

Confinement, Covid 19 et racisme : Quand les réflexes coloniaux se couplent aux inégalités sociales et sanitaires

Rédigé le 2 juin 2020 par : Anne-Claire Orban



Une infirmière aux soins intensifs de Saint-Pierre à Bruxelles : « le profil des patients covid ? Plutôt des gens de la cinquantaine ou soixantaine, obèses, hyper-tendus ou diabétiques et avec des déficiences cardio-vasculaires. Et puis, surtout des Arabes et des Africains... ça doit être dû au fait qu'ils vivent plus en communauté et se partagent plus vite le virus... ».

Le facteur culturel est bien (trop) souvent avancé pour expliquer des disparités sociales et ici, sanitaires. Si ce dernier peut jouer dans certains cas, il s'agit surtout de questionner les inégalités sociales et économiques qui engendrent des inégalités sanitaires.

Pourquoi « surtout des Arabes et des Africains » aux soins intensifs de l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles ? Différentes analyses portant sur la Seine-Saint-Denis, en île de France, apportent des pistes de réflexion pour comprendre pourquoi la population de quartiers précarisés subit particulièrement les effets de la pandémie mondiale. Une occasion de revenir sur une multitude de privilèges accordés à la population blanche.

La densité des quartiers

La région de la Seine-Saint-Denis est l'une des régions les plus denses de France. Il en est de même pour la région nommée « croissant pauvre » à Bruxelles, reprenant l'ensemble des quartiers les plus précarisés, où une importante partie de la population précarisée racisée séjourne[1]. Ces quartiers sont également les zones les plus densément peuplées de la région bruxelloise[2].

A l'instar du million de Franciliens qui aurait quitté l'agglomération pour se rendre dans leur résidence secondaire (Larseneur 2020)[3], les bruxellois.es plus aisé.e.s ont certainement quitté la ville pour se rendre en province, dans une maison de campagne ou chez un parent. Ce surpeuplement de certaines régions bruxelloises, mettant à mal le respect d'une distanciation sociale efficace, favorise grandement la propagation du virus parmi leurs habitant.e.s.

Surpeuplement public d'une part, et surpeuplement domestique de l'autre. En effet, la région du « croissant pauvre » à Bruxelles se caractérise, en plus d'un degré de salubrité moindre, par la taille très restreinte de ses logements. Les familles se retrouvent confinées dans des espaces étroits. Des conditions de vie difficiles qui poussent les uns et les autres à sortir prendre l'air dans, faute de jardin à fleurs, la rue surpeuplée. Cette même rue, seul accès à l'extérieur, seul accès à l'air frais, qui devient depuis quelques semaines, le théâtre mortifère de violences policières. Comme le rappelle Murielle Sacco dans une carte blanche d'avril 2020, « la continuité des formes de contrôle dans des lieux où la densité rend les

conditions de vie déjà difficiles questionne l'opportunité et la proportionnalité de la réaction. Elle alimente en tout cas le procès en discrimination et en racisme des forces de l'ordre » [4].

La politique d'ouverture de certains magasins de bricolage, favorisant grandement les personnes en télé-travail, bénéficiant d'un espace vert privatif, ne fait que renforcer l'inégalité sanitaire face à ce virus en oubliant le quotidien des personnes particulièrement précarisées, et notamment racisées, peuplant les régions les plus denses de la ville.

L'influence du type d'emploi

Le marché de l'emploi belge se divise en deux grandes catégories : la première offrant des emplois valorisés, aux conditions de travail correctes, et la seconde offrant des emplois peu valorisés, aux conditions de travail plus précaires. Dans cette seconde catégorie, on retrouve notamment les secteurs des soins à la personne, du nettoyage industriel, de la construction, des transports. Tant de secteurs qui restent actifs durant cette période de confinement : aides-soignant.e.s, techniciens.nes de surface, ouvriers.ères communaux.ales, éboueurs.euses, chauffeurs.euses de bus, conducteurs.trices de métro, caissiers.ères de grande surface... Et tant de secteurs qui emploient une grande partie d'employé.e.s racisé.e.s.

Si les salariés s'inscrivant dans le secteur des services (secteur tertiaire) peuvent plus ou moins aisément continuer sur ordinateur en télé-travail et respecter la distanciation sociale demandée, les emplois plus précarisés, demandant un travail sur le terrain pour garantir le fonctionnement minimum de la vie en société, n'offrent pas cette possibilité. En France, on estime à 10% la proportion de cadres supérieurs à travailler hors de chez eux ou elles pour 35% des ouvriers (Larseneur 2020). Des ouvriers et ouvrières, qui plus est, se voient bénéficier de peu de mesures de protection sur leur lieu de travail, comme si leur vie « valait moins » (Piolat et Vleminck 2020) [5]. Les personnes racisé.e.s, principalement des femmes dans les secteurs des soins de santé ou des hommes dans les secteurs des transports et de la construction, sont confronté.e.s alors davantage au virus pour assurer le confort de ceux et celles qui peuvent rester confiné.e.s.

Ajoutons à cela que si certain.e.s peuvent se contenter des revenus liés au chômage

économique, d'autres ne peuvent se permettre une telle liberté. Un jeune belgo-syrien bruxellois l'affirme : « moi, j'ai besoin de plus d'argent que le chômage. Alors quand le boss m'a proposé de continuer à travailler, en faisant des livraisons, j'ai accepté ! ça m'arrangeait bien ! ». Difficile à mesurer l'étendue du travail au noir dans une ville comme Bruxelles, mais il ne serait pas suprenant qu'il soit encore monnaie courante dans les secteurs de l'horeca, de la construction, ou des transports afin d'assurer les chantiers, les livraisons, etc. et respecter le timing désiré par les confinés.e.s. Une situation qui évidemment pose la question de la protection offerte par les employeurs.euses à ces travailleurs.euses.

L'état de santé initial

Arrivent aux soins intensifs, des personnes souffrant d'obésité, de diabète, d'hypertension. Des pathologies chroniques, plus ou moins liées aux conditions de vie des individus. Il est attesté qu'une situation de précarité entraîne plus de risques sanitaires pour les individus, comme le rappelle Mathias Wargon, médecin urgentiste français, faisant d'eux et d'elles des proies faciles pour le virus actuel [6]. Le « croissant pauvre » bruxellois, rassemblant la population plus précarisée de la ville, rassemble aussi une population à l'état de santé moins bon, et a priori plus à risque.

A côté de cela, les craintes et réticences de certaines personnes racisées face aux institutions de soins de santé (discriminations à l'accueil, manque de compréhension de la « charge raciale » de la part du personnel soignant, manque de compréhension des valeurs culturelles, stéréotypes et préjugés des soignants, etc.) [7] ne poussent pas ces dernières à se rendre dans les institutions de soins, ou à s'y rendre (trop) tardivement. Baptiste Larseneur souligne que la région de la Seine-Saint Denis voit un bon nombre de cas de covid 19 traités au sein même des familles, entraînant souvent le décès de la personne infectée. Il n'existe pas encore de chiffre pour la région bruxelloise mais un phénomène semblable pourrait y être constaté, questionnant encore l'inefficacité des structures de soins de santé face aux populations racisées.

Dernièrement, alerté par le constat d'une surreprésentation de patients d'origine

subsaharienne à l'hôpital de la Citadelle de Liège, le bourgmestre de Liège a « rappelé les messages de prévention » à une douzaine de représentants de communautés afro-descendantes de la ville. Si le ton paternaliste de ce communiqué reflète encore l'infantilisation que subit la population afro-descendante en Belgique, il fait également peser le poids de la contamination sur les épaules des individus, comme si tous et toutes étaient égaux.ales face aux mesures de prévention, chacun.e « responsable de sa propre santé et de son propre confinement » (Piolat et Vlemincks 2020). Et comme si le facteur culturel participait plus que d'autres à la propagation du virus.

Willy Demeyer y rappelait « Cette maladie concerne tout le monde, chacun peut la transmettre, chacun peut en mourir »^[8], vraiment ? Il semble au contraire que le type d'emploi, l'état de santé, la densité des quartiers, bref, la précarité d'une partie de la population rend cette dernière particulièrement vulnérable. A l'inverse, l'aisance économique cumulée aux privilèges raciaux permet à toute une autre partie d'être épargnée, et sans plus d'efforts de lavage de main ou de distanciation sociale. C'est bien la vulnérabilité d'une part et les privilèges de l'autre qui expliquent en grande partie les statistiques raciales fournies par les hôpitaux. Ces dernières ne font que refléter les différentes hiérarchies, notamment raciales et classiales, qui divisent encore la population belge.

[1] Corinne Torrekens, [“Concentration des populations musulmanes et structuration de l'associatif musulman à Bruxelles”](#), dans Brussels Studies, Collection générale, n°4, 2007

[2] Gilles Van Hamme, Taïs Grippa et Mathieu Van Criekingen, [“Mouvements migratoires et dynamiques des quartiers à Bruxelles”](#), dans Brussels Studies, Collection Générale, n°97, 2016

[3] [Baptiste Larseneur, « Seine-Saint-Denis : le Covid-19 exalte les inégalités »](#)

[4] [Muriel Sacco Carte blanche: «A Anderlecht, il est temps de passer d'une culture du contrôle à une culture du dialogue»](#)

[5] [Jérémy Piolat et Justine Vleminckx, « Politique et culture du tri en contexte pandémique](#)

»

[6] [« Pourquoi la Seine-Saint-Denis subit une surmortalité liée au Covid-19 »](#)

[7] [Voir notamment l'analyse « Racisme et santé : quels liens ? quel impact ? » de Betel Mabile :](#)

[8]

<https://www.todayinliege.be/une-lettre-du-bourgmestre-aux-responsables-de-la-commun-aute-africaine-fait-des-remous-sur-la-toile/>



Avec le soutien de la
Fédération Wallonie-Bruxelles

Ed resp : Timur Uluç
Chaussée Saint-Pierre, 208
B-1040 Bruxelles
Tél : 02/896 95 00
info@bepax.org
www.bepax.org
IBAN : BE28 7995 5017 6120