opéré une fermeture totale de leurs services pendant le premier confinement, avec une reprise progressive en distanciel uniquement. Il s'agit d'une majorité. Par ailleurs, sur les 10 autres services, une moitié seulement a maintenu du présentiel pendant le 1er confinement.

---

*Donc le CPAS en date du 19 mars a fermé ses portes définitivement au public suite à la situation sanitaire. Donc là, l'organisation désorganisée a commencé, si vous voulez. C'était assez compliqué. On a fermé et le public arrivait quand même parce qu'il y a des permanences qui étaient prévues mais on ne pouvait pas les recevoir. Parce qu'on était fermé.* (Assistante sociale)

Cet arrêt d'activités a eu des conséquences qui n'ont pas toujours été anticipées. La principale est que cela a occasionné des retards conséquents, qui ont dû être absorbés par une équipe rarement renforcée en conséquence. Dans les institutions publiques de grandes tailles (CPAS, communes), certaines équipes concernées, en sous-effectif, sont passées d'une mise à l'arrêt de leurs activités, à une reprise sans transition et sous pression, marquée par la double contrainte de devoir reprendre le rythme de travail préalable à la crise sanitaire, tout en traitant les dossiers en retard.

---

*À un moment donné on s'est retrouvé avec 3000 dossiers qu'il fallait prolonger, ils n'étaient pas payés. Alors, il y avait une file, je ne vous dis pas, le directeur a dû descendre, le directeur financier a dû descendre, la présidente a dû descendre. Ça n'allait pas. C'est passé dans les médias.* (Assistante sociale)

Ce sont les usagers des services qui subissent les conséquences de ces retards, puisque cela a interrompu l'accès à l'aide sociale ou matérielle auxquels ils avaient droit, renforçant ainsi leur situation de précarité. Les délais de traitement des demandes ont été parfois inversement proportionnels à la gravité et au degré d'urgence des ayants droits. Cela a provoqué parmi les usagers des tensions et des frustrations compréhensibles, au vu de l'aggravation de leur détresse. De quoi accentuer encore davantage la pression sur les épaules des travailleurs.

Outre les retards occasionnés par les fermetures, ce sont aussi les afflux d'usagers consécutifs aux mois de fermeture qui se sont faits ressentir. Plusieurs services de première ligne soulignent l'accentuation de la fréquentation de leurs services après le 1er confinement et la souffrance ainsi générée, au sein de leurs équipes, telle que le montrent les extraits ci-dessous :

---

*Après, on a décidé que de toute façon le Covid allait continuer son chemin et qu'on ne pouvait pas garder la porte fermée, et donc on a rouvert la porte, (...)  
Et quand la porte a rouvert ça flambait, on a eu vraiment des périodes difficiles.*  
(Infirmière)

---

*Et puis après entre les deux confinements, ou au début de la deuxième vague, là on a eu énormément de boulot, mais vraiment. Et là c'était vraiment une période pas facile du tout. Beaucoup de personnes ont pleuré, tellement c'était intense, que ce soit à l'accueil, ou pour les médecins. Le téléphone n'arrêtait pas d'sonner vraiment tout l'temps, et les médecins n'étaient que des exécutants, qui faisaient des papiers pour faire des tests quoi, des demandes de tests, et nous à l'accueil, ça n'arrêtait pas d'sonner, on ne pouvait pas s'poser, pas faire pipi, c'était vraiment intense. On s'faisait engueulés par les patients, ce n'était vraiment pas chouette cette deuxième vague (Infirmière)*

### 3.5.2.2 Réduction de l'accès aux services

Un second facteur participant à la complexification du travail social est la réduction de l'accès aux services, quels qu'ils soient. Premièrement, cela concerne la collaboration avec les services relais qui a été très difficile dans le contexte de crise. Plusieurs intervenants sociaux soulignent la difficulté qu'ils ont rencontré cette année à entrer en contact avec des services relais, indispensables à joindre pour débloquer la situation des usagers. Ces services relais régulièrement cités sont principalement les syndicats, les mutuelles, les banques et les services d'aide à l'emploi (Actiris). Les intervenants décrivent à quel point il a été difficile d'entrer en contact avec eux : limités au téléphone et aux emails, cela pouvait mettre plusieurs heures pour avoir une personne au bout du fil ou plusieurs jours pour avoir une réponse par mail. L'accompagnement des usagers auprès de ces services tiers est devenu plus chronophage d'une part et les résultats ont été moins facilement obtenus d'autre part. À ces difficultés se sont ajoutées les annulations de rendez-vous et les services à l'arrêt.

---

*Après ce qu'il y a beaucoup plus aussi, ce sont les rendez-vous médicaux qui ont été annulés, et les rendez-vous sociaux. Il y avait moyen de faire des communications téléphoniques, mais vu que tout était sans dessus-dessous, c'était la cohue, et les démarches administratives étaient toutes en standby. (Infirmière)*

Deuxièmement, ce facteur concerne également la réduction d'accès aux services auxquels les intervenants eux-mêmes appartiennent. En effet, lorsque le présentiel pouvait être proposé, il dépendait parfois de protocoles complexes à mettre en place ou bien était conditionné à des critères additionnels. Le témoignage de l'assistante sociale ci-après atteste de cette difficulté :

---

*Quand j'ai une personne et que voilà, je sens que j'ai plus de place dans mon agenda, j'essaie de la recevoir hors rendez-vous. Mais je dois prévenir mes stewards, parce qu'il y a tout un protocole. Mais tant que je préviens le steward, et voilà que j'ai un local de disponible, j'essaie de recevoir encore au maximum le public fragilisé. Et où il y a des situations compliquées. Aujourd'hui on a de plus en plus de jeunes qui subissent des violences physiques/psychologiques à la maison dues au confinement, violences conjugales. C'est compliqué pour la personne d'expliquer ça par téléphone. (Assistante sociale)*

L'ajout de critères supplémentaires concerne également les services qui fonctionnaient habituellement à très bas seuil. Les travailleurs à l'accueil de ces services ont dû faire des sélections basées sur la vulnérabilité des usagers et ont limité la disponibilité de leur service, alors que les demandes abondaient. Les intervenants ont dû se montrer plus strictes, ont dû faire preuve de sévérité en conditionnant l'accueil au sein de leurs structures pour des raisons strictement

sanitaires, ce qui a comporté son lot de conflits éthiques, et de contraintes supplémentaires difficiles à appliquer et à faire comprendre aux usagers.

---

*Et donc on n'a jamais exigé de conditions d'accès au sein de l'accueil, sauf cette année, évidemment, parce que on a été limités en termes de nombre de places dans la salle, du coup-là on a été obligés de faire des choix. Et donc, les conditions cette année d'accès, c'était le fait de pas avoir de logement. On a été souple quand-même parce que ne pas avoir de logement ne signifie pas ne pas être en difficulté, donc on s'est étendu aux squats, aux garages, aux voitures, ce genre de choses. (...) C'qu'on faisait avec notre public en logement, c'est qu'on leur donnait quand-même un café, à l'extérieur, à emporter, parce que l'idée c'est quand même de garder du lien avec eux. Il y'a quand-même des demandes qui sont faites de ce côté-là. Ça, c'était vraiment compliqué. (Chargée de projet)*

### 3.5.2.3 La dématérialisation des services

Un troisième facteur qui participe grandement à la complexification de l'accompagnement social, est la **dématérialisation** des services, terme emprunté à Laurence Noël dans l'un de ses articles sur le non-recours aux droits<sup>85</sup>, et qui se traduit par la digitalisation et la numérisation des services et qui concernent tant les instances publiques de sécurité sociale, les acteurs coopérants (syndicats, mutuelles) que les acteurs privés (banques). Cette évolution de la gestion de la clientèle, de la patientèle ou des ayants-droits, non seulement ne bénéficie pas aux usagers les plus précaires et les plus vulnérables numériquement, mais en plus, handicape également les travailleurs dans leurs pratiques. En effet, l'informatisation des suivis entraîne une déshumanisation (les travailleurs le soulignent dans le chapitre 3) : ce n'est plus une personne de référence qui suit le dossier d'un usager, dossier qui se définit par un numéro de suivi et des données collectées en ligne, que plusieurs interlocuteurs sont susceptibles d'encoder, d'interpréter et d'utiliser. L'extrait ci-dessous illustre parfaitement le processus de freinage et la succession d'obstacles que ce travail à distance entraîne pour les travailleurs sociaux :

---

*On a cette personne qu'on suit, qui a un litige avec sa banque, un litige qui aurait pu être réglé, je pense, il n'y a pas si longtemps, beaucoup plus vite. Avant le Covid, ça aurait été simple, on aurait pris rendez-vous à la banque, on aurait été avec cette personne voir le bureau concerné de cette agence et on aurait réglé le problème en direct. Ça ce n'est pas possible pour le moment parce que c'est sur rendez-vous, et que tout se fait par mail, par téléphone, et donc, du coup, à chaque fois t'as un interlocuteur différent et en plus, pas un interlocuteur directement concerné par le problème. On a à chaque fois une réponse différente par mail, une autre personne, on doit passer par cette espèce de call center, quand on finit par avoir quelqu'un pour la problématique, t'as toujours une information différente. Et puis, c'est comme si tu dois recommencer au départ parce qu'il n'y a pas de suivi. Nous, on en est à un point où on veut porter plainte pour ce dossier-là spécifique, parce qu'on trouve que ça ne va pas. C'est trop facile un moment, le fait d'être comme ça en distancié pour tout, ça complique tout le temps les choses et les démarches et d'accompagnement social. (Éducateur de rue)*

---

85 NOËL L., Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise, Brussels Studies, n° 157, 2021.

Dans cet extrait, le travailleur social est contraint de réexpliquer la même histoire à plusieurs interlocuteurs différents, ce qui baisse la qualité de prise en charge et entraîne de la perte d'information. Par ailleurs, cela prive le travailleur d'un ressort souvent utilisé, à savoir la possibilité de faire appel à l'empathie et à la compassion de l'interlocuteur. En effet, privé de la possibilité de nouer des liens de proximité avec les interlocuteurs de ces services tiers, le travailleur social parvient difficilement à générer cette empathie et à faire appréhender la situation problématique de l'utilisateur autrement que par une procédure bureaucratique rigide et laborieuse, qui ne permet pas de prendre en considération le parcours de vie souvent sinueux des personnes fragilisées. L'enjeu est que ce type de difficulté contribue à créer une expérience négative pour l'utilisateur, ce qui freine sa sollicitation des institutions et constitue un obstacle au recours aux droits sociaux. L'extrait ci-dessous illustre l'expérience négative que les fermetures et la dématérialisation des services provoquent chez les usagers, selon les propos d'une assistante sociale :

---

*La colère (des usagers), c'est sûr (...). Tout devient inaccessible, que tout se numérise, pour obtenir une composition de ménage, c'est vraiment la colère, elle est vraiment basée là-dessus. Et sur le fait que, pour rencontrer un être humain, ça devient difficile. Tout se fait par ordinateur, et c'est vrai que comme dit [PRENOM] quand ils arrivent chez nous, mais ils nous remercient mille fois, même si parfois on ne sait rien faire, ils sont soulagés d'avoir pu parler à quelqu'un et de voir quelqu'un. (Assistante sociale)*

Or, le rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté de 2016 décrivait déjà que ces expériences négatives participaient au phénomène de non-demande de droits et de sous-protection sociale<sup>86</sup>. Ce rapport montre que ces situations de non-recours augmentaient déjà en 2016. Les évolutions vers davantage de dématérialisation des services administratifs des usagers exacerbent encore ces tendances.

---

*Tout devient complexe. Quelqu'un qui perd son boulot, qui a un C4 à remettre, qui dépose dans la boîte aux lettres de la CSC, et qui un mois plus tard n'a pas de nouvelles. À nouveau, il va où ? Il fait quoi ? Et bien, il passe la porte de notre service, on envoie un mail, on prend des contacts (...), mais ce n'est pas normal. Quand on paye un syndicat, on n'est pas censé aller vers un autre service social. Ce n'est pas logique. Et pour l'instant, notre public n'est que là-dedans. (Assistante sociale)*

L'extrait ci-dessus montre comment la fermeture d'un syndicat entraîne un blocage et dépossède l'utilisateur de l'exercice de ses droits et concentre les efforts du travailleur social sur l'accomplissement de tâches qui incombent à ces services tiers. L'informatisation des données et de leur traitement génère la fermeture de droits, des délais supplémentaires, l'absence de suivi et prive les usagers de leurs pouvoirs d'action<sup>87</sup>. Ainsi, la digitalisation du suivi et l'absence d'accessibilité des bureaux en présentiel entraînent des complexifications et augmentent les demandes qui reposent sur les travailleurs de première ligne.

Cette dématérialisation touche les organismes de protection sociale, tels que les **CPAS**, dont sont issus une partie des intervenants sociaux que nous avons interviewés. Ces employés de CPAS identifient clairement les conséquences néfastes de la dématérialisation sur leur charge de travail. Même si cela entraîne la perte d'accessibilité de services, cela peut également générer une perturbation dans la gestion des demandes et de leurs suivis. La numérisation de l'introduction des

---

86 OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL, Baromètre social : rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, Commission Communautaire Commune, 2016.

87 NOËL L., Op. Cit.

demandes échappe à une limitation aussi efficace que celle imposée par des heures d'ouverture ou de permanence. L'extrait ci-après montre comment cela peut être ressenti comme une difficulté pour les travailleurs. Ils y voient une facilité pour les usagers qui maîtrisent les codes numériques, mais une difficulté pour eux. Or, les assistantes sociales des CPAS crient déjà leur surmenage et dénoncent le nombre trop élevé de dossiers par tête à suivre. Cette flexibilité nouvelle ne fait qu'exacerber ce surmenage.

---

*On pouvait recevoir une nouvelle demande par permanence et par AS, donc en gros maximum quatre nouvelles demandes par semaine, de gens qu'on ne connaissait pas. Maintenant il n'y a plus de limite, parce que les gens peuvent introduire des demandes à tout moment. On ne sait plus canaliser les personnes. Alors pour eux c'est une facilité. C'est une facilité, ils ne doivent pas attendre.*  
(Assistante sociale)

La dématérialisation de l'administratif et du social ne compte pas que des avantages, puisque le discours des intervenants révèle qu'elle constitue également des freins à l'accompagnement social, que ce soit dans le suivi auprès d'organismes tiers ou sein de leurs propres institutions.

### 3.5.3 L'ISOLEMENT PROFESSIONNEL

La complexification de l'accompagnement social s'accompagne également d'un renforcement de l'isolement professionnel des intervenants sociaux. Cet isolement transparait dans la difficile collaboration avec les administrations publiques et les fonctionnaires. Plus spécifiquement, ce phénomène se marque par le transfert régulier des demandes faites aux institutions publiques et administratives, d'un interlocuteur à l'autre, sans que l'intervenant social obtienne de réponse. Dans le rapport de l'observatoire de la santé et du social de 2016, ce phénomène s'appelle la *dilution des responsabilités*<sup>88</sup> et il découle du fait que le nombre d'acteurs qui participent à l'effectivité de l'accès aux droits sociaux se multiplie et se complexifie, et par les transferts et la régionalisation des compétences. Dès lors, l'intervenant social qui accompagne un usager dans des démarches assiste à des processus d'«évitements et de transferts interinstitutionnels»<sup>89</sup>, par lequel les services et organismes réorientent sans-cesse l'usager, car ils ne se considèrent plus compétents pour prendre la demande en charge, et ne savent plus quelle instance est compétente, suite aux multiples changements de législation. Loin de témoigner d'un effort collectif au bénéfice de l'usager, les intervenants en arrivent à occuper une place de témoin, pour veiller à éviter qu'il y ait des abus et des refus de recours aux droits. Ce phénomène est non seulement confirmé par les intervenants de notre présente analyse, mais également exacerbé par le contexte Covid, qui conforte certains services relais dans leur rigidité d'action.

---

*Les fonctionnaires, en fait, derrière un téléphone ou un ordinateur, ne prennent plus leurs responsabilités humaines. En fait, l'exemple, c'est appeler, rester en attente pendant vraiment une heure et demie pour avoir quelqu'un, et puis quand la personne répond, j'ai eu le coup il y a quelques jours, la personne répond "allo ? allo ? je ne vous entends pas, je ne vous entends pas". Alors que, ce n'est pas possible, il m'entendait et il a raccroché. J'ai attendu quand même une heure et demi pour l'avoir.* (Assistante sociale)

---

88 OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL (2016), Op. Cit.

89 OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL (2016), Op. Cit.

---

*La colère (des usagers) c'est sûr, tous ces bureaux fermés, pour eux, cette crise, clairement, permet aux administrations, de fermer les portes et de se cacher. La colère elle est là, la colère elle est sur le fait que tous les services ferment leurs portes. (Assistante sociale)*

Les extraits ci-dessus illustrent la perte de confiance à l'égard des fonctionnaires des services publics, accusés de se déresponsabiliser. L'isolement professionnel se marque par le fait la solitude des intervenants dans la défense des droits de l'usager, face à des acteurs publics qui semblent faire le minimum requis, minimum encore été rabaissé par le contexte Covid, caractérisé par le distanciel et le numérique, puisqu'il suffit désormais de «raccrocher» pour mettre fin à une demande. Face à cela, la méfiance des travailleurs à l'égard des instances publiques grandit et influence en partie, également, la méfiance des usagers à leurs égards.

---

*On doit parfois dire "écoutez, vous avez conscience que la personne est à la rue ?"; parce que tu vois, ils se cachaient derrière tout un tas de procédures. Leur dire écoutez, non, ce n'est pas possible. (Responsable d'équipe)*

Dans ce contexte, l'intervenant social entre en tension avec les organismes publics, il doit lutter pour obtenir une coopération ou une action juste de la part de l'interlocuteur, pour faire bouger les lignes. L'accompagnement social revient à parvenir à faire sortir les fonctionnaires publics de leurs cases, de leurs zones de confort. Il n'est pas admis que les organismes publics s'efforcent de déclencher les droits des usagers, au contraire, l'obtention de ceux-ci fait désormais l'objet d'une bataille qui ne sera pas facile à gagner.

Par ailleurs, outre ce phénomène de dilution des responsabilités et d'évitement, l'isolement professionnel des intervenants sociaux est également renforcé par l'application des mesures sanitaires : la distanciation physique, les gestes barrière, le confinement, l'absence de personnes sur l'espace public, la perte d'une part non négligeable des publics habituels, ou encore l'impossibilité de faire du collectif, sont autant d'éléments qui freinent les travailleurs sociaux, en particulier ceux dont les missions reposent sur la rencontre avec les usagers dans leurs milieux et dans les espaces collectifs. C'est le cas en particulier des éducateurs de rue, qui ont été fortement impactés dans leur mission de terrain, sur lequel ils doivent proactivement aller à la rencontre de leur public et nouer des liens de confiance et de proximité avec ces derniers. En tant que l'une des rares professions à avoir continué à se rendre sur le terrain, ils se sont retrouvés seuls face à cette difficulté que peu de confrères peuvent comprendre : la disjonction entre d'un côté, le maintien d'action de proximité sur le terrain et d'un autre côté, le respect d'une distance imposée par les mesures sanitaires dans un espace public déserté en début de confinement. L'extrait ci-dessous résume cette double difficulté :

---

*Le "aller vers" pour le moment... Tout le monde a conscience des gestes barrières. Normalement, moi j'leur [aux éducateurs de rue] demande d'essayer d'aller vers les gens, de nouer le contact, ça implique, de faire ça avec un masque, à distance, c'est un peu compliqué. Prendre contact avec des gens, faire connaissance avec quelqu'un dans ce cadre-là, c'est ultra compliqué. On n'a pas rencontré beaucoup de nouvelles personnes en un an, on travaille avec les gens qu'on connaît. Et même le quartier [LIEU] du coup est beaucoup plus calme, parce que le groupe entre guillemets, qui était un groupe naturellement d'une vingtaine de jeunes, vingt-cinq, trente jeunes, et bien en fait, il ne reste que le noyau de gens qui n'ont pas le choix d'être sur l'espace public. En gros ce les quelques dealers. Les autres sont retournés chez eux, vers leurs études, leur travail, leurs trucs. (Responsable d'équipe)*

### 3.5.4 L'IMPOSSIBLE INJONCTION AU TÉLÉTRAVAIL

L'injonction au télétravail est une adaptation exigée qui met le secteur médico-social en difficulté. Imposée comme la norme, le télétravail a représenté de vraies difficultés de mises-en-place. Si le télétravail peut être apprécié par certains intervenants sociaux, tels que les assistants sociaux de services sociaux généraux, qui y voyaient une façon d'échapper en partie à la pression subie sur le lieu de travail, ou encore les responsables d'équipe ou de services, dont le présentiel à temps plein n'est pas toujours justifié, la plupart des intervenants soulignent l'inadéquation des mesures de télétravail dans le social.

#### 3.5.4.1 Des inégalités entre travailleurs

En effet, l'injonction au télétravail est à l'origine de différences notoires entre travailleurs d'une même organisation et productrice d'inégalités. Illustrons ces inégalités de quelques exemples :

- 1/ Prenons le cas d'un service social de CPAS : dans cet exemple, seuls 10 % des assistants sociaux ont été mis en télétravail, les 90 % restants ont été placés en dispense de service. Or, les deux groupes de travailleurs ont gardé un maintien de salaire et il n'était pas prévu par l'institution que les heures supplémentaires prestées en télétravail soient récupérées. Par ailleurs, aucune compensation n'était prévue pour les assistantes mises au travail, et souvent avec leur matériel personnel, à leurs frais.

---

*Il ne faut pas oublier que quand vous êtes en télétravail, vos heures supplémentaires ne sont plus cumulées. Parce qu'ici, quand on est en présentiel au travail, vous pouvez accumuler vos heures supplémentaires et ça fait un jour... Et vous pouvez récupérer un jour par mois. Donc nous c'est-à-dire que pendant 8 mois où on a travaillé à la maison, on n'a pas pu récupérer, on n'a pas pu faire d'heures supplémentaires. Pourtant on en a fait. (Assistante sociale)*

- 2/ Prenons ensuite le cas d'un service communal d'éducateurs de rue : dans cet exemple, les éducateurs de rue, bien que leur temps de travail sur le terrain ait été réduit à 1heure par jour, le reste étant de la dispense de travail pendant le premier confinement, n'ont pas pu faire de télétravail sous les mêmes conditions que leurs collègues de bureaux appartenant aux services administratifs. Or, c'était pourtant une de leur demande. Nous l'avons vu dans le premier chapitre, les inégalités attachées à la possibilité ou non de faire du télétravail ont renforcé le sentiment de certains travailleurs d'avoir été «sacrifiés» sur l'autel de la pandémie.

Par ailleurs, l'injonction au télétravail divise également les équipes et les différentes professions qui les composent. L'opposition se marque davantage entre d'un côté, les métiers administratifs, centralisés, de support, et de l'autre, les métiers de première ligne et de terrain. Les seconds se sont vus limités dans les options offertes pendant les confinements, souvent limitées au maintien de leur présence sur le terrain ou à la dispense de travail (avec maintien de salaire ou sous la forme d'un chômage partiel ou temporaire), l'option du télétravail exigeant une refonte de leurs missions et la mise à disposition d'équipements informatiques adéquats. En termes logistiques, les inégalités ont également été observées. Les deux extraits ci-dessous pointent la différence de traitement entre métiers de terrain (de première ligne) et métiers de support (de seconde ligne ou back-office).

---

*Soit on était en télétravail, soit on était en dispense de travail, parce qu'évidemment surtout le premier mois, même si on était en télétravail, il n'y avait pas un temps plein à réaliser en télétravail, d'autant que pour beaucoup,*

*les types de missions supposaient d'être sur le terrain. Donc là, elles pouvaient être en dispense de travail ou présente. (Responsable de service)*

---

*On a mis les services centralisés, donc les services de deuxième ligne, en télétravail. On a mis tous les AS en télétravail, ça signifie qu'on a supprimé les visites à domicile - sauf celles qui étaient absolument urgentes, par exemple des nouvelles demandes. On a allégé les enquêtes sociales. On a équipé tous les agents d'un ordinateur, en tout cas tous les agents qui devaient, pouvaient, pouvaient avoir une fonction de télétravailleur. (Responsable de service)*

### 3.5.4.2 L'inadaptation des organisations

Pour certains travailleurs sociaux, l'injonction au télétravail a également été considérée comme une mesure de protection et de flexibilité appréciée. Néanmoins, il n'est pas tout de l'autoriser. En pratique, la lenteur administrative des institutions publiques de grande taille a eu un impact sur la rapidité et la qualité des équipements mis à disposition des travailleurs. De plus, les équipements ne sont pas tout, encore faut-il que les procédures et dispositifs informatisés conviennent au travail à distance. Les grandes organisations se sont moins rapidement et moins efficacement adaptées sur le plan informatique au travail à distance, tel que l'atteste l'extrait ci-dessous :

---

*Le CPAS de [LIEU], est incapable, on dirait en tout cas, d'évoluer, de revoir, d'adapter ses méthodes de travail à la crise. Dans l'informatisation du travail, on est nulle part. Donc même quand on est en télétravail, il nous faut des documents officiels pour lesquels les gens doivent venir, mais ça pose problème, ça fait du retard dans les dossiers. Parce qu'on doit attendre de revenir un jour ici. (Assistante sociale)*

L'absence d'équipement adéquat au télétravail a des conséquences directes sur la prise-en-charge des ayants droits, puisque ça ralentit le travail et freine les procédures. Les travailleurs sociaux sont face à des incohérences entre l'injonction à télétravailler et des conditions de travail qui ne leur permettent pas de le faire de manière qualitative, dans la poursuite du bénéfice pour l'utilisateur. L'extrait ci-dessous illustre bien le lien de causalité entre équipements et procédures inadéquates et conséquences sur le dossier de l'utilisateur :

---

*On faisait nos entretiens avec nos téléphones privés. Donc c'est-à-dire qu'on ne nous avait pas outillé pour avoir un Gsm de fonction. Ni de webcam, puisqu'on avait uniquement le pc fixe du bureau. Pour nos réunions, on devait passer encore une fois par un programme via notre Gsm. Et c'est là que voilà, à un moment donné on n'en pouvait plus parce que le rythme, on pouvait plus le tenir. On avait des gens en colère avec des dossiers en retard, les demandes étaient traitées en retard. (Assistante sociale)*

L'inadéquation de l'adaptation numérique de certains grands organismes impacte également la qualité de prise-en-charge des usagers. Si le distanciel leur offre une certaine flexibilité, telle que la possibilité d'introduire une demande en dehors des heures de bureaux, il persiste des incohérences dans la capacité à traiter numériquement ces demandes dans leur totalité. Les usagers doivent composer la numérisation d'une partie de leurs tâches, mais doivent continuer à effectuer des démarches dans les bureaux, par exemple en fournissant ou en signant des documents administratifs sur place, sans quoi leurs droits pourraient être retardés, voire refusés.

### 3.5.4.3 La difficulté à faire cohésion

Par ailleurs, l'injonction au télétravail a également eu un impact délétère sur les cohésions d'équipes. Dans le travail social, les échanges informels et formels en présentiel servent de ressources pour pouvoir faire face aux situations de détresse auxquelles les travailleurs sont exposés. Les liens d'entraide entre collègues participent pleinement au bon accomplissement des missions sociales et médicales de première ligne. Le télétravail réduit la qualité et la durée de ces échanges d'équipe et les visioconférences ne pallient pas à cette absence de rencontre humaine. Même si les équipements informatiques se répandent et s'ajustent, ils ne remplacent les espaces d'échanges et de collaboration entre collègues, hautement nécessaires et valorisés, tel que le montre l'extrait ci-dessous :

---

*Le télétravail ne rend pas ça facile dans le sens où d'abord, par mesure de protection et d'hygiène, on ne peut plus faire de réunions d'équipe en présentiel. Et pour faire des réunions d'équipe, il faut quasiment deux écrans. Un écran pour être en relation avec les autres et un écran pour travailler sur les documents qui nous sont présentés. Parce que dès qu'on est sur un partage d'écran avec zoom, c'est fini, on ne voit plus les collègues. On se retrouve face à une feuille. Les équipements ne sont pas simples pour arriver à faire du travail d'équipe et les gens ne sont pas formés à avoir des réunions d'équipe et des échanges en distanciel. (Responsable d'équipe)*

Le télétravail a modifié les dynamiques de travail, en limitant les interactions informelles à des échanges virtuels qui ont, notamment, comme défaut d'altérer les mécanismes de coopération et d'exacerber les particularités individuelles<sup>90</sup>. De plus, cette réorientation de l'organisation du travail met en péril la capacité des travailleurs à faire projet collectivement, éloignés de la connexion aux collègues et à leur réalité. Les réunions d'équipes et les échanges informels ont laissé la place à des relations bilatérales, qui renforcent les sentiments des travailleurs de devoir davantage affronter seuls leurs missions en contexte pandémique. Les témoignages ci-dessous illustrent ce sentiment d'isolement et la difficulté à faire équipe en contexte de télétravail pour certains intervenants :

---

*Les relations de machine à café étaient très importantes et se sont passées essentiellement sur WhatsApp, alors que les relations de travail sont devenues très bilatérales par mail. (Responsable de service)*

---

*On n'arrive pas toujours à faire la différence entre les collègues qui ont été en télé travail ou malades. Il y en a une qui a vraiment l'impression qu'elle a été toute seule à porter le truc pendant longtemps. Il y a des moments ils se sont retrouvés qu'à deux, elle a vraiment ce sentiment d'avoir porté le truc toute seule. (Assistante sociale)*

### 3.5.5 LA FRACTURE NUMÉRIQUE RENFORCE LES INÉGALITÉS SOCIALES

L'analyse des entretiens effectués auprès des intervenants sociaux révèle la vulnérabilité numérique de leurs usagers, et le renforcement de leur exclusion numérique que la dématérialisation et la numérisation ont renforcés lors de cette crise, suite aux évolutions numériques effrénées que les confinements et les mesures de distanciation ont engendrées. Aujourd'hui, si l'accès à internet

---

90 TISSERON S., Facilités et pièges de la communication à distance : les leçons du confinement, in *Droit, santé et société*, 12, 2:35-40, 2020.

est majoritairement répandu et si le basculement vers une société en ligne constitue une norme dominante de la société, il n'empêche que les inégalités de connexion à internet restent prégnantes. En effet, les écarts de connexion entre les ménages aisés et ménages à faibles revenus peuvent atteindre 28 % en Belgique<sup>91</sup>. Parmi ces disparités, notons également que 67 % des personnes peu diplômées n'ont pas d'interaction avec les administrations publiques en ligne<sup>92</sup>. Aussi, nous savons que les «*fragilités numériques épousent de près les formes de fragilités sociales et économiques*», et on estime que quatre personnes sur dix sont en situation de vulnérabilité numérique en Belgique<sup>93</sup>. Ces inégalités, en œuvre depuis plusieurs années, ont été accélérées par la crise sanitaire, tous les constats le confirment. L'analyse présentée ici n'y fait pas exception.

En effet, le bien-fondé de la numérisation ne fait pas consensus pour les travailleurs sociaux interrogés, surtout lorsqu'elle concerne la dématérialisation des services publics et d'intérêt général, qui, loin de profiter à tous, est perturbatrice pour l'utilisateur, mais également pour le travailleur social qui l'accompagne dans des démarches qui se complexifient. Et qui, dès lors, mobilisent des compétences et des ressources matérielles, qui pourtant ne sont pas censées être des prérequis au déclenchement de droits. Le témoignage relaté ci-dessous donne plusieurs exemples pour lesquels il est exigé de l'utilisateur non seulement d'être connecté via un appareil en sa possession (premier degré de fracture numérique), mais également d'être en mesure de se créer des identifiants et d'avoir une adresse mail, ce qui demande des compétences numériques (deuxième degré de fracture numérique)<sup>94</sup>.

---

*Une personne reçoit un courrier des allocations familiales, pour lequel il faut envoyer les documents par mail. Il faut prendre contact, donc ça devient l'enfer. Toute démarche devient compliquée. Une demande de bourse d'études, il faut une adresse mail, il faut activer des codes. Une demande de reconnaissance de handicap, il faut la carte d'identité, un lecteur de carte, sinon ce n'est pas possible. La semaine passée, j'ai fait une demande d'aide aux personnes âgées, ça m'a mis deux heures. Pareil, même moi j'ai eu du mal, y a des questions pour lesquelles j'ai dû téléphoner au support pour savoir qu'est-ce qui fallait répondre, les questions n'étaient pas claires. Tout devient complexe. Quelqu'un qui perd son boulot, qui a un C4 à remettre, qui dépose dans la boîte aux lettres de la CSC, et qui un mois plus tard n'a pas de nouvelles. À nouveau, il va où ? Il fait quoi ? (Assistante sociale)*

La fracture numérique de deuxième degré et de troisième degré (degré des inégalités d'utilisation des services d'intérêt général en ligne – e-banking, e-administration, e-santé, e-commerce<sup>95</sup>) est évidente dans le discours des intervenants sociaux. Et cela se vérifie pour plusieurs services et divers publics-finaux : public jeune, personnes âgées, personnes sans-abri, personnes qui ne maîtrisent pas les langues nationales ou analphabètes, etc. Les entretiens révèlent que les travailleurs sociaux doivent désormais investir dans l'acquisition de compétences numériques de leur public ou mettre au service de leur public leurs propres compétences numériques, tel que l'atteste l'extrait ci-dessous :

---

*Avoir des logins. Maintenant, il faut toujours, pour chaque truc, avoir ton login, "ah oui, mais vous avez votre numéro de client" ? Ouais, mais quand t'as pas*

---

91 BROT CORNE P., VENDRAMIN P., Une société en ligne productrice d'exclusion ?, Sociétés en changement, n°11, mars 2021.

92 BROT CORNE (2021), Op. Cit.

93 BROT CORNE (2021), Op. Cit.

94 BROT CORNE P., MARIEN I., Baromètre de l'inclusion numérique 2020, Fondation Roi Baudouin, juin 2020.

95 BROT CORNE P., MARIEN I. (2020), Op. Cit.

*de boîte aux lettres, quand t'as perdu ton courrier, ton machin, donc tout ça, ça complique les choses. Ça c'est vraiment quelque chose qu'on a fort observé, cet aspect où, maintenant, pour chaque accompagnement, il faut pouvoir se loguer dans son portail, dans son espace client personnel, il faut être quelqu'un qui soit capable de tenir à jour son espace client personnel. (Responsable d'équipe)*

Cet investissement dans l'utilisation et la connaissance de données d'identification personnelle des usagers pose de surcroît des questions de légitimité, de sécurité et d'éthique pour les travailleurs. Surtout que cette évolution n'est pas le fait d'une demande des usagers, mais d'une contrainte imposée par les services dématérialisés eux-mêmes. Cette évolution nourrit la dépendance aux outils et moyens de communication numériques, et affaiblit dès lors les pouvoirs d'agir des individus.

Un autre point d'exclusion concerne le recours aux instruments numériques dont les services de première ligne ont eux-mêmes fait l'expérience. S'ils se réjouissent d'une certaine façon d'avoir pu appréhender et posséder de nouveaux outils numériques pendant les périodes de confinement, aucun discours n'exprime une satisfaction pleine et totale face à cette solution. Les travailleurs sont conscients de la nature excluante du recours à des outils virtuels, et plaident pour le retour à des dispositifs plus inclusifs, tel que l'attestent les extraits ci-dessous :

---

*Maintenant, par exemple, les cafés papotes se font par zoom, il y a des ateliers adultes qui se font par zoom, des groupes de parole. Alors évidemment, tout le monde n'y a pas accès. (Responsable de service)*

---

*En fait, j'sais pas trop si on arrive à s'adapter. On a essayé de voir si c'était possible par internet, les zooms et tout ça. Mais en fait les gens ne sont pas motivés. En tout cas pour le café des femmes, ça ne marche pas, parce que soit elles n'ont pas internet, soit elles ne savent pas comment ça fonctionne, soit elles sont déjà trop sur les écrans. (Infirmière)*

Par ailleurs, les populations les plus vulnérables ont tendance à être centrées sur le moment présent. Ainsi, c'est souvent lorsqu'elles ne savent plus faire autrement qu'elles demandent de l'aide. Le caractère urgent de la résolution de leurs difficultés est souvent incompatible avec l'accès au service, via le numérique, qui exige de prendre rendez-vous et d'attendre parfois plusieurs semaines pour être pris en charge.

### **3.5.6 DES TRAVAILLEURS EN SOUFFRANCE**

Les travailleurs sociaux interrogés ne sont pas rares à exprimer une grande souffrance professionnelle ressentie pendant cette année de crise, frein à une adaptation saine et satisfaisante au contexte de crise.

Cette souffrance est particulièrement criante au sein des travailleurs sociaux de première ligne (assistants sociaux, éducateurs de rue) issus des grandes organisations publiques, tels que les CPAS ou les services communaux. Plus la taille des organismes est grande, plus le degré de souffrance exprimée par les professionnels rencontrés est important. Ce qui ressort, c'est une manifeste insatisfaction à l'égard des changements qui ont été opérés au sein de ces organisations au regard de la crise. Ceux-ci ne semblent pas convenir. La première critique exprimée concerne les nouvelles tâches imposées pendant la pandémie aux travailleurs de première ligne, trop éloignées de leurs missions professionnelles initiales. Les travailleurs concernés en souffrent et condamnent la perte de confiance que cela génère chez leurs usagers à leur égard, surtout quand ces missions sont

assimilées à un rôle d'autorité ou de rappel à l'ordre (cf. chapitre 3). Les extraits ci-dessous décrivent ces adaptations insatisfaisantes exigées à leur égard :

---

*Dans un premier temps, même les éducateurs, en fait, eux, ils ont été en service réduit donc on ne leur demandait plus que ça, on leur demandait soit de faire des suivis par téléphone par rapport aux bénéficiaires qu'on suivait déjà, soit, d'aller dans les quartiers par rapport aux groupes de jeunes et là, de leur demander de respecter les mesures.* (Responsable d'équipe)

---

*Le fait de devoir retourner dire aux mêmes personnes tout le temps la même chose, et bien ils s'interrogent aussi de la pertinence. J'ai eu une discussion avec des animateurs de maison de jeunes à [LIEU], où la police m'avait contacté en disant "est-ce que tu peux demander aux animateurs de refaire passer le message parce qu'on a des regroupements au niveau de [LIEU]", et l'animateur m'avait dit "mais qu'ils envoient la police parce que nous, ils ne nous écoutent plus".* (Éducateur de rue)

Cette adaptation forcée apparaît comme une **instrumentalisation** des travailleurs, qui ont le sentiment d'avoir été utilisés sans être considérés dans leurs compétences professionnelles, leur savoir-faire ou leurs opinions. L'extrait ci-dessous ne dit pas autre chose :

---

*C'est difficile de venir chez eux (les éducateurs) en disant bon ben voilà c'est super j'ai trouvé, on va faire un truc qui n'a rien à voir avec vos compétences, rien à voir avec votre travail, mais on va vous utiliser parce qu'y faut bien vous utilisez.* (Responsable d'équipe)

Une seconde critique est liée au point précédent, c'est-à-dire à l'injonction au télétravail, qui sous certains aspects a exacerbé la pression et la charge de travail sur les travailleurs de première ligne. Cela transparaît notamment au travers des témoignages d'assistantes sociales ci-après, qui ont développé une «angoisse de la boîte mail». En effet, alors que leur charge de travail a augmenté, il a été attendu d'elles non seulement qu'elles maîtrisent un nouvel outil peu utilisé quotidiennement dans leurs fonctions avant la crise, à savoir la boîte mail, mais également qu'elles gèrent la charge de travail ainsi générée, sans pour autant bénéficier de ressources ni de temps supplémentaire.

---

*On a tous développé une angoisse à la boîte mail. Mais on réagit différemment. Il y en a qui répondent tout de suite, et moi j'mets la tête dans le sable, et donc je ferme ma boîte mail et je refuse de répondre. (...) Je déteste cette boîte.* (Assistante sociale)

---

*Alors je n'ai pas eu le temps de traiter ma boîte mail de la journée d'hier, parce que je n'ai pas arrêté une seule seconde. Cette semaine j'ai lâché. J'ai craqué, je n'ai pas regardé. Vraiment ça va être une horreur après, mais je n'ai pas réussi. Il va falloir créer un nouveau mot dans le dictionnaire, la phobie des mails.* (Assistante sociale)

À cela s'ajoute l'intensité de la pression ressentie dans le contexte pandémique. Les cas de **surmenage** ne sont pas rares. Les travailleurs de première ligne, qui ont vu leur charge de travail augmenter lors de la reprise après le premier confinement, ont dû y faire face sans renfort de

personnel supplémentaire, et en dépit de nombreux cas d'absentéismes. Au moment des entretiens, soit un an après le début de la pandémie, les séquelles se font ressentir :

---

*Il y a un mois et demi, moi j'ai craqué complètement. Vraiment, c'était trop, j'ai débordé. Il y a eu une toute petite chose en entretien, en comité, c'était une bête réflexion d'un membre du comité, je suis sortie de là, j'étais tellement stressée que j'ai commencé à pleurer. Le président est venu me voir en me demandant "comment ça va, qu'est-ce qui se passe ?", et là, craquage. Je lui ai dit qu'on était plus vraiment des assistants sociaux. (Assistante sociale)*

---

*J'ai engueulé un bénéficiaire là tantôt parce que 3 fois j'ai vu son numéro s'afficher, au bout de la quatrième, j'ai décroché et j'ai dit "si je ne réponds pas, c'est que j'suis occupée, ça va ?" "Ah OK ça va". Vraiment, on ne se reconnaît pas nous-mêmes en tant que travailleurs sociaux. Il n'y a plus d'empathie, il n'y a plus de patience. (Assistante sociale)*

Les surmenages découlent aussi d'attentes démesurées de la part des usagers sur les marges de manœuvre des assistances sociales. Les demandes formulées à leur attention laissent penser qu'ils attendent d'elles de solutionner seules des situations hautement complexes, face auxquelles elles sont impuissantes. Poussés dans leurs extrêmes, ces surmenages et les complexifications des missions sociales peuvent parfois se retourner contre les usagers eux-mêmes, et alimenter une opposition entre travailleurs et usagers. Notre analyse révèle que cela peut mener à des représentations négatives de l'usager, accusé de devoir fournir un minimum d'efforts, et tout en étant de plus en plus exigeant, face à des assistantes sociales qui, elles, sont dépassées, voire même choquées des attitudes de certains ayants droit, qui d'après elles glissent de plus en plus dans l'assistantat. Elles identifient d'ailleurs la crise sanitaire comme l'une des causes responsables d'alimenter cet assistantat. Les extraits ci-dessous sont édifiants à ce propos :

---

*On est rentré dans un système non seulement d'assistantat, mais dans un système aussi où les gens sont devenus très individualistes, mais encore pire qu'avant, et où ils estiment qu'ils sont dans un état de droit, juste de droit. Donc il n'y a pas de devoir. Ça ne marche pas comme ça, la vie. Mais ça, ils n'ont pas encore pigé, et donc quand ils se présentent ici, et ils ont le droit, et c'est eux d'abord. Pour la plupart. Et c'est très difficile à gérer, parce que nous, on n'a jamais que deux mains et un cerveau. (Assistante sociale)*

---

*Ils se victimisent très fort, ils ont l'impression qu'on bafoue leurs droits. (Assistante sociale)*

Loin de faire l'unanimité auprès des travailleurs sociaux interrogés, les opinions relatées dans ces extraits sont marginales. Néanmoins, le ton cinglant et radical sous-tend l'intensité du mal-être exprimé par ces travailleuses, probablement les plus affectées psychologiquement par le contexte pandémique. Celles-ci, ébranlées par leur surcharge de travail et leur épuisement émotionnel, développent une représentation de l'ayant droit qui doit, d'une part, « mériter » le recours à l'aide sociale et aux CPAS, et fournir des efforts pour obtenir ces droits, non acquis, et d'autre part, pour qui l'accompagnement des travailleurs sociaux ne peut être acquis, mais répond à des conditions. L'ayant-droit est une personne qui a également des « devoirs ». L'usager qui défend ses droits est vu comme une personne qui se victimise et qui se permet d'outrepasser ses droits. Pourtant, d'aucuns pourraient y voir une personne en capacité de défendre ses intérêts et de se battre pour réclamer un recours à l'aide ou au droit. Elles en arrivent à s'indigner du comportement de leurs usagers,

et à plaider pour davantage de mesures restrictives et de balises pour cadrer les sollicitations des usagers, alors même qu'elles condamnent la bureaucratisation et les dérives contrôlantes et administratives de leur propre institution. Par ses réactions, les travailleurs sociaux transfèrent la violence et l'hostilité reçues des institutions publiques vers les usagers, phénomène pas nouveau et connu du secteur social<sup>96</sup> qui renforce l'asymétrie de la relation entre usagers et travailleurs sociaux. Cette ambivalence sous-tend l'absence d'équilibre, de considération et d'autonomie dont ces travailleuses souffrent. Elle se reporte sur les usagers, éloignant du sens premier de leurs professions d'assistance à des personnes en détresse sociale.

### 3.5.7 LA CRISE COMME LEVIER

La crise a généré des complications des missions de première ligne, l'augmentation de la souffrance des travailleurs et des usagers, et une évolution inadéquate des conditions de travail de première ligne. Néanmoins, la crise est également à l'origine de déblocages et d'innovations appréciées et soulignées par les travailleurs.

Tout d'abord, certains travailleurs interviewés apprécient les divers financements exceptionnels qui ont été débloqués grâce à la pandémie. En réponse à une augmentation de la précarité et de l'exclusion, des populations fragilisées sur le plan social et économique dont ils font le constat, les politiques sont intervenues d'une manière exceptionnelle, méconnue en dehors d'un contexte de crise. Cette intervention se manifeste par des budgets exceptionnels débloqués pour renforcer les aides aux plus vulnérables. Aux yeux des intervenants qui la citent, cette intervention marque la volonté des décideurs politiques de ne pas fermer les yeux sur l'augmentation de la pauvreté et de la précarité de la population. À titre d'exemples, citons les subsides émanant de la Commission Communautaire Commune (COCOM), qui ont comporté différentes aides, parmi lesquelles :

- Soutien financier aux institutions d'aide et de soin bruxelloises
- Prime régionale de soutien aux personnels d'aide et de soin
- Suspension des limites à la perception des allocations familiales
- Distribution de moyens de protection (masques, gel, etc.)

Citons également les subsides Covid alloués aux CPAS, qui permettent de soutenir financièrement les particuliers pour leur loyer, leur facture d'énergie, l'aide alimentaire ou autres aides sociales diverses. Ces subsides s'adressent à des particuliers qui n'étaient pas forcément bénéficiaires du RIS ou des aides du CPAS avant la crise, et dont la situation s'est détériorée en raison de cette dernière.

Ces aides attestent de la volonté des politiques d'intervenir auprès des personnes fragilisées par la pandémie. Toutefois, leurs modalités d'octroi n'ont pas été très clairement définies, et leur contrôle échapperait à la rigueur que l'administration attache au contrôle des subsides habituels. Les travailleurs identifient cela comme une bonne chose, qui leur permet de répondre aux besoins exprimés par les usagers de manière efficace, rapide et flexible.

Par ailleurs, certains intervenants soulignent que la crise a permis d'autoriser des projets ou des actions, qui jusque-là n'étaient pas la priorité, étaient controversés, ou dont le processus de validation était très long. La crise a permis de mettre le curseur sur des problématiques qui ont bénéficié d'arguments de persuasion supplémentaires à la mise en place de projets y faisant face. Par exemple l'installation de toilettes publiques dans des communes, à destination des personnes en rue qui étaient «confinées dehors». Ou encore, le cas d'un projet de centre de jour, dont la demande

<sup>96</sup> GONÇALVES M., Entre le malaise des uns et la souffrance des autres, reste-t-il une place pour la contestation ?, in Journal du Droit des Jeunes, n°314, avril 2012.

de pérennisation était gelée par le collège communal, mais qui a pu être rouvert pendant le premier confinement.

Par ailleurs, outre ces déblocages de budgets ou de validation, certains travailleurs soulignent avec fierté les changements que la pandémie a pu déclencher en eux-mêmes, que ce soit dans leur métier au quotidien, ou bien dans leur rapport à leurs missions. La confrontation à une situation d'exception a pu faire sortir le meilleur chez certains travailleurs, selon leurs propres dires. Comme l'exemple de l'assistante sociale de MRS de l'extrait qui suit, dans lequel elle explique comment la crise a bousculé ses habitudes et lui a permis de sortir d'un rôle administratif, pour laisser place à des liens interpersonnels plus riches et valorisés humainement. De plus, le témoignage de cette assistante sociale dénote une satisfaction personnelle à s'être investie plus que le minimum requis («400 %») et de s'être impliquée au cœur des changements provoqués par la pandémie.

---

*Je dois avouer que, en dehors de tout le côté négatif que ça a pu avoir, pour moi personnellement, j'ai su développer une tout autre relation avec les résidents ou j'ai vraiment pu être plus proche d'eux ou j'ai vraiment développé une autre relation avec eux. Et ça, je trouve que sans le confinement, je n'aurais peut-être pas pu développer en tout cas, cette relation-là, je serais restée peut-être à mon côté administratif plutôt, ici on a vraiment fait du social, mais à 400 % et ça j'ai trouvé ça vraiment super intéressant. (Assistante sociale)*

L'extrait dénote une modification du rôle professionnel, qui glisse d'un rôle administratif, réservé à l'accomplissement de démarches de paiement et de régularisation administrative, vers un rôle social, humain, en dehors du cadre de la pièce délimitée du bureau, au contact des résidents dans leurs espaces de vie, sur qui il est permis de porter un regard neuf et, surtout, plus satisfaisant.

De plus, le premier confinement et son caractère inédit ont également provoqué une mobilisation citoyenne sans précédent. Celle-ci est extrêmement valorisée et admirée par le discours des intervenants, qui expriment une grande reconnaissance à l'égard de cette solidarité citoyenne, sur laquelle ils ont pu compter au début de la pandémie. C'est particulièrement en matière de dons (de colis alimentaires, de vêtements, de temps, de fabrication de masques, etc.), que les exemples sont les plus nombreux. C'est également l'investissement des bénévoles qui apparaît singulièrement qualitatif, selon certains intervenants. Les bénévoles qui se sont mobilisés auprès des associations pendant la crise, plus nombreux et disponibles dans certaines structures qu'en temps normal, ont montrés une réelle motivation et un engagement admiré par les intervenants. La mobilisation citoyenne est plus rapide que la réponse politique, cela s'est vérifié au travers de précédentes crises, et ce fut le cas pour cette pandémie-ci également. Cette mobilisation citoyenne participe réellement, aux yeux des intervenants, au renfort de la cohésion et au sentiment d'appartenance à une communauté, qui se mobilise pour la collectivité. Le corollaire de la lenteur des interventions officielles réside dans la visibilité donnée aux actions d'acteurs informels et communautaires qui échappent à tout agrément ou reconnaissance institutionnelle classique (ex : communautés confessionnelles ou ethniques) qui ont montré une force de mobilisation et une rapidité de réaction. Ils ont été d'un grand secours pour certains acteurs associatifs, car ils ont permis de toucher des populations habituellement exclues des aides officielles. Dès lors, ces acteurs informels se sont montrés indispensables pendant cette crise et ont dès lors été valorisés aux yeux d'acteurs associatifs implémentés dans des quartiers dans lesquels certaines populations sont difficiles à toucher, tel que le montre l'extrait ci-dessous :

---

*Les citoyens qui n'étaient pas dans ces dispositifs officiels ou institutionnels, ils étaient finalement dans ces dispositifs plus informels ou plus communautaires. Et ça je pense qu'il faut vraiment savoir que ces acteurs existent, qu'ils ont un pouvoir de mobilisation important, qu'ils mobilisent peut-être avec d'autres*

*ressorts, j' pense que c'est quand même intéressant parce que y'a cette volonté de travailler avec des acteurs plus communautaires et plus informels. Et de les mettre, de les intégrer à l'image de l'entraide, parce que ce sont des acteurs importants. Et sous-estimés, parfois instrumentalisés. Je trouve ça intéressant d'acter cette présence-là et de voir.* (Chargée de projet)

En ajout à cela, des travailleurs identifient quelques effets positifs de la crise sur leurs usagers. Certains usagers en confinement ont mis leurs compétences à disposition de l'association pour contribuer aux réponses d'urgence, comme ces patientes qui ont fabriqué chez elles des masques qu'elles ont mis à disposition de leur maison médicale. Selon certains intervenants, la crise a eu des effets bénéfiques sur certaines familles qui ont réussi à resserrer leurs liens pendant les confinements, et se sont ressoudés. D'autres usagers ont tiré profit de l'arrêt du premier confinement pour faire le point sur leur vie, et profité de cette accalmie, en collaboration avec les travailleurs sociaux, pour se (re)mettre en projet, tel qu'expliqué ci-après par cet éducateur de rue :

---

*Certains, avant le confinement, faisaient un peu n'importe quoi de leur vie, et maintenant que le confinement est arrivé, ils en ont profité pour travailler avec nous, pour mettre en place un plan d'action et un projet de vie. Et du coup ça redonne un sens à leur vie, parce qu'ils vivent les deux aspects : l'aspect liberté totale, l'aspect enfermement total. Et ils se rendent compte qu'ils ont perdu beaucoup de temps à ne rien faire. Aujourd'hui, ils ont mis en place des choses avec nous qui leur permettent de se projeter dans la vie.* (Éducateur de rue)

Enfin, le ralentissement imposé par les premiers mois de confinements a donné lieu à un rythme de travail réduit pour certaines structures. Ce sous-régime a été utilisé par certaines chefs d'équipe pour prendre du recul, sortir de la tension effrénée du quotidien, et réfléchir à l'amélioration du service et des missions. Cette baisse d'activité revêt son lot de complication, nous l'avons vu. Néanmoins, un an après, les responsables d'équipe identifient les bienfaits de cette temporisation, et la réflexivité qu'elle a pu apporter sur leurs pratiques.

### 3.5.7.1 En conclusion

Notre analyse révèle que l'année écoulée a donné lieu à différentes étapes, formant un processus d'adaptation différencié, pendant lequel les travailleurs ont développé une plus ou moins grande résilience à la crise, dépendante des degrés de prévisibilité et de sidération attachées aux réglementations et injonctions en vigueur. Plus spécifiquement, les phases déconfinement améliorent la résilience professionnelle alors que les phases de confinement la détériorent.

L'impact de la crise sanitaire sur les pratiques médicosociales est multiple et impacte la qualité des services rendus aux usagers : déshumanisation de la relation d'aide, approche segmentée des personnes, ne permettant pas la prise en charge d'usagers cumulant les problèmes, et dilution des responsabilités professionnelles, augmentation de la charge de travail, isolement et souffrance professionnels, complexification de la prise en charge avec la fermeture des organismes de première nécessité, méfiance accrue vis-à-vis des autorités publiques, dégradation de la cohésion des équipes, etc. La numérisation des services impacte la relation d'aide (réciprocité perdue, augmentation des difficultés de communication et des conflits interpersonnels, renforcement du sentiment de ne pas être écouté, etc.)<sup>97</sup>, complexifie la gestion, par les services présents sur le terrain, des usagers «numériquement» défavorisés qui perdent l'accès à des organismes de première nécessité (banques, mutuelles, CPAS, etc.) et détériore la dynamique d'équipe comme c'est le cas du

---

97 TISSERON S. (2020), Op. Cit.

télétravail<sup>98</sup> qui renforce le sentiment d'abandon professionnel, qui « nuit à la création d'une culture commune » et « réduit les possibilités de création », qui augmente les risques de burn-out, etc.

Ce bilan en appelle à redéfinir la notion de métiers d'urgence sur base d'une part, des besoins indispensables à assurer physiquement aux populations vulnérables et d'autre part, de l'interdépendance des organismes dans l'aide et le service apportés à ces populations et ce, dans des conditions de protection suffisantes pour les travailleurs afin qu'ils puissent exercer leur travail en toute sérénité.

## 3.6 DES CONSÉQUENCES À CRAINDRE SUR LE PLAN SOCIOSANITAIRE

Ce chapitre synthétise les réponses des intervenants au sujet des conséquences de la crise à moyen et long terme, qu'ils identifient, craignent, mais également apprécient. L'hypothèse posée ici est que **la crise sanitaire donne lieu à moyen et long terme à une double crise sociale et économique qui complexifie les problématiques des usagers et alourdit la charge professionnelle et mentale des travailleurs de services de première ligne**. Il s'agit d'une hypothèse au présent, qui vise à identifier les projections futures des répondants. Le développement tend à confirmer cette hypothèse, au vu de la prépondérance du caractère pessimiste de leurs projections prévoyant une aggravation généralisée des situations rencontrées par les usagers de leurs services, qui s'enracine dans différentes craintes identifiées par nos interlocuteurs. Toutefois, si les craintes sont plus nombreuses que les réjouissances, notre analyse permet de révéler que les intervenants ont également fait preuve de recul et de réflexivité, et sont capables d'identifier les revers et quelques changements positifs à attribuer à cette crise.

### 3.6.1 AGGRAVATION DE L'EXCLUSION ET DE LA PRÉCARISATION DES PUBLICS

Globalement, la plupart des répondants estiment que l'exclusion et la précarisation de leurs usagers tendent à s'aggraver de plus en plus. Cela se traduit par diverses craintes : l'alourdissement des problématiques dont souffrent leurs usagers, l'augmentation de leur charge de travail, le difficile retissage des liens avec leur public et l'inquiétude liée à la pérennisation du travail à distance et à la dématérialisation des services publics et sociaux.

#### 3.6.1.1 Alourdissement des problématiques des usagers

Le discours des intervenants révèle une conviction prononcée que les situations de vie et les problèmes rencontrés par les usagers se complexifient et s'alourdissent. C'est la conséquence directe de l'interruption ou de la perturbation des suivis réalisés pendant l'année Covid, du renforcement de l'isolement et de l'exclusion des populations fragilisées, de leur précarisation, de la baisse d'accessibilité des services publics et sociaux et de l'augmentation des cas de non-recours aux soins et à l'aide (nous l'avons vu dans le chapitre 4). Outre l'inquiétude autour de l'augmentation de la détresse humaine à laquelle ils seront exposés, c'est aussi l'impact sur l'accompagnement social de ces populations qui désarme les travailleurs, tel que l'illustre l'extrait ci-dessous :

---

*Les problématiques du jeune qu'on suivait par exemple en 2019, et dont on a de temps en temps des nouvelles, qui reviendra une fois que tout se remettra en*

---

98 TISSERON S. (2020), Op. Cit.

*route, et bien ses problématiques elles seront plus profondes. Elles seront plus grosses. Ou alors elles seront plus complexes parce qu'il y aura aussi un aspect santé mentale dedans. Et on sait que c'est difficile à gérer.* (Responsable d'équipe)

La complexification de ces problématiques exige la mobilisation de compétences et de connaissances législatives et procéduriales nouvelles, qui appelle à une formation continue et sort les travailleurs de leur zone d'expertise. La crainte de ne plus pouvoir faire face seul aux demandes des usagers est prégnante, et s'accompagne du besoin grandissant de travailler de manière interdisciplinaire. Ce qui implique le développement de partenariats nouveaux, qu'il faudrait pouvoir penser stratégiquement et de manière prospective. Cela risque de générer un gap entre les besoins du terrain et la capacité des services sociaux d'y répondre adéquatement. À cela s'ajoute l'augmentation du sentiment d'impuissance qui menace les travailleurs. Les extraits qui suivent illustrent ces craintes :

---

*Ou alors avec des jeunes qui sont dans des problématiques qu'on n'avait peut-être pas l'habitude d'avoir tout le temps à l'écoute et qui sont plus lourdes. Qui sont plus complexes à traiter parce qu'elles nécessitent l'intervention de plusieurs disciplines.* (Responsable équipe)

---

*Nous craignons de ne pas arriver à répondre à là où ils sont maintenant. À leur situation : arriver à la gérer, c'est à dire, arriver à toujours pouvoir accepter ces personnes, mais peut-être à adapter la manière de travailler avec elles.* (Responsable de service)

De plus, la difficulté grandissante des modalités de prise en charge sociale se manifeste également par la certitude que les situations de **détresse psychique et mentale** des publics cibles augmentent. Situations auxquelles les travailleurs vont devoir s'adapter, s'ajuster, s'armer, faire preuve de patience et se montrer tolérants. Cela exige d'acquérir également de nouvelles compétences psychosociales dans la gestion des publics avec troubles psychiques, qu'ils soient chroniques ou non. Ainsi, il n'est pas concevable que ces fragilités constituent des limites supplémentaires à l'accessibilité des services publics, sociaux ou de santé. L'extrait ci-dessous confirme en effet la volonté des professionnels de première ligne de s'adapter à cette réalité grandissante, de façon à ce que celle-ci ne constitue pas un facteur d'exclusion ou de non-recours :

---

*Pour les travailleurs y aura sans doute aussi, il y en a déjà d'ailleurs, mais pendant un certain temps il y aura sans doute aussi le fait de devoir gérer plus de détresse. Ou de devoir gérer, par exemple, des groupes d'adultes, avec plus de situations limites, en termes de santé mentale.* (Responsable de service)

Cette fragilisation psychologique est une menace réelle pour les travailleurs actifs auprès de personnes âgées, dont le renforcement de l'isolement du contexte de crise, particulièrement pour les résidents de maisons de repos, génère de réelles conséquences. Aux yeux de ces travailleurs, c'est cet isolement qui est l'élément principalement responsable des problèmes de santé mentale chez nos seniors. À cela s'ajoutent les témoignages de travailleurs actifs auprès des personnes en rue, ou des jeunes en âge de scolarisation, dont les exemples de craquages mentaux sont nombreux. Ils ont la conviction que la crise sanitaire a été le catalyseur et l'accélérateur de troubles psychiques latents. L'extrait ci-dessous l'illustre.

---

*On a des patients qui pètent des câbles, mais après c'est eux qui s'disent que c'était sous-jacent et que le Covid n'a fait qu'exacerber le machin.* (Infirmière)

La complexification des besoins du terrain se traduit également à travers la crainte que le fossé des inégalités s'est creusé pendant la crise et va continuer à se creuser. Les intervenants expriment une réelle inquiétude quant au risque de précarisation de leurs publics. Ils constatent déjà cette précarisation sur le terrain au moment de l'enquête, et ne voient pas ce qui pourrait freiner celle-ci dans un futur proche. Par ailleurs, le fossé des inégalités a été visible pendant la crise, qui a mis en avant que les victimes de la crise ne sont pas les classes moyennes et aisées, mises au télétravail, confinées à domicile, pour lesquels l'arrêt des modes de consommation habituels a été synonyme d'épargne et d'enrichissement. Non, les victimes, les travailleurs le voient sur le terrain, ce sont les publics initialement déjà fragilisés économiquement et socialement, dont les situations se sont détériorées (perte de revenus, désaffiliation et rupture sociale, inaccessibilité des services d'aide et de soins, etc.). Loin des considérations politiques ou philosophiques, ce sont les retours de terrain qui alimentent ces visions, tel que l'atteste l'extrait ci-dessous :

---

*Cette perspective du monde d'après, qui n'est pas réjouissante du tout sur le plan social, où on voit un creusement des inégalités. Et ce n'est pas un discours politique de le dire, c'est juste, j'ai une analyse des faits, c'est que le Covid a enrichi les gens et en a appauvri d'autres. Le fossé des inégalités sociales s'est largement creusé, la demande sur le CPAS a augmenté puisque nous, on a vu une augmentation de plus de 10 % du nombre de bénéficiaires en un an. Ce qui est quand même du jamais vu. Les perspectives ne sont pas réjouissantes.*  
(Responsable de service)

---

*Ça aura mis en évidence qu'on n'est franchement pas égaux et, et à tous les points de vue, et c'est ça que cette crise aura mis en avant.* (Chargée de projet)

La crise Covid n'a pas créé à elle seule les inégalités qui clivent notre société, mais elle les a **révélées et renforcées**, selon le discours des intervenants, au même titre que d'autres événements et crises passées, dont pourtant les leçons ne semblent pas avoir été tirées. Les problèmes sont **structurels** et se traduisent par l'idée que notre société est incapable de prendre soin des pauvres ni de prévenir la pauvreté. La volonté politique est de mettre un pansement sur une jambe de bois en sous-finançant un secteur social débordé et en sous-effectif, alors que ce sont des changements structurels ambitieux qui seraient les meilleurs remparts à la pauvreté et à la détresse humaine. L'extrait ci-dessous met en évidence le raisonnement selon lequel l'État se désintéresse d'un quart de la population :

---

*La crise Covid est une énième occurrence de l'expression d'une société qui s'est habituée à vivre avec une couche de pauvreté importante. Il y a quand même à mon avis 10-15 % de la population qui a peur de tomber dans cette 30 ou ces 25 %. Pour moi, le Covid n'est qu'une occurrence de plus de ce problème-là. Donc moi je pense qu'il faut arrêter de parler du Covid, qu'il faut parler de problème structurel que le Covid a révélé une fois de plus.* (Responsable de service)

La complexification des problématiques concerne également les patients des services médicaux. Les professionnels de santé craignent les conséquences dues à l'absence de surveillance et de bilans de santé, l'arrêt des dépistages cancéreux ou des suivis de patientes malades chroniques, le report ou le non-recours aux soins pendant les confinements. Ce sont les missions de médecine préventive qui n'ont pas pu être poursuivies, incapables donc de freiner le développement de maladies et la détérioration de l'état de santé d'un patient. La détérioration de la santé de certains patients implique un rattrapage complexe, parfois impossible, pour les travailleurs médicaux.

L'extrait ci-dessous sert de bon résumé à l'ensemble des facteurs qui contribuent à la complexification des problématiques, passant de report de soins, à l'inaccessibilité des services, et de mise à l'arrêt de suivis de problèmes graves ou chroniques, pendant de longs mois, ce que les travailleurs vont devoir assumer à l'avenir :

---

*Non, ça a dépassé la jauge normale, c'est ça que je suis en train d'expliquer. Normalement on a notre fonctionnement normal, et là, on était sous pression. Tout le temps. Parce qu'il y avait tout le temps des demandes, et les problématiques étaient plus profondes parce que les gens sont restés chez eux avec leurs problèmes. Et ils ne se sont pas rendus compte que leurs problèmes ils grandissaient, ils grossissaient et ils devenaient plus graves. Même si on était à la maison. Et très souvent c'est parce qu'ils n'arrivaient pas à prendre contact avec les institutions, ou alors qu'ils se disaient "bon puisqu'il y a le Covid, et bien ça va. On va tout remettre sur le Covid". Et du coup, c'est ce qui a rendu le traitement en tous cas des demandes et des problématiques plus complexes, parce parfois il fallait reprendre le travail qu'on avait commencé il y a des mois et des mois, et parfois il fallait reprendre bien plus que là où on avait commencé. Donc là, c'est problématique. (Responsable d'équipe)*

L'alourdissement des problématiques et des besoins des usagers est donc une perspective peu réjouissante exprimée par les travailleurs. Celle-ci se traduit par l'augmentation de la gravité des situations rencontrées, qui exigent de nouvelles compétences et alimentent le sentiment d'impuissance des travailleurs. Cette aggravation concerne surtout l'état de santé mentale des usagers, qui se détériore et qui désarme les travailleurs. La crise a également révélé des inégalités sociales, économiques et de santé qui se creusent et se renforcent, traduisant ainsi un problème structurel grandissant, face auquel le secteur social est en difficulté.

### 3.6.1.2 Augmentation de la charge professionnelle des travailleurs sociaux

Ce qui inquiète également les travailleurs, c'est la perspective que leur charge de travail ne va cesser d'augmenter. Si le début de l'année Covid a connu un certain ralentissement des activités (nous l'avons vu dans le chapitre précédent), le niveau d'activité est vite revenu à un taux normal, voire a été dépassé, une fois la réouverture des services possible. De nombreux travailleurs témoignent qu'à l'aube de la deuxième vague, la jauge de travail normale a été dépassée, et qu'elle n'a pas ralenti depuis. Cette crainte est manifeste dans les extraits suivants :

---

*On en aura jamais moins parce que ça ne va faire qu'augmenter. (...) En tout cas, on voit très peu de positif, nous. (Assistante sociale)*

---

*En tous cas, sur le terrain on aura plus de gens à accompagner. Ça, c'est une certitude. Et plus encore dans la prévention, c'est d'être plus présent dans les écoles et en primaire. Parce qu'on se rend compte, c'est en primaire que ça se joue et même avant. Parfois, on dit qu'il faut faire de la prévention à la maternité. (Responsable de service)*

Ces extraits identifient le nombre croissant d'usagers en demande comme la cause de l'augmentation de leur charge de travail. Mais cet afflux de travail est également la conséquence des fermetures, lors du premier confinement, et le fruit d'évolutions de la crise qui font reposer davantage de besoins et responsabilité sur les services sociaux. À titre d'exemple, citons le cas d'un CPAS, dont les assistantes sociales ont dans l'urgence dû pallier à l'arrêt d'un dispositif d'aide alimentaire porté par des associations de bénévoles retraités, qui s'est brutalement arrêté pendant le confinement. Or,

de nombreuses familles reposaient sur cette aide alimentaire comme moyen de subsistance. C'est à ce CPAS qu'incombait l'organisation de cette aide alimentaire d'urgence, dont le nombre d'usagers a augmenté au début de la crise. L'organisation bénévole n'a jamais repris son activité. Cet afflux de travail est également la conséquence de la numérisation et de la dématérialisation des services, ainsi que la fracture numérique dont souffrent les usagers, que nous avons développés dans le chapitre 4. Au travail habituel s'ajoutent de nouvelles tâches à charge des intervenants, telles que l'inscription des usagers sur des portails en ligne, le suivi de leurs démarches informatiques, ou encore la familiarisation avec de nouveaux outils numériques utilisés par les structures relais. Les intervenants, pour certains déjà en surcharge et sous pression, ne voient pas l'avenir plus serein sur ce point-là.

### 3.6.1.3 Retissage difficile des liens de confiance

Une majorité des intervenants craint l'impact des mois, voire d'une année de rupture des contacts physiques sur leur lien de confiance et de loyauté avec leurs usagers. Si l'entretien des contacts de manière virtuelle a été possible pour une partie des usagers, le lien a été rompu avec d'autres. Différentes causes sont à l'origine de la crainte du difficile retissage du lien pour les travailleurs. D'une part, selon les intervenants, le lien de confiance avec les usagers d'un service se construit lentement, au moyen d'un investissement régulier au travers des rencontres informelles et formelles, au détour d'activités et d'accompagnements. Mais ce lien s'entretient également dans la durée et la régularité, et dans la proximité géographique aux usagers, en étant présent dans leurs lieux de vie, au quotidien. Le confinement et les mesures sanitaires ont coupé net cet investissement, tel que l'illustre l'extrait ci-dessous :

---

*Vraiment perdre tout ça, ce lien, d'être déconnecté de la réalité, du terrain de la commune. C'est dommage. C'est une richesse de travailler avec les usagers au quotidien qui viennent avec leurs problématiques, les institutions qui les accompagnent. Ça aussi, on a de moins en moins. Et ça déstabilise en fait au final.* (Assistante sociale)

Une autre cause réside dans l'inquiétude que renouer le contact avec les usagers va demander un investissement supplémentaire, énergivore et chronophage, qui devra s'ajouter aux missions usuelles des travailleurs. Ce retissage de lien inquiète également parce que cette rupture de contacts est inédite, rarement auparavant les services n'ont connu une telle mise à distance de leur public. La crainte se manifeste aussi dans le fait que cet obstacle ne soit ni compris ni pris en compte par les pouvoirs subsidiaires qui, si la distance perdure, pourraient sanctionner financièrement les organisations concernées, soumises à l'obligation de rendre des comptes (souvent chiffrés) de leurs activités. Or, le fossé ainsi creusé avec les usagers ne se remplit pas du jour au lendemain, cela exige du temps et les intervenants questionnent comment diminuer de cet écart, comme le révèle l'extrait ci-dessous :

---

*Les questions pour les usagers, certains collègues se posent vraiment la question de comment allons-nous faire pour renouer avec nos usagers ? Ils ont continué à garder du contact avec certains, mais il y en a d'autres qu'on a perdus, qu'on espère pouvoir retrouver. Comment allons-nous faire, est-ce qu'il faut mettre des activités spécifiques en place ou des actions spécifiques pour pouvoir recréer le lien avec l'ensemble du public ? Je pense aussi qu'il va falloir du temps pour ça, parce qu'il faudrait que le public retrouve de la confiance.* (Responsable de service)

Un troisième facteur est l'absence de contact physique, que certains intervenants identifient comme un obstacle à la relation du care, et à l'alimentation de la relation de confiance des usagers à leurs

égards. Il s'agit pourtant d'une dimension essentielle bon exercice de leurs missions de première ligne et de personne bienveillante et de confiance. Selon le travailleur ci-dessous, cela constitue un frein à la qualité du lien à retisser avec les usagers après une année de Covid :

---

*Cet aspect tactile, je crois que ça va rester, à mon avis les gens ne vont pas revenir tactile comme ça, du jour au lendemain après un an de gestes barrières. (...) Je me rends compte que, d'avoir fait ce métier, ça a impacté ma manière d'être aux autres. J'suis plus tactile qu'avant avec les gens parce que y a des moments où ça le nécessite. T'es dans une relation de care, et donc à un moment, tu mets une main sur une épaule, l'essaies d'être soutenant. Par rapport aux jeunes aussi, c'est une forme de dynamique. (Éducateur de rue)*

### 3.6.1.4 Pérennisation de la dématérialisation et du travail à distance

L'ultime crainte identifiée dans l'analyse est liée à la pérennisation de la dématérialisation des services publics, médicaux et sociaux, et du travail à distance. Tout d'abord, plusieurs intervenants, que ce soient des travailleurs de terrain ou des responsables hiérarchiques, estiment que l'injonction au télétravail a généré des inégalités entre travailleurs, nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Ceux-ci s'inquiètent donc sur les évolutions futures qui en découleront, et de la manière dont les organisations, et mêmes des secteurs entiers, vont se saisir du problème, et si cela fera adéquatement. Ils appréhendent les frustrations que cela va produire chez eux et leurs collègues, et se demandent comment allier de manière pérenne la flexibilité apportée par le télétravail, l'égalité des conditions de travail et le maintien d'une présence suffisante et pertinente sur le terrain. Dans l'extrait ci-dessous, la pérennisation du télétravail est un enjeu futur très clair pour le responsable du service concerné :

---

*Il va se poser la question du télétravail. Ça me semble assez clair, sachant que pour moi, ce qui va être un des enjeux, c'est de voir dans quelle mesure on peut introduire du télétravail sachant qu'il y a des fonctions pour lesquelles ce ne sera pas possible. Et que donc, on crée au sein de l'équipe une différence. Voir une inégalité. Peut-être de petits problèmes qui pourraient se poser, par exemple, au sein d'une maison de quartier, ou à la limite, le coordinateur pourrait être en, une journée par semaine en télétravail et qu'une autre personne, un éducateur par exemple, ne pourrait pas l'être du tout. Là, ils cohabitent. (Responsable de service)*

Le télétravail est aussi vu comme une menace aux dynamiques de construction, de gouvernance partagée, et de participation de tous les travailleurs et des usagers. Il y a donc des risques clairs attachés au télétravail, et il est essentiel d'y apporter une réflexion concertée et transversale de fond, aux yeux de ce responsable de service :

---

*Donc, à mon sens, il y a un gros boulot à faire sur la création d'une culture du télétravail, qui soit une culture qui reste participative, co-créative, et pas une culture de la délégation de tâches. Parce qu'il y a un vrai risque que le télétravail devienne une délégation de tâches et plus un travail de co-construction et d'élaboration ou de travail social en équipe pluridisciplinaire. (Responsable d'équipe)*

Ensuite, le télétravail est aussi vu comme une menace pour le projet de cohésion des équipes. Comment garantir, préserver et favoriser des cohésions d'équipes sans se voir, sans partager un même espace de travail et s'exposer aux mêmes réalités de terrain ? Sans pouvoir aller chercher du soutien face à des situations difficiles rencontrées sur le lieu de travail, dont on sait qu'elles sont

fréquentes dans le travail social, sans comprendre les difficultés mutuelles qui peuvent être vécues au sein d'une même organisation ? Les métiers humains de première ligne, qu'ils soient médicaux ou sociaux, sont confrontés au plus près à la détresse humaine, et il est bien connu que le soutien entre pairs et entre collègues est une ressource qui aide à y faire face. Le travail à distance peut mettre cela en péril, et ôter cette ressource essentielle à de nombreux travailleurs. L'extrait suivant confirme ces propos avec simplicité :

---

*Il manque ce lien qui est important dans une équipe. Ça permet de se soutenir, et de comprendre les difficultés de l'autre.* (Assistante sociale)

Enfin, la dématérialisation des services, la numérisation des données et des procédures sont également sources d'inquiétudes pour les travailleurs. Cette évolution pourrait mettre en péril la dimension humaine de l'accompagnement social, selon certains intervenants. Le fait de traiter des «dossiers» numériques plutôt que des personnes pourrait dévier l'accompagnement vers un traitement d'une requête plutôt que d'une situation de vie, ôtant le travailleur de la possibilité d'avoir une vision holistique de son usager. Les travailleurs craignent le séquençage des aides, et le manque de communication, d'échanges et de concertation entre services, qui produiraient des incohérences et de la rigidité, et une déconnexion des besoins de terrain. Car toutes les personnes dans le besoin n'entrent pas forcément dans des cases prédéfinies par des procédures rigides, cela est bien connu dans le secteur social-santé. Les extraits ci-dessous, qui traitent de la peur de la déshumanisation des pratiques, et de son impact négatif sur les usagers, expriment des points de vue partagés par plusieurs intervenants :

---

*Peur de ne plus avoir de sens en fait, je ne voudrais pas que mon travail n'ait plus de sens au quotidien, de ne plus remplir nos missions. De déshumaniser nos pratiques. Et que quelque part tout devient informatisé. On informatise déjà nos rapports, nos demandes, que les entretiens deviennent de plus en plus limités. Donc ça c'est dommage, parce qu'on perd l'histoire de la personne, de l'usager.* (Assistante sociale)

---

*J'ai l'impression d'être à la boucherie et de prendre le ticket numéro parce qu'il y un numéro untel.* (Assistante sociale)

---

*Si le télétravail devait se généraliser, et que ça devait perdurer, si la place du numérique devait rester telle qu'elle est, je pense que les gens comme ça, qui sont les plus précarisés vont être encore plus impactés parce qu'ils sont moins aptes, moins équipés, tout simplement.* (Responsable d'équipe)

Par ailleurs, la dématérialisation des services poussée un revers qui met à mal l'éthique et les limites des travailleurs. En effet, au vu des vulnérabilités numériques des usagers, que ce soit en termes d'équipements ou de compétences, les travailleurs se débrouillent pour favoriser l'accès aux droits et aux aides de leurs usagers. Mais pour se faire, ils doivent de plus en plus régulièrement se substituer à leurs usagers dans les démarches en ligne. De la création d'identifiants, à la gestion de portails personnels, en passant par des identifications sur base du numéro de registre national, les travailleurs ont accès parfois à des informations personnelles sensibles. Conscients que cela pose des questions de consentement éclairé de leurs usagers ou de manipulation de données personnelles privées, les travailleurs dénoncent une nouvelle zone grise dans laquelle ils se trouvent actuellement. L'extrait ci-dessous en est un exemple illustratif :

---

*Il y en a qui perdent leur boîte mail, à qui il faut recréer des trucs, donc tu te retrouves à faire des choses qui sont en contradiction avec la loi pour certains parce que du coup, qu'est-ce que tu fais, tu te retrouves à créer la boîte mail de quelqu'un, à toi, entretenir son espace client, et du coup, recevoir toutes des infos ne que t'es pas censé traiter comme ça. (Responsable d'équipe)*

Les projections futures faisant suite à la crise de la Covid sont donc pessimistes et les intervenants identifient plusieurs évolutions négatives qui impacteront leurs missions et menaceront le sens et leurs méthodes de travail à long terme.

### 3.6.2 OPPORTUNITÉS ET ESPOIRS RETENUS

La crise Covid ne donne toutefois pas exclusivement lieu à des projections négatives de la part des intervenants, puisqu'une partie des intervenants identifie également des effets positifs et des signes d'espoir au sortir de cette pandémie. Le premier signe revient à appuyer que la pandémie a permis de valoriser le rôle de filet de sécurité indispensable que les CPAS remplissent. Même si de nombreux CPAS ont fermé leurs portes, et ont été critiqués pour cela, les conséquences de ces fermetures ont été désastreuses. Et leur réouverture a donné lieu à un flot de demandes, révélant dès lors leur utilité. Les intervenants remettent en question la décision selon laquelle les métiers des CPAS n'ont pas été considérés comme des fonctions essentielles au début de la crise, dont on pouvait se passer le temps des confinements. Or, ce raisonnement a montré toutes ses limites et la récupération des conséquences de cette décision a exigé beaucoup de ressources et de travail lors des déconfinements.

---

*J'y crois, j'ai de l'espoir de me dire 'les missions du CPAS', je me dis, 'elles ne se sont pas évaporées avec le Covid'. (Assistante sociale)*

---

*Ce Covid, malgré ce climat négatif, et cetera, je pense que ça a été un mal pour un bien quelque part. (Assistante sociale)*

Les extraits ci-dessus sont teintés de cynisme, et sont produits par des travailleuses dont les conditions de travail se sont détériorées avec la crise et qui en ont souffert. Mais elles parviennent à déceler un aspect positif à cela, à savoir l'espoir que l'utilité des missions des CPAS soit davantage reconnue et sa fonction de dernier rempart à la misère mieux considérée. Les CPAS ont eu une certaine autonomie de gestion de la crise à leur échelle, et certains d'entre ne sont pas parvenus à s'adapter et se réorganiser de manière satisfaisante face à la crise, et ont difficilement ajusté leur fonctionnement institutionnel, mettant ainsi en péril leur mission d'assistance. Ces dysfonctionnements ont ainsi été révélés par la crise, ce qui n'est pas forcément une mauvaise chose pour les travailleurs de terrain qui les subissent :

---

*Quelque part ce n'est pas plus mal puisque tous les dysfonctionnements sont remontés. Donc ça ce n'est pas plus mal, c'est peut-être le côté désagréable que la hiérarchie est en train de gérer maintenant. (Assistante sociale)*

Le deuxième signe d'espoir en l'avenir réside dans la conviction de certains travailleurs d'avoir été visibles pendant la crise. C'est le cas par exemple des équipes de rue, telles que celles des éducateurs de rue ou du personnel médical ambulatoire. Leurs difficultés de terrain ont pu être remontées, car plus prégnantes pendant la crise, et leur rôle social a montré tout leur impact puisque, sans leur capacité d'actions et sans leur ancrage dans certains quartiers, les tensions et fragilités vécues ont été exacerbées, et les médiations entre autorité et populations affaiblies. Les écarts

entre politiques et populations fragilisées se sont creusés avec la crise, nous l'avons développé précédemment. Ces écarts ont révélé des vécus, des problématiques et des secteurs d'intervention «oubliés», que les événements de la crise renforcent, et que les intervenants peuvent mobiliser pour dénoncer ces dysfonctionnements, et fonder une base à un plaidoyer interprofessionnel et intersectoriel fort. L'extrait ci-dessous illustre cette idée :

---

*Je suis vraiment heureuse d'avoir vécu cette crise avec les collègues que j'ai parce qu'on a vraiment tout traversé ensemble. Et j'espère que toutes les personnes qui ont vécu des dysfonctionnements, des défaillances, des incompréhensions durant cette crise, j'espère que grâce à cette crise, les secteurs sociaux, médicaux... qui tous étaient impactés en fait, n'oublieront pas ce moment où on a été là dans les mêmes problématiques, face au même manque de soutien. Et qu'on n'oubliera pas de se soulever tous ensemble dès que ce sera possible. En fait, qu'on n'oubliera pas qu'on est des secteurs qui sont dévalorisés, que le non-marchand est tout simplement dévalorisé et pas assez soutenu ou pas du tout soutenu par certains partis. Mais qu'on n'a pas oublié de se soutenir, nous entre nous. (Éducatrice de rue)*

Un troisième signe positif pour l'avenir est que la crise a permis de bouger les lignes et d'étendre sans précédent la prise en charge de personnes vulnérables. En effet, la crise a ouvert le champ à des mesures innovantes et protectrices des droits humains fondamentaux. Plusieurs exemples sont régulièrement cités : la mise à disposition d'hôtels pour loger des sans-abri, que ce soit des logements d'urgence ou des lieux de quarantaine, le moratoire sur les expulsions de logements, le maintien du dispositif hivernal (logements d'urgence et centres de jour) toute l'année, etc. Si les intervenants qui ont participé à l'enquête ne sont pas directement concernés par ces mesures, ils les citent régulièrement pour illustrer que celles-ci ne dépendent que d'une volonté politique, et qu'il est possible d'envisager des politiques sociales ambitieuses similaires à l'avenir, puisque ça a déjà été fait. Cette réactivité et ce courage politique, les intervenants espèrent qu'il sera copié et perpétué à l'avenir, et que des choix philanthropes et sociaux seront menés à l'avenir. Le seuil de dignité des conditions de vie humaine ne doit pas être plus bas en contexte normal qu'en contexte pandémique, tel que le souligne l'extrait ci-dessous :

---

*J pense que le Covid accélère certaines choses, mais si en dehors du Covid on pourrait quand-même aller aussi vite ce serait pas mal quoi. (...). Ce n'est pas parce que y'a la crise sanitaire que le sans-abrisme c'est grave. (Chargée de projet)*

Enfin, le quatrième signe positif se loge dans les efforts de créativité et d'innovations des associations, qui ont su se réinventer en contexte de crise et continuer d'exercer leurs missions sociales de première ligne de la meilleure manière possible. Cela passe par la maîtrise de nouveaux supports, de nouveaux outils, l'acquisition de nouvelles compétences, et de l'imagination pour pouvoir continuer à donner la parole aux usagers. Les intervenants soulignent la nécessité de capitaliser ces trouvailles, et revendiquent une certaine fierté. Bien qu'il y ait eu de nombreux obstacles, et peu de ressources, certains intervenants tiennent à souligner la motivation, l'investissement et le mental dont ils ont fait preuve pendant la crise, et qu'il est nécessaire de reconnaître leurs efforts et leurs succès. La responsable de service ne dit pas autre chose dans l'extrait ci-dessous :

---

*Je trouve que ce qui est intéressant aussi, c'est qu'il y a eu beaucoup de créativité et de motivation à essayer de trouver des petites solutions pour garder, justement, un maximum le contact avec le public. Ça, je trouve quand même encourageant. (Responsable de service)*

Pareillement, la crise sanitaire a permis d'offrir une certaine flexibilité aux travailleurs, ce qui constitue un gain de qualité de vie. L'alternance entre télétravail et présentiel offre un équilibre précieux. La priorité donnée aux rendez-vous plutôt qu'aux permanences, quant à elle, améliore la qualité de l'accompagnement. Et la surveillance renforcée de la santé des travailleurs renforce leur sentiment de sécurité au travail. Il est nécessaire pour plusieurs intervenants, et surtout pour des responsables d'équipe ou de service, de reconnaître les aspects positifs et de relativiser l'impact global de la crise. Selon leurs dires, ces événements extrêmement perturbants ont tout de même permis de donner lieu à des changements innovants, qui ont une plus-value pour la qualité du travail et la qualité de vie des travailleurs et qu'il faut garder.

Tous ces signes positifs mettent en exergue les capacités de résilience et de relativité des intervenants, qui un an après le début du confinement, sont plus aptes à une prise de recul. De plus, il s'agit ici de projections, qui ne se mesurent pas à leur probabilité de réalisation, mais qui permettent de saisir ce qui sert de ressources ou de moyens de renforcement de capacité d'agir pour les travailleurs, et qui doivent pouvoir nourrir des réflexions politiques sur les suites structurelles à donner à cette crise.

# 4.

## PISTES DE RECOMMANDATIONS

---

### F. Geurts

L'analyse nous permet de dégager **quelques pistes de recommandations**, construites et nourries à partir des entretiens, des contributions provenant des travailleurs sociaux des services de première ligne ont participé à l'enquête, et du secteur de promotion de la santé de Bruxelles. Ces recommandations ambitionnent de proposer des pistes pour d'une part, combattre les conséquences sociales, économiques et psychiques que la crise actuelle a eues sur les services médicosociaux de première ligne et sur leurs usagers et, d'autre part, pour tirer les leçons de la pandémie que nous venons de vivre, et être mieux préparés en cas de crise sanitaire future éventuelle.

### 4.1 CONCERNANT LES USAGERS

#### 4.1.1 DE MANIÈRE GÉNÉRALE :

- Combattre **l'isolement** exacerbé par les périodes de confinement et éviter un état de **fermeture** des services, tel que celui que nous avons connu en 2020. Pour se faire :
  - Élaborer des plans de contingence dans les institutions et les secteurs médicosociaux qui prévoient le **maintien de l'accueil** au sein des services, tout en garantissant la sécurité des travailleurs (impliquant par exemple des plannings de présence en alternance, des jauges d'accueil maximum, un plan de communication à l'intention des usagers, etc.).
  - Prévoir des dispositifs de maintien du lien avec les usagers **les plus isolés**, en prévoyant des mesures flexibles pour certains publics (par exemple les publics jeunes de quartiers paupérisés, les personnes fragilisées psychologiquement, etc.) et des moyens de protection nécessaires et en nombre suffisant au maintien du lien physique.
  - Garantir des **alternatives** à la **dématérialisation** des services pour les personnes numériquement vulnérables, combiner le présentiel et le distanciel.
  - Préserver la dimension **humaine** de la prise en charge, afin d'assurer que les usagers ne soient pas considérés comme un numéro, et que les intervenants sociaux aient une vision globale de leur situation.
- Lutter contre le creusement des **inégalités sociales et de santé** en combattant les risques de **non-recours** aux aides et aux soins et la non-couverture des besoins primaires. Pour se faire :
  - Définir des mesures sanitaires de contexte pandémique qui tiennent compte de ce risque, à partir des constats dressés par la crise de la Covid-19.
  - Évaluer la primauté de l'intérêt collectif au regard des conséquences sociales, économiques et sanitaires à long terme découlant de fermeture, d'arrêt de services et de privation de libertés. Les compenser le cas échéant.

- Combattre la **fracture numérique** et lutter contre la vulnérabilité numérique. Pour se faire :
  - Renforcer l'apprentissage de ces compétences numériques dans les écoles primaires et secondaires et dans les espaces de formation professionnelle pour adultes.
  - Intégrer dans les cursus scolaires l'éducation aux médias et les techniques de critique historique.
  - Outiller les services sociaux en matériel informatique adéquat.
  - Augmenter l'offre d'espaces numériques publics et leur accessibilité.
  - Investir dans l'acquisition de matériel numérique à destination des usagers et prévoir les critères de distribution simples et justes.
  - Prévoir systématiquement des alternatives physiques et en présentiel à la dématérialisation des services.
- Renforcer les **secteurs oubliés** de la pandémie de la Covid, tels que les secteurs du handicap, des personnes âgées à domicile, des services ambulatoires d'aide à la jeunesse, des secteurs de l'enseignement et du temps libre.

#### 4.1.2 CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES :

- Maintenir et renforcer les **services à domicile** :
  - Prévoir des procédures qui garantissent le respect du personnel et une rémunération digne et attractive.
  - Financer le matériel de protection adéquat.
  - Adapter les soins à domicile : privilégier les suivis personnalisés des usagers (soit un travailleur de référence si possible), repenser la dignité et l'intimité dans la prise en charge.
  - Valoriser les externalités positives hors soins de cette profession.
- Améliorer la gestion de la crise en **maisons de repos et de soins** :
  - Privilégier le maintien des visites coûte que coûte (prévoir les dispositifs en conséquence : des temps de rencontre limités, du matériel de protection, des espaces adaptés).
  - Définir des mesures d'isolement et de précaution qui ne prennent pas seulement en compte les risques sanitaires, mais également les risques mentaux et sociaux des résidents.
- Multiplier les **centres de jour pour personnes âgées**, en nombre insuffisant aujourd'hui, et qui permettent de combattre l'isolement social des seniors et soulager la charge des aidants-proches.
- Lutter contre la **fracture numérique** chez les plus de 65 ans en :
  - Renforcer les plateformes d'échanges et d'aide intergénérationnel entre citoyens bénévoles et seniors en demande.
  - Développer et renforcer les espaces publics numériques destinés aux seniors dans les communes.
  - Offrir des espaces où les seniors peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé dans leurs démarches numériques.

#### 4.1.3 CONCERNANT LES PERSONNES SANS-ABRI :

- Lutter contre le sans-abrisme, révélé et visible par la crise, et qui ont été particulièrement victimisés par les mesures de confinement :
  - Maintenir et augmenter les hébergements d'urgence ouverts toute l'année, de nuit et de jour, afin que l'accompagnement des personnes soit plus qualitatif et plus digne.
  - Augmenter le nombre de logements accessibles à Bruxelles.

- S'assurer que les besoins de base (soins, hygiène, alimentation) soient couverts en toute circonstance chez les personnes en rue et en logement précaire, désigner et financer des services responsables en contexte de crise.
  - Renforcer la lutte contre les expulsions de logement, augmenter les solutions de relogement.
  - Renforcer l'accès aux droits des personnes sans-abri.
- Prévoir des dérogations pour les mesures sanitaires à appliquer aux personnes sans-abri en contexte sanitaire.

#### 4.1.4 CONCERNANT LES JEUNES DE QUARTIERS PRÉCARISÉS :

- Lutter contre la cristallisation des tensions entre **les forces de police et les jeunes** de quartiers précarisés :
- Mettre en place des dispositifs de collaboration et d'échanges entre les intervenants médicosociaux de première ligne et les services de police ou de sécurité, afin que les dynamiques mutuelles soient connues et comprises des uns et des autres. Éviter ainsi que les interventions des deux types d'acteurs ne soient contre-productives et ne détériorent les acquis de terrain.
  - Augmenter la présence des métiers de prévention (éducateurs de rue, médiateurs, etc.) dans ces quartiers et élargir leur couverture horaire.
  - Renforcer les missions préventives de la police, et diminuer la fréquence des interventions répressives et sanctionnantes de la police, en vue d'améliorer leur acceptation et la confiance à leur égard dans la population jeune.
  - Privilégier la mobilisation d'unités de police de proximité, plutôt que celles des brigades d'intervention régionale, moins bien acceptées dans les quartiers.
  - Formaliser et élargir les métiers de « régisseur de quartier », qui fait le lien entre police, services communaux et population.
- Flexibiliser le recours aux **espaces publics extérieurs**, faciliter leur exploitation.
- Investir massivement dans les infrastructures externes et leur entretien.
  - Prévoir des assouplissements pour les services ambulatoires d'aide à la jeunesse actifs dans les milieux de vie, et ainsi pallier le manque d'accès aux espaces de lien (tels que les maisons de jeunes, les locaux communautaires, les salles de sport, etc.).

## 4.2 CONCERNANT LES CONDITIONS DE TRAVAIL MÉDICO-SOCIAL DE PREMIÈRE LIGNE

- Cadrer et adapter les dispositions de **télétravail** au secteur médico-social de première ligne :
- Mobiliser les instances gouvernantes pour mener un dialogue social sur les conditions de télétravail dans les secteurs médico-sociaux. Réglementer la mise en pratique du télétravail, afin qu'elle réponde aux demandes du terrain et aux innovations technologiques.
  - **Lutter contre les inégalités** de travail créées par le télétravail, entre travailleurs pour lesquels le télétravail est possible et travailleurs de terrain qui ne peuvent en faire. Prévoir des dispositifs de compensation aux inégalités engendrées (tels que des primes de risques ou des congés compensatoires).
  - Adapter les analyses de risque et les bilans de santé pour les métiers de première ligne dans l'impossibilité de bénéficier de télétravail (même partiel), mettre du matériel de protection à disposition en suffisance, et ainsi lutter contre le sentiment d'insécurité des travailleurs.
- **Valoriser** le travail des intervenants **non hospitaliers** qui ont continué à exercer leur métier sous haute tension et qui n'ont pas pu être mis en dispense ou en télétravail pendant la crise, tels que

le personnel des MRS, les aides et soins à domicile, les travailleurs sociaux, les éducateurs de rue :

- Visibiliser, considérer et reconnaître leurs efforts et leurs conditions de travail difficile, par les directions, la hiérarchie directe, et par les instances gouvernantes.
  - Éviter l'«**instrumentalisation**» des forces de travail de terrain «disponibles» pour réaliser des tâches qui sortent de leurs missions de base (telles que certaines missions de prévention de la Covid). Assurer qu'ils puissent remplir en priorité leurs missions d'urgences sociales et médicales. Offrir aux travailleurs la possibilité de se rendre disponibles sur base volontaire pour des tâches exceptionnelles propres à un contexte pandémique.
  - Consulter et concerter davantage les intervenants médico-sociaux de première ligne dans les instances décisionnelles de crise, pour garantir une plus grande cohérence et faisabilité des mesures sur les terrains d'actions, et lutter contre la méfiance générée par des décisions prises dans des logiques descendantes.
- Gérer l'**anxiété** des travailleurs médico-sociaux de première ligne en temps de pandémie :
- Outiller les travailleurs sociaux dans l'appréhension et la maîtrise de ressentis ambivalents générés par le contexte de crise (la peur de se mettre en danger en se rendant au travail, contre la frustration attachée à l'inaccessibilité du terrain d'action et la nécessité de maintenir le lien avec le public).
  - Augmenter les capacités décisionnelles des travailleurs dans un contexte caractérisé par des enjeux anxiogènes et contradictoires.
- Outiller les travailleurs sur la gestion des **fausses informations** (fake news) et des théories complotistes auxquelles les travailleurs de terrain (infirmiers, assistants sociaux, éducateurs,...) sont particulièrement exposés. Les outiller pour argumenter efficacement, et identifier les sources d'information frauduleuses.

## 4.3 CONCERNANT LES COMMUNES ET LES CPAS

- Plusieurs administrations communales ont mis en place des **call-centers généralistes** pendant le premier confinement, en vue de répondre aux besoins et demandes des riverains. Ces dispositifs ont prouvé leur utilité. Dès lors, ils doivent être déployables rapidement en cas de besoin, et mutualisables, pour une meilleure utilisation des ressources et moyens nécessaires à leur déploiement et éviter que chaque commune ne réinvente la roue. Les mécanismes de mise en place de ces dispositifs doivent être capitalisés et les personnes ressources identifiées au préalable.
- Prévoir, actualiser et activer régulièrement un **plan de contingence d'urgence en contexte de crise sanitaire** qui pallie aux arrêts d'activités et de services, réorganise les services communaux en fonction des priorités en contexte de crise sanitaire, et identifie clairement les acteurs et responsabilités à activer. S'inspirer des planifications d'urgence et procédures existantes, ainsi que des diagnostics social santé, diagnostic de cohésion sociale et les diagnostics locaux de sécurité qui sont menés dans les communes, et des acquis retirés de la crise actuelle.
- Renforcer le rôle de soutien des **services support** (finances, ressources humaines, administratif, infrastructures, etc.), leur déléguer des tâches administratives pour alléger les services de première ligne, lutter contre les dérives contrôlantes des services support.
- Dans chaque commune, renforcer le recours et la confiance aux forces citoyennes :
- Offrir un cadre et une organisation de mise en lien entre demande d'assistance et offre d'aide entre citoyens. Cela permettra de soulager la pression sur les services communaux, en particulier les services de prévention.

- Répertorier et identifier les **dispositifs d'aide-citoyens ou privés qui reposent exclusivement sur du bénévolat**, et estimer le nombre de bénéficiaires suivis par ces structures, et leurs activités.
- Prévoir **plus d'échanges et de communication** entre les communes, et leurs différents départements, afin de mieux répartir les efforts, et assurer que les différents services se connaissent mieux.
- Combattre le **malaise professionnel** et lutter contre l'absentéisme, et ce en particulier au sein des équipes sociales des **CPAS**. La crise a particulièrement mis en exergue la réalité vécue par les assistants sociaux de service sociaux généraux de CPAS, qui ont été mis à dure épreuve pendant la crise, en même temps qu'une prise de conscience collective de la nécessité et de l'intérêt de leur mission sociale. Pour ce faire :
  - Diminuer la pression des travailleurs en renforçant leurs effectifs et en diminuant le nombre de dossiers par assistant social.
  - Augmenter leurs marges de manœuvre et leur autonomie, et alléger et simplifier leurs tâches administratives. Flexibiliser les mécanismes de contrôle interne et octroyer davantage de responsabilités aux assistants sociaux dans la gestion de leurs dossiers.
  - Consulter leurs avis et leurs expertises professionnelles de manière régulière, les impliquer dans les changements institutionnels et les propositions d'améliorations de leurs services.
  - Renforcer les dispositifs de soutien psychosocial à destination de ces travailleurs (interview, cellule d'accompagnement psychosocial, etc.).
  - Offrir un cadre de travail sécurisant : une approche flexible du télétravail, un outillage informatique adéquat et disponible, des procédures claires et justes, du matériel de protection disponible.

#### 4.4 CONCERNANT LA PRÉVENTION DE LA COVID

- Améliorer la **communication** et les **campagnes de prévention** à l'attention des populations marginalisées en contexte pandémique :
  - Éviter les messages de masse, culpabilisants et moralisateurs.
  - Soumettre les messages de prévention à un système de consultation citoyenne, avec des critères de représentativité des publics marginalisés et précarisés.
  - Faire valider la nature et le contenu des messages par le secteur de promotion de la santé de Bruxelles.
  - Tenir compte des besoins prioritaires (économiques, sociaux et sanitaires) des populations précarisées, à faire entrer en balance avec les mesures sanitaires.
  - Repenser les messages de prévention pour qu'ils soient appréhendables par une population fragilisée, ne maîtrisant pas l'une des langues nationales ou en déficit de littératie en santé. Privilégier des messages clairs, ciblés, simples et neutres.
  - Sortir de la logique de marketing dans les efforts de prévention.
- Améliorer la **concertation intersectorielle** au sein des instances gouvernantes des différents pouvoirs subsidiants ou référents au sujet des directives produites :
  - Augmenter la représentativité et l'expertise du secteur social dans les instances décisionnelles de crise, telles que le CODECO.
  - Lutter contre la contradiction et l'incohérence des mesures émanant d'organes différents, mais affectant les mêmes services. (Exemple : incohérence entre le fait qu'il a été possible d'ouvrir de l'accueil de jour pour un public adulte sans-abri pendant le confinement, mais il n'a pas été possible de faire du collectif en intérieur avec des adolescents de plus de 12 ans. Incohérence entre la possibilité de prendre les transports en commun et l'interdiction de se rendre au cinéma).

- Garantir des temps de livraison de **résultats de test** de dépistage les plus courts possibles. Proposer un **remboursement** des tests par les mutuelles et un plafond pour leur prix. Distribuer les tests PCR et les tests antigéniques localement.
- Réduire les inégalités sociales de santé générées par le **Covid Safe Ticket** en **remboursant** les tests PCR et antigéniques, et en facilitant leur accès localement, puisque l'objectif poursuivi est de lutter contre la contamination, et non de stigmatiser les personnes non vaccinées.
- Proposer une définition de **cas contacts** claire et opérationnelle, qui tienne compte de la nature humaine, comportements conscientisables et mesurables par des êtres humains. (15 mins à 1m50 de distance : ces mesures sont difficilement applicables et génèrent de la confusion quant à l'identification des cas contacts).
- Flexibiliser le recours aux **espaces publics extérieurs**, faciliter leur exploitation en contexte de crise, surtout dans les quartiers les plus denses, car ils pallient à la fermeture des espaces de liens classiques (maisons de jeunes, salles de sport, etc.). Ne pas trop limiter la taille minimum de la bulle en extérieur (ne pas descendre en dessous de 5 personnes).

# 5.

## EN CONCLUSION : PISTES DE RÉFLEXION POUR L'ÉLABORATION D'UN CADRE OPÉRATIONNEL

---

D. Favresse

---

*“Les seules données probantes ne peuvent garantir à elles seules la qualité de l'expertise”<sup>99</sup>*

### 5.1 UN CADRE PEU ADAPTÉ À L'INTERVENTION SUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES

Trop souvent, la non-adhésion de la population aux mesures préconisées par les «experts», qui occupent le devant de la scène de cette crise, est interprétée comme un manque de connaissance. Il suffirait donc d'utiliser les différents canaux d'informations pour transmettre cette connaissance et voir la population adhérer aux mesures.

Or, si l'information est nécessaire, elle est souvent insuffisante pour générer de nouveaux comportements et ce, plus particulièrement, concernant les populations les plus vulnérables dont les conditions de vie ne leur permettent pas toujours de respecter les mesures prises (fracture numérique, capacité économique d'adopter les comportements de protection, gestion de l'anxiété, logement exigu, etc.). Ces inégalités s'inscrivent aussi, pour une part, dans un manque de confiance envers le monde politique et les autorités, perçus comme déconnectés de leur vécu. Ce manque de confiance touche aussi, dans une moindre mesure, les professionnels de la première ligne dont une part considère les mesures prises comme déconnectées de leur intervention.

Ce décalage entre les mesures prônées par les autorités et les professionnels de première ligne semble, en partie, trouver sa source dans la manière d'appréhender les personnes lors de cette crise sanitaire. Les professionnels, et plus spécifiquement ceux du secteur social, ont davantage une approche globale de leurs usagers, les considérant dans leur dimension physique, mentale et sociale alors que les autorités fédérales ont davantage une approche focalisée des citoyens, centrée sur la maladie et donnant une primauté de la dimension physique de la santé sur les autres dimensions.

---

99 MANSOUR Z. & al., L'expertise sanitaire en temps de crise, in La santé en action, 456 :15-19, 2021.

Les principes de légitimité sur lesquels se fondent leurs actions ne sont donc pas les mêmes et, derrière cette différence, c'est la légitimité des autorités fédérales et des experts conseillant les autorités qui est questionné. Si une primauté de l'expertise des sciences médicales sur les autres expertises disciplinaires est plus commode pour faire face à la difficile gestion d'une urgence pandémique, sa perdurance pose des questions à plus d'un titre tant d'un point de vue sociétale, scientifique et pratique.

Elle revient en quelque sorte à minimiser le fait qu'une crise sanitaire et sa gestion par les autorités touchent toutes les dimensions de la vie des citoyens, que la pandémie et les mesures prises ne sont pas qu'une question de contrôle d'une maladie, que ces dernières concernent aussi des enjeux fondamentaux de libertés individuelles, de droits des personnes et des patients, de protection des citoyens et de choix sociétaux.

Elle omet de prendre en considération la relativité de toute expertise disciplinaire et axe surtout la prise de décision sur le contrôle d'une épidémie, sur laquelle la connaissance n'est pas arrêtée, et sur la capacité des urgences médicales à y faire face.

Elle accorde, par contre, une moindre importance aux expertises, à même, de mieux comprendre le processus d'adhésion des populations aux mesures prises<sup>100</sup>. C'est aussi, in fine, l'amélioration de la qualité de l'expertise sur laquelle se fonde les décisions politiques dont il est question ; question dont l'importance s'intensifie au fur et à mesure que la crise se prolonge.

Ces professionnels rejoignent ainsi les principes de gestion d'une épidémie telle qu'elle devrait se concevoir dans une démarche de santé publique et de promotion de la santé où la santé est considérée dans ses multiples dimensions, qui vise la réduction des inégalités sociales de santé et où l'action cible aussi les facteurs qui influencent cette santé (les conditions de logement, les liens construits entre les professionnels et leurs usagers, l'accessibilité des services, les compétences psychosociales, les croyances qui guident les comportements, etc.).

De par leurs témoignages, les professionnels nous montrent que ce sont d'abord les conditions pour agir dans une telle perspective qui font défaut (impossibilité de travailler en réseau, approche de plus en plus segmentée de l'utilisateur, inaccessibilité des services de première nécessité, campagnes de communication de masse, etc.) avec ses conséquences à court, moyen et long terme sur la santé mentale, sociale et physique des personnes vulnérables.

Ils en appellent à redéfinir un cadre d'actions «sensés» et adaptés aux populations vulnérables en situation de crise pandémique qui permet, non seulement, de promouvoir les comportements de protection spécifiques à la maladie de pandémie, mais également, d'intervenir sur les facteurs qui déterminent le respect de ces comportements (conditions de logement, problèmes financiers, tensions intrafamiliales, etc.), à réinscrire l'approche épidémiologique dans une perspective de santé publique et pas uniquement de contrôle de la maladie, à replacer la gestion de l'épidémie dans une perspective de réduction inégalités sociales et de renforcement de la capacité d'action des personnes et populations qui passent, notamment, par la confiance qu'elles ont envers les autorités et la capacité des autorités à les prendre en considération dans les mesures qu'ils prennent, à requestionner la cadre qui préside à la prise de décision politique et qui détermine les mesures prises, etc.

---

100 MANSOUR Z. & al. (2021), Op. Cit.

## 5.2 LA RELATIVITÉ D'UNE EXPERTISE POUR DÉCIDER

Derrière l'apparente homogénéité sociale des données chiffrées (taux de vaccination, proportion des personnes adoptant les gestes barrières, admission aux soins intensifs, etc.) se cache toujours une part de diversité qu'il importe de considérer si nous ne voulons pas intervenir sans nécessairement bien comprendre la situation sur laquelle nous agissons.

Sur ce point, il importe de prendre en compte l'écart entre la connaissance experte sur le risque, l'existence objective du risque et sa réappropriation individuelle et collective par le public qui est en partie «indépendante» de son existence dite objective (les femmes n'ont pas la même perception des risques que les hommes, les adolescents n'ont pas la même perception du risque que les adultes, les minorités religieuses n'ont pas...).

La réappropriation subjective de cette menace n'en n'est pas pour autant, comme nous avons pu le constater dans le cadre de la Covid, sans conséquences sur les populations qui évaluent les injonctions et les mesures prises sous le prisme de cette «subjectivité» (réserves alimentaires faites par une partie de la population en début de pandémie, parents anxieux qui refusent que leurs enfants retournent à l'école, individus développant un sentiment de manipulation en confrontant l'image véhiculée par les médias à leur vécu personnel de la maladie, personnes se détournant des médias traditionnels en raison de l'anxiété produite par les informations qu'ils diffusent, etc.).

L'adhésion des populations à la vaccination est une information, en comprendre les motivations individuelles et sociales en est une autre qui se révèlent importantes pour augmenter la capacité d'adaptation des populations à des situations de pandémie. Est-elle vraiment le reflet d'une adhésion aux mesures prises par le gouvernement ? Est-elle un moyen d'échapper à un vécu anxiogène ? Une manière de retrouver une vie sociale ? Une manière de revoir sa famille ? Etc.

La connaissance de tout discipline est relative et nous offre un regard sur la pandémie, mais aucune discipline ne peut prétendre à un savoir universel sur la pandémie. Pour bien comprendre cette relativité disciplinaire, la comparaison au fonctionnement d'un plateau de télévision est assez parlante<sup>101</sup>. Au centre du plateau, l'objet (la pandémie) est couvert par plusieurs caméras périphériques (disciplines) ayant chacune leur angle de vue. L'une travaille en plongée, de haut en bas, l'autre en contre-plongée, du bas vers le haut. Une troisième se rapproche «en travelling avant» pour réaliser de gros plans. Une quatrième ouvre le champ visuel par un «travelling arrière». Chaque caméra offre une image de la réalité et, en même temps, aucune ne dispose de l'image universelle.

Si nous nous centrons sur l'épidémiologie, qui a été fort sollicité au cours de cette crise, son apport est évidemment indéniable pour aborder une pandémie, mais se révèle insuffisant pour prendre des décisions éclairées qui concernent les conduites humaines. Elle nous permet, notamment, de mesurer l'efficacité probable d'une politique via le suivi de l'évolution de la maladie, mais se révèle insuffisante pour saisir les conditions d'efficacité de cette politique. Elle nous permet aussi d'identifier des groupes à risque, mais nous est d'aucune aide pour savoir comment intervenir sur ses groupes à risque, pour comprendre les raisons sous-jacentes à cette prise de risque et les différents enjeux qui se cachent derrière ces groupes.

Par ailleurs, toute donnée est porteuse en soi de limites. Concernant les données sanitaires et épidémiologiques, il est important de savoir qu'elles ont tendance à réduire les conduites humaines

101 Cette analogie au plateau de télévision est inspirée du texte de J. Rémy : «La sociologie en évolution : les représentations de l'individu et les enjeux globaux» revu, en novembre 1993, après le symposium de la Fondation Juan Maragall – Barcelone.

à des phénomènes biologiques<sup>102</sup> alors que ces comportements sont habituellement des actes sensés, posés selon des valeurs, des croyances et qu'ils s'inscrivent dans des conditions et des trajectoires de vie dont la complexité ne peut être restreinte à quelques variables<sup>103</sup> comme, c'est le cas, dans les approches quantitatives. Les données sanitaires sont certes cruciales en temps de pandémie, mais insuffisantes pour asseoir une prise de décision politique éclairée<sup>104</sup>.

Plus spécifiquement, une expertise donnant une place privilégiée aux sciences médicales va à l'encontre de la définition de la santé telle que promulgué par l'OMS, à la sortie de la seconde guerre mondiale, où la santé cesse d'être le domaine d'expertise de ses seules sciences. Elle va aussi à l'encontre des fondements de l'expertise en temps de crise, telle que conçue en santé publique, qui se base sur un savoir pluri-disciplinaire sans qu'il y ait une surreprésentation disciplinaire<sup>105</sup>. En ce sens, dans une perspective de considérer la pandémie dans ses différentes dimensions (sociales, mentales, culturelles, économiques, etc.), l'expertise sur laquelle se fonde la décision politique se doit être une expertise interdisciplinaire où chaque discipline est représentée de manière équivalente.

### 5.3 UN CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES CONNAISSANCES PRODUITES EN SITUATION DE CRISE

«Les experts ne sont pas les décideurs et n'ont pas souvent les données qui leur permettraient de prendre des décisions. En revanche, ils doivent garantir que les avis et les recommandations qu'ils fournissent aux commanditaires ont le niveau de qualité permettant d'asseoir les décisions»<sup>106</sup>. Pour éclairer la prise de décision, la qualité des données est fondamentale et cette qualité requiert de respecter certains principes dont, notamment, l'indépendance des experts qui vont en faire l'analyse ou encore la soumission de données à la controverse scientifique.

En temps de crise, cette qualité est d'autant plus compliquée que les liens entre les experts et les politiques sont particulièrement poreux, que les données sont jetées en pâture dans les médias sans que les processus de validation scientifique ne soient assurés, que les données produites se voient concurrencer par une multitude d'informations controversées et contradictoires, que l'interprétation des données est polysémique et les mesures prises sur base de ces données sont critiquées et débattues par des scientifiques de tout bord<sup>107</sup>, etc.

Il est aussi vraisemblable que les multiples sollicitations journalistiques faites aux scientifiques à donner leur avis sur la pandémie, à corroborer les mesures prises pour la gérer, a pour conséquence de les faire sortir de leur rôle au sens strict. Un scientifique, par exemple, qui affirme que nous avons la preuve que le confinement est efficace exprime davantage une conviction personnelle qu'un avis scientifique qui s'avère généralement plus nuancé. Même si vraisemblablement le confinement joue un rôle important sur la pandémie, la démarche scientifique, surtout lorsqu'elle s'applique aux conduites humaines, est faite d'incertitudes et les raisons qui conduisent à une diminution de la maladie sont vraisemblablement multiples et multifactorielles (caractère saisonnier de la maladie,

102 PERETTI-WATEL P., Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque, in *Revue française de sociologie*, 45-1:103-132, 2004.

103 FAVRESSE D., «L'approche scientifique au service de l'action de terrain : nouveaux modes, nouveaux enjeux», *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 2017, 80 :18-24.

104 STANTON-JEAN M. (2020), Op. Cit.

105 MANSOUR Z. & al. (2021), Op. Cit.

106 MANSOUR Z. & al. (2021), Op. Cit.

107 Voir, par exemple, Le blog du #covidrationnel – Le blog du #covidrationnel

confiance des populations envers les autorités publiques, impact des autres mesures de protection, développement d'une immunité naturelle, etc.).

Les risques de détournement de la démarche scientifique, à d'autres fins que sa finalité première de produire des connaissances, sont particulièrement prégnants en temps de crise. Derrière ce détournement, c'est l'expertise même qui peut perdre rapidement en crédibilité et légitimité, voire elle peut flirter avec les frontières de l'agnotologie<sup>108</sup>, clivant et hiérarchisant la connaissance entre «bons» et «mauvais» savoirs, créant des champs de tensions intra et interdisciplinaires, entravant la possibilité d'utiliser ces connaissances de manière socialement constructives.

Cette dichotomisation de l'expertise entrave la controverse scientifique dont l'intérêt est de faire avancer la connaissance en la soumettant à l'examen des autres scientifiques. Une scientifique, expérimentée dans le secteur pharmacologique, qui nous interroge sur la fiabilité des informations recueillies via la pharmacovigilance concernant la vaccination de la Covid (prise en compte du biais du filtre médical, peu de sensibilisation faite à la population au moment de la vaccination à déclarer les effets secondaires ressentis, utilisation des données recueillies pour promouvoir la vaccination, etc.) ne peut être qualifiée d'anti-vax. Elle joue pleinement son rôle de scientifique dont l'un des fondements est de réduire les incertitudes de la connaissance.

La pharmacovigilance, comme tout instrument de collecte d'informations, est imparfaite et vouloir en réduire les sources de biais éventuelles fait partie intégrante de la démarche scientifique. En tant que citoyens et intervenants, il n'est pas nécessairement aisé de vérifier le bien-fondé de ces critiques. Mais si ces dernières ne sont pas pertinentes, elles ne demandent pas une réponse en «fake science» ou en affirmation par une autre scientifique de la simple affirmation de l'efficacité de ce système de recueil de données. Elles demandent une information qui nous permet de comprendre en quoi les données collectées par la pharmacovigilance sont fiables et si ces dernières sont, plus ou moins, fondées, elles demandent de mettre en place des mesures pour en améliorer la fiabilité.

Eviter la controverse scientifique, en nier les critiques au nom d'une expertise de statut, est ressenti par une part de la population, des professionnelles et des scientifiques comme une forme de «censure», comme une volonté de ne pas vouloir «objectiver» la situation.

Cette attitude entache vraisemblablement la crédibilité, auprès d'une frange de la population, des experts, des autorités et des médias «traditionnels». Elle altère la confiance de la population et cette altération touche aussi les milieux professionnels et scientifiques. Cette crédibilité est d'autant plus ternie que la temporalité scientifique, où le savoir est soumis à l'examen des pairs, n'est plus totalement de mise dans la crise actuelle où la production scientifique s'inscrit dans l'immédiateté.

Repenser cette temporalité tout en veillant à ce que la production du savoir soit le fruit de démarche interdisciplinaire, où les controverses scientifiques servent à l'amélioration continue des décisions et interventions est manifestement l'un des enjeux à considérer en situation d'urgence.

Par ailleurs, la qualité des données est liée à l'indépendance de ceux qui les produisent. L'expertise n'est pas qu'une question de compétences, elle aussi une question de neutralité et doit être conduite par des personnes qui n'ont aucun intérêt financier, sectoriel et institutionnel par rapport à l'orientation des mesures prises par les autorités. En outre, «toutes les expertises doivent être publiées de façon à ce que la population puisse disposer des éléments qui ont amené à prendre telle ou telle décision»<sup>109</sup>.

108 BARBIER L. & al., Appel à contribution sur le thème «Ignorances» (3/2021), *Revue d'anthropologie des connaissances*.

109 MANSOUR Z. & al. (2021), Op. Cit.

Enfin, un contrôle sur la qualité des données paraît d'autant plus important, dans le cadre de cette crise, que la production et la diffusion de données s'effectue dans un contexte où de multiples informations circulent, en dehors des médias traditionnels, sur des médias qui se disent habituellement plus «indépendants» des autorités, par des scientifiques qui se présentent comme n'ayant pas de conflits d'intérêts.

Cette circulation nous indique vraisemblablement, comme déjà présumé ci-dessus, que la méfiance d'une part de la population envers les autorités ne se limite pas aux populations plus précarisées et touche aussi les médias traditionnels et les experts qui entourent les autorités. Au vu des réactions épidermiques et émotionnelles suscitées par ces diverses publications, des utilisations souvent galvaudées de «fake news», de «complots» de part et d'autre, il semble que le «marché» de la connaissance scientifique est lui-même au cœur d'enjeu concurrentiel et conflictuel alors que, pour construire la société de demain et donner aux populations les moyens de s'adapter à une situation pandémique, nous avons besoin de toutes les forces vives et d'inscrire les savoirs dans un modèle de coopération, construit sur les différents savoirs disciplinaires<sup>110</sup> et où les controverses servent de moteur à l'évolution des connaissances.

## 5.4 UN CADRE ÉTHIQUE À L'UTILISATION DES DONNÉES À DES FINS DE DÉCISIONS ET D'INFORMATIONS

Les rapports entre les politiques et un groupement restreint d'experts posent de nombreuses questions. Le débat entre savoir et pouvoir est loin d'être neuf<sup>111,112</sup> mais ressort particulièrement dans le cadre de cette pandémie. Les principales mises en garde qui pourraient être faites à ce sujet portent d'un côté, sur le caractère non neutre, idéologique et normative de l'utilisation d'une expertise «unidisciplinaire» par les autorités publiques et d'un autre côté, sur le caractère soi-disant objectivable des données chiffrées utilisées par ces experts, qui conduiraient à des décisions arbitraires soustraites du débat démocratique.

Ces avertissements valent particulièrement pour la surveillance épidémiologique qui peut se concevoir comme un système de «contrôle de la vie de l'individu et de sa famille, y compris ce qu'il y a de plus intime, au nom du bien-être de la communauté», qui peut être enclin à voir la personne comme dépourvue de connaissances et de capacité à gérer sa vie, qui peut avoir tendance à considérer les besoins sanitaires comme surpassant les besoins réels des populations. Cette surveillance est utile et nécessaire et elle l'est, d'autant plus, qu'elle ne reste pas cloisonnée à un savoir clinique<sup>113</sup> tel que le conçoit, notamment, une part importante des professionnels rencontrés. En ce sens, ce n'est pas la démarche épidémiologique qui est questionnée ici, mais son utilisation à des fins normatives et idéologiques.

Pour bien comprendre la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire et d'un encadrement déontologique de cette expertise, nous pourrions, dans des cas extrêmes, nous retrouver devant une poignée d'experts qui, prenant appui sur une «connaissance scientifique», édictent unilatéralement les règles comportementales au nom de leur conception du bien-être en omettant d'en interroger les principaux bénéficiaires, en oubliant que le bien-être est aussi une question individuelle qui peut

110 COUTELLEC L. & al., «La difficile construction d'un commun dans les sciences. Crise pandémique et éthique de la recherche», *Natures Sciences Sociétés*, 2020/3, 28 :214-215.

111 ZARKA Y.-C., «La folie évaluatrice», *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 2011, 61 :32-35.

112 OGIEN A., Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public, Quae éditions (coll. Sciences en questions), 2013.

113 SANTOS S.S.B.S. & al., «Idéologies des personnels de santé dans la conception de la surveillance épidémiologique», *Pratiques et Organisations des Soins*, 2010/2, 40 :143-149.

prendre de multiples formes, en niant que le risque est une composante de la vie et qu'il est utopique de pouvoir l'éradiquer<sup>114</sup>. Prenons un exemple caricatural pour étayer ce risque. Si vous prenez une cohorte de jeunes adultes, que vous les confinez pendant 5 ans dans une pièce, sans aucun contact direct avec d'autres personnes et que vous comparez cette cohorte à une autre cohorte de jeunes adultes qui ont vécu totalement librement au cours de la même période, il est plus que probable que l'on observe moins de cas de la Covid dans la première cohorte que dans la seconde. Scientifiquement vous aurez prouvé qu'il y a un moyen de diminuer les risques de «contaminations», mais, pour autant, faut-il obliger les jeunes adultes à vivre de la sorte ? Evidemment, il s'agit d'une caricature, mais qui, en même temps, montre une tendance qui est considérée comme, depuis une trentaine d'années, prenant de l'ampleur dans notre manière de considérer et d'encadrer les populations dans notre société.

Toute donnée est porteuse de limites et leur utilisation n'est pas anodine. Centrées sur les risques dans le cadre de cette crise, elles déforment souvent le réel pour nous donner une image tronquée et plus menaçante de la maladie qui d'autant plus forte qu'elle n'est pas présentée en regard des autres causes de mortalité. L'utilisation en soi de quelques données sanitaires a déjà tendance à donner une représentation biaisée de la réalité, créant un effet anxiogène auprès d'une partie de la population, mais elle pose de réelles questions d'éthique scientifique et sociale, lorsque que ces données sont construites sur une population de référence dénuée de sens telle que, par exemples, donner le pourcentage des jeunes en soins intensifs sur base des jeunes hospitalisées ou encore, comme ça a été le cas, comparer les patients hospitalisés en fonction de leur statut vaccinal en y intégrant les données d'hospitalisation à partir d'un temps (t0) où la campagne vaccinale en était à ses prémises.

Il est aisé de faire dire tout et n'importe quoi aux statistiques et il est normal que ce détournement de la connaissance soit l'objet de critique de la part du milieu scientifique et qu'elle nourrisse la méfiance d'une part de la population à l'égard des autorités, des organismes publiques, des médias traditionnels et des scientifiques. La qualité des données produites et diffusées par les autorités publiques, les scientifiques et les médias est d'autant plus à prendre en considération que ces données vont être comparées aux données produites par d'autres pays comme c'est le cas, avec les données produites sur les hospitalisations en fonction du statut vaccinal et qu'elles vont alimenter les controverses sur les réseaux sociaux. Des écarts s'expliquent aisément tant qu'ils restent dans des proportions «raisonnables», mais lorsqu'ils sont disproportionnés, c'est la crédibilité de ceux qui les produisent qui est remise en question.

Plus particulièrement, il convient de rappeler que les données sont des construits sociaux, porteur d'un cadre normatif. Dans le cas de la Covid, la mise en exergue d'un choix particulièrement restreint d'informations, en l'occurrence les statistiques sanitaires, ne doit pas nous faire oublier que cette sélection s'effectue toujours au détriment d'autres informations, moins mises en avant, telles que les caractéristiques intrinsèques du virus, les éventuels conflits d'intérêt qui jettent un discrédit sur les experts qui conseillent les autorités publiques, l'impact des mesures d'austérité sur la capacité des hôpitaux à gérer une situation épidémique, les biais éventuels dans la collecte d'information de pharmacovigilance, l'impact psychique de la diffusion de ces données sanitaires, les vulnérabilités sociales qui restreignent les possibilités d'adopter les mesures de protection, les résistances (convictions religieuses, motivations naturalistes, principe de précaution, etc.) à l'égard de la vaccination ou des nouvelles technologies vaccinales, etc.

Cette primauté attribuée à un type de données, au détriment d'autres informations, a l'avantage de circonscrire le problème à gérer, voire à attribuer la transmission de la maladie à l'individu qui, par

114 FAVRESSE D. & al., L'évolution de l'usage des psychotropes et des multimédias (pp.74-100), In La santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC en Fédération Wallonie-Bruxelles, SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2013.

ailleurs «ne dispose pas des conditions sociales» et psychiques «pour connaître et décider de sa propre santé»<sup>115</sup>. Elle limite ainsi la prise en compte d'autres problèmes<sup>116</sup>.

Cette tendance à réduire davantage la pandémie à sa seule réalité prophylactique si elle, à ses débuts, a su vraisemblablement recevoir l'adhésion et la mobilisation de la population, elle a perdu avec le temps une part de cette adhésion et donne, avec la prolongation de la pandémie, le sentiment à une part de plus en plus grande de la population d'être des laissés pour compte. Elle favorise probablement l'impression que les autorités occultent volontairement une série d'informations qui, par ailleurs, nourrit le doute sur les intentions qu'elles poursuivent via, les informations qu'elles diffusent.

Privilégier une information centrée souvent sur le «risque» prend peu en compte que les populations d'aujourd'hui sont davantage informées que par le passé, qu'elles ont évolué et sont plus aptes à s'approprier des connaissances scientifiques<sup>117</sup>.

Dans les campagnes de communication et d'informations deux évolutions majeures sont vraisemblablement à considérer. Il y a d'abord l'accroissement du niveau d'éducation qui va de pair avec l'élévation des critiques à l'égard des mesures prises par le politique et de la méfiance envers les autorités. Il y ensuite la diversité culturelle et sociale qui déforce l'impact des campagnes de masse et qui ne doit pas nous faire oublier que, derrière cette diversité, nous avons aussi des populations, notamment parmi le public migrant, qui ont parfois vécu un rapport «traumatisant» avec le politique, d'autres qui vivent en retrait de la société et n'en maîtrisent plus les règles de vie.

Les attentes envers les pouvoirs publiques s'en trouvent modifiées (besoin d'être informé en toute transparence, attente d'être reconnu comme personne à part entière dans les décisions politiques, souhait de la mise en place d'une démocratie plus participative, meilleure prise en compte des besoins réels, etc.). Elles sont variables d'une population à l'autre et en appellent à développer des stratégies de prévention prenant mieux en compte ces multiples attentes (meilleure prise en compte des vulnérabilités sociales et culturelles, démarches préventives construites à partir d'une pluralité de savoirs disciplinaires, participation des populations à l'élaboration et la mise en œuvre des actions qui les concernent, etc.).

Une série d'initiatives locales et régionales vont dans ce sens, mais reste en marge d'une stratégie de prévention davantage «paternaliste», construite sur une attente de «soumission sociale» de la part de la population, favorisant les tensions sociales entre les «bons» et «mauvais» citoyens, promouvant les «bons» comportements et stigmatisant les «mauvais» comportements, caractérisée par une large diffusion de données sanitaires anxio-gènes<sup>118</sup> (imposées sans discussions aux populations alors même qu'elles ne reflètent qu'une infime partie de la réalité pandémique) et élaborée par un nombre réduit d'experts, peu représentatifs de la diversité scientifique<sup>119</sup> et, voire peu à même, d'avoir une approche globale de la pandémie.

Poursuivre ce type de politique se révèle un pari de plus en plus risqué avec le temps. Les compléter avec des campagnes de communication de type marketing, telles que l'utilisation d'influenceurs ou la mobilisation au nom de valeurs morales, a une portée limitée. Elle joue sur l'aspect émotionnel et intuitif et n'induit pas des changements de comportements sur le long terme<sup>120</sup>. Elles sont

115 SANTOS S.S.B.S. & al. (2010), Op. Cit.

116 DEMORTAIN D., «Les jeux politiques du calcul. Sociologie de la quantification dans l'action publique», *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2019/4, 13(4) :953-972.

117 GILBERT C.(2013), Op. Cit.

118 ROMEYER H. & al. (2013), Op. Cit.

119 DEMORTAIN D. (2019), Op. Cit.

120 RAUDE J. (2013), Op. Cit.

fabriquées, à l'instar de la publicité, sur des critères où la véracité de l'information n'a pas lieu d'être. Ce caractère erroné de l'information a l'avantage de renforcer le sentiment d'adhésion des «confiants» et le défaut de renforcer le sentiment de manipulation des «méfiants».

Ce type de stratégie induit habituellement des conduites peu réfléchies et peut s'avérer nécessaire devant une urgence pandémique mais, se révèle insuffisant lorsque la pandémie s'enlise et devenir contre-productive pour préparer les populations à affronter des phénomènes pandémiques dans le futur.

C'est particulièrement le cas avec les stratégies de communication, basées sur la peur qui ont plutôt tendance soit, à favoriser les conduites écartant directement la menace, soit activer des mécanismes de défense menant certaines personnes à minimiser et nier le risque<sup>121</sup>. Basées sur le registre des émotions et plongeant une part de la population dans l'incertitude, elles ont des effets sur la santé mentale de cette population et renforcent leur besoin de trouver «d'autres certitudes sur lesquels s'appuyer», quitte à se référer à des contre-vérités qui se révèlent un moyen de réduire l'ignorance dans laquelle la situation sanitaire les plonge<sup>122</sup>. Elles ont aussi le défaut de restreindre les capacités de la population à adopter des conduites de prévention<sup>123</sup> et ne permettent pas, par la même occasion, de réelle visée prospective.

## 5.5 UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE LA PRÉVENTION À DÉPLOYER

Derrière l'urgence sanitaire et sa nécessaire régulation à court terme, il y a donc aussi l'urgence de maintenir ou plutôt restaurer la cohésion sociale, d'élaborer des interventions qui ont des effets pérennes afin que, dans l'avenir, une crise sanitaire similaire soit plus facile à vivre qu'aujourd'hui.

Créer de nouvelles synergies entre les disciplines et les secteurs, travailler ensemble de manière coordonnée et concertée, développer des démarches participatives, qui ont fait leur preuve<sup>124</sup>, en impliquant les populations dans la résolution de la situation ne se fait pas du jour au lendemain. Ces logiques d'intervention sont le fruit d'un travail qui s'est construit dans le temps, qui a lui-même été, plus ou moins, impacté par les mesures de régulation de la propagation de la Covid et qui mérite d'être mieux pris en compte et activé en situation de pandémie.

Elle en appelle à redéfinir les services de première nécessité dont l'accès physique est essentiel en temps de crise pour éviter un accroissement des inégalités sociales de santé, une surcharge de travail des professionnels restés sur le terrain, une meilleure prise en compte de l'impact de la crise de la Covid et de sa gestion sur les différentes dimensions de la vie des populations vulnérables.

En effet, comme nous l'avons abordé précédemment, la gestion de la pandémie est loin de se limiter à la seule gestion de la maladie. Elle a des conséquences mentales et sociales qui impactent les populations vulnérables avec un risque de les mettre en situation de ne plus maîtriser les règles de vie en société, de se placer pour les uns en retrait de la vie sociale, d'adopter une attitude d'abandon à l'égard des prescrits sociaux et de s'opposer pour les autres aux règles sociales, de s'inscrire dans une attitude de transgression envers les prescrits sociaux<sup>125</sup>.

121 RAUDE J. (2013), Op. Cit.

122 BARRAS C., (2021), Op.cit.

123 KMIER R. & al., (2014), op.cit.

124 WALLERSTEIN N. & al. (2006) (2018), Op. Cit.

125 FAVRESSE D., (2007), Op. Cit.

Il est vraisemblablement important de prendre des décisions pour interférer sur ce processus de fragilisation sociale liée au contexte pandémique, à sa gestion et empêcher que ces conséquences deviennent irréversibles pour les populations les plus fragilisées en (re)donnant à ces populations un rôle social, en leur permettant de rebondir et de reprendre une place active dans nos sociétés.

Plus spécifiquement, concernant les intervenants, il faut une nécessaire congruence entre l'exercice de leurs missions et des sollicitations des autorités en temps de crise. Cette conciliation en appelle à repenser les métiers essentiels en leur permettant d'assurer leurs missions de base dans des conditions suffisantes de protection ; à définir avec les professionnels, sur base de l'expérience présente, des directives claires à adopter dans le cadre d'une nouvelle pandémie ; à préciser avec eux, dans une logique de complémentarité, le rôle que chacun peut jouer en fonction de sa profession.

Les modifications incessantes dans les directives engendrent des phases de construction-déconstruction des actions de prévention qu'il est primordial d'éviter autant que possible.

Par ailleurs, à côté des publics vulnérables, il importe aussi de prendre en compte que nos populations sont moins qu'autrefois soumises à l'autorité, qu'elles sont capables d'analyser, de penser librement, de s'affranchir des normes sociales et culturelles pour mettre en place des stratégies innovantes.

Ne pas prendre en compte ces changements et miser principalement sur des stratégies de gestion construite sur une forme d'«obéissance sociale», sur le présupposé d'un intérêt général présent au sein de la population, c'est aussi risquer de voir, au sortir de la pandémie, le fossé entre les politiques et la population s'agrandir, la méfiance envers les pouvoirs publiques s'accroître, des nouvelles formes de contestations sociales émergées.

La pandémie est venue interférer sur le changement de paradigme de l'intervention psycho-médico-sociale, en cours depuis plusieurs décennies, et l'un des enjeux de demain est de redonner une place plus importante à ce paradigme en tablant davantage sur des stratégies d'action participative, construites avec les populations, mobilisant des démarches élaborées de manière intersectorielle et fondées sur des savoirs interdisciplinaires, alliant approche quantitative et qualitative. Cette dernière permet d'aller au-delà du caractère souvent «insensé» d'une appréhension chiffrée des conduites alors que ces comportements prennent tout leur sens lorsqu'ils sont «saisis de l'intérieur, resitués dans leur contexte<sup>126</sup>. En matière d'intervention, il est donc important d'aller aussi à la rencontre des professionnels et des populations pour mieux saisir la manière dont ils se réapproprient le vécu de la pandémie, la manière dont leurs conduites émergent dans des contextes spécifiques (quartier, milieu professionnel, festival, famille, etc.) et s'inscrivent dans des logiques comportementales sensées et logiques.

---

126 VAN CAMPENHOUDT et al. (2005), Op.cit.

# 6.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### 6.1 OUVRAGES

ARDOINO J., *Propos actuels sur l'éducation, contribution à l'éducation des adultes*, Gauthier-Villars, Paris, 1965.

BLANCHET A., GOTMAN A., *L'entretien*, Série «L'enquête et ses méthodes», A. Colin, Paris, 2007.

OGIEN A., *Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public*, Quae éditions (coll. Sciences en questions), 2013.

PERIER P., *École et familles populaires : sociologie d'un différend*, Presses universitaires de Rennes, 2005.

PIRET A., NIZET J., BOURGEOIS E., *L'analyse structurale. Une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*, De Boeck Université, Belgique, 1996.

VIGOUR C., *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, La Découverte, Paris, 2005.

### 6.2 ARTICLES

BANSE E., BIGOT A., DE VALKENEER C., LORANT V., LUMINET O., NICAISE P., SMITH P., TUBEUF S., WUILLAUME A., *Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la pandémie du coronavirus en Belgique*, *Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain*, 2020.

BARRAS C., *Prévention menaçante, prévention prévenante : regards anthropologiques sur un concept polysémique*, in *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 94:4-8, 2021.

BROOKS S. K., WEBSTER R. K., SMITH L. E., et. AL., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, in *Lancet*, n°395, 2020.

BROTCORNE P., VENDRAMIN P., *Une société en ligne productrice d'exclusion ?*, *Sociétés en changement*, n°11, mars 2021.

BYK C., *La pandémie de Covid-19 : un choc salutaire dans le contexte d'une crise de l'urgence, de l'autorité et de la liberté ?*, in *Droit, Santé et Société*, 1:4-10, 2020.

COUGNON L.-A., HANSEEUW B., et. AL., *Informer le public et générer une confiance envers les experts et les autorités en situation d'incertitude sur le long terme : apports croisés des théories du «public understanding of science, de «l'amplification sociale des risques» et du «traitement cognitif et de l'information»*», in *Déconfinement Sociétal. Apport d'expertises académiques*, 2020.

- COUTELLEC L., SCHMID A.-F., «La difficile construction d'un commun dans les sciences. Crise pandémique et éthique de la recherche», *Natures Sciences Sociétés*, 2020/3, 28:214-215.
- DAVIES, C., «How do we tackle vaccine hesitancy and effectively communicate vaccine safety to the general public in the COVID-19 era ?» *Imperial Bioscience Review*, <https://imperialbiosciencereview.com/2020/11/20/how-do-we-tackle-vaccine-hesitancyand-effectively-communicate-vaccine-safety-to-the-general-public-in-the-covid-19-era/>, 2020.
- DEKLERCK J., Comportements à problèmes et déviance dans le système éducatif Belge. Equilibres régionaux contrastés. *Journal International École et violence* (10), 3-36, 2009.
- DEMORTAIN D., «Les jeux politiques du calcul. Sociologie de la quantification dans l'action publique», *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2019/4, 13(4):953-972.
- DEMORTAIN D., «Une société (de l'analyse) du risque ?», *Natures Sciences Sociétés*, 2019/4, 27:390-398.
- DENOËL T., GHALI S., Éviter le décrochage d'une génération, *Le VIF*, numéro 07, 18 février 2021.
- DURIEUX S., Les maisons de repos comptent 6.5 % de résidents en moins, *La Libre Belgique*, 02 août 2021.
- FAVRESSE D., Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, Dossier : «Précarité et réseaux», 45:2-7, 2007.
- FAVRESSE D., Les conduites à risque à l'adolescence, qu'en est-il ? Comment sortir de l'alarmisme sans pour autant tomber dans la banalisation, in *Prospective Jeunesse*, 54:10-16, 2010.
- FAVRESSE D., «L'approche scientifique au service de l'action de terrain : nouveaux modes, nouveaux enjeux», in *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 2017, 80:18-24.
- FONTAINE B., LAURENT P.-J., La voie des masques, «Prendre le pouls» de la société comme remède à l'augmentation de la défiance envers certaines élites et en relation au temps long du déconfinement, in *Déconfinement Sociétal. Apport d'expertises académiques*, 2020.
- GIL R., Confinement et isolement en EHPAD ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux, in *Droit, santé et Société*, 12, 2:27-34, 2020.
- GILBERT C., De l'affrontement des risques à la résilience. Une approche politique de la prévention, in *Communication et langages*, 176:65-78, 2013.
- GOFFINET S.-A., La production de la désaffiliation : ce que nous apprend l'analyse sociohistorique de Robert Castel, *Journal de l'Alpha* n°201, Lire et Écrire, 2016.
- GONÇALVES M., Entre le malaise des uns et la souffrance des autres, reste-t-il une place pour la contestation ?, in *Journal du Droit des Jeunes*, n°314, avril 2012.
- GORDILLO A., Coronavirus : l'«épuisement pandémique» en Belgique, surtout chez les jeunes, RTBF, [https://www.rtbef.be/info/dossier/epidemie-de-coronavirus/detail\\_coronavirus-l-epuisement-pandemique-explose-en-belgique-surtout-chez-les-jeunes?id=10695492](https://www.rtbef.be/info/dossier/epidemie-de-coronavirus/detail_coronavirus-l-epuisement-pandemique-explose-en-belgique-surtout-chez-les-jeunes?id=10695492), 11 février 2021.
- HACHAR-NOË N., BASSON J.-C., Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé, in *Innovations*, 13, 60:121-144, 2019.
- LAMQUIN V., La population n'accepte plus automatiquement l'autorité de la police, *Le Soir*, 11 avril 2021.
- MANCIAUX M., La résilience. Un regard qui fait vivre, *SER*, pp. 321-330, 2001.

- MANSOUR Z., CHAUVIN F., FALIU B., L'expertise sanitaire en temps de crise, in *La santé en action*, 456:15-19, 2021.
- MELOU F., DAGOT L., La mise à distance dans le travail social : effets sur l'épuisement émotionnel, *Sociétés et jeunesses en difficulté*, n° 21, 2018.
- NOËL L., Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise, *Brussels Studies*, n° 157, 2021.
- PAVIS S., CUNNINGHAM-BURLEY S., Male youth street culture: understanding the context of health-related behaviours, in *Health Education Research*, 14(5):583-596, 1999.
- PERETTI-WATEL P., Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque , in *Revue française de sociologie*, 45-1:103-132, 2004.
- RAUDE J., «Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions», *Communication et langages*, 2013, 176:49-64.
- REBOURG A., Souffrez-vous de fatigue compassionnelle ?, LCI, <https://www.lci.fr/societe/fatigue-compassionnelle-en-souffrez-vous-symptomes-epuisement-burn-out-quelles-differences-2081465.html>, 2018.
- RENS E., SMITH P., NICAISE P., LORANT V. and VAN DEN BROECK K., Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study, *Front. Psychiatry*, 2021.
- ROMEYER H., MOKTEFHI A., *Pour une approche interdisciplinaire de la prévention*, *Communication et langages*, 2013, 176:33-47.
- STANTON-JEAN M., Le savant et le politique. La prise de décision en temps de pandémie : que s'est-il passé au Québec (Canada) ?, in *Droit, Santé et Société*, /1, 1:63-67, 2020.
- STAVART C., Crise sanitaire : les femmes en ont plus souffert, *Le Journal du Médecin*, N°2670, 2021.
- TATTI D., GUILLAIN C., JONCKHEERE A., Répression des infractions en temps de COVID-19 : nul n'est censé ignorer la loi ?, *L'Observatoire : le Social Sous la pression du Covid* /2, n°106, 2021.
- TISSERON S., Facilités et pièges de la communication à distance : les leçons du confinement, in *Droit, santé et société*, /2, 2:35-40, 2020.
- TOURNAY V., Pourquoi l'application Stopcovid ne parvient-elle pas à traduire l'intérêt général ?, in *Droit, Santé et Société*, /1, 1:85-89, 2020.
- VAN PARIJS P., Crise Sanitaire, solidarité et justice sociale., *L'Observatoire : le Social Sous la pression du Covid* /2, n°106, 2021.
- VAN REETH C., Coulez jeunesse, in *Alter Echos*, n°490, p.39-41, janvier 2021.
- WALLERSTEIN N., WIGGINS N., «L'empowerment améliore l'état de santé de la population», in *La Santé en action*, 446:10-14, 2018.

## 6.3 RAPPORTS DE RECHERCHE

BERETE F., BRAEKMAN E., CHARAFEDDINE R. & et al., Cinquième enquête de santé COVID-19. Bruxelles : Sciensano, 59 p., <https://www.sciensano.be/en/biblio/cinquieme-enquete-de-sante-coivd-19-resultats-preliminaires>, 2020.

BROTCORNE P., MARIEN I., Baromètre de l'inclusion numérique 2020, Fondation Roi Baudouin, juin 2020.

FAVRESSE D., DE SMET P., GODIN I., L'évolution de l'usage des psychotropes et des multimédias (pp.74-100), In La santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC en Fédération Wallonie-Bruxelles, SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2013.

LITS G., COUGNON A., HEEREN A., HANSEEUW B., GURNET N., Analyse de «l'infodémie» de Covid-19 en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire de Recherche sur les Médias et le Journalisme (ORM), 2020.

MALENGREAUX S., LAMBERT H., LE BOULENGÉ O., ROUSSEAU R., DOUMONT D., AUJOLAT I., Tous égaux face aux vaccins contre la Covid-19 ? État des lieux de la littérature scientifique et grise. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS/RESO, 25 p., 2021.

MERCIER M., GRAWEZ M., LIBION, F, FAVRESSE, D, JAMIN, J & BARRAS C., Exclusion et sciences humaines. Exclusion en sciences humaines. Recherche commanditée par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique de la Communauté française de Belgique. Rapport de recherche interuniversitaire (FUNDP, ULg, UMH, ULB, UCL), 2003.

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL, Baromètre social : rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, Commission Communautaire Commune, 2016.

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL, Baromètre social : rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, Commission Communautaire Commune, 2020.

PERSPECTIVE.BRUSSELS, Diagnostic : redéploiement socio-économique, territorial et environnemental suite à la crise du Covid-19, décembre 2020.

SANTOS S.S.B.S., MELO C.M.M., PERREAULT M., «Idéologies des personnels de santé dans la conception de la surveillance épidémiologique», Pratiques et Organisations des Soins, 2010/2, 40:143-149.

UNIA, Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve, [www.unia.be](http://www.unia.be), 2020.

WALLERSTEIN N., What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006.

WYEME P., FAVRESSE D., COPPIN A., Prévenir la violence dans la relation d'aide, AMO Passages-CLPS Namur, 2014.

ZARKA Y.-C., «La folie évaluatrice», Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention, 2011, 61:32-35.

## 6.4 PAGES INTERNET, WEBINAIRES, JOURNÉE D'ÉTUDES, ETC.

BARBIER L., BOUDIA S. & al., Appel à contribution sur le thème «Ignorances» (3/2021), Revue d'anthropologie des connaissances».

DUBASQUE D., Qu'est-ce que l'exclusion sociale, <https://dubasque.org/quest-ce-que-l'exclusion-sociale-2/>, 2019.

DECKERCK J., La pyramide de la prévention. Intégralement et positivement contre le harcèlement, Journée d'étude «Harcèlement scolaire. Tentant pour certains, terrifiant pour d'autres», HE Galilée, 05/03/2018.

FAVRESSE D., L'approche qualitative et l'approche quantitative, Séminaire sur les méthodes qualitatives en santé publique, ESP-ULB, 2010.

MAES R., Vaccination et Désaffiliation, présentation du webinaire «Pass et Impasse de la politique sanitaire», Infor Jeunes Laeken, lien vidéo : <https://www.youtube.com/watch?v=C8YpDQC-z1w>, 20 octobre 2021.

REMY J. «La sociologie en évolution : les représentations de l'individu et les enjeux globaux» revu, en novembre 1993, après le symposium de la Fondation Juan Maragall – Barcelone.

RESO, Hésitation vaccinale : menace ou opportunité ?, <https://educationsante.be/lhesitation-vaccinale-menace-ou-opportunite/>, 2021.





CENTRE BRUXELLOIS  
DE PROMOTION DE LA SANTÉ

