

Les inégalités sociales et de santé

Gestion de la crise de la Covid-19
à Bruxelles, Genève et Montréal

Claudine Burton-Jeangros

Yves Jackson | Judith Racapé

Marie-France Raynault | Andrea Rea (dir.)

Préface de Marius Gilbert



Éditions de l'Université de Bruxelles

Sociologie
Anthropologie

Sociologie Anthropologie

Collection dirigée par Joël Noret et Andrea Rea

La collection publie des ouvrages qui contribuent à une meilleure connaissance de la complexité et de la diversité du monde social.

Sans privilégier un domaine particulier ou une école de pensée, elle accueille tant des livres rédigés par des auteurs internationalement réputés que des travaux soumis par de jeunes chercheurs, souvent issus de thèses de doctorat. Les textes publiés se caractérisent par une grande ouverture méthodologique et des analyses reposant sur une solide base empirique. Tout en se conformant aux règles de la démarche scientifique de l'anthropologie sociale et culturelle et de la sociologie, le contenu des publications de la collection est accessible à un public non professionnel désireux de s'informer sur les enjeux qui traversent les sociétés contemporaines.

Les inégalités sociales et de santé

**Gestion de la crise de la Covid-19
à Bruxelles, Genève et Montréal**

Ce livre a fait l'objet de l'évaluation par les pairs.

Sélection et édition © Claudine Burton-Jeangros, Yves Jackson,
Judith Racapé, Marie-France Raynault et Andrea Rea

Chapitres individuels © Les auteurs respectifs, 2024

Ce livre est publié sous licence CC-BY-NC-ND 4.0



Cette licence autorise le partage et la redistribution de l'œuvre, à des fins personnelles et non commerciales, tant qu'elle est diffusée sans modification et dans son intégralité, avec attribution des auteurs et de l'éditeur: Claudine Burton-Jeangros, Yves Jackson, Judith Racapé, Marie-France Raynault et Andrea Rea, *Les inégalités sociales et de santé*, Éditions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 2024 (CC-BY-NC-ND 4.0).

ISBN 978-2-8004-1886-5

eISBN 978-2-8004-1887-2

ISSN 2593-5895

D2024/0171/19

© 2024, Éditions de l'Université de Bruxelles

Avenue Paul Héger 26

1000 Bruxelles (Belgique)

editions@ulb.be

www.editions-ulb.be

Imprimé en Belgique

Publié avec le soutien de l'Université libre de Bruxelles, de l'Université de Genève et de l'Université de Montréal, dans le cadre du programme G3 pour le projet « Effets des mesures visant à lutter contre la pandémie COVID-19 sur les conditions sociales et de santé des populations précarisées. Approche comparée ».

Les inégalités sociales et de santé

Gestion de la crise de la Covid-19
à Bruxelles, Genève et Montréal

Claudine Burton-Jeangros

Yves Jackson | Judith Racapé

Marie-France Raynault | Andrea Rea (dir.)



Éditions de l'Université de Bruxelles

Préface

La pandémie de Covid-19 a mis les sociétés durement à l'épreuve, sur une période extrêmement courte par rapport au rythme de nos processus conventionnels de gouvernance et de décision. Elle a touché pratiquement toutes les composantes de la société, révélant d'une lumière crue les nombreuses failles qui traversent nos politiques publiques lorsqu'elles doivent faire face à une crise de nature systémique.

Toute gestion d'une crise aussi complexe que celle-ci passe inévitablement par une forme de hiérarchisation des risques. Dans la mesure où il n'est pas possible d'éviter ou de minimiser tous les risques sanitaires, sociaux et économiques dans l'espace et dans le temps, celles et ceux qui en ont la responsabilité sont amenés à définir, de manière explicite ou implicite, le ou les risques qui sont considérés comme les plus importants, et qui vont définir les priorités stratégiques de la gestion de crise. À côté de ceux-ci, d'autres risques seront jugés moins prioritaires et feront l'objet de mesures secondaires ou de moindre ampleur.

Si l'on fait un examen rétrospectif de l'ensemble de la pandémie en Belgique, et dans de nombreux autres pays dont le Canada et la Suisse, la priorité ce ne fut pas de minimiser les décès. Notre pays n'a jamais adopté de stratégie « zéro covid », qui, à l'instar de pays comme la Chine, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande, avait pour ambition de réduire au maximum toute circulation du virus. Il s'agissait, pour nous, d'empêcher la saturation hospitalière, il fallait préserver la capacité à prendre en charge les patients touchés par la Covid-19 dans les unités de soins intensifs. Tant lors de la première vague du printemps 2020 que lors de la deuxième de l'automne-hiver 2020-2021, les mesures sanitaires les plus fortes étaient prises graduellement au fur et à mesure que l'on se rapprochait dangereusement de la saturation du système hospitalier.

Mais cette hiérarchisation a eu pour conséquence une forme d'invisibilisation et de faible prise en compte des autres risques, comme l'impact des mesures sanitaires et de l'isolement sur la santé mentale, les retards d'apprentissage dans le système d'éducation, et, bien évidemment, l'accroissement des inégalités et de la précarité.

Qu'une société soit contrainte par une situation inédite de se fixer des priorités en matière d'action face à l'urgence semble parfaitement raisonnable. Mais force est de constater que l'exercice de hiérarchisation des risques se fait le plus souvent de manière implicite, sans que les risques indirects ou dont les effets peuvent s'exercer à plus long terme soient toujours analysés, ou considérés avec le même poids dans les prises de décision. Pour dire les choses autrement, on a souvent tendance à se focaliser sur la prévention de risques directs, temporellement ou spatialement proches et facilement mesurables.

Alors même que d'innombrables articles scientifiques démontrent les liens entre santé et précarité, tant pour démontrer que les personnes précaires souffrent davantage de problèmes de santé que pour montrer que ces problèmes de santé renforcent en retour leur vulnérabilité économique, les inégalités sociales ne se fraient pas facilement

un chemin vers les sommets de la hiérarchisation des risques et, donc des politiques de prévention sanitaire. Dans un éditorial de mai 2022 dans lequel il critiquait sévèrement un livre blanc de l'Organisation mondiale de la santé portant sur l'amélioration de la préparation pandémique et ne faisant aucune référence aux inégalités, Richard Horton, le rédacteur en chef de la revue médicale *The Lancet*, écrivait¹ : « *SARS-CoV-2 thrived on inequality. There is no serious discussion about the way this virus exploited deep disparities across societies and why attacking these disparities must be part of preparedness planning.* » Basé sur des données originales, le présent ouvrage propose une analyse des effets de la pandémie de Covid-19 sur les inégalités sociales et de santé en Belgique, au Canada et en Suisse. Il apporte également un éclairage comparé utile sur les politiques de santé publique et celles socioéconomiques mises en œuvre pour gérer cette crise.

Dans la foulée de la pandémie, de nombreux décideurs politiques ont pris conscience de l'importance de ne pas avoir de « tache aveugle » dans la gestion d'une crise comme celle-là et se sont intéressés à d'autres impacts qui avaient été trop peu considérés durant la phase de gestion pandémique, en particulier dans les domaines de la santé mentale, de la précarité et de l'éducation.

La crise sanitaire est dernière nous, et nous devons faire face à d'autres crises systémiques, comme celle du dérèglement climatique, qui elles aussi renforcent les inégalités. Décrire et quantifier les innombrables interactions qui lient les inégalités sociales à ces crises contemporaines doivent permettre de consolider le socle de savoirs sur lequel puisse s'élaborer une hiérarchisation des risques plus explicite, prenant davantage en compte les effets indirects et lointains.

Prof. Marius Gilbert

Laboratoire d'épidémiologie spatiale, Université libre de Bruxelles

¹ R. Horton (2022). Offline: Bill Gates and the fate of WHO. *The Lancet*, 399(10338), 1853. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00874-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00874-1)

Introduction

Claudine Burton-Jeangros, Yves Jackson, Judith Racapé,
Marie-France Raynault et Andrea Rea

Depuis que l'OMS a qualifié l'épidémie de Covid-19 de pandémie le 11 mars 2020, les gouvernements qui y ont été confrontés ont mis en place des mesures populationnelles afin d'atténuer la propagation du virus en espérant la contrôler au mieux. Entendues comme des mesures de santé publique imposées à toute une population, ces mesures populationnelles (confinements, quarantaines, distanciation physique, limitation des contacts, restrictions d'activités économiques, fermetures de commerces et restaurants, fermetures des écoles, etc.) se sont doublées à partir de 2021 d'une politique sanitaire volontariste et incitative: la vaccination de masse.

En raison de l'ampleur de sa diffusion, le qualificatif de crise s'est imposé rapidement pour caractériser la pandémie de Covid-19. En outre, de nombreux discours, notamment scientifiques, politiques et médiatiques, l'ont présentée comme un phénomène exceptionnel. C'est autant l'épidémie elle-même que la situation sociale critique à laquelle les gouvernements devaient faire face qui justifiaient le recours à la notion de crise. Ainsi, ceux-ci, comme le souligne Fassin (2022, p. 8), ont dû constater « la fragilité des appareils de santé publique, à la fois en termes de mise en œuvre tardive de mesures préventives et du point de vue des capacités hospitalières insuffisantes pour prendre en charge les formes graves de la maladie ». Ceci est d'autant plus étonnant que les agences nationales et internationales spécialisées attendaient la survenue d'une telle épidémie et avaient développé des instruments pour y répondre au mieux (Bourrier *et al.*, 2019; Zylberman, 2019). La vulnérabilité des institutions de santé, l'absence de mesures préventives, couplées à l'absence de vaccins, ont obligé les gouvernements à prendre des mesures populationnelles très contraignantes.

Ces mesures populationnelles ont été de trois ordres: a) des mesures de prévention sanitaire qui suivent le principe de « tester, isoler, vacciner » (port du masque nasobuccal obligatoire, distanciation physique, concept de « bulle sociale », réduction de capacité d'accueil, *testing, tracing*, quarantaine, vaccination, Covid Safe Ticket); b) des mesures de contrôle des mobilités (fermetures/ouvertures des frontières nationales, confinements obligatoires, quarantaines obligatoires, *tracing*, interdiction de rassemblement dans l'espace public, etc.) et c) des mesures socioéconomiques (définition des métiers essentiels, modalités de télétravail, soutien financier aux entreprises à l'arrêt, compensation financière des travailleurs et indépendants au chômage, élaboration des mesures de protection dans les entreprises, etc.).

Pour faire face à la pandémie, la gouvernance sanitaire et sociale s'est construite à partir d'indicateurs statistiques représentés par des courbes de progression des cas de SARS-Cov-2 dépistés. Ces « récits en forme de vagues » (Jones & Helmreich,

2021) ont alors été mobilisés comme outils de prédiction, mais également comme techniques de persuasion des « bonnes conduites » (Caduff, 2014) que la population devait adopter. Cependant, alors que l'ensemble de la population était concerné par ces mesures, le cadrage de la crise sanitaire, de sa gestion et de sa sortie est resté focalisé presque exclusivement sur des éléments d'ordre épidémiologique. La modélisation des risques de propagation a le plus souvent reposé sur une vision de la population comme l'addition de personnes socialement semblables, à l'exception de quelques caractéristiques. Ainsi, les conséquences de l'infection ont été analysées en fonction de l'âge et de certaines comorbidités (l'hypertension, le diabète, l'immunosuppression ou les maladies cardiovasculaires). Une telle représentation empêche toutefois d'envisager la pandémie comme un phénomène complexe imbriquant des dimensions biologiques et socioéconomiques. En d'autres termes, la crise de la Covid-19 a été avant tout considérée comme une *crise biologique*, et non pas comme une *crise sociale* affectant le *bien-être humain*.

Cet ouvrage s'inscrit dans la perspective ouverte par le concept de syndémie (Singer & Mendenhall, 2017; Horton, 2020; Singer & Rylko-Bauer, 2021), qui reflète l'entrelacement de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux. Ce concept met en avant la co-occurrence fréquente de plusieurs pathologies, mais va plus loin que la notion médicale de comorbidités en intégrant le rôle joué par divers facteurs non médicaux. Le concept suggère en effet que les circonstances sociales défavorables, par exemple, la pauvreté, la stigmatisation ou la violence structurelle, interagissent étroitement avec les conditions biologiques. Ces mécanismes invitent à penser le caractère biosocial de la santé, qui se traduit notamment par le fait que les groupes sociaux défavorisés cumulent maladies infectieuses, maladies non transmissibles et troubles de la santé mentale. Formulée dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida, la perspective de la syndémie est particulièrement adéquate pour penser les conséquences sociales et économiques de la pandémie de Covid-19 au-delà de la période de crise dans la durée. En effet, au-delà des effets immédiats de la pandémie, en termes de cas de Covid-19 identifiés et de décès associés, il est nécessaire d'étudier comment la gouvernance médicale et sociale de la crise a instauré de nouvelles formes de précarité dans les groupes sociaux antérieurement déjà défavorisés. La synergie entre ces différents processus, suggérée par le concept de syndémie, est en effet susceptible de renforcer les inégalités sociales de santé.

Cet ouvrage propose une analyse croisée de la crise sanitaire en Belgique, au Canada et en Suisse, avec une attention singulière portée sur trois villes : Bruxelles, Montréal et Genève. Les observations menées dans ces différents contextes permettent d'identifier certaines récurrences en matière d'inégalités sociales de santé. Si celles-ci sont bien connues des professionnels de la santé et documentées dans la littérature scientifique depuis de nombreuses années, les interrogations relatives à leur rôle dans la propagation de la Covid-19 et de ses effets différenciés au sein de la population n'ont été formulées que relativement tardivement, après la première vague et, le plus souvent, dans une perspective de court terme.

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé s'expliquent par plusieurs mécanismes (Marmot, 2005 ; Pickett & Wilkinson, 2015) que l'on a pu retrouver dans la crise de la Covid-19. Tout d'abord, par une *exposition différentielle* au virus dans la population. En effet, selon leur position sociale, les personnes sont plus ou moins exposées à des facteurs nocifs ou favorables pour leur santé. Pendant la crise de la Covid-19, vivre dans des logements densément peuplés et dans des quartiers urbains dépourvus d'espaces verts a augmenté le risque d'infection par le virus. Or ce sont les populations les plus précaires qui résident dans des logements surpeuplés et insalubres. De plus, des études réalisées en Suisse, en France et au Québec ont montré que les personnes vivant dans des quartiers favorisés ont eu moins de risques d'être hospitalisées et de décéder de la Covid-19 que les personnes vivant dans des quartiers défavorisés (Riou *et al.*, 2021 ; Meurisse *et al.*, 2022 ; Direction régionale de la santé publique de Montréal, 2022). Comme le rappellent Khalatbari-Soltani *et al.* (2020), « ce n'est pas simplement que les personnes pauvres sont plus souvent en mauvaise santé qui les a exposées à la surmortalité due au Covid, c'est aussi et surtout leurs conditions de logement et leur métier ».

Les facteurs liés au logement et à la profession ont joué un rôle important au niveau de l'exposition au virus, comme l'ont montré plusieurs travaux menés aux États-Unis, au Royaume-Uni (Bambra *et al.*, 2020), en France (Warszawski *et al.*, 2022) et en Suisse (Stringhini *et al.*, 2021). Les personnes occupant des emplois dits « essentiels » et dans le secteur de la santé ont été davantage exposées au virus par rapport à celles qui ont pu travailler à distance. Ces dernières appartiennent généralement à des catégories professionnelles plus élevées. Certains métiers ont été ainsi particulièrement exposés, tels que ceux exercés en milieu de soin, mais aussi ceux plus précaires exercés par le personnel de secteurs d'activité qui n'ont pas pu pratiquer le télétravail (livraison, police et sécurité, nettoyage, vente, propreté publique, transport public, personnel des entreprises alimentaires, etc.). Ceci a été mis en évidence tant en France (Epidemic, 2020) qu'au Royaume-Uni (Blundell *et al.*, 2020 ; Niedzwiedz, 2020). En outre, ces emplois sont souvent occupés par les groupes sociaux plus vulnérables par rapport à leur santé. Ils sont aussi très genrés, les femmes étant particulièrement surreprésentées dans certains de ces secteurs d'activité (Mongin *et al.*, 2022).

L'origine ethnique et raciale a également joué un rôle important, variable visibilisée là où elle a pu être intégrée aux relevés statistiques. Dans plusieurs pays, l'origine nationale et/ou ethnique est associée à certains métiers essentiels effectués en présentiel ainsi qu'à une qualité de logement et de lieu d'habitation socialement dégradés qui constituent des facteurs de risque pour l'infection. En Angleterre, par exemple, les membres des minorités ethniques occupant des professions précaires ont été plus à risque d'être testés positifs à la Covid-19, d'être hospitalisés et de décéder de la Covid-19 (Upshaw *et al.*, 2021 ; Khanijahani *et al.*, 2021 ; Mutambudzi, 2021). Plusieurs recherches ont aussi mis en évidence la pertinence de la perspective intersectionnelle (rapports de classe, rapports de genre, rapports ethnoraciaux) pour étudier les catégories de personnes qui étaient employées dans les emplois « essentiels » et qui ont été surexposées à la diffusion de la Covid-19 (Bajos *et al.*, 2021 ; Maestripieri, 2021).

Un second mécanisme est une *vulnérabilité différentielle* dans la population, les facteurs nocifs pour la santé augmentant avec la précarité sociale. Notamment des habitudes de vie (moins d'accès à de la nourriture saine, plus de consommation de tabac), des conditions environnementales délétères (logement insalubre, quartier pollué), des conditions de travail défavorables (travail de nuit ou horaire décalé, fatigue physique) sont plus fréquentes parmi les groupes socialement défavorisés. Or ce sont des facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension ou encore le diabète, des pathologies qui sont associées à des conséquences plus graves de la Covid-19 (Mahamat-Saleh *et al.*, 2021).

Un faible niveau d'éducation ainsi qu'une *littératie en santé* limitée ont joué un rôle important dans l'adoption des comportements appropriés (lavage des mains, port du masque, confinement, vaccination) et dans la compréhension des nombreuses informations diffusées par les médias et les réseaux sociaux (Hermans *et al.*, 2021 ; Paakkari & Okan, 2020).

Enfin, selon le statut social, les conséquences sociales et économiques de problèmes de santé peuvent être très différentes. Par exemple, l'arrêt de travail pour certaines personnes hospitalisées pour la Covid-19 ou bien le fait de ne pas pouvoir aller travailler lorsqu'il fallait garder un enfant à la maison en isolement ont pu avoir des conséquences particulièrement importantes pour les familles déjà en situation de précarité. On parle ainsi du « cercle vicieux de la pauvreté », car les personnes en mauvaise santé ont plus de risques de voir leur statut social se dégrader. *Le cumul et l'imbrication* de ces vulnérabilités, expositions et conséquences différentielles ont exacerbé les inégalités sociales, provoquant une véritable « explosion des inégalités » à la suite de la pandémie de Covid-19 (Lambert & Cayouette-Remblière, 2021).

Perspectives comparées des inégalités sociales de santé à Bruxelles, Genève et Montréal

Les contributions réunies dans cet ouvrage sont le fruit d'un travail collectif visant à étudier les inégalités sociales de santé issues de la crise de la Covid-19 et aussi de la gestion politique de la syndémie par les gouvernements. L'approche est volontairement pluridisciplinaire (médecine, santé publique, sociologie, psychologie, éducation, droit et criminologie). Ce travail collectif et l'ouvrage qui en est issu ont bénéficié d'un financement octroyé dans le cadre du programme G3 de l'Université libre de Bruxelles, de l'Université de Genève et de l'Université de Montréal.

Les quatre premiers chapitres proposent une analyse comparée des inégalités sociales de santé observées à l'occasion de la pandémie de Covid-19. Ces chapitres démontrent la pertinence du recours au concept de syndémie en raison de l'imbrication des facteurs épidémiologiques, sociaux et environnementaux.

Le premier chapitre propose une analyse comparée des politiques de lutte contre la crise de la Covid-19, aux niveaux sanitaire et économique, et leurs effets sur les

conditions sociales et de santé des populations précarisées. Il met en évidence le degré diversifié de préparation aux pandémies, mais montre que les politiques de santé publique et de soutien économique n'ont pas beaucoup innové en matière d'instruments de politique publique. Elles ont néanmoins été importantes en termes de volume et de vitesse d'implantation. Cette contribution met aussi en évidence les enjeux liés au double impératif des politiques gouvernementales : lutter contre la Covid-19 en préservant le système de soins de santé et en évitant l'effondrement économique. Cet impératif n'est pas neuf et avait déjà été formulé dans les milieux spécialisés de la santé publique antérieurement. Ainsi, l'article 2 du Règlement sanitaire international stipule : « L'objet et la portée du présent Règlement consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux. »

Le deuxième chapitre de Fakhoury *et al.* propose une réflexion sur les réponses des politiques sociales en temps de pandémie. Le modèle de protection sociale suisse étant associé à d'importantes variations entre cantons, les risques de précarisation induite par la crise sanitaire sont analysés dans les cantons de Vaud et de Genève. Des données administratives longitudinales permettent de décrire les trajectoires de recours à l'aide sociale économique, suggérant que, à moyen terme, la pandémie a effectivement exacerbé les inégalités sociales et économiques. Le chapitre suivant de Cavillot *et al.* étudie les inégalités sociales dans la vaccination, qui a été la principale mesure de santé publique en réponse à la pandémie de Covid-19. Les résultats des analyses réalisées à partir de quatre bases de données belges mettent en évidence des inégalités sociales persistantes dans la couverture vaccinale malgré la gratuité du vaccin.

La contribution de Côté *et al.* au chapitre IV présente une recherche extrêmement originale qui a pu évaluer les impacts de la Covid-19 sur les apprentissages d'une cohorte d'élèves de la maternelle à la cinquième primaire au Québec. Elle montre que les inégalités antérieures à la crise sanitaire constituent les principales causes de la reproduction des inégalités sociales en inégalités scolaires, selon l'expression de Bourdieu.

La mise en œuvre des mesures populationnelles a été basée, notamment, sur des campagnes massives d'information sur le virus et sur les manières d'éviter sa diffusion. Ces mesures informatives et préventives ont été accompagnées de mesures plus contraignantes et répressives. Ainsi, des sanctions ont été prévues pour poursuivre la transgression de mesures d'ordre public. Les chapitres V et VI abordent cette thématique en révélant l'impact des inégalités sociales dans la gouvernance de la crise sanitaire. Les populations les plus précarisées n'ont pas été seulement les plus impactées par la crise sanitaire, elles l'ont été aussi par la répression des forces de l'ordre sanctionnant le non-respect de certaines mesures populationnelles comme la présence dans l'espace public qui s'explique, entre autres, par les conditions de logement, la présence d'espaces verts et l'itinérance. Les contributions de Bellot *et al.* au Québec et de Tatti et Guillain en Belgique le mettent en évidence respectivement aux chapitres V et VI.

Parmi les personnes vivant dans des circonstances particulièrement vulnérables figure aussi un groupe social invisibilisé parce que dépourvu d'une identité

administrative : les personnes migrantes dites sans-papiers, c'est-à-dire sans permis de séjour valable. Le chapitre VII de Burton-Jeangros et Jackson et le chapitre VIII de Fortunier et Rea révèlent comment ces personnes ont vécu la pandémie respectivement à Genève et à Bruxelles avec une différenciation majeure, l'Opération Papyrus a permis la régularisation de sans-papiers en Suisse alors que cela n'a pas été possible en Belgique.

Enfin, le dernier chapitre met à jour les enjeux essentiels de la construction de statistiques de santé qui prennent en compte les principales caractéristiques sociales et économiques afin de mesurer les inégalités de santé. La rareté de ces données en temps réel a été constatée autant en Belgique qu'en Suisse et au Québec durant la crise de la Covid-19. En conséquence, il n'a pas été possible d'effectuer un véritable monitoring des mesures politiques adaptées à la diversité des populations qui présentaient des vulnérabilités socioéconomiques contrastées.

Bien que cet ouvrage ne propose pas une analyse comparée systématique, des enseignements transversaux peuvent être tirés quant à la gouvernance de la pandémie de Covid-19. En dépit des variations politiques entre les contextes nationaux, un même cadrage des politiques publiques a prévalu. Ce dernier a été dominé par des préoccupations et des données médicales et épidémiologiques. Il a été très peu sensible aux enjeux des inégalités sociales qui n'ont été abordés, légèrement, qu'à l'occasion des difficultés rencontrées lors des campagnes de vaccination. De nombreuses données concernant les conditions d'existence ou l'éducation des enfants démontrent les conséquences plus marquées pour les catégories sociales déjà défavorisées de la crise de la Covid-19. Les analyses issues de l'exploitation de ces données soulignent l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé dans la gestion des crises dès le début. Enfin, les instruments politiques mobilisés à l'occasion de la crise sanitaire ont été relativement peu innovants. Il faut toutefois mentionner qu'au Québec l'accès aux soins a été rendu véritablement universel lors de la pandémie.

La pandémie de Covid-19 relève pour de nombreuses personnes du passé, il semble cependant impératif de documenter les effets à moyen et à long terme de cette crise sanitaire. Si des recherches médicales interrogent la Covid longue, il convient de documenter également les effets biosociaux de cette pandémie, car ils vont marquer les générations qui ont traversé la crise. Autrement dit, il s'agit de documenter les traces d'une Covid sociale longue en prenant pour focale principale celle des inégalités afin d'étudier leurs impacts différenciés sur la vie des personnes, en vue de proposer des politiques publiques plus appropriées. Ces études au long cours devraient aussi permettre d'examiner les transformations sociales liées à la pandémie dans le temps, afin d'éclairer les politiques publiques et de les adapter pour affronter les prochaines crises sanitaires.

Bibliographie

- Bajos, N., Counil, E., Franck, J.E., Jusot, F., Pailhé, A., Spire, A., Martin, C., Lydie, N., Slama, R., Meyer, L., & Warszawski, J., EpiCoV study group. (2021). Social Inequalities and Dynamics of the Early COVID-19 Epidemic: A Prospective Cohort Study in France. *BMJ Open*. Nov 11; 11(11):e052888. doi: [10.1136/bmjopen-2021-052888](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052888). PMID: 34764173; PMCID: PMC8587531
- Bajos, N., Warszawski, J., Pailhé, A. et al. (2020). Les inégalités sociales au temps du Covid-19. *Questions en santé publique*, 40, 1-12.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 Pandemic and Health Inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74/11, 964-968.
- Blundell, R., Cribb, J., McNally, S., Warwick, R., & Xiaowei, X. (2020). *Inequalities in Education, Skills, and Incomes in the UK: The Implications of the COVID-19 Pandemic*. London: Institute for Fiscal Studies.
- Bourrier, M., Brender, N., & Burton-Jeangros, C. (dir.) (2019). *Managing the Global Health Response to Epidemics: Social Science Perspectives*. London: Routledge.
- Caduff, C. (2014). Pandemic Prophecy, or How to Have Faith in Reason. *Current Anthropology*, 55/3, 296-315.
- Direction régionale de la santé publique de Montréal (2022). Regard sur la pandémie de Covid-19 à Montréal. *Gouvernement du Québec*. https://ccsmtlpro.ca/sites/mtlpro/files/media/document/DRSP_Rapports_DRSP_20221123.pdf
- Epidemic (2020). *Conditions de vie et compréhension des consignes médicales au temps du Covid-19. Synthèse du 02/07/2020*. https://cerpop.inserm.fr/medias/fichier/equity-synthese-epidemic-consignes-medicales-020720-1_1593683923134-pdf
- Fassin, D. (2022). Un moment critique (p. 7-33). In D. Fassin, *La société qui vient*. Paris: Seuil.
- Hermans, L., Van den Broucke, S., Gisle, L., Demarest, S., & Charafeddine, R. (2021). Mental Health, Compliance with Measures and Health Prospects during the COVID-19 Epidemic: The Role of Health Literacy. *BMC Public Health*. Jul 10; 21(1):1365. doi: [10.1186/s12889-021-11437-w](https://doi.org/10.1186/s12889-021-11437-w). PMID: 34243741; PMCID: PMC8270766
- Horton, R. (2020). Covid-19 Is Not a Pandemic. *Lancet*, 396 (10255), 874, September 26.
- Jones, D., & Helmreich, S. (2021). La forme des épidémies, AOC, publié le 20 octobre 2021 [consultable [en ligne](#)].
- Khalatbari-Soltani, S., Cumming, R.C., Delpierre, C., & Kelly-Irving, M. (2020). Importance of Collecting Data on Socioeconomic Determinants from the Early Stage of the COVID-19 Outbreak Onwards. *J Epidemiol Community Health*, 8/74(8), 620-623.
- Lambert, A., & Cayouette-Remblière, J. (dir.) (2021). *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*. La Tour d'Aigues: Aube.
- Maestriperi, L. (2021). The Covid-19 Pandemics: Why Intersectionality Matters. *Frontiers in Sociology*, 6, 642662. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.642662>
- Mahamat-Saleh, Y., Fiolet, T., Rebeaud, M.E., Mulot, M., Guihur, A., El Fatouhi, D., Laouali, N., Peiffer-Smadja, N., Aune, D., Severi, G. (2021). Diabetes, Hypertension, Body Mass Index, Smoking and COVID-19-related Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. *BMJ Open*. Oct 25; 11(10):e052777. doi: [10.1136/bmjopen-2021-052777](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052777). PMID: 34697120; PMCID: PMC8557249
- Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *Lancet*, 365, 1099-1104.
- Meurisse et al. (2022). The Association between Area Deprivation and COVID-19 Incidence: A Municipality-level Spatio-temporal Study in Belgium, 2020-2021. *Archives of Public Health*, 80, 109. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00856-9>
- Mongin, D., Cullati, S., Kelly-Irving, M., Rosselet, M., Regard, S., & Courvoisier, D. S. (2022). Neighbourhood Socio-economic Vulnerability and Access to COVID-19 Healthcare during the First Two Waves of the Pandemic in Geneva, Switzerland: A Gender Perspective. *eClinicalMedicine*, 46, 101352. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101352>
- Mutambudzi, M., Niedzwiedz, C., Macdonald, E.B. et al. (2020). Occupation and Risk of Severe COVID-19: Prospective Cohort Study of 120 075 UK Biobank Participants. *Occup Environ Med*, 78, 307-314. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106731>
- Niedzwiedz, C.L., O'Donnell, C.A., Jani, B.D. et al. (2020). Ethnic and Socioeconomic Differences in SARS-CoV-2 Infection: Prospective Cohort Study using UK Biobank. *BMC Med*, 18, 160.

Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health Literacy is an Underestimated Problem. *Lancet Public Health*. May; 5(5):e249-e250. doi: [10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4). Epub 2020 Apr 14. PMID: 32302535; PMCID: PMC7156243

Pickett, K., & Wilkinson, R., (2015). Income Inequality and Health: A Causal Review. *Social Science & Medicine*, 128, 316-326.

Riou, J., Panczak, R., Althaus, C.L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N.G., Low, N., & Egger, M. (2021). Socioeconomic Position and the COVID-19 Care Cascade from Testing to Mortality in Switzerland: A Population-based Analysis. *Lancet Public Health*, sept 6(9):e683-e691.

Singer, M., & Rylko-Bauer, B. (2021). The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. *Open Anthropological Research*, 1(1), 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>

Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the Biosocial of Health. *Lancet*, 389, 941-950.

Stringhini, S., Zaballa, M.-E., Pullen, N., De Mestral, C., Perez-Saez, J., Dumont, R., Picazio, A., Pennacchio, F., Dibner, Y., Yerly, S., Baysson, H., Vuilleumier, N., Balavoine, J.-F., Bachmann, D., Trono, D., Pittet, D., Chappuis, F., Kherad, O., Kaiser, L. & Guessous, I. (2021). Large Variation in Anti-SARS-CoV-2 Antibody Prevalence among Essential Workers in Geneva, Switzerland. *Nature Communications*, 12(1), 3455. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-23796-4>

Upshaw, T.L., Brown, C., Smith, R., Perri, M., Ziegler, C., & Pinto, A.D. (2021). Social Determinants of COVID-19 Incidence and Outcomes: A Rapid Review. *PLoS One*. Mar 31; 16(3):e0248336. doi: [10.1371/journal.pone.0248336](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248336). PMID: 33788848; PMCID: PMC8011781

Khanijahani, A., Iezadi, S., Gholipour, K. *et al.* (2021). A Systematic Review of Racial/Ethnic and Socio-economic Disparities in COVID-19. *Int J Equity Health*, 20:248. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01582-4>

Warszawski, J., Meyer, L., Franck, J.E., Rahib, D., Lydié, N., Gosselin, A., Counil, E., Kreling, R., Novelli, S., Slama, R., Raynaud, P., Bagein, G., Costemalle, V., Sillard, P., Fourie, T., de Lamballerie, X. & Bajos, N., Epicov Team. (2022). Trends in Social Exposure to SARS-Cov-2 in France. Evidence from the National Socio-epidemiological Cohort-EPICOV. *PLoS One*. May 25; 17(5):e0267725. doi: [10.1371/journal.pone.0267725](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267725). PMID: 35613100; PMCID: PMC9132278

Zylberman, P. (2013). *Tempêtes microbiennes. Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*. Paris : Gallimard.

Chapitre I

Les politiques de lutte contre la Covid-19 et leurs effets sur les conditions sociales et de santé des populations précarisées

Bruxelles, Genève et Montréal

Claudine Burton-Jeangros, Camille Fortunier, Yves Jackson,
Judith Racapé, Marie-France Raynault et Andrea Rea

La crise sanitaire de la Covid-19 s'est caractérisée par sa dimension planétaire justifiant sa qualification de pandémie par l'ONU le 11 mars 2020. Comme précisé dans l'introduction, nous nous référons plus volontiers dans cet ouvrage au concept de syndémie qui insiste sur l'entrelacement des facteurs biologiques, sociaux et environnementaux pour comprendre la crise induite par la Covid-19. On peut y ajouter les facteurs politiques découlant des mesures promulguées par les gouvernements pour lutter contre la diffusion de la maladie.

Malgré sa globalisation, la diffusion de la Covid-19 et la gestion politique de ses effets sanitaires, sociaux et économiques n'ont pas été similaires dans tous les pays. Cette contribution propose une analyse dans trois juridictions de la diffusion de la Covid-19 et des mesures prises aux niveaux sanitaire (confinement, limitation des contacts sociaux, fermeture des écoles et de nombreuses activités économiques, vaccination, etc.) et socioéconomique (soutiens financiers aux particuliers et aux entreprises en arrêt d'activité, etc.) pour lutter contre la maladie et ses effets sociosanitaires.

Mobilisant des recherches et des rapports existants, ce chapitre examine les conséquences sanitaires et sociales des mesures populationnelles qui ont été prises, et de leurs effets sur les inégalités sociales et de santé dans trois villes : Bruxelles (Belgique), Genève (Suisse) et Montréal (Canada). Il est structuré en cinq parties distinctes qui abordent successivement la situation épidémiologique, la gouvernance de la syndémie, les mesures sociales et économiques et les conséquences des mesures sur les populations précarisées. La cinquième section fournit une brève analyse comparée à partir de données présentées au préalable.

Contexte social et sanitaire lors de la crise de la Covid-19

Belgique/Bruxelles

La Belgique compte 11 millions d'habitants dont 1,2 million dans la Région de Bruxelles-Capitale. Au sein de cette dernière, la population est jeune, avec un âge moyen de 37,7 ans en 2021. Elle est aussi très cosmopolite avec plus de 35 % de résidents avec une nationalité étrangère et 67 % des Belges ont au moins un ascendant étranger (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale/UNIA, 2023). Le taux de pauvreté est élevé: un Bruxellois sur quatre vit sous le seuil de risque de pauvreté et plus d'un sur trois court un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (Observatoire de la santé et du social, 2024).

La crise de la Covid-19 a durement frappé la Belgique. Entre le 10 mars 2020 et le 14 février 2021, 21 860 décès dus à la Covid-19 ont été déclarés: 9 595 décès (43,9 %) sont survenus lors de la première vague et 11 949 (54,7 %) lors de la deuxième vague. Ce sont les aînés qui ont été les plus touchés: 11 635 décès (53,2 %) ont concerné des personnes de plus de 84 ans, 8 897 (40,7 %) des personnes âgées de 65 à 84 ans et 1 328 (6,1 %) des personnes de moins de 65 ans; 12 350 décès Covid-19 (56,5 %) sont survenus dans des hôpitaux, et 9 339 (42,7 %) dans des maisons de repos et dans des maisons de repos et de soins (Peeters *et al.*, 2021). Lors de la première vague, c'est à Bruxelles que le taux de mortalité standardisé a été le plus élevé. En Belgique, 77 287 personnes ont été hospitalisées pour Covid-19 en 2020. Parmi ces patients, 80 % étaient âgés de 50 ans ou plus et 17 % ont été admis en soins intensifs¹.

Comme l'indique la **figure 1**, une surmortalité a été observée au cours de la période Covid-19, en particulier dans le groupe d'âge des 65-79 ans. Un risque de décès plus élevé est observé lorsque l'indice local de surmortalité ou les proportions de personnes isolées ou défavorisées augmentent (Bourguignon *et al.*, 2023).

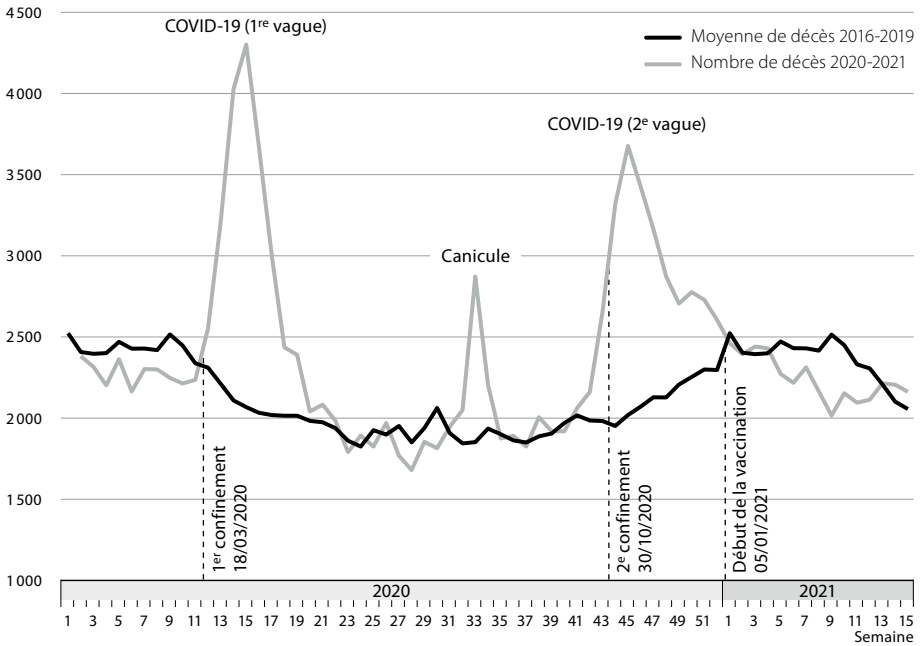
Suisse/Genève

En 2020, la population de la Suisse s'élevait à 8,6 millions d'habitants, dont 19 % avaient 65 ans ou plus, et 25 % étaient de nationalité étrangère. La population du canton de Genève s'élevait à un demi-million d'habitants, était un peu moins âgée (16 % avaient plus de 65 ans) et plus cosmopolite (40 % de nationalité étrangère).

Au niveau national, les infections Covid-19 et les décès se sont concentrés sur deux vagues en 2020, la première au printemps et la seconde, plus importante en automne. À la fin de l'année 2020, 10 000 décès avaient été recensés, ce qui a été l'année la plus meurtrière de la pandémie. L'âge moyen des personnes décédées de la Covid-19 était respectivement de 82,2 ans chez les hommes et de 86,2 ans chez les femmes (OFS, 2023).

¹ www.health.belgium.be

Figure 1 : Excès de mortalité lors de la période Covid-19 en Belgique



Source : figure reproduite d'après Bourguignon et al. (2023). Individual and Spatial Determinants of Mortality during the Covid-19 Pandemic: The Case of Belgium in 2020.

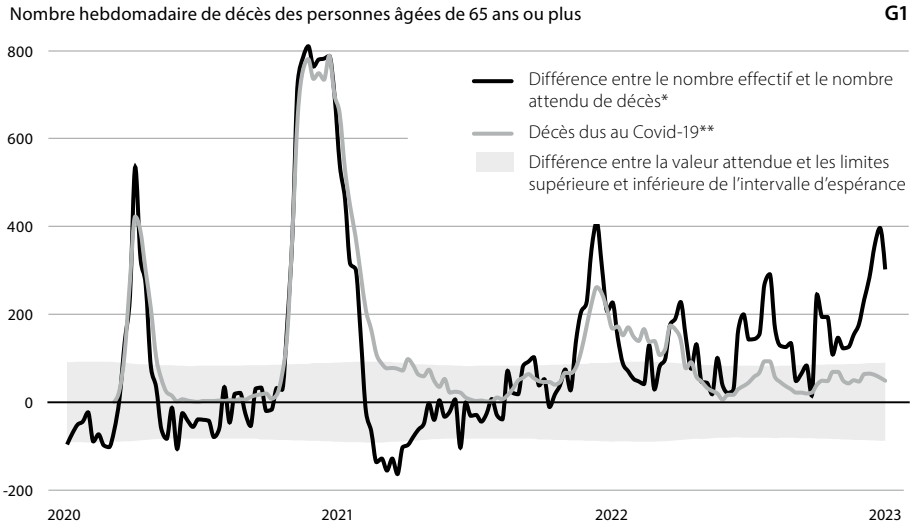
Les cantons francophones et le Tessin ont enregistré les taux de décès les plus élevés du pays. Selon un rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), 49 % des personnes décédées auraient passé la dernière période de leur vie en établissement pour personnes âgées (OFSP, 2021). À la fin 2023, 21 959 décès ont été attribués à la Covid-19 au niveau national². À Genève, 961 décès ont été recensés au 30 avril 2024³ (figure 2).

En 2020, 40 871 hospitalisations avec un diagnostic Covid-19 ont été comptabilisées. Leur distribution suit les deux vagues de la pandémie, avec un quart des hospitalisations jusqu'au début juin et les trois quarts lors de la deuxième vague en automne (OFS, 2021). Les hommes étaient surreprésentés parmi les personnes hospitalisées (57%), et l'âge médian de ces patients était de 72 ans (figure 3).

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.je-d-14.03.04.01.17/html>

³ <https://www.idd.bag.admin.ch/>

Figure 2 : Surmortalité et décès dus au Covid-19 de 2020 à 2022



* Nombre total de décès pour les années civiles de 2020 à 2022.

** Nombre de décès dus au Covid-19 pour les années statistiques 2020 à 2022.

Source : figure reproduite d'après OFS (2023). *L'impact de la pandémie de Covid-19 sur la mortalité et les causes de décès en Suisse.*

Canada/Montréal

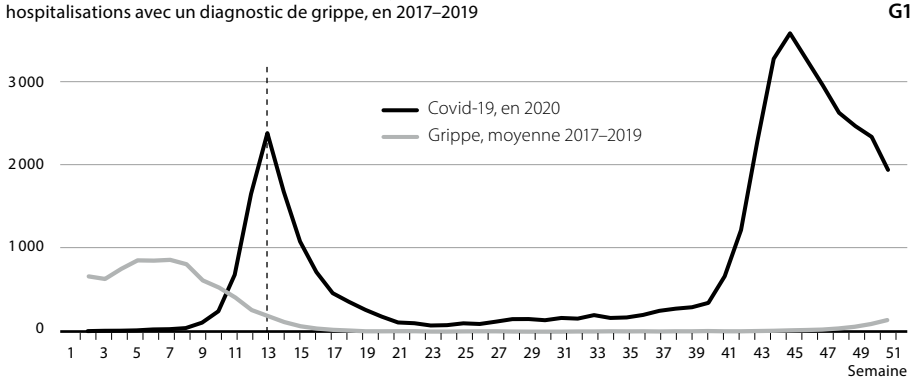
Le Québec compte 9 millions d'habitants. En 2022, 25 % de la population étaient âgés de plus de 65 ans, et cette proportion est en augmentation, l'accroissement de la population étant surtout le fait des migrations internationales (ISQ, 2024). Selon le recensement canadien de 2021, l'agglomération de Montréal comptait 2 millions d'habitants, dont 16 000 personnes se réclamant d'une identité autochtone. Pour ce qui est des personnes dont l'arrivée au pays datait de dix ans ou moins au moment du recensement, leur proportion s'élevait à 32,7% dans l'agglomération⁴. Si, en 2019, la proportion de familles en situation de pauvreté telle que mesurée par la Mesure de faible revenu s'élevait à 9,3 % au Québec, la situation était tout autre à Montréal, avec un taux de 15,5 % (CEPE, 2024).

Avant de décrire l'épidémiologie de la pandémie de Covid-19 au Québec, il importe de situer le contexte géographique et institutionnel de cette juridiction nord-américaine (Arruda, 2023). Le Québec est la plus grande des provinces canadiennes et sa superficie équivaut à près de trois fois celle de la France. La population s'y concentre dans le sud, mais le Québec est peuplé jusqu'à l'océan Arctique et beaucoup

⁴ Statistique Canada, Recensement de la population de 2021. Créé avec Datawrapper.

Figure 3 : Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations avec un diagnostic de Covid-19, en 2020

Comparaison avec le nombre hebdomadaire moyen de nouvelles hospitalisations avec un diagnostic de grippe, en 2017–2019



Exemple de lecture : En semaine 13 de 2020, 2 366 nouvelles hospitalisations avec un diagnostic de Covid-19 ont eu lieu. En comparaison, la moyenne durant les années 2017 à 2019 du nombre d'hospitalisations avec un diagnostic de grippe était de 185 pour la même semaine.

Source : figure reproduite d'après OFS (2021). Impact de la pandémie de Covid-19 sur les services de santé en 2020.

de communautés autochtones sont sans lien routier avec les grands centres. Il faut aussi noter que le Canada a la plus longue frontière terrestre au monde avec le pays, les États-Unis, où l'épidémie a été la plus importante sur la planète. Les économies de ces deux pays sont intégrées et, tous les jours, des milliers de camionneurs traversent la frontière de part et d'autre.

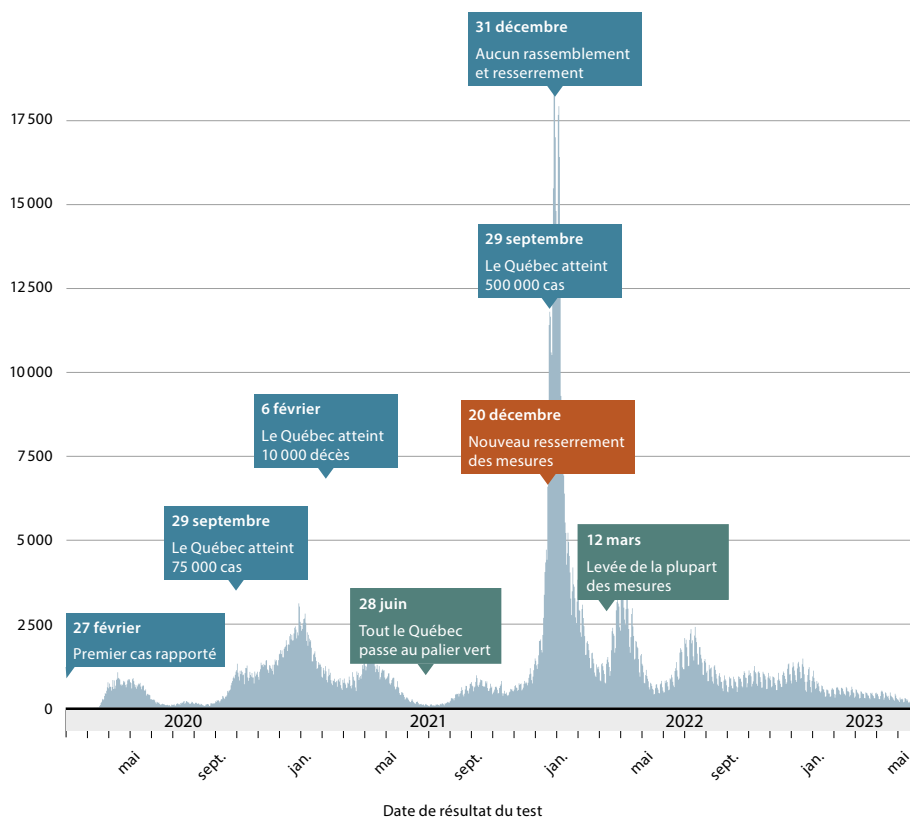
En 2015, le gouvernement québécois a effectué des coupes importantes (30 % et davantage) dans les Directions régionales de santé publique chargées de contrôler l'épidémie localement⁵. Il avait aussi regroupé les établissements de santé, avec pour conséquence que les centres de soins de longue durée n'avaient souvent aucun gestionnaire sur place au début de la pandémie. Par ailleurs, leurs effectifs infirmiers en prévention des infections avaient été décimés (INSPQ, 2019).

La figure 4 illustre le nombre de cas en fonction de la date de déclaration. L'épidémie accusait au départ un retard de deux ou trois semaines par rapport à la situation européenne, mais les courbes de contamination ont été similaires avec des vagues successives selon l'arrivée des différents variants au Québec. À noter aussi que la vague Omicron survenue en décembre 2021 a été déterminante par son ampleur et a amené un changement des politiques sanitaires. Les hospitalisations y ont été proportionnellement beaucoup moins importantes, l'impact sur le système de santé se manifestant surtout par l'absentéisme des soignants⁶.

⁵ <https://www.ledevoir.com/societe/sante/433265/sante-publique-coupes-majeures-en-regions>

⁶ Toutes les données concernant l'épidémiologie de la pandémie de Covid-19 au Québec sont disponibles sur le site de l'INSPQ à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19>.

Figure 4 : Courbe des cas confirmés selon la date de déclaration de résultat du test, annotée des principaux événements et mesures de santé publique liés à la Covid-19 au Québec



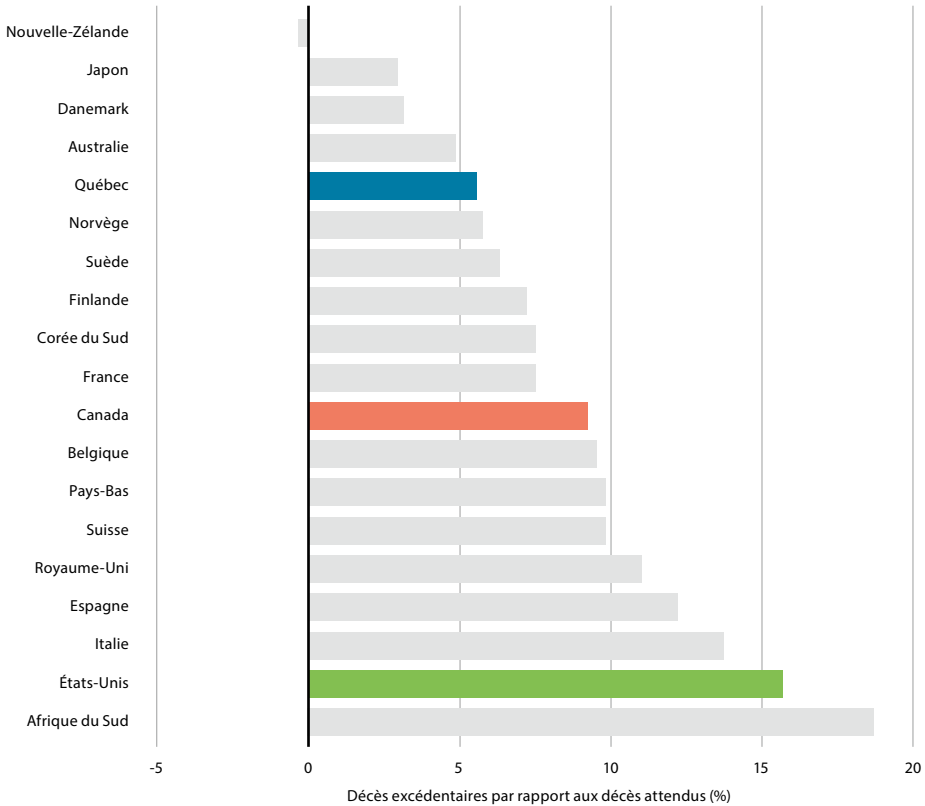
Source : figure reproduite d'après compilation de l'INSPQ consultée en ligne le 17 juillet 2024 (<https://www.inspq.qc.ca/COVID-19/donnees/ligne-du-temps>).

La première vague de la pandémie a été principalement limitée à la région montréalaise. Relativement peu importante au niveau communautaire, elle a amené un nombre très élevé de décès dans les établissements de soins de longue durée⁷. Pour remédier à cette situation catastrophique, les stratégies de vaccination ont priorisé ces milieux (INSPQ, 2021) et des mesures gouvernementales ont été mises en place pour favoriser le recrutement et le maintien des ressources humaines (Ducharme, 2020).

Les vagues subséquentes se sont étendues à l'ensemble du territoire québécois et des différentes communautés. Comme sur le reste de la planète, les personnes âgées

⁷ INSPQ, *op. cit.*

Figure 5 : Surmortalité cumulée de mars 2020 à décembre 2022, au Québec et dans certains pays



Sources :
 Institut de la statistique du Québec.
 National Center For Health Statistics. Excess Deaths Associated with COVID-19.
 Statistique Canada. Tableau 13-10-0784-01
 World Mortality Dataset (y compris les données de la Human Mortality Database).

ont été les plus gravement atteintes, ainsi que les patients immunodéprimés (INSPQ, 2020). Ces hospitalisations ont donné lieu à un report d’activités, notamment des interventions chirurgicales à l’exception de celles qui pouvaient être effectuées en chirurgie d’un jour. L’impact de ces délestages successifs semble avoir été relativement limité, mais il faudra voir si les retards de diagnostic de cancer et d’immunisation de base auront des conséquences négatives à moyen terme. On pouvait déjà noter au Québec au printemps 2024 une recrudescence des cas de rougeole chez les enfants non vaccinés (DRSPM, 2024).

En conclusion, on peut noter qu’en mars 2022, la surmortalité imputable à la Covid-19 était la moins élevée de l’Amérique du Nord et se comparait avantageusement à celle de nombreux pays européens (ISQ, 2023) (figure 5).

Gouvernance et mesures sanitaires

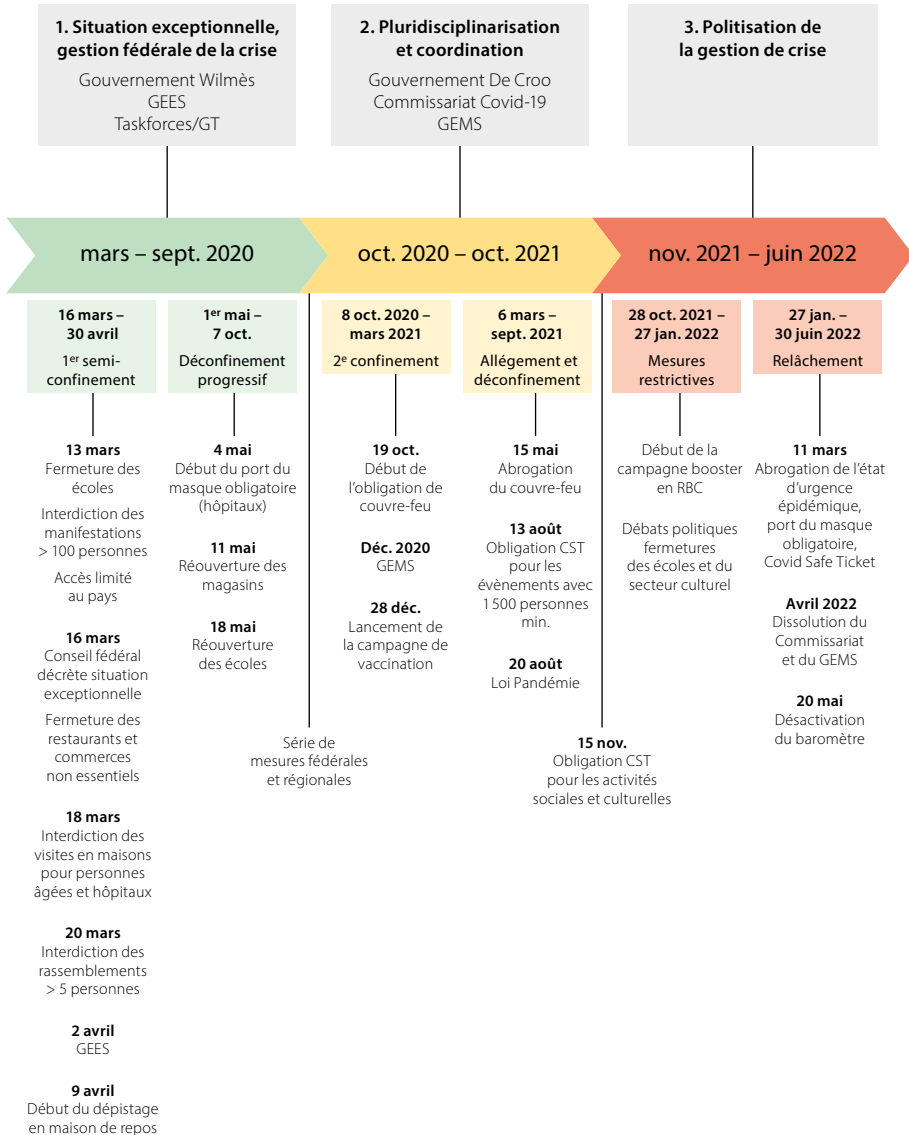
Belgique/Bruxelles

La temporalité de la crise de la Covid-19 est sans conteste marquée par les différentes vagues de contamination. Elle peut également être envisagée via une lecture des différentes phases de gouvernance politique. On retient trois temps principaux de la gouvernance belge de la crise sociosanitaire Covid-19 (Sbaraglia *et al.*, 2022) (figure 6).

La première phase de gestion de crise correspond à un véritable choc organisationnel, institutionnel et politique, qui a conduit à une centralisation de la gouvernance, à la mise en place de solutions extra-institutionnelles et à la poursuite de politiques populationnelles inédites (Bouhon *et al.*, 2020). En février et mars 2020, on assiste à la paralysie des différents organes de gestion de crise fédérale et de risques de santé publique. Sans plan pandémie récemment actualisé (Fallon *et al.*, 2020), un flou supplémentaire s'installe en termes de répartition des compétences dans un État fédéral caractérisé par sa « lasagne institutionnelle », qui compte notamment neuf ministres en charge de matières relatives à la santé, tous niveaux de pouvoir confondus. De façon exceptionnelle, le gouvernement qui était en affaires courantes devient le 17 mars 2020 un gouvernement toujours minoritaire, mais de plein exercice. Il demande le soutien de l'opposition au Parlement pour l'instauration de pouvoirs spéciaux (Bourgau & Gaudin, 2022), renforçant considérablement le pouvoir exécutif face à celui législatif. Le gouvernement développe une gestion *top-down* de la crise de la Covid-19, en reléguant les entités fédérées à un rôle de mise en œuvre des décisions fédérales et instaurant un régime d'exception par la mise entre parenthèses des activités du Parlement (Bourgau, 2023). La gouvernance place la focale sur les indicateurs épidémiologiques et la standardisation des besoins sanitaires et économiques, et décide de mesures populationnelles. Ces dernières sont inédites : confinement obligatoire de l'ensemble de la population, définition des règles de distanciation physique, définition des secteurs d'activité jugés essentiels et fermeture de ceux qui ne le sont pas, ainsi que des établissements scolaires. En parallèle, le gouvernement institue, en avril 2020, un groupe d'experts multidisciplinaires (épidémiologistes, virologues, académiques, représentant du secteur social, gouverneur Banque nationale de Belgique) en charge de développer une stratégie de sortie de crise, de reprise d'activité des secteurs professionnels et de déconfinement de la population : le Groupe d'experts en charge de la stratégie de sortie (GEES) (Faniel & Sägerser, 2020). Une fois le pic de la première vague dépassé, le plan de sortie prévu par le groupe d'experts a été prudemment mis en œuvre. Dans le même temps, des groupes de travail (GT) aux missions spécifiques⁸ émergent sur demandes politiques et initiatives de terrain et rassemblent des personnes de divers horizons. Ces multiples groupes de concertation ont permis une meilleure

⁸ De façon non exhaustive : des questions organisationnelles logistiques (achat, distribution de masques, de réactifs pour les tests PCR) aux stratégies d'alignement politique entre niveaux de pouvoir, en passant par des plans d'aide aux publics vulnérables, des stratégies de campagne de prévention (testing, vaccination) et des plans de soutien aux entreprises.

Figure 6: Évolution temporelle de la gestion politique de la crise Covid-19 et des principales mesures en Belgique



Source : figure retravaillée à partir de F. Sbaraglia, C. Fortunier, A. Rea & J.-B. Pilet (2022). « Apprendre de la gestion de crise Covid-19 en Belgique pour penser une gestion plus collaborative et intégrée des prochains risques collectifs », Bruxelles : Solidaris, Université libre de Bruxelles.

coordination entre administrations et niveaux de pouvoir différents, ainsi qu'une meilleure inclusion des diagnostics et réalités de terrain (Sbaraglia *et al.*, 2022).

Le second temps de la gouvernance belge renvoie à des processus de pluridisciplinarisation et de coordination. Il faut attendre la prestation de serment du nouveau gouvernement De Croo le 1^{er} octobre 2020, majoritaire et de plein exercice, pour que la gestion de la crise retrouve un nouvel élan au niveau fédéral. Trois éléments vont conduire à un changement dans la manière de gérer la crise : la reprise de l'épidémie et une seconde vague d'ores et déjà bien installée, le leadership du nouveau ministre de la Santé publique Frank Vandenbroucke, et la création d'un Commissariat Covid-19. Ce dernier a pour mission de coordonner la gestion de crise entre les administrations fédérales, mais également de constituer le point d'appui et d'information pour les entités fédérées (Bourgaux & Gaudin, 2022). On assiste en décembre 2020 à la mise en place d'un nouveau groupe d'expertise, le Groupe d'experts de stratégie de crise pour la Covid-19 (GEMS). La campagne de vaccination démarre le 5 janvier 2021, via une gouvernance de crise pluridisciplinaire et multiniveaux (Sbaraglia *et al.*, 2022).

La troisième phase correspond à un temps de politisation de la gestion de crise. En automne 2021, le rebond épidémique est nettement moins important que celui de l'automne 2020, et cela s'explique notamment grâce au taux de vaccination dans la population belge. L'affaiblissement de la menace de la Covid-19 et aussi du pouvoir d'influence des structures d'expertise signe le retour des enjeux politiques et de la responsabilité politique dans les prises de décision. Les enjeux partisans et communautaires reprennent leur place, notamment via des tractations politiques sur le plan des mesures à prendre face au risque du variant Omicron, concernant la question de la fermeture des écoles ou de celle du secteur culturel (Bourgaux, 2023). Ces mesures ont fait l'objet de discussion en Comité de concertation où ne siègent que les ministres fédéraux et les ministres-présidents des entités fédérées. En effet, les instances politiques ne sont plus contraintes par l'urgence de la crise ; elles retrouvent progressivement leurs capacités de gestion propres à leurs compétences. Le Commissariat Covid-19 et le GEMS sont dissous en avril 2022 (Sbaraglia *et al.*, 2022).

Suisse/Genève

En Suisse, les questions de santé sont gouvernées au niveau fédéral et au niveau cantonal. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est responsable de la santé de la population, il définit les politiques et encadre le système de santé⁹. L'instance fédérale est responsable du système d'assurance maladie obligatoire et de domaines spécifiques, dont notamment les maladies transmissibles. Les cantons disposent d'une importante autonomie, notamment en matière de soins hospitaliers, de l'exercice des professionnels de la santé et de la prévention. Les activités des cantons sont gérées par un ministre cantonal de la Santé, rattaché à l'organe exécutif, une Direction générale de la santé et un service du médecin cantonal.

⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/auftrag-ziele.html>

La gouvernance de la pandémie de Covid-19 a été encadrée par la loi sur les épidémies (LEp)¹⁰, adoptée en 1970 et révisée en 2013. Elle répartit les responsabilités entre les instances fédérales et cantonales, en fonction de trois situations définies comme (i) normale (ii) particulière et (iii) exceptionnelle. Dans le premier cas, les cantons sont responsables de la prévention et du contrôle des maladies. Dans ce contexte particulier, des prérogatives supplémentaires sont attribuées au Conseil fédéral (instance exécutive au niveau national, composée de sept membres, dont le ministre de l'Intérieur responsable du domaine de la santé), qui doit coordonner ses décisions avec les cantons. Le niveau de situation particulière a été appliqué du 28 février, après l'identification d'un premier cas de Covid-19 en Suisse, jusqu'au 16 mars 2020, puis du 20 juin 2020 au 16 février 2022.

La situation a été déclarée exceptionnelle du 16 mars au 19 juin 2020 ; dans ce cadre, le Conseil fédéral a endossé tous les pouvoirs dans la gestion de la crise, prenant le pas sur les cantons, à travers des ordonnances successives. L'Office fédéral de la santé publique a mis en place une task force et deux autres organes ont été chargés de soutenir le Conseil fédéral : l'état-major fédéral de protection de la population (EMFP) et l'état-major de crise du Conseil fédéral chargé de gérer la crise du coronavirus (EMCC). Selon le rapport des Commissions de gestion des Chambres fédérales (Confédération suisse, 2022), la task force de l'OFSP a joué un rôle prépondérant dans la gestion de la crise, même si elle a rencontré des difficultés dans la coordination avec les autres organes engagés, alors que le bilan des deux autres entités (EMFP et EMCC) est mitigé. La multiplication de ces différents organes, auxquels s'est ajoutée une task force scientifique¹¹, a contribué à une certaine confusion dans la répartition des responsabilités (Belser, 2020).

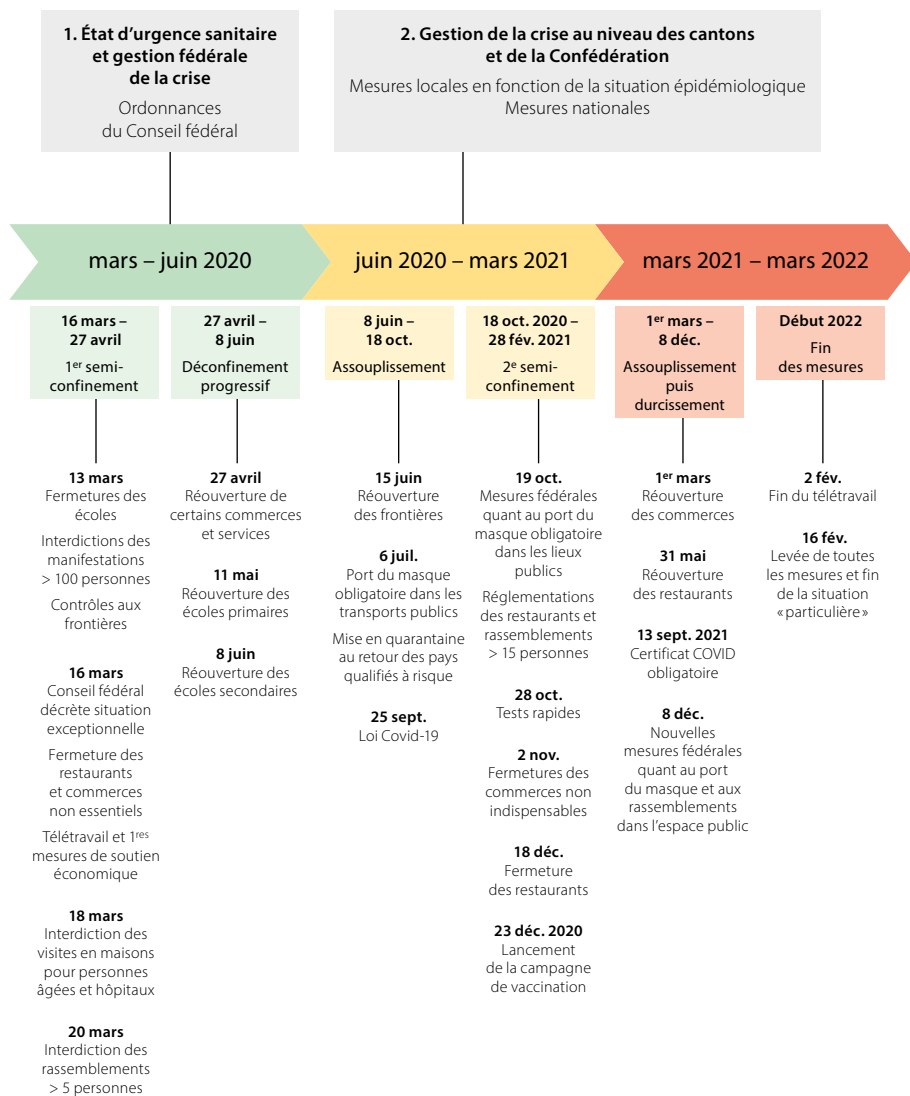
La phase définie comme étant « exceptionnelle » a été caractérisée par une forte concentration des pouvoirs par le Conseil fédéral. Cette intrusion dans des affaires habituellement réglées au niveau cantonal (comme la gestion des écoles, de l'économie ou des hôpitaux) a été justifiée par les difficultés rencontrées par les cantons en mars 2020. Alors qu'ils étaient différemment touchés par les cas de Covid-19, une réponse nationale s'est imposée avec un souci d'uniformisation des mesures (Belser, 2020). Le Conseil fédéral a édicté un nombre de mesures successives (figure 7), elles sont néanmoins restées moins strictes que celles adoptées dans les pays voisins et, de ce fait, on a parlé en Suisse de semi-confinement.

Les analyses de la gestion de la pandémie en Suisse ont particulièrement mis en avant des difficultés de gouvernance entre mesures nationales et décisions cantonales. Au cours de cette phase, il y a eu très peu de coordination entre le niveau fédéral et les cantons alors même que la loi stipule que les cantons devraient être consultés. La communication entre les cantons et les autorités fédérales a, de fait, été suspendue durant les premiers mois de la crise, les informations ont principalement circulé de manière descendante à travers les conférences de presse régulières du Conseil fédéral. Ce manque d'intégration des cantons dans la gestion de la crise a été regretté par les Commissions des Chambres fédérales (2022). Elles ont également considéré que le

¹⁰ <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2015/297/fr>

¹¹ <https://sciencetaskforce.ch/en/home/>

Figure 7: Évolution temporelle de la gestion politique de la crise de la Covid-19 et des principales mesures en Suisse



Conseil fédéral n'avait pas pris en compte suffisamment tôt le caractère global et transversal de la pandémie, ainsi que sa durée potentielle, ce qui s'est traduit par des efforts limités de coordination entre les départements du gouvernement (Confédération suisse, 2022). Cette concentration du pouvoir a été justifiée par les autorités exécutives fédérales, qui considéraient que leur réponse à la pandémie était exhaustive et que la prise de mesures supplémentaires par les cantons créerait de la confusion (Belser, 2020, Hegele *et al.*, 2021).

Si le cadre législatif prévoyait l'entrée dans un régime d'urgence dans le cas d'une situation exceptionnelle, il restait en revanche flou sur la sortie de ce régime exceptionnel, notamment dans la redistribution des pouvoirs entre les niveaux fédéral et cantonal, avec des enjeux autour de la prise en charge des coûts économiques induits par les mesures liées à la pandémie (selon le principe que l'instance qui décide doit assumer les coûts). Ce flou a créé un certain attentisme au cours de l'été 2020. Des mesures cantonales ont été prises dès octobre 2020 face à la recrudescence des cas et des décès (2^e vague). Le Conseil fédéral a à nouveau instauré des mesures nationales pour certaines activités (comme la fermeture des bars et restaurants à 23 heures, l'interdiction de rassemblements sportifs ou culturels de plus de 50 personnes). Toutefois, le manque de coordination entre les niveaux fédéral et cantonal aurait contribué à la forte surmortalité de l'automne 2020 (INTERFACE, 2022).

À cette concentration verticale du pouvoir s'est ajoutée une concentration horizontale puisqu'au printemps 2020, les Chambres fédérales n'ont pas été intégrées dans la réponse de crise (Belser, 2020). Le Parlement s'est à nouveau réuni en juin 2020 et a approuvé la Loi Covid-19 en septembre 2020, attribuant certaines prérogatives aux organes fédéraux, dont notamment celle de mettre en place des mesures de soutien économique. La démocratie directe, très valorisée en Suisse et reposant sur la possibilité de lancer des référendums pour contester les décisions des autorités et des initiatives pour développer de nouvelles lois, s'est de fait retrouvée suspendue jusqu'en octobre 2020 (Belser). Des controverses ont progressivement émergé autour des mesures de confinement, de la campagne de vaccination et du respect des droits humains, et également en ce qui concerne l'autonomie et les droits des cantons (Belser, 2020). La Loi Covid-19 a fait l'objet de trois votations populaires à la suite de référendums qui ont tous abouti à une approbation de la loi par le peuple, confirmant la confiance de la majorité de la population envers les actions du Conseil fédéral et des cantons. En même temps, les mécanismes de la démocratie directe ont soutenu les détracteurs des mesures proposées par les autorités, qu'elles soient sanitaires ou financières, et, à travers l'outil du référendum, ces mécanismes ont pu retarder les accès aux aides.

Un rapport d'évaluation externe mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (INTERFACE, 2022) conclut que la gestion de la menace par la Confédération et les cantons a été principalement adéquate. Toutefois, trois critiques sont formulées : 1° la protection des personnes âgées vivant en établissements médico-sociaux a généré des mesures strictes qui ont affecté profondément les résidents et leurs proches ; 2° la fermeture des écoles au printemps 2020 a suscité beaucoup de stress chez les parents, les enfants et les adolescents avec un impact sur le parcours de formation de certaines générations ; 3° l'interdiction de réaliser des interventions médicales non urgentes, alors qu'il aurait été plus judicieux de laisser les cantons décider.

Canada/Montréal

Au Canada, le système de santé est de compétence provinciale et la gestion de la pandémie a donné lieu à des stratégies différentes selon les provinces, lesquelles présentent des réalités très contrastées en termes de taille de population, de superficie et d'orientation politique des décideurs.

Le rôle du gouvernement fédéral a été relativement restreint. Il a été responsable de l'achat et de l'homologation des vaccins et des tests et a veillé à fournir de nombreux équipements de protection individuelle au départ. Responsable du contrôle des frontières, il a mis en place des mesures comme le contrôle de la vaccination COVID des voyageurs entrant au Canada. Son agence de santé publique a mis en place des forums de discussion pour les directeurs provinciaux de santé publique et a produit de nombreux documents scientifiques en soutien à la gestion de la pandémie. L'instance fédérale s'est surtout illustrée par l'instauration de nombreuses mesures de soutien au revenu, en complémentarité avec celles des provinces.

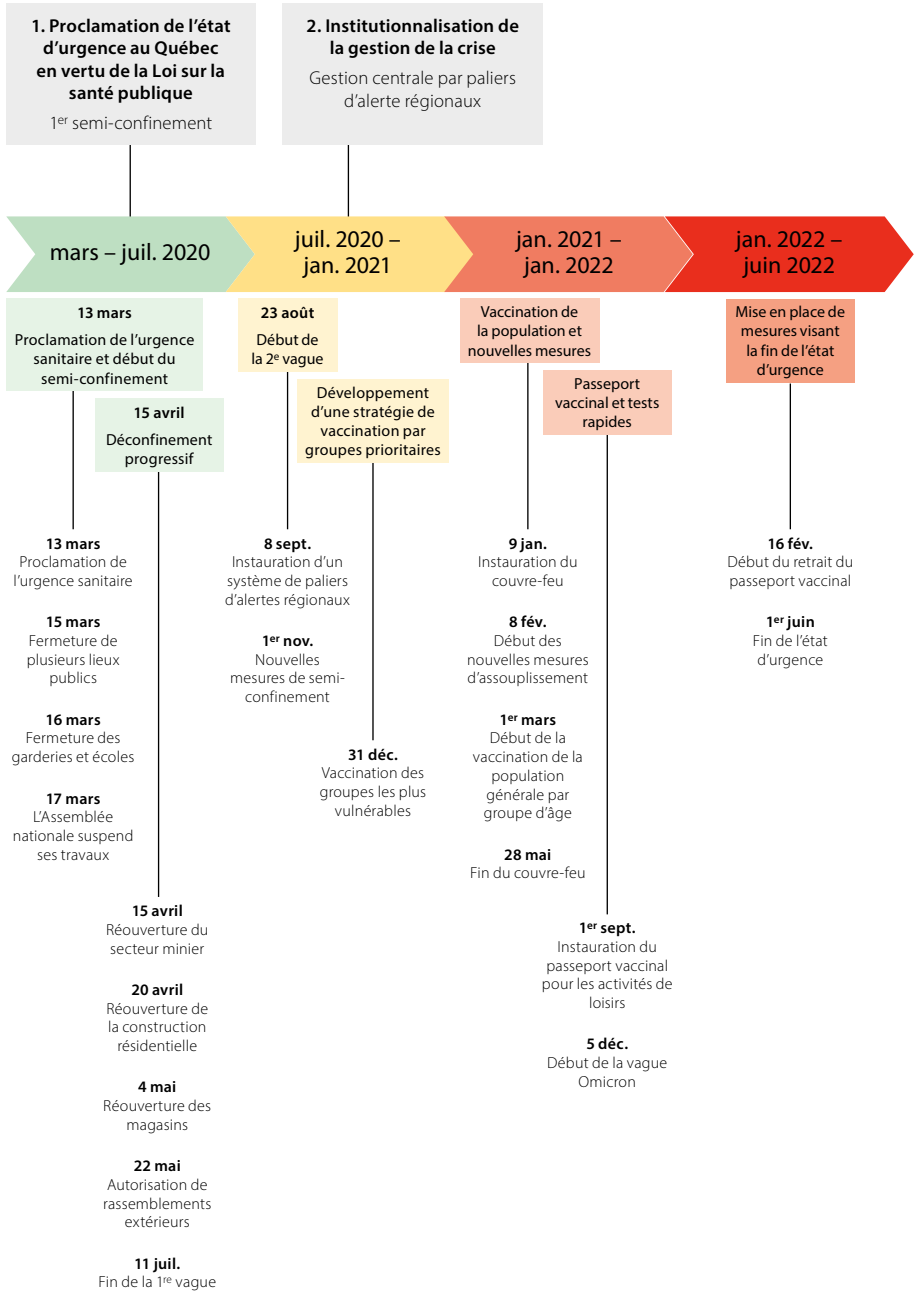
Ce sont surtout les provinces qui ont décidé de la stratégie de gestion de la pandémie (**figure 8**). Elles ont voté des lois et des décrets pour mettre en place de nombreuses mesures de santé publique et encadré les autorités locales de santé publique. Comme le Québec avait voté en 2001 une loi sur la santé publique qui prévoyait la promulgation de l'urgence sanitaire, celle-ci fut déclarée dès mars 2020.

Comme la plupart des juridictions occidentales (Baker, 2020), le Québec a adopté d'emblée une stratégie de suppression. Cette stratégie prévoyait des mesures visant à diminuer la transmission du virus dans tous les milieux de vie sans espérer l'éliminer complètement (contrairement aux stratégies d'exclusion ou d'élimination). Selon le stade de l'épidémie, les déplacements ont été contrôlés et des mesures de distanciation physique ont été privilégiées. Des mesures de distanciation sociale, notamment la fermeture des écoles durant les premières semaines de la pandémie, ont été mises en place. Des mesures spécifiques ont été élaborées pour tous les milieux de travail. Beaucoup plus tard, après qu'un taux de vaccination satisfaisant de la population générale et des clientèles vulnérables fut atteint, une stratégie de mitigation visant à « vivre avec le virus », tout en protégeant certains milieux à risque comme les centres hospitaliers de courte et de longue durée, a été privilégiée.

La structure de gouvernance québécoise prévoyait une cellule de crise intragouvernementale où le directeur de santé publique et ses adjoints discutaient du choix des mesures avec les autorités politiques et administratives. Deux instituts parapublics, l'Institut national de santé publique et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux y amenaient des exercices de modélisation, une évaluation de l'épidémiologie et de l'état du réseau de soins, ainsi que des recommandations sur des mesures telles que la priorisation de la vaccination. Les autres experts s'exprimaient majoritairement en dehors de l'appareil gouvernemental, et leur avis parvenait aux autorités par médias interposés.

Pour ce qui est des autorités de santé publique des différentes régions du Québec, elles se sont davantage impliquées dans le dépistage, les enquêtes de cas, les mesures de contrôle locales et la communication avec différents acteurs locaux, notamment les maires de municipalités, mais aussi de nombreuses organisations de la société civile.

Figure 8 : Évolution temporelle de la gestion politique de la crise de la Covid-19 et des principales mesures au Québec



Mesures sociales et économiques à l'intention des publics précarisés

Belgique/Bruxelles

Pour éviter qu'à la crise sanitaire s'ajoute un effondrement économique, la Belgique a rapidement mis en œuvre des mesures de soutien aux travailleurs et aux entreprises. L'activité économique a connu une très forte baisse durant le deuxième trimestre de 2020, principalement en raison de la baisse de la consommation privée et, dans une moindre mesure, de la chute des investissements. Une autre baisse de l'activité, d'une ampleur plus limitée, a eu lieu lors du dernier trimestre de 2020 (Conseil supérieur de l'emploi, 2022).

Pour faire face à la crise de l'activité économique, des mesures de soutien d'urgence ont été prises. Elles sont de deux ordres : des mesures budgétaires et des mesures de liquidité (OCDE, 2023). Les mesures budgétaires ont été les plus importantes, représentant 4 % du PIB. Parmi ces mesures figure principalement la mise en chômage temporaire des salariés empêchés d'exercer leur travail dans les secteurs qualifiés de non essentiels, représentant 60 % de l'ensemble des dépenses des mesures budgétaires. L'autre mesure importante pour soutenir l'arrêt de l'activité économique et commerciale a été le revenu de remplacement qui a été attribué aux travailleurs indépendants qui ont dû arrêter leur activité. Pour ce qui est des employeurs, ils ont bénéficié de reports et d'exonération de cotisations patronales. Les mesures de liquidité concernent principalement des garanties d'État sur des prêts ou des moratoires sur la dette. Ces soutiens économiques d'urgence ont permis de limiter les licenciements collectifs et les faillites (OCDE, 2023).

La Belgique n'a pas eu recours à des mesures d'exception durant cette période. L'action du gouvernement s'est appuyée sur les structures institutionnelles et des instruments de politiques publiques existants. Comme précisé précédemment, le maintien des moyens de subsistance des salariés et des indépendants a été réalisé par la généralisation de deux dispositifs existants : le chômage temporaire pour les salariés et le droit passerelle pour les indépendants. Environ 30 % des salariés ont bénéficié d'une couverture financière grâce au chômage temporaire. Si le montant des prestations est légèrement inférieur à celui de la moyenne de l'OCDE, il a évité une réduction forte du pouvoir d'achat. En avril 2020, plus de la moitié des travailleurs indépendants a reçu des indemnités de droit passerelle. Ces indemnités forfaitaires étaient relativement élevées pour les personnes à faibles revenus, en particulier après que les paiements ont été doublés pour les personnes touchées par les fermetures obligatoires lors du deuxième confinement (OCDE, 2023).

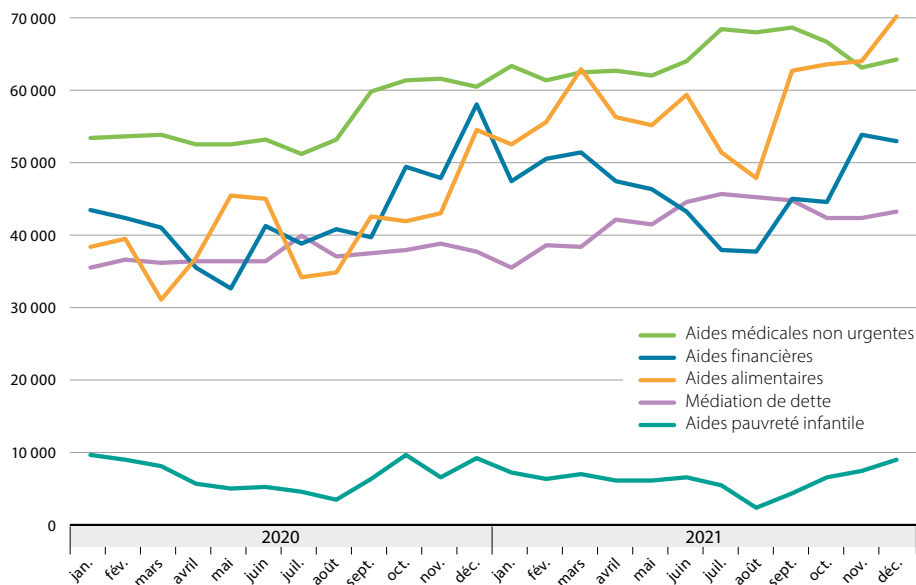
Si les mesures fiscales et sociales relevaient principalement du gouvernement fédéral, l'aide spécifique aux secteurs d'activité a été l'œuvre des trois Régions (flamande, wallonne et de Bruxelles-Capitale) et des Communautés. Ainsi, des mesures spécifiques ont été prises pour les secteurs comme les soins, la culture, l'éducation, le tourisme, le sport et l'action sociale par les Communautés et les Régions. Pendant la crise sanitaire, la répartition des compétences a eu pour effet des variations

régionales de l'apport du soutien direct et sous forme de prêts aux entreprises. Le secteur qui a particulièrement reçu un soutien est celui des Hôtels-Restaurants-Cafés (HoReCa) et du commerce de détail, tout particulièrement lors de la première vague (OCDE, 2023).

Toutes ces mesures ont permis de limiter l'accroissement du taux de chômage qui n'a augmenté que de 1,5 % en 2020 (Conseil supérieur de l'emploi, 2022). Ce sont particulièrement les salariés qui avaient un contrat temporaire ou de très courte durée qui ont alimenté l'accroissement du chômage. Il en va de même des jeunes qui ont connu des pertes d'emploi plus importantes que les travailleurs d'âge très actif. Les femmes ont réduit leurs heures de travail un peu moins que les hommes, mais une plus grande part de ces réductions provenait de pertes d'emploi. Il reste toutefois un chiffre noir de la perte de revenu qui concerne les personnes qui n'avaient pas un contrat de travail couvrant toute l'activité réellement prestée. Ceci est particulièrement le cas dans le secteur des Hôtels-Restaurants-Cafés où les salariés sont souvent moins déclarés que les heures réellement prestées. Les indemnités reçues basées sur le montant salarial déclaré devaient, pour certaines catégories de travailleurs, constituer une véritable baisse de leur pouvoir d'achat (Conseil supérieur de l'emploi, 2022).

Malgré ces soutiens financiers par des mesures structurelles, des travailleurs, des indépendants, de même que les personnes les plus précarisées et sans emploi bénéficiant d'une allocation sociale (indemnité de chômage, pension, aide sociale, etc.), ont eu recours aux aides fournies par les centres publics d'action sociale (CPAS) (SPP Intégration sociale, 2022) en raison de la précarisation de leurs conditions d'existence. Dépendant des autorités municipales, ces centres correspondent à l'institution belge de l'aide sociale ne relevant pas de la sécurité sociale. Ces institutions sont fortement intervenues pour lutter contre l'appauvrissement de certaines catégories de la population. Le nombre de demandes d'aides sociales est passé d'environ 162 000 en janvier 2020 à environ 242 000 en décembre 2021 (+ 49,8 %). Ces aides sociales ont été demandées tant par les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (le revenu de base attribué sur la base d'une demande) que par des personnes qui n'en bénéficient pas. Les demandes les plus importantes concernent l'aide alimentaire qui a fortement augmenté entre 2020 et 2021 (+ 81,8 % en décembre 2021 par rapport à janvier 2020). Les autres aides qui ont augmenté sont les aides à la médiation de dettes (+ 21,6 % en décembre 2021 par rapport à janvier 2020), les aides financières (+ 21,9 % en décembre 2021 par rapport à janvier 2020) et les aides médicales non urgentes (+ 20 % en décembre 2021 par rapport à janvier 2020) (SPP Intégration sociale, 2022) (**figure 9**). Durant la crise de la Covid-19, les CPAS sont souvent intervenus auprès de publics très précarisés et souvent invisibilisés : les familles monoparentales, les sans-abri, les sans-papiers, les travailleuses du sexe, etc. (Fortunier & Rea, 2022).

Une fois la crise sanitaire passée, l'activité économique a repris rapidement. De nombreux indicateurs montrent qu'elle est alors supérieure à celle antérieure à la crise. Ainsi, le taux d'emploi de la Belgique a dépassé son niveau d'avant la crise au premier trimestre 2022.

Figure 9: Évolution du nombre de bénéficiaires des autres aides sociales par type d'aide

Source : figure reproduite d'après Barrez et Swaelens (2022). L'impact social sur les CPAS et leur public cible : retour sur la crise du coronavirus (2020-2021).

Suisse/Genève

Au niveau national, le Conseil fédéral a invoqué la clause d'urgence de la Constitution pour mettre en place des mesures de soutien économique (Belsler, 2020). Dès mars 2020, il a débouqué des fonds d'aide d'urgence mis à disposition des entreprises sous forme de prêts selon des procédures d'accès facilitées. Des prestations de compensation se basant sur le système existant ont permis de compenser les réductions d'horaires de travail (RHT) pour les salariés. Il était *a priori* plus difficile de répondre aux besoins des indépendants, mais un dispositif a rapidement été mis en place à leur intention et a permis de couvrir 80 % de leur manque à gagner (Bonvin *et al.*, in Rosenstein & Mimouni, 2022). En 2020, le Conseil fédéral a versé 42 milliards de francs (en juin 2020, 1 franc valait 0,94 euro et 1,43 dollar canadien) sous forme de crédits aux entreprises, 20 milliards de financement de la réduction de l'horaire de travail et de la prolongation des indemnités de chômage et 5 milliards sous forme d'assurance perte de gain pour les indépendants (Pelizzari, in Rosenstein & Mimouni, 2022).

En Suisse, 8,7 % de la population était en situation de pauvreté en 2019 (OFS, 2021). De plus la part de travailleurs non standards – travaillant à temps partiel, indépendants ou avec un contrat à durée déterminée – est relativement élevée par rapport aux autres pays de l'OCDE (Marti & Ferro-Luzzi, 2021). La pandémie a également mis en

lumière les situations de travail précaires mal protégées par les assurances sociales. Le Conseil fédéral a donc intégré provisoirement les travailleurs temporaires au régime des RHT (dont ils étaient précédemment exclus) et ouvert la possibilité du chômage aux intermittents culturels. Néanmoins, d'autres groupes, comme les migrants sans-papiers ou les employés dans l'économie domestique, n'ont pas été pris en considération dans les mesures fédérales car, selon les termes du président de la Confédération Guy Parmelin, en avril 2020 : « La complexité de la tâche fait que nous avons renoncé à poursuivre l'analyse » (Duvoisin *et al.*, 2022). Cependant, la présence des travailleurs sans-papiers est reconnue avec des estimations quant à la taille de cette population oscillant entre 100 000 et 150 000 personnes sur le territoire (Morlok *et al.*, 2015).

Au niveau local, les gouvernements cantonaux ont souvent mis en place des initiatives pour soutenir la population, sous la forme de lignes téléphoniques d'urgence, de coordination des soutiens locaux, notamment à l'intention des personnes âgées (Belser, 2020 ; Rosenstein & Mimouni, 2022). Dans le canton de Genève, différentes initiatives en faveur des populations précaires ont été recensées avec des adaptations de la Loi sur l'indemnisation complémentaire pour pertes de revenus liées aux mesure sanitaires (2020), de la Loi sur la lutte contre le sans-abrisme en période hivernale avec une offre d'hébergement hôtelier (2020 et 2021) et de la Loi sur l'aide aux personnes sans-abri (2021).

Une distribution de colis alimentaires à large échelle a été organisée, d'abord centralisée dans une patinoire au centre de la ville, puis délocalisée et pérennisée dès l'été 2020 dans les quartiers ayant le plus de besoins. Des dispositifs d'hébergement d'urgence ont été mis en place, avec l'ouverture d'une caserne réaffectée ainsi que le réquisitionnement de chambres d'hôtel non utilisées offrant un accueil 24 heures sur 24, afin de réduire les déplacements des personnes sans-abri et de limiter la propagation du virus (Rosenstein & Mimouni, 2022).

Sur le plan du soutien économique aux publics défavorisés, le Conseil d'État du canton (organe exécutif) a proposé en mai 2020 un premier projet de loi visant à mettre à disposition des travailleurs précaires – indépendamment de leur statut légal - un fonds cantonal de 15 millions de CHF (Bonvin *et al.*, in Rosenstein et Mimouni, 2022). Si ce projet a été contré par un référendum, il a finalement été accepté en votation populaire en mars 2021. En parallèle, un budget de 12 millions de CHF a été mis à disposition des associations locales en décembre 2020 pour soutenir le paiement des factures de loyers et primes d'assurance-maladie des personnes précaires. Pour les travailleurs sans statut légal, les recours à l'aide sociale ont été provisoirement autorisés alors qu'auparavant, ces recours étaient incompatibles avec le renouvellement de permis de séjour temporaire.

Si les initiatives ont été nombreuses à l'échelle nationale, certaines spécificités du canton de Genève peuvent être relevées. Sa population très diversifiée et cosmopolite correspond à d'importantes inégalités sociales et des poches d'invisibilité de la précarité. En même temps, les autorités du canton et les organisations non gouvernementales ont de longue date collaboré pour soutenir les populations précaires et ont développé par le passé des réponses pragmatiques.

Sur le plan sanitaire, le canton de Genève s'est distingué au niveau national par l'attention précoce portée à l'inclusion des publics défavorisés dans les dispositifs de

dépistage, de soins puis de vaccination contre la Covid-19, s'appuyant notamment sur l'expertise et le partenariat avec des organisations non gouvernementales proches des publics cibles.

Canada/Montréal

Tout comme les mesures sanitaires, les mesures sociales et économiques ont été de diverses natures dépendant du palier de gouvernement. Le gouvernement du Canada a, dès le départ, mis en place une Prestation canadienne d'urgence (PCU) qui accordait une aide financière aux employés et travailleurs indépendants directement touchés par la Covid-19. Ce paiement mensuel de 2 000 dollars canadiens (l'équivalent de 1 365 euros ou 1 334 francs suisses), excédait le salaire minimum (1 834 \$ au Québec début 2020). De plus, les personnes touchées le recevaient sans devoir faire une preuve élaborée de leurs besoins. Pour les Canadiens confrontés à des heures de travail réduites, le programme Travail partagé de l'assurance-emploi a assoupli ses conditions d'admissibilité. Le délai de carence obligatoire d'une semaine pour les personnes en quarantaine qui demandent des prestations de maladie de l'assurance-emploi a été aboli. Une allocation de soins d'urgence pour les travailleurs en quarantaine ou ayant la Covid-19 et pour ceux qui prennent soin de leur famille (notamment en cas de fermeture d'écoles) a été instaurée, sans égard à l'admissibilité à l'assurance-emploi. De la même façon, une allocation de soutien d'urgence pour les travailleurs non admissibles à l'assurance-emploi et touchés par le chômage (c'était le cas de beaucoup de travailleurs culturels à très bas revenus comme les danseurs) a été mise en place.

Au-delà de ces mesures générales de soutien au revenu des travailleurs pauvres, le gouvernement du Canada a aussi voté des sommes substantielles pour venir en aide à certaines clientèles vulnérables. Il est impossible pour des raisons de concision de toutes les citer ici, mais mentionnons l'augmentation des allocations familiales, un paiement ponctuel de 400 CAN\$ pour les personnes seules et de 600 CAN\$ pour les couples, un fonds de soutien aux communautés autochtones, des moratoires sur le remboursement des prêts étudiants, des investissements dans un programme visant le logement à court terme des personnes sans-abri, ainsi que des mesures pour les propriétaires à bas revenu. Des sommes supplémentaires ont été accordées aux refuges et aux centres d'aide aux femmes victimes de violence conjugale. Enfin, le soutien aux entreprises canadiennes a permis à ces dernières de conserver à leur emploi des travailleurs qu'elles auraient dû licencier en temps normal.

Au niveau du gouvernement québécois, compte tenu des mesures fédérales visant les particuliers, le soutien a surtout visé les entreprises et la bonification des services. Fait sans précédent, l'accès au système de santé a été possible pour tout ce qui touchait à la Covid-19, quel que soit le statut migratoire des personnes et sans obligation de présenter des documents officiels. Le dépistage, la vaccination et l'hospitalisation ont été offerts d'emblée dans ce contexte. Des mesures d'*outreach* ont aussi été mises en place, particulièrement pour faciliter la vaccination. En collaboration avec les autorités locales de santé publique, des cliniques de vaccination ont été déployées en plus grand nombre dans les quartiers défavorisés, des cliniques mobiles se sont installées

près des lieux de travail précaire, comme les ateliers de couture par exemple. Bien que ne visant pas explicitement les publics précarisés, une prime a été octroyée aux préposés aux bénéficiaires pour faciliter leur rétention et reconnaître leur risque accru de contracter la maladie. Dans la région de Montréal, cette prime a été surtout au bénéfice des populations immigrantes dans certaines communautés particulièrement défavorisées économiquement.

Au Québec, les municipalités n'ont pas de responsabilités de prestations de services aux personnes en matière de santé et de services sociaux. Elles se sont cependant investies dans plusieurs initiatives, financées ou cofinancées par le gouvernement provincial. Les sans-abri ont été logés dans des hôtels pour éviter la surpopulation des refuges. À l'aéroport Montréal-Trudeau, durant certaines périodes, une clinique pour les réfugiés et migrants a été installée où la vaccination et le dépistage faisaient partie de l'offre d'accueil. Certaines universités ont aussi mis en place des initiatives semblables lors de l'arrivée des étudiants étrangers.

Enfin, il importe de mentionner le rôle de la philanthropie en complément des interventions gouvernementales. Des fondations publiques et privées ont été financées par les gouvernements fédéral et provincial pour redistribuer des sommes importantes à différents organismes communautaires dans les domaines de la sécurité alimentaire, du logement, de l'insertion sociale et de l'itinérance.

Conséquences des mesures sanitaires, sociales et économiques sur les publics précarisés

Belgique/Bruxelles

Conséquences de la pandémie elle-même

Les inégalités sociales générées par la Covid-19 elle-même n'ont pas été largement documentées au début de la crise sanitaire. L'absence d'un véritable monitoring de la syndémie a fait défaut, particulièrement lors de la première vague, et il reste encore largement à construire (*cf.* chapitre 9 sur les politiques de production des données). Cependant, plusieurs recherches corroborant des travaux internationaux ont mis en évidence l'impact de la Covid-19 sur les inégalités.

Une étude (Meurisse *et al.*, 2022) portant sur cinq vagues (2020-2021) et les périodes intermédiaires met en évidence une association significative entre l'incidence de la Covid-19 et les zones urbaines dégradées et densément peuplées au cours de toute la période. L'incidence de la Covid-19 dans ces espaces urbains est 24 % plus élevée que dans les zones urbaines plus favorisées économiquement. Les inégalités socioéconomiques les plus importantes dans les infections par Covid-19 ont pu être observées au cours des vagues 2 et 3, avec un net désavantage pour les zones urbaines défavorisées.

Une autre recherche (Bruyneel, 2024) a montré le poids du gradient social de santé associé à l'hospitalisation pour Covid-19. Cette étude, qui compare toutes les

personnes hospitalisées pour Covid-19 à une population de contrôle d'individus hospitalisés pour une maladie respiratoire ou une pneumonie en 2019, montre chez les moins de 65 ans (**figure 10**) que les hommes, les personnes âgées de plus de 45 ans, la forte densité de population, les faibles revenus, le statut socioéconomique inférieur et les personnes vivant à Bruxelles présentaient un risque plus élevé d'hospitalisation et de durée de séjour pour la Covid-19 par rapport au groupe de contrôle. Tous les patients de nationalité étrangère ont un risque d'hospitalisation significativement plus élevé, mais une durée de séjour plus courte, à l'exception des Africains subsahariens, par rapport aux Belges. Certaines comorbidités (notamment obésité, hypertension) sont associées à une durée de séjour plus longue que le groupe de contrôle.

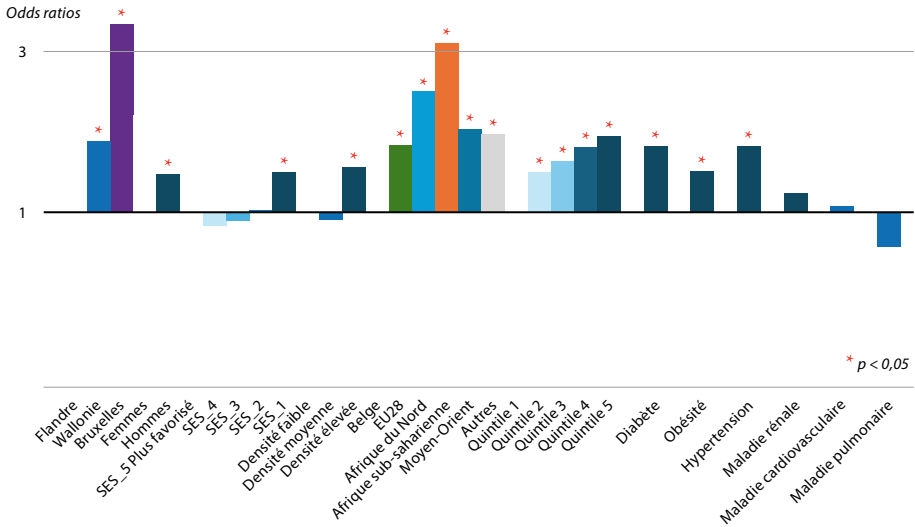
Conséquences des mesures sanitaires, sociales et économiques

Les mesures populationnelles ont, dans un premier temps, singulièrement durant la première vague, occulté la situation des populations les plus vulnérabilisées. Par la suite, les expériences de vie sous la Covid-19 de ces publics ont été davantage visibilisées et médiatisées (Fortunier & Rea, 2022) conduisant à la mise en œuvre de dispositifs spécifiques pour ces personnes vulnérabilisées.

Les différents confinements de l'année 2020 ont mis en avant de lourdes problématiques d'inégalités de logement et d'hébergement. Le respect et le vécu des confinements ont été plus difficiles pour les populations précaires qui habitent tendanciellement plus fréquemment dans des quartiers et des logements à haute densité de population (Rea, Racapé & Fortunier, 2022). L'injonction populationnelle à « rester chez soi » s'est également heurtée aux situations spécifiques des personnes sans-abri qui ont été chassées des espaces publics (Fortunier & Rea, 2022). La précarisation des conditions d'existence de personnes ayant perdu leur source de revenus et en conséquence leur logement a accru le nombre de personnes à la rue. Une augmentation et une diversification des profils de personnes sans-abri ont été constatées en 2020, ainsi qu'un accroissement du nombre de squats aux conditions de vie extrêmement précaires (Bruss'Help, 2022).

L'interdiction et la suspension de plusieurs secteurs d'activité ont occasionné une perte de ressources financières nette, mal compensée pour les emplois précaires (Fecteau & Renier, 2020), et non compensée par des mécanismes d'aide sociale pour toutes celles et tous ceux dont l'activité de travail se caractérise par l'irrégularité, qui est par ailleurs souvent subie (Fortunier & Rea, 2022). L'explosion du nombre de colis alimentaires, mais également l'accroissement du nombre de bénéficiaires des différents types d'aides sociales auprès des CPAS (SPP Intégration sociale, 2022), constituent des marqueurs significatifs de cette précarisation financière. Par ailleurs, différentes personnes précarisées, aux prises avec une hiérarchie des besoins et des problèmes sociaux, ont expérimenté le « paradoxe de la vie précaire » en temps de Covid-19: devoir choisir entre se protéger et travailler, ou entre se soigner et se nourrir. Dès le premier confinement, la rupture de la continuité des services publics ainsi que leur numérisation, le manque de guichets assurés en présentiel et l'importante fracture

Figure 10: Facteurs de risques des personnes hospitalisées pour Covid-19 en Belgique en 2020



Source : figure reproduite d'après Bruyneel, A., Dauvergne, J., Dauby, N., Goffard, J.-C., Rea, A., & Racapé, J. *The Social Health Gradient in Patients Hospitalised for COVID-19 and Pre-Pandemic Respiratory Infections. A Risk Factor Analysis of Clinical Outcomes: A Nationwide Case-control Study in Belgium* (soumis à *Frontiers in Public Health*).

numérique ont accentué la désaffiliation et le non-recours aux droits des groupes précarisés (Noël, 2021).

La précarisation des différentes conditions sociales de vie a conséquemment impacté les conditions de santé des plus précarisés. L'inclusion des groupes précarisés dans les stratégies de santé publique face à la Covid-19 a été ambivalente. La prévention face à la Covid-19 n'a été ni prioritaire ni accessible au même titre en fonction des conditions de vie. Par exemple, l'accès aux tests et à la vaccination était initialement conditionné à un numéro national. Les stratégies de vaccination régionales ont d'abord opté pour des grands centres. Les rendez-vous devaient être pris sur Internet, accroissant de la sorte la fracture numérique. Par la suite, des pratiques d'*outreach* ont été mises en place à destination des plus précarisés via des dispositifs spécifiques de vaccination mobile et locale (Fortunier & Rea, 2022). L'accès aux soins de santé, d'ordinaire problématique pour les personnes précarisées (Thunus *et al.*, 2023), a été encore plus difficile en temps de Covid-19, révélant d'importants écueils en termes de littératie, de communication et de traduction. Quant à la couverture des soins de santé, il faut souligner l'automatisation des cartes d'Aide médicale urgente (AMU) par certains CPAS durant la crise Covid-19, au bénéfice des personnes sans-papiers et/ou sans couverture médicale (Fortunier & Rea, 2022). De façon générale, la vulnérabilité sanitaire des personnes précarisées s'est accrue avec, entre autres, des reports de soins, des lourdes problématiques de santé mentale et d'assuétudes, dans un contexte de sursaturation des services (Solidaris, 2022)

Par ailleurs, les modalités de travail ou de scolarité à distance ont participé à accroître les tensions intrafamiliales, en particulier au sein des familles où les

deux parents travaillaient dans un métier essentiel sans possibilité de télétravail. Elles ont particulièrement alourdi le poids de la charge des foyers pour les familles monoparentales, presque exclusivement des femmes, découlant sur une importante parentalisation des enfants ainés. En outre, on a observé l'accroissement d'un décrochage scolaire aux multiples facettes (actif, passif, pédagogique).

La précarisation des conditions de vie a accru la dépendance des populations précarisées aux services sociosanitaires. La première ligne sociosanitaire a été amenée à transformer des pratiques de travail, à innover, à transgresser conditionnalités, normes légales et cloisonnement institutionnel, mais aussi à accroître leur considération à l'égard des besoins et des publics spécifiques, à développer de nombreuses pratiques d'*outreaching* ainsi qu'une coopération intersectorielle effective. La gouvernance de la crise est notamment marquée par la sollicitation et la considération des savoirs et savoir-faire professionnels, en lien avec les groupes précarisés (Fortunier & Rea, 2022).

Suisse/Genève

Conséquences de la pandémie elle-même

Si l'Office fédéral de la santé publique reconnaît les inégalités sociales produites par la pandémie (OFSP et CVF, 2022 ; Marti *et al.*, 2023), elles restent difficiles à documenter en Suisse (*cf.* chapitre 9 sur les politiques de production des données). À l'échelle suisse et à celle du canton de Genève, des études appariant des données cliniques à un indice de statut socioéconomique géographique montrent que les personnes vivant dans les quartiers défavorisés ont été moins souvent testées, mais plus souvent positives, et ont connu plus de décès que celles vivant dans des quartiers favorisés (Mongin *et al.*, 2022 ; Riou *et al.*, 2021).

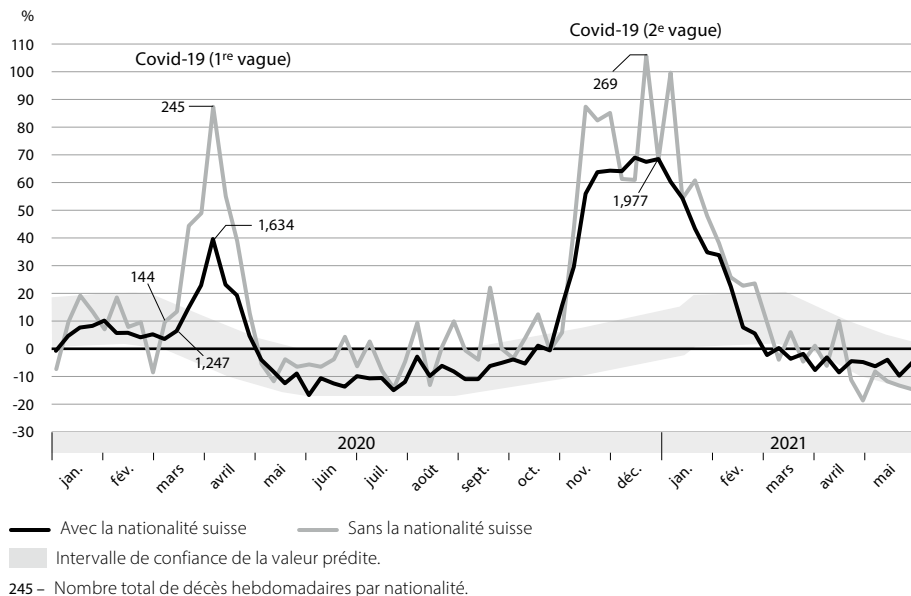
L'exposition sanitaire différenciée a été attribuée à la densité plus grande dans les quartiers et logements plus défavorisés, ainsi qu'aux risques liés au travail avec beaucoup de travailleurs essentiels employés dans des secteurs ne permettant pas le télétravail. Une analyse de la surmortalité en 2020 comparant les personnes de nationalité suisse avec les étrangers montre qu'elle a été plus élevée parmi ces derniers lors des deux premières vagues de la pandémie (Plümecke *et al.*, 2022) (figure 11).

Conséquences des mesures sanitaires, sociales et économiques

Les personnes ayant bénéficié de distributions alimentaires étaient aussi en situation financière précaire, incluant des personnes de nationalité suisse, mais n'ayant pas accès aux prestations sociales (Bonvin *et al.*, 2020). Ces études ont montré que ces conditions matérielles difficiles ont induit de l'insécurité alimentaire (diminution de la consommation ou nourriture de moindre qualité).

Les difficultés d'accès aux soins et aux prestations sociales ont plus particulièrement affecté les populations défavorisées, avec des mécanismes de compensation financière qui ont pris plus de temps à se mettre en place pour ces publics ne correspondant pas aux critères administratifs destinés aux travailleurs en situation régulière.

Figure 11 : Excès de mortalité chez les personnes avec et sans la nationalité suisse en 2020 par rapport à 2019



Source: données non publiées de l'Office national suisse de statistiques.
 Figure reproduite d'après Plümecke et al. (2022). Differences in mortality in Switzerland by citizenship during the first and second COVID-19 waves.

Parmi les travailleurs sans-papiers, trois sur quatre avaient perdu leur emploi ou des heures de travail au printemps 2020, les plaçant dans des conditions économiques très difficiles (Burton-Jeangros *et al.*, 2020). La norme de non-recours aux aides étatiques qu'ils ont intégrée tout au long de leur séjour les a par ailleurs poussés à ne pas se tourner vers les dispositifs d'aide, leur préférant des aides entre pairs aussi longtemps que cela a été possible (Burton-Jeangros *et al.*, 2020).

La médiatisation des besoins d'une partie de la population a favorisé une prise de conscience de la présence des groupes vulnérables et a encouragé des mouvements de solidarité importants au sein de la société civile. En effet, les longues files d'attente aux distributions de colis alimentaires, largement relayées par les médias locaux et internationaux, ont sensibilisé l'ensemble de la population aux besoins présents sur le territoire. Cela a contribué aux élans de solidarité des personnes privées et d'entreprises.

Si les travaux sur les conséquences de la pandémie se sont concentrés sur les premières vagues de la pandémie, il est important de continuer à documenter ces répercussions à moyen et à long terme, auprès des travailleurs, mais aussi des jeunes générations. Alors qu'une détérioration de la santé mentale des jeunes est constatée à l'échelle nationale (OBSAN, 2023), une étude récente dans le canton de Genève

auprès d'adolescents affectés par la pandémie montre comment les lacunes scolaires, mais aussi la transformation des rapports à l'école, à la famille et aux pairs induite par l'entrée dans la pandémie, puis la sortie de la période exceptionnelle, marquent leurs trajectoires (rapport étude PIRA 2024, à venir).

Canada/Montréal

Conséquences de la pandémie elle-même

Avant de discuter de l'impact des mesures sociales et économiques, il importe de réaliser que c'est l'infection elle-même qui a eu des conséquences sur les publics précarisés. La pandémie de Covid-19 a été une véritable syndémie, les conditions sociales ayant joué un rôle déterminant non seulement dans le risque de transmission, mais aussi dans l'épidémiologie de la maladie. Comme mentionné plus haut, les aides-soignants très souvent issus de communautés migrantes ont été sur la ligne de front au contact avec les patients malades dans les centres de soins de longue durée où l'épidémie flambait. La formation préalable en prévention et contrôle des infections ayant été déficiente et l'approvisionnement en équipement de protection individuelle insuffisant au départ, ils ont été facilement contaminés. On connaissait, déjà avant la pandémie, les problèmes de logement en milieu défavorisé : logements surpeuplés, tour d'habitation avec ascenseurs exigus, etc., tous des facteurs de risque de transmission. Si on ajoute la vie en contexte multigénérationnel dans ces conditions, on comprend mieux la mortalité différentielle selon les niveaux de défavorisation (DRSPM, 2022) (figure 12).

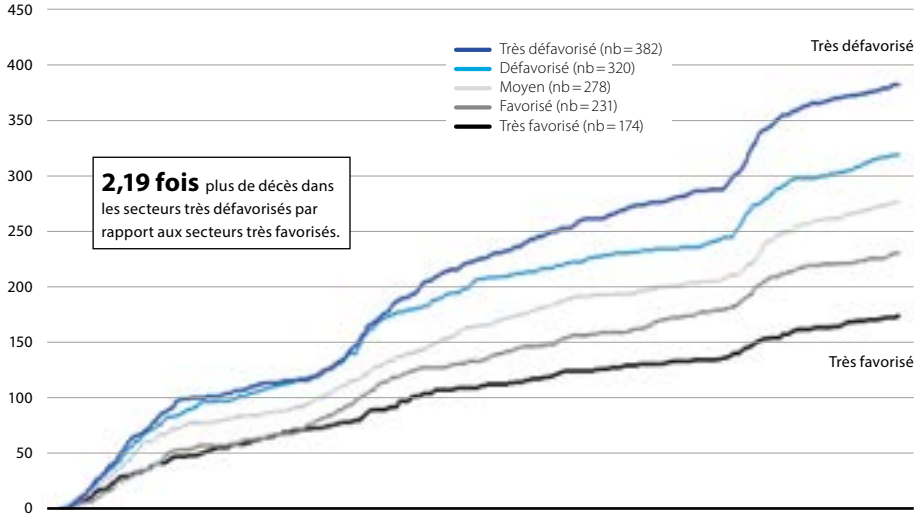
La pandémie a aussi eu des impacts sur l'approvisionnement en drogues illicites à cause du contrôle des frontières, le report d'activités cliniques a contribué à fragiliser davantage les usagers de drogues intraveineuses, et on a pu constater chez eux une nette augmentation de la détresse psychologique (Makarenko, 2024).

Conséquences des mesures sanitaires, sociales et économiques

Au-delà des conséquences immédiates de l'infection, les mesures de contrôle mises en place ont eu des impacts importants sur certaines populations. D'une façon générale, les femmes ont été davantage sollicitées, qu'on pense aux fermetures des écoles conjuguées au télétravail ou aux périodes de quarantaine ou d'isolement en cas d'infection des enfants. Les mères de famille et particulièrement celles de familles monoparentales ont été particulièrement affectées, ce qui s'est traduit par des taux élevés de détresse psychologique.

Les recherches récentes ont aussi démontré que les enfants au bas de l'échelle sociale ont été pénalisés par l'éducation à distance (Engzell, 2021). D'une part, cette pédagogie n'a pas permis d'apprentissage significatif et, d'autre part, ils n'ont pas eu accès aux mesures de soutien alimentaire habituellement disponibles dans les écoles. De plus, la Direction de la protection de la jeunesse a noté une baisse significative des signalements pour maltraitance, puisque l'école est responsable d'au moins 20 % de

Figure 12: Nombre cumulatif de décès de la Covid-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, du 23 février 2020 au 25 mai 2022



Sources : BOTSP 5 juillet 2022, INSPQ et recensement 2016, Statistique Canada. Figure reproduite d'après DRSP CCSMTL, Équipe de surveillance (2022).

ces signalements (IUJD, 2020). On peut penser que le contexte de confinement a plutôt donné lieu à une hausse des cas de violence intrafamiliale et que plus d'enfants ont été laissés sans protection à plusieurs moments de la pandémie.

On sait déjà que les populations défavorisées sont surreprésentées dans les établissements de détention. Selon la Commission sur la santé mentale du Canada (CSMC, 2021), les directives sanitaires très strictes combinées à la rareté de personnel ont amené des périodes prolongées d'isolement en cellule et les conséquences sur la santé mentale des détenus sont devenues manifestes.

Certaines mesures sanitaires ont cependant eu des effets bénéfiques sur les publics précarisés, et ce, au-delà de la diminution de la transmission virale. Certaines ont été marginalement efficaces, comme les tentatives d'*outreach*. Bien que louables, elles n'ont pas vraiment réussi à recréer la confiance dans les autorités sanitaires, plusieurs communautés ayant vécu la colonisation, que ce soit au Québec ou à l'étranger. D'autres (comme les primes pour les aides-soignants) ont revalorisé le travail au bas de l'échelle. On doit aussi souligner les décisions gouvernementales qui ont permis de loger des sans-abri à l'hôtel et d'aménager des espaces pour qu'ils puissent être soignés pour la Covid-19 quand leur état de santé ne justifiait pas une hospitalisation dans des lits de soins aigus. Plus notable encore, la disparition durant toute la pandémie d'obstacles à l'accès aux soins préventifs ou curatifs en regard de la Covid-19 a constitué un précédent au Québec où la logique de la santé publique a primé sur celle de l'administration des services.

Les mesures sociales et économiques ont eu un impact considérable sur le taux de pauvreté au Canada et au Québec, celui-ci (mesuré par la Mesure de faible revenu) ayant chuté de trois points de pourcentage durant la première année de la pandémie. La fin des mesures économiques a malheureusement amené une remontée de ce taux dès 2021 (ISQ, 2024) (figure 13). Les inégalités sociales ont aussi chuté au Canada durant cette même période.

Le discours autour de la pauvreté a changé au début de la pandémie, le premier ministre du Québec, lors de ses conférences de presse quotidiennes, ayant répété à maintes reprises qu'il n'y avait pas de honte à être sans emploi et à demander une aide financière. Ces déclarations ont pu minimiser l'autodévaluation et la stigmatisation habituellement associées aux situations de pauvreté et de chômage.

Même si l'effet des mesures ne semble pas être pérenne, comme en témoigne la remontée du taux de faible revenu, il n'en reste pas moins qu'aura été faite la démonstration que les gouvernements québécois et canadien peuvent être souples, agiles et efficaces quand la volonté politique est présente. C'est certainement une grande leçon à tirer de la pandémie.

Analyse comparée

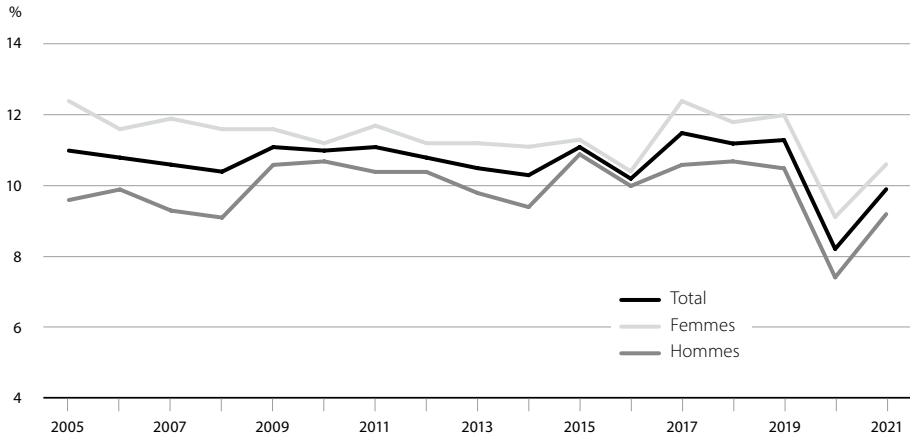
Le Canada a connu des courbes de contamination plus tardives que la Belgique et la Suisse où les deux principales vagues de 2020 ont occasionné le plus grand nombre de décès. Une surmortalité a été observée dans les trois pays. Cependant, son ampleur a été bien plus importante en Belgique et en Suisse. Comme dans la plupart des pays qui ont été confrontés à la syndémie de Covid-19, les décès concernent majoritairement les personnes âgées, même si la cause du décès n'est pas nécessairement liée uniquement à leur contamination à la Covid-19, ainsi que les personnes immunodéprimées et celles souffrant de comorbidités. Dans les trois pays, ces décès sont survenus principalement dans les établissements d'hébergement et/ou de soins, qui leur sont destinés.

L'analyse comparée proposée concerne trois éléments principaux : la gouvernance de la crise et les mesures sanitaires, les mesures socioéconomiques et leurs effets sur les populations précarisées.

Les gouvernances de la gestion publique de la crise sanitaire

La Belgique et le Canada sont des États fédéraux et la Suisse un État confédéral déléguant des pouvoirs importants aux Régions, provinces ou cantons, notamment en matière de santé. La situation belge présente, cependant, une complexité institutionnelle sans pareille. Les cantons suisses et les provinces canadiennes disposent de plus de compétences en matière de santé que les Régions belges. De même, les cantons suisses et les provinces canadiennes jouissent d'une grande autonomie en matière de soins hospitaliers et au sujet de l'exercice des professionnels, ce qui n'est pas le cas en Belgique.

Figure 13: Taux de faible revenu selon la Mesure de faible revenu¹ (MFR), selon le sexe, particuliers de 16 ans et plus, Québec, 2005 à 2021²



Notes

1. Basé sur la mesure de faible revenu après impôt.

2. Données révisées entre 2006 et 2011 pour faciliter les comparaisons avec la période débutant en 2012.

Consulter le tableau pour des renseignements sur la précision des estimations; télécharger le fichier pour obtenir les intervalles de confiance des estimations.

Source : figure reproduite d'après Statistique Canada, *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (2005-2011)* et *Enquête canadienne sur le revenu (2012-2021)*, fichiers maîtres. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

En Belgique et en Suisse, le gouvernement fédéral est responsable de l'encadrement général de la politique de la santé et, surtout, il est responsable du système d'assurance maladie obligatoire. Au Canada, celui-ci définit les normes des 13 régimes d'assurance maladie des gouvernements provinciaux et territoriaux qui doivent assumer la totalité du coût financier de tout service considéré comme médicalement nécessaire. Lors du début de la crise sanitaire, la Suisse et le Québec disposaient d'une législation sur les épidémies ou sur les urgences sanitaires qui leur ont assuré une meilleure préparation face à la gestion publique de la crise. La Belgique ne s'est dotée de semblable cadre légal qu'en août 2021, presque au terme de la crise sanitaire.

La complexité institutionnelle de la Belgique a rendu la gestion publique de la Covid-19 plus lourde avec une moindre délégation de pouvoir aux institutions régionales supposant être plus aux prises avec les spécificités régionales et locales, particulièrement en 2020. L'hypercentralisation de la décision politique caractérise la gouvernance de la syndémie de Covid-19 en Belgique. Cette centralisation du pouvoir, temporairement présente au printemps 2020 en Suisse, n'a pas été observée au Canada. Les provinces ont mis en œuvre des stratégies différenciées de gestion de la crise sanitaire plus en phase avec la diversité des territoires et de ses populations. En outre, ce sont les provinces qui ont voté des dispositions légales. L'hypercentralisation de la décision politique caractérise aussi la gouvernance suisse, qui s'est traduite par un accroissement considérable du pouvoir exécutif ou encore par

une « surexécutivisation » de la décision politique (Bourgau, 2023). Les Régions en Belgique et les cantons en Suisse n'ont été que faiblement consultés durant les phases les plus intenses de la crise sanitaire (1^{re} et 2^e vagues). Alors que les cantons suisses sont habituellement compétents en matière de santé, une concentration des pouvoirs du Conseil fédéral s'est affirmée en vue d'uniformiser les mesures sanitaires à prendre. Comme en Belgique, les Parlements ont été peu consultés durant cette période. La démocratie directe suisse a été suspendue jusqu'en octobre 2020. Par la suite, des référendums ont été organisés au sujet des mesures prises relayant certaines contestations (vaccination notamment) sans pour autant remettre en cause la confiance dans le Conseil fédéral. Une fois les vaccins sur le marché, les campagnes de vaccination ont davantage été déléguées aux entités fédérées de même que certaines mesures visant à lutter contre la diffusion de la Covid-19 (heures du couvre-feu, heures de fermeture des bars et restaurants, etc.) durant l'année 2021. La logique *top-down* de la gouvernance s'est ainsi observée en Belgique et en Suisse.

Face aux incertitudes liées à la diffusion de la Covid-19, la plupart des gouvernements ont fait appel à des expertises externes. La nature de l'expertise et sa fonction n'ont pas toujours été clairement définies. Les trois contextes nationaux ont fonctionné de manière très différente en fonction du degré d'existence d'une haute fonction publique dans le secteur de la santé ou d'instituts paragouvernementaux de santé publique.

Le ministère fédéral de la Santé belge ne dispose plus de hauts fonctionnaires de référence. La Belgique a créé un institut scientifique fédéral (Sciensano) qui remplit plus une fonction scientifique qu'administrative. Sciensano a eu pour fonction lors de la Covid-19 de fournir de manière hebdomadaire les données épidémiologiques de la contamination (et ensuite de la vaccination) et la situation des hôpitaux. En l'absence de hauts fonctionnaires, le gouvernement a institué un groupe d'experts issus d'horizons institutionnels diversifiés (Sciensano, universitaires, Banque nationale) réunissant des compétences de virologie et d'économie. Le management de cet organe a été attribué à l'agence McKinsey. Les avis de ce groupe d'experts ont été fortement suivis par le gouvernement durant les deux vagues de 2020. Après le début de la vaccination, le gouvernement a été plus préoccupé par des effets sociaux (écoles), économiques (décroissance) et sanitaires de la crise. Dès lors, les gouvernements fédéral et régionaux ont contesté certains avis et assumé la fonction politique des décisions. La crise a montré que l'affaiblissement de la haute fonction publique fédérale du secteur de la santé diminuait la maîtrise de la situation sanitaire et le pilotage des mesures à prendre.

Au Québec, les Directions régionales de santé publique ont joué un rôle de pilotage important malgré les coupes opérées avant 2020 dans la fonction publique. Elles ont été conviées à une cellule de crise intragouvernementale. Des instituts parapublics ont aussi fourni des données épidémiologiques et sur l'état des établissements de soins, et effectué des modélisations. En outre, ils ont formulé des recommandations, notamment pour la vaccination, au gouvernement. Ces instances publiques, assurant plus qu'en Belgique une continuité et une stabilité de la fonction publique, ont revêtu une fonction de soutien à la décision politique. Dans la majorité des cas, les analyses et les recommandations universitaires ne parvenaient au gouvernement que par

l'intermédiaire des médias. Enfin, les acteurs de terrain et de la société civile ont été les grands absents de ces groupes d'experts quoiqu'en interaction fréquente avec les directions régionales de santé publique. Ils ont été le plus souvent consultés uniquement à l'issue de l'échec des campagnes de vaccination dans les quartiers urbains défavorisés et pour des publics précaires spécifiques (ONU, 2022).

En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique a joué un rôle de coordination d'expertises. Ce dernier a mis en place une task force et deux nouveaux organes pour venir en aide au Conseil fédéral. Cependant, le répondant principal du gouvernement a toujours été l'Office fédéral de la santé publique. Comme au Québec, la task force et ces nouveaux organes chargés de collecter des données sur la population et la gestion de la crise ne comptaient pas de chercheurs universitaires. Ces derniers étaient réunis dans une task force scientifique séparée. La multiplication de ces lieux d'expertise ne s'est pas accompagnée d'une définition claire de la chaîne de responsabilités. Au Canada et en Suisse, les autorités politiques ont été conseillées par des institutions publiques préexistantes à la crise. Bien qu'au Québec, l'Institut national de santé publique compte parmi ses rangs de nombreux conseillers scientifiques issus des sciences sociales, les compétences mises de l'avant ont été surtout de nature épidémiologique, informationnelle et propositionnelle. À l'exception de la modélisation mathématique, les experts scientifiques universitaires ont été faiblement internalisés dans le réseau d'expertise. La crise a mis en exergue la nécessité de disposer en temps réel des données épidémiologiques et de données sociales pour définir de manière moins générale et plus ciblée les mesures politiques (*cf.* chapitre IX).

L'exceptionnalité de la crise sanitaire a mis en évidence les défauts principaux des politiques sanitaires préventives. Le Canada et la Suisse disposaient d'un cadre normatif pour la gestion d'urgence sanitaire. Toutefois, un rapport de l'ONU (2022) proposant une analyse comparée de la gestion de la crise met en évidence que, même si des pays comme le Canada et la Suisse avaient des plans de lutte contre les pandémies, les capacités d'anticipation des risques se sont révélées insuffisantes pour permettre une préparation adéquate à la crise de la Covid-19. Néanmoins, le Canada ayant tiré les leçons de la pandémie du H1N1 a défini des protocoles précis en cas de pandémie (ONU, 2022).

La politique de la santé a dû sortir de son programme global et mettre en œuvre de nouveaux instruments. En suivant Le Galès et Lascoumes (2005), les instruments de politique publique qui constituent les moyens d'action conduisent les acteurs individuels et collectifs à prendre des décisions en lien avec des objectifs à poursuivre. Ils peuvent prendre diverses formes (lois, règlements, campagnes de sensibilisation, etc.). Ils sont souvent rattachés à un programme spécifique de politique publique (par exemple la santé), mais ils peuvent aussi répondre à des situations d'urgence, ce qui a été le cas de la Covid-19. Les instruments sont des dispositifs à la fois technique, social et normatif. En matière de prévention et de protection, des dispositifs classiques ont été utilisés comme le masque naso-buccal et le gel hydroalcoolique pour limiter la contamination ou encore les tests de dépistage. Cependant, c'est à la faveur de la crise que les gouvernements se sont rendu compte de leur dépendance économique. Les trois pays concernés ont été confrontés de manière semblable à la faible diversification des sources d'approvisionnement et au risque de pénurie. Durant toute l'année

2020, l'instrument qui a été privilégié pour imaginer l'éradication de la Covid-19 est la vaccination, un autre instrument classique de la santé publique. Cependant, pour assurer la mobilité ou l'accès à des espaces collectifs des personnes vaccinées, des instruments innovants ont dû être produits. Pour l'Europe, il s'agit du Covid Safe Ticket. Les dispositifs de contrôle de l'occupation de l'espace public sont relativement classiques bien que peu usités dans les trois contextes (confinement, couvre-feu, etc.). Cela a aussi donné lieu à des instruments particuliers et neufs, comme les règles de distanciation sociale (1,5 m entre les personnes) ou la bulle en Belgique (rencontre autorisée entre maximum quatre personnes).

Les instruments de la lutte contre la précarité et l'effondrement économique

Dans ce domaine, les trois pays n'ont pas procédé à des renouvellements des instruments de l'action politique. Au contraire, ce sont les mécanismes traditionnels qui ont été mobilisés tout en étant moins regardants sur les impacts des mesures en termes d'accroissement de la dette publique. Comme lors de la crise financière et bancaire de 2009, les États ont payé le prix pour éviter les faillites, les licenciements collectifs et la récession économique. En Suisse, le coût total de la gestion de la syndémie durant la période 2020 à 2023 a été estimé à 34,9 milliards de francs.

Pour les entreprises, la Belgique a prévu les reports d'impôts ainsi que les reports et exonérations des cotisations patronales. La Suisse a créé un fonds d'urgence pour favoriser des prêts. Enfin, le Canada a fourni des subventions aux entreprises confrontées à la crise de la Covid-19.

Pour les salariés, la Suisse a fourni des prestations pour compenser la réduction des heures de travail prestées. En Belgique, les salariés des secteurs d'activité à l'arrêt ont bénéficié d'allocations de chômage temporaire. Au Canada, des prestations ont été attribuées aux salariés qui ne pouvaient plus travailler. Les conditions d'admissibilité ont été assouplies pour des personnes traditionnellement exclues du bénéfice de l'assurance-emploi au Canada. Il en a été de même en Belgique pour les travailleurs temporaires du secteur de la culture dont la reprise des activités a été très tardive. Une mesure similaire a été prise en Suisse pour les intermittents culturels et les travailleurs temporaires.

La Suisse et la Belgique disposent d'une tradition de la sécurité sociale fondée sur les assurances sociales. Les instruments utilisés lors de la crise sanitaire s'inscrivent en cela dans la lignée de mesures prises en vue de protéger les personnes contre les risques sociaux (Ewald, 1995). La tradition plus *beveridgienne* du Canada a vu la mise en place de mesures particulières répondant à des besoins plus spécifiques. Ainsi, une allocation de soins d'urgence pour les travailleurs a aussi été attribuée aux travailleurs malades ou aux personnes qui subissent la fermeture des écoles.

Pour les indépendants, le gouvernement suisse a développé un dispositif visant à couvrir 80 % de leur manque à gagner. Un système similaire, mais moins généreux, a été proposé en Belgique avec l'octroi d'un revenu de remplacement (droit passerelle) destiné aux indépendants. Comme nous l'avons vu, le gouvernement canadien a

organisé l'octroi de la prestation canadienne d'urgence; une aide financière accordée aux employés et aux travailleurs indépendants canadiens qui ont été directement touchés par la Covid-19. La singularité de cette mesure réside dans l'attribution d'une aide sans devoir fournir la preuve de besoins.

En Belgique, au Canada et en Suisse, ces mesures ont été prises par les gouvernements fédéraux. D'autres, plus sectorielles, ont été initiées par les entités fédérées.

Ces mesures s'inscrivent dans les programmes traditionnels des politiques sociales et fiscales des trois pays. Elles concernent le plus souvent des publics disposant de contrats protégés par la loi et les tribunaux. Cependant, la crise sanitaire a aussi fait émerger de multiples catégories de travailleurs pas ou peu couverts par ces régimes de protection sociale. Il s'agit des travailleurs embauchés à la tâche, des travailleurs qui n'ont pas de contrat de travail ou encore des sans-papiers qui n'ont ni identité administrative ni identité de travail formelle qu'il nous faut aborder à présent.

Effets des mesures sur les populations les plus précarisées

De nombreuses études relatives aux facteurs de risque de la contamination de la Covid-19 ont établi le rôle joué par des facteurs sociaux et environnementaux, au-delà des comorbidités connues. Les personnes vivant dans les quartiers et les logements les plus densément peuplés ainsi que certaines professions de contact, comme dans la santé, ou les personnes utilisant davantage les transports publics, ont eu plus de risques d'être contaminées.

À ces facteurs sociaux s'ajoutent aussi les effets des mesures de politique publique. L'injonction populationnelle à « rester chez soi » a contraint des personnes, notamment celles vivant à la rue, à devoir se retrouver dans des abris collectifs pouvant générer un accroissement de risque de contamination. Sur ce point, la mesure prise en Belgique comme à Montréal de préférer l'installation de sans-abri dans des hôtels plutôt que dans des logements collectifs peut expliquer le faible taux de contamination parmi cette population à Bruxelles.

S'il semble que les mesures sociales et économiques prises par le Canada ont eu pour effet comme nous l'avons vu de réduire le taux de pauvreté pendant la crise sanitaire, cette tendance ne se vérifie pas en Suisse ni en Belgique. Les personnes qui ont été le plus impactées par la crise sanitaire sont celles qui étaient dans le règne de la débrouille avant la crise et que cette dernière a précipitées dans la dépendance sociale et financière.

Il s'agit majoritairement des personnes qui n'avaient pas un emploi déclaré et qui n'ont pas pu en conséquence bénéficier des revenus de remplacement. Parmi cette population figurent les travailleurs sans-papiers. Mais il y a de nombreuses autres catégories de personnes concernées: les étudiants, les travailleurs intermittents, les familles monoparentales, les travailleuses du sexe, etc. La perte d'un revenu non déclaré et l'absence de soutien financier ont eu des répercussions sur leur capacité à maintenir le paiement du loyer de leur logement. La paupérisation de ces publics urbains défavorisés s'est particulièrement observée avec la multiplication des distributions de colis alimentaires le plus souvent à l'initiative de la société civile qui a

démontré toute sa vigueur alors que de nombreux services publics avaient arrêté la continuité de leurs services, surtout durant la première vague.

Les troubles de santé mentale liés au confinement, aux changements de rythme de vie, à la fermeture des écoles ont fragilisé de nombreuses personnes et plus encore, l'organisation de la vie quotidienne a été complètement bousculée. Plusieurs recherches dans les trois pays démontrent aussi que les jeunes élèves des milieux sociaux les plus précaires ont vu diminuer leurs performances scolaires et leur assiduité à l'école. Les femmes ont été aussi le plus sollicitées durant cette période en particulier, celles responsables de familles monoparentales, mais aussi les mères qui exerçaient un métier essentiel tout en assumant l'organisation de la vie familiale alors que les écoles étaient fermées.

Le travail intersectoriel et les pratiques d'*outreach* qui ont été mis en place, dans les trois pays, au cours de cette période ont aussi montré les innovations professionnelles que la crise de la Covid-19 a mises à l'honneur pour limiter la précarisation accrue des publics fortement vulnérabilisés.

Les effets en cascade de la précarisation en temps de Covid-19 ne sont pas encore suffisamment documentés. Les mesures populationnelles prises pour lutter contre la diffusion de la Covid-19 ont certes concerné la majorité de la population. Toutefois, des publics très spécifiques n'ont pas toujours fait l'objet d'une attention et de mesures singulières. Pour eux, les mesures prises pour lutter contre la crise sanitaire, en ce compris dans les effets dérivés de nature sociale et économique, ont aggravé la précarité de leurs conditions d'existence. L'épreuve de la Covid-19 comme risque sanitaire a démultiplié les épreuves nombreuses et quotidiennes de la recherche d'une vie sociale digne. En revanche, l'expérience canadienne de la pandémie a démontré l'efficacité des gouvernements pour réduire substantiellement les taux de pauvreté sans affecter de façon significative l'économie du pays.

Bibliographie

- Arruda, H., Raynault, M.-F., Massé, R., & Levaque, R. (2023). Science, urgences sanitaires et gouvernance : leçons tirées de l'expérience du Québec. <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/439>
- Baker, M.G., Wilson, N., & Blakeley, T. (2020). Elimination Could Be the Optimal Response Strategy for Covid-19 and Other Emerging Pandemic Diseases. *BMJ*, 371:m4907. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4907>
- Belser, E. M. (2021). Managing the Coronavirus Pandemic in Switzerland. In N. Steytler, *Comparative Federalism and COVID-19* (1^{re} éd., p. 124-141). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003166771-9>
- Bouhon, F., Jousten, A., Miny, X., & Slautsky, E. (2020). L'État belge face à la pandémie de Covid-19 : esquisse d'un régime d'exception. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2446, 5-56. <https://doi.org/10.3917/cris.2446.0005>
- Bourgau, A.-E. (2023). *Covid-19, La démocratie confinée*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Bourgau, A.-E., & Gaudin, T. (2022). Pouvoirs spéciaux et mesures urgentes pour lutter contre le Covid-19 : du principe de légalité au principe de l'arrêt. In F. Bouhon, E. Slautsky & S. Wattier, *Le droit public belge face à la crise du Covid-19. Quelles leçons pour l'avenir ?*, Belgique : Larcier.
- Bourguignon, M., Bertrand, A., Damiens, J., Doignon, Y., Eggerickx, T., Plavsic, A., & Sanderson, J.-P., (2023). Individual and Spatial Determinants of Mortality during the Covid-19 Pandemic: The Case of Belgium in 2020. <https://doi.org/10.1101/2023.09.04.23295014>
- Bruss'Help (2022). *Dénombrement des personnes sans-chez-soi en Région de Bruxelles-Capitale*, 7^e éd., Bruxelles.
- Bruyneel, A., Dauvergne, J., Dauby, N., Goffard, J.-C., Rea, A., & Racapé, J. The Social Health Gradient in Patients Hospitalised for COVID-19 and Pre-Pandemic Respiratory Infections. A Risk Factor Analysis of Clinical Outcomes: A Nationwide Case-control Study in Belgium (soumis à *Frontiers in Public Health*).
- Burton-Jeangros, Cl., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Frontiers in Public Health*, 8, 940. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. État de la situation 2022. Version révisée mars 2024. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/RA_etat_situation_2022_CEPE.pdf
- Confédération suisse (2022). *Organisation de crise de la Confédération pour la gestion de la pandémie de Covid-19 (janvier à juin 2020)*. Rapport des Commissions de gestion des Chambres fédérales.
- Conseil supérieur de l'emploi (2022). *Mesures prises pour réduire l'impact de la Covid-19 sur les travailleurs et les demandeurs d'emploi en Belgique* (printemps 2020-31 décembre 2021).
- Direction régionale de santé publique Montréal (5 juin 2024). Fin de l'écllosion de rougeole à Montréal. https://ccsmtlpro.ca/sites/mtlpro/files/media/document/DRSP_AppelsVigilance_2024_06_05_RougeoleAMontreal.pdf
- Direction régionale de santé Montréal (2022). Regard sur la pandémie de Covid-19 à Montréal : pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires. https://ccsmtlpro.ca/sites/mtlpro/files/media/document/DRSP_Rapports_DRSP_20221123.pdf
- Ducharme, F. (2020). La première vague de la Covid-19 en milieux d'hébergement au Québec : constats et recommandations. *La Gérontoise*, vol. 31, n° 1, automne 2020, <https://sidiief.org/wp-content/uploads/2021/03/La-Gerontoise-31-1.pdf>
- Engzell, P., Frey, A., & Verhagen, M. (2021). Learning Loss Due to School Closures during the COVID-19 Pandemic. *PNAS*, 118(17). <https://orcid.org/0000-0003-2746-0309>
- Fallon, C., Thiry, A., & Brunet, S. (2020). Planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2453-2454, 5-68. <https://doi.org/10.3917/cris.2453.0005>
- Faniel, J., & Sägesser, C. (2020). La Belgique entre crise politique et crise sanitaire (mars-mai 2020). *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2447, 5-46. <https://doi.org/10.3917/cris.2447.0005>

- Fecteau, F., & Renier, G. (2020). Covid-19, distribution des risques de précarité: quels enjeux dans le monde du travail? *La Revue Nouvelle*, 3(43-52). <https://doi.org/10.3917/rn.203.0043>
- Fortunier, C., & Rea, A. (2022). *Les personnes précarisées et invisibilisées face au Covid-19 en Région bruxelloise*. Synthèse de six rapports de recherche, Bruxelles: GERME, Université libre de Bruxelles.
- Hegele, Y., & Schnabel, J. (2021). Federalism and the Management of the COVID-19 Crisis: Centralisation, Decentralisation and (non-)Coordination. *West European Politics*, 44(5-6), 1052-1076. <https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1873529>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). Population et structure par âge et genre – Le Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-le-quebec>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2019). Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025. Rapport d'évaluation. Direction de la valorisation scientifique, des communications et de la performance organisationnelle.
- INSPQ (2020). Rapport épidémiologique descriptif de la Covid-19 au Québec du 23 février au 11 juillet 2020.
- INSPQ (2021). Impact de la première dose de vaccin contre la Covid-19 dans les CHSLD et les RPA. 2 septembre 2021 – version 1.0. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3167-impact-premiere-dose-vaccin-covid19-chsld-rpa.pdf>
- Bureau d'information et d'études en santé des populations. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 23 novembre 2020.
- ISQ (2023). La surmortalité: un indicateur pour comparer les conséquences de la pandémie. 10 novembre 2023. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/surmortalite-un-indicateur-pour-comparer-sequences-pandemie>
- ISQ (2024). Vitrine statistique sur l'égalité entre les hommes et les femmes. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/revenu/personnes-situation-faible-revenu>
- Institut universitaire Jeunes en difficulté (2020). La Protection de la jeunesse au temps du coronavirus. Les signalements reçus en contexte de pandémie: comparaison entre les printemps 2019 et 2020 [en ligne]. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/bulletin_3_1_final.pdf
- Le Galès, P., & Lascoumes, P. (dir.). (2005). *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Maisin, C., Damhuis, L., & Serré, A. (2020). La crise n'est pas que sanitaire. *La Revue Nouvelle*, 3, 80-85. <https://doi.org/10.3917/rn.203.0080>
- Marti, J. (2021). Covid-19: une double peine pour les ménages les plus vulnérables en Suisse. *Revue médicale suisse*, 17(724), 248-253.
- Marti et al. (2023). Literature Screening Report: Impact of COVID-19 and Related Measures on Disadvantaged Populations. Swiss School of Public Health.
- Martínez, I. Z., Kopp, D., Lalive, R., Pichler, S., & Siegenthaler, M. (2021). Corona und Ungleichheit in der Schweiz - Eine erste Analyse der Verteilungswirkungen der COVID-19-Pandemie. *KOF Studies*, n° 162. <https://doi.org/10.3929/ethz-b-000512241>
- Meurisse, M., Lajot, A., Devleeschauwer, B., Cauteren, D., Van Oyen, H., Van den Borre, L., & Brondeel, R. (2022). The Association between Area Deprivation and COVID-19 Incidence: A Municipality-level Spatio-temporal Study in Belgium, 2020-2021. *Archives of Public Health*, 80, 109. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00856-9>
- Mongin, D., Cullati, S., Kelly-Irving, M., Rossetlet, M., Regard, S., & Courvoisier, D. S. (2022). Neighbourhood Socio-economic Vulnerability and Access to COVID-19 Healthcare during the First Two Waves of the Pandemic in Geneva, Switzerland: A Gender Perspective. *eClinicalMedicine*, 46, 101352. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101352>
- Makarenko, I. et al. (2024). Determinants of Psychological Distress during the COVID-19 Pandemic among People who Use Drugs in Montreal. *Canada Drug Alcohol Rev*, 2024 May 13. <https://doi.org/10.1111/dar.13862>
- Morlok, M., Oswald, A., Meier, H., Efonayi-Mäder, D., Ruedin, D., Bader, D., & Wanner, P. (2015). *Les sans-papiers en Suisse en 2015*. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung.
- Noël, N. (2021). Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise. *Brussels Studies*, 157. <https://doi.org/10.4000/brussels.5569>
- Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (2024). Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise. Bruxelles: Vivalis.brussels.
- OCDE (2023). *Évaluation des réponses au Covid-19 de la Belgique*. Panorama, publications de l'OCDE.

- OECD (2023). *Evaluation of Belgium's COVID-19 Responses: Fostering Trust for a More Resilient Society*, Paris : OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/990b14aa-en>
- OFS (2021). *Impact de la pandémie de Covid-19 sur les services de santé en 2020*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf/assetdetail.20444122.html>
- OFS (2021). *La pauvreté en Suisse a continué de progresser en 2019*. Communiqué de presse, 18 février 2021, Neuchâtel : Office fédéral.
- OFS (2023). L'impact de la pandémie de Covid-19 sur la mortalité et les causes de décès en Suisse. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/1258-2200>
- OFS et CVF (2022). *Fardeau de la maladie Covid-19* (état juin 2022).
- ONU (2022). *Premiers enseignements issus des évaluations gouvernementales de la réponse au Covid-19 : une synthèse*. <https://doi.org/10.1787/7bbc0b27-fr>
- Peeters, I., Vermeulen, M., Bustos Sierra, N., Renard, F., Van der Heyden, J., Scohy, A., Braeye, T., Bossuyt, N., Haerhuis, F., Proesmans, K., Vernemmen, C., & Vanhaverbeke, M. (2021). *Surveillance de la mortalité Covid-19 en Belgique, épidémiologie et méthodologie durant la 1^{re} et 2^e vague (mars 2020-14 février 2021)*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; septembre. Numéro du rapport : D/2021/14.440/56.
- Plümecke, T., Mikosch, H., Mohrenberg, S., Supik, L., Bartram, I., Ellebrecht, N., Zur Nieden, A., Schnieder, L., Schönberger, H., Schulze-Marmeling, C., & Gutzeit, A. (2022). Differences in Mortality in Switzerland by Citizenship during the First and Second COVID-19 Waves: Analysis of Death Statistics. *Front Public Health*, 10:992122. <https://doi:10.3389/fpubh.2022.992122>
- Rea, A., Racapé, J., & Fortunier, C. (2022). Les inégalités sociales et de santé du Covid-19. *Revue médicale de Bruxelles*, 43, 439-444.
- Refle, J.-E., Voorpostel, M., Lebert, F., Kuhn, U., Klaas, H.S., Ryser, V.-A., Dasoki, N., Mosch, G.-A., Antal, E., & Tillmann, R. (2020). First Results of the Swiss Household Panel – COVID-19 Study. *FORS*. Working Paper Series, paper 2020-1. Lausanne : FORS. <https://doi.org/10.24440/FWP-2020-00001>
- Roland, M., Ben Abdelhafidh, L., Déom, V., Vanbiervliet, F., Coppieters, Y., & Racapé, J. (2021). SARS-CoV-2 Screening among People Living in Homeless Shelters in Brussels, Belgium. *PLoS ONE*, 16/6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252886>
- Rosenstein, É., & Mimouni, S. (2022). *Covid-19. Les politiques sociales à l'épreuve de la pandémie* (Seismo).
- Sbaraglia, F., Fortunier, C., Rea, A., & Pilet, J.-B. (2022). Apprendre de la gestion de crise Covid-19 en Belgique pour penser une gestion plus collaborative et intégrée des prochains risques collectifs, Bruxelles : Solidaris, Université libre de Bruxelles.
- Solidaris (2022). *Le report des soins de santé*. Édition 2021.
- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale/UNIA (2023). *Monitoring socio-économique. Marché du travail et origine, 2022*.
- SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Économie sociale et Politique des Grandes Villes (2022). « L'impact social sur les CPAS et leur public cible : retour sur la crise du coronavirus (2020-2021) ».
- Thunus, S., Donnen, A., Creten, A., & Walker, C. (2023). *Melting point : situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise*. Bruxelles : Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.
- Tillmann, R., Kuhn, U., Kuhr, J., Thiévent, R., & Tabin, J.-P. (2021). Effets de la pandémie de coronavirus et du semi-confinement sur les conditions de vie : une analyse de l'enquête « Covid-19 » du Panel suisse de ménages selon les catégories de revenu. Rapport pour l'OFAS. *HETSL, FORS*.

Politiques sociales et inégalités face à la pandémie

Enjeux, paradoxes, défis

Julien Fakhoury, Naël Froehlich, Maëlle Meigniez, Émilie Rosenstein,
Matthias Studer, Nicolas Pons-Vignon et Aline Duvoisin

En un temps remarquablement court, la crise induite par la pandémie de Covid-19 et par les mesures de confinement visant à l'endiguer a exacerbé les inégalités socioéconomiques. Ce constat est valable dans de nombreux pays (Eurofound, 2023) et la Suisse n'y fait pas exception (Beyeler *et al.*, 2021 ; Martínez *et al.*, 2021 ; Refle *et al.*, 2020 ; Tillmann *et al.*, 2021). Les personnes à faibles revenus et les travailleurs précaires ont été particulièrement touchés (Han & Hart, 2021 ; Loustaunau *et al.*, 2021) et exposés à un risque accru de perte d'emploi, de baisse de revenus, d'endettement et, ainsi, de basculer dans une spirale de paupérisation. Dans ce contexte, on observe que les possibilités de télétravail, inégalement distribuées, ont également contribué à creuser les écarts entre les ménages selon leurs revenus. Face à ce renforcement des inégalités, la pandémie de Covid-19 a mis à l'épreuve les régimes de protection sociale et leur capacité à répondre de manière circonstanciée à cette crise, et plus particulièrement aux besoins des personnes vulnérables occupant une position précaire sur le marché du travail, voire exclues de ce dernier. La réponse des politiques sociales face à la Covid-19 s'est en effet avérée sans commune mesure par rapport à celles déployées durant la crise financière de 2008 (Béland *et al.*, 2021). Elle s'est généralement articulée autour des trois piliers suivants : l'*élargissement* ou l'*assouplissement* des prestations sociales qui préexistaient à la pandémie, notamment les dispositifs d'assistance sociale visant à couvrir le minimum vital ; l'adoption de *mesures ad hoc*, le plus souvent destinées aux personnes qui ne sont pas couvertes par les instruments ordinaires de la protection sociale (sous forme d'aides financières ou de prestations ponctuelles) ; et le développement d'*aides en nature* (de type aide alimentaire, hébergement d'urgence, etc.).

On trouve aujourd'hui un *corpus* de travaux de plus en plus large analysant les réponses des politiques sociales face à la Covid-19, décrivant leurs mérites et leurs limites en termes d'inégalités socioéconomiques (p. ex. Dorlach, 2023 ; León & Cerrillo, 2024 ; Mäntyneva & Hiilamo, 2024 ; Mäntyneva *et al.*, 2023a). Toutefois, tirer les leçons de la pandémie pose un double défi à la recherche en politiques sociales. D'une part, les réponses développées face à la Covid-19 se sont faites dans l'urgence,

leur élaboration comme leur mise en œuvre n'ont souvent bénéficié que d'un faible degré de concertation et de coordination. De surcroît, dans un contexte d'État d'urgence, les choix qui ont présidé au redéploiement des politiques sociales durant la pandémie se sont généralement faits en dehors des processus décisionnels ordinaires, ils ont été soumis à de fréquents réajustements en fonction de l'évolution de la situation sanitaire, et n'ont été que très partiellement documentés par les administrations publiques. Il en résulte une diversité de pratiques selon les pays ou régions. Leur analyse et l'évaluation de leurs effets en termes d'inégalités requièrent dès lors l'adoption d'une perspective comparative située, à même de rendre compte des paramètres locaux propres aux contextes politiques, institutionnels et économiques ayant permis (ou entravé) leur mise en œuvre (Nunes Silva, 2022).

D'autre part, si la recherche en sciences sociales a permis de mettre en évidence les conséquences sociales de la Covid-19 dès les premières semaines de la pandémie, la plupart des études disponibles ne présentent qu'un instantané des inégalités sociales et économiques causées par la crise sanitaire et les mesures de confinement. Par définition, ces travaux ne permettent pas de saisir les dynamiques inégalitaires à l'œuvre et leurs conséquences à plus long terme. En ce sens, ils ne permettent pas de distinguer si l'augmentation des inégalités observée au lendemain de l'apparition de la pandémie est un phénomène strictement conjoncturel ou continu, ni quels sont les groupes durablement affectés par celle-ci.

Ce chapitre entend amener des éléments de réponse à ce double défi en se basant sur le cas de la Suisse et plus particulièrement sur la comparaison de deux cantons romands. En effet, la Suisse est un cas d'étude particulièrement approprié pour saisir et comparer au niveau local les effets d'une crise mondiale, questionnant au passage le rôle du fédéralisme et de la fragmentation des politiques sociales en temps de pandémie (Greer *et al.*, 2023; Steytler, 2021). Ce chapitre est construit de la manière suivante : la section 1 synthétise un ensemble de débats qui traverse la littérature sur les politiques sociales face à la pandémie ; la section 2 revient sur quelques caractéristiques du système suisse de protection sociale pour mettre en lumière les répercussions de la pandémie en termes d'inégalités et les réponses apportées face à celles-ci ; la section 3 vient apporter un regard longitudinal sur les effets de la pandémie à partir d'analyses de séquences appliquées à deux cohortes de bénéficiaires de prestations sociales dans les cantons de Genève et Vaud ; enfin, la conclusion revient sur les principaux constats du chapitre. Ces résultats sont issus du projet *Fit for Crisis? Social Policy in Times of COVID-19: A Longitudinal Mixed-Method Approach* (financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique dans le cadre du Programme national de recherche [PNR 80] *Covid-19 et société – 2022-2026*).

Les politiques sociales en temps de pandémie et leur rapport paradoxal aux inégalités

Dans cette section, nous revenons sur quelques débats qui traversent la littérature internationale contemporaine concernant les politiques sociales face à la Covid-19. Deux d'entre eux nous occupent plus particulièrement : d'une part, il s'agit de savoir si les mesures adoptées pour répondre à la pandémie et à ses conséquences sociales et économiques renferment un potentiel transformatif dans l'élaboration des politiques sociales en temps de crise, et au-delà. D'autre part, nous revenons sur l'hypothèse d'une double dualisation du marché du travail et des systèmes de protection sociale qui contribue à expliquer le rôle parfois paradoxal des politiques sociales dans l'exacerbation des inégalités socioéconomiques produites par la pandémie.

La pandémie comme tournant dans l'élaboration des politiques sociales ?

L'impact de la pandémie sur le processus d'élaboration des politiques sociales fait l'objet d'une discussion étendue dans la littérature. Un large *corpus* d'études montre que la majorité des mesures mises en œuvre depuis l'avènement de la Covid-19 pour répondre aux risques sociaux induits par la pandémie s'explique par le prisme d'une « dépendance au sentier » (*path dependency*) (Béland *et al.*, 2021 ; Cruz-Martínez *et al.*, 2023 ; Jensen *et al.*, 2022 ; Mäntyneva *et al.*, 2023b ; Toplišek *et al.*, 2022). Dans cette perspective, les réponses des politiques sociales face à la pandémie – aussi exceptionnelles qu'elles aient pu être – découlent des trajectoires institutionnelles et politiques des administrations qui les portent, donnant lieu le plus souvent à des ajustements *ad hoc* et de court terme (Dorlach, 2023 ; Mäntyneva & Hiilamo, 2024) pour soutenir les personnes affectées par la crise. Toutefois, le tableau n'est pas si simple et il apparaît que, dans bien des cas, cette inertie institutionnelle cohabite avec des changements plus substantiels. Ainsi, pour de nombreux auteurs, la pandémie de Covid-19 se présente comme un tournant (*path breaking*) dans le champ des politiques sociales (Boin & Hart, 2022 ; Capano *et al.*, 2023 ; Cook & Ulriksen, 2021 ; Hogan *et al.*, 2022 ; Yuda, 2023), que ce soit à travers l'adoption de prestations sociales inédites, l'accélération des transformations en cours, ou encore en portant un changement de paradigme dans la conception même de la protection sociale (Natali, 2022 ; Pentaraki, 2022). Des travaux montrent en ce sens que les mesures déployées depuis le printemps 2020 ont pu déboucher sur une extension de la protection sociale, ouvrant la voie vers des politiques sociales plus inclusives (Hick & Murphy, 2021 ; Mäntyneva & Hiilamo, 2024 ; McGann *et al.*, 2020 ; Yuda *et al.*, 2022 ; Stambe & Marston, 2023). Ainsi, dans bien des pays, après des décennies de gouvernance axée sur la maîtrise des dépenses sociales, la pandémie a remis au premier plan l'importance de l'État social, soulignant son rôle crucial dans le soutien à l'économie et le maintien de la cohésion sociale, créant les conditions d'un « keynésianisme d'urgence » sans précédent (Bremer & McDaniel, 2020, p. 439).

L'hypothèse d'une double dualisation

Si les politiques sociales ont assurément contribué à absorber l'impact de la pandémie de Covid-19, elles n'ont toutefois pas empêché l'augmentation des inégalités sociales et économiques observée dans de nombreux pays depuis 2020 (Beese *et al.*, 2022). Pour le comprendre, la littérature nous invite à prendre un peu de recul et à considérer cette résurgence des inégalités à la lumière d'une hypothèse de *double dualisation* (Natili *et al.*, 2023). D'une part, on constate depuis les années 1980 une multiplication des formes de travail atypiques¹ et un renforcement de la stratification du marché du travail (Emmenegger *et al.*, 2012), alors que les systèmes de protection sociale restent largement structurés autour de la relation d'emploi standard, limitant *de facto* l'accès aux différents filets de sécurité sociale pour un nombre croissant de travailleurs (p. ex. cumul de contrats de travail, intermittence, travail sur appel, travail de plateforme, etc.). La crise de la Covid-19 a ainsi simultanément mis en évidence et renforcé les lacunes de la protection sociale dans de nombreux pays et les vulnérabilités propres à certains secteurs du marché du travail drainant des emplois atypiques (Spasova *et al.*, 2022).

D'autre part, l'impact des politiques d'austérité en matière de sécurité sociale (Farnsworth & Irving, 2021), combiné à l'accent mis sur les politiques actives du marché du travail (McGann *et al.*, 2020; Stambe & Marston, 2023), a engendré une plus grande sélectivité dans l'accès aux prestations sociales, entamant la capacité des États sociaux à répondre de manière adéquate à une crise exogène d'une ampleur telle que celle de la Covid-19. Cette sélectivité accrue des régimes de protection sociale n'est pas sans lien avec la multiplication des services d'aide alimentaire observée en amont de la pandémie et que celle-ci a largement contribué à répandre et à visibiliser (Beck & Gwilym, 2023). Dans cette perspective, l'effet conjoint de cette double dualisation contribue à expliquer les dynamiques inégalitaires à l'œuvre dans de nombreux pays, en amont de la pandémie et accélérées par celle-ci, suivant un principe de cumul des (dés)avantages bien connu de la sociologie des parcours de vie (Dannefer, 2003).

Ainsi, malgré les mesures sans précédent développées depuis mars 2020 pour faire face à l'impact social de la pandémie, on constate que celles-ci ont permis en premier lieu de préserver l'emploi et de protéger les travailleurs salariés, mais qu'elles n'ont eu qu'un effet limité en regard de la précarisation de certaines catégories de population, notamment les personnes exclues du marché du travail et les travailleurs en marge de la norme du salariat (Han & Hart, 2021; Loustaunau *et al.*, 2021). Ce constat est valable dans la plupart des pays membres de l'OCDE, y compris dans les pays nordiques (Larsen & Ilsøe, 2023), généralement présentés comme champions des approches universalistes et égalitaristes de la protection sociale. La Suisse, qui se distingue en comparaison internationale par son taux particulièrement élevé de maintien en emploi durant la pandémie (Ebbinghaus & Lehner, 2022), tend également à confirmer cette hypothèse de double dualisation, comme nous allons le voir plus en détail à présent.

¹ L'OCDE définit le travail atypique comme « toutes les relations d'emploi qui ne correspondent pas à la "norme" constituée par l'exercice pour un employeur unique (plutôt que pour plusieurs employeurs) et pendant une période de longue durée d'un emploi à plein temps, régulier et à durée indéterminée » (2015, p. 156), ce qui inclut le travail indépendant, les contrats temporaires ou à durée déterminée, et le travail à temps partiel.

Les politiques sociales suisses et les inégalités : une longue histoire réactualisée par la pandémie

La protection sociale suisse : un système hybride et fragmenté

Le système de protection sociale suisse est organisé de manière complexe. Il répond à différentes logiques selon les risques sociaux concernés, héritages d'une histoire et d'une organisation institutionnelle particulières. Si l'on se réfère aux trois régimes idéaux typiques formalisés par Esping-Andersen (1990), l'État social suisse peut être qualifié d'*hybride*. Premièrement, il s'approche du type corporatiste-conservateur et s'est historiquement construit sur le modèle de l'homme gagne-pain qui vise à assurer le statut du pourvoyeur de revenu de la famille travaillant à temps plein (Tabin, 2015). Nombre de ses prestations sociales sont sélectives, dans la mesure où elles sont fondées sur des cotisations salariales et protègent donc en priorité les travailleurs salariés ayant une position stable sur le marché du travail. De manière concomitante, le système protège mieux les hommes, qui connaissent davantage des trajectoires d'emploi linéaires et à plein temps (Widmer & Ritschard, 2009), et connaît un développement tardif et limité en matière de politiques familiales (Bertozzi *et al.*, 2005). Ainsi, la protection des personnes dépend de leur rapport au marché du travail, ce qui tend à reproduire des inégalités de genre et à exclure de la protection sociale les personnes en marge de la norme d'emploi.

Deuxièmement, les politiques sociales suisses sont également fortement empreintes du modèle libéral qui se reflète dans le faible degré de régulation du marché du travail et dans l'accent placé sur la responsabilité individuelle. De cette manière, le système de protection sociale suisse tend à reproduire des inégalités sous l'angle des ressources économiques privées (revenu, épargne, succession, etc.). Ce trait libéral se retrouve par exemple dans l'organisation du système de retraite où la prévoyance privée occupe une place prépondérante (Leimgruber, 2008), de même que dans le domaine de la santé, marqué par des inégalités économiques dans l'accès aux soins (Hümbelin *et al.*, 2024).

Troisièmement, le système de protection sociale helvétique s'inspire du modèle social-démocrate en s'inscrivant dans une perspective de développement du capital humain, qui favorise l'insertion et la formation professionnelles. Ainsi, depuis les années 1990, les politiques sociales suisses ont connu un tournant vers les principes de l'activation, conditionnant l'accès à de nombreuses prestations sociales à l'activité professionnelle et notamment à la recherche d'emploi et à la participation à des mesures d'insertion, y compris dans le domaine de l'assistance sociale ou du handicap. Or ces mesures actives produisent des effets Matthieu² (Bonoli & Liechti, 2018) et contribuent à renforcer les inégalités sous l'angle du genre, de l'origine sociale ou de

² Théorisés par le sociologue Robert K. Merton, les effets Matthieu font référence aux mécanismes d'attribution de ressources qui tendent à renforcer les inégalités en ciblant les groupes ou individus déjà les mieux dotés, selon une logique de cumul des (dés)avantages plutôt qu'en vertu d'une logique compensatoire. Dans le champ des politiques sociales, ce mécanisme est courant, en particulier à l'égard des personnes qui, bien qu'exclues du marché du travail, s'avèrent relativement proches de celui-ci, au détriment de celles qui en sont le plus éloignées.

la citoyenneté. On voit ainsi que tant au niveau des conditions-cadres qui fondent l'action de l'État social suisse que des outils déployés pour en assurer les missions, le modèle helvétique de protection sociale entretient un rapport étroit et complexe aux inégalités socioéconomiques qu'il tend tout à la fois à réduire et à reproduire, suivant le phénomène de dualisation décrit plus haut.

Une autre dimension caractéristique de la complexité des politiques sociales suisses renvoie à la fragmentation dans sa mise en œuvre. Ceci est notamment dû à la prégnance du principe de subsidiarité, duquel découlent une articulation spécifique entre les différents niveaux politiques (fédéral, cantonal et communal) ainsi qu'une répartition des tâches entre acteurs étatiques et privés, sans oublier le rôle important de la famille. Dans le contexte du fédéralisme suisse, les cantons jouissent d'une large autonomie, tant dans le développement de certaines prestations sociales que dans l'application des politiques sociales fédérales (Bertozzi & Bonoli, 2003). Il en découle une grande variabilité des dispositifs de protection sociale et de pratiques au niveau local. À cela s'ajoute le fait que l'aide sociale – dernier filet de sécurité du système suisse de protection sociale – ne bénéficie pas d'un cadre légal au niveau fédéral et reste principalement une prérogative communale, en particulier dans les cantons alémaniques (Tabin, 2015).

Parallèlement, la Suisse se caractérise également par un modèle étendu de *welfare mix* (Evers, 2005), l'action sociale s'inscrivant dans un « continuum public-privé » (Germann, 1987) où les acteurs de la société civile occupent une place importante, non seulement dans la mise en œuvre des politiques sociales, mais aussi dans leur définition. Ces éléments – combinés à la démocratie directe et au principe du compromis social et politique – expliquent le développement atypique de l'État social suisse et son caractère hautement fragmenté, source d'une forte inertie institutionnelle (Häusermann, 2010). En ce sens, il peine à prendre en considération de nouveaux risques sociaux et vient ainsi renforcer les inégalités et la double dualisation précédemment discutée. Dans cette perspective, le développement du système de protection sociale obéit principalement à une logique de *path dependency*. Cependant, son fonctionnement fédéraliste permet aussi certaines innovations au niveau local, notamment en matière de politiques sociales, qui, en retour, peuvent se répercuter sur la politique fédérale (Bertozzi & Bonoli, 2003). Le revers de cette autonomie se traduit toutefois en d'importantes disparités territoriales qui interdisent de concevoir l'État social suisse comme un modèle de protection sociale unifié et uniforme.

Réactivité et dynamiques inégalitaires face à la Covid-19

Étant donné l'inertie du système suisse de protection sociale décrite plus haut, la réactivité dont ont fait preuve les politiques sociales face à la crise provoquée par la pandémie de Covid-19 est plutôt inattendue. Celle-ci a concerné tous les échelons de l'État (Rosenstein & Mimouni, 2022). Au niveau fédéral, on peut noter le recours massif aux mesures de réduction de l'horaire de travail (RHT – chômage technique) visant les salariés dans l'incapacité de travailler, mais aussi le fait que l'indemnisation des chômeurs a été étendue, ou encore la création d'une nouvelle allocation

pour perte de gains (APG-COVID) qui a été mise en œuvre en l'espace de quelques semaines pour couvrir notamment les besoins des travailleurs indépendants (qui ne sont pas éligibles auprès de l'assurance-chômage et ne peuvent donc pas bénéficier de RHT). Au niveau local, les réponses à la crise sanitaire sont caractérisées par une grande disparité et une large fragmentation (Rosenstein & Mimouni, 2022). L'exemple du canton de Genève peut donner un aperçu de la diversité de réponses possibles. Celui-ci a voté deux projets de loi pour apporter une aide financière aux travailleurs précaires affectés par la crise. Parallèlement, la ville de Genève a étendu son dispositif d'hébergement d'urgence et, en collaboration avec le canton et les acteurs privés locaux, un dispositif d'aide alimentaire a été mis sur pied au printemps 2020, débouchant sur la création d'un Bureau d'information sociale, toujours en activité, destiné à accompagner les personnes en difficulté, notamment dans l'activation de leurs droits sociaux et en matière d'accès aux soins. Toutes ces prestations ont donc pris des formes diverses, adoptant des logiques d'aide différentes en termes d'action publique, se rapportant parfois à un référentiel de la conditionnalité – avec des aides ciblées sur les travailleurs –, parfois à un référentiel humanitaire – à travers des aides dites d'urgence (Genard, 2014; Meigniez, 2020).

Toutefois, cette réactivité ne suppose pas forcément le recul des inégalités face à la Covid-19, bien au contraire. En effet, alors que des études ont montré une surexposition au virus parmi les habitants de quartiers populaires (De Ridder *et al.*, 2021), d'autres ont mis en évidence que le semi-confinement décrété par la Confédération dès le 13 mars 2020 semble avoir eu des conséquences particulièrement néfastes sur les franges les plus vulnérables de la population (Tillmann *et al.*, 2021). Alors que les ménages à hauts revenus ont fréquemment rapporté une diminution du stress lié au travail, la possibilité de passer plus de temps en famille pendant le premier semi-confinement et, parfois même, un accroissement de leur épargne (Refle *et al.*, 2020; Fritschi & Fischer, 2020), les travailleurs des secteurs faiblement rémunérés et ne bénéficiant pas d'une protection sociale ou que d'une couverture très lacunaire (p. ex. dans le domaine de l'économie domestique, l'hôtellerie ou la restauration) ont plus fréquemment été confrontés à des baisses de revenus, voire à la perte de leur emploi (Burton-Jeangros *et al.*, 2020; Ferro-Luzzi & Weber, 2022; Hijzen & Salvatori, 2022). C'est également parmi les travailleurs les plus précaires que le risque d'endettement, le risque perçu de perdre son emploi et le stress financier ont été les plus prononcés (Refle *et al.*, 2020; Tillmann *et al.*, 2021).

Cette augmentation des inégalités fait écho à l'hypothèse de double dualisation évoquée précédemment et amplifiée par la pandémie : au cœur de la crise, alors que jusqu'à un tiers de la population active suisse s'est retrouvé au bénéfice de mesures de chômage technique au printemps 2020 (Faber *et al.*, 2020; Fritschi & Fischer, 2020) – les RHT s'avérant être un outil particulièrement efficace pour protéger du jour au lendemain les salariés impactés par la pandémie –, le monde découvrait également avec stupeur les files d'attente interminables des distributions alimentaires à Genève³ et dans bien d'autres villes suisses (Bonvin *et al.*, 2020; Götzö *et al.*, 2021), mises en

³ Par exemple l'article du *New York Times* paru en mai 2020, intitulé « A Mile-Long Line for Free Food in Geneva, One of World's Richest Cities », <https://www.nytimes.com/2020/05/30/world/europe/geneva-coronavirus-reopening.html>.

œuvre en catastrophe pour répondre aux besoins vitaux de catégories de population précaires qui, privées d'emploi et faute d'accès aux dispositifs de protection sociale, se sont retrouvées sans aucune ressource pour pouvoir faire face à cette période de semi-confinement.

Toutefois, l'analyse de l'évolution de ces inégalités n'est pas si facilement saisissable. En effet, les phénomènes de précarisation à l'œuvre ne sont que partiellement visibles dans les données de prestations sociales (taux de chômage, taux d'aide sociale, etc.) qui servent généralement au pilotage des politiques sociales en Suisse. Dans les faits, ces données contrastent assez largement avec les observations présentées ci-dessus. Ainsi, si le taux de chômage a significativement augmenté peu après le début de la pandémie, passant de 2,3 % en février 2020 à 3,5 % en juin 2020 (SECO, 2022a), il est graduellement redescendu pour atteindre 2,8 % en septembre 2021 (SECO, 2022a), puis 2,1 % en mai 2022 (SECO, 2022b), soit son taux le plus bas depuis près de vingt ans. L'augmentation du taux de chômage est d'ailleurs restée relativement modeste en comparaison internationale (Ebbinghaus & Lehner, 2022; Hijzen & Salvatori, 2022). Par ailleurs, une hausse de 36 % du nombre de chômeurs de longue durée a certes été enregistrée entre 2019 et 2020 (SECO, 2020), mais elle s'explique en partie par l'élargissement des délais-cadres d'indemnisation. Quant à l'aide sociale, en dépit des prédictions catastrophistes annoncées en 2020, son taux est resté stable tout au long de la pandémie (OFS, 2024). Peut-on en déduire que les inégalités observées au lendemain de la pandémie se sont résorbées et que la crise de la Covid-19 n'a eu qu'un impact conjoncturel sur les inégalités ?

Pour répondre à cette question, nous nous proposons d'adopter une approche longitudinale qui s'avère plus adéquate pour documenter les phénomènes de précarisation tels que ceux présentés ci-dessus. Effectivement, la perspective longitudinale permet de se centrer sur le développement des trajectoires individuelles et d'identifier les influences exercées sur celles-ci par des facteurs aussi bien sociodémographiques que contextuels, par exemple, dans l'émergence de phénomènes de précarisation. En d'autres termes, elle s'éloigne d'une vision statique portée sur la fréquence de la pauvreté au bénéfice d'une approche dynamique centrée sur la trajectoire de populations et leur évolution au cours du temps. En ce sens, les approches longitudinales rendent mieux compte des phénomènes d'inégalités et du *risque de pauvreté*, dont la probabilité d'occurrence ne semble ni aléatoire ni indépendante des strates sociales, mais évolue au fil du temps en fonction d'événements antérieurs (par exemple Gutjahr & Heeb, 2016).

Trajectoires de bénéficiaires de prestations sociales : une approche longitudinale

Méthodes et données

L'analyse de séquence permet d'appréhender de manière holistique la suite des événements et états vécus par les individus (Abbott, 1995). Elle s'avère être une des approches longitudinales les plus appropriées pour illustrer l'émergence de trajectoires de précarité qui étaient invisibles avant le début de la pandémie de Covid-19. En effet, l'analyse de séquence permet de retracer des trajectoires individuelles dans un domaine de la vie ou au sein d'une institution (p. ex. les trajectoires d'emploi ou, dans notre cas, les trajectoires de recours aux prestations sociales), puis d'étudier leurs caractéristiques, comme le *timing* d'un événement, l'*ordonnement* des états par lesquels les individus passent, ou la *durée* de ces derniers (Studer, 2012). Selon cette approche, le déroulé des événements et les suites d'états qui les composent font partie intégrante d'un processus, d'une systématique dépendant du contexte historique et nous renseignent sur la façon dont se manifestent les phénomènes sociaux. Les caractéristiques de chaque trajectoire peuvent ensuite être comparées et leurs différences quantifiées, de sorte, par exemple, à créer des typologies, c'est-à-dire des groupes comprenant des trajectoires similaires (Studer & Ritschard, 2016).

Les analyses de séquence menées pour le compte de ce chapitre se focalisent sur les trajectoires de recours à l'aide sociale économique, *i.e.* la prestation financière du dernier filet de sécurité sociale en Suisse. Elles reposent sur trois sources de données administratives, utilisées à des fins de recherche dans une perspective longitudinale. Ces données sont exhaustives et nous permettent de décrire les trajectoires individuelles de toute la population au sein du système de sécurité sociale suisse entre 2012 et 2021. La première source est issue de la statistique suisse des parcours dans le système de sécurité sociale (SHIVALV – OFS, 2023). Cette base de données recense tous les individus entre 18 et 65 ans ayant perçu sur cette période des indemnités journalières de l'assurance-chômage (AC), une rente de l'assurance-invalidité (AI) et/ou une prestation financière d'aide sociale (AS) (OFS, 2023). La base de données SHIVALV indique, pour chaque bénéficiaire, si une ou plusieurs des trois prestations ont été touchées sur les neuf années d'observation, en précisant les mois auxquels les prestations ont été perçues. Ainsi, les données de SHIVALV permettent non seulement de représenter les trajectoires de recours aux prestations sociales sous la forme de suites d'états indiquant, pour chaque mois, si les individus ont bénéficié ou non de prestations, mais aussi d'étudier, par exemple, le moment de sortie d'un régime de prestation, la durée de versement de la prestation, le cumul de prestations sur une période donnée ou encore d'éventuelles transitions entre prestations. La base de données contient également des informations sociodémographiques clés pour notre analyse, telles que l'âge, le sexe, la nationalité ou encore le canton de résidence des bénéficiaires.

Notre deuxième source provient des données sur les revenus soumis à cotisation pour l'assurance-vieillesse et survivants (AVS – régime de retraite suisse) entre 2012

et 2021, tirées des comptes individuels de la Centrale de compensation⁴. Ces données contiennent, pour tout cotisant en Suisse, les montants et les périodes de cotisation ainsi que leurs sources (selon qu'elles proviennent d'une activité salariée ou indépendante). Combinées à SHIVALV, les données des comptes individuels permettent ainsi d'intégrer dans les trajectoires des bénéficiaires de prestations sociales les épisodes relatifs à l'exercice d'activités lucratives et de mesurer des phénomènes tels que le retour en emploi après leur passage dans le système de sécurité sociale, les liens entre durée d'emploi et période subséquente d'indemnisation, ou encore des formes de cumuls de revenus et de prestations sociales.

Enfin, la statistique de la population et des ménages (STATPOP-OFS, 2022) complète les données. En recensant les mouvements migratoires internationaux de la population résidente permanente ainsi que leurs dates, elle permet d'identifier d'éventuels épisodes à l'étranger pour chaque individu présent dans SHIVALV et d'affiner les trajectoires en cas d'émigration. STATPOP enregistre également les décès, qui sont aussi intégrés dans les trajectoires individuelles.

Une approche courante dans l'analyse de séquence consiste à sélectionner quelques cohortes, puis à comparer les trajectoires qu'elles comprennent afin d'identifier d'éventuels effets de période. C'est l'approche que nous privilégions dans ce chapitre. Nous comparons ainsi les trajectoires des individus entrés à l'AS en avril 2020, juste après le début de la pandémie, avec celles des personnes entrées à l'AS en avril 2018⁵. Les comparaisons s'étendent à Genève et Vaud, deux cantons romands présentant des dynamiques régionales différentes. L'unité d'observation est le mois. Autrement dit, l'évolution des trajectoires des bénéficiaires dans – et en dehors – du système de protection sociale est étudiée mois par mois. Chaque cohorte est suivie sur une période de vingt et un mois suivant l'entrée à l'AS. Par exemple, les trajectoires de la cohorte d'avril 2020 sont suivies jusqu'en décembre 2021. En outre, nous prenons un recul de cinq ans sur les trajectoires. Ainsi, les trajectoires de la cohorte d'avril 2020 sont retracées à partir d'avril 2015 ; celles de la cohorte d'avril 2018 à partir d'avril 2013. Chaque cohorte est donc suivie, en tout et pour tout, pendant quatre-vingt-un mois, soit près de sept ans. En conservant le mois d'avril comme point de référence pour les cohortes de 2018 et en établissant un suivi de même durée pour chacune des cohortes, les comparaisons sont indirectement ajustées pour tout phénomène cyclique (comme les cycles d'emploi ou le travail saisonnier). La liste des états possibles chaque mois comprend : 1° être en emploi ; 2° bénéficiaire de l'AS ; 3° toucher des indemnités chômage ; 4° toucher une rente de l'AI ; 5° bénéficiaire de l'AS tout en étant en emploi ; 6° cumuler un emploi avec des prestations de l'AC et/ou de l'AI ; 7° ne toucher aucune prestation ni être en emploi et, finalement ; 8° être hors population, c'est-à-dire être décédé ou avoir émigré. Chaque état est exclusif – c'est-à-dire que les individus sont catégorisés, pour chaque mois, dans un seul de

⁴ La Centrale de compensation est un organe exécutif de la Confédération, chargé, entre autres, de la comptabilité de l'AVS et de l'AI, de la perception des cotisations et du traitement des demandes relatives à ces deux assurances.

⁵ Afin de rester fidèle à la définition de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui considère un dossier d'aide sociale comme clos lorsqu'un bénéficiaire n'a touché aucune prestation financière d'aide sociale sur une période consécutive de six mois, nous prenons en considération dans les cohortes étudiées ici seulement les bénéficiaires n'ayant pas touché de prestations financières dans les six mois qui précèdent leur entrée à l'aide sociale.

ces huit états – et est associé, sur les représentations graphiques, à une couleur prédéfinie. Cette approche comparative et intercohortes présente plusieurs avantages. Tout d’abord, la description des trajectoires des cohortes d’avril 2018 permet de mettre en évidence les modèles de recours aux prestations sociales les plus fréquents en temps « normal », c’est-à-dire hors pandémie. Ces modèles peuvent ensuite être comparés à ceux que l’on retrouve pour les cohortes d’avril 2020, frappées par la pandémie, afin d’identifier des similitudes, mais aussi des différences significatives de trajectoires et ainsi d’isoler des effets propres à la crise de la Covid-19. Finalement, les comparaisons permettent de mettre en évidence d’éventuels changements au niveau du profil des bénéficiaires, avant et après la pandémie.

Une comparaison entre deux cohortes sur deux cantons romands

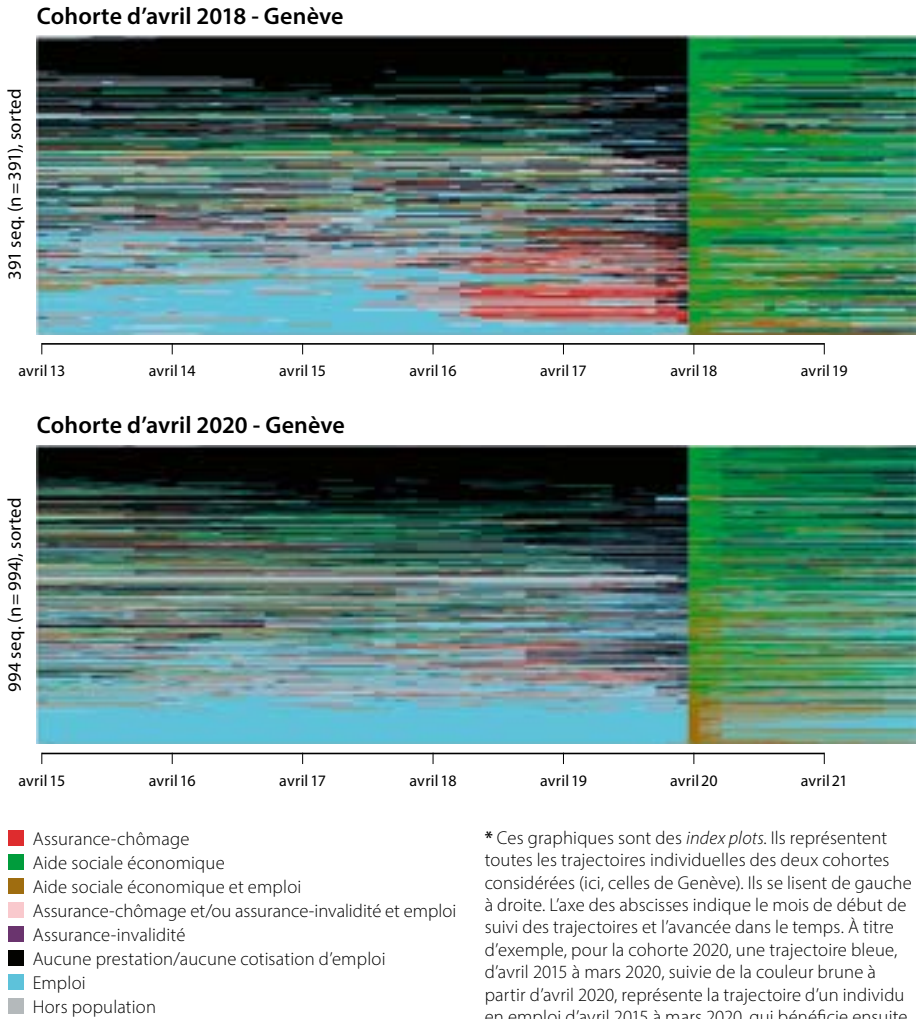
Comme mentionné plus haut, Genève est un canton dont les résidents ont connu passablement de situations de nécessité pendant la crise – telles que faim, difficultés à payer les loyers, stress financier. Si la découverte soudaine et fortuite de formes de précarité restées largement invisibles jusqu’alors a souvent été expliquée de manière circonstanciée – par exemple, par la faible couverture octroyée aux travailleurs sans-papiers en cas de perte d’emploi ou par l’ampleur des relations informelles de travail qui, lorsqu’elles s’arrêtent, ne donnent pas droit au chômage –, nos analyses révèlent des trous plus larges dans le filet de sécurité sociale, globalement compatibles avec l’hypothèse de double dualisation.

Si l’on s’en réfère à la **figure 1**, au-delà du nombre d’individus entrés à l’AS en avril 2020 (994, contre 391 en avril 2018) qui témoignent d’une forme de précarisation rapide dès le début de la crise, les trajectoires de cette cohorte présentent des caractéristiques suggérant une fragilisation de travailleurs déjà vulnérables en amont de la pandémie. Par exemple, en comparaison avec la cohorte d’avril 2018, les transitions, visibles dès avril 2020, d’un état de plein-emploi (représenté en bleu clair sur l’*index plot*) – parfois sur plusieurs années et sans jamais avoir touché de prestations sociales – vers un état hybride d’emploi complété par l’AS (représenté en brun) sont considérablement plus fréquentes au sein de la cohorte de 2020. La durée de cet état d’emploi complété de l’AS varie d’ailleurs en fonction des trajectoires, témoignant, pour certains individus, d’une situation de nécessité et de précarité durable. Ces transitions pourraient montrer un basculement dans la pauvreté de travailleurs dont le revenu était déjà précaire en amont de la pandémie, mais tout juste suffisant pour satisfaire les besoins de leur ménage.

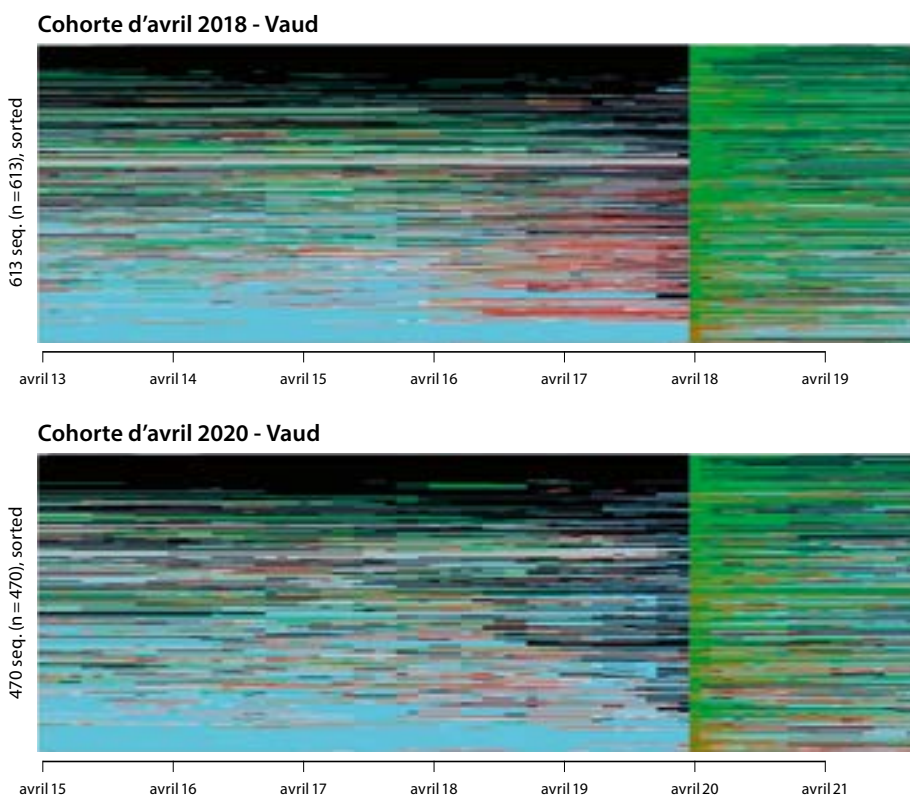
Cette interprétation est également compatible avec l’octroi des RHT qui, si elles ont permis d’éviter des licenciements dans les secteurs contraints de réduire leurs activités, ne garantissaient que 80 % du revenu des employés. Par hypothèse, ces transitions pourraient donc également témoigner de la situation de travailleurs dont les compensations offertes par les RHT se sont révélées insuffisantes en l’absence d’autres soutiens financiers.

Un autre signe de dualisation réside dans la fréquence des trajectoires de recours à l’AS qui suivent l’ordre établi par le principe de subsidiarité. Selon ce dernier, l’AS

Figure 1 : Trajectoires des cohortes d’avril 2018 et d’avril 2020 dans le canton de Genève*



constitue le dernier filet de sécurité sociale et est généralement subsidiaire à l’AC. Cette subsidiarité est clairement visible pour la cohorte d’avril 2018, avec une fréquence élevée de trajectoires d’individus qui, après avoir été en emploi, bénéficient de l’AC sur une certaine période avant de recourir à l’AS (trajectoires bleu clair-rouge-vert). À l’inverse, ce type de trajectoires est significativement moins courant pour la cohorte de 2020, avec des transitions directes de l’emploi vers l’AS beaucoup plus nombreuses, une observation compatible avec l’hypothèse d’une fragilisation post-Covid-19

Figure 2: Trajectoires des cohortes d’avril 2018 et d’avril 2020 dans le canton de Vaud*

particulièrement prononcée parmi les personnes ayant un emploi atypique ou – à tout le moins – ne bénéficiant pas d’une couverture sociale en amont de l’AS.

Ce phénomène de dualisation, particulièrement manifeste pendant la pandémie, ne semble pas être uniquement présent dans le canton de Genève. Par exemple, les trajectoires des cohortes d’avril 2018 et 2020 dans le canton de Vaud présentent des similarités avec celles de Genève (**figure 2**). Ainsi, on observe également une diminution, pour la cohorte d’avril 2020, de la fréquence des trajectoires marquées par le principe de subsidiarité par rapport à celle d’avril 2018.

Néanmoins, les trajectoires révélatrices de phénomènes de travail précaire sont nettement moins visibles dans le canton de Vaud. En outre, à l’inverse du canton de Genève et à contre-courant de la majorité des autres cantons en Suisse, le nombre d’entrées à l’aide sociale en avril 2020 (470) est nettement moins élevé qu’en avril 2018 (613). Ces observations suggèrent ainsi des dynamiques locales et des formes de précarité propres à chaque canton. Ces résultats pourraient également, par hypothèse,

être un signe de la fragmentation du système de sécurité sociale en Suisse, avec des protections complémentaires, élaborées au niveau local et visant spécifiquement à prévenir en amont les risques de précarité.

Conclusion

En Suisse comme ailleurs, la pandémie de Covid-19 a agi comme un puissant vecteur d'inégalités sociales et économiques. Les politiques sociales déployées dans ce contexte, bien que visant à atténuer les effets de la crise, ont souvent eu des effets paradoxaux, procédant d'une dynamique de dualisation qui a renforcé ces inégalités en protégeant mieux les travailleurs salariés au détriment d'autres catégories de populations plus précaires et pourtant plus durement impactées par la pandémie. À travers l'exemple de la Suisse et des cantons de Genève et de Vaud plus précisément, nous avons pu observer comment ces dynamiques paradoxales se manifestent de manière longitudinale. Ainsi, malgré des indicateurs transversaux relativement stables tels que le taux de chômage ou le taux de pauvreté, nos premières analyses tendent à confirmer que la pandémie a exacerbé la dualité du marché du travail et les inégalités à moyen terme. Il importe toutefois de souligner que nous avons besoin de davantage de recul pour pleinement saisir et confirmer ces tendances sur le temps long, en tenant compte des spécificités des systèmes de protection sociale à l'échelle locale et de la diversité des réponses déployées face à la Covid-19 dans les villes et cantons suisses. C'est au prix de cet effort – au cœur des prochaines étapes de recherche du projet *Fit for Crisis?* – que nous pourrons appréhender plus finement les effets de la pandémie sur les inégalités et le rôle des politiques sociales face à cette crise inédite.

Bibliographie

- Abbott, A. (1995). Sequence Analysis: New Methods for Old Ideas. *Annual Review of Sociology*, 21, 93-113. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.21.080195.000521>
- Beck, D. J., & Gwilym, H. (2023). The Food Bank: A Safety-Net in Place of Welfare Security in Times of Austerity and the Covid-19 Crisis. *Social Policy and Society*, 22(3), 545-561. <https://doi:10.1017/S1474746421000907>
- Beese, F., Waldhauer, J., Wollgast, L., Pförtner, T.-K., Wahrendorf, M., Haller, S., Hoebel, J., & Wachtler, B. (2022). Temporal Dynamics of Socioeconomic Inequalities in COVID-19 Outcomes over the Course of the Pandemic. A Scoping Review. *International Journal of Public Health*, 67, 1605128. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605128>
- Bertozzi, F., & Bonoli, G. (2003). Fédéralisme et protection sociale en Suisse: entre immobilisme et innovation. *Sociétés contemporaines*, 51(3), 13-33. <https://doi.org/10.3917/soco.051.0013>
- Bertozzi, F., Bonoli, G., & Gay-des-Combes, B. (2005). *La réforme de l'État social en Suisse. Vieillesse, emploi, conflit travail-famille*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Beyeler, M., Hümbelin, O., Korell, I., Richard, T., & Schuwey, C. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Armut und sozioökonomische Ungleichheit. Bestandsaufnahme und Synthese der Forschungstätigkeit im Auftrag der Nationalen Plattform gegen Armut. Schlussbericht*. Berne: OFAS.
- Boin, A., & Hart, P., (2022). From Crisis to Reform? Exploring Three Post-COVID Pathways. *Policy and Society*, 41(1), 13-24. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puab007>
- Bonoli, G., & Liechti, F. (2018). Good Intentions and Matthew Effects: Access Biases in Participation in Active Labour Market Policies. *Journal of European Public Policy*, 25(6), 894-911. <https://doi.org/10.1080/13501763.2017.1401105>
- Bonvin, J.-M., Lovey, M., Rosenstein, É., & Kempeneer, P. (2020). *La population en grande précarité en période de Covid-19 à Genève: conditions de vie et stratégies de résilience. Rapport final de l'étude sollicitée par la fondation Colis du Cœur*. Genève: Université de Genève.
- Bremer, B., & McDaniel, S. (2020). The Ideational Foundations of Social Democratic Austerity in the Context of the Great Recession. *Socio-Economic Review*, 18(2), 439-463. <https://doi.org/10.1093/ser/mwz001>
- Burton-Jeangros, C., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Front. Public Health*, 8:596887. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
- Capano, G., Howlett, M., Jarvis, D. S. L., & Ramesh, M. (2022). Long-term Policy Impacts of the Coronavirus: Normalization, Adaptation, and Acceleration in the Post-COVID State. *Policy and Society*, 41(1), 1-12. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puab018>
- Cantillon, B., Seeleib-Kaiser, M., & van der Veen, R. (2021). The COVID-19 Crisis and Policy Responses by Continental European Welfare States. *Social Policy & Administration*, 55(2), 326-338. <https://doi.org/10.1111/spol.12715>
- Cook, S., & Ulriksen, MS. (2021). Social Policy Responses to COVID-19: New Issues, Old Solutions? *Global Social Policy*, 21(3), 381-395. <https://doi.org/10.1177/14680181211055645>
- Cruz-Martínez, G., Pellissery, S., & Leyer, R. V. (2023). Have Social Policy Responses to COVID-19 Been Institutionalised? *Social Policy and Society*, 22(3), 475-494. <https://doi.org/10.1017/S147474642300009X>
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58(6), S327-S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- De Ridder, D., Sandoval, J., Vuilleumier, N., Azman, A. S., Stringhini, S., Kaiser, L., Joost, S., & Guessous, I. (2020). Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters. *Frontiers in Public Health*, 8, 626090. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.626090>
- Dorlach, T. (2023). Social Policy Responses to Covid-19 in the Global South: Evidence from 36 Countries. *Social Policy and Society*, 22(1), 94-105. <https://doi.org/10.1017/S1474746422000264>
- Ebbinghaus, B., & Lehner, L. (2022). Cui bono – Business or Labour? Job Retention Policies to Prevent Mass Unemployment in Europe during the COVID-19 Pandemic. *Transfer: European Review of Labour and Research*, 28(1), 47-64. <https://doi.org/10.1177/10242589221079151>

- Emmenegger, P., Häusermann, S., Palier, B., & Seeleib-Kaiser, M. (2012). *The Age of Dualization. The Changing Face of Inequality in Deindustrializing Societies*. Oxford: Oxford University Press.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Bristol: Polity Press.
- Eurofound (2023). *Economic and Social Inequalities in Europe in the Aftermath of the COVID-19 Pandemic*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evers, A. (2005). Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services. *International Journal of Public Administration*, 28(9-10), 737-748. <https://doi.org/10.1081/PAD-200067318>
- Faber, M., Ghisletta, A., & Schmidheiny, K. (2020). A Lockdown Index to Assess the Economic Impact of the Coronavirus. *Swiss Journal of Economics and Statistics*, 156(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s41937-020-00056-8>
- Farnsworth, K., & Irving, Z. (2021). Introduction: A Hostile Decade for Social Policy: Economic Crisis, Political Crisis and Austerity 2010-20. *Social Policy and Society*, 20(1), 74-76.
- Ferro Luzzi, G., & Weber, S. (2022). Les effets de la crise sanitaire sur le marché du travail et les inégalités. In É. Rosenstein & S. Mimouni (dir.), *Covid-19: les politiques sociales à l'épreuve de la pandémie* (p. 57-72). Zurich: Seismo.
- Fritschi, T., & Fischer, G. (2020). *Arbeitsbedingungen in der Corona-Krise. Spezialbefragung zum Barometer Gute Arbeit*. Bern: BFH.
- Genard, J.-L. (2014). La question de la responsabilité sous l'horizon du référentiel humanitaire. In A. Brodiez-Dolino et al. (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie* (p. 41-58), Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Germann, R. E. (1987). L'amalgame public-privé: l'administration para-étatique en Suisse. *Politiques et management public*, 5(2), 91-105. <https://doi.org/10.3406/pomap.1987.1946>
- Gethin, A., Martinez-Toledano, C., & Piketty, Th. (2021). *Clivages politiques et inégalités sociales. Une étude de 50 démocraties*. Paris: Seuil.
- Greer, S. L., Dubin, K. A., Falkenbach, M., Jarman, H., & Trump, B. D. (2023). Alignment and Authority: Federalism, Social Policy, and COVID-19 Response. *Health Policy*, 127, 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.007>
- Gutjahr, E., & Heeb, J.-L. (2016). Social Assistance Trajectories in Switzerland: Do They Follow Discernible Patterns?. *European Journal of Social Work*, 19(3-4), 570-585. <https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1155543>
- Han, W.-J., & Hart, J. (2021). Job Precarity and Economic Prospects during the COVID-19 Public Health Crisis. *Social Science Quarterly*, 102(5), 2394-2411. <https://doi.org/10.1111/ssqu.13031>
- Häusermann, S. (2010). Reform Opportunities in a Bismarckian Latecomer: Restructuring the Swiss Welfare State. In B. Palier & T. Alti (eds.), *A Long Good-bye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe* (p. 207-232). Amsterdam: Amsterdam University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/9789048512454.009>
- Hick, R., & Murphy, M. P. (2021). Common Shock, Different Paths? Comparing Social Policy Responses to COVID-19 in the UK and Ireland. *Social Policy & Administration*, 55(2), 312-325. <https://doi.org/10.1111/spol.12677>
- Hijzen, A., & Salvatori, A. (2022). *The Impact of the COVID-19 Crisis across Different Socio-economic Groups and the Role of Job Retention Schemes – The Case of Switzerland*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 268.
- Hogan, J., Howlett, M., & Murphy, M. (2022). Re-thinking the Coronavirus Pandemic as a Policy Punctuation: COVID-19 as a Path-clearing Policy Accelerator. *Policy and Society*, 41(1), 40-52. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puab009>
- Hümbelin, O., Farys, R., & Jann, B. (2024). Comment les dépenses courantes accentuent les inégalités. *Social Change in Switzerland*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.22019/SC-2024-00001>
- Jensen, M. D., Lynggaard, K., & Kluth, M. (2022). Paths, Punctuations and Policy Learning—Comparing Patterns of European Use of Scientific Expertise during the Covid-19 Crisis. *Public Organization Review*. <https://doi.org/10.1007/s11115-022-00634-9>
- Larsen, T. P., & Ilsoe, A. (2022). Nordic Relief Packages and Non-standard Workers: Towards Expanded Universalism and Institutional Inequalities. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 13(S10). <https://doi.org/10.18291/njwls.135099>
- Leimgruber, M. (2008). *Solidarity without the State? Business and the Shaping of the Swiss Welfare State, 1890-2000*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511497094>

- León, M., & Cerrillo, I. (2024). Case Study on Policies in Response to COVID-19. *rEUsilience Working Paper Series*, 2024:7. <https://doi.org/10.31235/osf.io/z783a>
- Loustaunau, L., Stepick, L., Scott, E., Petrucci, L., & Henifin, M. (2021). No Choice but to Be Essential: Expanding Dimensions of Precarity during COVID-19. *Sociological Perspectives*, 64(5), 857-875. <https://doi.org/10.1177/07311214211005491>
- Mäntyneva, P., & Hiilamo, H. (2024). How Did COVID-19 Social Security Measures Resemble Universal Basic Income? A Comparative Study of OECD Countries. *Social Policy and Society*, 1-15. <https://doi.org/10.1017/S1474746424000137>
- Mäntyneva, P., Ketonen, E.-L., & Hiilamo, H. (2023a). Initial Social-policy Responses to the COVID-19 Pandemic in the Global North – A Scoping Review. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 43(13-14), 1-18. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-08-2022-0207>
- Mäntyneva, P., Ketonen, E.-L., & Hiilamo, H. (2023b). Path Dependence or Steps for Major Reforms? Pandemic-related Social Protection Measures in Ten OECD Countries. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 39(1), 13-27. <https://doi.org/10.1017/ics.2023.1>
- Martínez, I. Z., Kopp, D., Lalive, R., Pichler, S., & Siegenthaler, M. (2021). *Corona und Ungleichheit in der Schweiz. Eine erste Analyse der Verteilungswirkungen der Covid-19-Pandemie*, KOF Studies, Zurich: ETH Zurich.
- McGann, M., Murphy, M. P., & Whelan, N. (2020). Workfare Redux? Pandemic Unemployment, Labour Activation and the Lessons of Post-crisis Welfare Reform in Ireland. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(9/10), 963-978. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-07-2020-0343>
- Meigniez, M. (2020). L'engagement associatif entre pluralité des logiques d'aide et reconnaissance d'une politique d'action sociale. *Sciences de la société*, 105, article 105. <https://doi.org/10.4000/sds.11229>
- Natali, D. (2022). COVID-19 and the Opportunity to Change the Neoliberal Agenda: Evidence from Socio-employment Policy Responses across Europe. *Transfer: European Review of Labour and Research*, 28(1), 15-30. <https://doi.org/10.1177/10242589221097231>
- Natili, M., Negri, F., & Ronchi, S. (2023). Widening Double Dualisation? Labour Market Inequalities and National Social Policy Responses in Western Europe during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Social Policy & Administration*, 57(3), 416-432. <https://doi.org/10.1111/spol.12814>
- Nunes Silva, C. (2022). *Local Government and the COVID-19 Pandemic. Local and Urban Governance*. Cham: Springer.
- OCDE (2015). *Tous concernés. Pourquoi moins d'inégalité profite à tous*. Paris: OCDE.
- OFS (2022). *Statistique de la population et des ménages*. Neuchâtel.
- OFS (2023). *Parcours dans le système de la sécurité sociale (SHIVALV)*. Neuchâtel.
- OFS (2024). *Statistique des bénéficiaires de l'aide sociale*. Neuchâtel.
- Pentarakis, M. (2022). COVID-19 Response – Lessons Learned: Challenging the Neoliberal TINA Discourse through Social Work Education. *Social Work Education*, 42(7), 1002-1018. <https://doi.org/10.1080/02615479.2021.2018416>
- Refle, J.E., Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., & Jackson, Y. (2023). Impact of Legal Status Regularization on Undocumented Migrants' Self-reported and Mental Health in Switzerland. *SSM Population Health*. 22:101398. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101398>
- Refle, J.-E., Voorpostel, M., Lebert, F., Kuhn, U., Klaas, H. S., Ryser, V.-A. et al. (2020). First Results of the Swiss Household Panel – COVID-19 Study. *FORS Working Paper 01-2020*. Lausanne: University of Lausanne.
- Rosenstein, É., & Mimouni, S. (dir.). (2022). *Covid-19: les politiques sociales à l'épreuve de la pandémie*. Zurich: Seismo. <http://doi.org/10.33058/seismo.20747>
- SECO (2020). *Rapport 2020: chômage de longue durée*. Berne.
- SECO (2022a). *Tendances conjoncturelles SECO | Hiver 2021-2022*. Berne.
- SECO (2022b). *La situation sur le marché de travail en mai 2022*. Berne.
- Spasova, S., Ghailani, D., Sabato, S., & Vanhercke, B. (2022). *Social Protection for Atypical Workers during the Pandemic. Measures, Policy Debates and Trade Union Involvement in Eight Member States*. ETUI Working Paper 22.10, Brussels.
- Stambe, R., & Marston, G. (2023). Checking Activation at the Door: Rethinking the Welfare-Work Nexus in Light of Australia's Covid-19 Response. *Social Policy and Society*, 22(1), 106-121. <https://doi.org/10.1017/S1474746421000944>

Steytler, N. (ed.). (2021). *Comparative Federalism and Covid-19. Combating the Pandemic*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003166771>

Studer, M. (2012). *Études des inégalités de genre en début de carrière académique à l'aide de méthodes innovatrices d'analyse de données séquentielles*. Genève: Université de Genève.

Studer, M., & Ritschard, G. (2016). What Matters in Differences between Life Trajectories: A Comparative Review of Sequence Dissimilarity Measures. *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society*, 179(2), 481-511. <https://doi.org/10.1111/rssa.12125>

Tabin, J.-P. (2015). Comprendre la sécurité sociale en Suisse. In J.-M. Bonvin, P. Gobet, S. Rossini & J.-P. Tabin, *Manuel de politique sociale* (2^e éd.) (p. 41-70). Lausanne: Éditions EESP.

Tillmann, R., Kuhn, U., Kühr, J., Thiévent, R., & Tabin, J.-P. (2021). *Effets de la pandémie de coronavirus et du semi-confinement sur les conditions de vie: une analyse de l'enquête « Covid-19 » du PSM selon les catégories de revenu*. Rapport final. Berne: OFAS.

Toplišek, A., Oellerich, N., Simons, J. P., & Eihmanis, E. (2022). Path Dependency and Partisan Interests: Explaining COVID-19 Social Support Programmes in East-Central Europe. *East European Politics*, 38(4), 641-661. <https://doi.org/10.1080/21599165.2022.2122046>

Widmer, E., & Ritschard, G. (2009). The De-standardization of the Life-course: Are Men and Women Equal?. *Advances in Life Course Research*, 14(1-2), 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2009.04.001>

Yuda, T. K. (2023). Beyond Path Dependency: Analysing Indonesia's Social Policy Responses to Two Crises. *Social Policy & Administration*, 57(5), 727-743. <https://doi.org/10.1111/spol.12902>

Yuda, T., Kim, M., Pholpark, A., & Bin Aedy Rahman, H. N. (2022). Unmasking the Social Policy Responses of COVID-19 in Four Southeast Asian Nations: Institutional Patterns and Policy Adjustment. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 32, 1-24. <https://doi.org/10.1080/02185385.2022.2136234>

La couverture vaccinale contre la Covid-19 en Belgique

Disparités sociodémographiques et socioéconomiques

Lisa Cavillot, Joris A. F. van Loenhout, Brecht Devleesschauwer,
Chloé Wyndham-Thomas, Herman Van Oyen, Jinane Ghattas,
Koen Blot, Laura Van den Borre, Matthieu Billuart, Niko Speybroeck,
Robby De Pauw, Veerle Stouten, Lucy Catteau et Pierre Hubin

La présence d'un gradient social dans le syndrome respiratoire aigu sévère Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) et la maladie Coronavirus 2019 (Covid-19) pouvant en découler a clairement été démontré dans la littérature au travers de nombreuses études internationales. En effet, ces études démontrent un plus haut risque d'infection et de développement de complications sévères (p. ex. hospitalisations, décès) parmi certains groupes sociodémographiques (SD) (p. ex. hommes, personnes âgées, minorités ethniques) et parmi les groupes socioéconomiques (SE) défavorisés (Abedi *et al.*, 2020; Magesh *et al.*, 2021; Vandentorren *et al.*, 2022). En Belgique, des profils identiques ont pu être identifiés : les groupes SE défavorisés présentaient une incidence plus élevée d'infection au SARS-CoV-2 ainsi que des niveaux plus élevés d'excès de mortalité durant la pandémie de Covid-19 (Decoster *et al.*, 2021; Meurisse *et al.*, 2022; Vanthomme *et al.*, 2021).

La vaccination est un outil efficace de santé publique qui permet une diminution de la transmission du virus du SARS-CoV-2 et diminue la probabilité de développer des complications sévères de la Covid-19 (Haas *et al.*, 2021; Sadoff *et al.*, 2021). Cependant, des inquiétudes concernant l'équité dans la couverture vaccinale persistent, certaines études démontrant une couverture vaccinale contre la Covid-19 plus faible parmi les groupes SE défavorisés (Faes *et al.*, 2022; Spetz *et al.*, 2022; Williams *et al.*, 2022). La couverture vaccinale est influencée par une série de facteurs tels que l'accessibilité au vaccin, la sensibilisation et la volonté de chacun de se faire vacciner qui peuvent être influencés par l'environnement socioculturel, l'orientation religieuse et les besoins préexistants en matière de santé (Levin & Bradshaw, 2022; Luyten & Beutels, 2016; Razai *et al.*, 2021). Il est donc crucial de comprendre les profils

sociaux sous-tendant la couverture vaccinale contre la Covid-19 pour de futures campagnes de vaccination contre la Covid-19 ou d'autres maladies infectieuses menaçant la santé publique.

En Belgique, la campagne de vaccination nationale a débuté le 28 décembre 2021 ciblant d'abord les résidents et le personnel des maisons de repos, les professionnels de santé hospitaliers et de première ligne, les résidents et le personnel des établissements de soins collectifs, les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes présentant des comorbidités, avant d'étendre la campagne de vaccination à toutes les personnes âgées de 18 ans et plus par ordre décroissant d'âge (Catteau *et al.*, 2021). Au 31 août 2021, 90% de la population adulte belge invitée à la vaccination avaient reçu la première dose de vaccin Covid-19 (*Belgium COVID-19 Dashboard - Sciensano*, 2022). L'objectif de la présente étude était d'investiguer les disparités SD et SE dans la couverture vaccinale contre la Covid-19 au sein de la population adulte belge.

Méthode

Design d'étude et sources de données

Dans cette étude réalisée à l'échelle nationale, nous avons étudié les disparités SD et SE dans la couverture vaccinale d'une première dose de vaccin Covid-19 en utilisant les données du projet LINK-VACC. LINK-VACC a été mis en place par Sciensano, l'Institut national de santé publique, et contient, dans un environnement pseudonymisé, des variables sélectionnées provenant de plusieurs registres nationaux et reliées au niveau individuel par le numéro de sécurité sociale belge (*Linking of Registers for COVID-19 Vaccine Surveillance*, 2021 ; Van Goethem *et al.*, 2021). Pour la présente étude, quatre bases de données ont été utilisées :

- le registre belge des vaccins (Vaccinnet+) contenant des données sur les doses de vaccin Covid-19 administrées aux résidents belges ainsi que des données démographiques sur la personne vaccinée ;
- la base de données des tests Covid-19 qui contient des données sur les tests de laboratoire Covid-19 effectués en Belgique ainsi que des données démographiques sur la personne testée ;
- la base de données DEMOBEL fournie par l'Office belge de statistique (STATBEL) contenant des variables relatives aux caractéristiques SD et SE ainsi que des informations sur le statut dans le registre national ;
- la Banque fédérale de données des professionnels en droit de prester (CoBRHA) permettant l'identification des personnes autorisées à exercer une profession de santé en Belgique.

Définition de la population d'étude

La population d'étude incluait toutes les personnes résidant en Belgique âgées d'au moins 18 ans et testées au moins une fois pour la Covid-19 (test PCR ou test antigénique) avant le 31 août 2021 ($n = 5\,661\,661$). Grâce à un couplage de données au niveau individuel avec DEMOBEL, les données SD et SE ont été disponibles pour 97,6 % ($n = 5\,525\,634 / 5\,661\,661$) d'entre elles. Ensuite, nous avons exclu de la population d'étude les personnes qui ne sont plus enregistrées dans les registres nationaux, qui ont migré ou qui sont décédées, ainsi que les personnes dont l'âge, le sexe ou la région de résidence étaient inconnus. La population d'étude finale était donc composée de 5 342 110 adultes dont 4 805 394 avaient reçu la première dose de vaccin Covid-19 au 31 août 2021 et 536 716 n'avaient pas reçu la première dose de vaccin Covid-19 au 31 août 2021.

Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude a été définie telle que l'administration d'une première dose de n'importe quel vaccin Covid-19 approuvé par l'Union européenne entre le début de la campagne de vaccination (28 décembre 2020) et le 31 août 2021. À cette date, toutes les personnes âgées d'au moins 18 ans, résidant officiellement en Belgique, étaient supposées avoir reçu une invitation à se faire vacciner avec la première dose de vaccin Covid-19 et avoir eu la possibilité de la recevoir. Il est à noter que l'administration de la première dose de vaccin Covid-19 est un bon prédicteur de la vaccination primaire complète (schéma vaccinal complet, à l'exception de l'administration des boosters), étant donné que la proportion de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et qui ont ensuite suivi un premier cycle complet de vaccination est proche de 100 % (*Belgium COVID-19 Dashboard - Sciensano, 2022*).

Variables explicatives

Différentes variables SD et SE, disponibles dans les registres nationaux, ont été sélectionnées afin d'identifier les caractéristiques SD et SE associées à l'administration d'une première dose de vaccin Covid-19. En tant que variables explicatives SD, l'âge, le sexe, la région, l'origine migratoire et le type de ménage ont été sélectionnés. L'origine migratoire a été distinguée entre les Belges natifs, les migrants de 2^e génération, les migrants européens de 1^{re} génération et les migrants non européens de 1^{re} génération. Le type de ménage fut distingué entre plusieurs catégories : personnes vivant seules, couples sans enfants, couples avec enfants, parents isolés, collectivités (p. ex. prisons, maisons de repos) et autres types de ménages (p. ex. adultes vivant toujours avec leurs parents). En tant que variables explicatives SE, l'éducation, le revenu et la situation professionnelle ont été sélectionnés. Le revenu était disponible sous forme de déciles du revenu net du ménage et a été catégorisé en faible revenu (déciles 1 à 4), revenu modéré (déciles 5 à 7) et revenu élevé (déciles 8 à 10). L'éducation a été classée

en huit catégories selon la classification internationale type de l'éducation (ISCED). Nous avons fusionné ces différentes catégories en trois niveaux d'éducation principaux: faible (ISCED 0 à ISCED 2), modéré (ISCED 3 et ISCED 4) et élevé (ISCED 5 à ISCED 8). La situation professionnelle a permis une distinction entre les personnes employées et les personnes au chômage. Enfin, nous avons pu déterminer si les personnes étaient titulaires d'un diplôme dans le domaine de la santé en utilisant une variable fournie par la base de données CoBRHA.

Analyses statistiques

Premièrement, des analyses descriptives du nombre et de la proportion de personnes ayant reçu ou non la première dose de vaccin Covid-19 en fonction de chaque caractéristique SD et SE ont été réalisées (tableau 1). Deuxièmement, des *odds ratios* (OR) et intervalles de confiance (CI) à 95 % ont été obtenus par la computation de modèles de régression logistiques. Un premier modèle de régression logistique a été réalisé en incluant comme variables explicatives l'âge, le sexe, la région, l'origine migratoire, le type de ménage et le revenu. Un deuxième modèle a été réalisé seulement sur les personnes âgées d'au moins 25 ans, incluant l'éducation et la possession d'un diplôme en santé comme variables explicatives supplémentaires. Finalement, un troisième modèle de régression logistique a été réalisé, seulement sur les personnes âgées entre 25 et 65 ans, incluant la situation professionnelle comme variable explicative supplémentaire, tout en retirant le revenu, au regard de la haute corrélation entre ces deux variables.

Résultats

Analyses descriptives

Les analyses finales ont porté sur 5 342 110 résidents belges adultes. Au 31 août 2021, 89,95 % d'entre eux avaient reçu une première dose de vaccin Covid-19 (tableau 1). La couverture vaccinale était plus faible dans les groupes d'âge jeunes avec 84,88 % de vaccinés chez les 18-24 ans, contre 97,06 % chez les 85 ans et plus. La couverture vaccinale était similaire chez les hommes et les femmes. La couverture vaccinale la plus faible a été observée à Bruxelles (78,02 % de vaccinés) par rapport à la Flandre (92,83 % de vaccinés) et à la Wallonie (88,03 % de vaccinés). Les migrants de 2^e génération, les migrants européens de 1^{re} génération et les migrants non européens de 1^{re} génération avaient une couverture vaccinale plus faible (80,90 %, 81,15 %, 77,59 % de vaccinés, respectivement) par rapport aux Belges natifs (94,79 % de vaccinés). Une couverture vaccinale plus faible a été observée parmi les personnes vivant seules (89,52 % de vaccinés), les couples avec enfants (89,08 % de vaccinés) et les parents isolés (84,50 % de vaccinés) par rapport aux collectivités (96,59 % de vaccinés) et aux couples

Tableau 1 : Caractérisation des variables sociodémographiques et socioéconomiques de la population d'étude en fonction de l'administration de la première dose de vaccin Covid-19 en Belgique, 28 décembre 2020 – 31 août 2021

Variables	Population d'étude totale (n = 5 342 110)	Première dose de vaccin administrée au 31 août 2021 (n = 4 805 394)	Première dose de vaccin non administrée au 31 août 2021 (n = 536 716)
	n (% colonne)	n (% ligne)	n (% ligne)
Groupes d'âge (en années)			
18-24	645 416 (12,08)	547 826 (84,88)	97 590 (15,12)
25-34	1 051 576 (19,68)	886 846 (84,33)	164 730 (15,67)
35-44	978 478 (18,32)	857 111 (87,60)	121 367 (12,40)
45-54	903 514 (16,91)	827 999 (91,64)	75 515 (8,36)
55-64	797 786 (14,93)	752 601 (94,34)	45 185 (5,66)
65-74	511 784 (9,58)	492 092 (96,15)	19 692 (3,85)
75-84	296 974 (5,56)	288 939 (97,29)	8 035 (2,71)
85+	156 582 (2,93)	151 980 (97,06)	4 602 (2,94)
Région			
Bruxelles	579 687 (10,85)	452 251 (78,02)	127 436 (21,98)
Flandre	3 348 547 (62,68)	3 108 510 (92,83)	240 037 (7,17)
Wallonie	1 413 876 (26,47)	1 244 633 (88,03)	169 243 (11,97)
Sexe			
Femmes	2 849 932 (53,35)	2 565 422 (90,02)	284 510 (9,98)
Hommes	2 492 178 (46,65)	2 239 972 (89,88)	252 206 (10,12)
Origine migratoire			
Belges natifs	3 652 357 (68,37)	3 461 899 (94,79)	190 458 (5,21)
Migrants de 2 ^e génération	324 420 (6,07)	262 465 (80,90)	61 955 (19,10)
Migrants européens de 1 ^{re} génération	607 586 (11,37)	493 062 (81,15)	114 524 (18,85)
Migrants non européens de 1 ^{re} génération	757 747 (14,18)	587 968 (77,59)	169 779 (22,41)
Types de ménage			
Personne seule	878 506 (16,44)	786 400 (89,52)	92 106 (10,48)
Collectivité	96 213 (1,80)	92 929 (96,59)	3 284 (3,41)
Couples sans enfants	1 302 576 (24,38)	1 230 134 (94,44)	72 442 (5,56)
Couples avec enfants	2 363 467 (44,24)	2 105 396 (89,08)	258 071 (10,92)
Parents isolés	548 369 (10,27)	463 386 (84,50)	84 983 (15,50)
Manquant	26 752 (0,50)	20 574 (76,91)	6 178 (23,09)
Autres	126 227 (2,36)	106 575 (84,43)	19 652 (15,57)

Éducation			
Faible	1 567 744 (29,35)	1 397 598 (89,15)	170 146 (10,85)
Modérée	1 569 361 (29,38)	1 423 852 (90,73)	145 509 (9,27)
Haute	1 511 494 (28,29)	1 422 694 (94,13)	88 800 (5,87)
Manquante	693 511 (12,98)	561 250 (80,93)	132 261 (19,07)
Revenu			
Faible	1 815 339 (33,98)	1 534 829 (84,55)	280 510 (15,45)
Modéré	1 564 464 (29,29)	1 431 971 (91,53)	132 493 (8,47)
Haut	1 762 607 (32,99)	1 673 416 (94,94)	89 191 (5,06)
Manquant	199 700 (3,74)	165 178 (82,71)	34 522 (17,29)
Obtention d'un diplôme en santé			
Oui	423 852 (7,93)	398 902 (89,59)	24 950 (10,41)
Non	4 918 258 (92,07)	4 406 492 (94,11)	511 766 (5,89)
Situation professionnelle			
Au chômage	1 874 544 (35,09)	1 695 122 (90,43)	179 422 (9,57)
Employé	3 364 795 (62,99)	3 032 575 (90,13)	332 220 (9,87)
Manquant	102 771 (1,92)	77 697 (75,60)	25 074 (24,40)

n (%_{colonne}): nombre absolu avec pourcentage de la population totale.

n (%_{ligne}): nombre absolu avec pourcentage du sous-groupe par caractéristique sociodémographique et socioéconomique.

sans enfants (94,44 % de vaccinés). La couverture vaccinale était également plus faible chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation (89,15 % de vaccinés), un faible revenu (84,55 % de vaccinés), et sans diplôme en santé (89,59 % de vaccinés) par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation élevé (94,13 % de vaccinés), un revenu élevé (94,94 % de vaccinés), et un diplôme en santé (89,59 % de vaccinés). La couverture vaccinale était similaire chez les personnes employées et les personnes au chômage. Dans l'ensemble, la couverture vaccinale était relativement faible dans les catégories pour lesquelles les données étaient manquantes : type de ménage manquant (76,91 % de vaccinés), niveau d'éducation manquant (80,93 % de vaccinés), revenu manquant (82,71 % de vaccinés), situation professionnelle manquante (75,60 % de vaccinés).

Variables sociodémographiques et socioéconomiques associées à l'administration de la première dose de vaccin Covid-19

Le modèle multivarié n° 1 (tableau 2), appliqué à tous les groupes d'âge, a montré un gradient de couverture vaccinale contre la Covid-19 entre 25 et 84 ans : plus les individus étaient jeunes, plus ils étaient susceptibles de ne pas être vaccinés (OR 5,49 [5,37-5,62] pour le groupe d'âge 25-34 ans par rapport au groupe d'âge 75-84 ans). Les hommes avaient un taux de vaccination légèrement inférieur à celui des femmes

Tableau 2 : Odds ratios (OR) ajustés et leur intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) pour l'association entre les variables sociodémographiques et socioéconomiques et la probabilité de ne pas avoir reçu la première dose de vaccin Covid-19, Belgique, 28 décembre 2020-21 août 2021

Variables	Modèle 1 ^a	Modèle 2 ^b	Modèle 3 ^c
	OR ajustés (95 % CI)	OR ajustés (95 % CI)	OR ajustés (95 % CI)
Groupes d'âge (en années)			
18-24	4,78 (4,66-4,89)	-	-
25-34	5,49 (5,37-5,62)	5,98 (5,84-6,12)	2,75 (2,71-2,78)
35-44	3,89 (3,80-3,99)	4,22 (4,12-4,32)	1,97 (1,94-1,99)
45-54	2,67 (2,60-2,73)	2,83 (2,76-2,90)	1,34 (1,32-1,36)
55-64	2,15 (2,10-2,21)	2,23 (2,18-2,29)	1,00
65-74	1,43 (1,40-1,47)	1,47 (1,43-1,51)	-
75-84	1,00	1,00	-
85+	1,19 (1,14-1,23)	1,15 (1,11-1,20)	-
Région			
Bruxelles	1,00	1,00	1,00
Flandre	1,05(1,04-1,06)	0,99 (0,98-1,00)	1,07 (1,06-1,07)
Wallonie			
Sexe			
	1,00	1,00	1,00
Femmes	1,80 (1,78-1,81)	1,76 (1,74-1,78)	1,77 (1,75-1,78)
Hommes	1,63 (1,62-1,64)	1,67 (1,66-1,68)	1,67 (1,66-1,68)
Origine migratoire			
Natifs belges	1,00	1,00	1,00
Migrants de 2 ^e génération	2,25 (2,23-2,28)	1,94 (1,91-1,96)	2,12 (2,09-2,15)
Migrants européens de 1 ^{re} génération	2,90 (2,88-2,93)	2,64 (2,62-2,67)	3,10 (3,07-3,13)
Migrants non européens de 1 ^{re} génération	2,98 (2,95-3,00)	2,76 (2,73-2,78)	3,45 (3,42-3,48)
Types de ménage			
Personne seule	1,00	1,00	1,00
Collectivité	0,88 (0,87-0,89)	0,84 (0,83-0,84)	0,83 (0,82-0,84)
Couples sans enfants	1,27 (1,26-1,29)	1,32 (1,30-1,33)	1,49 (1,47-1,51)
Couples avec enfants	1,18 (1,17-1,19)	1,17 (1,16-1,18)	1,26 (1,25-1,27)
Parents isolés	0,63 (0,60-0,65)	0,61 (0,58-0,63)	0,53 (0,50-0,56)
Manquant	1,23 (1,21-1,25)	1,24 (1,22-1,26)	1,21 (1,19-1,23)
Autres	1,04 (1,01-1,08)	1,04 (1,00-1,08)	1,16 (1,13-1,18)

Éducation			
Faible	1,00	1,00	-
Modérée	1,54 (1,52-1,55)	1,44 (1,43-1,46)	-
Haute	2,36 (2,34-2,38)	2,08 (2,06-2,10)	-
Manquante	1,93 (1,89-1,96)	1,68 (1,65-1,71)	-
Revenu			
Faible	-	1,00	-
Modéré	-	1,31 (1,30-1,32)	-
Haut	-	1,37 (1,36-1,39)	-
Manquant	-	1,19 (1,18-1,21)	-
Obtention d'un diplôme en santé			
Oui	-	1,00	-
Non	-	1,41 (1,39-1,43)	-
Situation professionnelle			
Au chômage	-	-	1,00
Employé	-	-	1,46 (1,45-1,47)
Manquant	-	-	1,16 (1,13-1,18)

a Le modèle de régression logistique est appliqué à tous les groupes d'âge ($n = 5\,342\,110$). Les *odds ratios* sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région, l'origine migratoire, le type de ménage et le revenu.

b Le modèle de régression logistique est appliqué seulement aux personnes âgées de 25 ans et plus ($n = 4\,696\,694$). Les *odds ratios* sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région, l'origine migratoire, le type de ménage, le revenu, l'éducation et l'obtention d'un diplôme en santé.

c Le modèle de régression logistique est appliqué seulement aux personnes âgées de 25 à 65 ans ($n = 3\,792\,100$). Les *odds ratios* sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région, l'origine migratoire, le type de ménage et la situation professionnelle. Le revenu étant fortement corrélé avec la situation professionnelle, les *odds ratio* ne sont pas ajustés pour le revenu, quand la situation professionnelle est incluse dans le modèle.

SE, tels que l'assurance-maladie, le revenu, l'éducation et l'emploi, expliquaient une grande partie des disparités sociales identifiées (Williams *et al.*, 2022). Nos résultats confirment également en partie ceux de Barry *et al.*, qui ont identifié une couverture vaccinale contre la Covid-19 plus faible chez les parents isolés et les personnes vivant dans des comtés où le statut social est moins élevé et où le pourcentage de ménages avec enfants est élevé (Barry *et al.*, 2021). Aux États-Unis, Farah *et al.* ont constaté une couverture vaccinale contre la Covid-19 initiale plus élevée que la moyenne nationale de la population générale chez le personnel soignant (Farah *et al.*, 2022), similairement à nos résultats. Une étude de cohorte menée par Azamgarhi *et al.*, au cours d'une période de forte prévalence communautaire de Covid-19 au Royaume-Uni, a également constaté des taux de vaccination précoce élevés parmi le personnel soignant (Azamgarhi *et al.*, 2021).

Avant le début de la campagne de vaccination contre la Covid-19, de nombreuses études ont examiné les disparités SD et SE en regard de l'hésitation à se faire vacciner. Leurs résultats ont mis en évidence une hésitation plus importante de la part des femmes, des parents, des minorités ethniques et des groupes SE défavorisés (les

(OR 1,05 [1,04-1,06]). Les personnes issues de l'immigration avaient un risque plus élevé de ne pas être vaccinées, par rapport aux Belges natifs (OR 2,25 [2,23-2,28] pour les migrants de 2^e génération; OR 2,90 [2,88-2,93] pour les migrants européens de 1^{re} génération; OR 2,98 [2,95-3,00] pour les migrants non européens de 1^{re} génération). Par rapport aux couples avec enfants, les personnes vivant seules (OR 1,18 [1,17-1,19]) et les parents isolés (OR 1,27 [1,26-1,29]) avaient une probabilité d'être non vaccinés plus élevée. Les personnes dont l'information sur le type de ménage était manquante avaient également un risque plus élevé de ne pas être vaccinées (OR 1,04 [1,01-1,08]). La probabilité d'être vaccinées était plus faible chez les personnes ayant un revenu faible (OR 2,36 [2,34-2,38]), modéré (OR 1,54 [1,52-1,55]) ou manquant (OR 1,93 [1,89-1,96]) par rapport aux personnes ayant un revenu élevé. Dans le modèle n° 2 (**tableau 2**), on a constaté que les personnes ayant un niveau d'éducation faible (OR 1,37 [1,36-1,39]), modéré (OR 1,31 [1,30-1,32]) ou manquant (OR 1,19 [1,18-1,21]) avaient une probabilité plus faible d'être vaccinées par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation élevé. Le fait de ne pas avoir de diplôme en santé était associé à une probabilité plus faible d'être vacciné (OR 1,41 [1,39-1,43]). Dans le modèle 3 (**tableau 2**), le fait d'être au chômage (OR 1,46 [1,45-1,47]), ainsi que le fait d'avoir une situation professionnelle manquante (OR 1,16 [1,13-1,18]), étaient associés à une couverture vaccinale plus faible par rapport aux personnes employées.

Discussion

Bien que seulement 34 % de la population belge se soient déclarés définitivement prêts à être vaccinés contre la Covid-19, avant le début de la campagne de vaccination, la Belgique a atteint le 7^e taux de couverture vaccinale la plus élevée de l'Union européenne pour la vaccination primaire (avec 89 % des personnes de plus de 18 ans ayant terminé leur vaccination primaire le 8 avril 2022) (Catteau *et al.*, 2021 ; Kessels *et al.*, 2021). Néanmoins, malgré ce taux élevé et la gratuité de la vaccination, d'importantes disparités SD et SE dans la couverture vaccinale contre la Covid-19 ont été observées. En effet, nos résultats ont révélé une couverture vaccinale moindre chez les jeunes, les hommes, les migrants, les parents isolés, les personnes vivant seules et les groupes SE défavorisés, incluant ceux ayant un faible revenu, un faible niveau d'éducation et au chômage.

Une étude suédoise a également montré que la couverture vaccinale contre la Covid-19 était plus faible chez les jeunes, les personnes à faible revenu, les personnes vivant seules et les personnes nées hors de la Suède (Spetz *et al.*, 2022). Une étude danoise a mis en évidence une couverture vaccinale contre la Covid-19 plus faible chez les hommes, les personnes vivant dans des zones plus défavorisées ou des zones urbaines et les minorités ethniques (Perry *et al.*, 2021). Aux États-Unis, Williams *et al.* ont constaté que le vaccin Covid-19 était moins utilisé par les jeunes, les groupes défavorisés sur le plan économique et tous les groupes minoritaires raciaux et ethniques (à l'exception des Asiatiques). Ils ont identifié que l'âge et les facteurs

personnes avec des niveaux d'éducation et de revenu plus faibles, au chômage et avec une mauvaise connaissance de la Covid-19) (AlShurman *et al.*, 2021 ; Dror *et al.*, 2020 ; Paul *et al.*, 2021 ; Robertson *et al.*, 2021b). Notre étude confirme en partie ces résultats en montrant une couverture vaccinale plus faible chez les migrants, les parents isolés et les groupes SE défavorisés. Bien que la vaccination ait pu susciter des inquiétudes chez les travailleurs de la santé, Wang *et al.* (Wang *et al.*, 2021) ont montré qu'ils hésitaient moins à se faire vacciner que les autres travailleurs, ce qui concorde avec nos résultats.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'hésitation vaccinale chez les migrants et les groupes SE défavorisés :

- l'impact direct et indirect plus sévère que la crise a eu sur ces groupes (p. ex. taux plus élevé d'infection au SARS-CoV-2, engendrant des effets négatifs ultérieurs sur la santé et la situation professionnelle) peut avoir accru la méfiance à l'égard des gouvernements, des systèmes de santé et de la vaccination (Abedi *et al.*, 2020 ; Caspi *et al.*, 2021 ; Vandentorren *et al.*, 2022) ;
- la diminution de la volonté de participer aux mesures de santé publique en raison d'un accès réduit aux soins de santé et aux ressources (Caspi *et al.*, 2021) ;
- des inquiétudes accrues et des hypothèses négatives sur la vaccination en raison d'un manque de connaissances en matière de santé et de la reconnaissance d'informations erronées, potentiellement accentuées par le développement rapide du vaccin Covid-19 qui a conduit à un niveau plus élevé de méfiance quant à ses avantages et des inquiétudes accrues concernant ses effets secondaires (identifiés comme les prédicteurs les plus forts pour l'acceptation du vaccin Covid-19) (Caspi *et al.*, 2021 ; Montagni *et al.*, 2021 ; Razai *et al.*, 2021 ; Robertson *et al.*, 2021a ; Rosenthal & Cummings, 2021 ; Svendsen *et al.*, 2020).

D'autres facteurs peuvent expliquer les disparités identifiées dans l'administration du vaccin Covid-19, notamment les obstacles administratifs, qui peuvent expliquer en partie la couverture plus faible dans certains groupes SE. En effet, nos résultats, qui montrent une couverture vaccinale plus faible chez les personnes pour lesquelles certaines informations SD ou SE sont manquantes, peuvent être révélateurs d'une population difficile à atteindre dans le contexte d'un processus d'invitation automatisé à grande échelle. Les barrières linguistiques peuvent également constituer un obstacle à l'accès aux informations sur la vaccination contre la Covid-19, qui sont principalement disponibles en langues officielles belges.

En conclusion, malgré le succès de la campagne de vaccination en Belgique (89 % des adultes vaccinés pour la vaccination primaire), la gratuité de la vaccination et les efforts déployés par les autorités sanitaires régionales pour atteindre tous les citoyens, d'importantes inégalités SD et SE dans l'administration du vaccin Covid-19 ont été identifiées. Notre étude aide à mieux cerner les disparités dans la vaccination contre la Covid-19 et permet de cibler plus efficacement les stratégies de vaccination sur les groupes les plus vulnérables. L'objectif est d'atteindre une couverture vaccinale maximale pour limiter la propagation du virus et prévenir le développement de complications sanitaires, qu'il s'agisse de la pandémie actuelle de la Covid-19 ou de futures menaces pour la santé publique.

Bibliographie

- Abedi, V., Olulana, O., Avula, V., Chaudhary, D., Khan, A., Shahjouei, S., Li, J., & Zand, R. (2020). Racial, Economic and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. *MedRxiv*, <https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20079756>.
- AlShurman, B. A., Khan, A. F., Mac, C., Majeed, M., & Butt, Z. A. (2021). What Demographic, Social, and Contextual Factors Influence the Intention to Use COVID-19 Vaccines: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9342.
- Azamgarhi, T., Hodgkinson, M., Shah, A., Skinner, J. A., Hauptmannova, I., Briggs, T. W. R., & Warren, S. (2021). BNT162b2 Vaccine Uptake and Effectiveness in UK Healthcare Workers – A Single Centre Cohort Study. *Nature Communications*, 12(1), 3698.
- Barry, V., Dasgupta, S., Weller, D. L., Kriss, J. L., Cadwell, B. L., Rose, C., Pingali, C., Musial, T., Sharpe, J. D., Flores, S. A., Greenlund, K. J., Patel, A., Stewart, A., Qualters, J. R., Harris, L., Barbour, K. E., & Black, C. L. (2021). Patterns in COVID-19 Vaccination Coverage, by Social Vulnerability and Urbanicity—United States, December 14, 2020–May 1, 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(22), 818–824.
- Belgium COVID-19 Dashboard - Sciensano. (2022). Google Data Studio. Consulté le 6 décembre 2021 sur <http://datastudio.google.com/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/tpRKB?feature=opengraph>.
- Caspi, G., Dayan, A., Eshal, Y., Liverant-Taub, S., Twig, G., Shalit, U., Lewis, Y., Shina, A., & Caspi, O. (2021). Socioeconomic Disparities and COVID-19 Vaccination Acceptance: A Nationwide Ecologic Study. *Clinical Microbiology and Infection: The Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 27(10), 1502–1506.
- Catteau, L., van Loenhout, J. A. F., Stouten, V., Billuart, M., Hubin, P., Haarhuis, F., & Whydham Thomas, C. (2021). *Rapport thématique. Couverture vaccinale et impact épidémiologique de la campagne de vaccination COVID-19 en Belgique*. Sciensano. Consulté le 15 mars 2022 sur https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_THEMATIC_REPORT_VaccineCoverageAndImpactReport_FR.pdf.
- Decoster, A., Minten, T., & Spinnewijn, J. (2021). The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium. *The Journal of Economic Inequality*, 19(3), 551–570.
- Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrahi, M., Zigran, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine Hesitancy: The Next Challenge in the Fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 35(8), 775–779.
- Faes, C., Molenberghs, G., Hens, N., Van Bortel, L., Vandebael, N., Pellens, K., Van Esser, T., Hammami, N., & Buntinx, F. (2022). Geographical Variation of COVID-19 Vaccination Coverage, Ethnic Diversity and Population Composition in Flanders. *Vaccine*, X, 11, 100194.
- Farah, W., Breeher, L., Shah, V., Hainy, C., Tommaso, C. P., & Swift, M. D. (2022). Disparities in COVID-19 Vaccine Uptake among Health Care Workers. *Vaccine*, 40(19), 2749–2754.
- Haas, E. J., Angulo, F. J., McLaughlin, J. M., Anis, E., Singer, S. R., Khan, F., Brooks, N., Smaja, M., Mircus, G., Pan, K., Southern, J., Swerdlow, D. L., Jodar, L., Levy, Y., & Alroy-Preis, S. (2021). Impact and Effectiveness of mRNA BNT162b2 Vaccine against SARS-CoV-2 Infections and COVID-19 Cases, Hospitalisations, and Deaths Following a Nationwide Vaccination Campaign in Israel: An Observational Study Using National Surveillance Data. *Lancet* (London, England), 397(10287), 1819–1829.
- Kessels, R., Luyten, J., & Tubeuf, S. (2021). Willingness to Get Vaccinated against Covid-19 and Attitudes toward Vaccination in General. *Vaccine*, 39(33), 4716–4722.
- Levin, J., & Bradshaw, M. (2022). Determinants of COVID-19 Skepticism and SARS-CoV-2 Vaccine Hesitancy: Findings from a National Population Survey of U.S. Adults. *BMC Public Health*, 22(1), 1047.
- Linking of Registers for COVID-19 Vaccine Surveillance. (2021). Sciensano. Consulté le 31 mai 2020 sur <https://www.sciensano.be/en/projects/linking-registers-covid-19-vaccine-surveillance>.
- Luyten, J., & Beutels, P. (2016). The Social Value of Vaccination Programs: Beyond Cost-Effectiveness. *Health Affairs*, 35(2), 212–218.
- Magesh, S., John, D., Li, W. T., Li, Y., Mattingly-app, A., Jain, S., Chang, E. Y., & Ongkeko, W. M. (2021). Disparities in COVID-19 Outcomes by Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(11), e2134147.

- Meurisse, M., Lajot, A., Devleeschauwer, B., Van Cauteren, D., Van Oyen, H., Van den Borre, L., & Brondeel, R. (2022). The Association between Area Deprivation and COVID-19 Incidence: A Municipality-level Spatio-temporal Study in Belgium, 2020-2021. *Archives of Public Health, 80*(1), 109.
- Montagni, I., Ouazzani-Touhami, K., Mebarki, A., Texier, N., Schück, S., Tzourio, C., & CONFINS group. (2021). Acceptance of a Covid-19 Vaccine Is Associated with Ability to Detect Fake News and Health Literacy. *Journal of Public Health (Oxford, England), 43*(4), 695-702.
- Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards Vaccines and Intention to Vaccinate against COVID-19: Implications for Public Health Communications. *The Lancet Regional Health - Europe, 1*, 100012.
- Perry, M., Akbari, A., Cottrell, S., Gravenor, M. B., Roberts, R., Lyons, R. A., Bedston, S., Torabi, F., & Griffiths, L. (2021). Inequalities in Coverage of COVID-19 Vaccination: A Population Register Based Cross-sectional Study in Wales, UK. *Vaccine, 39*(42), 6256-6261.
- Razai, M. S., Oakeshott, P., Esmail, A., Wiysonge, C. S., Viswanath, K., & Mills, M. C. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy: The Five Cs to Tackle Behavioural and Sociodemographic Factors. *Journal of the Royal Society of Medicine, 114*(6), 295-298.
- Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M. J., Katikireddi, S. V., & Benzeval, M. (2021). OP34 Ethnic and Educational Inequalities in COVID-19 Vaccine Hesitancy: Cross-sectional Analysis of the UK Household Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 75*(Suppl 1), A16-A16.
- Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V., & Benzeval, M. J. (2021b). Predictors of COVID-19 Vaccine Hesitancy in the UK Household Longitudinal Study. *Brain, Behavior, and Immunity, 94*, 41-50.
- Rosenthal, S., & Cummings, C. L. (2021). Influence of Rapid COVID-19 Vaccine Development on Vaccine Hesitancy. *Vaccine, 39*(52), 7625-7632.
- Sadoff, J., Gray, G., Vandebosch, A., Cárdenas, V., Shukarev, G., Grinsztejn, B., Goepfert, P. A., Truysers, C., Fennema, H., Spiessens, B., Offergeld, K., Scheper, G., Taylor, K. L., Robb, M. L., Treanor, J., Barouch, D. H., Stoddard, J., Ryser, M. F., Marovich, M. A., ... ENSEMBLE Study Group. (2021). Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COV2.S Vaccine against Covid-19. *The New England Journal of Medicine, 384*(23), 2187-2201.
- Spetz, M., Lundberg, L., Nwaru, C., Li, H., Santosa, A., Leach, S., Gisslén, M., Hammar, N., Rosvall, M., & Nyberg, F. (2022). The Social Patterning of Covid-19 Vaccine Uptake in Older Adults: A Register-based Cross-sectional Study in Sweden. *The Lancet Regional Health - Europe, 15*, 100331.
- Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Maindal, H. T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of Health Literacy with Socioeconomic Position, Health Risk Behavior, and Health Status: A Large National Population-based Survey among Danish Adults. *BMC Public Health, 20*(1), 565.
- Van Goethem, N., Serrien, B., Vandromme, M., Wyndham-Thomas, C., Catteau, L., Brondeel, R., Klamer, S., Meurisse, M., Cuyppers, L., André, E., Blot, K., & Van Oyen, H. (2021). Conceptual Causal Framework to Assess the Effect of SARS-CoV-2 Variants on COVID-19 Disease Severity among Hospitalized Patients. *Archives of Public Health, 79*(1), 185.
- Vandendorren, S., Smaïli, S., Chatignoux, E., Maurel, M., Alleaume, C., Neufcourt, L., Kelly-Irving, M., & Delpierre, C. (2022). The Effect of Social Deprivation on the Dynamic of SARS-CoV-2 Infection in France: A Population-based Analysis. *The Lancet Public Health, 7*(3), e240-e249.
- Vanthomme, K., Gadeyne, S., Lusyne, P., & Vandenheede, H. (2021). A Population-based Study on Mortality among Belgian Immigrants during the First COVID-19 Wave in Belgium. Can Demographic and Socioeconomic Indicators Explain Differential Mortality? *SSM - Population Health, 14*, 100797.
- Wang, M.-W., Wen, W., Wang, N., Zhou, M.-Y., Wang, C., Ni, J., Jiang, J., Zhang, X., Feng, Z.-H., & Cheng, Y.-R. (2021). COVID-19 Vaccination Acceptance among Healthcare Workers and Non-healthcare Workers in China: A Survey. *Frontiers in Public Health, 9*, 709056.
- Williams, A. M., Clayton, H. B., & Singleton, J. A. (2022). Racial and Ethnic Disparities in COVID-19 Vaccination Coverage: The Contribution of Socioeconomic and Demographic Factors. *American Journal of Preventive Medicine, 62*(4), 473-482.

L'impact des mesures préventives de la Covid-19 sur le développement des enfants

Contextualisation et perspective longitudinale

Sylvana Côté, Ophélie Collet, Ofélie Trudeau,
Jean-Christophe Goulet-Pelletier et Rianna Pain-Andrejin

La pandémie de Covid-19 a perturbé le fonctionnement des enfants via les impacts sur leur famille, leur école, leurs relations sociales et, dans certains cas, les ressources matérielles auxquelles ils ont accès. Avec la fermeture généralisée des écoles touchant près de 94 % des étudiants à travers le monde (Nations Unies, 2020), les conséquences des mesures de prévention de la propagation de la Covid-19 ont suscité des inquiétudes légitimes au sein des communautés académiques et des parents. Alors que des recherches antérieures avaient déjà montré l'efficacité des fermetures d'écoles pour endiguer la propagation des maladies infectieuses, les implications à long terme sur la santé mentale et les performances scolaires des jeunes ont rapidement émergé comme des sujets de préoccupation urgents.

Plusieurs études récentes (p. ex. Cortese *et al.*, 2020; Glynn *et al.*, 2021; et Penna *et al.*, 2023) se sont penchées sur les impacts des mesures préventives adoptées pendant la pandémie sur le développement socioémotionnel des jeunes. Cependant, peu ont pu bénéficier d'une approche longitudinale, capable de capturer les dynamiques évolutives des enfants avant, pendant et après la crise sanitaire (Kauhanen *et al.*, 2022; Racine *et al.*, 2021). Cette lacune dans la recherche souligne l'importance d'adopter une méthodologie longitudinale pour distinguer les effets des facteurs individuels sur la résilience des enfants face aux turbulences imposées par la pandémie de Covid-19.

Contexte entourant la pandémie de Covid-19 au Québec

Les mesures sanitaires pour la prévention de la propagation de la Covid-19 ont eu un impact significatif sur le système éducatif du Québec, marqué par une série de mesures pour contenir la propagation du virus. Le 13 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire a été déclaré, entraînant, dès le 16 mars, la fermeture initiale des écoles et des services de garde à travers la province. À Montréal, l'une des régions les plus touchées, les écoles sont restées fermées pour le reste de l'année scolaire, ce qui représentait une période de septante-sept jours. Dans le reste du Québec, cette période de fermeture a duré jusqu'au 11 mai 2020, totalisant cinquante-sept jours. Même après la réouverture des écoles à l'automne 2020, des fermetures sporadiques de classes ont été nécessaires en réponse à des flambées locales de Covid-19, perturbant davantage la continuité de l'enseignement.

Pendant les périodes de fermeture, les écoles ont tenté de mettre en œuvre des programmes d'enseignement en ligne pour permettre aux élèves de poursuivre leur éducation à distance. Cependant, cette transition s'est déroulée de manière inégale, avec des défis importants rencontrés par de nombreux élèves, familles et enseignants pour s'adapter à ce nouveau mode d'apprentissage. La levée de l'état d'urgence sanitaire le 1^{er} juin 2022 a marqué une étape importante vers un retour à la normalité post-pandémique au Québec. Cette chronologie met en lumière l'ampleur des perturbations subies par le système éducatif québécois pendant la pandémie, soulignant les défis rencontrés par des millions d'enfants et de familles à travers la province.

Le projet Résilience est une étude menée pour comprendre les répercussions des perturbations pandémiques en étudiant de manière approfondie le bien-être des familles et des enfants tout au long de la pandémie. Le projet est lancé initialement avec un recensement en 2017 par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ), évaluant la préparation scolaire des enfants dès leur entrée à l'école, et poursuivi par les chercheurs de l'Observatoire pour l'éducation et la santé des enfants¹ qui ont réalisé un suivi de ces mêmes enfants, créant ainsi une étude longitudinale permettant de comprendre le développement en contexte pandémique. Le projet Résilience a élargi le champ d'investigation pour inclure des évaluations détaillées des impacts des confinements et des mesures sanitaires sur le fonctionnement familial, les performances académiques et la santé mentale des jeunes participants.

Dans ce chapitre, nous présenterons la méthodologie du projet Résilience ; le profil des participants (séparément pour les garçons et les filles) ; ainsi que les résultats relatifs au fonctionnement scolaire et à la santé mentale des enfants après la pandémie (mesurés en 2022), en tenant compte du niveau de préparation à l'école en période pré-pandémique (mesuré en 2017) ainsi que des perturbations causées par les mesures sanitaires pour la prévention de la Covid-19 (mesurées en 2021).

¹ <https://www.observatoireenfants.ca/fr/>

Le projet Résilience du Québec

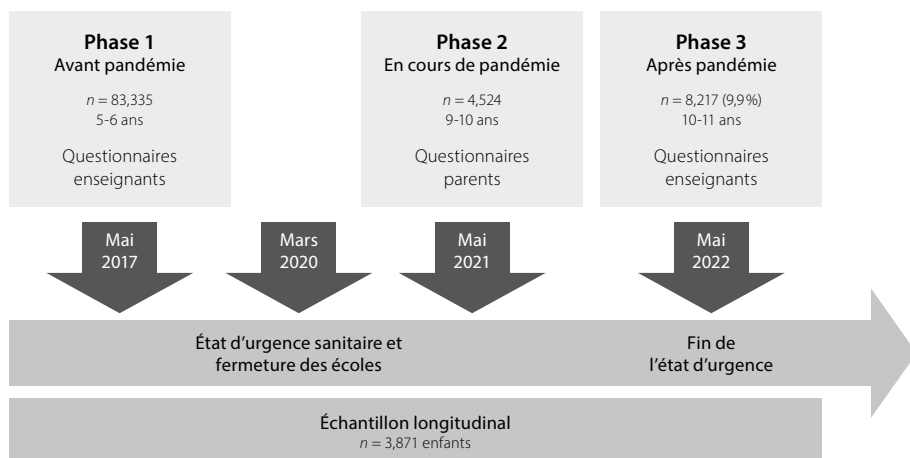
Le projet Résilience est une étude longitudinale divisée en trois phases distinctes. Le projet a débuté avec l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) entre février et mai 2017, avant l'avènement de la pandémie. Cette phase initiale a impliqué l'évaluation de la préparation scolaire de 83 335 enfants fréquentant des écoles publiques et privées. Le niveau de *préparation scolaire* représente les capacités cognitives, socioémotionnelles, attentionnelles, comportementales et physiques, telles qu'évaluées par l'enseignant de maternelle, indiquant la capacité de l'enfant à suivre les activités scolaires et sociales (Fitzpatrick *et al.*, 2010). Les enfants sont considérés comme ayant un faible niveau de préparation scolaire s'ils ont un score qui se situe en deçà du 10^e percentile de la distribution sur au moins une des cinq sphères développementales.

La deuxième phase s'est déroulée de juillet à septembre 2021, un an et trois mois après les confinements provinciaux liés à la pandémie. Ici, 4 524 parents d'enfants participant à la phase précédente ont été sollicités pour fournir des rétroactions sur les expériences vécues pendant les confinements, alors que l'enfant participant était en 4^e année (9-10 ans). Les questionnaires remplis par les parents ont permis de documenter les changements dans les revenus familiaux, l'impact sur l'équilibre travail-famille, les fermetures de classes des enfants, ainsi que la santé mentale des enfants et des parents. Cette phase a capturé les défis vécus par les familles pendant une période critique de la pandémie.

Enfin, la troisième phase a eu lieu de mars à juin 2022, environ six mois après la levée de la plupart des mesures sanitaires restrictives. Pendant cette période, 8 217 enfants de 5^e année ont été évalués par leurs enseignants afin d'apprécier leurs performances scolaires et leur fonctionnement postpandémie. Les enseignants ont joué un rôle central en évaluant non seulement les compétences académiques des enfants, mais aussi leurs symptômes de problèmes de santé mentale et leur comportement à l'école. Cette phase a permis de mesurer les effets à plus long terme de la pandémie sur l'éducation et le développement personnel des enfants.

L'échantillon longitudinal final du projet Résilience, composé de 3 871 enfants, a permis de lier les données collectées à travers les trois phases de l'étude. À chaque étape du projet Résilience, les données ont été pondérées pour assurer la représentativité de l'échantillon, tenant compte de divers facteurs démographiques et socioéconomiques des familles. L'étude décrit les caractéristiques sociodémographiques d'une vaste cohorte d'enfants, représentant les 78 812 enfants du Québec qui fréquentaient la maternelle en 2017. La **figure 1** présente les différentes phases de l'étude ainsi que les points clés des mesures de santé publique concernant les écoles.

Figure 1 : Les 3 phases du projet Résilience du Québec en fonction des fermetures scolaires pour prévenir la propagation de la Covid-19



Participants du projet Résilience

Les participants étaient représentatifs de la population des enfants québécois âgés de 6 ans en 2017 (tableau 1). Sur le plan linguistique, une grande majorité d'entre eux étaient francophones, indiquant que le français était leur langue maternelle ou principale. Moins de 10 % étaient anglophones, utilisant l'anglais comme langue principale, tandis que la proportion d'enfants allophones, ceux dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, variait entre 7 % et 13 %.

En ce qui concerne le contexte socioéconomique des familles, le projet a inclus des enfants provenant de divers milieux. Environ 13 % provenaient d'écoles *socialement* désavantagées, *i.e.* de quartiers défavorisés ou à faible revenu, et 16 % provenaient d'écoles *matériellement* désavantagées, indiquant des infrastructures ou des ressources limitées dans leur environnement scolaire.

Répercussions des perturbations pandémiques sur le fonctionnement des parents et des enfants

Fonctionnement des parents

Environ la moitié des parents a indiqué que la pandémie avait eu un impact défavorable sur leur santé mentale, leur niveau d'activité physique et leur utilisation des écrans. Près du tiers ont ressenti une augmentation importante de leur niveau de stress. Un cinquième des parents a déclaré avoir souffert d'un isolement important en

Tableau 1 : Caractéristiques des enfants du projet Résilience

	Phase 1 QSCDK* 2017	Phase 2 Questionnaires parent 2021	Phase 3 Questionnaires enseignant 2022	Enfant du projet Résilience
	<i>n</i> = 83 335	<i>n</i> = 4 524	<i>n</i> = 8 217	<i>n</i> = 3
Sexe, garçons	41 918 (50,3 %)	2 289 (50,6 %)	4 133 (50,3 %)	1 946 (50,3 %)
Âge (années)	5-6	9-10	10-11	-
Langue maternelle				
Français	65 418 (78,5 %)	3 787 (83,7 %)	-	3 259 (84,3 %)
Anglais	7 167 (8,6 %)	394 (8,7 %)	-	335 (8,7 %)
Autre	10 750 (12,9 %)	339 (7,5 %)	-	277 (7,2 %)
Indice de défavorisation sociale des familles				
1 ^{er} quintile (avantagé)	19 750 (23,7 %)	1 127 (24,9 %)	2 005 (24,4 %)	985 (25,5 %)
2 ^e quintile	18 667 (22,4 %)	1 054 (23,3 %)	1 882 (22,9 %)	888 (22,9 %)
3 ^e quintile	17 334 (20,8 %)	977 (21,6 %)	1 750 (21,3 %)	828 (21,4 %)
4 ^e quintile	15 750 (18,9 %)	796 (17,6 %)	1 479 (18,0 %)	680 (17,6 %)
5 ^e quintile (défavorisé)	11 917 (14,3 %)	566 (12,5 %)	1 101 (13,4 %)	490 (12,7 %)
Indice privation matérielle familiale				
1 ^{er} quintile (avantagé)	18 334 (22,0 %)	995 (22,0 %)	1 849 (22,5 %)	883 (22,8 %)
2 ^e quintile	19 167 (23,0 %)	986 (21,8 %)	1 857 (22,6 %)	859 (22,2 %)
3 ^e quintile	16 917 (20,3 %)	955 (21,1 %)	1 676 (20,4 %)	803 (20,7 %)
4 ^e quintile	15 334 (18,4 %)	855 (18,9 %)	1 512 (18,4 %)	735 (19,0 %)
5 ^e quintile (défavorisé)	13 584 (16,3 %)	733 (16,2 %)	1 323 (16,1 %)	592 (15,3 %)

Note: les données ont été compilées à partir du projet QRP (2023) © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2023).

*QSCDK: Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle.

raison des mesures de confinement et des restrictions sociales. Plus du tiers des parents a déclaré que la pandémie avait rendu la conciliation travail-famille plus difficile, soulignant les défis accrus de gestion des responsabilités familiales et professionnelles dans un contexte de fermeture des écoles. Cependant, malgré ces défis, certains parents ont rapporté des répercussions positives. Par exemple, un tiers a noté une amélioration de ses relations avec son enfant, possiblement due à une plus grande proximité ou à des activités partagées pendant le confinement. De même, un cinquième a observé des effets positifs sur la relation conjugale, indiquant que la pandémie a parfois renforcé les liens familiaux (**figure 2**).

Figure 2 : Proportion des parents ayant rapporté des impacts négatifs (des mesures de prévention de la propagation de la Covid-19 en 2021) sur leur propre fonctionnement

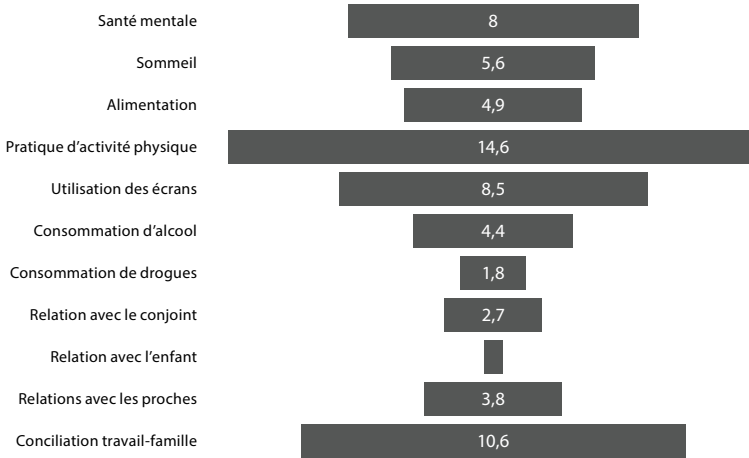
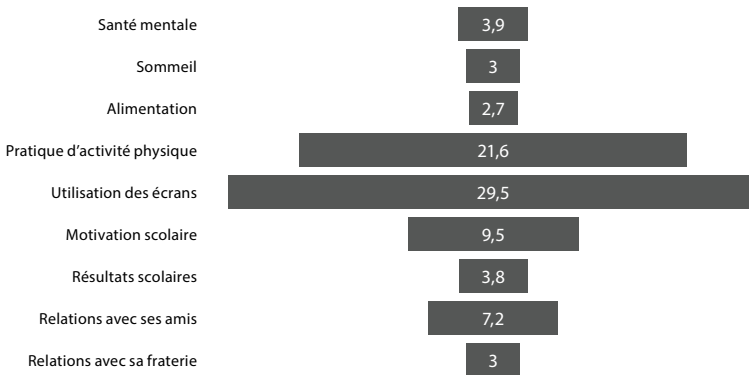


Figure 3 : Proportion des parents ayant rapporté des impacts négatifs (des mesures de prévention de la propagation de la Covid-19 en 2021) sur le fonctionnement de leur enfant



Fonctionnement des enfants

Les parents ont rapporté des impacts négatifs, mais aussi positifs pour leur enfant. Les deux principaux impacts négatifs sont l'augmentation de l'utilisation des écrans et la diminution de l'activité physique de leurs enfants. La motivation scolaire a également été affectée à la baisse pour certains enfants, soulignant les défis d'adaptation à l'apprentissage à distance et aux changements scolaires. Les parents ont noté une détérioration des relations avec les amis. Cependant, il y a eu des aspects positifs signalés par certains parents, notamment une amélioration des relations entre frères et sœurs (figure 3).

Les données du projet Résilience montrent que, bien que la pandémie ait engendré des défis majeurs pour les familles québécoises, elle a également offert des occasions de renforcement des relations familiales, notamment entre les parents et leur enfant et entre frères et sœurs. Néanmoins, les effets négatifs sur la santé mentale, l'activité physique, l'utilisation des écrans et la motivation scolaire soulignent l'importance de surveiller l'évolution de ces domaines de fonctionnement sur le plus long terme.

Performance scolaire post-pandémique (2022, 5^e année, 10-11 ans)

Après les périodes de confinement, les garçons montraient une plus grande prévalence de performances scolaires en deçà des attentes de l'enseignant en lecture et en écriture par rapport aux filles. Cependant, en mathématiques, les filles étaient plus susceptibles que les garçons de présenter des performances inférieures aux attentes de l'enseignant.

Les enfants provenant d'écoles socialement défavorisées (5^e quintile) étaient plus susceptibles d'avoir des performances scolaires inférieures aux attentes du programme en mathématiques, lecture et écriture, par rapport à ceux d'écoles socialement favorisées en période post-pandémique (tableau 2).

En mathématiques, près d'un enfant sur quatre était en deçà des attentes de l'enseignant. Contrairement à la tendance en langue, la proportion de filles en deçà des attentes en mathématiques était légèrement plus élevée que celle des garçons. Les enfants de familles défavorisées socialement ou matériellement étaient plus nombreux à ne pas rencontrer les attentes en mathématiques que ceux qui n'étaient pas défavorisés.

Ces résultats soulignent un fait déjà bien documenté, celui que les inégalités sociales en éducation débutent à la maternelle et persistent dans le temps. Ils appuient l'importance de politiques éducatives ciblées pour les enfants et les familles confrontés à des obstacles socioéconomiques, afin de promouvoir un développement éducatif plus équitable et inclusif.

Tableau 2 : Performance scolaire post-pandémique selon le sexe des enfants et le statut socioéconomique de la famille (2022)

	Performance scolaire inférieure aux attentes du programme en 5 ^e année					
	Mathématiques		Lecture		Écriture	
	n (%)	Valeur p	n (%)	Valeur p	n (%)	Valeur p
Échantillon total	948 (24,5 %)		832 (21,5 %)		960 (24,8 %)	
Sexe de l'enfant		< 0,001		< 0,001		< 0,001
Garçons	441 (22,8 %)		509 (26,3 %)		610 (31,5 %)	
Filles	505 (26,1 %)		321 (16,6 %)		348 (18,0 %)	
Indice de défavorisation sociale des familles		< 0,001		< 0,001		< 0,001
1 ^{er} quintile (avantagé)	231 (23,5 %)		213 (21,6 %)		249 (25,3 %)	
2 ^e quintile	220 (24,8 %)		185 (20,8 %)		211 (23,7 %)	
3 ^e quintile	177 (21,4 %)		164 (19,8 %)		185 (22,3 %)	
4 ^e quintile	183 (26,9 %)		152 (22,3 %)		179 (26,3 %)	
5 ^e quintile (défavorisé)	134 (27,4 %)		114 (23,3 %)		138 (28,2 %)	
Indice de privation matérielle familiale		< 0,001		< 0,001		< 0,001
1 ^{er} quintile (avantagé)	168 (19,0 %)		163 (18,5 %)		184 (20,8 %)	
2 ^e quintile	198 (23,0 %)		168 (19,5 %)		204 (23,7 %)	
3 ^e quintile	193 (24,0 %)		168 (20,9 %)		191 (23,8 %)	
4 ^e quintile	207 (28,1 %)		171 (23,2 %)		199 (27,0 %)	
5 ^e quintile (défavorisé)	181 (30,5 %)		158 (26,7 %)		185 (31,2 %)	

Note : les données ont été compilées à partir du projet QRP (2023) © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2023).

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Santé mentale des enfants post-pandémique (2022, 5^e année, 10-11 ans)

Nous présentons les niveaux de symptômes de problèmes de santé mentale internalisés et externalisés des enfants en période post-pandémique en fonction du sexe et du statut socioéconomique familial. Les comportements externalisés sont des comportements qui peuvent être perturbateurs lorsqu'ils sont dirigés vers les autres, vers des objets, ou qu'ils interfèrent avec le fonctionnement du groupe. L'agression, l'opposition, l'impulsivité et l'hyperactivité sont des caractéristiques de comportements externalisés (Tremblay, Vitaro & Côté, 2018). Les comportements internalisés chez les enfants se réfèrent à des actions et des émotions dirigées vers l'intérieur, souvent caractérisées par de la détresse émotionnelle. Contrairement aux comportements externalisés, qui sont tournés vers l'extérieur, les comportements internalisés sont plus subtils et peuvent inclure l'anxiété, la dépression (tristesse persistante,

désespoir, perte d'intérêt pour les activités autrefois appréciées), le retrait social et la somatisation (Hatta *et al.*, 2019).

Pour les comportements externalisés, les garçons présentent en moyenne plus de symptômes de ce type que les filles. Les enfants vivant dans des contextes de défavorisation sociale ou matérielle présentent en moyenne plus de symptômes de comportements externalisés (hyperactivité/impulsivité, comportements perturbateurs) et de symptômes de troubles internalisés (retrait social, détresse émotionnelle). Les différences entre les filles et les garçons sont minimales pour les symptômes internalisés (tableau 3).

Tableau 3 : Santé mentale des enfants de 5^e année (2022) selon le sexe des enfants et le statut socioéconomique de la famille dans le projet QRP

	Détresse émotionnelle		Retrait		Hyperactivité/ Impulsivité/ Inattention		Comportements perturbateurs	
	Moyenne (sd)	Valeur p	Moyenne (sd)	Valeur p	Moyenne (sd)	Valeur p	Moyenne (sd)	Valeur p
Échantillon total	2,67 (2,42)		1,78 (2,14)		2,90 (2,57)		1,07 (1,78)	
Sexe de l'enfant		0,52		0,02		<0,001		<0,001
Garçons	2,67 (2,46)		1,77 (2,13)		3,60 (2,72)		1,52 (2,09)	
Filles	2,68 (2,37)		1,80 (2,13)		2,19 (2,20)		0,62 (1,25)	
Indice de défavorisation sociale des familles		0,88		<0,001		<0,001		<0,001
1 ^{er} quintile (avantagé)	2,64 (2,40)		1,78 (2,10)		2,75 (2,50)		1,05 (1,76)	
2 ^e quintile	2,78 (2,49)		1,75 (2,05)		2,94 (2,58)		1,07 (1,80)	
3 ^e quintile	2,64 (2,37)		1,79 (2,20)		2,91 (2,62)		1,05 (1,75)	
4 ^e quintile	2,70 (2,39)		1,87 (2,23)		2,98 (2,64)		1,10 (1,86)	
5 ^e quintile (défavorisé)	2,67 (2,45)		1,83 (2,15)		2,98 (2,60)		1,13 (1,80)	
Indice de privation matérielle familiale		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
1 ^{er} quintile (avantagé)	2,50 (2,35)		1,70 (2,15)		2,62 (2,54)		0,85 (1,59)	
2 ^e quintile	2,67 (2,42)		1,65 (2,00)		2,87 (2,55)		1,08 (1,82)	
3 ^e quintile	2,63 (2,40)		1,85 (2,27)		2,97 (2,62)		1,17 (1,96)	
4 ^e quintile	2,73 (2,40)		1,84 (2,09)		3,02 (2,56)		1,07 (1,67)	
5 ^e quintile (défavorisé)	2,98 (2,54)		2,02 (2,18)		3,12 (2,63)		1,27 (1,89)	

Note: les données ont été compilées à partir du projet QRP (2023) © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2023).

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Répercussions des perturbations pandémiques et trajectoire développementale des enfants

Les résultats du projet Résilience mettent en lumière plusieurs associations significatives entre le faible niveau de préparation scolaire en maternelle (les 10 % inférieurs de la distribution des scores), les changements socioéconomiques familiaux liés à la pandémie et la santé mentale des enfants.

Premièrement, la préparation à l'école à la maternelle avant le confinement a un impact significatif dans divers domaines. Les enfants qui expriment des niveaux faibles de préparation scolaire en maternelle étaient environ quatre fois plus susceptibles de présenter des performances inférieures aux attentes du programme. En lecture et en écriture, les probabilités sont trois fois plus élevées de présenter des performances inférieures aux attentes pour les enfants qui ne sont pas prêts à commencer l'école. Ces résultats soulignent l'impact substantiel de la préparation des enfants à l'école, l'effet le plus prononcé étant observé en mathématiques.

Deuxièmement, pendant les confinements, la diminution du revenu familial et les difficultés parentales à maintenir l'équilibre travail-famille avaient des associations relativement modestes avec la performance académique et la santé mentale des enfants. Toutefois, l'anxiété et la dépression en période pandémique chez les parents étaient associées à de moins bonnes performances académiques et plus de symptômes de problèmes de santé mentale chez les enfants, mais les effets sont moins importants que ceux pour la préparation scolaire (figures 4 et 5, *infra*).

Ces résultats soulignent l'importance des premières évaluations de la préparation scolaire, ainsi que l'impact significatif des contextes socioéconomiques familiaux sur le développement académique et émotionnel des enfants, surtout à la lumière des perturbations provoquées par la pandémie de Covid-19. Ils appellent à des interventions ciblées visant à soutenir les enfants les plus vulnérables et à renforcer la résilience familiale face aux défis post-pandémiques.

Apprentissages au cours de la période pandémique

En raison des mesures de prévention pour contrer la propagation de la Covid-19, les écoles du Québec ont été fermées en 2020 et 2021, réduisant ainsi le temps d'enseignement par rapport aux années précédentes. Les parents du projet Résilience ont rapporté qu'une majorité d'enfants, soit 61,3 %, ont rencontré des difficultés d'apprentissage au cours de l'année scolaire 2020-2021. Parmi ceux-ci, 16,1 % ont éprouvé des difficultés jugées importantes ou très importantes.

Une analyse plus approfondie révèle que, pour certains enfants, les difficultés d'apprentissage se sont aggravées pendant la pandémie. Précisément, 13,7 % des enfants

ayant déjà des difficultés avant la crise sanitaire ont vu leur situation s'aggraver. Cette tendance est particulièrement marquée chez certains groupes spécifiques : les garçons ont été plus touchés que les filles, avec respectivement 15,3 % contre 11,9 % ayant vu leurs difficultés augmenter. De plus, les enfants vivant dans des ménages sous le seuil de faible revenu ont montré une aggravation plus fréquente de leurs difficultés (16,8 % contre 13,1 % pour ceux vivant au-dessus du seuil). De même, les enfants dont les parents ont un niveau de scolarité plus bas ont été confrontés à une augmentation des difficultés d'apprentissage dans une proportion plus élevée (16,3 % contre 11,2 % pour les enfants de niveau de scolarité plus élevé).

Dans le cadre du volet « Apprentissage » de l'étude Résilience, nous avons comparé les performances à l'épreuve ministérielle de lecture des élèves de 4^e année avant (mai 2019, $n = 13\ 669$) et après (mai 2021, $n = 10\ 880$) les fermetures scolaires, tout en quantifiant les variations en fonction des caractéristiques individuelles et socioéconomiques des élèves. Les résultats révèlent une diminution significative de 8,4 points de pourcentage entre 2019 (77,7 %) et 2021 (69,27 %), ainsi qu'une augmentation de 10,8 points de pourcentage du taux d'échec (17,1 % en 2019 vs 27,9 % en 2021). Les résultats des élèves dans les 10 % inférieurs de la distribution de performance ont subi des baisses marquées (18 points de pourcentage), tandis que les résultats des élèves des 10 % supérieurs n'ont pas diminué. Ces résultats soulignent que les fermetures scolaires ont surtout eu un impact sur les élèves qui rencontraient des difficultés en lecture avant la pandémie, et soulignent également l'importance de l'enseignement en classe, en particulier pour les élèves en difficulté d'apprentissage.

En somme, les résultats mettent en lumière les inégalités exacerbées pendant la pandémie, où les enfants ayant des difficultés antérieures ou issus de milieux économiquement et éducativement moins favorisés ont été plus susceptibles de voir leurs difficultés scolaires s'aggraver. Cela souligne l'importance d'identifier et de soutenir ces enfants à risque, ainsi que la nécessité de stratégies éducatives et de soutien adaptées pour surmonter ces défis à long terme.

Recours au tutorat pendant la période pandémique

Pendant l'année scolaire 2020-2021, certains enfants québécois ont bénéficié de soutien supplémentaire en dehors des heures de classe sous forme de tutorat. Environ 19,6 % des enfants ont eu recours à des sessions de tutorat pendant cette période. Cette aide supplémentaire a été sollicitée de manière similaire par les garçons et les filles, avec des taux respectifs de 20,0 % et 19,1 %. Ces chiffres indiquent que le besoin de soutien académique n'a pas montré de différences significatives selon le sexe des enfants. Cependant, certaines disparités socioéconomiques familiales ont été observées quant à l'accès au tutorat. Les enfants vivant dans des ménages sous le seuil de faible revenu ont davantage bénéficié de tutorat, avec une proportion de 24,1 %, comparativement

Figure 4: Associations des facteurs pré et pendant le confinement avec les résultats scolaires des enfants en 5^e année, $n = 3\,871^*$

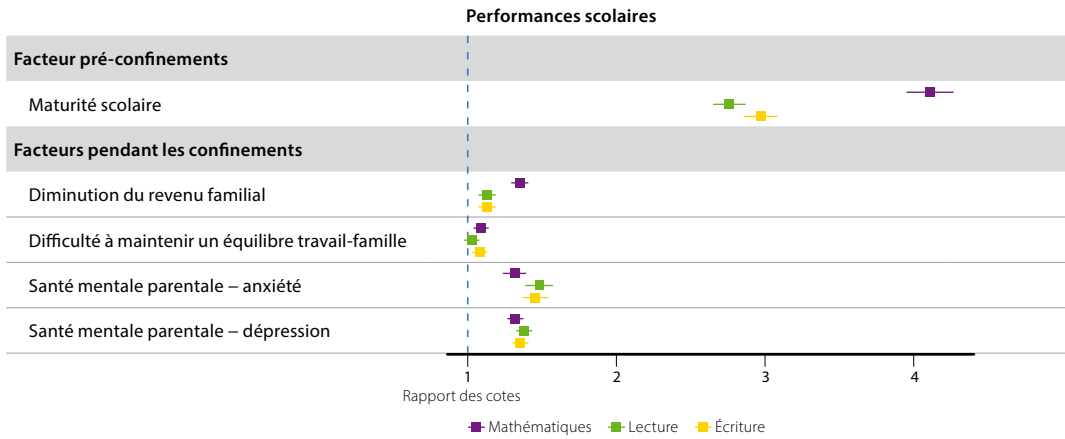
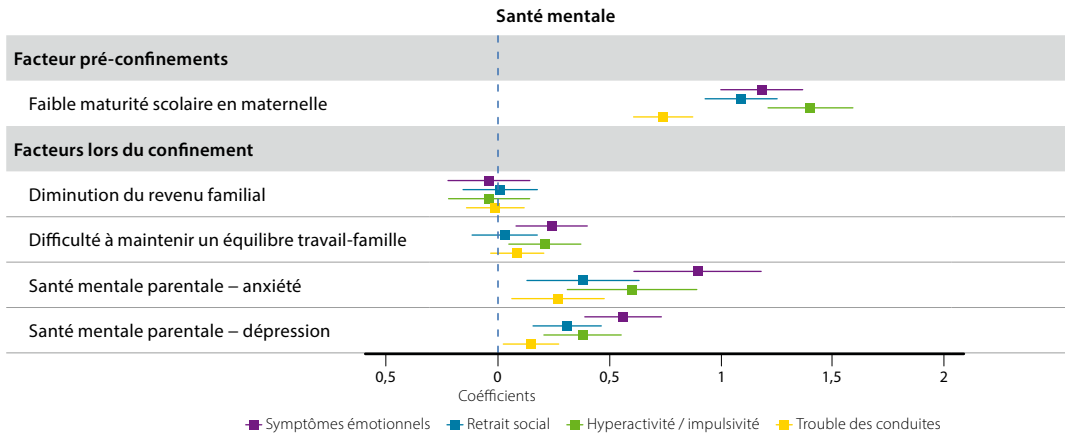


Figure 5: Associations des facteurs pré et pendant le confinement avec la santé mentale des enfants de 5^e année $n = 3\,871^*$



Mathématiques Rapport des cotes (IC 95%)	Lecture Rapport des cotes (IC 95%)	Écriture Rapport des cotes (IC 95%)
4.11 (3.96 – 4.27)	2.76 (2.66 – 2.87)	2.97 (2.86 – 3.08)
1.35 (1.30 – 1.40)	1.13 (1.08 – 1.17)	1.13 (1.08 – 1.17)
1.09 (1.06 – 1.13)	1.03 (1.00 – 1.07)	1.08 (1.04 – 1.12)
1.32 (1.24 – 1.39)	1.48 (1.39 – 1.57)	1.45 (1.37 – 1.54)
1.32 (1.27 – 1.37)	1.38 (1.33 – 1.43)	1.35 (1.30 – 1.40)

Symptômes émotionnels Coefficient (IC 95%)	Retrait social Coefficient (IC 95%)	Hyperactivité / impulsivité Inattention Coefficient (IC 95%)	Trouble des conduites Coefficient (IC 95%)
1.18 (1.00 – 1.36)	1.09 (0.93 – 1.25)	1.40 (1.21 – 1.58)	0.74 (0.61 – 0.87)
-0.04 (-0.22 – 0.14)	0.01 (-0.14 – 0.18)	-0.04 (-0.22 – 0.14)	-0.01 (-0.14 – 0.11)
0.24 (0.08 – 0.40)	0.03 (-0.12 – 0.16)	0.21 (0.05 – 0.37)	0.09 (-0.03 – 0.20)
0.89 (0.61 – 1.18)	0.38 (0.13 – 0.63)	0.60 (0.31 – 0.89)	0.27 (0.06 – 0.47)
0.56 (0.39 – 0.73)	0.31 (0.16 – 0.46)	0.38 (0.21 – 0.55)	0.15 (0.02 – 0.26)

à 18,8 % chez ceux vivant au-dessus du seuil. De même, les enfants dont les parents avaient un niveau de scolarité plus bas ont également eu plus fréquemment recours au tutorat, avec 22,2 % contre 17,1 % pour les enfants de parents plus éduqués.

En résumé, ces données soulignent l'importance d'assurer un accès équitable au soutien éducatif pour tous les enfants, en particulier ceux provenant de familles à faible revenu. Cela pourrait contribuer à réduire les inégalités d'apprentissage exacerbées par la pandémie et à favoriser un développement éducatif plus équitable à long terme.

Discussion

En combinant des méthodes de recensement et d'enquête, cette étude offre des perspectives uniques sur les impacts nuancés de la pandémie sur les performances académiques et la santé mentale des enfants. Les résultats soulignent l'importance de soutenir les familles et les enfants qui évoluent dans des contextes de défavorisation socioéconomique pour renforcer la résilience aux perturbations et défis sanitaires et environnementaux futurs.

Les variations dans les symptômes de santé mentale et les performances académiques ont mis en évidence des disparités importantes selon le sexe, le statut socioéconomique des familles et l'impact direct des conditions familiales pendant la pandémie. Les résultats corroborent les recherches antérieures sur l'impact différencié de la pandémie sur les apprentissages et la santé mentale des enfants (Deng *et al.*, 2023; Li *et al.*, 2023). En outre, les résultats ont révélé que les garçons et les enfants issus de milieux socioéconomiquement défavorisés étaient particulièrement vulnérables à des défis persistants en matière de performance scolaire et de santé mentale (symptômes internalisés et externalisés) après les confinements.

Les résultats les plus importants montrent que la préparation scolaire pré-pandémique (en maternelle, 5-6 ans) joue un rôle fondamental dans l'adaptation ultérieure des enfants aux perturbations. Les perturbations telles que la perte de revenu des parents, les difficultés de conciliation travail-famille et les troubles mentaux chez les adultes ont été associés à des résultats scolaires moins favorables chez les enfants. Toutefois, la taille des effets des perturbations pandémiques est relativement modeste en comparaison avec celle de la préparation scolaire initiale des enfants.

L'étude a révélé que les enfants dont le revenu familial a diminué pendant la pandémie étaient très *légèrement* plus susceptibles de montrer des compétences scolaires en deçà des attentes après les confinements, bien que cette baisse de revenu n'ait pas été associée à des symptômes de santé mentale accrus chez les enfants. L'impact modeste des pertes de revenus pourrait possiblement s'expliquer par les mesures de soutien économique, comme la Prestation canadienne d'urgence, qui auraient pu atténuer l'impact financier sur certaines familles (Hillel *et al.*, 2022).

Les enfants dont les parents ont éprouvé des difficultés à maintenir un équilibre travail-famille pendant les confinements étaient plus à risque de rencontrer certaines difficultés académiques et des symptômes de problèmes de santé mentale.

Ceci souligne les défis rencontrés par les parents dans la gestion des responsabilités professionnelles et familiales pendant la pandémie, ce qui pourrait avoir contribué aux difficultés académiques accrues des enfants (Del Boca *et al.*, 2020). Enfin, les enfants dont les parents ont souffert d'anxiété ou de dépression pendant la pandémie étaient plus susceptibles d'avoir des performances académiques en deçà des attentes et des symptômes de santé mentale plus élevés, ce qui souligne l'importance de la santé mentale des parents comme facteur prédictif clé de celle des enfants, une relation déjà établie dans la littérature (Ng & Ng, 2022).

En somme, les données soulignent l'importance d'investir dans le développement physique, social, émotif et cognitif dès les premières années de vie, avant même l'entrée à l'école élémentaire, pour renforcer la résilience des enfants face aux crises futures. Elles soulignent également la pertinence d'élaborer des stratégies de soutien pour la santé mentale des parents en tant de crises.

L'intégration de diverses sources de données, y compris les évaluations parentales, les données administratives et les tests académiques officiels, a enrichi notre compréhension des trajectoires de développement des enfants québécois affectés par la pandémie. Ces informations sont cruciales pour informer les politiques publiques visant à soutenir la résilience des enfants et des familles dans le contexte post-pandémique. Pour l'avenir, le projet Résilience se concentrera sur l'intégration continue de données longitudinales et sur l'analyse des services spéciaux offerts aux enfants pendant la pandémie. L'objectif est de comprendre comment ces services ont influencé le bien-être des enfants confrontés à des difficultés accrues, soutenant ainsi leur développement à long terme.

Bibliographie

- Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Coghill, D., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Santosh, P., Rothenberger, A., Soutullo, C., & Simonoff, E. (2020). ADHD Management during the COVID-19 Pandemic: Guidance from the European ADHD Guidelines Group. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), article 6.
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Heybati, K., Lohit, S., Abbas, U., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., & Huang, E. (2023). Prevalence of Mental Health Symptoms in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1520(1), article 1.
- Glynn, L. M., Davis, E. P., Luby, J. L., Baram, T. Z., & Sandman, C. A. (2021). A Predictable Home Environment May Protect Child Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Neurobiology of Stress*, 14, 100291.
- Hatta, O., Dassa, S. K., Djassou, G., Kpassagou, B. L., De Mol, J., & Gabriel, B. (2020). Symptômes externalisés, symptômes internalisés et comportements prosociaux: quel est le meilleur prédicteur de la consommation de substances psychoactives chez des adolescents au Togo? *Psychologie française*, 65(4), 281-291. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.02.005>
- Hillel, I., Xuereb, S., Research, V., & Sarangi, L. (2022). Campagne 2000. Éliminons la pauvreté des enfants et des familles au Canada.
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S. L., & Sourander, A. (2022). A Systematic Review of the Mental Health Changes of Children and Young People before and during the COVID-19 Pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-19.
- Li, Y., Yan, X., Li, Q., Li, Q., Xu, G., Lu, J., & Yang, W. (2023). Prevalence and Trends in Diagnosed ADHD among US Children and Adolescents, 2017-2022. *JAMA Network Open*, 6(10), e2336872.
- Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on Children's Mental Health: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 975936.
- Oliveira, J. M. D. de, Butini, L., Pualetto, P., Lehmkuhl, K. M., Stefani, C. M., Bolan, M., Guerra, E., Dick, B., De Luca Canto, G., & Massignan, C. (2022). Mental Health Effects Prevalence in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(2), article 2.
- Pagani, L. S., Fitzpatrick, C., Archambault, I., & Janosz, M. (2010). School Readiness and Later Achievement: A French Canadian Replication and Extension. *Developmental Psychology*, 46(5), 984-994. <https://doi.org/10.1037/a0018881>
- Penna, A. L., de Aquino, C. M., Pinheiro, M. S. N., do Nascimento, R. L. F., Farias-Antúnez, S., Araújo, D. A. B. S., Mita, C., Machado, M. M. T., & Castro, M. C. (2023). Impact of the COVID-19 Pandemic on Maternal Mental Health, Early Childhood Development, and Parental Practices: A Global Scoping Review. *BMC Public Health*, 23(1), article 1.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents during COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), article 11.
- Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Côté, S. M. (2018). Developmental Origins of Chronic Physical Aggression: A Bio-psycho-social Model for the Next Generation of Preventive Interventions. *Annual Review of Psychology*, 69(1), 383-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044030>
- Witteveen, A. B., Young, S. Y., Cuijpers, P., Ayuso-Mateos, J. L., Barbui, C., Bertolini, F., Cabello, M., Cadorin, C., Downes, N., & Franco, D. (2023). COVID-19 and Common Mental Health Symptoms in the Early Phase of the Pandemic: An Umbrella Review of the Evidence. *Plos Medicine*, 20(4), article 4.

La judiciarisation de la pandémie de Covid-19 au Québec

Ampleur et effets

Céline Bellot, Véronique Fortin et Marie-Ève Sylvestre

Le 13 mars 2020, le gouvernement québécois déclarait l'état d'urgence sanitaire et l'a reconduit de dix jours en dix jours jusqu'au 1^{er} juin 2022. Cet état d'urgence sanitaire, pour faire face à la pandémie de Covid-19, a permis au gouvernement d'agir par décret pour mettre en place de nombreuses mesures sanitaires, qui ont varié tant dans le temps que dans les différentes régions du Québec. Ce chapitre s'intéresse aux mesures sanitaires restrictives qui visaient tant des limitations en termes de mobilité des personnes, comme l'isolement, le confinement, que des obligations, comme le port du masque et la distanciation physique. Plus exactement, ce chapitre vise à montrer l'approche punitive mise en avant par le gouvernement à partir des données judiciaires obtenues du ministère de la Justice (MJQ). En somme, il s'agit de montrer comment le gouvernement, dans l'application des mesures sanitaires, a eu recours à des mesures coercitives plutôt que persuasives, grâce à des constats d'infraction pénale¹ remis aux personnes et quelles en ont été les conséquences pour les personnes physiques et morales judiciarisées et le système judiciaire en général. Les données obtenues auprès du ministère de la Justice concernent les constats d'infraction signifiés durant la période du 22 mars 2020 au 27 juin 2021².

Après avoir présenté le contexte et la méthodologie de l'étude, le premier chapitre évoquera les principaux résultats de l'analyse de la judiciarisation en termes d'ampleur, d'évolution dans le temps et dans les lieux, des motifs principaux reprochés aux personnes, ainsi que les caractéristiques de ces personnes. Nous reviendrons ensuite sur les effets de cette judiciarisation en regard notamment du coût financier,

¹ Il s'agit de constats d'infraction (contraventions) remis par les corps policiers en vertu de la Loi sur la santé publique.

² Ce chapitre fait état des principaux résultats de cette étude. Pour des analyses complémentaires, voy. le rapport complet de recherche : <https://www.observatoiredesprofilages.ca/wp-content/uploads/2022/05/Surengagement-policier-et-judiciaire-dans-la-gestion-de-la-pandemie.pdf>.

du poids sur le système judiciaire, mais également sur les enjeux des inégalités entourant cette judiciarisation.

Urgence sanitaire et frénésie pénale

Les analyses présentées dans ce chapitre font suite à des travaux antérieurs sur les données policières et le suivi de la réorganisation des services dans la lutte contre le sans-abrisme, qui ont permis de montrer que, dès les premiers mois de la gestion de la pandémie, le gouvernement du Québec a choisi de s'inscrire dans une dynamique autoritaire et sécuritaire dans l'application des mesures sanitaires, comme peut le montrer un regard criminologique et juridique.

L'état d'urgence sanitaire a permis la mise en place de nombreuses mesures dès la première vague, avec un confinement quasi généralisé, la fermeture des commerces non essentiels et des écoles, l'interdiction de rassemblements, le télétravail obligatoire, la distanciation physique et la quasi-fermeture des frontières, l'isolement des personnes malades, etc. Le port obligatoire du masque dans les lieux fermés, la création de zones et les restrictions en regard des mobilités interrégionales, le passeport vaccinal et l'instauration d'un couvre-feu se sont ajoutés au fur et à mesure des vagues successives de la pandémie de Covid-19. S'ajoutent, à ces contraintes sanitaires, physiques, sociales et économiques, des contraintes politiques comme la fermeture des parlements et la gouvernance par décrets (Cossette & Simard, 2022).

L'ensemble de ces mesures, décrétées dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, a conduit à la multiplication d'infractions en vertu de la Loi sur la santé publique (LSP). C'est plus de 100 libellés d'infractions différents que nous avons pu comptabiliser à travers les données obtenues du MJQ, ciblant tant les individus que les personnes morales, comme les commerces et les établissements sportifs, culturels ou de culte. Les montants des amendes accompagnant ces infractions pénales se situent entre 1 000 et 6 000 dollars, plus les frais, soit des montants élevés par rapport aux montants habituels pour des constats d'infraction. Or, de manière générale, notamment pour une stabilité de l'État de droit et des institutions judiciaires, la création de nouvelles infractions prend du temps et concerne quelques comportements.

Cette frénésie pénale repose sur les pouvoirs établis dans la LSP, qui donne à l'État le rôle d'agir dans un contexte d'urgence sanitaire en vue de protéger la santé de sa population (Godin, 2020). L'article 118 de la LSP stipule que « [l]e gouvernement peut déclarer un état d'urgence sanitaire dans tout ou partie du territoire québécois lorsqu'une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente, exige l'application immédiate de certaines mesures prévues à l'article 123 pour protéger la santé de la population ».

À cet égard, et malgré les critiques, les résistances et les contradictions formulées dans l'opinion publique, force est de reconnaître que « l'impératif de la protection inconditionnelle de la vie » (Godin, 2020, p. 20) a prévalu ici et ailleurs, emportant l'adhésion d'une vaste majorité de Québécois et Québécoises. Pour autant, à la

différence d'autres provinces canadiennes ou d'États, le Québec n'a pas simplement mis en place des mesures, il les a fait appliquer de manière coercitive en ayant recours bien davantage aux forces policières et judiciaires dans la gestion de la pandémie (Cossette & Simard, 2022). Or ce contrôle aurait porté atteinte gravement et de manière durable aux libertés démocratiques, assumant un véritable « traitement-choc » (Cossette & Simard, 2022). D'autres critiques viennent souligner les traitements discriminatoires que cette frénésie pénale a accentués, sans égard pour les conditions de vie et de travail des personnes (Pierre, 2022 ; Josselin, 2021 ; Ismé & Michel, 2021). De la même façon, d'autres reprocheront au gouvernement d'avoir ignoré les situations de pauvreté et d'inégalités sociales préexistantes à la pandémie en déployant le plus souvent des mesures sanitaires générales (Jean *et al.*, 2022 ; Larrivière, 2022).

La démarche méthodologique

Les résultats présentés résultent de l'analyse des données obtenues du ministère de la Justice du Québec (MJQ). La banque de données couvre l'ensemble des constats d'infraction signifiés³, c'est-à-dire des constats pour lesquels la poursuite a été engagée entre le 22 mars 2020 et le 27 juin 2021⁴. Un total de 31 845 constats d'infraction signifiés a donc été analysé. Il concerne le plus souvent des individus, même si, parfois, ils pouvaient viser des personnes morales comme des commerces, des lieux de culte, des établissements sportifs et culturels.

La banque de données judiciaires contient différentes variables, incluant le district judiciaire lié au constat d'infraction signifié, l'adresse civique déclarée par la personne judiciarisée, sa date de naissance, le numéro du constat d'infraction, le motif de l'infraction, le jour de l'infraction, le lieu de l'infraction, le montant de l'amende et des frais initiaux, ainsi que l'éventuelle contestation du constat d'infraction par un dépôt d'un plaidoyer de non-culpabilité. Les analyses géospatiales ont été réalisées à partir des codes postaux, identifiés dans les adresses déclarées par les personnes judiciarisées. L'adresse civique de la personne judiciarisée a permis d'établir la région administrative de sa résidence. Le district judiciaire a été déterminé par le ministère de la Justice, il s'agit du district judiciaire du lieu où a été commise l'infraction. Les données judiciaires compilées par le ministère de la Justice ne permettent pas d'identifier l'origine ethnoraciale des personnes judiciarisées ni leur genre.

Ainsi, le présent chapitre ne permet pas de caractériser les personnes judiciarisées au-delà de leur âge et de leur lieu de résidence, il donne toutefois un aperçu des enjeux d'inégalités et de discriminations soulevés par cette judiciarisation.

³ Considérant les différents formats des constats émis par les corps policiers, la signification du constat a pu être faite immédiatement par la remise du constat d'infraction par le policier ou la policière ou quelques jours ou semaines plus tard par le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP).

⁴ La demande d'extraction des données était du 13 mars 2020 au 30 juin 2021. Cependant, les dates d'infraction des constats dans la banque de données reçue couvrent la période du 22 mars 2020 au 27 juin 2021.

Le portrait général de la judiciarisation de la pandémie

Les données présentées dans le présent chapitre nous permettent différents types d'analyse: temporelle, géographique, des motifs de judiciarisation et des caractéristiques des personnes judiciarisées.

La distribution dans le temps des constats d'infraction signifiés

Les analyses de la judiciarisation portent sur les quinze premiers mois de la pandémie.

Le **tableau 1** présente la distribution mensuelle des constats d'infraction signifiés. Il permet de constater que, dès le début du premier confinement, soit avril 2020, la judiciarisation a été importante, puisque, durant ce mois d'avril, 3 288 constats ont été signifiés, soit plus de 10 % de l'ensemble des constats d'infraction signifiés étudiés. Pourtant, dans l'étude de Boisvert *et al.* (2022) sur le point de vue policier durant la pandémie, ces derniers affirmaient avoir surtout donné des avertissements au début de la pandémie. Cependant, c'est durant la période du premier couvre-feu de janvier à mai 2021⁵ que le plus grand nombre de constats d'infraction ont été remis. En effet, en janvier 2021, ce sont 6 378 constats d'infraction qui ont été signifiés, en février, 5 583, en mars, 5 074, en avril, 4 738, et en mai 3 039. Ainsi, pendant les cinq mois du couvre-feu, ce sont près de 25 000 (24 812) constats d'infraction qui ont été signifiés, soit près de 78 % de l'ensemble des constats d'infraction à l'étude.

La **figure 1** présente l'évolution de la distribution cumulative des constats d'infraction signifiés entre le 22 mars et le 27 juin 2021. Elle permet de mieux constater les périodes où l'approche punitive a été davantage utilisée, notamment durant l'hiver 2021 en raison de l'application du couvre-feu. Dans la recherche de Boisvert *et al.* (2022), les policiers interrogés affirment très largement que les directives pour une gestion punitive du couvre-feu ont été importantes. Dans les médias, le gouvernement et notamment le Premier ministre vont insister sur la logique punitive.

La distribution géographique de la judiciarisation de la pandémie par région administrative

L'analyse par région administrative permet d'appréhender les régions dans lesquelles les personnes judiciarisées ont leur lieu de résidence et le district judiciaire où l'infraction a été commise. Dans au moins la moitié des constats et jusqu'à près

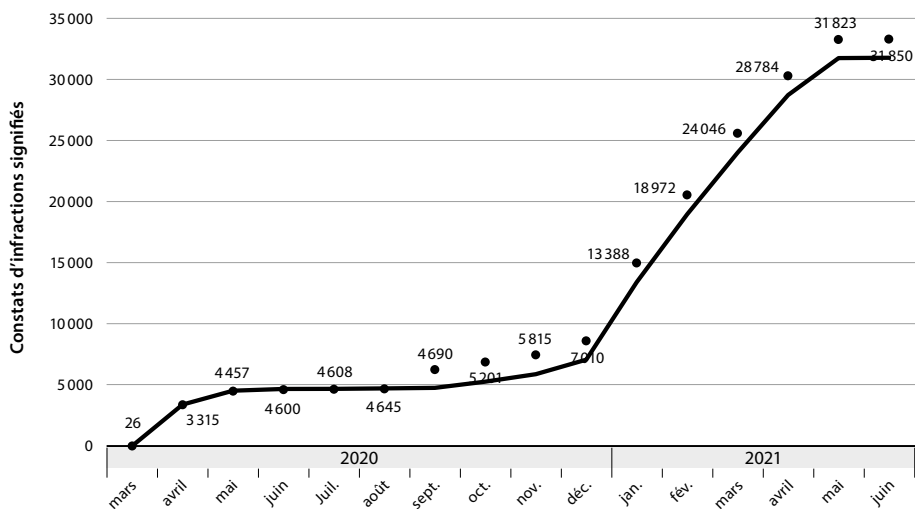
⁵ Un deuxième couvre-feu sera imposé en décembre 2021, mais il n'est pas couvert par les analyses considérant le fait que les données que nous détenons vont seulement jusqu'en juin 2021.

Tableau 1 : Distribution des constats d’infraction* signifiés dans le temps

Année	Mois	Constats signifiés	
		N	%
2020	Mars	26	0,1
	Avril	3 288	10,3
	Mai	1 140	3,6
	Juin	143	0,4
	Juillet	8	0,0
	Août	37	0,1
	Septembre	45	0,1
	Octobre	511	1,6
	Novembre	614	1,9
	Décembre	1 194	3,7
2021	Janvier	6 378	20,0
	Février	5 583	17,5
	Mars	5 074	15,9
	Avril	4 738	14,9
	Mai	3 039	9,5
	Juin	27	0,1
Total		31 845	100,0

* Nous avons utilisé la date de la perpétration de l’infraction comme repère temporel. Parfois, la signification est immédiate, soit le même jour, parfois, la date de signification est décalée de quelques jours ou semaines en fonction du type de constat/rapport et en fonction du délai de la procédure judiciaire.

Figure 1 : Évolution du nombre cumulatif de constats d’infraction signifiés entre le 22 mars 2020 et le 27 juin 2021



de 95 % pour Montréal, les infractions ont été commises dans le district judiciaire correspondant à l'adresse civique de la personne judiciarisée.

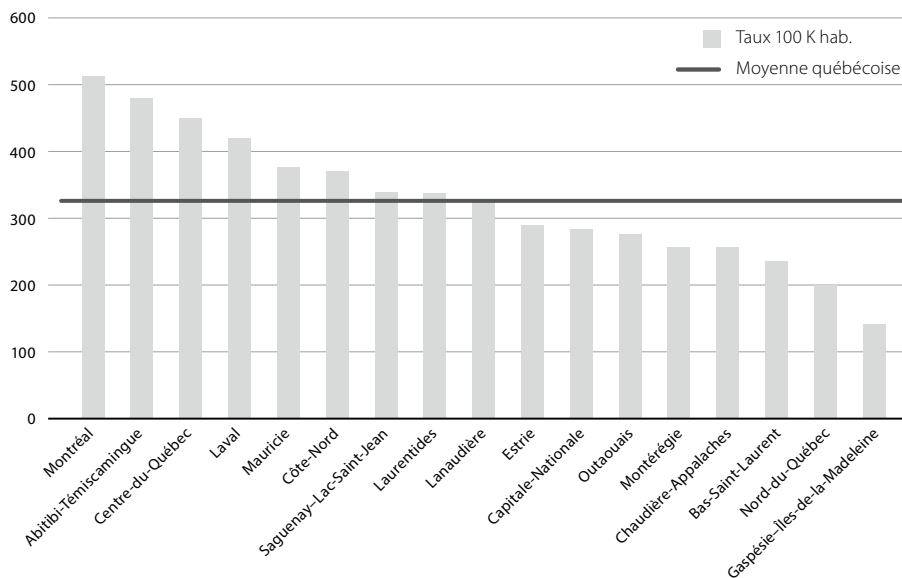
Comme le présente le **tableau 2**, les quatre régions administratives pour lesquelles cette judiciarisation a été la plus importante en taux pour 100 000 habitants sont : Montréal (taux de 512,7), Abitibi-Témiscamingue (taux de 478,9), Centre-du-Québec (taux de 449,7) et Laval (taux de 420,4). Les quatre régions administratives pour lesquelles la judiciarisation a été moindre en taux pour 100 000 habitants sont : Chaudière-Appalaches (taux de 256,3), Bas-Saint-Laurent (taux de 235,1), Nord-du-Québec (taux de 199,3), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (taux de 141,2). La moyenne du nombre de constats d'infraction signifiés est de 326,5.

La **figure 2** présente les taux de judiciarisation pour l'ensemble des régions administratives en comparaison avec la moyenne du taux moyen de l'ensemble de la province, représenté par une ligne rouge.

Tableau 2 : Distribution du total des constats d'infraction signifiés à des personnes résidant dans une région administrative donnée et taux par 100 000 habitants

Région administrative	Constats signifiés		Population		Taux par 100 K hab.
	N	%	N	%	
Montréal	10 387	33,9	2 025 928	23,5	512,7
Abitibi-Témiscamingue	710	2,3	148 242	1,7	478,9
Centre-du-Québec	1 149	3,7	255 476	3,0	449,7
Laval	1 863	6,1	443 192	5,2	420,4
Mauricie	1 042	3,4	277 384	3,2	375,7
Côte-Nord	336	1,1	90 543	1,1	371,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	951	4,7	279 949	3,3	339,7
Laurentides	2 187	0,4	647 179	7,5	337,9
Lanaudière	1 746	5,7	535 230	6,2	326,2
Estrie	1 447	4,7	499 197	5,8	289,9
Capitale-Nationale	2 155	7,0	761 029	8,8	283,2
Outaouais	1 118	3,4	404 265	4,7	276,6
Montérégie	3 747	12,2	1 460 933	17,0	256,5
Chaudière-Appalaches	1 123	3,7	438 106	5,1	256,3
Bas-Saint-Laurent	468	1,5	199 097	2,3	235,1
Nord-du-Québec	93	0,3	46 673	0,5	199,3
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	130	0,4	92 072	1,1	141,2
Total/Moyenne pour le taux	30 652	100,0	8 604 495	100,0	326,5

Note : pour 1 193 constats signifiés, il n'était pas possible d'identifier le lieu de résidence de la personne judiciarisée, ou que ce lieu était situé à l'extérieur du Québec.

Figure 2 : Distribution du total des constats d’infraction signifiés par région administrative

Cette distribution permet de remarquer que, pour certaines régions administratives, le taux de judiciarisation ne semble pas refléter l’évolution de la pandémie⁶. Ainsi, par exemple, l’Abitibi-Témiscamingue, deuxième région administrative où le taux de judiciarisation a été le plus élevé pendant la période à l’étude, a été une zone jaune pendant une partie de la période à l’étude, avant de basculer en zone rouge. À l’inverse, la Montérégie a été longtemps au cœur de l’épicentre de la pandémie et, pourtant, le taux de judiciarisation des personnes résidant sur ce territoire est en deçà du taux moyen du Québec. Pour l’Abitibi-Témiscamingue, les constats d’infraction ont surtout été remis à Val-d’Or, ville pour laquelle nous avons montré que la judiciarisation des personnes autochtones, notamment des personnes sans-abri, était fort importante (Bellot & Sylvestre, 2016). En outre, dans des analyses par quartier pour Montréal, les quartiers les plus défavorisés et les plus densément peuplés sont ceux où vivaient les personnes judiciarisées. La répartition géographique des personnes judiciarisées suit ainsi très largement les données épidémiologiques sur les indices de défavorisation économique et sociale de la santé publique.

Ainsi, la remise de constats d’infraction ne semble pas être liée à l’ampleur de l’épidémie au plan local ou régional, mais s’est déployée principalement dans des quartiers défavorisés ou des régions où les pratiques policières punitives à l’endroit de populations autochtones ou racisées sont importantes. Par exemple, à Montréal, ce sont les personnes vivant dans les quartiers centraux (défavorisés) qui ont été les

⁶ Le découpage territorial des régions administratives ne correspond pas toujours à celui des régions sociosanitaires des données épidémiologiques, notamment le nombre de nouveaux cas de Covid-19, comme c’est le cas, par exemple, de la Montérégie et de l’Estrie. Il ne nous est donc pas possible de dresser un portrait plus détaillé par région.

plus judiciairisées. Quand on s'intéresse à la région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue, deuxième région dans le tableau, il est possible de constater que les infractions sont issues surtout du district judiciaire de Val-d'Or, ville réputée pour une présence importante de personnes autochtones et des pratiques policières répressives importantes à leur endroit (Bellot & Sylvestre, 2017).

Les motifs de la judiciairisation

Le **tableau 3** montre la répartition par motif des constats d'infraction significatifs. Le couvre-feu est le principal motif de judiciairisation, soit 56,8 % des constats d'infraction significatifs, suivi de rassemblements dans les résidences privées (17,5 %), de rassemblements dans les lieux publics (15,2 %) ⁷, de manifestations (3,4 %) et, finalement, de la catégorie « autre » (7,2 %), qui rassemble de multiples infractions ⁸. Le couvre-feu, infraction la plus judiciairisée, a pourtant été valide pour une durée maximale d'environ cinq mois (la durée a varié pour certaines régions), soit du 9 janvier 2021 (Décret 2-2021) au 28 mai 2021 (Décret 735-2021).

En s'intéressant seulement aux constats d'infraction liés au couvre-feu (**tableau 4**), l'Abitibi-Témiscamingue est la région où le taux de constats pour non-respect du couvre-feu par 100 000 habitants est le plus élevé, avec un taux de 318,4 constats. Rappelons ici que l'article d'Alec Castonguay (2021) dans *L'actualité* rapportait que la Direction régionale de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue avait émis des réserves quant à l'adoption du couvre-feu, en raison notamment d'un état épidémique moins important que dans d'autres régions. Force est de constater que, malgré ces réserves, la Sûreté du Québec a largement appliqué cette infraction de couvre-feu, d'autant plus fortement à Val-d'Or et ses environs, si on regarde les districts judiciaires concernés.

La seconde région ayant le taux le plus élevé de judiciairisation pour 100 000 habitants est Montréal, avec un taux de 279,4. Les régions où les personnes y résidant ont été le moins judiciairisées en regard de ce motif d'infraction sont le Nord-du-Québec (taux de 100,7) et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (taux de 72,8). La moyenne provinciale du taux pour 100 000 habitants est de 187,3. Notons que la région de Laval se situe à la limite de la moyenne avec un taux de 188,2, alors que la région de la Montérégie a un taux en deçà de la moyenne avec un taux de 159,0. Pourtant, ces deux régions, tout comme Montréal, constituaient l'épicentre de la pandémie lors de l'application du premier couvre-feu (Marin, 2022).

⁷ De mars 2020 à juillet 2020, le libellé de l'infraction était « a refusé d'obéir à l'ordre de ne pas se rassembler à l'intérieur ou à l'extérieur ». Ces constats ont donc été classés dans la catégorie « lieux publics » par les instances judiciaires. À partir de juillet, mais appliqué le plus souvent à partir de l'automne, il y avait un motif d'infraction spécifique pour les rassemblements dans les résidences privées, libellé de la manière suivante : « a refusé d'obéir à l'ordre limitant le nombre de personnes pouvant se trouver dans une résidence privée ou ce qui en tient lieu, incluant le terrain d'une telle résidence ». Pour les constats antérieurs à l'automne 2020, il est donc impossible de faire la distinction.

⁸ Dans le district judiciaire de Montréal, par exemple, l'analyse plus détaillée des constats d'infraction qui y ont été significatifs révèle 77 libellés d'infraction différents. De manière générale, le non-respect du port du couvre-visage ou de la distanciation physique a été peu judiciairisé.

Tableau 3 : Les motifs d'infraction des constats signifiés

Catégorie d'infraction	N	%
Couvre-feu	18 078	56,8
Résidences privées	5 569	17,5
Lieux publics	4 849	15,2
Manifestations	1 072	3,4
Autre	2 277	7,2
Total	31 845	100,0

Tableau 4 : Distribution des constats d'infraction signifiés pour « couvre-feu » par région administrative et taux par 100 000 habitants

Région administrative	Constats signifiés		Population		Taux par 100 K hab.
	N	%	N	%	
Montréal	472	2,7	148 242	1,7	318,4
Abitibi-Témiscamingue	5 660	32,9	2 025 928	23,5	279,4
Centre-du-Québec	713	4,1	255 476	3,0	279,1
Laval	748	4,3	277 384	3,2	269,7
Mauricie	195	1,1	90 543	1,1	215,4
Côte-Nord	580	3,4	279 949	3,3	207,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	834	4,8	443 192	5,2	188,2
Laurentides	1 198	7,0	647 179	7,5	185,1
Lanaudière	746	4,3	404 265	4,7	184,5
Estrie	814	4,7	499 197	5,8	163,1
Capitale-Nationale	864	5,0	535 230	6,2	161,4
Outaouais	2 323	13,5	1 460 933	17,0	159,0
Montérégie	1 123	6,5	761 029	8,8	147,6
Chaudière-Appalaches	620	3,6	438 106	5,1	141,5
Bas-Saint-Laurent	222	1,3	199 097	2,3	111,5
Nord-du-Québec	47	0,3	46 673	0,5	100,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	67	0,4	92 072	1,1	72,8
Total/Moyenne pour le taux	17 226	100,0	8 604 495	100,0	187,3

Note: pour 852 constats signifiés, il n'était pas possible d'identifier le lieu de résidence de la personne judiciarisée ou que ce lieu était situé à l'extérieur du Québec.

Les caractéristiques des personnes judiciairisées

Une analyse basée sur l'âge des personnes majeures judiciairisées permet de mieux comprendre qui a fait l'objet de la judiciairisation de la pandémie. D'autres analyses⁹ ont permis d'établir que la judiciairisation avait touché les plus vulnérables. Ainsi, malgré une exemption pour les personnes sans-abri du couvre-feu, nous avons repéré dans la banque plus de 270 constats d'infraction remis à des personnes sans-abri durant le couvre-feu. En outre, si nous n'avons pas la possibilité de considérer l'origine ethnoraciale des personnes judiciairisées ou de leur condition sociale faute de données compilées en la matière, rappelons ici que, par les adresses postales des personnes, il est possible d'indiquer que ce sont des personnes habitant les quartiers les plus défavorisés qui ont été les plus judiciairisées. Le **tableau 5** présente la distribution des constats d'infraction remis aux personnes sans-abri¹⁰.

Le **tableau 6** présente la distribution par catégorie d'âge des personnes judiciairisées durant la pandémie. Les jeunes de 18 à 24 ans représentent le groupe d'âge le plus judiciairisé avec 27,4 % des constats d'infraction signifiés, soit plus de 8 500 constats d'infraction, alors qu'ils ne représentent que 10,8 % de la population québécoise. Le deuxième groupe le plus judiciairisé est celui des personnes âgées de 30 à 39 ans, avec plus de 25 % des constats d'infraction, soit 7 864 constats. À l'inverse, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 4,4 % des constats d'infraction signifiés, soit 1 371 constats d'infraction, alors que leur poids démographique est beaucoup plus élevé, soit 33,4 %.

La **figure 3** présente la distribution temporelle des constats d'infraction signifiés en fonction des groupes d'âge. Elle permet notamment d'observer que les jeunes de moins de 25 ans ont été particulièrement judiciairisés durant l'été 2020.

En s'intéressant aux infractions reprochées par groupe d'âge, on constate que, pour les moins de 25 ans, ce sont les rassemblements dans des lieux privés ou publics qui leur sont reprochés. Pour les moins de 30-40 ans, il s'agit du couvre-feu alors que, pour les plus de 40 ans, l'infraction principale concerne les manifestations (**tableau 7**).

Ainsi, l'analyse des données judiciaires montre l'ampleur de la logique punitive, notamment dans le cadre du couvre-feu, contribuant à de nombreux effets délétères, tant pour les personnes que pour le système judiciaire.

⁹ Dans le district judiciaire de Montréal, par exemple, l'analyse plus détaillée des constats d'infraction qui y ont été signifiés révèle 77 libellés d'infraction différents. De manière générale, le non-respect du port du couvre-visage ou de la distanciation physique a été peu judiciairisé.

¹⁰ Pour définir une personne comme une personne sans-abri, nous avons utilisé les adresses d'organismes œuvrant auprès de cette population, adresse que les personnes ont utilisée lors de la remise des constats d'infraction. Le plus souvent, il s'agissait des grands refuges connus de tous dans la région concernée, y compris des policiers qui ont remis ces constats.

Tableau 5 : Distribution des constats signifiés à des personnes en situation d’itinérance, par région administrative

Région administrative	N	%
Montréal	142	51,6
Estrie	25	9,1
Capitale-Nationale	23	8,4
Abitibi-Témiscamingue	19	6,9
Mauricie	19	6,9
Outaouais	10	3,6
Montérégie	9	3,3
Lanaudière	8	2,9
Centre-du-Québec	6	2,2
Laurentides	6	2,2
Laval	3	1,1
Saguenay	3	1,1
Nord-du-Québec	2	0,7
Total	275	100,0

Tableau 6 : Distribution des constats d’infraction signifiés par groupe d’âge ainsi que leur proportion dans la population québécoise

Groupe d’âge	Constats signifiés		Population totale Québec		Taux par 100K hab.
	N	%	N	%	
18 à 24 ans	8 549	27,4	766 503	10,8	1115
25 à 29 ans	6 144	19,7	555 333	7,8	1106
30 à 39 ans	7 864	25,2	1 127 027	15,8	697
40 à 49 ans	4 714	15,1	1 124 776	15,8	419
50 à 59 ans	2 580	8,3	1 159 373	16,3	222
60 ans et plus	1 371	4,4	2 378 267	33,4	9
Total	31 222	100,0	7 111 279	100,0	

Note : pour 623 constats signifiés, l’année de naissance était manquante.

Figure 3 : Distribution des constats d’infraction signifiés par groupe d’âge dans le temps

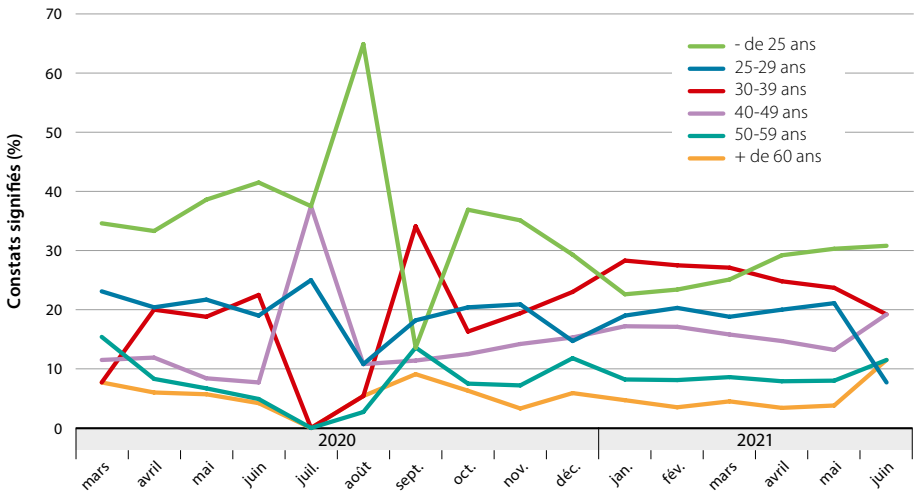


Tableau 7 : Distribution des constats d’infraction signifiés par groupe d’âge selon les principales catégories d’infraction

	Catégorie d’infraction					Total/Moy. pour %
	Couvre-feu	Résidences privées	Lieux publics	Manifestation		
18 à 24 ans	N	4 150	2 122	1 715	62	8 049
	%	23,4	38,4	36,8	5,9	26,1
25 à 29 ans	N	3 484	1 180	956	111	5 731
	%	19,6	21,3	20,5	10,5	18,0
30 à 39 ans	N	5 098	1 137	896	234	7 365
	%	28,7	20,6	19,2	22,1	22,7
40 à 49 ans	N	2 976	566	489	273	4 304
	%	16,8	10,2	10,5	25,8	15,8
50 à 59 ans	N	1 413	343	358	242	2 356
	%	8,0	6,2	7,7	22,9	11,2
> 60 ans	N	618	179	251	135	1 183
	%	3,5	3,2	5,4	12,8	6,2
Total		17 739	5 527	4 665	1 057	28 988

Les conséquences de la judiciarisation pour les personnes et le système judiciaire

Les données obtenues nous permettent d’identifier certaines conséquences de la judiciarisation pour les personnes et le système judiciaire. Nous dresserons d’abord le portrait du coût financier de cette judiciarisation pour les personnes, puis les enjeux d’engorgement du système judiciaire liés aux différentes étapes de la procédure judiciaire découlant du traitement de ces constats d’infraction.

Nous nous devons de mentionner que les conséquences de cette judiciarisation pour les personnes vont au-delà de celles que nous pouvons analyser dans ce chapitre. La méfiance, voire la défiance, à l’égard des institutions publiques, notamment celles de la santé publique et de la sécurité publique, se sont aggravées par cette approche punitive dans la gestion de la crise sanitaire (Cossette & Simard, 2022; Boisvert, 2022). Les conséquences psychologiques et sociales pour les personnes visées sont aussi nombreuses (Houde *et al.*, 2022; Cossette & Simard, 2022).

Le coût financier pour les personnes judiciarisées

Le coût financier, voire le fardeau de la judiciarisation, sont très lourds pour les personnes judiciarisées qui plaident coupables ou sont trouvées coupables par défaut à la suite d’un procès. Les amendes associées à ces constats d’infraction sont « salées », comme le mentionnent de nombreux observateurs, y compris les corps policiers dans le rapport de Boisvert *et al.* (2022).

Le non-respect d’une mesure sanitaire sanctionnée par un constat d’infraction entraîne en effet une dette pénale importante. Dans nos données, les amendes associées aux constats d’infraction signifiés vont de 400 à 5 000 dollars. Une vaste majorité de constats d’infraction ont une amende de 1 000 dollars (l’amende minimale pour la plupart des infractions, l’amende minimale de 400 dollars étant réservée aux infractions liées au port du masque), à laquelle s’ajoutent les frais, pour un total d’environ 1 550 dollars.

Le montant total des amendes liées aux constats d’infraction de la banque de données est de près de 32 millions de dollars (31 903 450 \$) au moment de l’extraction.

L’amende initiale n’est qu’un des éléments du coût financier associé aux constats d’infraction signifiés. Les données montrent que ces frais de justice initiaux varient de 20 à 1 250 dollars, pour un grand total de plus de 9,5 millions, au moment de l’extraction des données. Différentes étapes subséquentes du processus judiciaire ajoutent en effet des frais au montant dû, et ce, tant que la personne judiciarisée ne s’est pas acquittée de sa dette judiciaire. L’ensemble des montants dus pour les constats d’infraction à l’étude au moment de l’extraction de la base de données, soit janvier 2022, est de près de 50 millions de dollars. Ce montant s’est alourdi tout au long des procédures. En 2023 et 2024, les tribunaux, en reconnaissant la culpabilité des personnes judiciarisées, ont contribué à alourdir les dettes des personnes judiciaires au terme des processus de contestation des constats d’infraction remis. Prononcées au nom

de la santé publique, ces décisions ont contribué à renforcer les inégalités sociales alors même que les raisons de santé publique n'existaient plus, notamment pour les personnes vivant dans les quartiers défavorisés.

Les risques d'engorgement du système judiciaire

L'adoption de mesures sanitaires a, dans un premier temps, mené au seul maintien des activités essentielles du système judiciaire. Dans ce contexte, la pandémie a aggravé les délais de traitement. La reprise des activités habituelles n'a pas permis de rattraper totalement le retard, d'autant que la question des délais était un enjeu déjà considérable avant l'arrivée de la pandémie, comme le mentionne le rapport de gestion 2020-2021 du ministère de la Justice (MJQ, 2021).

Or la judiciarisation de la pandémie risque d'alourdir la charge de travail du système judiciaire dans son ensemble, autant du Bureau des infractions et amendes (BIA) que de la Cour du Québec, notamment en raison du nombre important de constats d'infraction qui ont été contestés par le dépôt de plaidoyers de non-culpabilité.

Les données obtenues du MJQ révèlent en effet que plus de 47 % des constats signifiés ont fait l'objet d'un dépôt de plaidoyer de non-culpabilité de la part des personnes judiciarisées, pour un total de 15 076 constats contestés, dont 11 661 sont relatifs au non-respect du couvre-feu. Cette donnée signifie que, si les personnes maintiennent leur plaidoyer de non-culpabilité, la Cour du Québec devra tenir près de 15 076 procès pour qu'un juge puisse entendre ces contestations et se prononce sur leur culpabilité. Mentionnons ici qu'il s'agit des principes de base de la procédure pénale qui permet à chaque personne accusée d'enregistrer un plaidoyer de non-culpabilité afin de pouvoir contester devant un juge l'infraction qui lui est reprochée.

Ainsi, l'analyse des données montre à quel point l'approche punitive mise en avant par le gouvernement québécois a eu des conséquences délétères, tant pour les personnes judiciarisées que pour le système judiciaire dans son ensemble. Le haut taux de plaidoyers de non-culpabilité témoigne de la nécessité pour les personnes judiciarisées de défendre leurs droits dans un contexte où les constats d'infraction peuvent leur apparaître injustifiés, voire illégaux. Nos données ont en effet montré que des personnes sans-abri ont reçu des constats d'infraction pour non-respect du couvre-feu, et ce, malgré l'exemption en indiquant sur le constat d'infraction l'adresse de refuge d'urgence. Nous n'avons pas la possibilité d'étudier d'autres circonstances liées au dépôt de plaidoyers de non-culpabilité qui permettraient de comprendre les raisons de la contestation de ces infractions. Pour autant, le passage de mesures restrictives à des mesures coercitives et punitives par l'émission et la signification d'un nombre important de constats d'infraction a soulevé de nombreuses critiques dans la population, lesquelles s'expriment en partie dans la volonté des personnes judiciarisées d'être entendues par un juge et de faire valoir leur point de vue concernant leur non-culpabilité.

Enfin, mentionnons que le paiement de ces amendes constitue un enjeu pour un grand nombre de personnes judiciarisées. Avec un montant moyen lors de l'extraction de 1 550 dollars par constat d'infraction signifié, la dette judiciaire des personnes,

laquelle ne peut que s'alourdir, ne doit pas être négligée¹¹. Les difficultés de paiement risquent d'être nombreuses. La procédure pénale prévoit des possibilités de paiement en octroyant des délais, en convertissant les amendes en travaux compensatoires, voire même en emprisonnement pour non-paiement. Nos données ne nous permettent pas de connaître sur le recours à ces étapes judiciaires subséquentes. En Ontario, alors que le montant total des amendes des constats d'infraction liées à la Covid-19 était, en avril 2022, de 3,6 millions de dollars, 43 % de ce montant demeurent impayés (Radio-Canada, 2022). En imaginant que ce taux de 43 % puisse aussi représenter le montant des amendes et frais de justice impayés au Québec, c'est une dette judiciaire de près de 21,5 millions de dollars qui devra être recouvrée par le système judiciaire. Sur la base de la table des travaux compensatoires du Code de procédure pénale (MJQ, 2022), l'amende et les frais moyens initiaux de chacun des constats d'infraction signifiés de 1 550 dollars équivaldraient à plus de cent deux heures de travaux compensatoires, et ce, avant même l'ajout de l'ensemble des frais judiciaires associés aux différentes étapes du processus d'exécution des jugements. Ces quelques hypothèses montrent à quel point l'engorgement judiciaire risque d'être important, et ce, pour des dettes judiciaires qui tiennent davantage à un choix politique de recours à une approche punitive plutôt qu'à un choix de santé publique.

Conclusion

Notre étude a établi l'ampleur du recours à l'approche punitive au Québec, par la remise de constats d'infraction, notamment dans le cadre du couvre-feu. Ces constats remis au nom de la santé publique témoignent d'une dérive sécuritaire du gouvernement dans sa gestion de la pandémie. En Ontario, 15 054 constats d'infraction ont été signifiés en date du 31 décembre 2021 dans cette province qui compte pourtant près de deux fois la population du Québec, pour un montant total d'amende de près de 3,6 millions de dollars (Radio-Canada, 2022; Statistique Canada, 2022). L'Association canadienne des libertés civiles (ACLC) et le Policing the Pandemic Mapping Project (PPMP) ont par ailleurs publié deux rapports couvrant différentes périodes de la pandémie démontrant que bien plus de constats d'infraction ont été émis au Québec que dans la plupart des autres provinces (ACLC et PPMP, 2020; ACLC et PPMP, 2021).

Cette logique punitive soulève de nombreuses préoccupations. D'abord, en s'inscrivant le plus souvent dans des quartiers défavorisés, et considérant le montant de la dette judiciaire, cette judiciarisation a pour effet de creuser les inégalités sociales et les discriminations en ayant renforcé l'activité policière dans ces quartiers. Or, paradoxalement, ces impacts se font encore sentir aujourd'hui. Ainsi, les procès confirmant les culpabilités au nom de la santé publique se déroulent alors même que cette dernière porte une lutte contre les inégalités sociales et leurs effets sur la santé des populations.

¹¹ Pour rappel, le montant mensuel offert par le gouvernement fédéral aux personnes ayant perdu leur emploi lors de la pandémie comme mesure d'urgence était de 2 000 dollars.

À cet égard, les effets de cette logique punitive vont bien au-delà de la pandémie pour la santé publique. Si la plupart des analyses s'entendent, dans tous les pays et les institutions de santé et de santé publique, pour nommer la confusion qui a régné sur les stratégies et les mesures à mettre en place, force est de constater que l'application de la logique punitive s'est réalisée sans précaution, sans monitoring et sans réel intérêt y compris actuellement à revoir la pertinence et le bien-fondé de cette logique, en regard des pratiques habituelles de santé publique. Les mesures de dépistage, de traçage et d'isolement constituent certainement les stratégies les plus efficaces pour contrôler la propagation d'un virus dans la population et soutenir sa confiance par des approches éducatives et de promotion de la santé (Farzanegan & Hofmann, 2021 ; Brodeur *et al.*, 2021).

Le retrait des pratiques habituelles de la santé publique au profit d'un tournant sécuritaire et punitif, singulièrement dans les quartiers défavorisés et densément peuplés, mais aussi dans des régions administratives où ni la pandémie ni la densité de la population l'exigeaient, révèle à cet égard l'instrumentalisation politique de la santé publique par le gouvernement (Lelliott *et al.*, 2021). En effet, si on a souvent entendu que la pandémie de Covid-19 était une crise sanitaire majeure, « qu'il fallait construire l'avion en vol », force est de constater que de nombreuses études de santé publique sur les enjeux de coercition et de répression dans la gestion d'une épidémie ont été ignorées (Lelliott *et al.*, 2021 ; Sprengholz *et al.*, 2021 ; Simckes *et al.*, 2021 ; Punch & James, 2017). Ainsi, l'épidémie du VIH à partir des années 1980 a permis de rendre compte de la tension entre les objectifs de sécurité publique et ceux de santé publique et du caractère nuisible des mesures punitives pour lutter contre la propagation d'une maladie infectieuse. De nombreuses études en regard de la criminalisation de l'usage de drogues, du travail du sexe et de la non-divulgateion de la séropositivité ou de la transmission du VIH ont permis de montrer comment le recours au droit criminel et pénal pour gérer une épidémie pouvait avoir des effets contre-productifs dans la lutte contre la propagation du virus (Lelliott *et al.*, 2021). La peur d'être stigmatisé et judiciaireisé constitue en effet un facteur favorisant clairement le non-recours au dépistage et aux mesures de protection, ainsi que la méfiance envers les discours et les attentes de la santé publique, notamment chez les populations déjà les plus vulnérables de notre société (Wood & Griffin, 2021 ; Punch & James, 2017). Fallu (2022), évoquant le déploiement de l'approche en réduction des méfaits dans le contexte de l'épidémie de VIH, montre comment cette dernière aurait pu être mise en place et éviter les effets délétères d'une approche punitive. ONUSIDA (2020) rappelait, en évoquant les leçons apprises du VIH, l'importance des droits humains sous sept grands principes : 1° agir en plaçant la communauté au centre ; 2° pas de stigmatisation ni de discrimination ; 3° soutenir les plus vulnérables ; 4° réduire les obstacles à l'action ; 5° pas de sanctions pénales ; 6° soutenir les coopérations internationales ; 7° être aimable et bienveillant. Force est de constater que l'action gouvernementale n'a pas su mettre en avant tous ces principes.

De manière plus spécifique, les débats et les controverses entourant l'adoption d'un couvre-feu à deux reprises au Québec témoignent de cette instrumentalisation de la science au profit de l'agenda autoritaire du gouvernement. Les réticences de certaines directions de santé publique régionales, notamment celles du Bas-Saint-Laurent, de la

Gaspésie, de l'Outaouais ou de l'Abitibi-Témiscamingue qui estimaient que leur situation épidémiologique respective ne justifiait pas la nécessité d'un couvre-feu, n'ont pas réussi à faire contrepoids. Le gouvernement a choisi d'adopter « un traitement de choc » pour l'ensemble du Québec, indépendamment de l'état épidémiologique local de la pandémie, exigeant par courriel à certains acteurs de la santé publique de présenter au plus vite des études démontrant la pertinence d'un couvre-feu, comme le raconte Alec Castonguay (2021).

À l'inverse, les appels à la délation et le recours massif aux constats d'infraction ont assurément joué un rôle dans les défis vécus par la santé publique pour mener des enquêtes épidémiologiques, pour soutenir le dépistage, ainsi que pour convaincre et persuader les personnes de respecter les mesures, renforçant l'effritement du tissu social plutôt que la solidarité et la cohésion sociale. La voie de la contrainte peut apparaître en apparence comme la plus facile à mettre en œuvre et la plus efficace. Pour autant, elle est le plus souvent contre-productive en santé publique, car elle étiole, par la méfiance, voire la défiance, l'adhésion des populations, en plus de renforcer les inégalités et les discriminations préexistantes (Fallu, 2022 ; Ismé & Michel, 2021). Ainsi, l'action gouvernementale, en empruntant le chemin de la coercition et de la répression, s'est détournée d'une gestion de la pandémie ancrée dans les réalités des différentes communautés qui composent le Québec, offrant de surcroît un nouvel instrument de répression aux forces policières, qui l'ont largement utilisé dans certaines régions ou certains quartiers sans égard pour la réalité de l'épidémie. D'autres choix plus judicieux et respectueux des droits humains auraient pu être faits, ancrés dans une réelle approche de santé publique qui met l'accent sur l'éducation, la prévention et la promotion de la santé, en demeurant vigilant aux inégalités sociales de santé et aux déterminants sociaux de la santé, notamment eu égard aux conditions de logement des populations défavorisées et précarisées, qui rendaient plus difficile le respect du couvre-feu.

Bibliographie

- Association canadienne des libertés civiles et Policing the Pandemic Mapping Project (2020). *Stay off the Grass: COVID-19 and Law Enforcement in Canada*. <https://ccla.org/wp-content/uploads/2021/06/2020-06-24-Stay-Off-the-Grass-COVID19-and-Law-Enforcement-in-Canada1.pdf>
- Association canadienne des libertés civiles et Policing the Pandemic Mapping Project (2021). *COVID-19 and Law Enforcement in Canada. The Second Wave*. <https://ccla.org/wp-content/uploads/2021/06/2021-05-13-COVID-19-and-Law-Enforcement-The-second-wave.pdf>
- Bellot, C., & Sylvestre, M.-E. (2016). *La judiciarisation de l'itinérance à Val-d'Or*. Décembre, 60 p. <https://profilages.info/>
- Boisvert, Y., Charbonneau, É., & Bégin, L. (2022). *La régulation des comportements des citoyens lors de la crise sanitaire COVID: la perception du milieu policier*. Centre de recherche sur la gouvernance. https://cerberus.enap.ca/cerberus/files/nouvelles/documents/CERGO/CRSH_Police_regulation%2011%20avril.pdf
- Brodeur, A., Grigoryeva, I., & Kattan, L. (2021). Stay-at-home Orders, Social Distancing and Trust. *Journal of Population Economics*, 34, 1321-1354. <https://doi.org/10.1007/s00148-021-00848-z>
- Castonguay, A. (2021). *Le Printemps le plus long: au cœur des batailles politiques contre la Covid-19*. Québec/Amérique.
- Castonguay, A. (2021, 6 janvier). Les 48 heures qui ont mené au reconfinement du Québec. *L'actualité*. <https://lactualite.com/politique/les-48-heures-qui-ont-mene-au-reconfinement-du-quebec/>
- Cossette, J., & Simard, J. (dir.). (2022). *Traitements-chocs et tartelettes. Bilan critique de la gestion de la Covid-19 au Québec*. Éditions Somme Toute.
- Fallu, J.-B. (2022). Pourquoi ne pas avoir misé sur la réduction des méfaits. In J. Cossette & J. Simard (dir.). *Traitements-chocs et tartelettes. Bilan critique de la gestion de la Covid-19 au Québec* (p. 107-121). Éditions Somme Toute.
- Farzanegan, M. R., & Hofmann, H. P. (2021). *A Matter of Trust? Political Trust and the COVID-19 Pandemic*. CESifo Working Papers, No. 9121. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3863824>
- Godin, C. (2020). La biopolitique à l'épreuve du confinement. *Cités. Biopolitique du coronavirus*, 84(4), 11-24.
- Ismé, C., & Michel, V. (2021). Autochtones et minorités ethniques ou racisées face à la Covid-19. *Nouveaux cahiers du socialisme*, 25, 118-125. <https://id.erudit.org/iderudit/94859ac>
- Jean, E., & Simard, J. (2022). L'illusion du couvre-feu. In J. Cossette & J. Simard (dir.), *Traitements-chocs et tartelettes. Bilan critique de la gestion de la Covid-19 au Québec* (p. 205-226). Éditions Somme Toute.
- Josselin, M.-L. (2021, 7 janvier). Itinérance, éclosion et couvre-feu: un cocktail inquiétant pour l'aide aux Autochtones. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1761614/itinérance-eclosion-couvre-feu-ressources-montreal-inquietude?msclkid=ccc1f8bd14a11eca5fc23aa32a29064>
- Larivière, V. (2022). Pauvreté et pandémie: l'aveuglement volontaire du gouvernement. In J. Cossette & J. Simard (dir.). *Traitements-chocs et tartelettes. Bilan critique de la gestion de la Covid-19 au Québec* (p. 71-86). Éditions Somme Toute.
- Lelliott, J., Schloenhardt, A., & Ioannou, R. (2021). Pandemics, Punishment, and Public Health: COVID-19 and Criminal Law in Australia. *UNSW Law Journal*, 44(1), 167-196. <https://www.unswlawjournal.unsw.edu.au/wp-content/uploads/2021/04/05-Lelliott-Schloenhardt-Ioannou.pdf>
- Ministère de la Justice (MJQ). (2021). *Rapport annuel de gestion 2020-2021*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/justice/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA_annuel_2020-2021_MJQ.pdf?1633116667
- Ministère de la Justice (MJQ). (2022). *Travaux compensatoires*. <https://www.quebec.ca/justice-et-etat-civil/systeme-judiciaire/processus-judiciaire/processus-judiciaire-au-criminel/programmes-contrevenants/travaux-compensatoires>
- ONUSIDA. (2020). *Les droits humains aux temps du Covid-19 – Les leçons du VIH pour une réponse efficace et dirigée par la communauté*. Rapport ONUSIDA. <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2020/human-rights-and-covid-19>

- Pierre, A. (2022). Crise sanitaire et racisme systémique. In J. Cossette & J. Simard (dir.), *Traitements-chocs et tartelettes. Bilan critique de la gestion de la Covid-19 au Québec*. (p. 87-106). Éditions Somme Toute.
- Policing the Pandemic Mapping Project. (2022). *Policing the Pandemic*. <https://www.policingthepandemic.ca/>
- Punch, M., & James, S. Researching Law Enforcement and Public Health. *Policing and Society*, 27, 251-260. <https://doi.org/10.1080/10439463.2016.1205066>
- Radio-Canada. (2022). Les Ontariens doivent plus de 1,5M\$ en contraventions impayées liées à la Covid-19. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1877892/deconfinement-reouverture-hamilton-toronto-sudbury>
- Simckes, M. et al. (2021). The Adverse Effects of Policing on Population Health: A Conceptual Model. *Social Science & Medicine*, 281. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114103>
- Sprengholz, P., Siegers, R., Goldhahn, L., Eitze, S., & Betsch, C. (2021). Good Night: Experimental Evidence that Nighttime Curfews May Fuel Disease Dynamics by Increasing Contact Density. *Social Science & Medicine*, 286. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114324>
- Statistique Canada. (2022). *Estimations de la population, trimestrielles, Tableau 17-10-0009-01*. <https://doi.org/10.25318/1710000901-fra>
- Talbot, G., & Yerochewski, C. (2021). Pandémie: les logiques inégalitaires du confinement. *Nouveaux cahiers du socialisme*, 25, 18-25. <https://id.erudit.org/iderudit/94845ac>
- Wood, J. D., & Griffin, P. M. (2021). The Policing and Public Health Interface: Insights from the COVID-19 Pandemic. *Policing and Society*, 31(5), 503-511. <https://doi.org/10.1080/10439463.2021.1946058>

Lois, arrêtés et décrets

- Arrêté n° 2021-004 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 27 janvier 2021. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_2021-004.pdf?1611840657
- Code de procédure pénale, chap. C-25.1, art. 347.
- Décret 2-2021 concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de Covid-19. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-2-2021.pdf>
- Décret 735-2021 du 26 mai 2021 concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de Covid-19. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=74885.pdf>
- Loi sur la santé publique (LRQ, c. S.2-2).
- Loi visant principalement à favoriser l'efficacité de la justice pénale et à établir les modalités d'intervention de la Cour du Québec dans un pourvoi en appel, LQ. 2020, c. 12.

Chapitre VI

La gestion des infractions Covid-19 par les autorités belges

Quand répression rime avec exclusion

Diletta Tatti et Christine Guillain

La gestion de la crise liée à la syndémie (Horton, 2020) de la Covid-19 et les mesures qu'elle a emportées ont entraîné une redéfinition de nos espaces publics et privés. De nombreuses normes se sont succédé qui tour à tour interdisent ou restreignent les déplacements, les sorties ou les rassemblements dans l'espace public. Si des limitations sont possibles en temps ordinaire¹, elles prennent une ampleur inédite entre le mois de mars 2020 et le printemps 2022, bouleversant les usages et les manières du quotidien. L'espace public est à l'arrêt : d'abord de manière drastique par la limitation des déplacements à ceux jugés essentiels à la survie matérielle, ensuite de manière plus sélective, en ciblant certains usages ou comportements (présence en rue le soir et la nuit, rassemblements et manifestations, consommation d'alcool sur la voie publique...). Les interdictions et limitations pénètrent également le cercle intime, amical ou familial des citoyens, et déterminent ce qu'il est permis ou non de faire, et avec qui il est permis de le faire. Les mesures fixent le nombre de personnes autorisées à se retrouver au sein du domicile, balisent certaines activités (veillées funéraires, célébrations), en interdisent d'autres (soirées festives).

Censées s'appliquer de manière uniforme sur l'ensemble du territoire, ces mesures n'ont cependant pas eu le même impact pour tous. Le confinement chez soi (lorsque c'était possible) n'a pas signifié la même chose pour tous les citoyens, et la mise en œuvre des mesures Covid-19 dans l'espace public n'a pas opéré de manière identique. Les mesures sont venues se greffer sur des inégalités sociospatiales préexistantes (taille des logements, nombre de cohabitants, accès à un espace vert...) particulièrement

¹ Nous pensons notamment aux règlements communaux qui conditionnent la tenue de manifestations dans l'espace public à l'autorisation préalable du bourgmestre. L'article 26, alinéa 2, de la Constitution prévoit que les rassemblements en plein air « restent entièrement soumis aux lois de police ».

visibles en contexte urbain (voir le chapitre I dans cet ouvrage). Ces différences ont eu un impact sensible sur la possibilité de se conformer aux restrictions.

Malgré ce constat prévisible, le choix est fait de faire reposer l'effectivité de ces mesures restrictives et limitatives sur une approche répressive. Celle-ci est confiée aux autorités pénales et, pendant la période du premier confinement, aux autorités communales. Le caractère inédit des infractions Covid-19 entraîne alors une approche tout aussi singulière de leur traitement administratif ou pénal, à travers le recours aux sanctions administratives communales (ci-après, «SAC») et à la transaction pénale, simple ou immédiate.

La présente contribution propose d'analyser les inégalités révélées par les constats et les poursuites des infractions Covid-19. Elle reprend une série d'observations posées dans le cadre d'une recherche PER-FNRS menée à UCLouvain Saint-Louis – Bruxelles entre novembre 2020 et octobre 2022². La recherche est spatialement située à l'échelle bruxelloise et prend comme point de départ le glissement administratif du droit pénal. Au printemps 2020, toutes les 19 communes bruxelloises ont recours au mécanisme des SAC, contre seulement 10% des communes de Flandre et de Wallonie (De Buisseret, 2020a). Le champ de la recherche est ensuite élargi pour s'intéresser à la réponse pénale aux infractions Covid-19 à travers la transaction pénale (immédiate), qui s'est imposée comme la seule voie répressive à partir du 1^{er} juillet 2020.

Après avoir posé le cadre général des infractions Covid-19 et de leur répression, tant pénale qu'administrative, seront abordées les pratiques divergentes des communes bruxelloises en matière de limitations d'accès à l'espace public, avec une attention particulière pour les interventions policières inégalitaires visibles à l'échelle des quartiers. Nous nous intéresserons ensuite aux caractéristiques spécifiques de l'action publique dans le traitement de ces infractions, à travers le recours sans précédent au dispositif de la transaction pénale (immédiate).

Architecture répressive des infractions Covid-19

L'architecture répressive qui se construit au printemps 2020 est caractérisée tant par l'adoption d'arrêtés ministériels fédéraux et d'arrêtés de gouvernements régionaux qui créent des infractions inédites que par la mise en place, par le Collège des procureurs généraux, d'une politique des poursuites spécifique. Entre les mois de mars et de juin 2020, le recours aux pouvoirs spéciaux et, partant, aux SAC vient parachever cette construction répressive originale.

² « Les sanctions administratives communales dans le cadre des mesures anti-COVID : administration de la justice pénale et respect des droits fondamentaux. » La recherche a été menée à l'UCLouvain Saint-Louis Bruxelles par Diletta Tatti, dans le cadre d'un projet PER-FNRS, sous la direction de Christine Guillain, en collaboration avec l'INCC en la personne d'Alexia Jonckheere.

Des arrêtés ministériels en pagaille qui privilégient le recours aux sanctions pénales

Le 13 mars 2020, le premier arrêté ministériel portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus Covid-19³ est adopté par le ministre de la Sécurité et de l'Intérieur. Cette première norme inaugure une longue série, puisqu'en un an et demi, 41 arrêtés ministériels contenant des mesures d'urgence pour lutter contre la Covid-19 sont adoptés successivement.

Ces arrêtés ministériels constituent des instruments inédits en matière répressive, à deux égards. D'une part, au niveau de la technique normative, il s'agit d'actes de nature réglementaire, à vocation temporaire, adoptés par les gouvernements régionaux et fédéraux. En violation du prescrit constitutionnel⁴, ces arrêtés créent de nouvelles infractions, sanctionnées pénalement. Le recours aux arrêtés ministériels dans le contexte de la crise de la Covid-19 a fait l'objet de nombreuses critiques (Popelier, 2020; Thirion, 2020; Tatti, 2021; Parsa & Tulkens, 2022; Bourgaux & Gaudin, 2022). Ces normes sont adoptées sur la base des articles 182 et 187 de la loi du 15 mai 2007 relative à la sécurité civile⁵. D'autre part, le contenu normatif des arrêtés ministériels est inédit puisqu'il restreint ou suspend l'exercice de droits et libertés fondamentaux pour une période qui va de quelques mois à plus d'une année. Il en va ainsi de la liberté de réunion et de la liberté d'aller et de venir: les rassemblements, tant dans l'espace public que dans l'espace privé, sont interdits et ensuite limités. Il en va également du droit au respect à la vie privée et familiale: les déplacements d'ordre privé dans l'espace public doivent être justifiés en cas de contrôle⁶ et le nombre de personnes pouvant être invitées au sein d'un foyer est réglementé.

Fin octobre 2021, la « loi pandémie » est activée et met fin au système des arrêtés ministériels⁷. Entre le 28 octobre 2021 et le 11 mars 2022, huit arrêtés royaux qui définissent les infractions Covid-19 sont pris en exécution de cette loi. Malgré certaines clarifications et améliorations du cadre juridique, la « loi pandémie » n'est pas exempte

³ *M.B.*, 13 mars 2020 (2^e éd.).

⁴ L'article 12 de la Constitution consacre le principe de légalité en matière pénale de sorte que seul le pouvoir législatif peut édicter des règles de droit pénal et de procédure pénale, le pouvoir exécutif étant, en principe, cantonné dans un rôle de simple exécutant, afin de respecter la séparation des pouvoirs (Guillain, 2023).

⁵ Loi du 15 mai 2007 relative à la sécurité civile, *M.B.*, 31 juillet 2007. La question de la légalité des arrêtés ministériels adoptés sur cette base a fait l'objet de controverses au sein des juridictions judiciaires. La Cour de cassation s'est penchée sur cette question et a conclu à la légalité de la base légale choisie en début de crise (Cass. [2^e ch.], 28 septembre 2021, *A.P.T.*, 2021, p. 794 et s., *Rev. dr. pén.*, 2022, p. 59 et s.; Cass., 10 novembre 2021, R.G. n° P.21.0931.F, disponible sur <https://juportal.be/>; Cass., 1^{er} mars 2023, R.G. n° P.22.1626.F, inédit. La Cour constitutionnelle, saisie dans le cadre de deux questions préjudicielles, a également conclu à la constitutionnalité de la construction juridique choisie (C. const., 22 septembre 2022, n° 109/2022, *J.L.M.B.*, 2022, n° 36, p. 1597-1598). Ces décisions n'ont cependant pas définitivement mis fin à la controverse (Bouvier, 2021; Rigaux, 2022; Thirion, 2023-2024).

⁶ Art. 11 de l'arrêté ministériel du 23 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus Covid-19, *M.B.*, 23 mars 2020 (2^e éd.).

⁷ Loi du 14 août 2021 relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique, *M.B.*, 20 août 2021 (2^e éd.).

de critiques (Tatti & Guillaïn, 2023) et repose également sur une approche exclusivement répressive⁸.

Au niveau régional bruxellois, on doit ajouter les arrêtés du ministre-président qui, dès le mois d'août 2020⁹, complètent les normes fédérales en prévoyant des infractions régionales. Contenues dans 22 arrêtés, elles démontrent une attention particulière pour la gestion de l'espace public en contexte urbain. Elles prévoient un couvre-feu prolongé¹⁰, rendent le port du masque obligatoire à l'extérieur ou, encore, interdisent la consommation d'alcool en rue¹¹.

Enfin, au niveau de la poursuite des infractions, le Collège des procureurs généraux intervient rapidement par l'adoption, dès le 24 mars 2020, d'une circulaire n° 6/2020 contenant des directives relatives à la mise en œuvre judiciaire de l'arrêté ministériel du 24 mars 2020 (ci-après, la circulaire COL n° 06/2020)¹². La circulaire met en place une politique des poursuites spécifique aux infractions Covid-19, qui doivent être traitées de manière prioritaire et, de préférence, par le recours au mécanisme de la transaction pénale (voir *infra*, point 3).

Le recours aux SAC à Bruxelles durant le premier confinement

Parallèlement à l'adoption des arrêtés ministériels fédéraux, deux lois de pouvoirs spéciaux sont adoptées le 27 mars 2020 (« loi Covid-19 I » et « loi Covid-19 II »)¹³. C'est dans ce cadre qu'est adopté l'arrêté royal de pouvoirs spéciaux n° 1 du 6 avril 2020¹⁴, qui fait des infractions Covid-19 des infractions mixtes¹⁵, susceptibles d'être traitées tant sur le plan administratif, par le biais des SAC, que par la voie pénale. L'arrêté royal ne spécifie pas les infractions Covid-19 qui peuvent faire l'objet de ce traitement

⁸ La loi pandémie pourra être activée à l'avenir, si les conditions d'une situation d'urgence épidémique telles que définies à son article 3, § 1^{er}, sont à nouveau réunies. De nouvelles infractions sanitaires pourront alors être mises en place dans un arrêté royal adopté sur la base de son article 4, § 1^{er}.

⁹ Arrêté du ministre-président de la Région de Bruxelles-Capitale du 6 août 2020 portant l'obligation de porter un masque à tout moment sur le domaine public et tout lieu privé accessible au public sur l'ensemble du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, *M.B.*, 12 août 2020 (2^e éd.).

¹⁰ Le couvre-feu régional bruxellois court de 22 heures à 5 heures du matin, contre minuit à 5 heures du matin pour le couvre-feu fédéral (arrêté du ministre-président de la Région de Bruxelles-Capitale du 26 octobre 2020 arrêtant des mesures complémentaires à celles arrêtées par le ministre de l'Intérieur afin de limiter la propagation du coronavirus Covid-19, *M.B.*, 26 octobre 2020 [2^e éd.]). La mesure n'est plus prolongée au-delà du 7 mai 2021.

¹¹ L'article 12 de l'arrêté du ministre-président de la Région de Bruxelles-Capitale du 26 octobre 2020 interdit la consommation d'alcool dans l'espace public (arrêté du ministre-président de la Région de Bruxelles-Capitale du 26 octobre 2020 arrêtant des mesures complémentaires à celles arrêtées par le ministre de l'Intérieur afin de limiter la propagation du coronavirus Covid-19, *M.B.*, 26 octobre 2020 [2^e éd.]).

¹² Circulaire n° 06/2020 du Collège des procureurs généraux près les cours d'appel du 25 mars 2020, <https://www.om-mp.be/fr/savoir-plus/circulaires> (consulté le 16 mai 2024).

¹³ Loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 (I), *M.B.*, 30 mars 2020 (2^e éd.), et loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 (II), *M.B.*, 30 mars 2020 (2^e éd.).

¹⁴ Arrêté royal n° 1 du 6 avril 2020 portant sur la lutte contre le non-respect des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus Covid-19 par la mise en place de sanctions administratives communales, *M.B.*, 7 avril 2020.

¹⁵ Les infractions mixtes, telles que prévues à l'article 3 de la loi du 24 juin 2013 relative aux sanctions administratives communales (*M.B.*, 1^{er} juillet 2013), peuvent être poursuivies tant par la voie pénale qu'administrative, avec une priorité de principe pour la réponse pénale.

particulier, déléguant *de facto* cette tâche au Collège des procureurs généraux. Dans sa version modifiée du 7 avril 2020, la circulaire COL n° 06/2020 du Collège des procureurs généraux inclut la possibilité d'un traitement mixte en cas d'infraction aux mesures de fermeture des commerces et magasins, aux interdictions de rassemblements dans l'espace public ou aux interdictions de déplacement pour des raisons non essentielles. Elle prévoit, en outre, une inversion inédite en matière de traitement des infractions mixtes: la voie administrative devient prioritaire sur la voie pénale dans tous les cas, sauf dans les dossiers concernant des personnes mineures, des situations de concours d'infraction ou de récidive. Le système mis en place prévoit une amende administrative d'un montant forfaitaire de 250 euros¹⁶, là où la loi du 24 juin 2013 relative aux sanctions administratives communales (ci-après, « loi SAC ») prévoit une amende de maximum 350 euros. Cette solution, qui vise à aligner le régime des SAC sur celui adopté par la circulaire COL n° 06/2020 dans le cadre de la transaction pénale (voir *infra*, point 3), est problématique à deux égards. Premièrement, parce qu'elle ne laisse aucune marge d'appréciation au fonctionnaire sanctionnateur communal, qui ne peut tenir compte d'éventuelles circonstances atténuantes pour adapter le montant de l'amende. D'autre part, en faisant l'impasse sur d'autres mesures contenues dans la loi SAC (on pense à la médiation SAC et à la prestation citoyenne), elle consacre une vision purement sécuritaire en réponse au non-respect des mesures Covid-19.

S'agissant d'une faculté, et non d'une obligation, chaque commune a le choix, sur son territoire, de recourir ou non au mécanisme des SAC pour réprimer les infractions Covid-19. Les 19 communes bruxelloises opteront toutes pour cette possibilité dès la mi-avril 2020¹⁷. Si l'entrée en vigueur de l'arrêté royal de pouvoirs spéciaux n° 1 marque le début de l'encadrement normatif des SAC dans le cadre des mesures Covid-19, la plupart des dix-neuf communes n'a cependant pas attendu ce texte pour recourir aux SAC dans la répression des infractions Covid-19. Un accord, non formalisé, est trouvé « entre le Procureur du Roi de Bruxelles, les 6 zones de police et les 19 communes » (De Buisseret, 2020a, p. 11), quelques jours après le début du premier confinement. Il prévoit que les communes dressent des SAC pour les infractions commises, pour la première fois, par des personnes physiques, la voie pénale étant prévue pour les dossiers concernant les récidivistes, les mineurs ainsi que les personnes morales. Ce choix est justifié par un souci d'efficacité, en vue d'assurer une réponse rapide à ce type d'infractions, et par la crainte de voir les juridictions bruxelloises débordées par ce nouveau contentieux.

La base juridique de l'intervention communale durant cette première période de confinement est trouvée dans une interprétation extensive de l'article 11 du Règlement

¹⁶ Art. 2 de l'arrêté royal n° 1 du 6 avril 2020 portant sur la lutte contre le non-respect des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus Covid-19 par la mise en place de sanctions administratives communales, précité.

¹⁷ On constate que 15 des 19 communes bruxelloises recourent à cette possibilité en adoptant des ordonnances de police du bourgmestre, plutôt que des ordonnances du conseil communal, consacrant, comme au fédéral, la prééminence de l'exécutif sur l'assemblée délibérante en matière de traitement des infractions Covid-19. Pourtant, le conseil communal peut être convoqué par le bourgmestre à tout moment, en écourtant les délais de convocation en cas d'urgence conformément aux articles 85 à 87 de la nouvelle loi communale du 24 juin 1988 (Région de Bruxelles-Capitale).

général de police bruxellois (ci-après, « RGP »)¹⁸, contraire au principe d'interprétation stricte de la norme répressive. Bien que la légalité de cette construction juridique soit contestable à plusieurs égards, la plupart des communes bruxelloises recourent largement aux SAC durant le premier mois de confinement, sans cadre légal suffisant (Tatti & Guillain, 2022).

Si les communes bruxelloises recourent aux SAC dès le début de la crise de la Covid-19, toutes laissent la main au ministère public dès le 1^{er} juillet 2020. En effet, les pouvoirs spéciaux au niveau fédéral n'ont pas été renouvelés au-delà du 30 juin 2020, de sorte que l'intervention communale n'est plus possible, à défaut de base légale.

Accès différencié à l'espace public pendant le premier confinement : la parenthèse des SAC

Les infractions Covid-19 traitées par les communes entre la mi-mars et le 30 juin 2020 concernent exclusivement des mesures qui touchent à l'espace public, en restreignant ou en interdisant son accès. Venant se greffer sur les réalités locales qui composent le paysage bruxellois, des différences de traitement dans le cadre de la répression administrative des infractions Covid-19 sont observables à trois niveaux, et ont été mises en évidence dans nos précédents travaux (Tatti, 2023). D'une part, au niveau du traitement policier, on constate d'importantes disparités dans les pratiques des six zones de police. Ensuite, l'appréciation discrétionnaire dont jouissent les fonctionnaires sanctionneurs se traduit par des traitements différenciés des procès-verbaux (via l'exercice de poursuites ou le classement sans suite). Enfin, les écarts sont aussi notables dans le type de sanction ou de mesure décidées (simple avertissement, amende, recours à la médiation ou prestation citoyenne). À partir des chiffres relatifs aux procès-verbaux (ci-après, « P-V ») dressés par la police durant cette période et enregistrés par les fonctionnaires sanctionneurs des 19 communes bruxelloises, nous faisons un retour sur les principaux constats qui mettent en évidence d'importantes inégalités au stade du contrôle policier. Nous proposons ensuite de préciser notre analyse à l'échelle de deux communes bruxelloises marquées par d'importantes inégalités sociospatiales : Saint-Gilles et Forest.

¹⁸ Le Règlement général de police (RGP) est un règlement de police commun aux 19 communes bruxelloises. Lors du premier confinement, toutes les communes ne l'avaient pas encore adopté. Celles-ci ont donc eu recours à des dispositions similaires contenues dans leurs règlements communaux respectifs. Depuis fin 2020, le RGP est en vigueur dans toutes les 19 communes. L'article 11 du RGP prévoit que « toute personne se trouvant dans l'espace public tel que défini à l'article 1^{er} ou dans un lieu accessible au public doit se conformer immédiatement aux injonctions ou réquisitions de la police ou d'agents habilités à : 1. Maintenir la sécurité, la tranquillité, la propreté et/ou la salubrité publiques ; 2. Faciliter les missions des services de secours et l'aide aux personnes en péril ; 3. Faire respecter les lois, règlements et arrêtés. Cette obligation s'applique également aux personnes se trouvant dans une propriété privée lorsque le fonctionnaire de police ou un agent habilité y est entré sur réquisition des habitants ou dans les cas d'incendie, d'inondation ou d'appel au secours ».

Un accès différencié à l'espace public à l'échelle de la Région bruxelloise

De manière générale, la police est très sollicitée durant les premiers mois de la crise, le contrôle du respect des mesures Covid-19 étant une priorité pour les autorités fédérales. Les policiers sont alors les seuls acteurs institutionnels présents dans l'espace public, chargés de sanctionner les manquements à des mesures au demeurant souvent peu claires et source d'insécurité juridique. Aussi bien les opérateurs sociaux que les services de première ligne et les agents chargés de la prévention sont écartés, ce qui aboutit à une configuration inédite de l'espace public. Dans ce contexte, la police fait preuve d'excès de zèle (De Buisseret, 2020b, p. 13) durant les deux premiers mois de confinement, ce qui se traduit par un nombre important de P-V dressés à charge des citoyens.

Cet excès de zèle n'est cependant pas constaté partout de la même manière et l'accès à l'espace public est modulé de manière distincte en fonction des communes et des quartiers¹⁹. Si plusieurs communes du nord-ouest de la ville où se concentrent les quartiers défavorisés et densément peuplés sont marquées par des épisodes de tensions entre policiers et jeunes, qui culminent dans la mort du jeune Adil à Anderlecht, le 10 avril 2020²⁰, d'autres ne semblent pas appliquer le même régime de contrôles. On se souvient de cette scène, au mois d'avril 2020, dans la commune de Woluwe-Saint-Lambert, où des agents de police se laissent aller à une danse avec des personnes sur le trottoir d'un quartier résidentiel aisé²¹.

Les chiffres recueillis auprès des fonctionnaires sanctionneurs communaux montrent que les communes les plus densément peuplées de la capitale sont celles où les contrôles sont les plus fréquents et donnent lieu au plus grand nombre de procès-verbaux : 12 999 P-V administratifs sont dressés entre la mi-mars et le 30 juin 2020 (Tatti, 2023b). Les cinq communes les plus peuplées, à savoir Bruxelles-Ville, Molenbeek, Schaerbeek, Anderlecht et Ixelles, qui, en 2022, représentent 51,3 % de la population régionale²², comptabilisent à elles seules 8 733 P-V Covid-19, soit 67 % du total (Tatti, 2023a, p. 25). Les sept communes dans lesquelles se situent les quartiers du croissant pauvre bruxellois (Anderlecht, Bruxelles-Ville, Forest, Molenbeek, Schaerbeek, Saint-Gilles et Saint-Josse-ten-Noode) et qui accueillent 55 % de la population régionale en 2022²³ cumulent près de 70 % des dossiers, soit 9 029 P-V sur les 12 999 enregistrés sur le territoire de la Région bruxelloise.

Les différences de chiffres entre communes peuvent se comprendre par le recours plus ou moins important aux SAC en temps ordinaire. En effet, certaines d'entre

¹⁹ Voir à ce sujet le rapport d'Avocats sans Frontières paru au mois d'octobre 2020 et qui pointe un contrôle des mesures à géométrie variable : F. CLEMENTI, « La crise sanitaire en Belgique : un terrain fertile pour les discriminations indirectes ? », Avocats sans Frontières, octobre 2020, <https://www.asf.be/wp-content/uploads/2020/10/La-crise-sanitaire-en-Belgique.pdf> (consulté le 15 mai 2024).

²⁰ Le 10 avril 2020, Adil, un jeune Anderlechtois de 19 ans, est percuté mortellement par la police lors d'une course-poursuite dans le cadre d'un « contrôle COVID ».

²¹ *La Libre*, <https://www.lalibre.be/regions/bruxelles/2020/04/12/woluwe-saint-lambert-une-video-dhabitants-qui-dansent-avec-des-policiers-interpelle-3QCENR2TJJENPKRRS22UCGZ2EUJ/> (consulté le 15 mai 2024).

²² Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA), *Chiffres-clés par commune*, 2022, <https://ibsa.brussels/publications/publications-institutionnelles#> (consulté le 23 mai 2024).

²³ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA), *op. cit.*

elles promeuvent le mécanisme des SAC pour répondre aux « infractions mineures », comme à Ixelles, là où d'autres en font peu usage comme à Boitsfort ou à Saint-Jossetten-Noode. Mais ces différences s'expliquent aussi et surtout au regard des importantes inégalités sociospatiales caractéristiques de la Région bruxelloise. Dans les communes centrales ou plus densément peuplées, l'espace public est un lieu de vie et de sociabilité, alors que c'est un simple lieu de passage (souvent en voiture) dans les communes moins centrales et moins densément peuplées. La taille des logements et le fait de disposer ou non d'un espace extérieur privatif ont également fortement influencé la possibilité de se conformer aux mesures Covid-19.

Enfin, les pratiques préexistantes en termes de contrôles policiers et de gestion de l'espace public ainsi que les choix posés par les autorités locales au moment de la crise Covid-19 ont déterminé le type de contrôle auquel ont été soumis les citoyens, et influé sur le nombre de P-V.

Illustration à l'échelle de Saint-Gilles et Forest

Si les chiffres présentés ci-dessus montrent d'importantes disparités, la répartition géographique des P-V Covid-19 au niveau des secteurs statistiques²⁴ des communes de Saint-Gilles et Forest nous permet d'affiner l'illustration de la variabilité des contrôles policiers²⁵. Ces communes ont été choisies pour deux raisons. D'une part, elles sont caractérisées par des disparités socioéconomiques entre le haut, topographiquement, de la commune, globalement plus aisé, et le bas de la commune, globalement plus pauvre. Plusieurs indices du monitoring des quartiers illustrent ces différences²⁶. D'autre part, contrairement à d'autres communes, les fichiers qui nous ont été transmis indiquent le lieu des contrôles policiers qui ont abouti à des P-V.

La première carte (**figure 1**) reprend le nombre total de P-V Covid-19 enregistrés par la commune de Saint-Gilles entre le 14 mars et le 30 juin 2020²⁷. Il en ressort clairement que la majorité des P-V se concentre dans la partie basse de la commune, dans les quartiers proches de la gare du Midi, et entre la Porte de Hal et le bas de Forest (quartier Bosnie) en passant par la place Bethléem, à savoir les quartiers les plus pauvres où se

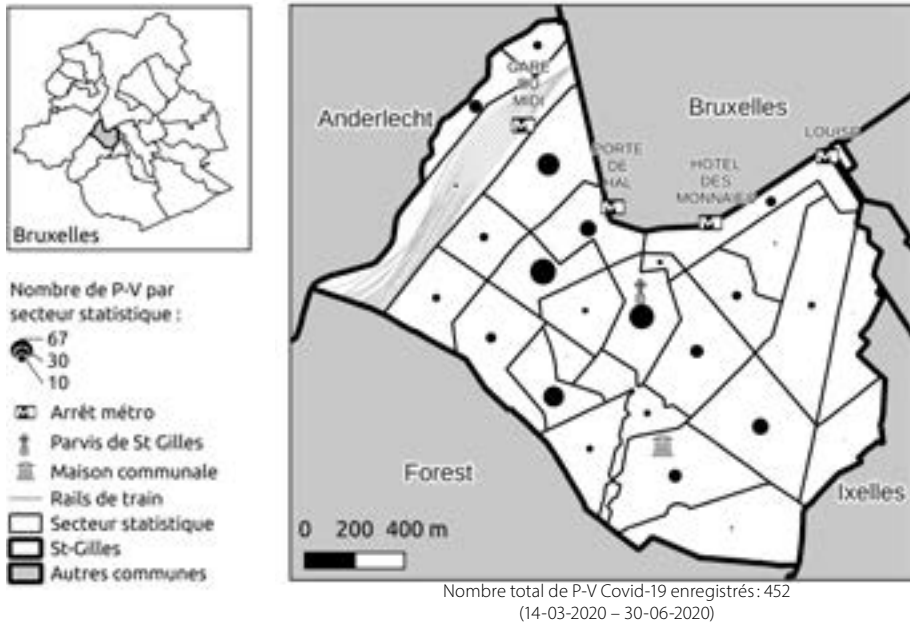
²⁴ Le secteur statistique est « l'unité territoriale de base qui résulte de la subdivision du territoire des communes et anciennes communes par Statbel (Direction générale Statistique - Statistics Belgium du SPF Économie, PME, Classes moyennes et Énergie) ». Il a été créé « pour le Recensement de la Population et des Logements de 1970 et redessiné pour le recensement de 1981 sur [la] base de caractéristiques structurelles d'ordre social, économique, urbanistique ou morphologique. Il a été retouché pour l'Enquête socioéconomique de 2001 afin d'épouser les modifications des limites communales [...] ». Site internet de STATBEL, <https://statbel.fgov.be/fr/propos-de-statbel/methodologie/classifications/secteurs-statistiques> (consulté le 30 mai 2024).

²⁵ Nous remercions vivement Charlotte Flasse de l'Institut de gestion de l'environnement et d'aménagement du territoire (IGEAT) de l'ULB pour la réalisation des cartes à partir des données que nous avons compilées.

²⁶ IBSA, Monitoring des quartiers, <https://monitoringdesquartiers.brussels/> (consulté le 30 mai 2024).

²⁷ Le traitement des données de la commune nous a permis de comptabiliser un total de 452 P-V COVID là où l'entretien avec la fonctionnaire sanctionnatrice fait état d'environ 1 000 P-V reçus. Cependant, la majorité de ceux-ci a fait l'objet d'un classement sans suite à la source, avant même d'être comptabilisée dans les chiffres communaux. Cette information rend compte de l'ampleur réelle des contrôles policiers, sans le filtre du pouvoir de classement sans suite de la fonctionnaire communale.

Figure 1 : Procès-verbaux SAC Covid-19 enregistrés à Saint-Gilles (2020)



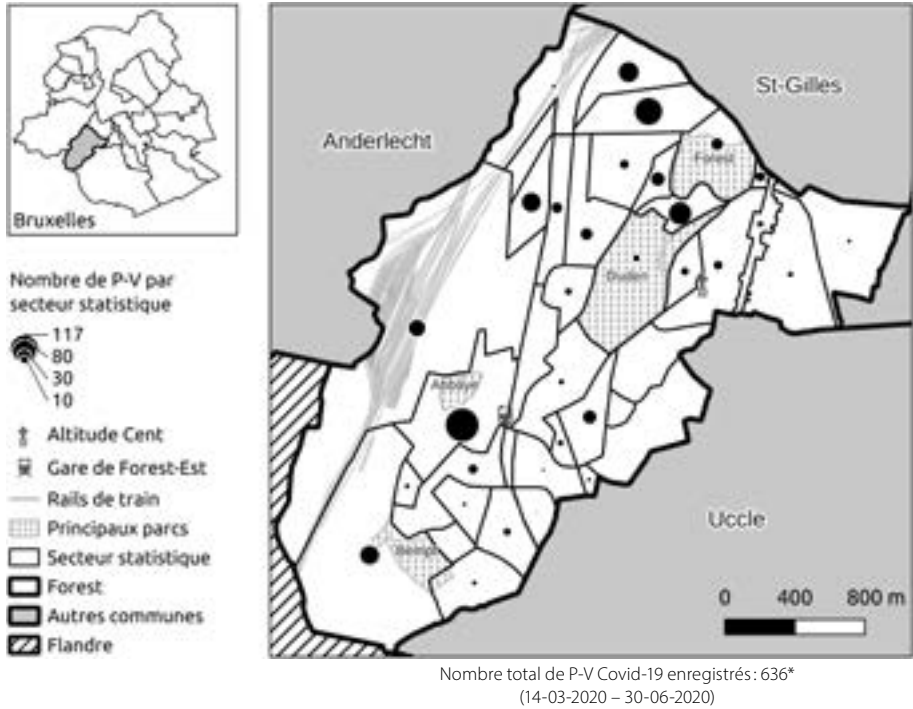
Acronymes : Procès-verbaux (P-V) ; Sanctions administratives communales (SAC).
 Sources de données : P-V SAC enregistrés par la commune de St-Gilles pour l'année 2020 ; Urbis (2024).
 Auteure : Charlotte Flasse, IGEAT (ULB), mai 2024.

concentrent aussi les logements sociaux. Le parvis de Saint-Gilles se présente comme une zone limite, à cheval entre les quartiers du bas et du haut de la commune.

Si l'on se tourne vers Forest²⁸ (figure 2), on voit que la répartition spatiale inégalitaire des P-V Covid-19 entre le haut et le bas topographiques de la commune est également visible. On peut distinguer deux grands pôles situés dans le bas de la commune : Saint-Denis-Neerstalle (autour de la place Saint-Denis et de l'Abbaye de Forest) et le quartier Bas-Forest (en dessous du parc de Forest et vers le bas de Saint-Gilles), deux quartiers populaires densément peuplés. Une zone limite se dessine entre les parcs de Forest et Duden, témoignant des contrôles accrus aux alentours des espaces verts durant le premier confinement. Le parc de Forest est une ressource importante autant pour les Forestois que pour les habitants de Saint-Gilles, cette dernière commune ne disposant proportionnellement que de peu d'espaces verts.

Les deux cartes suivantes concernent Saint-Gilles et montrent la répartition temporelle des P-V en fonction de la base légale en vigueur : le Règlement général de police durant le premier mois de confinement (période 1), ou l'arrêté royal de mi-avril

²⁸ La superficie de Forest est 2,5 fois plus importante que celle de Saint-Gilles. Les cartes des deux communes ne sont pas produites à la même échelle.

Figure 2 : Procès-verbaux SAC Covid-19 enregistrés à Forest (2020)

*1 P-V n'a pas pu être géolocalisé et n'est pas présent sur cette carte.

Acronymes : Procès-verbaux (P-V) ; Sanctions administratives communales (SAC).

Sources de données : P-V SAC enregistrés par la commune de Forest pour l'année 2020 ; Urbis (2024) ; Bruxelles Environnement (2024).

Auteure : Charlotte Flasse, IGEAT (ULB), mai 2024.

période 1, même si, comme indiqué précédemment, la base légale utilisée est alors bancale²⁹.

Ceci s'explique avant tout par l'activité et la présence policières soutenues en début de confinement. L'enquête de terrain que nous avons menée indique que la zone de police Bruxelles-Midi a opté pour une interprétation extensive des normes Covid-19 et en a fait une application très sévère (De Laet, 2021 ; Bailly, 2021), au détriment d'une clarification juridique. La répartition spatiale des P-V indique qu'à Saint-Gilles, cette sévérité a été appliquée différemment en fonction des quartiers. Plusieurs témoignages enregistrés lors de notre enquête relatent une politique de « tolérance zéro » envers les habitants (et particulièrement les jeunes) dans le bas de la commune.

D'autres pratiques contestables dans le bas de Saint-Gilles nous ont également été rapportées. En début de confinement, des jeunes du quartier Porte de Hal ont expliqué au Service prévention de Saint-Gilles avoir été verbalisés aux alentours du

²⁹ Le constat n'est pas le même à Forest, où l'on enregistre 281 P-V pour la période 1 et 355 P-V pour la période 2.

Figure 3 : Procès-verbaux SAC Covid-19 enregistrés par période à Saint-Gilles (2020)



square Jacques Franck, parfois à plusieurs reprises, sans interpellation des policiers. Ces derniers, connaissant les identités de jeunes du quartier, ont dressé des P-V « à la volée », de loin, sans descendre de leur véhicule sur la base de la seule présence des jeunes en rue. Face à ces pratiques abusives, le service juridique du Service Prévention a offert un soutien juridique à ces jeunes afin de contester l'imposition d'une SAC sur la base de ces P-V³⁰. Ces contrôles ont été menés à l'époque par la patrouille UNEUS, une unité spéciale de proximité « de lutte contre l'insécurité » créée par Charles Picqué en 2012, dont les pratiques avaient été dénoncées à de nombreuses reprises et avaient fait l'objet d'un rapport du délégué général aux Droits de l'enfant en 2018 (Mormant, 2018). La patrouille UNEUS a été dissoute en 2021 (Elmcaben & Galaksi, 2023).

Ajoutons enfin que les entretiens ont pointé le fait que la modification de la base légale, du Règlement général de police (période 1) à l'arrêté royal (période 2), a ajouté de la confusion dans un système hybride déjà compliqué, ce qui a pu décider la police à privilégier la voie pénale (transaction pénale) sur la voie administrative (SAC) lors de la seconde période.

Aux disparités flagrantes dans les pratiques policières correspond une action centralisée au niveau du ministère public, guidée par l'action du Collège des procureurs généraux et qui soulève une série d'enjeux liés aux contours de l'action publique et à l'exercice des poursuites.

La politique de recherche et de poursuite en matière d'infractions Covid-19

Le Collège des procureurs généraux s'est imposé comme un acteur incontournable dans la gestion de la crise sanitaire. Dès le 25 mars 2020, il adopte la circulaire COL n° 06/2020. Cette circulaire, qui définit le cadre des poursuites pénales des infractions Covid-19, sera révisée à 25 reprises³¹, en écho aux modifications successives, notamment, de l'arrêté ministériel du 24 mars 2020. Si la réponse pénale aux infractions Covid-19 est concomitante de leur répression administrative entre mars et juin 2020, elle est exclusive depuis le 1^{er} juillet 2020. Aux yeux du Collège des procureurs généraux, la voie pénale « garantit le mieux une répression uniforme, certaine, équitable et cohérente de ces infractions »³².

En nous penchant sur la circulaire COL n° 06/2020 pour comprendre comment s'exerce la répression pénale des infractions Covid-19, nous constaterons la voie inédite empruntée par le Collège des procureurs généraux, via un traitement dérogatoire

³⁰ Information issue de l'entretien avec une représentante du Service prévention de Saint-Gilles, 29 avril 2022.

³¹ La dernière version du texte date du 7 décembre 2021 et est disponible sur le site internet du ministère public, <https://www.om-mp.be/fr/savoir-plus/circulaires> (consulté le 23 mai 2024).

³² Communiqué de presse du Collège des procureurs généraux, 31 mars 2020, <https://www.om-mp.be/fr/article/infractions-corona-college-procureurs-generaux-recommande-mesures-repressives-legales> (consulté le 16 mai 2024).

de ces infractions, entraînant des mutations importantes au sein du système pénal, notamment en matière de classement sans suite et de recours à la transaction pénale.

La répression des infractions Covid-19: un traitement différencié

Dans un communiqué de presse du 31 mars 2020, le collège des procureurs généraux annonce que l'adoption de la circulaire COL n° 06/2020 poursuit l'objectif « d'aboutir à une stricte application des mesures visant à lutter contre la propagation du coronavirus Covid-19. À travers une approche fondée sur la cohérence et l'uniformité, la réaction pénale y est axée sur trois grands principes: la verbalisation systématique de toute infraction, l'envoi ou la remise d'une proposition de transaction lors du premier constat, et des poursuites en cas de nouveaux constats ou de non-paiement de la proposition de transaction »³³.

La révision de la circulaire COL n° 06/2020, en date du 6 mai 2020, est l'occasion de rappeler que les infractions Covid-19 constituent une « priorité » dans la politique des poursuites. Malgré la gravité toute relative de ces infractions au regard d'autres infractions pénales, cette injonction du Collège des procureurs généraux se traduit dans les chiffres, puisqu'à la date du 6 juin 2021, soit sur un peu plus d'un an, 240 598 dossiers de prévenus impliqués dans des infractions Covid-19 ont été ouverts au niveau des parquets correctionnels (212 859), des parquets de la jeunesse (25 593) et des auditorats du travail (2 146)³⁴. À titre de comparaison, 624 899 dossiers sont ouverts dans les parquets correctionnels, tous contentieux confondus, pour l'année 2020³⁵.

Cette envolée statistique s'accompagne d'un traitement dérogatoire des infractions Covid-19, la circulaire COL n° 06/2020 délaissant la voie du classement sans suite pour motifs d'opportunité, pour lui préférer le recours au mécanisme de la transaction pénale.

Le classement sans suite des infractions Covid-19: quand le principe d'opportunité des poursuites est mis à néant

Le classement sans suite consiste dans le fait, pour le ministère public, de mettre un dossier sur le côté. Le classement sans suite peut intervenir pour des motifs d'ordre technique (auteur inconnu, absence d'infraction pénale, prescription de l'action publique...), mais également pour des motifs d'opportunité, lorsque le ministère

³³ <https://www.om-mp.be/fr/article/infractions-corona-college-procureurs-generaux-recommande-mesures-repressives-legales> (consulté le 16 mai 2024).

³⁴ Aperçu du flux d'entrée des infractions aux mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 et de leur traitement judiciaire, mise à jour du 6 juin 2021, https://www.om-mp.be/sites/default/files/u147/20210606_justitiele_afhandeling_covid_v3-fr_002.pdf (consulté le 16 mai 2023).

³⁵ Statistique annuelle des parquets correctionnels et du parquet fédéral pour l'année 2020, <https://www.om-mp.be/stat/corr/jstat2020/f/home.html> (consulté le 15 mai 2024).

public estime que les poursuites, bien que possibles, ne sont pas opportunes en raison du jeune âge de l'auteur, de l'absence d'antécédents, du préjudice peu important, du caractère relationnel de l'infraction, des priorités en matière de politique de recherche et de poursuites, de la régularisation de la situation, du dépassement du délai raisonnable, des conséquences disproportionnées des poursuites eu égard au trouble social engendré ou, encore, des capacités d'enquête insuffisantes³⁶.

La circulaire COL n° 06/2020 interdit le classement sans suite des infractions Covid-19 pour des motifs d'opportunité. Le Collège des procureurs généraux vient ainsi limiter l'espace discrétionnaire dont dispose le ministère public de décider de la suite réservée aux affaires pénales dont il est saisi, sur la base du principe de l'opportunité des poursuites (art. 28^{quater}³⁷ C.i. cr.). Le ministère public ne pouvant plus classer les dossiers Covid-19 que pour des raisons techniques³⁸, la circulaire le prive, *de facto*, de prendre en considération des éléments qui sont davantage liés au dossier, à la nature des faits ou à la personnalité de l'auteur. À la date du 6 juin 2021, 5 644 dossiers ont fait l'objet d'un classement sans suite pour motif d'opportunité, soit moins de 4 % de l'ensemble des dossiers Covid-19 clos (148 919)³⁹. En comparaison, le classement sans suite représente près de 20 % (124 082) de l'ensemble des dossiers clos par les parquets correctionnels (600 531), tous contentieux confondus, pour l'année 2020⁴⁰.

Le classement sans suite s'opère donc essentiellement pour des motifs techniques et environ 20 % des dossiers Covid-19 (30 990) ont été classés sans suite en raison d'une insuffisance de preuves ou de l'absence d'infraction⁴¹. Ces classements techniques peuvent s'expliquer par le caractère parfois « bancal » des poursuites des infractions Covid-19⁴², les dossiers se résumant généralement aux déclarations contradictoires des policiers et des personnes verbalisées (Tatti, 2023c). Le tribunal correctionnel de Bruxelles a ainsi considéré, à propos de la « distance sociale » de 1,5 mètre introduite

³⁶ Voir l'annexe 1 de la circulaire COL n° 12/98 du Collège des procureurs généraux concernant la loi du 12 mars 1998 relative à l'amélioration de la procédure pénale au stade de l'information et de l'instruction. Le texte de la circulaire n'est pas disponible en ligne, mais peut être obtenu en envoyant un courriel au ministère public à l'adresse : sdaomp-website@just.fgov.be.

³⁷ « Compte tenu des directives de politique criminelle définies en vertu de l'article 143^{quater} du Code judiciaire, le procureur du Roi juge de l'opportunité des poursuites. »

³⁸ « Sauf cas exceptionnels pour lesquels le procureur du Roi prend lui-même la décision, seul un classement sans suite pour des raisons techniques (absence d'infractions, manque de preuves...) sera autorisé » (circulaire COL n° 06/2020 préc., version du 6 mai 2020, p. 22).

³⁹ Aperçu du flux d'entrée des infractions aux mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 et de leur traitement judiciaire, *op. cit.*

⁴⁰ Statistique annuelle des parquets correctionnels et du parquet fédéral pour l'année 2020, *op. cit.*

⁴¹ Aperçu du flux d'entrée des infractions aux mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 et de leur traitement judiciaire, *op. cit.* En temps « normal », le classement sans suite pour motifs techniques représente près de 40 % du traitement des affaires pénales.

⁴² Le procureur du Roi de Namur et président de l'Union professionnelle des magistrats, Vincent Macq, souligne que « les textes laissent une marge d'interprétation. La police constate et le parquet interprète. Mais quand un texte n'est pas précis, la police est mise en difficulté sur ce qui est une infraction et ce qui n'en est pas. Qu'est-ce qui est une promenade ou pas ? Quand faut-il ou pas porter le masque ? Le doute fait aboutir à un classement sans suite » (« La police a dressé plus de 231 000 P.V. Covid en un an », *Le Soir*, 13 mars 2020, <https://www.lesoir.be/360534/article/2021-03-13/la-police-dresse-plus-de-231000-p-v-covid-en-un> [consulté le 16 mai 2024]).

par l'arrêté ministériel du 18 mars 2020⁴³, qu'il « importe de relever que cette exigence revêt un caractère précis et qu'il convient donc de disposer d'éléments objectifs, ou à tout le moins de constatations, qui permettent d'asseoir la conviction que les prévenus ont enfreint l'interdiction légale. Les seules affirmations génériques des verbalisateurs qui[,] de surcroît, comportent une évaluation par nature subjective ne sauraient suffire »⁴⁴.

La transaction pénale : vers une contractualisation de la justice pénale ?

La transaction pénale est une procédure qui permet au ministère public, dans les cas prévus par la loi, de proposer l'extinction de l'action publique moyennant le paiement d'une somme d'argent par l'auteur de l'infraction aux termes de l'article 216*bis* du Code d'instruction criminelle.

Dans sa version originale du 25 mars 2020, la circulaire COL n° 06/2020 privilégie le recours à la transaction pénale, dans le cadre de la répression des infractions Covid-19, à tout le moins pour la première infraction, soit en l'absence de récidive, moyennant le paiement d'une somme d'argent de 250 euros pour les particuliers et de 750 euros pour les commerçants, exploitants et responsables d'une activité.

La politique des poursuites prônée par le Collège des procureurs généraux va se traduire sur le terrain puisque, sur l'ensemble des dossiers Covid-19 clôturés, plus de 50 % (77 496) se sont clos par une transaction pénale⁴⁵, là où, en temps normal, cette procédure n'occupe qu'une place marginale, en l'occurrence 8 % (48 190) de l'ensemble des dossiers clos par les parquets (tous contentieux confondus)⁴⁶. Si on s'attache aux transactions proposées (nombre de dossiers étant encore en attente de paiement), le mécanisme concernerait 65 % des infractions Covid-19⁴⁷.

Ce recours important aux transactions pénales va de pair avec la numérisation et l'automatisation des procès-verbaux ainsi que le traitement informatisé de la procédure via le système « MaCH », la plateforme numérique des amendes pénales⁴⁸. Les transactions pénales pour les infractions Covid-19 ont ainsi été insérées dans le

⁴³ Arrêté ministériel du 18 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus Covid-19, *M.B.*, 18 mars 2020.

⁴⁴ Corr. Bruxelles (67^e ch.), 18 décembre 2020, R.G. n° 20/F/002806, inédit.

⁴⁵ Aperçu du flux d'entrée des infractions aux mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 et de leur traitement judiciaire, *op. cit.*

⁴⁶ Statistique annuelle des parquets correctionnels et du parquet fédéral pour l'année 2020, *op. cit.*

⁴⁷ « Concrètement, on peut dès lors affirmer qu'une transaction (immédiate) a déjà été proposée à environ 65 % des prévenus » (aperçu du flux d'entrée des infractions aux mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 et de leur traitement judiciaire, *op. cit.*, p. 2).

⁴⁸ La circulaire COL n° 06/2020 stipule que « chaque transaction immédiate devra être enregistrée dans MaCH » (version du 14 juillet 2021, p. 30). Le Collège des procureurs généraux explique que, dans un souci d'efficacité, les « amendes corona » ont été intégrées dans ce système, de sorte que « la plate-forme numérique des amendes gère l'ensemble du trajet que parcourt une amende corona, de l'envoi de la transaction jusqu'au paiement. Les amendes seront également traitées plus rapidement par la justice » (Ministère public, « Les amendes pénales à leur tour numérisées », 24 avril 2020, <https://www.om-mp.be/fr/article/amendes-penales-leur-tour-numerisees> [consulté le 16 mai 2024]).

système *Crossborder*⁴⁹, initialement prévu pour faciliter les échanges et simplifier la procédure en matière d'infractions de roulage. Cette automatisation poursuit un objectif d'efficacité au niveau des services de police et des parquets, mais fonctionne à deux vitesses, les justiciables n'ayant pas accès au même degré d'informatisation. En effet, le courrier envoyé aux contrevenants ne contient pas d'informations relatives à l'infraction constatée et le procès-verbal dressé par les policiers n'est pas joint, outre que la base légale n'est pas toujours clairement indiquée, certains courriers se contentant de mentionner une « infraction aux mesures pour limiter la propagation du coronavirus Covid-19 ». Les contrevenants peuvent certes obtenir copie de leur procès-verbal en appelant un centre d'appel pour le recevoir par voie postale, avec le risque cependant que le document leur parvienne après l'échéance prévue pour le paiement du montant proposé.

Si le mécanisme de la transaction pénale peut être considéré comme une forme de justice négociée fondée sur le consensualisme (Colette-Basecqz, 2020)⁵⁰, on constate que le justiciable ne dispose en réalité d'aucune marge de négociation : les propositions de transaction sont automatiquement générées par un système informatique (« MaCH ») sur la base des procès-verbaux de la police ; le montant de la transaction est fixé de manière forfaitaire à 250 euros, quels que soient les faits, et aucune analyse du dossier ne précède la proposition de transaction, puisque ce n'est qu'en cas de contestation ou à défaut de paiement qu'un magistrat du parquet se penche sur le dossier⁵¹. La transaction pénale n'est donc pas envisagée comme un mode possible de résolution des conflits impliquant la participation de toutes les parties, mais est davantage justifiée par des considérations de rapidité et d'efficacité, objectifs que l'on peut d'ailleurs questionner au vu du nombre de transactions impayées et des poursuites engagées par le ministère public. Ce dernier observe ainsi, à partir de septembre 2020, « une forte augmentation du nombre de citations à la suite du non-paiement d'une transaction »⁵².

Le montant forfaitaire de la transaction peut, par ailleurs, représenter une charge financière importante pour la jeunesse bruxelloise racisée issue des quartiers populaires, largement visée par les contrôles policiers⁵³. D'autant que les poursuites devant les tribunaux, en cas de non-paiement de la transaction, peuvent se solder par une condamnation à une peine d'emprisonnement de huit jours à trois mois et/ou à une peine d'amende de 26 à 500 euros, somme qui doit être multipliée par les décimes

⁴⁹ Le système *Crossborder*, géré par un service spécifique au sein du parquet, résulte de la transposition en droit belge de la directive 2015/413/UE du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2015 (directive 2015/413 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2015 facilitant l'échange transfrontalier d'informations concernant les infractions en matière de sécurité routière, *J.O.U.E.*, L68 du 13 mars 2015, p. 9-25).

⁵⁰ L'introduction de la transaction pénale élargie, en 2011, accentue cette logique de contractualisation, en permettant une négociation entre ministère public, prévenu et victime jusqu'à la phase de jugement. Le juge est alors cantonné dans un rôle d'homologation de l'accord intervenu entre parties au procès.

⁵¹ Données issues de l'entretien avec la section économique et financière (dite section « Eco-Soc ») du parquet de Bruxelles, le 11 mai 2021.

⁵² Aperçu du flux d'entrée des infractions aux mesures de lutte contre la propagation du coronavirus Covid-19 et de leur traitement judiciaire, *op. cit.*, p. 5.

⁵³ Ligue des droits humains : Rapport Police Watch, *Abus policiers et confinement*, 2020, p. 13-14, www.liguedh.be/abus-policiers-et-confinement (consulté le 25 mai 2024) ; Amnesty International, *Policing the Pandemic, Human Rights Violations in the Enforcement of Covid-19 Measures in Europe*, 2020, p. 18-20, <https://www.amnesty.org/en/documents/eur01/2511/2020/en/> (consulté le 25 mai 2024).

additionnels (x 8) et complétée des frais de justice, de sorte que, comme le souligne le Conseil supérieur de la justice, l'addition peut vite grimper⁵⁴. Sans compter l'inscription de la condamnation au casier judiciaire qui risque d'entraver l'avenir professionnel de nombreux citoyens, accentuant les inégalités entre justiciables⁵⁵.

Le fossé se creuse encore davantage avec l'apparition de la transaction pénale immédiate, prônée par la circulaire précitée COL n° 06/2020 du Collège des procureurs généraux du 25 mars 2020. Ce mécanisme de transaction simplifiée autorise la police à proposer au suspect d'une infraction Covid-19 de s'acquitter d'un paiement immédiat, moyennant un terminal de paiement électronique, le scan d'un QR code, ou encore au moyen d'un virement bancaire à effectuer endéans les quinze jours du constat.

Conclusion

Le traitement des infractions Covid-19 révèle des enjeux essentiels en termes de jouissance des droits et libertés fondamentaux. Nous avons pu constater que les contrôles discriminatoires du respect des normes Covid-19 ont renforcé les inégalités entre citoyens devant la loi pénale, dans un contexte de surveillance accrue.

En Région bruxelloise, les chiffres relatifs aux procès-verbaux relatifs aux infractions Covid-19 envoyés aux communes nous ont permis d'identifier des tendances marquées en matière de contrôles policiers. La spatialisation de cette analyse chiffrée à l'échelle des communes de Saint-Gilles et de Forest confirme l'hypothèse selon laquelle les quartiers populaires ont été majoritairement touchés par ces contrôles. Ces discriminations ont emporté une probabilité plus élevée de se voir infliger une sanction pécuniaire, d'abord sous la forme d'une sanction administrative communale et, ensuite, par le biais d'une transaction pénale. Entre mars et juin 2020, à côté des 12 999 procès-verbaux transmis aux communes bruxelloises, 9 326 procès-verbaux ont été transmis au parquet de Bruxelles en vue d'un traitement pénal⁵⁶, devenu exclusif à partir du 1^{er} juillet 2020. Répressions administrative et pénale se sont relayées, et ensuite succédé, pour traduire la volonté du gouvernement belge de privilégier la voie répressive dans l'application des mesures Covid-19, sans égard aux disparités sociales.

Le traitement pénal des infractions Covid-19 à travers le mécanisme de la transaction pénale inaugure une percée importante d'un outil juridique jusqu'alors peu utilisé. Loin de reposer sur des bases consensuelles et négociées entre parties à la procédure,

⁵⁴ Le Conseil supérieur de la justice rappelle que toute condamnation à une peine d'amende de minimum 26 euros entraîne automatiquement la condamnation à payer les sommes de: 200 euros au Fonds d'aide aux victimes d'actes intentionnels de violence et aux sauveteurs occasionnels, 50 euros de frais administratifs, 20 euros au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, outre les frais de citation. *Avis sur l'avant-projet de loi relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique*, Conseil supérieur de la justice, 22 mars 2021, p. 9-10, <https://csj.be/admin/storage/hrj/20210322-csj-avis-avant-projet-loi-pandemie.pdf> (consulté le 23 mai 2024).

⁵⁵ Des observations menées au tribunal de police francophone de Bruxelles ont mis en évidence le très jeune âge des personnes poursuivies: 60 % du total des personnes jugées entre février et mars 2021 ont entre 18 et 25 ans (Tatti, 2023c, p. 140).

⁵⁶ Chiffre obtenu auprès du Service d'analyse statistique du parquet général de Bruxelles, 2021.

le ministère public décide, de façon discrétionnaire, de l'application du dispositif. Si le citoyen est libre de refuser le paiement de la transaction, c'est oublier que la seule alternative, en cas de refus, consiste, pour le ministère public, à exercer des poursuites devant les tribunaux. Cette menace constitue une pression, entravant la liberté des citoyens d'accepter ou de refuser la transaction. Le recours accru à la transaction pénale inaugure le passage d'une justice publique à une justice dissimulée sous la forme d'échange de courriers et de paiements bancaires. Partant, il vient heurter les principes essentiels sur lesquels repose notre système pénal, tels que la publicité des débats et l'examen de la cause par un juge impartial, et opère un glissement progressif des fonctions répressives au sein du système pénal. Avec la transaction pénale immédiate, la dilution des garanties s'accroît : plus besoin d'acteur judiciaire pour sanctionner les citoyens, la police pouvant directement imposer le paiement d'une somme d'argent à l'aide d'un terminal Bancontact sur la voie publique.

Depuis peu, le mécanisme de la transaction pénale immédiate a été étendu à d'autres infractions, liées à la gestion de l'espace public, venant illustrer la généralisation et la banalisation de dispositifs d'exception pourtant censés répondre à une situation de crise. Depuis janvier 2022, une circulaire du Collège des procureurs généraux (et non une loi) prévoit que la transaction pénale immédiate peut s'appliquer « à une série de délits considérés comme mineurs : détention de stupéfiants pour usage personnel, vol simple (tel que le vol à l'étalage ou de vélo), détention et port d'armes prohibées (avec exclusion des armes à feu) »⁵⁷. Un pas de plus est franchi dans la déjudiciarisation et l'affranchissement des garanties procédurales, au détriment des catégories de la population les plus précarisées (Tatti, 2023d). Les chiffres ne se sont pas fait attendre. Alors que, pour l'année 2022, le pourcentage de transactions retombe à 2,58 % de l'ensemble des décisions de clôture du parquet (contre environ 8 % pour 2020 et 2021), ils diffèrent fortement selon les contentieux. Ainsi, concernant les drogues, le nombre d'affaires clôturées par le paiement d'une somme d'argent est passé de 8,26 % en 2020 à 46,55 % en 2022. Au mois d'août 2023, deux communiqués du ministre de la Justice indiquaient respectivement que, depuis son introduction en janvier 2022, la transaction immédiate a été infligée 596 fois pour des vols à l'étalage, et 7 855 fois pour usage de drogues, ce dernier contentieux a rapporté 954 625 euros à l'État⁵⁸.

Dans ce contexte se pose de nouveau avec urgence la question du rôle du droit dans l'espace public, entre dispositif d'une répression inégalitaire qui renforce la ségrégation sociale et spatiale, ou garant des droits et libertés fondamentaux, collectifs et individuels.

⁵⁷ Circulaire COL n° 09/2021. Pour une analyse critique, voir Debouverie, E., Tatti, D. et Vandeveldel, N. « La transaction pénale immédiate : enjeux et dangers d'une procédure extrajudiciaire », *Tribune*, n° 221, www.avocats.be ; Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains (IFDH), *Évaluation du mécanisme de la transaction pénale (art. 216bis du Code d'instruction criminelle)*, avis n° 12/2022 du 6 octobre 2022.

⁵⁸ Site « Team Justice », <https://www.teamjustitie.be/fr/2023/08/17/deja-596-voleurs-a-letalage-condamnes-a-une-transaction-immEDIATE/> et <https://www.teamjustitie.be/fr/2023/08/06/deja-1-011-transactions-immEDIATEES-pour-detention-de-drogues-lors-de-festivals-le-mois-dernier/> (consulté le 16 mai 2024).

Bibliographie

- Bouhon, F. (2023). Urgence sanitaire, écoulement du temps et évolution du risque, *Revue de jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles*, 24, 1088-1093.
- Bourgau, A.-E., & Gaudin, T. (2022). (In)compétences des parlements belges en période de confinement et de distanciation sociale: pouvoirs spéciaux et mesures urgentes pour lutter contre le Covid-19. Du principe de légalité... au principe de l'arrêt: enrayer le basculement. In Fr. Bouhon, E. Slautsky & S. Wattier (dir.), *Le droit public belge face à la crise du Covid-19: quelle leçon pour l'avenir?* (p. 179-223). Bruxelles: Larcier.
- Colette-Basecqz, N. (2020). Les nouvelles formes de justice pénale négociée: une réelle avancée? *Le Pli juridique*, n° 52 (juin), 18-33.
- De Buisseret, B. (2020a). Chronique d'un chassé-croisé entre répression pénale et sanctions administratives communales (SAC). Un premier bilan des mesures de répression anti-Covid-19. *Revue du droit communal*, 4, 2-19.
- De Buisseret, B. (2020b). Répression du non-respect des mesures Covid et Sac: retour sur une saga qui a marqué les premiers mois de la crise sanitaire. *Trait d'union*, 23 (avril-juin), 12-17.
- De Laet, S. (2021). S'approprier les quartiers de façon politique. Entretien avec Latifa Elmcabeni, co-fondatrice du collectif de Madres, et E. Bailly, Ça ne vous regarde pas: quand s'inquiéter pour autrui devient un délit. *Bruxelles en Mouvement*, 310 (mars), 8-11.
- Elmcabeni, L., & Galaksi, J. (2023). Réciter nos luttes, ré-habiter nos quartiers. *Bruxelles Laïque Échos*, mars. <https://echoslaïques.info/réciter-nos-luttes-re-habiter-nos-quartiers/> (consulté le 30 mai 2024).
- Guillain, Ch. (2023). La Belgique face à la gestion pénale des infractions liées à la Covid-19: quand l'exécutif est à la manœuvre. In *Les défis de la politique criminelle. Archives de politique criminelle*, 45(1), 235-248.
- Horton, R. (2020). Covid-19 is not a pandemic. *The Lancet*, vol. 396, 10255: 874, September 26.
- Mormont, M. (2018). Uneus, Cow-boys de proximité. *Alter échos*. <https://www.alterechos.be/uneus-cow-boys-de-proximite/> (consulté le 30 mai 2024).
- Parsa, S., & Tulken, Fr. (dir.). (2022). *État de droit, état d'exception et libertés publiques*. Limal: Anthemis.
- Popelier, P. (2020). Crisisbeheer per ministerieel besluit. *T.V.W.*, 4, 282-291.
- Rigaux, M.-Fr. (2022). Un usage délicat du contrôle de légalité, note sous Cass., 28 septembre 2021, *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1, 63-76.
- Tatti, D. (2021). Des (a)normalités en temps de Covid-19: quelles mutations en matière pénale? Réflexions critiques à propos des normes fédérales et régionales bruxelloises. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 7-8, 761-789.
- Tatti, D. (2023a). Les SAC «COVID» en Région de Bruxelles-Capitale: chiffres et constats. In D. Tatti, Ch. Guillain, A. Jonckheere & E. Schils (dir.), *Le droit à l'épreuve de la crise sanitaire: retour sur les sanctions administratives communales et les poursuites pénales des infractions Covid* (p. 17-34). Les Dossiers de la Revue de droit pénal et de criminologie. Bruxelles: la Charte.
- Tatti, D. (2023b). Sanctions administratives communales à Bruxelles: l'administratisation de la justice pénale à l'épreuve de la crise de la Covid-19. *Brussels Studies*, 180, § 20, <https://journals.openedition.org/brussels/6794> (consulté le 16 mai 2024).
- Tatti, D., (2023c). Répression des infractions «Covid»: retour sur les pratiques judiciaires en Région bruxelloise. In D. Tatti, Ch. Guillain, A. Jonckheere & E. Schils (dir.), *Le droit à l'épreuve de la crise sanitaire: retour sur les sanctions administratives communales et les poursuites pénales des infractions Covid* (p. 127-145). Les Dossiers de la Revue de droit pénal et de criminologie. Bruxelles: la Charte.
- Tatti, D. (2023d). La transaction pénale (immédiate): comment et pourquoi punir? *Bruxelles Laïque Échos*, 123(4). <https://echoslaïques.info/transaction-penale/> (consulté le 16 mai 2024).
- Tatti, D., & Guillain, Ch., (2022). Répression des infractions Covid: espace public à l'arrêt, vie privée en mouvement? In A. Bailleux, D. Bernard & J. Van Meerbeeck (dir.), *La distinction (droit) public/(droit) privé: brouillages, innovations et influences croisées* (p. 285-317). Bruxelles: PUSL.
- Tatti, D., & Guillain, Ch. (2023). Les infractions Covid: des voies normatives et répressives inédites. In F. Bouhon et al., *Les droits humains en temps de pandémie. Perspectives internationales, européennes et comparées* (p. 225-228). Bruxelles: Larcier.

Thirion, N. (2020). La gestion juridique de la crise sanitaire en Belgique. De l'État de droit à l'état d'exception. *Revue de droit commercial belge*, 10, 1296-1317.

Thirion, N. (2022). L'évaluation juridique de la gestion de la crise sanitaire en Belgique : la Cour constitutionnelle apporte sa (petite) pierre à l'édifice , note sous C. Const., n° 109/2022. *Revue de jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles*, 36, 1598-1610.

Pandémie de Covid-19 et travailleurs sans-papiers à Genève

Les traces des mesures liées à la crise sanitaire au cours du temps

Claudine Burton-Jeangros, Liala Consoli, Jan-Erik Refle et Yves Jackson

Ce chapitre porte sur les conséquences de la pandémie de Covid-19 pour les travailleurs migrants sans-papiers, une population vivant dans des circonstances particulièrement précaires. Se trouvant en situation de séjour irrégulier en raison des politiques migratoires en vigueur, ils sont invisibilisés, et leurs conditions de vie sont globalement mal connues. Ceci s'explique notamment par la difficulté à les intégrer dans des études scientifiques en raison de leurs craintes d'être identifiés et expulsés.

Au moment où la pandémie de Covid-19 s'est déclarée, notre équipe de recherche menait une étude multidisciplinaire longitudinale et de méthodes mixtes auprès d'une cohorte de travailleurs sans-papiers dans le canton de Genève. Celle-ci visait à mesurer les effets d'une politique de régularisation pilote sur leurs conditions de vie et leur état de santé. Au vu de leur précarisation rapide (perte d'emploi et de revenu) induite par les mesures de contrôle de la première vague pandémique dans le canton de Genève, nous avons saisi l'opportunité de récolter des données en mai et juin 2020 auprès d'un sous-échantillon de notre cohorte. Ces informations ont ainsi permis de documenter les changements par rapport à la phase prépandémique, puis elles ont été complétées par des vagues ultérieures de récolte des données poursuivies jusqu'en 2022.

Certains résultats ont déjà été publiés (Burton-Jeangros *et al.*, 2020; Duvoisin *et al.*, 2022; Refle *et al.*, 2024). Ce chapitre présente des analyses descriptives complémentaires des effets immédiats, mais aussi à moyen terme, de la crise sanitaire, en combinant les données longitudinales quantitatives et qualitatives. Elles permettent de documenter l'ampleur et les mécanismes de la fragilisation des travailleurs sans-papiers lors des deux premières vagues de la pandémie, mais elles illustrent aussi comment les trajectoires de vie ont été affectées au cours du temps, que ce soit

en raison de retards dans le processus de régularisation, ou encore d'opportunités manquées ou retardées.

Les politiques de santé publique de lutte contre la Covid-19 en Suisse ont été moins sévères que dans les pays voisins, se limitant notamment à un semi-confinement d'une durée restreinte. Même si des mesures spécifiques ont été mises en place pour les travailleurs sans-papiers, nos analyses démontrent qu'elles n'ont pas été suffisantes pour mitiger l'impact sévère de la crise sociale et sanitaire sur les conditions de vie d'une population vivant déjà en situation précaire. Les constats présentés dans ce chapitre confirment ainsi que la pandémie de Covid-19 a creusé les inégalités sociales et de santé, et ils contribuent aux réflexions de cet ouvrage à travers la comparaison des expériences de cette crise dans différents contextes.

Mise en contexte : les travailleurs sans-papiers face à la pandémie de Covid-19

Les personnes dites sans-papiers résident dans un pays sans y être autorisées par le cadre légal en vigueur. À l'échelle globale, une proportion significative de migrants internationaux se trouvent en situation irrégulière à un moment ou un autre de leur parcours migratoire. Les estimations en 2008 faisaient mention d'une fourchette de 1,9 à 3,8 millions de personnes sans statut légal en Europe (Triandafyllidou & Bartolini, 2020). Cette catégorie de résidents regroupe des profils variés et s'avère dynamique, puisque le statut des migrants peut changer au cours du temps, d'une entrée régulière dans le pays vers un séjour dépassant celui autorisé par un visa ou d'une entrée irrégulière aboutissant à un permis de séjour en cas de régularisation. Différentes politiques de régularisation ont été documentées en Europe (Baldwin-Edwards *et al.*, 2009), mais l'orientation plus restrictive des politiques migratoires au cours des années ayant précédé la pandémie a réduit ces initiatives, notamment dans le contexte de discours récurrents autour de la possibilité (non vérifiée) d'un effet d'appel d'air pour de nouveaux migrants (Mallet-Garcia & Delvino, 2021).

Malgré les politiques migratoires restrictives, les opportunités économiques offertes par des secteurs peu régulés du marché du travail permettent à certains travailleurs sans-papiers de rester dans le pays de destination, et ceci durant parfois plusieurs décennies. La plupart sont typiquement employés dans des secteurs peu valorisés, mais ayant de forts besoins en main-d'œuvre, notamment l'économie domestique, la construction et l'agriculture (Mallet-Garcia & Delvino, 2021). Ces personnes sont généralement exclues des systèmes de protection sociale et n'ont souvent qu'un accès limité aux soins. Toutefois, leur présence peut être tolérée à travers diverses formes d'inclusion informelle (comme l'accès à la scolarité pour leurs enfants par exemple) ou d'inclusion dans la subordination (Chauvin & Garcés-Mascreñas, 2014). La plupart du temps, elles reçoivent du soutien et des conseils auprès d'organisations non gouvernementales, parfois elles-mêmes mandatées par l'État.

L'absence d'un statut légal conduit ces travailleurs à adopter des stratégies de camouflage afin de pérenniser leur séjour (Chauvin & Garcés-Mascreñas, 2014). Il est cependant largement admis que leurs conditions de vie sont particulièrement précaires, caractérisées par de faibles salaires horaires et des conditions de travail difficiles (Hagose *et al.*, 2023). L'absence de statut légal les expose à différentes formes d'abus de la part des employeurs et des logeurs lorsque ces personnes sont exposées aux « marchands de sommeil ». Ces circonstances de vie génèrent une importante mobilité parmi cette population, qu'elle soit volontaire en cas de décision de retour au pays, ou parfois imposée en cas de déportation. À Genève, certains sous-groupes rencontrent de meilleures opportunités de s'intégrer au marché de l'emploi et donc de rester, c'est par exemple le cas des femmes d'origine philippine ou d'Amérique latine travaillant dans l'économie domestique. Au contraire, certains hommes actifs dans des secteurs d'emploi plus contrôlés ou à la suite de demandes d'asile infructueuses tendent à faire face à plus de difficultés pour stabiliser leur séjour. Les migrants qui parviennent à s'installer durablement développent diverses stratégies d'intégration, comme l'apprentissage de la langue, l'évitement systématique des structures institutionnelles, notamment la police, et le maintien d'une certaine capacité financière.

En raison de leurs conditions de vie et de travail précaires, les travailleurs sans-papiers ont été particulièrement exposés aux conséquences de la pandémie de Covid-19. La littérature aujourd'hui disponible documente leur vulnérabilité dans trois domaines en particulier : l'emploi, le logement et l'accès aux soins (Mallet-Garcia & Delvino, 2021 ; Mengesha *et al.*, 2022 ; Pelizza *et al.*, 2021 ; Salinas & Salinas, 2022). Premièrement, les travailleurs sans-papiers ont été exposés à des réductions d'opportunités d'emploi et, par conséquent, ont vu leur revenu diminuer ; de plus, ils ont fait partie du groupe des travailleurs essentiels dans de nombreux contextes, y compris dans le secteur des soins, en contact fréquent avec le public. Deuxièmement, leurs conditions de logement, souvent caractérisées par une forte densité afin de réduire les coûts, les ont particulièrement exposés au virus. Troisièmement, leur accès restreint au système de soins a pu les décourager à chercher de l'aide lorsqu'ils étaient infectés.

Durant la pandémie, certains gouvernements ont élaboré des mesures à l'intention des travailleurs sans-papiers pour des raisons humanitaires, et par souci de limiter la circulation du virus (Mallet-Garcia & Delvino, 2021). Dans la plupart des pays européens, ces migrants ont eu accès à des soins d'urgence gratuits lorsqu'ils étaient infectés par la Covid-19, mettant en exergue l'importance essentielle des mesures de protection des données personnelles en milieu médical afin de réduire les craintes ancrées de déportation en cas de recours aux services publics (World Health Organization, 2021). Des pays ont limité les expulsions vers le pays d'origine, sans toutefois les suspendre complètement. Enfin, des gouvernements ont introduit des mesures de régularisation temporaire afin de répondre au manque de main-d'œuvre dans certains secteurs (Mallet-Garcia & Delvino, 2021). Dans les grandes villes, différents efforts ont également été documentés, tels que des distributions alimentaires et des initiatives pour donner accès à un revenu minimum. Toutefois, durant les premières semaines de la pandémie, marquée par les incertitudes liées à la circulation

du virus et les changements rapides dans les recommandations relatives aux mesures de protection, l'accès à l'information a souvent été difficile pour cette population (Mallet-Garcia & Delvino, 2021).

Ces constats globaux sont approfondis dans ce chapitre grâce à des données récoltées dans le canton de Genève auprès de travailleurs sans-papiers ayant eu l'opportunité d'obtenir un permis de séjour peu de temps avant la pandémie de Covid-19.

Le canton de Genève et l'Opération Papyrus

Les estimations les plus récentes évaluent qu'entre 58 000 et 105 000 travailleurs sans-papiers résident en Suisse, principalement dans les grandes villes (Morlok *et al.*, 2015). La question de la réglementation de leur séjour est régulièrement présente à l'agenda politique national, oscillant entre des demandes de régularisation collective (Fakhoury, 2018) et des mesures plus restrictives. Dans sa position formulée en 2020, le Conseil fédéral, instance exécutive au niveau national, a toutefois jugé le cadre existant adéquat, à la fois dans ses mesures de lutte contre le travail au noir et l'obligation des sans-papiers de s'affilier aux assurances sociales. Le gouvernement considère en effet que les mesures en vigueur respectent la Constitution fédérale et les engagements internationaux de la Confédération en matière de protection des droits économiques, sociaux et culturels des travailleurs (Confédération suisse, 2020). Le cadre légal suisse prévoit l'accès à un permis de séjour temporaire pour les travailleurs sans-papiers pour les cas de force majeure, appelés aussi des cas de rigueur. De manière générale, cette politique restrictive limite fortement les possibilités de régularisation, évaluées au cas par cas.

Les autorités du canton de Genève, canton urbain avec une population d'environ 500 000 personnes, ont innové en mettant en place un programme pilote de régularisation des travailleurs sans-papiers entre 2017 et 2018 à l'issue d'un processus de négociations initié au début des années 2000 avec des partenaires associatifs et syndicaux. Dans ce canton, le nombre de sans-papiers est estimé à 10 000-15 000 personnes provenant de pays hors de l'Union européenne ou de l'AELE. Cette population inclut des demandeurs d'asile déboutés, des travailleurs dont le titre de séjour est échu et d'autres n'ayant jamais obtenu de permis de séjour (Morlok *et al.*, 2015). L'Opération Papyrus a donné accès à un permis de séjour temporaire à 2 883 personnes, dont 1 676 (58 %) dans le cadre d'une demande en tant que membres d'une famille (République et canton de Genève, 2020). Cette politique, unique à l'échelle suisse, avait pour but de restreindre le caractère arbitraire des décisions prises autour des dossiers définis par le cadre légal fédéral comme des cas de force majeure.

Cette politique cantonale s'est concrétisée grâce à l'élaboration de critères définis comme objectifs et devant automatiquement aboutir à l'octroi d'un permis de séjour pour les personnes les remplissant. Ces critères incluaient : 1° un séjour continu d'au moins dix ans dans le canton de Genève, réduit à cinq ans pour les familles ayant un ou des enfant(s) scolarisé(s) ; 2° un emploi ; 3° une autonomie financière ; 4° l'absence

de condamnation pénale; 5° des compétences linguistiques minimales en français (niveau A2). Les travailleurs en situation irrégulière répondant à ces critères étaient assurés de recevoir un permis de séjour; il était cependant limité à un ou deux ans et pouvait être renouvelé à condition de continuer à remplir ces critères. Les personnes ayant entamé une procédure de demande d'asile en étaient exclues.

Le gouvernement local a délégué la préparation des dossiers aux acteurs associatifs, réduisant ainsi notablement sa charge de travail (Reffe, Elezovic *et al.*, en évaluation). Les dossiers vérifiés à l'échelle cantonale étaient ensuite transmis à l'autorité fédérale pour validation de l'octroi. Cette politique de régularisation a été formulée sans modification de la base légale fédérale et a continué à se fonder sur un examen des dossiers au cas par cas. En complément à l'octroi de permis de séjour, des mesures de régularisation du travail au noir ont été instaurées, incluant des sanctions à l'égard des employeurs ne respectant pas le cadre légal. En outre, une bourse à l'emploi visait à faciliter la transition du marché informel vers des contrats formels. Dans ce contexte, la plateforme Chèque Service permet une déclaration des salaires auprès des assurances sociales à Genève, visant à la fois à faciliter les démarches administratives pour les employeurs et à éviter le travail illicite. En amont de l'Opération Papyrus, le canton de Genève se démarquait déjà en matière de mesures spécifiques aux sans-papiers, en donnant accès au système scolaire public aux enfants de ces travailleurs et en ayant mis en place un service médical dédié, la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) au sein des Hôpitaux universitaires, garantissant aux patients la complète protection de leurs données personnelles vis-à-vis des autorités d'immigration.

Dès l'arrivée de la pandémie de Covid-19 à Genève, un dispositif spécifique d'accès gratuit aux soins a été octroyé aux travailleurs sans-papiers dans le but de permettre un dépistage précoce et d'interrompre les chaînes de transmission (Baggio *et al.*, 2021). L'importante fréquentation a illustré l'attention portée par ces personnes au risque d'infection, potentiellement significatif d'incapacité de travail, bien avant le déploiement des mesures de protection sanitaire populationnelles. Outre ces dispositifs de dépistage et de traitement centralisés aux Hôpitaux universitaires et conduits par des équipes mobiles dans la communauté, un programme de vaccination gratuit s'est constitué avec l'aide de la Croix-Rouge genevoise pour contourner l'obligation de partager des données personnelles au moment de l'inscription. Ce programme a illustré l'importance d'une communication adaptée afin de réduire l'hésitation vaccinale et de faciliter l'accès à une information de qualité suscitant la confiance des publics cibles (Page *et al.*, 2022).

Un dispositif de distribution alimentaire d'urgence a été mis en place dès mars 2020, auquel ont aussi eu recours de nombreux ressortissants suisses (Lovey *et al.*, 2022; Petrucci *et al.*, 2020). Par ailleurs, les autorités fédérales ont également rapidement mis en demeure la pénalisation du recours à l'aide sociale pour le renouvellement des permis de séjour, levant ainsi un facteur important de non-recours aux prestations d'aide de la part des ex-sans-papiers régularisés. Les secteurs d'emploi traditionnels des sans-papiers ont toutefois été structurellement désavantagés pour certaines mesures d'aide. Par exemple, les compensations financières exceptionnelles liées aux périodes de confinement adoptées au niveau national n'ont pas couvert les employés du secteur

domestique. Afin de compenser cette mesure, le canton de Genève a élaboré une loi et octroyé des financements exceptionnels pour indemniser les travailleurs ayant connu des pertes sévères de revenus à cause de la pandémie de Covid-19, y compris les sans-papiers. Ces ressources ont cependant été accessibles relativement tardivement puisqu'il a fallu passer par un vote populaire en mars 2021, après qu'un référendum a été déposé par les opposants à cette aide. De plus, le gouvernement cantonal a octroyé une enveloppe budgétaire à un nombre restreint d'associations en contact avec les migrants, afin d'aider ceux-ci à couvrir leurs dépenses essentielles, tels les loyers.

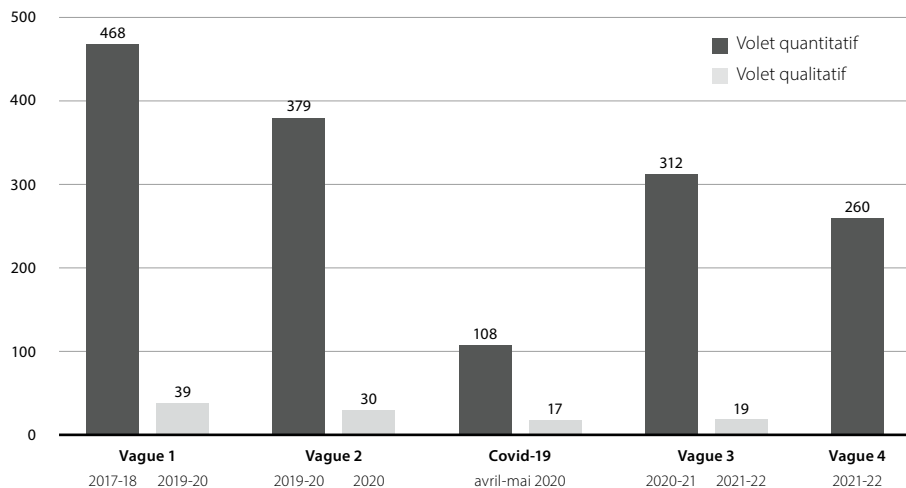
L'étude Parchemins

L'Opération Papyrus dans le canton de Genève a offert une opportunité unique d'évaluer comment l'obtention d'un permis de séjour peut affecter les conditions de vie et l'état de santé de travailleurs régularisés. L'étude Parchemins a été initiée avec l'objectif de suivre, au cours de plusieurs années, une cohorte de travailleurs ayant obtenu un permis de séjour. S'il était attendu que la sortie de la clandestinité réduirait leur vulnérabilité notamment économique et sanitaire, il était également probable que le changement de statut induirait de nouvelles responsabilités financières, telles que payer des impôts et des primes d'assurance-maladie par exemple. Afin d'évaluer au mieux ces conséquences associées à l'obtention d'un permis de séjour, des travailleurs sans-papiers venant de déposer une demande de régularisation ou de recevoir leur permis de séjour ont été recrutés en automne 2017, ainsi qu'un groupe contrôle constitué de personnes sans-papiers non éligibles ou ne souhaitant pas bénéficier de l'Opération Papyrus (Jackson *et al.*, 2019). La pandémie de Covid-19 est intervenue à mi-parcours de l'étude. Les différentes données récoltées sont mobilisées ici pour décrire les effets de la pandémie et des mesures associées en 2020, puis leurs conséquences à moyen terme grâce au suivi des participants jusqu'en 2022.

Dans le volet quantitatif, un questionnaire standardisé a été administré lors de quatre vagues successives entre 2017 et 2022 (**figure 1**). Le questionnaire disponible en quatre langues, celles les plus parlées par les travailleurs sans-papiers, à savoir le français, l'espagnol, le portugais et l'anglais, était administré en face-à-face par des membres de l'équipe de recherche. Les questions portaient notamment sur les conditions de logement, d'emploi, de santé et l'accès aux soins. L'échantillon initial de 468 participants s'est réduit au fil des vagues de l'enquête pour atteindre 260 personnes en 2022. La part des sans-papiers dans cet échantillon a diminué au cours des vagues, passant de 32 % à 19 %. Les participants ont été recrutés avec l'aide des partenaires associatifs et syndicaux du canton, ainsi qu'au sein de la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires¹.

¹ Au-delà de la thèse de doctorat en sociologie de Julien Fakhoury (Fakhoury, 2023), différents domaines ont été analysés à l'aide des données quantitatives. Voir les références de l'étude: <https://cigev.unige.ch/recherches/research-l/health/parchemins/>, consulté le 19 juin 2024.

Figure 1 : Nombre de participants



Pour le volet qualitatif, les données ont été récoltées lors d'entretiens semi-directifs menés à trois reprises auprès d'un sous-échantillon des personnes en voie de régularisation, choisies de manière à assurer une certaine diversité des profils selon le genre et l'origine (figure 1). Les entretiens portaient sur les trajectoires des participants, en particulier en matière d'emploi, d'insertion sociale, de vie familiale, ainsi que sur la transformation de leurs aspirations et leurs craintes au cours du temps. Le sous-échantillon initial de 39 personnes en 2018-2019 s'est réduit à 19 participants lors de la troisième vague d'entretiens².

Au printemps 2020, une récolte de données supplémentaire (vague Covid-19) a été réalisée pour évaluer les conséquences précoces de la pandémie et des mesures de santé publique sur la population de l'étude. Un questionnaire spécifique a été envoyé à l'ensemble des participants, 108 y ont répondu, et des entretiens qualitatifs par téléphone ont été menés auprès de 17 personnes.

Au début de l'étude, les participants étaient principalement des femmes (73 %), provenant d'Amérique latine (souvent de Bolivie ou du Pérou) ou d'Asie du Sud-Est (notamment des Philippines). Ayant séjourné relativement longtemps à Genève (en moyenne douze ans), les participants avaient un âge moyen de 44 ans. Les femmes sont en moyenne arrivées plus tard dans leurs parcours de vie que les hommes, après avoir eu des enfants qu'elles ont, en tout cas initialement, laissé dans leur pays d'origine. Les principales motivations évoquées étaient de nature économique, et la volonté de proposer un avenir meilleur à leurs enfants. Ces travailleurs étaient

² Ces données qualitatives ont été récoltées par Liala Consoli, dans le cadre de sa thèse de doctorat en sociologie (Consoli, 2024).

employés dans trois secteurs principaux : l'économie domestique (72 %, dont 94 % de femmes), la construction (7 %, que des hommes) et la restauration-hôtellerie (9 %, dont 21 % de femmes). La précarité socioéconomique est particulièrement marquée dans le secteur domestique, regroupant des employés de maison, vivant parfois avec leur employeur ou cumulant des emplois avec un faible nombre d'heures.

Les analyses présentées dans ce chapitre combinent des données quantitatives et qualitatives, de la vague Covid-19 de 2020 et des vagues ultérieures, en intégrant des éléments d'entretiens venant compléter les constats quantitatifs. Les différences notables observées entre les travailleurs nouvellement régularisés et ceux restant sans-papiers sont mentionnées. Il convient par ailleurs de garder à l'esprit que la majorité des participants à l'étude sont des femmes travaillant dans le secteur domestique. Tout au long de l'étude, les données montrent qu'elles sont défavorisées par rapport aux hommes, notamment en ce qui concerne l'emploi, le salaire et le logement.

Résultats

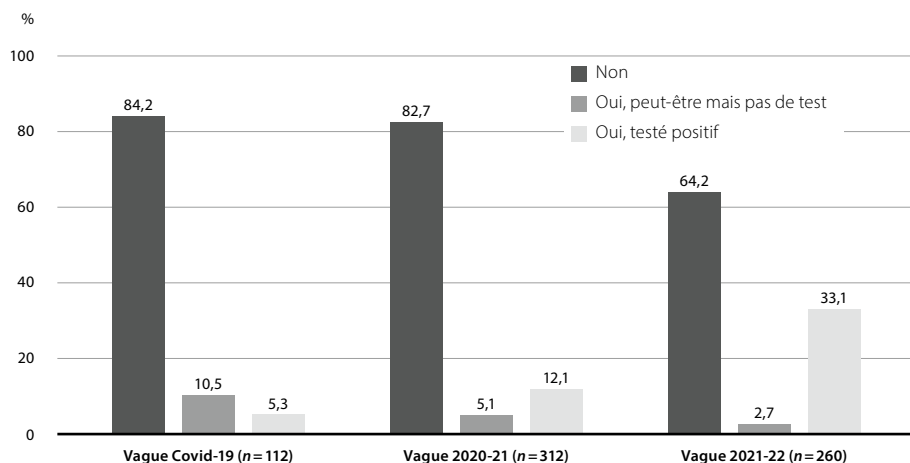
Les effets de la pandémie lors des premiers mois de la crise sanitaire

Au cours du temps, la proportion de répondants indiquant avoir été infectés par la Covid-19 a logiquement augmenté, avec une croissance des infections confirmées par un test diagnostique. En 2022, 35 % ont rapporté avoir été infectés (figure 2). Le programme de vaccination a répondu aux attentes d'une large frange de la population de travailleurs sans-papiers à Genève. En effet, plus de 7 000 personnes ont pu être vaccinées dans un court laps de temps, contribuant ainsi à réduire la circulation virale au sein des foyers souvent densément peuplés (Genovese *et al.*, 2023).

Un répondant sur trois a indiqué avoir renoncé à consulter un médecin ou à aller à l'hôpital durant la crise de la Covid-19, et c'était le cas d'une personne sans-papiers sur deux. Le renoncement aux soins, qui est de manière générale relativement élevé au sein de cette population, a donc été renforcé lors de cette période, en partie en raison de la présence visible d'agents de sécurité aux alentours des lieux de soins. Les premières semaines de la pandémie ont été associées à de fréquents sentiments d'anxiété rapportés par 68 % des répondants. Ces sentiments étaient exacerbés par le contexte de forte incertitude lors du premier confinement puisque seul un tiers d'entre eux ressentait de l'anxiété en 2019.

Les mesures de semi-confinement adoptées en Suisse dès le 16 mars 2020 ont eu des conséquences importantes sur l'emploi et le revenu de ces travailleurs précaires. Trois personnes sur quatre ont indiqué, en avril-mai 2020, qu'elles avaient perdu des heures de travail et 15 % n'avaient plus du tout d'emploi. Certains employeurs n'ont pas respecté leurs obligations contractuelles et ont cessé de rémunérer leurs employés qui ne pouvaient plus travailler. Dans ce contexte exceptionnel, les travailleurs ont fait face à des difficultés à faire valoir leurs droits. De fait, leur pouvoir de négociation envers leurs employeurs était restreint par la nécessité de trouver des solutions économiques

Figure 2: Infections à la Covid-19 autorapportées



immédiates pour se nourrir et conserver leur logement. Ainsi, des participants ont rapporté craindre de mettre à mal la relation avec leurs employeurs en réclamant leur salaire. De nombreux employeurs ont toutefois continué de verser les salaires, et certains l'ont complété par une aide financière ou matérielle telle qu'évoquée par un quart des répondants.

Les entretiens menés ultérieurement ont permis d'étayer la diversité des attitudes et pratiques des employeurs. Certains n'ont pas hésité à réduire les heures de travail, voire à licencier leurs employés migrants, notamment lorsqu'ils avaient eux-mêmes perdu leur emploi ou rencontré des difficultés économiques à cause de la pandémie. D'autres ont exprimé la peur d'introduire des personnes à haut risque perçu de contagiosité dans leur foyer au moment du semi-confinement. À l'inverse, une participante a relaté le cas d'un employeur ayant aidé sa famille dans son pays d'origine :

Ils m'ont aidé, en aidant ma famille au pays. Je viens du Kenya. [Mes proches] n'ont pas d'économies, ils ont des problèmes sérieux.

Les participants travaillant dans le secteur du nettoyage, les établissements médico-sociaux ou les institutions de soin ont été davantage sollicités pendant la pandémie. Se retrouver en première ligne face au risque accru de transmission du virus et devoir continuer à utiliser les transports publics pour se rendre au travail ont été une source de stress, comme exprimé par cette participante :

Je travaillais à l'hôpital. Là-bas il y avait un moment où je devais faire le travail de ménage le matin et le soir. Et là il y avait deux semaines où j'ai été trop stressée, pas seulement au niveau du ménage. À quel moment on pense qu'on va attraper ce virus. Est-ce qu'il est dans le bus, est-ce qu'il est avec quelqu'un qui touche, et qu'on touche nous aussi? Est-ce qu'il est dans l'air? Donc au niveau de ça, j'étais stressée parce que je me suis dit, je rentre du travail, chez moi, il y

a mes enfants, après je repars l'après-midi pour aller le soir en fin d'après-midi, aller le soir au travail de nouveau. Je rentre de nouveau le soir chez moi.

Certains travailleurs ont connu une augmentation de leur charge de travail, ayant été sollicités pour remplacer des personnes vulnérables ou malades :

Il y avait du personnel qui devait être en arrêt, pas parce qu'ils sont malades, c'est pour pas attraper le virus. Et là ils ont chargé les personnes comme moi qui suis jeune, qui ai une bonne santé, pour que je travaille.

Pour ceux qui venaient d'obtenir un permis de séjour, cela a parfois été vécu comme une injustice, venant prolonger les conditions imposées par la vie sans papiers, durant laquelle ces personnes ne pouvaient pas défendre leurs droits en matière de conditions d'emploi.

Les premières semaines de la pandémie ont été caractérisées par une importante insécurité économique pour ces travailleurs, puisque 70 % des répondants ont connu une diminution de leur revenu (80 % chez les travailleurs sans-papiers) et près d'un sur cinq n'avait plus aucune source de revenus. Le fait d'être régularisé a été perçu comme une protection, comme évoqué par cette participante âgée de 55 ans et travaillant dans le nettoyage d'immeubles lorsque la pandémie est apparue :

J'avais pensé que je n'allais pas toucher le salaire, mais toutes les personnes m'ont répondu que même si je n'étais pas allée travailler, elles allaient me payer les heures quand même. Donc j'ai reçu mon salaire. Dans un premier temps j'ai eu un petit peu peur, mais après c'est allé.

Ayant vécu dix-huit ans à Genève sans permis de séjour, elle a constaté les bénéfices de la régularisation par rapport à des proches sans-papiers qui n'ont pas reçu leur salaire.

La population des travailleurs sans-papiers n'a généralement qu'une faible capacité d'épargne. Ainsi, la plupart d'entre eux ont affronté l'arrivée de la pandémie avec des ressources financières limitées et évaluées à moins d'un mois par 28 % des répondants, d'un à deux mois par 50 % des répondants et de trois mois à plus par 22 %. Ce faible niveau de réserve financière associé à l'importante perte de gain en l'absence de mécanisme de protection sociale en a obligé certains à recourir à des emprunts, souvent auprès de proches, afin de couvrir les frais essentiels, tels que le loyer et l'assurance-maladie. Malgré cet important stress financier, la moitié des participants a toutefois continué à envoyer de l'argent aux proches restés dans le pays d'origine, même si cela a parfois nécessité une réduction du montant envoyé.

Les entretiens menés avec des personnes nouvellement régularisées ont montré que les difficultés financières ont perduré au cours du temps, comme évoqué par cette participante décrivant la pression induite par le contexte de la pandémie :

Oui parce que je suis toujours à temps partiel, on ne sait pas quand cette situation va changer, pour mon mari aussi, il travaille il gagne moins que moi, et c'est très, très compliqué. Il y a des semaines qu'il travaille deux jours par semaine seulement, et c'est dur on est complètement instable vous voyez, dans une période

où on ne sait pas ce qui va changer, va arriver, on ne peut pas savoir. Des moments on a discuté de faire peu à peu ce qu'on peut faire, et avec le reste attendre, parce que sinon on devient fou, penser, réfléchir tout le temps ce n'est pas bien.

La crise sanitaire est en effet intervenue au moment où des travailleurs ayant obtenu un permis de séjour espéraient une augmentation ou au moins une stabilisation de leur revenu grâce à l'amélioration de leurs conditions de travail, et certains avaient ainsi déjà déménagé dans un logement plus grand et plus cher.

En plus de la diminution de leur revenu, les personnes rencontrées en entretien ont évoqué les coûts indirects de la pandémie : au-delà du gel désinfectant, des masques ou des tests rapides, des nouvelles charges ont pesé sur leur budget. Ainsi, les employés de maison ou les personnes travaillant dans la restauration n'avaient plus la possibilité de manger sur leur lieu de travail. Il était par ailleurs devenu impossible d'aller faire ses courses en France voisine, une stratégie largement mobilisée au vu du différentiel de prix marqué, en raison de la fermeture des frontières. Ces contraintes financières ont été associées à un sentiment d'insécurité marqué, notamment en matière de logement (rapporté par près de sept répondants sur dix) et d'alimentation (six répondants sur dix). La différence de l'ordre de 20 % entre les travailleurs régularisés et les sans-papiers illustre ici aussi l'effet protecteur du statut légal sur la santé mentale des migrants.

Cette pression sur le maintien du logement dans le contexte de la crise a été évoquée par de nombreux participants. Au début de la pandémie, l'un d'eux a été contraint de retourner vivre avec ses parents dans un studio après avoir perdu son emploi :

Il n'y a pas vraiment d'intimité. Donc on dort tous les trois ensemble dans une même chambre. Donc il n'y a pas d'espace, donc il y a des conflits tout le temps. Mes parents sont quand même un couple, donc ils ont besoin de leur intimité. Moi aussi, j'ai 40 ans, j'ai besoin de mon intimité. Donc tout ça, ça génère de l'agressivité entre nous, tout ça. Des violences parfois physiques, parfois verbales.

Durant cette période de restrictions, de nombreuses personnes ont évoqué les difficultés à accéder aux informations relatives aux ressources et aides disponibles. La crainte associée au recours à des aides publiques a contribué à leur évitement, étant donné que ces travailleurs avaient internalisé le message des autorités avant la pandémie à propos de l'effet rédhibitoire de ces recours sur les demandes ou le renouvellement d'un permis de séjour. Une participante a résumé ces préoccupations :

Il y a tout le temps la peur qu'ils prennent ça pour dire « ah non on ne va pas renouveler le permis ».

Les données suggèrent que les personnes ont cherché des solutions par leurs propres moyens aussi longtemps que cela a été possible, notamment par le biais de l'entraide au sein des familles et des communautés. En avril-mai 2020, seul un participant sur quatre avait eu recours au dispositif d'aide alimentaire mis en place par les associations et les autorités municipales. Il est probable que ce type d'aide ait été davantage sollicité au-delà des premières semaines de la crise sanitaire au vu des difficultés financières persistantes de ces personnes. Un autre facteur lié au non-recours renvoie au sentiment de ne pas y avoir droit, comme exprimé par ce participant :

On ne se sent pas légitime de demander quoi que ce soit parce qu'on est en situation irrégulière. J'essaie de me rendre invisible, je ne sais pas s'il y a des aides destinées à des personnes dans ma situation. Je n'en ai pas cherché parce que je ne me sens pas tout à fait légitime de demander quoi que ce soit.

D'autres motifs, évoqués dans la littérature relative au non-recours, ont également été retrouvés chez les répondants, tels que la crainte de la stigmatisation, la gêne ou la honte, ou encore la volonté d'autonomie (Lucas *et al.*, 2019; Rosenstein, 2021). S'il reste délicat d'apprécier l'impact de la communication des autorités fédérales en été 2020 concernant la non-pénalisation du recours aux aides publiques sur les demandes de permis de séjour, il est probable que cela n'ait pas suffi à lever entièrement les craintes des travailleurs sans-papiers.

Les conséquences plus durables de la pandémie de Covid-19

Alors que tout au long de l'étude Parchemins, les travailleurs régularisés ont rapporté un plus grand nombre d'heures de travail hebdomadaires que les sans-papiers, les deux groupes ont connu une baisse de leur charge de travail durant les vagues successives de la pandémie, comme observé lors de la troisième récolte de données entre fin 2020 et mi-2021. À plus long terme, on note toutefois une tendance à une reprise des taux d'activité, même s'ils restent moindres que ceux de la période pré-pandémique (figure 3).

Le revenu moyen de ces travailleurs place une importante proportion d'entre eux dans la catégorie des travailleurs à risque de pauvreté selon les normes de l'OCDE (soit un revenu inférieur à 60 % du revenu médian). L'accentuation de la précarité économique des sans-papiers induite par la pandémie a été marquée dès son début, puis s'est réduite par la suite. Pour les travailleurs régularisés, le risque de pauvreté a diminué au cours du temps, cependant, cette tendance s'est stabilisée en fin de crise sanitaire (figure 4).

En matière de santé, les données quantitatives montrent que l'anxiété et la dépression autorapportées ont augmenté tout au long de la durée de l'étude, un phénomène observé plus largement dans la population suisse et notamment chez les plus jeunes (Observatoire suisse de la santé, 2023). Cependant, les participants à l'étude Parchemins présentaient déjà des taux élevés avant la pandémie: la proportion rapportant des symptômes d'anxiété est passée d'un tiers à 45 % au cours du temps. En ce qui concerne la dépression, la progression a été de 50 % à 60 % (figure 5). L'écart important entre les régularisés et les sans-papiers tout au long de l'étude montre l'effet protecteur du permis de séjour. Les trajectoires des travailleurs restant sans-papiers sont de manière générale plus difficiles à documenter, car il s'agit d'une population mobile et dont la participation à l'étude a été moins continue que celle des travailleurs régularisés. Au cours du temps, ils sont apparus comme systématiquement défavorisés par rapport aux migrants ayant obtenu un statut de séjour. Cependant, les sans-papiers qui sont restés dans l'étude se caractérisent par un niveau économique supérieur à celui de ceux qui n'ont plus participé (Refle, Burton-Jeangros *et al.*, en évaluation).

Figure 3: Heures de travail hebdomadaires

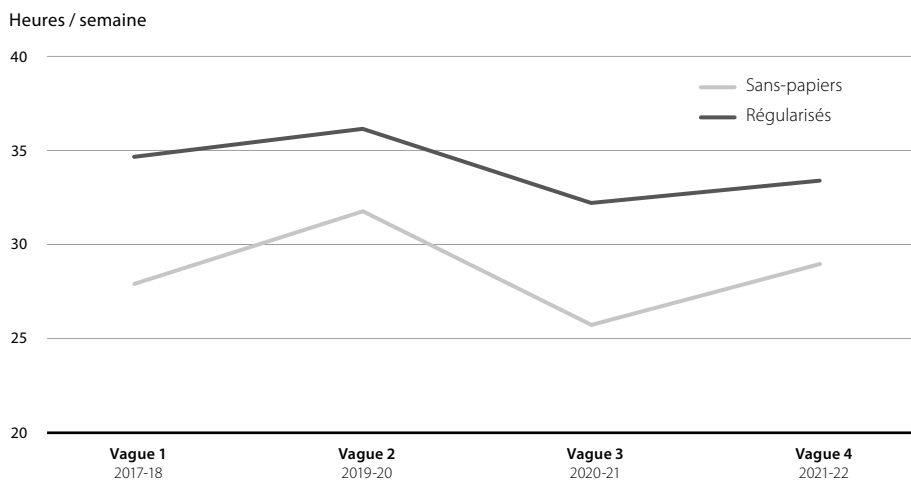


Figure 4: Part des personnes à risque de pauvreté (%)

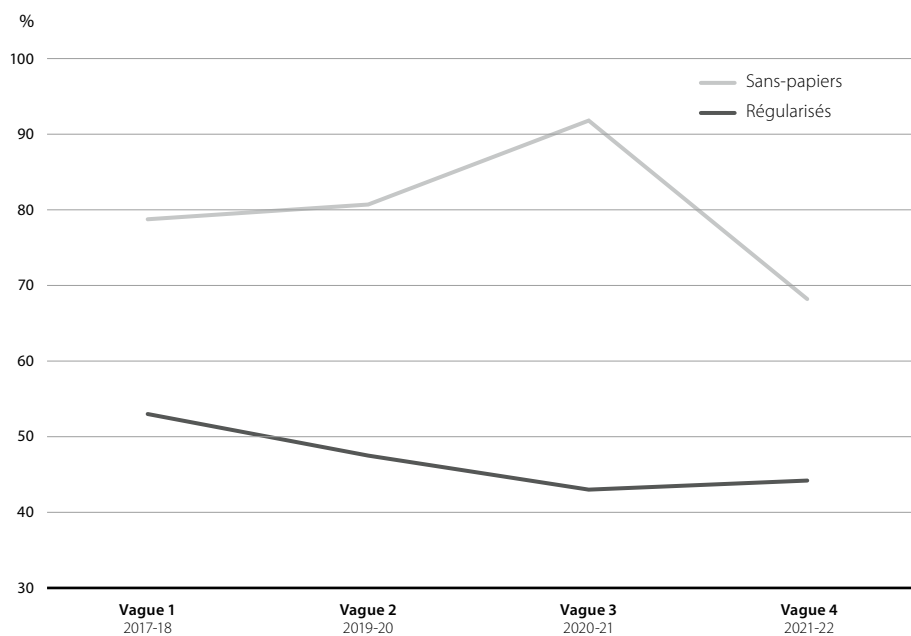
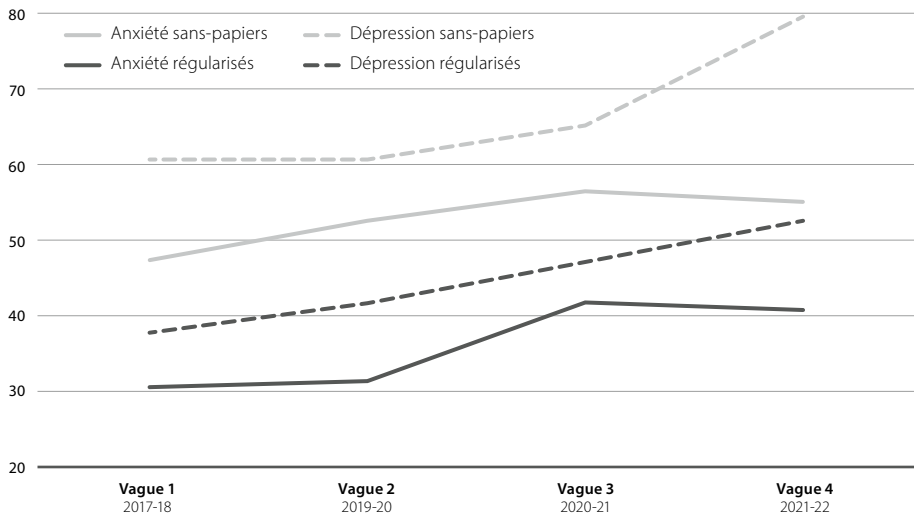


Figure 5: Symptômes d'anxiété (échelle GAD-7 ≥ 5) et de dépression (échelle PHQ-9 ≥ 5)*

* L'échelle GAD-7 mesure la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété généralisée et celle du PHQ-9 les symptômes de dépression.

Cette attrition différenciée suggère que les écarts entre les deux groupes sont en réalité encore plus marqués que ne le montrent nos données.

Les données récoltées auprès des travailleurs nouvellement régularisés rencontrés après la pandémie permettent d'approfondir comment la conjonction de deux transitions majeures, la régularisation et la crise liée à la pandémie, a impacté leurs parcours. En effet, pour ces personnes, la régularisation a été associée à des tentatives d'amélioration des conditions d'emploi et de logement, mais elle a aussi impliqué une augmentation des coûts liés aux assurances sociales obligatoires ou des voyages dans le pays d'origine rendus légalement possibles après des années passées sans visiter les proches par peur de ne plus pouvoir revenir en Suisse. La combinaison de ces différents effets délétères a été évoquée comme facteur de retard dans les changements espérés. Par exemple, cette participante, mère d'enfants mineurs qui venait de déménager dans un appartement plus grand au début de la pandémie, décrit l'impact de la réduction de son salaire et de celui de son époux :

On a toujours des factures en arrière (en retard). C'est ça qui est compliqué. On ne peut pas dire « ce mois on va s'en sortir », c'est la même chose chaque fin de mois. C'est vraiment des factures... c'est le loyer, la nourriture pour les enfants, c'est pour acheter des habits s'il leur manque quelque chose.

Un autre participant, qui a perdu son emploi dans un restaurant en raison de la pandémie, pensait qu'il serait difficile pour lui de retrouver un emploi en raison de son âge :

J'ai 58 ans. Quand je suis rentré au chômage, à cause de la Covid, j'ai senti que l'âge, c'est très compliqué pour trouver du travail. J'ai envoyé beaucoup de CV et pas trouvé. J'ai parlé avec ma conseillère, elle a parlé que quand le personnel a plus de 55 ans, c'est plus cher pour le patron.

Durant la pandémie, la perte d'emploi au moment du renouvellement du permis ou la difficulté d'un retour rapide à l'emploi pour les personnes qui étaient temporairement sans emploi ont été particulièrement mal vécues. Une participante, qui avait souffert de l'isolement lié à la clandestinité avant d'être régularisée, a raconté qu'elle a été diagnostiquée avec un cancer alors qu'elle venait d'obtenir son permis, mais que la pandémie est intervenue. Après plus de quatorze ans de camouflage, elle a à nouveau dû renoncer à avoir une vie sociale « normale », étant particulièrement à risque lors de son traitement.

La pandémie a aussi eu comme effet de ralentir certains effets positifs de la régularisation. En effet, les possibilités d'initier de nouvelles activités ont été réduites, que ce soit la recherche d'un nouvel emploi ou l'entame d'une nouvelle formation. Cette participante a ainsi exprimé préférer attendre que la situation se calme avant d'avancer dans ses projets professionnels ou de formation :

Je me suis dit je vais garder plutôt maintenant mon travail qui est stable, et c'est fixe, et je vais regarder après. Parce que c'est difficile maintenant de trouver un boulot. Par rapport par exemple à la pandémie. Je connais beaucoup d'amis qui ont du mal à trouver, et même des gens qui sont bien préparés, c'est très compliqué. Donc voilà... j'ai vu les galères pour trouver un boulot, j'ai dit je vais opter plutôt pour la stabilité.

Ces difficultés associées à la période exceptionnelle de la pandémie ont été accentuées par les retards de l'administration dans l'octroi des permis ou leur renouvellement, amenant des participants à vivre de manière prolongée une situation particulièrement inconfortable, n'étant plus sans-papiers, mais pas encore régularisés. D'ailleurs, des participants qui ont été particulièrement touchés sur le plan économique ou préoccupés par la crise de la Covid-19 ont comparé l'incertitude ressentie à celle vécue durant leur vie sans papiers, comme indiqué par cette femme :

On était sans papiers, on n'a pas de choix, on n'a pas de droit, on n'a rien. Maintenant même si on a des papiers, on n'a pas de choix, on n'a pas de droit, on n'a rien, c'est presque la même chose.

Si les données quantitatives suggèrent que l'obtention d'un permis a protégé les travailleurs nouvellement régularisés par rapport aux sans-papiers au cours de cette période, notamment en ce qui concernent l'emploi et les conditions de logement, les éléments issus des entretiens montrent combien les mesures liées à la pandémie de Covid-19 ont fragilisé cette transition vers la légalité, phase déjà critique en temps normal. Les contraintes imposées par la crise sanitaire ont ainsi le plus souvent contribué à retarder les bénéfices attendus de la régularisation.

Conclusion

La pandémie de Covid-19 a permis de rendre visibles des populations résidant en situation de grande précarité et antérieurement dans l'ombre. Les médias internationaux rendant compte des longues files d'attente pour la distribution de colis alimentaires ont souligné l'étendue de la pauvreté dans une ville riche comme Genève³. Les données récoltées dans le cadre de l'étude Parchemins confirment les constats de la littérature quant aux effets majeurs de la pandémie sur les conditions de vie des populations vivant au préalable dans des situations instables. Comme cela a été observé lors de précédentes épidémies, les inégalités sociales et de santé se cumulent dans les catégories de population les plus précarisées. La crise sanitaire a donc plus largement contribué à accroître ces inégalités au sein de la société, car la distribution inégale de ressources en matière d'emploi, de revenu, de logement et de santé a influencé les expositions et les réponses individuelles à la menace du virus.

Au moment où la pandémie s'est déclarée, la cohorte de travailleurs nouvellement régularisés que nous avons suivie espérait voir ses conditions de vie s'améliorer après de longues années passées dans la clandestinité. Si leur statut leur a offert une certaine protection par rapport aux travailleurs sans-papiers, la précarité persistante de leurs conditions de vie en dépit de leur permis de séjour a cependant rendu la gestion de la pandémie particulièrement difficile pour eux. Ils ont tellement intégré la nécessité de ne pas dépendre des aides publiques que, même dans les circonstances exceptionnelles de la pandémie, ils ont été nombreux à ne pas se sentir légitimes à solliciter les différentes formes d'aide mises en place. Alors qu'ils espéraient voir leurs conditions de vie s'améliorer après des années passées dans la clandestinité, la crise sanitaire a contribué à nourrir une certaine désillusion quant à leurs opportunités d'avenir (Refle *et al.*, 2024). Pour les sans-papiers, la pandémie de Covid-19 a été une épreuve majeure. Malgré les aides ponctuelles mises en place et la dégradation de leurs conditions de vie, ils ont souvent préféré faire face à la crise en comptant sur leurs propres moyens afin d'assurer leur camouflage.

Cet ouvrage illustre les difficultés à documenter les inégalités sociales et de santé au sein de l'ensemble de la population dans le contexte de la pandémie de Covid-19 (*cf.* chapitre IX sur la production des données). Ce chapitre démontre combien il est précieux de récolter des données relatives aux populations les plus précaires et souvent invisibles. Nos analyses confortent les données internationales (Mallet-Garcia & Delvino, 2021 ; Mengesha *et al.*, 2022) en démontrant qu'au-delà des caractéristiques locales tant des populations sans-papiers que des politiques de régularisation, des processus similaires de vulnérabilisation sont observables. En outre, les résultats présentés dans ce chapitre suggèrent que la crise sanitaire laisse des traces dans la durée. Il sera de ce fait nécessaire de continuer à suivre les trajectoires des groupes de population qui ont été particulièrement affectés par la pandémie de Covid-19.

³ P. Kingsley, « A Mile-Long Line for Free Food in Geneva, One of World's Richest Cities », *New York Times*, 30 mai 2020.

Bibliographie

- Baggio, S., Jacquerioz, F., Salamun, J., Spechbach, H., & Jackson, Y. (2021). Equity in Access to COVID-19 Testing for Undocumented Migrants and Homeless Persons during the Initial Phase of the Pandemic. *Journal of Migration and Health*, 4, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100051>
- Baldwin-Edwards, M., Kraler, A., & ebrary, Inc. (eds.). (2009). *REGINE - Regularisations in Europe* [Electronic resource]. Amsterdam : Amsterdam University Press. https://www.icmpd.org/file/download/48690/file/Regine_Regularisations%2520in%2520Europe.pdf
- Burton-Jeangros, Cl., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Frontiers in Public Health*, 8, 940. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
- Chauvin, S., & Garcés-Mascareñas, Bl. (2014). Becoming Less Illegal: Deservingness Frames and Undocumented Migrant Incorporation. *Sociology Compass*, 8(4), 422-432. <https://doi.org/10.1111/soc4.12145>
- Confédération suisse. (2020). *Pour un examen global de la problématique des sans-papiers. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat de la Commission des institutions politiques du Conseil national du 12 avril 2018* (18.3381). <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2018/20183381/Bericht%20BR%20F.pdf>
- Consoli, L. (2024). *Sortir de l'incertitude de la vie sans papiers et construire son avenir: entre aspirations et contraintes* [Thèse de doctorat en sociologie]. Genève : Université de Genève.
- Duvoisin, A., Jackson, Y., Burton-Jeangros, Cl., Consoli, L., Fakhoury, J., & Lachat, S. (2022). Confinement et conditions de vie des migrant-es sans-papiers ou récemment régularisés-es à Genève. In É. Rosenstein & S. Mimouni, *Covid-19. Les politiques sociales à l'épreuve de la pandémie*. Genève : Seismo.
- Fakhoury, J. (2023). *A Life-course Perspective on the Health of Undocumented Migrants. How Does the Regularization of Legal Status Affect Their Health Trajectories?* [Thèse de doctorat en sociologie]. Genève : Université de Genève.
- Genovese, E., Page, K. R., Cailhol, J., & Jackson, Y. (2023). Learning from the COVID-19 Pandemic Response to Strengthen Undocumented Migrant-sensitive Health Systems: Case Studies from Four Countries. *The Lancet Regional Health - Europe*, 27, 100601. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100601>
- Hagose, M., Burton-Jeangros, Cl., Fakhoury, J., Consoli, L., Refle, J.-E., & Jackson, Y. (2023). Working Conditions and Self-Reported Health among Undocumented and Newly Regularized Migrants in Geneva: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Public Health*, 68, 1606394. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606394>
- Jackson, Y., Courvoisier, D. S., Duvoisin, A., Ferro-Luzzi, G., Bodenmann, P., Chauvin, P., Guessous, I., Wolff, H., Cullati, S., & Burton-Jeangros, Cl. (2019). Impact of Legal Status Change on Undocumented Migrants' Health and Well-being (Parchemins): Protocol of a 4-year, Prospective, Mixed-methods Study. *BMJ Open*, 9(5), e028336. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028336>
- Lovey, M., Rosenstein, É., & Bonvin, J.-M. (2022). Accès aux prestations sociales et dynamiques de précarisation. In É. Rosenstein & S. Mimouni, *Covid-19. Les politiques sociales à l'épreuve de la pandémie* (p. 73-86). Genève : Seismo.
- Lucas, B., Ludwig, C., Chappuis, J., Maggi, J., & Crettaz, E. (2019). *Le non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité ?* Genève : Haute école de travail social et Haute école de la santé.
- Mallet-Garcia, M. L., & Delvino, N. (2021). 12: *Rethinking Exclusionary Policies: The Case of Irregular Migrants during the COVID-19 Pandemic in Europe* (p. 243-264). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447359739.ch012>
- Mengasha, Z., Alloun, E., Weber, D., Smith, M., & Harris, P. (2022). « Lived the Pandemic Twice »: A Scoping Review of the Unequal Impact of the COVID-19 Pandemic on Asylum Seekers and Undocumented Migrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6624. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116624>
- Morlok, M., Oswald, A., Meier, H., Efonyai-Mäder, D., Ruedin, D., Bader, D., & Wanner, P. (2015). *Les sans-papiers en Suisse en 2015*. B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung.

Observatoire suisse de la santé (2023). *Santé psychique. Chiffres clés 2021*. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_BULLETIN_2023_01_f.pdf

Page, K. R., Genovese, E., Franchi, M., Cella, S., Fiorini, G., Tili, R., Salazar, S., Duvoisin, A., Cailhol, J., & Jackson, Y. (2022). COVID-19 Vaccine Hesitancy among Undocumented Migrants during the Early Phase of the Vaccination Campaign: A Multicentric Cross-sectional Study. *BMJ Open*, 12(3), e056591. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056591>

Pelizza, A., Milan, S., & Lausberg, Y. (2021). Understanding Migrants in COVID-19 Counting: Rethinking the Data-(in)visibility Nexus. *Data & Policy*, 3, e18. <https://doi.org/10.1017/dap.2021.19>

Petrucci, R., Alcoba, G., & Jackson, Y. (2020). Enquête sur les dimensions sociales du Covid-19. *REISO.org Revue d'information sociale*.

Refle, J.-E., Burton-Jeangros, Cl., & Jackson, Y. (en évaluation). *Resilience among Undocumented Migrants. An Analysis of the Likelihood to Participate in a Panel Study among Undocumented Migrants amidst the COVID-19 Pandemic*.

Refle, J.-E., Burton-Jeangros, Cl., Jackson, Y., Consoli, L., & Fakhoury, J. (2024). *Sortir de la clandestinité. Les conséquences de la régularisation des travailleurs sans-papiers*. Lausanne: Épistémé. <https://doi.org/10.55430/8013VA01>

Refle, J.-E., Elezovic, A., Burton-Jeangros, Cl., & Jackson, Y. (en évaluation). *Non-state Regulators? Civil Society as Extension of the State in a Context of Cross-sectoral Policy Coordination*.

République et canton de Genève. (2020). *Opération Papyrus: bilan final*. <https://www.ge.ch/document/19690/telecharger>

Rosenstein, E. (2021). Activation, Non-Take-Up, and the Sense of Entitlement: A Swiss Case Study of Disability Policy Reforms. *Swiss Journal of Sociology*, 47(2), 241-260. <https://doi.org/10.2478/sjs-2021-0017>

Salinas, J. L., & Salinas, M. (2022). Systemic Racism and Undocumented Latino Migrant Laborers during COVID-19: A Narrative Review and Implications for Improving Occupational Health. *Journal of Migration and Health*, 5, 100106. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100106>

Triandafyllidou, A., & Bartolini, L. (2020). Understanding Irregularity. In S. Spencer & A. Triandafyllidou (eds.), *Migrants with Irregular Status in Europe* (p. 11-31). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-34324-8_2

World Health Organization (2021). *Refugees and migrants in times of COVID-19: Mapping trends of public health and migration policies and practices*. (2021). World Health Organization, Health and Migration Programme.

Les personnes étrangères sans titre de séjour et la Covid-19 en Région bruxelloise

Invisibilisation et précarisation

Camille Fortunier, Andrea Rea et Judith Racapé

La gestion politique belge de la crise sociosanitaire de la Covid-19 s'est principalement basée sur des statistiques épidémiologiques pour définir les facteurs de risques et les mesures de lutte contre la propagation du virus. Elle a été basée sur la définition d'une population moyenne dont on considère que tous-toutes les membres sont enregistrés dans les données administratives et qu'ils-elles ont tous-toutes accès au droit à la santé¹. Au nom de la santé publique, des mesures populationnelles prises dans l'urgence ont visé à protéger le plus rapidement possible une majorité de la population. Cela signifie qu'à défaut de considérer d'emblée l'ensemble des groupes sociaux et leur diversité, les mesures politiques ont peu pris en compte les différences des personnes en termes d'expériences et de conditions de vie ainsi que des impacts de ces dernières sur la diffusion du virus. Au sein de cette population, un groupe spécifique est confronté à la précarisation des conditions d'existence et à une absence d'identité administrative: les personnes étrangères ne disposant pas de titre de séjour vivant au sein de la Région de Bruxelles-Capitale. Ce chapitre traite des effets de la Covid-19 sur ce groupe particulier.

¹ Les auteur-es de cette contribution ont délibérément opté pour l'écriture inclusive.

Les personnes étrangères sans titre de séjour en Belgique

Depuis 1996, la définition émique de personnes « sans-papiers » (Siméant, 1998) est utilisée pour qualifier les personnes étrangères qui résident sur un territoire national sans disposer de l'autorisation administrative d'y séjourner. Ils-elles sont démunies de tout titre de séjour et sont en situation de séjour irrégulier. Si le statut juridique de ces personnes est homogène, leurs expériences administratives, migratoires et de vie sont souvent très diversifiées. Depuis la fin des années 1990, il est reconnu qu'une des causes de la fabrication institutionnelle des sans-papiers réside dans la longueur de la procédure d'examen des demandes d'asile (Adam *et al.*, 2002). Ce facteur associé aux faibles taux de reconnaissance du statut de réfugié pour certaines nationalités contribue à accroître le nombre de personnes sans titre de séjour. De nombreuses recherches ont démontré que la plupart des personnes sans-papiers sont souvent des *overstayers*, à savoir des personnes qui sont entrées de manière régulière sur le territoire, mais qui, à un moment donné, ont vu leurs titre d'entrée (visa Schengen) ou titre de séjour (étudiant, regroupement familial, travail, etc.) expirés, voire que leur situation de vie a changé, occasionnant une perte de titre de séjour (regroupement familial). À cela s'ajoutent aussi les personnes qualifiées de « dublinées », les demandeur-euses d'asile ayant introduit leur demande dans un autre pays européen, mais qui séjournent de manière irrégulière en Belgique. Les sans-papiers regroupent aussi des personnes entrées sur le territoire sans autorisation et qui n'ont jamais pu obtenir de titre de séjour ou encore les personnes nées de parents en situation irrégulière (Godin & Rea, 2010; Roberfroid *et al.*, 2015). Toutes ces personnes envisagent de pouvoir résider en Belgique en introduisant des demandes de régularisation de leur statut de séjour.

À la suite du démantèlement de la « Jungle de Calais » (Agier, 2018) fin 2016, la Belgique a vu arriver sur son territoire un nouveau groupe d'étranger-ères : les migrant-es en transit. Il s'agit de personnes entrées sur le territoire de l'Union européenne qui escomptaient le quitter pour rejoindre le Royaume-Uni. Certaines d'entre elles sont des « dublinées », elles ont introduit une demande d'asile dans un des pays du sud de l'Europe et ne souhaitent pas obtenir un titre de séjour en Belgique ou y introduire une demande d'asile. La carrière migratoire de ces individus (Martiniello & Rea, 2014) est souvent complexe et non linéaire, les conduisant parfois à finalement envisager le dépôt d'une demande de protection internationale en Belgique. Dans la littérature scientifique, ces personnes sont souvent désignées aussi comme des migrant-es dont la mobilité est bloquée (Collyer, 2010) par les dispositifs de contrôle des frontières. Ces migrant-es en transit ont été nombreux-ses durant la période de la Covid-19 à être bloqué-es en Belgique en raison des mesures prises pour lutter contre l'épidémie. Enfin, au cours de cette période, une autre catégorie d'étranger-ères a connu une forte précarisation de leur séjour. Il s'agit des demandeur-euses d'asile qui n'ont pas pu enregistrer leur demande d'asile pour des raisons institutionnelles que nous détaillerons ou qui n'ont pas pu bénéficier des droits associés à leur statut de demandeur-euse d'asile comme le droit au logement et le droit à la protection sanitaire.

Ces personnes se considèrent toutes comme des exilé-es, à savoir qu'elles ont été forcées « de migrer et de vivre hors de [leur] patrie » (Valluy, 2005, p. 13). Leurs expériences migratoires individuelles sont motivées par des causes multiples et enchevêtrées pouvant évoluer en cours de trajectoire (Rea, 2021). Toutefois, juridiquement parlant, ces personnes ne disposant pas de titre de séjour sont dépourvues d'identité administrative, d'identité de papier (Noiriel, 2007). Elles peuvent être qualifiées génériquement de sans-papiers.

L'absence de statut de séjour légal invisibilise ces personnes et entrave leur accès aux droits fondamentaux étant donné que nombre de droits de citoyenneté sont conditionnés au droit de séjour ou à la nationalité. La caractéristique principale de ces personnes est leur déportabilité (De Genova, 2002). Alors que les citoyen-nes ne peuvent être déporté-es, il en va autrement des personnes sans titre de séjour. Citoyen-nes subalternes, les personnes sans-papiers ne bénéficient que des droits de citoyenneté limités, une citoyenneté domestique : le droit à l'éducation des enfants mineur-es via la scolarisation et le droit à la santé via l'aide médicale urgente (Rea, 2002)².

Les personnes en précarité de séjour n'ont pas accès au marché du travail légal puisqu'elles ne peuvent pas obtenir de permis de travail. Celles qui travaillent le font au noir dans les secteurs à haut taux d'embauche informelle. Cette réalité est partie prenante de l'ethnostratification du marché du travail en Belgique (Brouckaert & Longman, 2011 ; Unia et SPF Emploi, 2022). Les personnes sans droits exercent majoritairement des emplois à faible qualification et à faible rémunération, principalement dans l'ombre des secteurs à haute intensité de main-d'œuvre et non externalisables comme le nettoyage, les services à la personne, le *care*, la construction, les bars, les hôtels, la restauration et la livraison.

En Belgique, l'accès aux soins de santé de première et de deuxième ligne est foncièrement dépendant de la couverture médicale. Les personnes sans-papiers ne peuvent pas s'affilier à une mutualité qui assure le remboursement des frais médicaux. Elles peuvent malgré tout bénéficier d'un accès à des soins de santé au moyen de la procédure d'Aide médicale urgente (AMU), qui couvre en principe soins préventifs et soins curatifs. Pour ce faire, elles doivent ouvrir un dossier de demande auprès d'un centre public d'action sociale (CPAS) et démontrer leur état d'indigence à travers une enquête sociale (Roberfroid *et al.*, 2015). Le recours à ce droit souffre de diverses barrières (Dauvrin *et al.*, 2016) : la complexité et le coût des procédures, les disparités de pratiques et de couvertures de soins révélant des conflits de territorialité³ entre les différents CPAS (Roberfroid *et al.*, 2015) ainsi que la méfiance institutionnelle. Si l'accès aux soins de santé physique apparaît complexe pour les personnes sans-papiers, l'accès aux soins de santé mentale l'est bien plus encore, comme nous le verrons.

² Les seuls autres droits légaux dont ces personnes peuvent bénéficier sont les suivants : le droit de se marier, le droit de recevoir une aide juridique *pro deo* et d'introduire des recours en justice relativement à leur dossier de séjour, le droit de recevoir un salaire décent, des conditions de travail sécuritaires et une compensation en cas d'accident de travail, et ce, même dans le cadre d'un travail presté de façon informelle (Roberfroid *et al.*, 2015).

³ La compétence géographique des CPAS est parfois compliquée à définir selon les lieux concernés (plusieurs territoires communaux s'entrecroisent). De plus, l'enquête sociale porte sur la territorialité du domicile. Or les situations de mobilité, d'errance urbaine, de mal ou de non-logement sont fréquentes pour les personnes précarisées administrativement et économiquement.

La loi du 15 décembre 1980 régissant les droits des étrangers permet, dans son article 9bis, à un-e étranger-ère d'introduire une demande de régularisation de son statut de séjour. La demande est examinée par l'Office des étrangers. En fonction des époques et des gouvernements, le volume des régularisations individuelles a varié. La Belgique a connu aussi deux campagnes de régularisation des sans-papiers faisant suite à un mouvement social important porté par des collectifs de personnes sans-papiers et des organisations de la société civile : en 2000 et en 2009 (Vertongen, 2024). Depuis 2014, l'application de cette politique est beaucoup plus restrictive. Les personnes sans-papiers en ont fait particulièrement l'expérience durant la période de la crise sociosanitaire.

La précarité des conditions d'existence des personnes sans-papiers et l'absence d'une identité administrative ont fait de cette population un groupe social particulièrement vulnérabilisé et invisibilisé lors de la crise de la Covid-19. Leurs conditions d'existence ont été précarisées et leurs conditions de santé se sont particulièrement vues dégradées.

Visibiliser les invisibilisé-es par la recherche

Il existe une invisibilisation multiple des personnes sans-papiers ou en précarité de séjour : sociale, politique, médiatique, scientifique ou statistique, institutionnelle, l'invisibilité recherchée par les publics eux-mêmes (Le Blanc, 2009). L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, dans son Baromètre 2020, rappelle que certains groupes sociaux demeurent invisibles des outils de connaissance et de décision gouvernementales (statistiques, indicateurs administratifs et bases de données). Leurs conditions de vie sont difficilement appréhendables, car la « construction des échantillons, basée généralement sur le Registre de la population, exclut d'emblée les personnes qui n'y figurent pas » (Englert *et al.*, 2020, p. 8). La logique classificatoire des administrations constitue un instrument de gouvernement et les publics qui en sont invisibilisés se retrouvent *de facto* exclus ou à la marge des catégories traditionnelles de l'action publique. Les personnes étrangères ne disposant pas d'un titre de séjour n'existent pas administrativement. Les citoyen-nes belges, les personnes étrangères et les demandeur-euses d'asile résidant légalement en Belgique possèdent un numéro d'identification nationale. Ce n'est pas le cas des sans-papiers. Les numéros d'identification nationale sont collectés dans une base de données, appelée Registre national, qui accumule les informations relatives à l'identification des personnes physiques. Le numéro d'identification nationale permet aussi la mise en lien avec des bases de données relatives aux droits sociaux et aux droits en matière de santé.

Étant donné que les personnes sans-papiers n'ont pas de numéro d'identification nationale, elles ne sont pas identifiables ni par leur nombre ni par leurs conditions d'existence. Il est impossible d'en faire un recensement officiel. Dans les débats parlementaires, l'estimation de 100 000 à 150 000 personnes sans-papiers est souvent formulée. En 2023, à partir d'une méthodologie originale, Surkyn *et al.* (2023)

estiment à 112 000 les personnes qui ne sont pas enregistrées, dont les sans-papiers. Les personnes non enregistrées peuvent rester cachées toute leur vie, mais elles apparaissent lors de leur décès. C'est à partir de cette donnée qu'a été extrapolé le nombre de personnes non enregistrées.

L'absence d'une identité de papier n'a pas permis d'évaluer l'impact de la crise sanitaire sur les sans-papiers et de définir une politique sociale et sanitaire spécifique à partir des bases de données administratives traditionnelles. Ceci nous a conduits à mener deux études qualitatives, en 2021 et 2022, au sujet des expériences vécues par plusieurs groupes sociaux invisibilisés lors de la crise sociosanitaire, et des effets de la gestion politique de cette crise sur leurs conditions de vie et de santé. La première enquête, intitulée « Les invisibilisé-es et le Covid-19 »⁴, s'est focalisée sur la Région de Bruxelles-Capitale, et se penche tout particulièrement sur les conditions de vie de six groupes sociaux, à savoir les personnes sans-abri, les personnes en précarité de séjour, les jeunes en situation de marginalisation, les familles monoparentales, les usager·ères de drogues et les personnes souffrant d'assuétudes, les travailleur·euses du sexe. La seconde, intitulée « Inégalités et Covid-19. Profils sociologiques et épidémiologiques des malades Covid-19 », est une recherche interdisciplinaire⁵ qui porte sur la Belgique, dont l'un des volets s'intéresse aux minorités ethnoraciales. Dans le cadre de cette même recherche, une étude de cas a permis de comparer les populations hospitalisées dans deux hôpitaux de la Région bruxelloise à partir de laquelle les personnes non enregistrées ont pu être identifiées.

Pour le volet qualitatif, l'approche méthodologique poursuit une approche de valorisation des savoirs professionnels. De nombreux savoirs experts, qui participent désormais de la production du savoir légitime (Beck, 1996), se constituent dans les sphères professionnelle et militante (Lochard & Simonet, 2009). Ces savoirs, locaux et actualisés, qui s'appuient sur des pratiques et se fondent sur des expériences accumulées, deviennent, une fois soumis à une pratique réflexive, des connaissances ancrées qui ne peuvent être ignorées. C'est pourquoi notre récolte de données qualitatives repose sur l'organisation d'analyses en groupe et sur la conduite d'entretiens semi-directifs menés auprès de professionnel·les intermédiaires issu·es de différents secteurs⁶. La méthode de l'analyse en groupe⁷ est un dispositif de recherche qui permet de croiser les interprétations de différentes personnes dotées de profils de profession/d'engagement variés, issues de différentes structures, afin d'obtenir le plus large espace des points de vue. Les différents membres narrent des récits d'expériences vécues, formulent activement des analyses et articulent ensemble leurs savoirs. Les

⁴ Cette recherche a été commanditée et financée par la Ville de Bruxelles et son centre public d'action sociale (CPAS).

⁵ Cette étude a été financée par le Fonds national de la recherche scientifique (FNRS) dans le cadre des « Projets exceptionnels de recherche, PER-C ». Elle combine de façon interdisciplinaire une approche épidémiologique quantitative et une approche sociologique qualitative. Le volet qualitatif a concerné la Région de Bruxelles-Capitale et l'arrondissement de Liège.

⁶ Les personnes interrogées sont issues du secteur de l'accueil et du soutien aux migrant·es et réfugié·es, du secteur de l'hébergement d'urgence et du soutien aux personnes sans-abri, du secteur sociosanitaire de l'ambulatoire bruxellois. Ils et elles sont médiateur·trices, assistant·es sociaux·ales, coordinateur·trices, directeur·trices, juristes, travailleur·euses communautaires, infirmier·ères, psychologues, médecins, maraudeur·euses, porte-parole, etc.

⁷ Cette méthode théorisée par Luc Van Campenhoudt, Abraham Franssen et Fabrizio Cantelli (2005) consiste à organiser un espace-temps dédié à la participation effective d'un groupe de professionnel·les concerné·es dans l'analyse réflexive et collective d'un phénomène social spécifique.

acteur-trices rencontré-es sont ainsi tout à la fois considéré-es comme relais de témoignages de terrain et comme expert-es des problématiques qui touchent les exilé-es et les personnes en précarité de séjour⁸.

Au total, nous avons interrogé 170 personnes et recueilli une centaine de récits. L'analyse qui suit se centre sur les expériences vécues par les personnes sans-papiers, en ce compris des migrants en transit et des demandeurs d'asile en situation de grande précarité. La gestion de la crise sanitaire a induit divers tournants dans les expériences de vie des personnes sans titre de séjour. Nous examinons dans un premier temps les effets de l'immobilisation de la mobilité humaine, pour ensuite aborder les conséquences sociales et sanitaires de la crise sanitaire.

Le tournant Covid-19 : immobilisation et irrégularisation

Les exclu-es de l'intérieur au temps de l'immobilisation et de la refrontiérisation

La crise sociosanitaire est tout à la fois synonyme de restriction exceptionnelle des circulations et des mobilités humaines et de « refrontiérisation » des pays. Bon nombre des gouvernements, dont la Belgique, ont fermé temporairement les accès maritimes, aériens et/ou terrestres aux voyages jugés « non essentiels » (Simonneau, 2020). Cette crise invite à repenser la privation ou la restriction du droit à la mobilité, puisque la clôture des espaces s'est doublée d'un renforcement du contrôle migratoire, notamment via des refoulements aux frontières (Meier, 2020).

La fermeture des frontières a fortement réduit en volume les mobilités humaines particulièrement durant l'année 2020. Ainsi, une diminution flagrante du nombre d'arrivées est constatée dans les pays européens (PNUD, 2020 ; Simonneau, 2021). Pour ce qui est du territoire belge, le nombre de demandes d'accès au territoire a diminué de façon drastique en 2020, comparativement à l'année précédente⁹ (Myria, 2021). La crise a aussi radicalement contraint les possibilités de sortie du territoire belge, impactant *de facto* les personnes en précarité de séjour, toutes catégories statutaires confondues.

Singulièrement durant le premier confinement, les exilé-es en transit se sont retrouvé-es bloqué-es en Belgique, empêché-es de poursuivre leur trajet migratoire, face à l'impossibilité ou à la difficulté accrue de franchir les frontières. Les personnes sans-papiers, quant à elles, établies sur le territoire et sans volonté de le

⁸ Les réflexions fournies constituent un premier filtre interprétatif et une première grille d'analyse. Cependant, il importe de rappeler que les connaissances délivrées par les intermédiaires ne se substituent pas à la voix des personnes en précarité de séjour.

⁹ On dénombre, par exemple, 63 117 demandes de visas C court séjour en 2020, contre 252 085 en 2019 ; 33 911 demandes de visas D long séjour, contre 41 528 en 2019 (Myria, *Accès au territoire*, 2021).

quitter, ont connu une brève période de suspension des conditions de possibilité d'expulsion. Somme toute, les mesures politiques décidées en temps de crise sanitaire ont immobilisé les personnes sans titre de séjour sur le territoire belge. De façon parallèle, les mobilités au sein des États ont, elles aussi, connu de nouvelles restrictions; la liberté de circulation individuelle a été sévèrement entravée, ou réduite à un périmètre restreint.

Fabrique de l'irrégularité en temps de Covid-19

Les politiques de gestion de la crise sociosanitaire n'ont pas seulement immobilisé les citoyen-nes et les personnes ne disposant pas de titres de séjour; elles ont participé à créer de nouvelles situations de précarité de séjour. En effet, au début de la crise, l'Office des étrangers a modifié l'accès à ses services, engendrant dans un premier temps une impossibilité pour les demandeur-euses d'asile d'introduire leur demande de protection internationale et, dans un second temps, un allongement des délais d'introduction de celle-ci. L'annexe de l'arrêté ministériel du 23 mars 2020 liste les services d'asile et migration (dont les structures d'accueil et les structures de détention dans le cadre de retour forcé) parmi la liste des commerces, entreprises et services privés et publics considérés comme nécessaires à la protection des besoins vitaux de la nation et des besoins de la population (Bouhon *et al.*, 2020). Pourtant, en mars 2020, des demandeur-euses de protection internationale se sont retrouvées devant les portes closes de l'Office des étrangers, dans l'incapacité d'introduire leur demande. Il a fallu attendre plusieurs semaines pour certain-es, plusieurs mois pour d'autres avant de pouvoir introduire une demande de rendez-vous en ligne, puis une demande d'asile en personne (Aussems, 2020). En 2020, les procédures de demande de protection internationale ont été complexifiées par la difficulté d'accès à l'Office des étrangers, mais également par la rupture, puis par la numérisation des services publics (communes, ambassades, CPAS). Les chiffres relatifs au nombre de demandes de protection internationale témoignent pour une part de cette complexification: en avril 2020, le nombre de demandes de protection internationale atteint seulement 172 premières demandes. Sur toute l'année 2020, 13 105 personnes ont introduit une première demande de protection internationale en Belgique, soit près de la moitié qu'en 2019 (- 44 %) (Myria, 2021b). Les obstacles à l'introduction des demandes d'asile ont participé à l'irrégularisation du statut de séjour de personnes étrangères en quête de protection internationale. Par ailleurs, le changement d'organisation de travail de l'Office des étrangers, mais aussi du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) en charge d'examiner les demandes sur le fond, a allongé la temporalité des procédures de demandes d'asile.

En effet, en mars 2020, le centre d'arrivée « Petit Château » de Fedasil (l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile) situé à Bruxelles ferme, pour cause de mesures sanitaires à respecter. Plus aucun guichet n'est accessible dans ce lieu dédié à l'introduction des demandes de protection internationale. Plus de deux semaines plus tard, l'enregistrement des demandes rouvre, via une prise de rendez-vous obligatoirement virtuelle. Après avoir rempli un formulaire en ligne, le rendez-vous est fixé

pour un enregistrement, en personne, de la demande de protection internationale. Ce formulaire en ligne a posé de nombreuses difficultés, que ce soit en termes de traductions ou de fracture numérique (accès à un outil, à des compétences numériques, à une connexion internet). Par ailleurs, les délais entre l'introduction du formulaire virtuel et la présentation en présentiel de la demande de protection internationale ont fortement varié d'une personne à l'autre, allant de quelques jours à quelques mois (Aussems, 2020).

Les politiques migratoires décidées en temps de crise sanitaire ont aussi impacté les prolongations et les fins de séjour : pas de prolongation systématique des titres de séjour proches de l'expiration, faible, voire non-prise en compte de la situation de crise économique en contexte épidémique dans l'évaluation des conditions de séjour, absence de prolongation des délais de recours auprès du Conseil du contentieux des étrangers (CCE) malgré les problématiques d'accès aux institutions publiques et aux réseaux d'aide juridique. Dans cette situation, de nombreuses personnes qui étaient jusqu'alors munies d'un titre de séjour régulier ont basculé dans des situations d'irrégularité de séjour. Parallèlement, l'État belge a délivré des ordres de quitter le territoire à des personnes en situation irrégulière de séjour alors même que les possibilités de traverser les frontières étaient suspendues¹⁰ ; des personnes incarcérées en centres fermés ont continué à l'être alors même que les expulsions étaient rendues complexes, parfois impossibles, par la fermeture des frontières (Aussems, 2020). En considérant l'exceptionnalité de la situation de pandémie et de fermeture des frontières, les politiques migratoires belges auraient pu justifier non seulement des extensions de droit de séjour, mais également une régularisation collective. Elles ont fait le choix que ce ne soit pas le cas, précarisant toujours plus les situations de séjour, faisant perdurer la « fabrique des irréguliers » (Blin, 2008 ; Godin & Rea, 2010).

Précarisation des conditions d'existence

L'arrêt de la vie économique et sociale, particulièrement lors des première et deuxième vagues de la crise de la Covid-19, a contribué à la forte aggravation des conditions d'existence (revenus et logement) des personnes sans titre de séjour. Les situations d'indigence dans lesquelles se trouvent certaines de ces personnes ont accru leur dépendance aux services sociaux de première ligne déjà saturés.

¹⁰ De façon minoritaire, certains retours forcés ont pu avoir lieu, notamment vers le Brésil, l'Ukraine, l'Albanie et certains États membres de l'Union européenne (Klein *et al.*, 2020).

Perte de revenus et absence de filet de sécurité sociale

Les personnes sans titre de séjour ont particulièrement été affectées par l'arrêt de l'économie, surtout lors de la première vague. Elles travaillaient, pour la plupart, de manière informelle dans des secteurs qui ont été rapidement complètement mis à l'arrêt (construction, bar-hôtel-restaurant, nettoyage). Elles ont ainsi rapidement perdu leurs moyens d'existence. Paradoxalement, l'arrêt de la mobilité humaine et de l'économie a connu une exception importante : celle du secteur de l'horticulture. En effet, la fermeture des frontières a été suspendue pour les travailleur-euses saisonnières dans ce secteur en raison de la dépendance de ce secteur à la main-d'œuvre saisonnière étrangère. Toutefois, ceux-celles-ci ne résident que temporairement sur le territoire belge.

Les mesures populationnelles qui ont consisté à suspendre et à mettre temporairement à l'arrêt de nombreux secteurs professionnels ont provoqué pour les travailleur-euses « informel-les » des pertes d'emploi non compensées par un filet de sécurité sociale. Sans droits, ces travailleur-euses n'ont pu bénéficier ni des mécanismes d'aide sociale classique (chômage, revenu d'intégration sociale) ni des aides activées temporairement durant la crise (chômage temporaire, droit passerelle). Ceci a généré des pertes aussi rapides qu'abruptes des ressources financières. Quant à la poursuite du travail informel, elle rime avec précarisation des conditions de travail, puisqu'elle renvoie à de nombreux secteurs dits « essentiels » qui ont tendanciellement plus exposé les travailleur-euses au risque de contamination à la Covid-19 (nettoyage/désinfection, travail domestique et d'aide aux personnes, livraison, etc.). Pris dans le dilemme entre ne plus avoir de revenus et diffuser le virus, certain-es travailleur-euses ont choisi de prendre des risques.

Bien que ce jeune homme n'ait pas été du tout réfractaire à se faire tester et à s'isoler, car bien conscient que sa pathologie s'apparentait au Covid (forme non sévère, mais symptomatique importante), il nous fait part du fait qu'il travaille au noir et qu'il ne peut pas louper un jour de travail, car son « patron » le remplacerait de suite. [...] Ce travail était précieux, car il représentait les seuls petits revenus sur lesquels il pouvait compter et surtout il savait qu'il n'aurait pas pu en retrouver un rapidement, car le travail non déclaré s'est fortement réduit avec la crise sanitaire. (Assistante sociale, analyse en groupe)

La perte de revenus est telle pour certaines personnes qu'elles ne disposent plus de moyens suffisants pour subvenir aux besoins primaires. Elles ont été nombreuses à fréquenter des lieux de distribution de colis alimentaires. Ces personnes comme d'autres vivant dans la précarité d'existence ont bénéficié de dons et de colis de denrées alimentaires, principalement grâce aux actions de solidarité citoyenne :

Beaucoup de femmes travaillaient au noir et du jour au lendemain, elles n'avaient plus aucun revenu. Et par exemple, moi[,] quelques femmes, je les vois venir au centre des distributions. [...] Elles viennent pour chercher à manger, parce que dans d'autres endroits elles ne peuvent pas... Là aussi, c'est très réglementé. C'est très difficile d'avoir accès, qu'ils laissent des personnes qui sont sans[-]papiers venir chercher la nourriture. Donc là, c'est encore des individus, des citoyens qui viennent en aide aux personnes sans[-]papiers. (Juriste, analyse en groupe)

Non-recours aux droits

La criminalisation de la présence dans l'espace public et la rupture de la continuité des services publics, puis la dématérialisation du travail administratif de ces derniers, ont participé à augmenter la désaffiliation des personnes sans titre de séjour. La présence massive des forces de l'ordre pour sanctionner les rassemblements non autorisés, particulièrement dans les quartiers densément peuplés où vivent majoritairement les personnes sans titre de séjour, a poussé ces dernières à s'invisibiliser davantage. Par ailleurs, la fermeture des guichets des administrations, la fracture numérique et la fracture linguistique ont favorisé les pertes d'identité institutionnelle et le non-recours aux droits. Le droit à introduire un recours et à bénéficier d'une aide juridique *pro deo* dans le cadre d'un dossier juridique relatif aux procédures de séjour a, par exemple, été complexifié par les mesures de télétravail.

De même, la fermeture des associations venant traditionnellement en aide aux personnes sans titre de séjour a réduit et complexifié les activités d'aide et d'accompagnement. Le télétravail a constitué pour ce public une rupture du suivi social et administratif. En même temps, le cumul des vulnérabilisations a accru les relations de dépendance aux secteurs d'aide de première ligne qui ont dû toujours plus travailler selon une approche d'*outreach*. Nombre de services d'ordinaire saturés se sont retrouvés dans des situations de sursaturation : des structures d'hébergement d'urgence (malgré l'augmentation du nombre de places) jusqu'aux services de santé mentale et unités psychiatriques en passant par les structures de première ligne sociosanitaire. Cela a entraîné comme conséquence que les dimensions relationnelles et techniques du travail social, de l'accompagnement juridique et du suivi social et de santé ont été marquées par la surcharge de travail, les refus et reports d'accompagnement, ainsi que par les mesures de distanciation sociale. L'effritement et la perte des liens sociaux se sont révélés d'autant plus préjudiciables en termes de recours aux droits pour les publics déjà exclus.

Fabrique du sans-abrisme

La fermeture des portes de l'Office des étrangers et le basculement de l'organisation du travail des administrations en distanciel ont retardé l'attribution d'un logement aux demandeur-euses de protection internationale¹¹. Alors même que la politique sociosanitaire visait à réduire les personnes en rue, ces changements dans le travail administratif ont conduit à la rue des personnes qui auraient dû être hébergées. Les mesures politiques de santé (confinement, réduction du nombre de contacts, etc.) sont aussi venues réduire les pratiques d'hospitalité de citoyen-nes qui accueillaient chez eux-elles précédemment des personnes sans titre de séjour (Rea *et al.*, 2023). Par ailleurs, les centres fermés ont réduit leur densité populationnelle pour respecter les

¹¹ La loi belge prévoit que l'enregistrement d'une demande de protection internationale ouvre le droit d'accueil et la prise en charge par Fedasil, l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, qui courent pendant la durée de la procédure.

mesures sanitaires de distanciation sociale. Pour ce faire, ils ont procédé à la libération de personnes détenues (Klein *et al.*, 2020), et ce, sans préparation de sortie et sans piste d'hébergement. De plus, l'État a décidé de ne pas reconduire les titres de séjour proches de l'expiration, alors même que les frontières étaient fermées. Basculant dans une situation d'irrégularité administrative, des personnes ont perdu leur travail, n'ont pu percevoir d'allocations sociales et ont, *in fine*, perdu leur logement à défaut de paiement de loyer. De plus, des personnes sans-papiers, en perdant leur travail et leur revenu, ne possèdent plus de moyens financiers pour payer leur logement. Elles sont alors contraintes de le quitter. Enfin, les exilé-es en transit qui aspiraient à poursuivre leur trajectoire migratoire dans un autre pays se sont retrouvés bloqué-es sur le territoire belge, souvent sans possibilité d'hébergement (Aussems, 2020; Klein *et al.*, 2020). Ces personnes qui disposaient jusqu'alors d'un logement privé, qui étaient hébergées en services d'accueil ou qui étaient hébergés chez des citoyen-nes se sont retrouvées en situation de sans-abrisme.

La précarisation considérable des personnes vulnérabilisées et invisibilisées (travailleur-euses informel-les; exilé-es en transit; sans-papiers; demandeur-euses d'asile, ex-détenu-es en centres fermés; victimes de violences conjugales – principalement des femmes – et travailleur-euses du sexe) est venue grossir les situations de sans-abrisme et le secteur qui les prend en charge. Les sixième et septième recensements relatifs au sans-abrisme et au mal-logement à Bruxelles (Bruss'Help, 2020; Bruss'Help, 2022) ont mis en évidence l'augmentation du public cible entre 2020 (5 313) et 2022 (7 134). Cet accroissement concerne fortement les personnes hébergées dans les centres d'urgence, qui se trouvent être en grande partie des personnes sans titre de séjour.

De plus, ces recensements révèlent également l'explosion du nombre de squats, laissant présager des situations de vie collective subie, organisées sur le tas et dans l'urgence. Nous avons récolté de nombreux témoignages de squats qui ont été organisés durant les vagues de 2020 et de 2021 de la Covid-19 et où se concentrent de nombreuses situations de misère sociale :

Je vais vous parler d'un squat que notre équipe soutient depuis le mois d'octobre 2020. Ça parle de la deuxième vague, mais c'est un squat qui a grossi depuis la première vague. Une ancienne maison de repos occupée au début de la première vague par une quinzaine de personnes – personnes transmigrantes, sans-abri, précaires – qui s'est petit à petit transformée en une occupation chaotique et violente de plus de 80 personnes. Chaque personne amenée vers ce squat se voit coupée de ses ressources habituelles, soit :

- des migrants qui ne peuvent plus circuler librement;
- des travailleurs au noir, avec et sans papiers, qui ont perdu leur travail à cause du confinement et ensuite ont perdu leur logement habituel;
- des habitués des abris de nuit ou d'hébergements d'urgence saturés à cause, entre autres, de la diminution des lits dans ces hébergements pour respecter les mesures Covid, ou parce que ces hébergements sont en quarantaine [à la] suite [d']un cluster Covid, ce qui empêche un turnover important;

- *des personnes qui avaient l'habitude de vivre en rue, mais qui se font sans cesse chasser par les autorités, car elles ne respectent pas les règles du confinement, elles n'ont pas de masque, elles se réunissent sans respecter les distances de sécurité, elles consomment de l'alcool sur la voie publique, elles sont dehors après le couvre-feu;*
- *des femmes prostituées qui ne peuvent plus exercer leur métier dans les endroits habituels et qui du coup viennent également dans ces lieux.*

Toutes ces personnes aux parcours très différents, mais toutes poussé[e]s à changer leur stratégie de survie par le confinement et ses règles [...]. Difficile d'organiser un vivre-ensemble dans ce lieu de vie qui n'en est pas un. La violence monte, les conditions sanitaires dans le lieu se dégradent. (Extrait de récit, écrit par une femme médecin, coordinatrice d'une équipe mobile)

La vulnérabilité hydrique renvoie aux difficultés et obstacles d'accès à l'eau et aux sanitaires nécessaires au soin de l'hygiène et de la propreté personnelle quotidienne (corps, vêtements, toilettes). Pour les personnes restées en rue, mais aussi celles occupant des squats, l'accès aux besoins vitaux (la nourriture, l'eau et l'hygiène) est devenu pratiquement impossible avec les mesures de confinement. Des infrastructures sanitaires publiques (toilettes et urinoirs, fontaines à eau, lavoirs et douches communes) de lieux publics (gares, piscines communales et complexes sportifs) et d'établissements privés (tels que les bars et restaurants) ont été fermées. Cette réalité met en lumière un problème profond d'inégalités d'accès à l'eau. Cette vulnérabilité est particulièrement endurée par les personnes sans « chez soi » ou en mal de logement (May *et al.*, 2021) qui finissent par être plus insécurisées par les mesures de confinement que par le virus :

Les personnes disaient qu'elles [...] avaient plus peur des mesures de confinement que de la maladie elle-même, et c'est vraiment ça la question des priorités des personnes sans[-]papiers ou qui vivent en squat. (Juriste, analyse en groupe)

Pour répondre, au moins partiellement, à la saturation des structures d'hébergement du sans-abrisme et proposer une alternative aux squats, le gouvernement de la Région bruxelloise a procédé à une innovation politique. En effet, « le recours aux structures hôtelières s'est imposé comme une solution d'urgence de qualité tout en proposant une réponse à des besoins spécifiques, ce qui était structurellement absent auparavant » (Keymelen *et al.*, 2021). Ceci a permis en particulier à des femmes sans-papiers et sans abri de pouvoir disposer, au moins temporairement, d'un logement individuel et sécurisé.

Vulnérabilisations en matière de santé

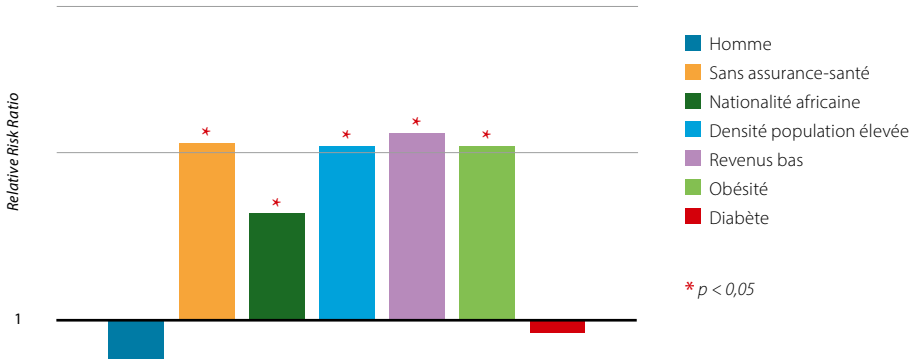
De par leur absence d'identité administrative, les personnes sans titre de séjour n'apparaissent dans aucune statistique de santé bien qu'elles aient été, comme les populations vivant dans les quartiers défavorisés et densément peuplés (Roland *et al.*, 2021), fortement touchées par la Covid-19. La visibilisation de leurs vulnérabilisations n'est mise en évidence que par des approches locales et des études de cas basées sur l'analyse de l'activité de certains hôpitaux, sur le recours à l'aide médicale urgente et sur les actions des services bas seuil agissant de manière interdisciplinaire (médecine, psychologie, santé mentale et gestion des assuétudes), comme nous allons le voir à présent.

Prise en charge médicale

Une enquête originale, menée par Racapé *et al.* (2023a), a permis d'identifier la prise en charge par des hôpitaux de ce public spécifique. L'enquête se base sur la collecte de données dans deux hôpitaux bruxellois, situés dans des zones urbaines défavorisées. Elle compare les caractéristiques de santé et sociodémographiques de patients hospitalisés pour raison de Covid-19 en 2020 à celles d'une population de contrôle composée de patients hospitalisés en 2019 atteints de maladies respiratoires ou de pneumonie. Pour l'année 2020, les données permettent de distinguer la première et la deuxième vague. Les données sont extraites d'un système d'enregistrement (Résumé hospitalier minimum) par lequel tous les hôpitaux de Belgique doivent mettre leurs données administratives, médicales et infirmières (anonymisées) à la disposition du Département de la santé publique du Service public fédéral.

Les résultats les plus intéressants au regard de l'objet de cette contribution concernent les personnes de moins de 65 ans pour lesquelles les facteurs sociodémographiques jouent un rôle plus important que ceux liés aux comorbidités et à l'âge. Une analyse de régression multivariée a mis en évidence les facteurs majeurs de risque d'hospitalisation de patients pour Covid-19 (**figure 1**). « Les patients âgés de moins de 65 ans, dépourvus d'assurance-maladie ($p < 0,001$), de nationalité africaine (0,035), vivant dans des zones à forte densité de population ($p < 0,001$), ayant les revenus les plus faibles ($p < 0,001$), souffrant de diabète ($p = 0,03$) et d'obésité ($p < 0,001$)[,] avaient un risque significativement plus élevé d'être hospitalisés pour Covid-19, par rapport à la population de contrôle. Les patients sans assurance-maladie et les ressortissants africains présentaient un risque plus élevé d'hospitalisation pour le Covid-19 au cours de la première vague et les patients diabétiques au cours de la deuxième vague » (Racapé *et al.*, 2023, p. 8.) Si l'absence d'assurance de santé n'est pas spécifique aux personnes sans titre de séjour, ces dernières composent la très large majorité de cette population. Cette absence d'assurance de santé contribue à éviter ou à retarder l'accès aux soins de première ligne dont, notamment, les tests pour lesquels une pièce d'identité était demandée dans les centres de dépistage, particulièrement lors de la première vague. Outre les effets du retard dans la prise en charge médicale, elle montre la précarité

Figure 1 : Facteurs de risque des personnes de moins de 65 ans hospitalisées pour Covid-19 lors de la première vague



Source : figure reproduite d'après Racapé, J., Dauby, N., Goffard, J.C., Abdellaoui, K., Radulescu, C., Coppieters, Y., & Rea, A. (2023). Distinct Socioeconomic Profile of Patients Hospitalised with Severe COVID-19 and Prepandemic Respiratory Infections in Brussels's Deprived Areas: A Case-control Study. *BMJ Open*, 21;13(7), e072914.

économique et le non-recours aux droits de cette population qui ne bénéficie pas des remboursements des soins de santé par la sécurité sociale. L'accroissement du recours à l'aide médicale urgente durant la deuxième vague (*cf. infra*) pourrait être une des possibles explications à l'effet différencié de l'absence d'assurance de santé sur les risques d'hospitalisation.

En outre, l'hôpital s'est avéré le principal accès aux soins de santé pour cette politique confrontée à diverses difficultés (téléconsultations médicales, fracture numérique, difficultés linguistiques) et à la fermeture, principalement lors de la première vague, des structures sociosanitaires de terrain fonctionnant habituellement sous des logiques de proximité et d'accessibilité bas seuil imposée par un confinement strict.

Une autre étude (Racapé *et al.*, 2003b), toujours sur les deux mêmes hôpitaux, mais à partir d'une autre base de données, a mis en évidence les variables accroissant le risque de passage aux soins intensifs lors de l'hospitalisation. Les hommes, l'obésité et l'absence d'assurance de santé sont indépendamment associés à l'admission en USI (unité de soins intensifs). Les patients de sexe masculin qui étaient obèses et n'avaient pas d'assurance-maladie présentaient un risque significativement plus élevé d'admission en USI. Le retard dans la prise en charge et le non-recours aux droits peuvent expliquer ce risque accru. Ce type d'enquête constitue la seule manière de disposer de données quantitatives au sujet d'une population invisible institutionnellement.

Une prévention à géométrie variable

Les principales mesures populationnelles de prévention à la Covid-19 avaient pour objectif de protéger rapidement une majorité de la population présente sur le territoire belge. Les personnes sans titre de séjour semblent constituer une minorité oubliée. En effet, les conditions de vie et de travail des exilé-es précarisé-es témoignent d'une exposition élevée à la propagation du virus. Leurs différentes modalités de logement et d'hébergement les exposent fortement au virus et empêchent dans le même temps des procédures efficaces de quarantaine : lieux de vie dans des quartiers et/ou des logements à haute densité de population, dans des hébergements collectifs (centres d'accueil, hébergement d'urgence, centres fermés, squats), situations de sans-abrisme. Quant aux modalités de travail, la poursuite du travail informel renvoie à de nombreux secteurs dits « essentiels » qui ont tendanciellement plus exposé les travailleur-euses au risque de contamination à la Covid-19 (nettoyage/désinfection, travail domestique et d'aide aux personnes, livraison, etc.).

Pour ce qui est des dispositifs de testing et de vaccination, leur accessibilité a été intimement liée à leur absence d'identité administrative, puisque les inscriptions étaient conditionnées à la possession d'un numéro d'identification nationale. Alors qu'une volonté d'inclusion des personnes sans-papiers avait été soutenue par plusieurs pays européens dont la Belgique (Picum, 2021), le lancement de la campagne de vaccination belge a révélé d'importantes inégalités administratives. La stratégie initiale de vaccination de masse via de grands centres a effectivement reposé sur une inscription virtuelle basée sur une situation administrative régulière, avec un numéro national et une adresse de référence. Des démarches d'inscription additionnelles de création de numéros nationaux, temporaires et anonymes, ont dû être effectuées pour débloquer l'accès aux dispositifs de prévention de testing et de vaccination pour nombre de personnes sans titre de séjour :

Pour les patients sans-papiers qui n'avaient pas de carte d'identité, là on y est arrivé en téléphonant au numéro de BRUVAX, en général ils acceptent de les inscrire sans problème. Et puis maintenant, il y a un lieu qui leur est dédié au niveau de Saint-Pierre. Mais avant ça, j'ai pu inscrire des patients via la plateforme nationale. Mais ça nous demande à chaque fois une démarche. Si vous avez vos papiers, vous n'avez pas besoin de moi pour faire ça ; si vous n'avez pas vos papiers, vous avez besoin de moi. Et donc ça met aussi une barrière supplémentaire. (Médecin généraliste, entretien individuel)

Dans les mois qui ont suivi, un plan de vaccination spécifique pour populations dites vulnérables s'est développé de manière décentralisée, mené par des équipes mobiles chargées d'injecter un vaccin unidose (Mathot, 2021)¹². À cet égard, il importe de noter que les actions et projets de traitement spécifique « à destination des populations précarisées » constituent des alternatives au régime commun, souvent déployées *a posteriori* des mesures populationnelles, pour amoindrir leurs effets néfastes.

¹² Le traitement spécifique pour les personnes dites vulnérables tient notamment à l'injection unidose, alors que le régime commun prévoyait deux doses.

Toujours est-il que des lacunes en termes de communication et de traduction ont marqué ces dispositifs de prévention. Par ailleurs, les personnes sans titre de séjour ont expérimenté à de multiples reprises durant la crise le « paradoxe de la vie précaire » (se protéger/protéger les autres vs aller travailler ; se soigner vs se nourrir). Cela implique que la Covid-19 n'a pas été vécue comme une priorité sanitaire, mais avant tout comme une contrainte supplémentaire :

J'ai eu quelques patients qui étaient malades, qui avaient des symptômes susceptibles d'être le Covid, mais qui continuaient de travailler malgré tout – alors qu'ils savaient qu'ils auraient dû être en incapacité de travail. [...] Ils avaient trop peur par exemple de perdre leur emploi. (Médecin généraliste, entretien individuel)

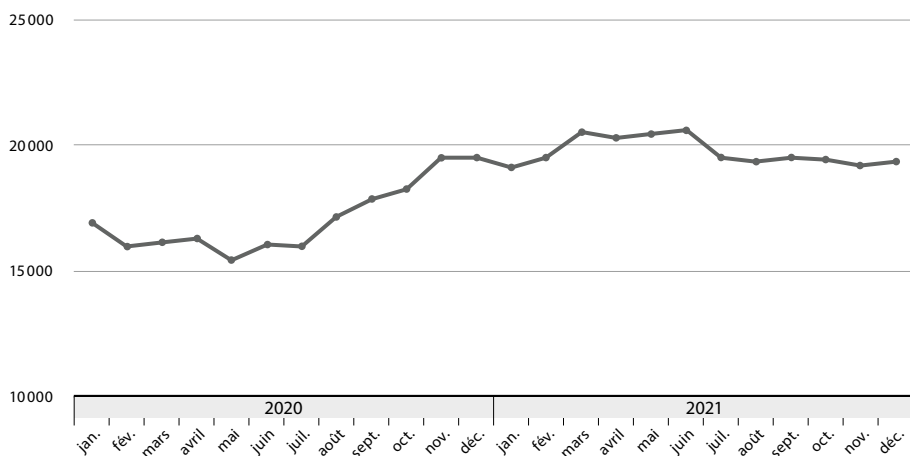
Parce que comment voulez-vous vous soigner correctement si[,] quand vous sortez, vous avez toujours la peur au ventre que vous soyez arrêtés, contrôlés, qu'on vous mette dans un centre fermé... ? Je veux dire qu'à ce moment-là, la santé n'est plus une priorité : la priorité, c'est la survie. Il y a beaucoup d'obstacles parce que si vous n'avez pas de titre de séjour, que vous n'avez pas les moyens de vous loger correctement, de vous nourrir correctement. [...] On a un système de santé qui est formidable, mais qui est vraiment mis à mal à cause d'une politique je dirais de l'immigration en général. [...] Comment voulez-vous faire de la prévention, faire des soins de qualité si de l'autre côté on vous met les bâtons ? (Assistante sociale, entretien individuel)

Accès ambivalent à la couverture médicale

Des effets ambivalents de la crise sociosanitaire sur l'accès à l'aide médicale urgente (AMU), ouvrant et facilitant l'accès aux soins pour les personnes en précarité de séjour, peuvent être relevés. D'un côté, l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AMU durant l'année 2020, illustrée par la **figure 2**, témoigne d'une hausse des aides accordées. En effet, de façon concomitante au premier confinement, le nombre de demandes d'AMU a d'abord eu tendance à diminuer jusqu'en mai 2020. À partir de juin 2020, le nombre de demandes a continuellement augmenté. La période de mars à juin 2021 constitue un pic, avec plus de 20 000 demandes mensuelles (Barrez & Swaelens, 2022).

Cette augmentation du nombre de bénéficiaires AMU s'explique notamment par des dispositions d'assouplissement des conditions d'accès à l'aide, comme l'allègement du dispositif de contrôle social et la reconduction systématique des aides :

À un certain moment, à Bruxelles, la carte d'aide médicale urgente a été prolongée automatiquement et ça a facilité pendant trois mois l'aide à [c]es personnes. Donc ils ne devaient pas à chaque fois retourner au CPAS chez leur assistant social. (Médecin généraliste en maison médicale, entretien individuel)

Figure 2 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AMU durant les années 2020 et 2021

Source : figure reproduite d'après Barrez & Swaelen (2022). *L'impact social sur les CPAS et leur public cible : retour sur la crise du coronavirus (2020-2021)*.

D'un autre côté, on note d'importantes disparités dans l'octroi et la couverture des AMU entre CPAS bruxellois¹³, des difficultés d'accès aux informations, ainsi que des barrières numériques, linguistiques et sociales, aggravées par la dématérialisation et la numérisation des services publics, qui s'ajoutent aux écueils qui préexistaient à la crise Covid-19 (conflits territoriaux entre CPAS, manque d'harmonisation de la procédure d'enquête sociale, etc.) (Roberfroid *et al.*, 2015).

L'accroissement des demandes AMU révèle une intensification des problématiques médicales dans le chef des personnes sans titre de séjour. Les inégalités de droits à la santé et aux assurances médicales complexifient et limitent au quotidien l'accès et le recours effectif aux soins de santé des personnes sans titre de séjour.

La rue et la santé mentale

La crise Covid-19 a eu de lourds effets sur le bien-être et la santé mentale de l'ensemble de la population. Les acteur-trices de l'ambulatoire sociosanitaire témoignent d'une croissance aiguë des troubles de santé mentale parmi les personnes sans titre de séjour, en raison de l'entremêlement des difficultés liées aux conditions de vie dégradées (vie en collectivité, en squat ou en rue, perte de revenus, situations d'indigence et de dépendance, immobilité, etc.).

¹³ Certaines professionnel·les du du secteur social-santé témoignent d'une communication facilitée via l'électronique et d'enquêtes moins procédurières, d'une plus grande rapidité dans le suivi des dossiers et dans la délivrance des cartes AMU, là où d'autres affirment que les délais de réponse se sont prolongés.

Je remarque qu'ils sont dans un état de plus en plus précaire, psychologiquement et économiquement. Et qu'en fonction de la longueur de présence sur le territoire, vraiment, administrativement, juridiquement, enfin partout, les portes se ferment. (Médecin, analyse en groupe)

De nombreux symptômes (angoisses et stress, anorexie, insomnies et troubles du sommeil, isolement social et sentiment de solitude, automutilation, etc.) révèlent des états de vulnérabilité mentale sévère qui ont conduit à des cas de mises en danger individuelles.

Tout le monde est fatigué par cette crise dans tous les secteurs. Ça, c'est au niveau général. Mais nous, on a une recrudescence d'incidents sécuritaires ou médicaux. Que ça soit santé mentale ou autre: tentative de suicide, automutilation, etc. Et en fait là, depuis 3 semaines, un mois, ça devient presque ingérable, en tout cas chez nous [...] au Hub¹⁴... (Coordinateur santé mentale, analyse en groupe)

Par ailleurs, la période de crise sociosanitaire a révélé une amplification des problèmes d'assuétude dans un contexte de saturation du réseau de santé mentale et des services de psychiatrie¹⁵.

Il y a toute une série de problématiques qui ont été exacerbées avec la crise Covid qui étaient déjà antérieures. Et[,] si on prend le secteur d'aide aux toxicomanes, comme la santé mentale, puisque nous on est [à] cheval sur les 2, il y avait déjà toute une série de carences dans l'offre de soins auparavant, là[,] les demandes [...] sont beaucoup plus lourdes. (Coordinateur structure d'hébergement, analyse en groupe)

Des professionnel·les du secteur assuétude témoignent d'une diversité de consommations parmi le public des personnes sans titre de séjour. Certains usages sont assimilés à des carrières migratoires spécifiques, comme c'est le cas pour les médicaments de la famille des benzodiazépines, prescrits et consommés sur les routes de l'exil pour atténuer les chocs post-traumatiques.

D'autres personnes qui viennent plutôt de Palestine, de Syrie, d'Irak, découvrent ces produits sur le trajet de l'exil. Des médecins leur ont prescrit ça parce qu'ils avaient des signes de stress post-traumatique, mais ils sont restés dedans. [...] Soit, ils n'ont pas ou peu été prévenus parce qu'on ne leur aurait pas dit les risques, soit les risques n'ont pas été entendus. Il n'y a plus assez d'information[s] ou de sensibilisation. Et comble de tout ça, c'est que si on arrête... comment dire? Dans la toxicomanie, on a tendance à dire que généralement le sevrage ne tue pas. Mais il y a deux sevrages qui tuent: celui des benzos et celui de l'alcool [...]. Et surtout ça provoque des crises d'épilepsie et la crise d'épilepsie en

¹⁴ Le Hub humanitaire est un consortium de plusieurs organisations non gouvernementales, un lieu bruxellois de soins et d'aides de première ligne gratuits et inconditionnels.

¹⁵ La crise révèle en ce sens le manque de services bas seuil, sans conditions, dotés d'une équipe pluridisciplinaire, des ressources d'interprétariat et de clinique transculturelle.

elle-même ne va pas forcément tuer la personne, mais c'est les conséquences qui en découlent. Et donc vous pouvez remarquer que les patients qu'on a avec des benzodiazépines et qui font de l'épilepsie sont des gens qui ont le visage vraiment balaféré, parce qu'ils ont fait des chutes énormes à cause de leurs crises d'épilepsie. (Psychologue et coordinateur, analyse en groupe)

De façon générale, les personnes usant de drogues se sont invisibilisées au maximum en période Covid-19, lorsqu'elles étaient en rue en raison de la criminalisation de la présence dans l'espace public, mais aussi dans les hébergements collectifs où la consommation était *a priori* interdite. Les professionnel·les du secteur sociosanitaire ont connu des pertes de contact en raison de cette invisibilisation, et ont observé une modification dans le rapport à la consommation de drogues : des « rechutes », des sevrages forcés, mais aussi des basculements vers des consommations plus cachées, moins accompagnées et vers des surconsommations, impliquant d'intenses phases de décompensation, des risques sanitaires, des mises en danger individuelles, voire des décès.

La mobilisation des personnes sans-papiers et le déni politique de leurs voix

Bien que les personnes sans titre de séjour aient été très largement invisibilisées et oubliées durant la crise sanitaire par les institutions publiques, elles ont choisi aussi pour cette raison de publiciser leurs conditions en se mobilisant. Plusieurs actions collectives ont émergé en réaction à cette précarisation et à cette invisibilisation, et de nombreuses voix ont appelé à une régularisation collective¹⁶. Ainsi, la Coordination des sans-papiers de Belgique a interpellé le monde politique dès le mois de mars 2020 pour revendiquer une régularisation, seule solution juridique tenable face à la précarité juridique, économique, sociale et sanitaire liée à leur condition administrative. Deux propositions de loi et une résolution ont été introduites à la Chambre des représentants, au mois de juin 2020 et de juillet 2020. Elles n'ont pas connu d'issue favorable (Debelder & Manço, 2020). Plusieurs personnes ont regretté les implications en termes d'État de droit de la non-prise en considération de la circonstance exceptionnelle de pandémie, qui aurait pu justifier des pratiques de régularisation individuelle, telles que le prévoit la loi.

La question des sans-papiers en période Covid, c'est une situation posée en termes d'urgence [...]. Parce que laisser toute une frange de la population dans cette situation... [...] On a discuté avec le cabinet Mahdi, on leur a posé la question si cette pandémie était une situation exceptionnelle, et en quoi leur administration ne considérerait pas, par rapport à cette situation qui est exceptionnelle pour tout le monde, que la situation des sans-papiers pouvait être régularisée. Donc cette

¹⁶ Tant des personnes en précarité de séjour, de façon individuelle et collective, que des membres issus des arènes politiques, associatives et scientifiques.

absence de vouloir trouver une solution pour les sans-papiers dans cette période devrait interpeller beaucoup de gens. Car ce sont des gens qui ont fait le choix de vivre ici. Et ce n'est pas du jour au lendemain qu'on va tous les expulser. Alors la solution si on était dans un État de droit, c'est qu'on sache qui est là, qu'ils soient vaccinés comme les autres, qu'ils accèdent à tous les droits. On n'a pas d'autres revendications. [...] C'est une souffrance vraiment. C'est une situation de crise qui est oubliée durant une crise de pandémie planétaire, et c'est impensable dans un État de droit. (Coordinateur social, analyse en groupe)

En février 2021, l'absence de prise en compte des interpellations politiques a conduit plusieurs collectifs à occuper des lieux symboliques des luttes de personnes sans-papiers (Université libre de Bruxelles, la Vrije Universiteit Brussel, église du Béguinage) (Vertongen, 2024) afin de revendiquer collectivement la régularisation. Aucune de leurs revendications n'est écoutée ni même entendue. Le 24 mai 2021, presque 500 personnes de l'Union des sans-papiers pour la régularisation (USPR) démarrent une grève de la faim, un « répertoire d'actions historiquement constitué » (Hetmanska *et al.*, 2021, p. 23) qui alerte l'opinion publique, notamment parce qu'il consiste en une utilisation politique du corps et de la santé et qu'il « touche à la fois à la question du monopole de la violence légitime et aux dimensions symboliques de la violence physique » (Siméant, 1993, p. 8). Après plus d'une demi-année d'occupations, et plusieurs mois de grève de la faim, un compromis est négocié entre le secrétaire d'État à l'Asile et l'Immigration et le mouvement pour la régularisation, via l'intermédiaire d'associatifs et d'avocat-es le 21 juillet 2021. Loin de la revendication historique d'instauration d'une régularisation réglementée via des critères clairs et permanents examinés par une commission indépendante, la négociation décide l'examen prioritaire des dossiers individuels de régularisation des grévistes. Les décisions rendues par l'Office des étrangers à ces dossiers sont majoritairement négatives. Elles ne prennent en considération ni la situation d'exception de l'épidémie ni celle de la grève de la faim. Elles contournent les engagements du secrétaire d'État à l'Asile et l'Immigration (Hetmanska *et al.*, 2021). L'examen de décisions prises par l'Office des étrangers au sujet de demandes de régularisation (Leclercq *et al.*, 2024) démontre l'absence de critères précis en la matière, laissant un pouvoir discrétionnaire considérable à une institution qui est à la fois juge et partie dans cette procédure, et l'absence d'une volonté politique du gouvernement de proposer un cadre légal juste et transparent en la matière.

Conclusion

En période de Covid-19, l'exacerbation des vulnérabilisations entrecroisées (juridique, administrative, économique, sociale, psychologique, morale, sanitaire) des personnes sans titre de séjour répond à un certain effacement de ces vies dans la gestion de crise, un « oubli » de cette catégorie de la population, une invisibilisation des problématiques sociosanitaires que leurs conditions de vie posent. Les enquêtes qualitatives et épidémiologiques que nous avons menées permettent de connaître et de visibiliser les effets de la gestion politique de la crise de la Covid-19 sur les conditions d'existence de ces personnes dépourvues d'identité administrative, d'identité de papier (Noiriel, 2007).

Mobilités immobilisées, irrégularisme, sans-abrisme, pertes matérielles et précarisation économique, fragilisations ou suspensions de droits, désaffiliation, vulnérabilisation sanitaire, telles ont été les conséquences de la Covid-19 et de sa gestion politique pour cette population. En basculant de conditions d'existence faites de débrouilles vers des conditions de survie, ces personnes se sont soit encore plus invisibilisées, soit ont manifesté plus encore leur importante dépendance à l'action d'urgence de la première ligne sociosanitaire bruxelloise.

Les travailleur-euses de terrain ont véritablement joué le rôle de bouée de secours pour ce public « à la croisée des champs ». Le pouvoir d'initiative et l'action coordonnée des personnes travaillant dans les domaines des soins médicaux ambulatoires, de l'aide juridique, de l'urgence humanitaire, du sans-abrisme ont permis une coopération intersectorielle autour de nombreuses actions et pratiques d'*outreaching*: mise à l'abri généralisée via un plaidoyer pour l'augmentation des places dans les structures existantes et via la réquisition de places supplémentaires dans des hôtels transformés en dispositifs d'hébergement d'urgence; distribution de denrées et de tickets alimentaires; mise en place et déploiement d'équipes mobiles d'*outreach* pour la prévention sanitaire et la vaccination¹⁷. Au nom de la santé publique, des travailleur-euses de terrain ont, de façon pragmatique, garanti le primat des besoins vitaux sur le statut et le maintien du lien social, apparu comme vital.

In fine, les effets combinés des politiques sanitaires, économiques et migratoires prises au niveau fédéral en contexte de pandémie ont nourri des processus d'invisibilisation et de précarisation des conditions de vie des personnes sans titre de séjour. La Région bruxelloise a, quant elle, participé à contrebalancer ces politiques en finançant et en soutenant la coopération intersectorielle, selon une logique de sous-traitance de l'urgence sociale.

¹⁷ Il apparaît regrettable que certaines innovations et avancées sociales, comme la mise à l'abri généralisée ou encore la facilitation des procédures d'aide médicale urgente, se soient révélées temporaires, faute de pérennisation politique.

Bibliographie

- Adam, I., Ben Mohamed, N., Kagné, B., Martiniello, M., & Rea, A. (2002). *Histoire sans-papiers*, Bruxelles: Édition Vista.
- Agier, M. (2018). *La Jungle de Calais*, Paris: PUF.
- Aussem, G. (2020). «"Reconfinement"? Apprenons du passé», *ADDE – Association pour le droit des étrangers*, Newsletter n° 168.
- Barrez, J., & Swaelens, F. (2022). L'impact social sur les CPAS et leur public cible: retour sur la crise du coronavirus (2020-2021). *SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Économie sociale et Politique des Grandes Villes* (2022).
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.
- Blin, T. (2008). L'invention des sans-papiers: récit d'une dramaturgie politique. *Cahiers internationaux de sociologie*, 125, 241-261.
- Bouhon, F., Jousten, A., Miny, X., & Slautsky, E. (2020). L'État belge face à la pandémie de Covid-19: esquisse d'un régime d'exception. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2446, 5-56.
- Brouckaert, T., & Longman, C. (2011). Le «travail de soins» des mères de famille sans papiers, une forme de citoyenneté?. *Migrations Société*, 136, 169-184.
- Bruss'Help (2020). Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale. Sixième édition. 9 novembre 2020.
- Bruss'Help (2022). Dénombrement des personnes sans-chez-soi en Région de Bruxelles-Capitale. Septième édition. 8 novembre 2022.
- De Genova, N.P. (2002). Migrant «illegality» and deportability in everydaylife. *Annual Review of Anthropology*, 31(1), 419-447.
- Englert, M., Luyten, S., Missinne, S., Mendes Da Costa, E., Fele, D., Mazina, D., & Verduyck, P. (2020). «Baromètre social 2020». Observatoire de la santé et du social.
- Godin, M., & Rea, A. (2010). La campagne de régularisation de 2000 en Belgique: une analyse genrée. *Migrations Société*, 129-130, 75-90.
- Hetmanska, N., Deleixhe, M., & Berns, T. (2021). Récit d'une grève de la faim. *Multitudes*, 85, 22-29. <https://doi.org/10.3917/mult.085.0022>
- Klein, V., Claes, M., & Lejeune, J. (2020). Vulnérabilités en détention. Impact de l'épidémie de Covid-19 sur la détention. *Nansen Refugee*.
- Le Blanc, G. (2009). *L'invisibilité sociale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Leclercq, C., Rorive, I., & Van der Plancke, V. (2024). La recherche de critères de régularisation de séjour fondés sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Une évaluation de la pratique de l'Office des étrangers à l'aune des principes généraux du droit administratif. *Administration publique*, 1, 45-83.
- Lochard, Y., & Simonet, M. (2009). 23. Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels. In D. Demazière (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, 274-284.
- Martiniello, M., & Rea, A. (2002). Les sans-papiers en Belgique. *Hommes & migrations*, 1238, 89-99.
- May, X., Bacquaert, P., Decroly, J.-M., de Guiran, L., Deligne, C., Lannoy, P., & Marziali, V. (2021). Formes, facteurs et importance de la vulnérabilité hydrique dans une métropole européenne. *EchoGéo* [En ligne], 57, mis en ligne le 15 octobre 2021. URL: <http://journals.openedition.org/echogeo/22098>
- Meier, D. (2020). *Les Frontières au-delà des cartes. Sécurité, migration, mondialisation*. Paris: Le Cavalier Bleu.
- Myria (2021). Régularisation de séjour. *Les migrations en chiffres et en droits*. Les cahiers du rapport annuel.
- Myria (2021b). Accès au territoire. *Les migrations en chiffres et en droits*. Les cahiers du rapport annuel.
- Noiriel, G. (dir.). (2007). *L'identification. Genèse d'un travail d'État*. Paris: Belin.
- PICUM (2020). *Regularising Undocumented People in Response to the Covid-19 Pandemic*. [En ligne], URL: <https://picum.org/regularising-undocumented-people-in-response-to-the-covid-19-pandemic/>
- Racapé, J., Dauby, N., Goffard, J.-C., Abdellaoui, K., Radulescu, C., Coppieters, Y., et Rea, A. (2023). Distinct Socioeconomic Profile of Patients Hospitalised with Severe COVID-19 and Prepandemic Respiratory Infections in Brussels's Deprived Areas: A Case-control Study. *BMJ Open*, 2023,13:e072914. <https://doi.org/10.1136/bmj.4185>

- Racapé, J., Noel, A.-C., Lurel, J., Dauby, N., Coppieters, Y., Goffard, J.-C. and Rea A. (2023). Social and Clinical Risk Factors Associated with Hospitalized COVID-19 Patients in Brussels's Deprived and Multiethnic Areas. *PLOS Glob Public Health*, 3(7), e0002039. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002039>
- Rea, A. (2002). Le travail des sans-papiers et la citoyenneté domestique. In M. Peraldi (dir.), *La fin des norias*, Paris : Maisonneuve et Larose, 459-478.
- Rea, A. (2021). *Sociologie de l'immigration*. Paris : La Découverte.
- Rea, A., Roblain, A., & Hertault, J. (2023). *Héberger des exilés. Initiatives citoyennes et hospitalité*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., Gysen, J., & Lorant, V. (2015). Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? KCE Report 257 Bs, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Roland, M., Ben Abdelhafidh, L., Déom, V., Vanbiervliet, F., Coppieters, Y., & Racapé, J. (2021). SARS-CoV-2 Screening among People Living in Homeless Shelters in Brussels, Belgium. *PLoS ONE*, 16/6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252886>
- Siméant, J. (1993). La violence d'un répertoire : les sans-papiers en grève de la faim. *Cultures & Conflits*, 9(10), 315-338.
- Siméant, J. (1998). *La cause des sans-papiers*. Paris : Presses de Sciences Po.
- Simonneau, D. (2020). Gérer les frontières par temps de pandémie. *L'Économie politique*, 87, 91-98.
- Surkyn, J., Gadeyne, S., & Verhaeghe, P.-P. (2023). Speaking from the Grave. Estimating the Unregistered Population in Belgium and Brussels Using Mortality Extrapolations. VUB.
- Unia & SPF Emploi (2020). *Monitoring socio-économique. Marché du travail et origine 2019*, Bruxelles, mars 2020.
- Unia & SPF Emploi (2022). *Monitoring socio-économique. Marché du travail et origine 2022*, Bruxelles, octobre 2022.
- Valluy, J. (2005). La nouvelle Europe politique des camps d'exilés : genèse d'une source élitaire de phobie et de répression des étrangers. *Cultures & Conflits*, 57, 13-69.
- Van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M., & Franssen, A. (2005). *La Méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod.
- Vertongen, Y. L. (2024). *Papiers pour tous. Le cas de la coordination des sans-papiers de Belgique (2014-2020)*, tome 2, Louvain-la-Neuve : Academia.

Chapitre IX

Covid-19 et politique des données

Comment documenter les inégalités sociales ?

Judith Racapé, Claudine Burton-Jeangros, Sylvana Côté, Yves Jackson,
Marie-France Raynault, Camille Fortunier et Andrea Rea

L'accès aux données administratives sociales et de santé pour la recherche est encadré par des principes éthiques et des pratiques réglementaires visant à assurer la protection de la vie privée des individus, tout en permettant d'étudier l'état de santé des populations. Cette tension entre des objectifs individuels et collectifs est aujourd'hui particulièrement vive, elle est discutée au-delà des cercles scientifiques au sein de la société civile, et alimentée par les médias.

Du point de vue de la recherche, cet accès reste souvent complexe, rigide et parfois coûteux. Les chercheurs souhaitent utiliser des données sociales et de santé pour étudier les tendances des maladies, les déterminants de la santé, l'efficacité des interventions et mesurer les inégalités sociales de santé. Rendre les données de santé plus facilement accessibles, de manière sécurisée et transparente, et soutenir l'intégration de données sociales et économiques, cela permettrait de concevoir des politiques de santé plus équitables, plus durables et mieux informées, intégrant les besoins différenciés au sein des populations, et basées sur la recherche scientifique multidisciplinaire. Toutefois, l'atteinte de cet objectif comporte de nombreux défis, dont certains sont abordés dans ce chapitre.

Dans ce chapitre, les biais et limites de la production de données dans le cadre de la pandémie de Covid-19 sont illustrés autour de nos expériences dans les trois villes intégrées dans le projet, Bruxelles, Montréal et Genève, et les enjeux des politiques de données de santé sont plus largement discutés de manière comparative. L'objectif est de mettre en lumière les besoins en matière de données administratives et les enjeux associés aux accès à ces données pour la recherche. La pandémie de Covid-19 est utilisée comme cas de figure afin d'identifier ce qu'il faut améliorer pour se préparer, puis répondre à des crises sanitaires ou sociales dans le futur. Ce chapitre porte spécifiquement sur les inégalités liées à l'exposition au virus SARS-CoV-2. Les effets de la gestion de la pandémie, qui a aussi renforcé des inégalités sociales et des inégalités de santé, ont, quant à eux, été abordés dans les chapitres précédents.

Ce que la crise sanitaire de la Covid-19 a révélé sur la difficulté à croiser les données sociales et de santé

La crise sanitaire a mis en lumière le rôle que jouent les données pour assurer le pilotage des mesures collectives, permettre l'amélioration des soins et faire avancer les connaissances scientifiques. Le manque de données constitue en effet un obstacle à l'élaboration de politiques publiques adaptées, notamment dans une situation d'urgence et auprès de publics plus vulnérables. L'importance des données a été rapidement perçue au début de l'année 2020, initiant de nombreux débats autour de la capacité à produire des données épidémiologiques standard (nombre de nouveaux cas, nombre de décès) pour assurer la surveillance de la diffusion de la pandémie à l'échelle locale et globale. Ces données ont été exploitées par les institutions de santé publique et ont informé les décisions politiques. Elles ont également rapidement envahi la vie quotidienne des citoyens constamment exposés aux courbes et cartes de la pandémie à travers les médias. Il y avait donc de fortes attentes institutionnelles et privées autour de la capacité à documenter la pandémie, grâce aux relevés de données.

Les outils de surveillance épidémiologique de la Covid-19 ont été élaborés selon un modèle médical et de protection de la santé publique, en récoltant des données sur les nouveaux cas, les hospitalisations et les décès, puis, au fur et à mesure de leur mise à disposition, les tests de dépistage et la vaccination. Ces données ont typiquement inclus des informations intégrant le sexe et l'âge des personnes concernées et la présence d'autres maladies. Ainsi, les premières études sur la Covid-19 ont montré que les comorbidités (obésité, diabète, maladies respiratoires, cardiovasculaires et rénales) sont des prédicteurs des formes sévères de la Covid-19 (Zheng *et al.*, 2020), avec des variations importantes en fonction de l'âge et aussi du sexe.

Dès le début de l'épidémie, des chercheurs ont signalé que la pandémie allait accentuer les inégalités de santé, en s'appuyant sur la recherche relative aux déterminants sociaux de la santé (Marmot & Allen, 2020; Bamba *et al.*, 2020) et sur l'interaction entre facteurs sociaux et biologiques, notamment autour des maladies infectieuses (Singer & Rylko-Bauer, 2021). D'autres ont souligné les difficultés d'accès à des données sociales permettant d'analyser ces inégalités de santé (Khalatbari-Soltani *et al.*, 2020). Les démographes ont également mentionné l'importance de considérer, au-delà de la structure par âge des populations, les relations intergénérationnelles, le soutien entre générations et la cohabitation (Balbo *et al.*, 2020). Les chercheurs ont ainsi mis en garde contre « l'amnésie » de ce qui était déjà connu sur le rôle des déterminants sociaux sur la santé (Marmot & Allen, 2020) et la non-prise en compte des études montrant l'ampleur des inégalités sociales pour d'autres maladies (notamment H1N1, tuberculose, VIH) (Bamba, 2022). Comme toutes les crises de santé publique, on sait aujourd'hui que celle de la Covid-19 a accentué les inégalités sociales. Toutefois, le rôle des déterminants sociaux (comme l'éducation, la profession, le revenu, le logement...) a été sous-étudié en raison des difficultés d'accès aux données, et ils ont donc été insuffisamment pris en compte par les politiques publiques.

Les premières études montrant que les populations les plus précaires et les minorités ethniques ont été particulièrement touchées par la Covid-19 ont été menées en Grande-Bretagne, où la collecte des statistiques ethniques est bien établie, et aux États-Unis (Niedziedz *et al.*, 2020; de Lusignan *et al.*, 2020; Wadhwa *et al.*, 2020). Les données ont montré que les minorités ethniques ont été proportionnellement davantage contaminées par le virus, en raison de leurs conditions de vie défavorisées et de la proportion plus élevée de comorbidités. Dans le reste de l'Europe, ces études ont été inexistantes au début de l'épidémie et les premières enquêtes sont arrivées tardivement, par exemple, l'étude *EpiCov* en France (Warszawski *et al.*, 2020). De ce fait, les mesures politiques basées essentiellement sur les données cliniques et épidémiologiques disponibles et l'avis des experts médicaux n'ont pas pris en compte les déterminants sociaux de la santé.

De plus, certaines populations particulièrement vulnérables comme les personnes vivant en institutions (maisons pour personnes âgées, prisonniers), les sans-abris et les migrants sans-papiers ont été peu prises en compte dans la production des données liées à la Covid-19 (Pelizza *et al.*, 2020). Ces populations sont invisibles dans les données administratives, et les données les concernant sont souvent difficiles à récolter. Notons aussi l'importance d'avoir des données intersectorielles et longitudinales (ou répétées dans le temps) afin de comprendre l'évolution et l'ampleur des conséquences sur différents sous-groupes de la population. Par exemple, pour la mortalité causée par le SARS-CoV-2, les risques pour les enfants et les adolescents étaient relativement faibles. Pour ces derniers, ce sont les fermetures scolaires qui ont engendré des effets négatifs (Côté *et al.*, Accepté). Dans la perspective du parcours de vie, il sera ainsi particulièrement important de suivre les traces de la pandémie auprès des cohortes l'ayant vécue à différentes étapes de leur vie.

Les difficultés à combiner les données sociales et de santé peuvent être plus spécifiquement décrites autour des expériences faites dans les trois villes de Bruxelles, Genève et Montréal et leurs pays respectifs.

À Bruxelles, ville cosmopolite (35 % de la population a une nationalité non belge), densément peuplée et avec des hauts taux de pauvreté (une personne sur trois vit sous le seuil de pauvreté), l'explosion des inégalités sociales de santé était prévisible. Les données de surveillance de la pandémie de Covid-19 ainsi que les données hospitalières n'ont pas pris en compte les déterminants sociaux de la santé. Dès le début de la pandémie, les données de surveillance ont montré que les communes ayant le plus haut taux d'infection de SARS-CoV-2 se situaient dans les zones les plus défavorisées et les plus densément peuplées (Rea *et al.*, 2022). Des études exploratoires au niveau de deux hôpitaux bruxellois ont permis d'avoir des données individuelles (code postal, assurance-santé) et ont montré des taux d'hospitalisation Covid-19 plus élevés dans les communes densément peuplées avec des revenus bas et chez les personnes sans assurance-santé (Racapé *et al.*, 2023).

Les premières études populationnelles en Belgique se sont focalisées sur l'excès de mortalité (Decosteer *et al.*, 2020; Vanthomme *et al.*, 2021; Gadeyne *et al.*, 2020). Elles ont été menées en couplant les données de mortalité avec les données du recensement de 2011 comportant des données socioéconomiques (revenus, éducation, densité de

population, nationalités), par l'Office belge de statistique (STATBEL)¹. Ces études ont mis en évidence un excès de mortalité en 2020 par rapport à 2019 chez des hommes migrants et chez les personnes ayant les revenus les plus bas. Plus tardivement, des chercheurs ont pu coupler les données de surveillance d'incidence Covid-19 avec un index de défavorisation par quartier qui combine l'éducation, l'emploi, le revenu et le logement (BIMD - *Belgian Index of Multiple Deprivation*). Les auteurs ont montré une incidence 24 % plus élevée dans les zones les plus défavorisées par rapport aux plus favorisées (Meurisse *et al.*, 2022).

À Genève, et en Suisse, les données de surveillance de la pandémie de Covid-19 n'ont pas pris en compte les déterminants sociaux de la santé (éducation, classe sociale, origine ethnique ou statut migratoire). Cependant, des études ont été menées à l'initiative de chercheurs. Ainsi, des analyses intégrant des informations socioéconomiques ont été réalisées en associant les données cliniques avec des indicateurs de géolocalisation, permettant d'étudier des différences sociales au niveau agrégé. Une étude nationale (Riou *et al.*, 2021) a utilisé les notifications obligatoires auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) des cas négatifs et positifs de tests, hospitalisations et décès liés au SARS-CoV-2. Elles ont été mises en relation avec un index national des quartiers (*The Swiss Neighbourhood Index of SEP* [Swiss-SEP]) : la mise en relation de l'adresse des patients récoltée dans les données cliniques a permis de définir leur statut socioéconomique. La recherche a été menée en accord avec la loi sur les épidémies, sans nécessiter l'accord d'une commission d'éthique (encadrant la recherche sur l'être humain depuis 2014). À Genève, une équipe a analysé les données d'un registre cantonal (ARGOS) mis en place pour suivre les personnes infectées au SARS-CoV-2 (Mongin *et al.*, 2022) en mettant en relation les données cliniques avec un indice de vulnérabilité socioéconomique. D'autres études menées à Genève ont mis en relation les facteurs cliniques et des informations socioprofessionnelles (Stringhini *et al.*, 2021 ; de Ridder *et al.*, 2021). Ces analyses ont montré des liens entre l'exposition au virus et la mortalité, d'une part, et les indicateurs de niveaux socioéconomiques, d'autre part. On peut encore mentionner l'étude Corona Immunitas, réalisée par un réseau national d'universités et financée par l'école suisse de santé publique qui visait à évaluer de manière longitudinale la séroprévalence du SARS-CoV-2 en Suisse au sein de la population générale, tout en intégrant des données socioéconomiques (Speierer *et al.*, 2022).

En Suisse, de manière générale, les statistiques ne récoltent pas de données relatives au parcours migratoire ou à l'origine ethnique et se basent le plus souvent sur la nationalité en distinguant les Suisses et les étrangers. À la suite d'une interpellation parlementaire en 2020, il a été demandé de récolter la nationalité sur les certificats de décès dus à la Covid-19. Cependant l'information n'a été récoltée que dans 51 % des certificats. Un chercheur de sciences sociales de l'Université de Fribourg a produit des analyses à partir des statistiques de mortalité, en utilisant des données de l'Office fédéral des statistiques (OFS) qui compilent systématiquement la nationalité des personnes décédées. Ainsi, les données de mortalité en 2020 ont été comparées à la mortalité des années précédentes (depuis 2015) en fonction de la nationalité et des

¹ <https://statbel.fgov.be/fr>

groupes d'âge. Les résultats montrent une surmortalité plus marquée des personnes d'origine étrangère lors des deux vagues de la pandémie (Plümecke *et al.*, 2022).

Au Québec, les données de surveillance sur la Covid-19 ont été collectées via les tests de dépistage réalisés dans les cliniques médicales, les déclarations obligatoires par les professionnels de la santé, les enquêtes de traçage des contacts et certaines enquêtes par questionnaires. De manière générale, que ce soit aux niveaux régional ou provincial, très peu d'indicateurs sont effectivement intégrés aux systèmes de surveillance pour détecter et suivre les inégalités sociales de santé. Les enquêtes épidémiologiques effectuées par l'Institut national de santé publique et les directions de santé publique ont servi à documenter certains facteurs comme l'âge, le sexe et le lieu de résidence en fonction de la prévalence du SARS-CoV-2. À Montréal, les personnes vivant dans les secteurs très défavorisés ont été infectées 2,07 fois plus que celles vivant dans les secteurs les plus favorisés. Aussi, les quartiers où la proportion de personnes s'identifiant à une ou plusieurs minorités visibles était la plus élevée, les taux d'infection à la Covid-19 étaient 1,35 fois supérieurs à ceux d'autres quartiers (Tessier *et al.*, 2022).

Au Canada, les inégalités sociales en matière de mortalité en lien avec la Covid-19 ont été explorées à partir des décès Covid-19 enregistrés dans la base canadienne de données de l'état civil qui a été couplée aux données du Recensement canadien de la population de 2016 comportant des données socioéconomiques (lieu de résidence, revenu, type de logement, type de ménage et taille du ménage, mesure sociospatiale qui combine la concentration de personnes ayant immigré récemment au Canada). Il a été montré un excès de mortalité liée à la Covid-19 pour les personnes vivant dans les grands centres urbains, dans des appartements, dans des quartiers à faible revenu et dans des quartiers avec une concentration ethnoculturelle plus élevée (Blair *et al.*, 2022).

Enjeux entourant le croisement des données sociales et de santé

Les données de santé et socioéconomique sont des données personnelles à caractère sensible. Leur récolte et leur analyse sont soumises à différents règlements ou lois, comme le Code de la santé publique et le Règlement général sur la protection des données (RGPD) en Belgique; la loi sur les épidémies, la loi relative à la recherche sur l'être humain ou encore la loi sur la protection des données en Suisse; la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels au Québec. Au-delà des nombreux débats autour de l'accès aux données de santé (Ormond *et al.*, 2024), les recherches portant sur les inégalités sociales de santé doivent avoir accès aux données cliniques ou de surveillance, mais aussi à des données sociales sensibles, comme le pays de naissance, les revenus et le recours aux aides sociales. Pour obtenir de telles données, les chercheurs peuvent effectuer une collecte directe en menant leurs propres enquêtes, pour lesquelles l'encadrement organisationnel,

réglementaire et éthique est exigeant. De plus, les données d'enquête, bien qu'extrêmement utiles, présentent des biais de sélection limitant leur représentativité, et certaines populations, dont les plus précaires, en sont souvent exclues (Pelizza *et al.*, 2020). Dans l'optique de comprendre l'état de santé des populations vulnérables, les informations offertes via des données collectées dans le cadre de projets de recherche restent donc limitées. Mais, surtout, les résultats d'enquête ne sont pas disponibles en parallèle au développement d'une épidémie ou pandémie, et ce retard de plusieurs mois implique qu'elles ne peuvent pas éclairer les décisions politiques en temps réel.

Alternativement, les chercheurs peuvent réutiliser des données collectées en continu par les instances médico-administratives, selon des obligations légales en matière de surveillance des maladies infectieuses ou de recensement des décès. Ces données sont produites par différentes sources (hôpitaux, agences de santé publique, institutions de sécurité sociale, état civil, recensements, etc.). La récolte de ces données est cependant plus souvent pensée en termes de suivi administratif et institutionnel que sous l'angle de leur potentiel pour la recherche. Leur réutilisation pour la recherche est ainsi questionnée par différents acteurs, et leurs accès et exploitation font face à de nombreuses contraintes, notamment techniques, mais aussi réglementaires (faible interopérabilité des données, consentement des personnes, etc.).

De plus, les données de santé ou cliniques, et les données socioéconomiques sont le plus souvent recueillies dans des bases de données différentes qu'il faut pouvoir relier entre elles. Le couplage entre ces bases de données fait l'objet de politiques contrastées entre les pays. Dans les pays nordiques, le couplage entre bases de données médicales et administratives est établi depuis les années 1960 avec un identifiant personnel unique. Ceci permet une production de données, servant à la fois des objectifs administratifs en lien avec le développement d'un état social fort et un accès aux soins universels, permettant une surveillance de santé publique, tout en mettant à disposition de riches données pour la recherche (Tupasela *et al.*, 2020; Snell *et al.*, 2023). Un tel système, unique à l'échelle internationale, repose sur la confiance des citoyens envers les institutions et sur des valeurs de réciprocité, universalité, égalité et solidarité largement partagées.

Dans les autres pays, dont la Belgique, le Canada et la Suisse, un tel couplage systématique de données n'existe pas. Il se fait de manière *ad hoc*, à la demande des chercheurs. Le processus n'est pas conçu pour répondre en temps réel aux enjeux que posent une épidémie et sa gestion. Les expériences dans les contextes belge, suisse et québécois soulignent les défis de ce couplage, mais aussi les possibilités pour l'amélioration des services et procédures dans une perspective de moyen et de long terme.

En Belgique, les données sociales ne sont pas collectées en routine dans les dossiers médicaux des hôpitaux ni dans les données de surveillance. Les données hospitalières sont enregistrées au niveau du Résumé hospitalier minimum (RHM), qui est un système d'enregistrement obligatoire de données administratives, médicales et infirmières de tous les hôpitaux non psychiatriques de Belgique. Les données socio-démographiques sont limitées à l'âge, au sexe, à la nationalité et à la facturation. Les données de surveillance sont, elles, recueillies via Sciensano², l'Institut national de santé publique. Au début de la crise de la Covid-19, tous les hôpitaux devaient déclarer

² <https://www.sciensano.be/fr>

les cas de SARS-CoV-2 à Sciensano en remplissant un document incluant les données cliniques et l'adresse de résidence. Au niveau populationnel, c'est l'Office belge de statistique qui produit les statistiques de la population à partir des registres et bases de données administratifs. C'est à partir de ces données (causes de décès, nationalité, commune de résidence) que les premières études de mortalité due à la Covid-19 ont pu être réalisées. Comme les données cliniques (hospitalisations, soins intensifs, comorbidités...) se trouvent dans d'autres bases de données (hôpitaux, surveillance), le couplage est donc nécessaire.

D'autre part, les déclarations des cas de SARS-CoV-2 pour la surveillance ont dû mobiliser du personnel soignant pour encoder ces données alors que l'hôpital était déjà surchargé pendant la pandémie. En conséquence, tous les hôpitaux n'ont pas pu déclarer les cas de Covid-19, surtout lors de la deuxième vague de l'épidémie. Les données cliniques devaient aussi être enregistrées au niveau du RHM. De nombreux cliniciens ont, de plus, été impliqués dans diverses études dans lesquelles ces données Covid-19 ont été également encodées. Les données ont donc finalement été stockées dans plusieurs bases de données, sans pérennité et de façon non exhaustive.

De nombreuses données personnelles sont collectées en Belgique, mais elles sont fragmentées entre les organisations et les systèmes. Le croisement des données est possible via l'accord du Conseil de sécurité de l'information (CSI)³, composé entre autres de juristes, de médecins et d'experts de la fiscalité. C'est l'Agence de la protection des données qui est le garde-fou des données personnelles, mais de nombreux questionnements sur l'accumulation des données personnelles récoltées ainsi que sur leurs croisements possibles ont été soulevés. À la suite de la pandémie, la Belgique a décidé de mettre en place une Agence belge des données de santé (ADS)⁴, en collaboration avec les détenteurs de données et les utilisateurs régionaux et fédéraux, afin de faciliter l'utilisation et la réutilisation de ces données pour les politiques de santé et la recherche en santé.

En Suisse, les données cliniques n'incluent pas de données sociales, en dehors de l'âge et du sexe. Dans le cadre du système de déclaration obligatoire des maladies infectieuses, les médecins, les hôpitaux, les autres institutions de santé publiques ou privées ainsi que les laboratoires ont été tenus de déclarer les cas de Covid-19 à l'Office fédéral de la santé publique et aux services du médecin cantonal. Les données à déclarer incluaient l'adresse et le numéro de téléphone de la personne, le lieu de séjour, la date de naissance, le sexe et le numéro AVS (identifiant unique associé à l'accès aux prestations sociales, dont l'aide sociale et la retraite). Aucun couplage n'a été fait de manière systématique et les résultats relatifs aux liens entre Covid-19 et circonstances socioéconomiques ont été produits de manière ponctuelle par des équipes de recherche à l'échelle nationale (Plümecke *et al.*, 2022 ; Riou *et al.*, 2021) ou à l'échelle genevoise (Mongin *et al.*, 2022).

Au Québec, le processus d'accès aux données de surveillance de la santé des populations en temps réel et en temps de crise est distinct de celui d'accès aux données de recherche. Par le biais de l'Institut national de santé publique, des intervenants et

³ <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/comite-de-securite-de-linformation>

⁴ <https://www.hda.belgium.be/fr/>

intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux peuvent obtenir de l'information sur la santé de la population québécoise via un portail privé accessible à toute personne ayant une responsabilité populationnelle en matière de santé et de services sociaux. Les mandats de surveillance sont centrés sur des problématiques spécifiques et définies par les autorités ministérielles. Les données accessibles incluent les données concernant l'utilisation des services de santé et psychosociaux (*i.e.* régime médical d'assurance santé du Québec, données des urgences). Les données sont populationnelles, mais pas nécessairement appariées aux informations psychosociales. Les données hospitalières sont accessibles via des protocoles d'accès propres à chaque établissement. Les données sociales sont limitées à l'adresse et à la facturation.

Les données administratives provenant de différents secteurs, dont la santé et les services sociaux, peuvent être obtenues pour des fins de recherche via l'Institut de la statistique du Québec. L'Institut a été récemment (2021) mandaté par le gouvernement du Québec pour mettre en œuvre un processus simplifié d'accès, à des fins de recherche, à certains renseignements détenus par des organismes publics. Ces renseignements, déterminés par décrets, sont appelés « renseignements désignés ». Des renseignements désignés détenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Enseignement supérieur sont actuellement rendus accessibles pour la recherche.

En vertu de l'article 25 de la loi sur l'Institut de la statistique du Québec (RLRQ, chapitre 1-13-011), l'Institut a l'obligation d'assurer la protection de tout renseignement obtenu en vertu de cette loi, dont la révélation permettrait de le rattacher à une personne physique ou morale, une entreprise, un organisme ou une association. L'Institut a mis en place des processus afin de respecter ses obligations relatives à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité. Entre autres, le Comité d'examen confidentialité (CEC) est chargé d'examiner les demandes d'accès des chercheurs⁵.

Les possibilités d'avancement des connaissances offertes par l'utilisation des données administratives pour des fins de recherche dépassent largement celles offertes par la surveillance. À titre d'exemple, les données administratives peuvent servir à répondre à des questions touchant simultanément différents secteurs (p. ex., santé, éducation, revenu) et différentes périodes dans le temps, pour un ensemble d'individus. Par exemple, les trajectoires d'utilisation de services en santé peuvent être étudiées en tenant compte de certains facteurs sociodémographiques. Les ensembles de données permettant ces utilisations requièrent un appariement minutieux impliquant de lier les identifiants utilisés dans les différentes sources de données.

Dans le contexte de la recherche avec des données administratives québécoises, le cadre éthique et réglementaire propre à l'utilisation des données de recherche s'applique (p. ex. comité d'éthique des institutions auxquelles appartiennent les chercheurs) ainsi que le cadre légal régissant l'utilisation des données administratives. L'appariement des données administratives intersectorielles et même longitudinales est possible et implique des ressources et des expertises particulières. À ce jour, l'Institut de la statistique du Québec est mandaté pour réaliser les appariements et assurer la sécurité des données désignées québécoises pour des fins de recherche.

⁵ <https://statistique.quebec.ca/fr/institut/services-recherche>

Quel accès aux données dans les trois pays ?

Il est possible en Belgique de coupler des bases de données médico-administratives via un identifiant unique pseudonymisé, le numéro de registre national du patient. Toute personne ayant, soit un document d'identité belge, soit un document de séjour délivré par la Belgique, a un numéro de registre national. Le processus de couplage est complexe, prend beaucoup de temps (en moyenne deux ans) et le coût dépend des institutions.

Les étapes pour procéder au couplage des données nécessitent plusieurs démarches avec les différentes institutions responsables de données : rédaction des demandes pour le choix des variables, implication de plusieurs acteurs pour suivre les procédures éthiques (*Data Protection Officers*, juristes, responsables des données), demande au Comité de sécurité de l'information (CSI) pour autoriser le couplage des données, couplage des données par un tiers de confiance, analyse externe de croisement des variables afin qu'aucune identification ne soit possible, rédaction des contrats avec les différents acteurs impliqués dans le processus de couplage.

Dans le cadre de projets de recherche, des couplages de base de données médico-administratives ont ainsi été réalisés en Belgique. Une étude a pu coupler des données du RHM et de la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS), organisation qui veille à un enregistrement et la circulation des données entre toutes les institutions de sécurité sociale en Belgique. Le RHM a permis d'obtenir les informations cliniques sur les patients hospitalisés (mortalité, admission soins intensifs, durée de séjour, comorbidités...) et la BCSS a permis d'y associer des informations sociales (revenus, nationalités, profession, densité de population, statut socioéconomique). Les données ont porté sur la population hospitalisée pour Covid-19 en 2020 et pour maladies respiratoires en 2019 sur toute la Belgique. Les résultats ont montré un gradient social de santé pour la Covid-19 qui reflète celui des maladies respiratoires prépondérantes, et ce gradient a été plus prononcé chez les groupes les plus défavorisés et s'est accentué entre les deux premières vagues de la Covid-19 (Bruyneel *et al.*, 2024). Ces données au niveau individuel, pour la première fois en Belgique, sont malheureusement arrivées tardivement (en 2023) étant donné la complexité du couplage. Un autre projet (HELICON⁶) a établi un couplage entre les données de surveillance (incidence, testing, décès) de Sciensano avec des données administratives (agence intermutualiste⁷, STATBEL), couvrant les caractéristiques sociales, l'utilisation des soins de santé, les coûts et les données de mortalité (De Pauw *et al.*, 2023). Les analyses sont, à ce jour, en cours.

En Suisse, la « cohorte nationale suisse » a été mise en place par les instituts de santé publics des universités de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich, et financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique. Il s'agit d'une cohorte de population visant à combiner des données issues de recensements de la population, avec des données démographiques (mortalité, fertilité et migration). Elle permet de mener

⁶ <https://www.brain-helicon.be/>

⁷ <https://ima-aim.be/>

des recherches en santé publique, y compris en lien avec des données longitudinales et environnementales⁸. Elle n'a cependant pas donné lieu à des analyses spécifiques dans le cadre de la pandémie de Covid-19 et elle reste de manière générale assez peu mobilisée. L'Office fédéral de la statistique offre un service d'appariement de données⁹ à des fins de recherche, mais il n'a pas été mobilisé pour des analyses liées à la pandémie de Covid-19, à notre connaissance.

En Suisse, la politique des données de santé a fait l'objet de réflexions récentes, qui soulignent les retards du pays dans la mise à disposition de données de santé à des fins de recherche (Martani *et al.*, 2021). Le système est particulièrement fragmenté et décentralisé au niveau des 26 cantons. Ainsi, les besoins en infrastructures de données sont mis en avant, mais les efforts dans ce sens se heurtent souvent aux réticences des responsables de la protection des données et des prestataires privés, comme les compagnies d'assurance maladie (Martani *et al.*, 2021 ; Zwahlen *et al.*, 2020). La difficile mise en place d'un dossier électronique du patient à la suite d'une loi adoptée en 2017 confirme l'ampleur des réticences de nombreux acteurs.

Au Québec, les données administratives québécoises (identifiées comme renseignements désignés) sont accessibles pour des fins de recherche via un processus mis en place par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Le chercheur propose un projet scientifique qui, dans plusieurs cas, fait l'objet d'une demande de financement de la part d'un organisme de recherche. Pour estimer les coûts associés à la préparation des données, il fait un devis en utilisant le simulateur de coûts de l'ISQ. Le chercheur fait une demande auprès des comités éthiques des institutions auxquelles lui et son équipe sont associés. Dans le cas d'institutions multiples, le projet est multicentrique, et doit être étudié par les comités des différentes institutions.

Le chercheur dépose son projet scientifique auprès de l'Institut de la statistique du Québec en le justifiant en fonction des critères usuels et selon un format prédéfini (<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/sad-aide-memoire-soumettre-demande.pdf>). Une fois le projet approuvé par l'ISQ, un contrat est signé entre l'ISQ et l'institution à laquelle appartient le chercheur principal. Chaque chercheur ayant un accès aux données est au préalable approuvé et assermenté pour chaque projet sur lequel il travaille. Lorsque des analyses statistiques sont réalisées, l'ISQ procède aussi à une « analyse de confidentialité » pour tous les résultats qui seront partagés ou qui serviront aux publications.

⁸ <https://www.swissnationalcohort.ch/>

⁹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/services/appariement-donnees/pour-compte-tiers.html>

Conclusion

La collection et le croisement des données de santé et sociales en routine doivent être un choix politique afin de pouvoir mesurer les inégalités sociales de santé et proposer des mesures permettant de les réduire. En effet, l'interdiction de la discrimination directe et indirecte engage les autorités à activement prendre des mesures compensatoires pour assurer l'égalité des chances.

La pandémie de Covid-19 a montré une fois de plus que la population n'est pas constituée d'une collection d'individus homogènes et égaux face aux crises sanitaires ou sociales. En effet, les ressources des catégories sociales, se traduisant notamment dans leurs lieux de vie et conditions de travail différenciés, ont exposé différemment les individus. La recherche interdisciplinaire est alors nécessaire pour comprendre la complexité des facteurs de risque et de protection face à une pandémie.

Les résultats d'analyses épidémiologiques peuvent en effet influencer les orientations de gestion d'une crise. Par exemple, les modèles projetant les décès associés à une épidémie permettent de gagner l'attention du public et d'obtenir des budgets (Rhodes *et al.*, 2020). Cependant, les indicateurs produisent une certaine image de la réalité, mettant en avant certains facteurs, mais en restant silencieux sur d'autres. Les expériences décrites dans ce chapitre montrent que dans le cadre de la pandémie de Covid-19, les indicateurs (ou les informations diffusées) ont trop souvent ignoré les dimensions sociales et économiques de la diffusion du virus. Par ailleurs, l'étude des conséquences de la gestion de la pandémie de Covid-19 nécessite aussi de pouvoir analyser les données administratives relatives à l'évolution des recours aux prestations sociales en raison de la crise sanitaire (voir chapitre Fakhoury *et al.* dans cet ouvrage).

En même temps, les données de santé suscitent aujourd'hui des intérêts économiques, comme décrit dans le contexte des pays scandinaves notamment (Snell *et al.*, 2023). En effet, des gouvernements associent désormais des opportunités économiques aux biobanques et aux données de population, à travers des partenariats avec des acteurs privés et à l'échelle internationale. Par ailleurs, comme cela a été amplement décrit dans le contexte de la France très réticente à la récolte de statistiques ethniques (Pfefferkorn *et al.*, 2019), les données peuvent aussi servir les intérêts de certains partis politiques souhaitant mobiliser des arguments contre les minorités ou les populations migrantes. Cela a été le cas en Suisse, autour d'un débat initié dans les médias et poursuivi au Parlement fédéral, sur la proportion des personnes de nationalité étrangère parmi les patients Covid-19 hospitalisés.

Dans les trois contextes étudiés dans ce chapitre, les données hospitalières et de surveillance ne comportent pas de données sociales collectées en routine. Aucun couplage systématique entre des données administratives des différentes institutions n'a été réalisé lors de la pandémie de Covid-19. Dans les pratiques actuelles, le couplage est un processus complexe, long et coûteux. Ce dernier aspect est particulièrement problématique au Québec. Au début de la pandémie, quelques études ont été réalisées par des chercheurs, sur des données agrégées et se focalisant sur la mortalité.

La pandémie de Covid-19 a mis en lumière les inégalités sociales de santé et l'importance cruciale de la gestion des données personnelles dans ce contexte. Beaucoup de questionnements ont été émis sur le stockage et l'utilisation des données personnelles

accumulées (testing, tracing, vaccination, certificat de vaccination, certificat de voyage). Les organisations doivent donc être transparentes sur la manière dont elles collectent, stockent et utilisent les données personnelles. Le partage de données entre organisations publiques doit être sécurisé, éthique, tout en respectant la confidentialité (anonymisation et pseudonymisation). Il faut aussi souligner l'importance de disposer de ressources et d'expertises pour la production de données de qualité, mais aussi pour leur analyse, notamment en simultané du développement d'une crise comme l'a été la pandémie de Covid-19.

L'Espace européen des données de santé, EHDS (*European Health Data Space*)¹⁰, est une initiative européenne créée en 2022 et visant à mieux utiliser les données de santé des citoyens à différents niveaux. Le cadre opérationnel de l'Agence des données de santé en Belgique est délibérément conçu pour être aligné sur l'EHDS et les futures initiatives, garantissant une conformité continue aux exigences juridiques européennes. Les enjeux des politiques de données dépassent donc l'échelle nationale et appellent à des arbitrages plus larges.

Tout en assurant la protection des données personnelles, l'accès aux données sensibles (origine ethnique, statut socioéconomique, données de santé...) est essentiel pour pouvoir mesurer les inégalités sociales de santé et la santé des populations en situation de vulnérabilité, et ainsi mettre en place des politiques publiques adaptées. Un équilibre doit être trouvé de manière telle à ce que la protection de la vie privée ne se fasse pas au détriment de la protection du bien-être. Dans ce cadre, la recherche multidisciplinaire doit également être encouragée afin de mettre en place des études impliquant des expertises complémentaires, nécessaires à la bonne gestion des crises.

¹⁰ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_fr

Bibliographie

- Balbo, N., Kashnitsky, I., Melegaro, A., Meslé, F., Mills, M. C., de Valk, H. A. G., & Vono de Vilhena, D. (2020). Demography and the Coronavirus Pandemic. *Population & Policy Compact* 25, Berlin : Max Planck Society/Population Europe.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 Pandemic and Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968.
- Bambra, C. (2022). Pandemic Inequalities: Emerging Infectious Diseases and Health Equity. *International Journal for Equity in Health*, 14;21(1): 6.
- Blair, A., Pan, S.Y., Subedi, R., Yang, F.-J., Aitken, N., & Steensma, C. (2022). Inégalités sociales des décès liés à la Covid-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier à juillet/août 2020: résultats de deux processus nationaux d'intégration de données. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 48(1), 30-42.
- Decoster, A., Minten, T., & Spinnewijn, J. (2020). The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium. *COVID Economics*, Issue 50, 74-100.
- Bruyneel, A., Dauvergne, J., Dauby, N., Goffard, J.-C., Rea, A., & Racapé, J. (2024). The Social Health Gradient in Patients Hospitalised for COVID-19 and Pre-pandemic Respiratory Infections. A Risk Factor Analysis of Clinical Outcomes: A Nationwide Case-control STUDY in Belgium. Soumis à *Frontiers in Public Health*.
- Côté, S.M., Collet, O., Haeck, C., Sauvée, W., & Larose, S. (accepté). La performance en lecture des élèves québécois de 4^e année du primaire : comparaison des notes avant et après les fermetures scolaires associées à la pandémie de Covid-19. *Revue canadienne d'éducation*.
- De Lusignan, S., Dorward, J., Correa, A., Jones, N., Akinyemi, O., Amirthalingam, G., Andrews, N., Byford, R., Dabrera, G., Elliot, A., Ellis, J., Ferreira, F., Lopez Bernal, J., Okusi, C., Ramsay, M., Sherlock, J., Smith, G., Williams, J., Howsam, G., Zambon, M., Joy, M., & Hobbs, F.D.R. (2020). Risk factors for SARS-CoV-2 among Patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre Primary Care Network: A Cross-sectional Study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(9), 1034-1042.
- De Pauw, R., Van den Borre, L., Baeyens, Y., Cavillot, L., Gadeyne, S., Ghattas, J., De Smedt, D., Jaminé, D., Khan, Y., Lusyne, P., Speybroeck, N., Racapé, J., Rea, A., Van Cauteren, D., Vandepitte, S., Vanthomme, K., & Devleeschauwer, B. (2023). Social Inequalities and Long-term Health Impact of COVID-19 in Belgium: Protocol of the HELICON Population Data Linkage. *BMJ Open*, 18;13(5), e069355.
- De Ridder, D., Sandoval, J., Vuilleumier, N., Azman, A. S., Stringhini, S., Kaiser, L., Joost, S., & Guessous, I. (2021). Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters. *Frontiers in Public Health*, 8, 626090.
- Gadeyne, S., Rodriguez-Loureiro, L., Surkyn, J., Van Hemelrijck, W., Nusselder, W., Lusyne, P., & Vanthomme, K. (2021). Are We Really All in This Together. The Social Patterning of Mortality during the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Belgium. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1-17.
- Khalatbari-Soltani, S., Cumming, R.G., Delpierre, C., & Kelly-Irving, M. (2020). Importance of Collecting Data on Socioeconomic Determinants from the Early Stage of the COVID-19 Outbreak Onwards. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(8):620-623.
- Marmot, M., & Allen, J. (2020). COVID-19: Exposing and Amplifying Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(9), 681-682.
- Martani, A., Geneviève, L. D., Egli, S. M., Erard, F., Wangmo, T., & Elger, B. S. (2021). Evolution or Revolution? Recommendations to Improve the Swiss Health Data Framework. *Frontiers in Public Health*, 9, 668386.
- Meurisse, M., Lajot, A., Devleeschauwer, B., Van Cauteren, D., Van Oyen, H., Van den Borre, L., & Brondeel, R. (2022). The Association between Area Deprivation and COVID-19 Incidence: A Municipality-level Spatio-temporal Study in Belgium, 2020-2021. *Archives in Public Health*, 2;80(1), 109. Erratum in : *Archives in Public Health*, 29;80(1), 128.
- Mongin, D., Cullati, S., Kelly-Irving, M., Rosselet, M., Regard, S., & Courvoisier, D. S. (2022). Neighbourhood Socio-economic Vulnerability and Access to COVID-19 Healthcare during the First Two Waves of the Pandemic in Geneva, Switzerland: A Gender Perspective. *eClinical Medicine*, 46, 101352.
- Niedzwiedz, C.L., O'Donnell, C.A., Jani, B.D., Demou, E., Ho, F.K., Celis-Morales, C., Nicholl, B.I., Mair, F.S., Welsh, P., Sattar, N., Pell, J.P., & Katikireddi, S.V. (2020).

- Ethnic and Socioeconomic Differences in SARS-CoV-2 Infection: Prospective Cohort Study using UK Biobank. *BMC Medecine*, 29;18(1), 160.
- Pelizza, A., Milan, S., & Lausberg, Y. (2021). Understanding Migrants in COVID-19 Counting: Rethinking the Data-(in)visibility Nexus. *Data & Policy*, 3, e18.
- Pfefferkorn, R. (2019). Retour sur la controverse française autour des « statistiques ethniques ». *Raison présente*, 211(3), 5-15.
- Plümecke, T., Mikosch, H., Mohrenberg, S., Supik, L., Razum, O., Bartram, I., Ellebrecht, N., Schnieder, L., Schönberger, H., Schulze-Marmeling, C., Zur Nieden, A., & Gutzeit, A. (2022). Unterschiedliche Sterblichkeit von Menschen mit und ohne Schweizer Pass während der COVID-19-Pandemie. *Social Epidemiology Discussion Papers (SEDiP)*, n° 4/2022.
- Racapé, J., Dauby, N., Goffard, J.C., Abdellaoui, K., Radulescu, C., Coppieeters, Y., & Rea, A. (2023). Distinct Socioeconomic Profile of Patients Hospitalised with Severe COVID-19 and Prepandemic Respiratory Infections in Brussels's Deprived Areas: A Case-control Study. *BMJ Open*, 21;13(7), e072914.
- Rea, A., Racapé, J., & Fortunier, C. (2022). Les inégalités sociales et de santé du Covid-19. *Revue médicale de Bruxelles*, 43, 439-444.
- Rhodes, T., Lancaster, K., Lees, S., & Parker, M. (2020). Modelling the Pandemic: Attuning Models to Their Contexts. *BMJ Global Health*, 5(6), e002914.
- Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N., & Egger, M. (2021). Socioeconomic Position and the COVID-19 Care Cascade from Testing to Mortality in Switzerland: A Population-based Analysis. *The Lancet Public Health*, 6(9), e683-e691.
- Singer, M., & Rylko-Bauer, B. (2021). The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. *Open Anthropological Research*, 1(1), 7-32.
- Snell, K., Tarkkala, H., & Tupasela, A. (2023). A Solidarity Paradox – Welfare State Data in Global Health Data Economy. *Health*, 27(5), 664-680.
- Speierer, A., Chocano-Bedoya, P. O., Anker, D., Schmid, A., Keidel, D., Vermes, T., Imboden, M., Levati, S., Franscella, G., Corna, L., Amati, R., Harju, E., Luedi, C., Michel, G., Veys-Takeuchi, C., Zuppinger, C., Nusslé, S. G., D'Acremont, V., Tall, I., Salberg, E., Baysson, H., Lorthé, E., Pennacchio, F. Frei, A., Kaufmann, M., Geigges, M. West, E. A. Schwab, N. Cullati, S., Chiolerio, A., Kahlert, C., Stringhini, S., Vollrath, F., Probst-Hensch, N., Rodondi, N., Puhani, M. A. & Von Wyl, V. (2022). The Corona Immunitas Digital Follow-Up eCohort to Monitor Impacts of the SARS-CoV-2 Pandemic in Switzerland: Study Protocol and First Results. *International Journal of Public Health*, 67, 1604506.
- Stringhini, S., Zaballa, M.-E., Pullen, N., De Mestral, C., Perez-Saez, J., Dumont, R., Picazio, A., Pennacchio, F., Dibner, Y., Yerly, S., Baysson, H., Vuilleumier, N., Balavoine, J.-F., Bachmann, D., Trono, D., Pittet, D., Chappuis, F., Kherad, O., Kaiser, L., Azman, A.S.; SEROCov-WORK + Study Group; Guessous, I. (2021). Large Variation in Anti-SARS-CoV-2 Antibody Prevalence among Essential Workers in Geneva, Switzerland. *Nature Communications*, 12(1), 3455.
- Tessier, S., Dionne, F., Breton, M.E., & Mercure, S.A. (2022). Regard sur la pandémie de Covid-19 à Montréal : pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://ccsmtlpro.ca/sites/mtlpro/files/media/document/DRSP_Rapports_DRSP_20221123.pdf
- Tupasela, A., Snell, K., & Tarkkala, H. (2020). The Nordic Data Imaginary. *Big Data & Society*, 7(1), 205395172090710.
- Vanthomme, K., Gadeyne, S., Lusyne, P., & Vandenneede, H. (2021). A Population-based Study on Mortality among Belgian Immigrants during the First COVID-19 Wave in Belgium. Can Demographic and Socioeconomic Indicators Explain Differential Mortality?. *SSM Population Health*, 14, 100797.
- Wadhwa, R.K., Wadhwa, P., Gaba, P., Figueroa, J.F., Joynt Maddox, K.E., Yeh, R.W., & Shen, C. (2020). Variation in COVID-19 Hospitalizations and Deaths across New York City Boroughs. *JAMA*, 2;323(21), 2192-2195.
- Warszawski, J., Bajos, N. Meyer, L., de Lamballerie, X., Seng, R., Beaumont, A., Slama, R., Rahib, D., Lydié, N., Hisbergues, M., Legendre, B., Barlet, M., Rey, S., Raynaud, P., Leduc, A., Costemalle, V., Beck, F., Legleye, S., Castell, L., Favre-Martinoz, C., Palioud, N., & Sillard, P. (2020). En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. *DREES – INSERM, Études et résultats*, n° 1167.
- Zheng, Z., Peng, F., Xu, B., Zhao, J., Liu, H., Peng, J., Li, Q., Jiang, C., Zhou, Y., Liu, S., Ye, C., Zhang, P., Xing, Y., Guo, H., & Tang, W. (2020). Risk Factors of Critical & Mortal COVID-19 Cases: A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *The Journal of Infection*, 81(2), e16-e25.

Personalia

Céline Bellot, professeure de criminologie, École de travail social, Université de Montréal; directrice de l'Observatoire des profilages et vice-doyenne associée, EDI-RPP.

Matthieu Billuart, analyste de données, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles.

Koen Blot, médecin, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles.

Claudine Burton-Jeangros, professeure de sociologie, Institut de recherches sociologiques, Université de Genève.

Lucy Catteau, chercheure en pharmacologie, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles.

Lisa Cavillot, chercheure en épidémiologie et en santé publique, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles; Institut de recherche santé et société, UCLouvain.

Ophélie Collet, étudiante au doctorat, Université de Montréal.

Liala Consoli, chercheure en sociologie, Institut de recherches sociologiques, Université de Genève.

Sylvana Côté, professeure de psychologie, École de santé publique, Université de Montréal; chercheure au CHU Sainte-Justine.

Robby De Pauw, chercheur en sciences de la santé, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles; Département des sciences de la réadaptation, Université de Gand.

Brecht Devleesschauwer, chercheur en épidémiologie, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles; Département de physiologie translationnelle, d'infectiologie et de santé publique, Université de Gand.

Aline Duvoisin, chercheure en sciences de la société, Observatoire des précarités, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL|HES-SO).

Julien Fakhoury, chercheur en sociologie, Observatoire des précarités, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL|HES-SO).

Véronique Fortin, professeure de criminologie et vice-doyenne à l'apprentissage expérientiel et aux relations avec la collectivité, Faculté de droit, Université de Sherbrooke.

Camille Fortunier, doctorante au Group of research on Ethnic Relations, Migration and Equality (GERME), Faculté de philosophie et de sciences sociales, Université libre de Bruxelles.

Naël Froehlich, chercheur en sociologie, Observatoire des précarités, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL|HES-SO).

Jinane Ghattas, chercheure en santé publique, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles; Institut de recherche santé et société, UCLouvain.

Christine Guillain, professeure de droit pénal; responsable du GREPEC (Groupe de recherche en matière pénale et criminelle), UCLouvain Saint-Louis Bruxelles.

Pierre Hubin, chercheur en épidémiologie, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles.

Yves Jackson, professeur de médecine, Université de Genève; médecin, Hôpitaux universitaires.

Maëlle Meigniez, chercheure en sciences sociales, Observatoire des précarités, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL|HES-SO).

Rianna Pain-Andrejin, assistante de recherche en psychologie et sociologie, CHU Sainte-Justine, Montréal.

Jean-Christophe Goulet-Pelletier, étudiant au post-doctorat, Université de Montréal.

Bertrand Perron, directeur de la Direction principale des statistiques sociales et de santé (DPSSS), Institut de la statistique du Québec.

Nicolas Pons-Vignon, professeur de transformations du travail et innovations sociales, Centro competenze lavoro, welfare e società, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Manno.

Judith Racapé, chercheure en épidémiologie et en santé publique, École de santé publique et Faculté de médecine, Université libre de Bruxelles.

Marie-France Raynault, professeure émérite, Département de médecine sociale et préventive médecin en santé publique, Université de Montréal et Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Andrea Rea, professeur de sociologie, Faculté de philosophie et de sciences sociales, membre du Group of research on Ethnic Relations, Migration and Equality (GERME), Université libre de Bruxelles.

Jan-Erik Refle, chercheur en science politique, Centre suisse de compétences en recherche sur le parcours de vie et les vulnérabilités, Université de Genève.

Émilie Rosenstein, professeure de sociologie, Observatoire des précarités, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL|HES-SO).

Niko Speybroeck, professeur de santé publique, Institut de recherche santé et société, UCLouvain.

Veerle Stouten, chercheure en épidémiologie, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles.

Matthias Studer, professeur de socioéconomie, Institut de démographie et socio-économie, Université de Genève.

Marie-Ève Sylvestre, professeure de droit, doyenne de la Faculté de droit civil, Université d'Ottawa.

Diletta Tatti, assistante et chercheuse en droit pénal, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles et membre du Groupe de recherche en matière pénale et criminelle (GREPEC).

Ofélie Trudeau, biostatisticienne; CHU Sainte-Justine, Montréal.

Laura Van den Borre, chercheure en sociologie et en santé publique, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles; Département de sociologie, Vrije Universiteit Brussel, Bruxelles.

Joris A. F. van Loenhout, chercheur en sciences biologiques, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles.

Herman Van Oyen, chercheur en épidémiologie et en santé publique, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles; Département de santé publique et soins primaires, Université de Gand.

Chloé Wyndham-Thomas, chercheure en sciences médicales, Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles.

Table des matières

Préface	7
Introduction	9
Les inégalités sociales de santé	11
Perspectives comparées des inégalités sociales de santé à Bruxelles, Genève et Montréal	12
Chapitre I	
Les politiques de lutte contre la Covid-19 et leurs effets sur les conditions sociales et de santé des populations précarisées	17
Contexte social et sanitaire lors de la crise de la Covid-19	18
Belgique/Bruxelles	18
Suisse/Genève	18
Canada/Montréal	20
Gouvernance et mesures sanitaires	24
Belgique/Bruxelles	24
Suisse/Genève	26
Canada/Montréal	30
Mesures sociales et économiques à l'intention des publics précarisés	32
Belgique/Bruxelles	32
Suisse/Genève	34
Canada/Montréal	36
Conséquences des mesures sanitaires, sociales et économiques sur les publics précarisés	37
Belgique/Bruxelles	37
Suisse/Genève	40
Canada/Montréal	42
Analyse comparée	44
Les gouvernances de la gestion publique de la crise sanitaire	44
Les instruments de la lutte contre la précarité et l'effondrement économique	48
Effets des mesures sur les populations les plus précarisées	49

Chapitre II

Politiques sociales et inégalités face à la pandémie 55**Les politiques sociales en temps de pandémie et leur rapport paradoxal aux inégalités 57**

La pandémie comme tournant dans l'élaboration des politiques sociales? 57

L'hypothèse d'une double dualisation 58

Les politiques sociales suisses et les inégalités : une longue histoire réactualisée par la pandémie 59

La protection sociale suisse : un système hybride et fragmenté 59

Réactivité et dynamiques inégalitaires face à la Covid-19 60

Trajectoires de bénéficiaires de prestations sociales : une approche longitudinale 63

Méthodes et données 63

Une comparaison entre deux cohortes sur deux cantons romands 65

Conclusion 68

Chapitre III

La couverture vaccinale contre la Covid-19 en Belgique 73**Méthode 74**

Design d'étude et sources de données 74

Définition de la population d'étude 75

Variable dépendante 75

Variables explicatives 75

Analyses statistiques 76

Résultats 76

Analyses descriptives 76

Variables sociodémographiques et socioéconomiques associées à l'administration de la première dose de vaccin Covid-19 78

Discussion 81

Chapitre IV

L'impact des mesures préventives de la Covid-19 sur le développement des enfants 85**Contexte entourant la pandémie de Covid-19 au Québec** 86**Le projet Résilience du Québec** 87

Participants du projet Résilience 88

Répercussions des perturbations pandémiques sur le fonctionnement des parents et des enfants 88

Fonctionnement des parents 88

Fonctionnement des enfants 91

Performance scolaire post-pandémique (2022, 5^e année, 10-11 ans) 91Santé mentale des enfants post-pandémique (2022, 5^e année, 10-11 ans) 92**Répercussions des perturbations pandémiques et trajectoire développementale des enfants** 94**Apprentissages au cours de la période pandémique** 94**Recours au tutorat pendant la période pandémique** 95**Discussion** 98

Chapitre V

La judiciarisation de la pandémie de Covid-19 au Québec 101**Urgence sanitaire et frénésie pénale** 102**La démarche méthodologique** 103**Le portrait général de la judiciarisation de la pandémie** 104

La distribution dans le temps des constats d'infraction signifiés 104

La distribution géographique de la judiciarisation de la pandémie par région administrative 104

Les motifs de la judiciarisation 108

Les caractéristiques des personnes judiciarisées 110

Les conséquences de la judiciarisation pour les personnes et le système judiciaire 113

Le coût financier pour les personnes judiciarisées 113

Les risques d'engorgement du système judiciaire 114

Conclusion 115

Chapitre VI

**La gestion des infractions Covid-19
par les autorités belges** 121**Architecture répressive des infractions Covid-19** 122Des arrêtés ministériels en pagaille qui privilégient le recours aux
sanctions pénales 123

Le recours aux SAC à Bruxelles durant le premier confinement 124

**Accès différencié à l'espace public pendant le premier confinement :
la parenthèse des SAC** 126

Un accès différencié à l'espace public à l'échelle de la Région bruxelloise 127

Illustration à l'échelle de Saint-Gilles et Forest 128

**La politique de recherche et de poursuite en matière d'infractions
Covid-19** 132

La répression des infractions Covid-19: un traitement différencié 133

Le classement sans suite des infractions Covid-19: quand le principe
d'opportunité des poursuites est mis à néant 133

La transaction pénale: vers une contractualisation de la justice pénale? 135

Conclusion 137

Chapitre VII

**Pandémie de Covid-19 et travailleurs sans-papiers
à Genève** 141**Mise en contexte: les travailleurs sans-papiers face à la pandémie
de Covid-19** 142**Le canton de Genève et l'Opération Papyrus** 144**L'étude Parchemins** 146**Résultats** 148

Les effets de la pandémie lors des premiers mois de la crise sanitaire 148

Les conséquences plus durables de la pandémie de Covid-19 152

Conclusion 156

Chapitre VIII

**Les personnes étrangères sans titre de séjour
et la Covid-19 en Région bruxelloise** 159

Les personnes étrangères sans titre de séjour en Belgique 160

Visibiliser les invisibilisé-es par la recherche 162

Le tournant Covid-19 : immobilisation et irrégularisation 164

Les exclu-es de l'intérieur au temps de l'immobilisation et de la refrontiérisation 164

Fabrique de l'irrégularité en temps de Covid-19 165

Précarisation des conditions d'existence 166

Perte de revenus et absence de filet de sécurité sociale 167

Non-recours aux droits 168

Fabrique du sans-abrisme 168

Vulnérabilisations en matière de santé 171

Prise en charge médicale 171

Une prévention à géométrie variable 173

Accès ambivalent à la couverture médicale 174

La rue et la santé mentale 175

**La mobilisation des personnes sans-papiers et le déni politique
de leurs voix** 177**Conclusion** 179

Chapitre IX

Covid-19 et politique des données 183**Ce que la crise sanitaire de la Covid-19 a révélé sur la difficulté
à croiser les données sociales et de santé** 184**Enjeux entourant le croisement des données sociales et de santé** 187**Quel accès aux données dans les trois pays ?** 191**Conclusion** 193**Personalia** 197



Éditions de l'Université de Bruxelles

Fondées en 1972, les Éditions de l'Université de Bruxelles sont un département de l'Université libre de Bruxelles (Belgique). Elles publient des ouvrages de recherche et des manuels universitaires d'auteurs issus de l'Union européenne.

Principales collections

- **Architecture, urbanisme, paysagisme** (Judith le Maire)
- **BSI series** (Bussels Studies Institute)
- **Commentaire J. Mégret** (Comité de rédaction : Marianne Dony (directrice), Emmanuelle Bribosia, Claude Blumann, Jacques Bourgeois, Jean-Paul Jacqué, Mehdi Mezaguer, Arnaud Van Waeyenbergh, Anne Weyembergh)
- **Débats** (Andrea Rea)
- **Droit et criminologie** (Faculté de droit et de criminologie - ULB)
- **Études européennes** (Marianne Dony et François Foret)
- **Genre(s) & Sexualité(s)** (David Paternotte et Cécile Vanderpelen-Diagre)
- **Histoire** (Kenneth Bertrams, Aude Busine, Pieter Lagrou et Nicolas Schroeder)
- **Journalisme et communication** (ReSIC-ULB)
- **Littérature(s)** (Valérie André)
- **Maison des sciences humaines** (Jihane Sfeir)
- **Metaphrasis** (Xavier Luffin)
- **Philosophie politique : généalogies et actualités** (Thomas Berns)
- **Religions, laïcités et sociétés** (Jean-Philippe Schreiber)
- **Science politique** (Pascal Delwit)
- **Sociologie et anthropologie** (Joël Noret et Andrea Rea)
- **Territoires, environnement, sociétés** (Jean-Michel Decroly, Christian Vandermotten)
- **UBlire** (Serge Jaumain)

Séries thématiques

- **Problèmes d'histoire des religions** (Guillaume Dye)
- **Études sur le XVIII^e siècle** (Valérie André et Christophe Loir)
- **Sextant** (Amandine Lauro et Cécile Vanderpelen-Diagre)

Les ouvrages des Éditions de l'Université de Bruxelles sont soumis à une procédure de *referees* nationaux et internationaux.

Éditions de l'Université de Bruxelles

Avenue Paul Héger 26
CPI 163, 1000 Bruxelles

editions@ulb.be

www.editions-ulb.be