CHRONIQUES D'UN CONFINEMENT DANS LES QUARTIERS POPULAIRES

Centre de Ressources POLITIQUE DE LA VILLE en Essonne, Val-de-Marne, Seine-et-Marne
PROFESSION BANLIEUE
Pôle Ressources Ville et développement social
PAR LES CENTRES DE RESSOURCES FRANCILIENS DE LA POLITIQUE DE LA VILLE
MARS 2021

LA SANTÉ, AU-DELÀ DU VIRUS

Les enjeux sanitaires d'un confinement

L'IDÉE...

Dès le début du premier confinement, les CRPV ont suivi avec attention ce qui se passait dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville en Île-de-France.

Une veille s'est structurée autour de groupes de travail dédiés à quatre thématiques : l'habitat, la santé, l'éducation et le travail. Il s'agissait de recenser et d'analyser ce que rapportaient les médias et les prises de parole publiques et politiques, mais aussi – et surtout – les remontées depuis le terrain par les professionnel.le.s.

Cette somme d'informations et de témoignages permet de porter un regard sur le vécu et les besoins des habitant.e.s des quartiers, ainsi que sur les réponses apportées et les formes d'intervention face aux différentes urgences.

Le partage des principaux constats a, par ailleurs, vocation à alimenter les réflexions et l'action dans la perspective du renouvellement de la politique de la ville, en 2022 : dans quelle mesure cette politique – son organisation, ses compétences, ses réseaux, ses modes d'action, ses dispositifs – a-t-elle contribué à amortir le choc ? Quelles difficultés propres à ces territoires la crise sanitaire a-t-elle mises en lumière ? En quoi les acteur.trice.s et les actions de proximité revêtent-ils une importance particulière dans ces quartiers ?

En ce début 2021, la diffusion de quatre lettres d'information thématiques aura donc vocation à nourrir les débats à venir de la façon la plus concrète et constructive possible. S'en suivra une rencontre francilienne pour échanger sur les enjeux de la politique de la ville en Île-de-France.

ÉVIDEMMENT VULNÉRABLES

Le confinement a jeté une lumière crue sur les inégalités sociales et territoriales de santé : les habitant.e.s des quartiers populaires sont plus fragiles que les autres.

L'épidémie de Covid-19 a creusé et révélé nombre d'inégalités sociales et économiques auxquelles doivent faire face les habitant.e.s des quartiers populaires.

Car aujourd'hui, le constat est sans appel : les personnes en situation de pauvreté meurent plus de la Covid-19 que les autres, et le virus se propage davantage parmi les populations qui vivent dans des conditions matérielles difficiles.

En Île-de-France, où les inégalités sociales sont très marquées entre des territoires particulièrement riches et d'autres concentrant les situations de pauvreté, ces derniers sont caractérisés par :

- des **co-morbidités** plus fréquentes – obésité, diabète, hypertension…– liées aux conditions de vie et aux niveaux de revenus.
- une **distanciation sociale** rendue plus difficile par la taille restreinte des logements (en moyenne 18,5 % des logements sont suroccupés dans les quartiers prioritaires de l'Essonne [13,5 %], du Val d'Oise [17,6 %] et de Seine-Saint-Denis [30,9 %]), l'insalubrité, le surpeuplement, ou encore la cohabitation de plusieurs générations,
- une obligation plus marquée qu'ailleurs de **poursuivre le travail**, et souvent en exerçant des emplois précaires et non télétravaillables (d'où une surexposition aux chaînes de contagion via les actifs, qui peuvent rapporter le virus dans la cellule familiale),
- des **ruptures dans l'accès aux droits et dans les parcours de soins**, auxquelles s'ajoute une augmentation du non recours aux droits et du renoncement aux soins,
- **un accès parfois difficile aux messages de prévention** (rapport aux institutions, aux médias, à la langue…).

Mais au-delà des impacts directs de la crise sanitaire et de sa gestion, les habitant.e.s des quartiers prioritaires ont été confronté.e.s à **de nombreuses difficultés qui sont autant de déterminants défavorables à leur état général de santé.**

LA RÉVÉLATION DE LA QUESTION ALIMENTAIRE

Durant le confinement, et pour de multiples raisons, des familles ont été, pour la première fois, confrontées à la faim.

Chômage partiel, uber-économie, effondrement de l'intérim et des emplois non déclarés : des personnes déjà vulnérables, sinon précaires, ont subi de brutales baisses de revenus. À cela se sont ajoutées, durant le confinement, la fermeture des marchés alimentaires et celle des cantines scolaires. Une forme de double peine pour celles et ceux qui, n'ayant pas accès à une alimentation de qualité à prix abordables, n'ont pas eu d'autres choix que de se rabattre sur des produits bradés de mauvaise qualité, ou de se tourner vers l'aide alimentaire.

Les personnes les plus touchées ont été les mères seules sans travail, les chômeurs en fin de droit, les retraités aux pensions modestes, les étudiant.e.s et jeunes de moins de 25 ans sans RSA, et plus généralement les personnes isolées sans aide financière de leurs familles. Y compris des salarié.e.s en chômage partiel, dont les ressources n'ont plus suffi pour subvenir à leurs besoins.

La demande d'aide alimentaire a augmenté de 20 à 30 % dès le début de la crise sanitaire. Même si l'on a vu se développer le portage et la livraison de courses, même si des solidarités de voisinage se sont mises en place naturellement, même si les épiceries sociales ont été ouvertes sur une plus longue durée, le défi était de taille pour les CCAS, les associations d'aide alimentaire des quartiers en politique de la ville et les grandes associations caritatives (Secours Populaire, Croix Rouge, Secours Catholique...). « Nous avons dû accompagner des familles qui peinaient à accéder, malgré l'urgence de leur situation, à des épiceries sociales, » témoigne une coordonnatrice de Programme de réussite éducative de l'Essonne.

De nouveaux partenariats ont vu le jour. C'est ainsi qu'à la cité Floréal du Blanc-Mesnil, le bailleur Emmaüs-Habitat s'est allié avec les Restos du Cœur et deux associations de quartier pour distribuer des colis alimentaires à une soixantaine de familles. Ou encore que sur l'agglomération Grand Paris Sud, un club de prévention spécialisée (Oser) a travaillé avec un agriculteur de Seine-et-Marne : des jeunes de différents quartiers ont récolté des légumes, afin que ceux-ci soient ensuite répartis entre les familles qui en avaient le plus besoin.

LA SANTÉ MENTALE MISE À RUDE ÉPREUVE

Précarité, isolement, incertitude, stigmatisation... Depuis mars 2020, beaucoup d'habitant.e.s des quartiers populaires affrontent de sérieuses difficultés psychologiques.

Le confinement a percuté tous les parcours de soins, notamment ceux relatifs à la santé mentale. Ceux-ci étaient assumés par des organismes publics (centres médicaux psycho-pédagogiques, hôpitaux de jour, services d'accompagnement à la vie sociale...) qui ont fermé leurs portes dès le 17 mars, tout comme les centres sociaux, maisons de quartiers et autres espaces de vie sociale. Du jour au lendemain, et malgré la mobilisation via Internet et les réseaux sociaux, nombre d'habitant.e.s ont vu disparaître beaucoup de repères et d'éléments jouant un rôle important dans la régulation des rapports sociaux, et donc dans le maintien d'équilibres psychiques parfois fragiles.

De plus, alors que la communauté familiale était souvent réduite à celle du "ménage", l'impossibilité de maintenir ou de partager nombre de rites essentiels (mariages annulés, impossibilité de présenter les nouveaux nés à la famille, interdiction de se réunir lors des enterrements...) est venue puiser encore dans les ressources psychiques des habitant.e.s. Sans compter que le lieu de l'intime, le « chez soi », a pu se transformer en « enfer du quotidien », exacerbant les conflits et contribuant à précipiter certains individus dans un état dépressif, ce qui a pu, parfois, se traduire par des troubles du sommeil, une plus forte consommation d'alcool et de stupéfiants, une augmentation des violences (notamment intrafamiliales) et une hausse des tentatives de suicide.

Entre les écoles puis les universités fermées, l'absence de cantine, la difficulté d'accéder à Internet ou encore l'impossibilité de travailler au calme, les jeunes ont particulièrement souffert de ne pas pouvoir investir l'espace urbain comme ils en ont l'habitude.
Pour les étudiant-es, a fortiori ceux.celles qui sont restés isolé.e.s, cette pandémie reste source de très fortes angoisses. Et plus largement, lorsque les jeunes perdent confiance en l'avenir, cela se répercute sur leur santé mentale. On note aussi que la défiance vis-à-vis des institutions, des médias et de la science s'est considérablement accrue, notamment chez les jeunes coutumier.e.s des fils de discussion dont certains sont connus pour propager des fake news, les rendant mois réceptifs aux messages de prévention et accroissant les difficultés d'ordre psychologique.

Les femmes face à la peur, face à la honte.

Les femmes qui résident dans les quartiers populaires exercent davantage qu'ailleurs les métiers du "care" (aide à domicile, personnel hospitalier...) et sont plus souvent des travailleuses pauvres occupant des emplois précaires : agentes d'entretien, hôtesses de caisse... Autant de postes « clefs » qu'elles ont continué à occuper malgré le confinement. Elles ont, en cela, représenté une part de la population surexposée au risque de contagion, craignant souvent de contaminer, à leur tour, leur famille.
Rappelons par ailleurs que les familles monoparentales sont surreprésentées dans ces quartiers ; sans qu'on n'en ait trop parlé, nombre de mères isolées confrontées à la perte de revenus et/ou à la fermeture des cantines scolaires ont ressenti à la fois de la peur – celle de ne plus pouvoir nourrir leurs enfants, de devoir les laisser seuls faute de solution de garde, de ne pas pouvoir assumer la continuité de leur scolarité, et de la honte – celle de devoir faire la queue pour obtenir des colis alimentaires, de ne pas pouvoir payer le loyer dès le mois d'avril, de ne pas pouvoir assurer leur rôle d'aidante auprès d'un aîné...
Enfin, si la répartition sexuée des rôles et des tâches existe partout, les femmes des quartiers populaires disposent de moins de ressources que d'autres pour affronter les inégalités face aux charges domestique et mentale.

LES INITIATIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

La crise sanitaire a révélé une capacité à s'adapter rapidement et à développer des modes d'auto-organisation reposant largement sur le bénévolat.

Beaucoup d'associations se sont impliquées dans la traduction des messages de prévention rappelant l'importance des gestes barrières aux personnes en difficulté face à la langue française. C'est le cas de l'association EPDH (Ensemble pour un développement humain) à Villiers-le-Bel (Val d'Oise), qui a proposé des messages de prévention en plus de 10 langues.

Le confinement a donné lieu à bien d'autres initiatives inédites, souvent montées dans l'urgence, en matière de production d'équipement de protection individuelle. Par exemple, le mouvement des « maker.euse.s », en Seine-Saint-Denis, a pu fournir aux soignant.e.s masques, lunettes, surblouses ou encore visières imprimées en 3D. À noter : les innovations mises en place pendant la pandémie sont souvent devenues pérennes.

Malgré les difficultés dues à la fermeture de leurs lieux d'accueil, les associations se sont mobilisées pour lutter contre les violences conjugales et intrafamiliales (pendant le 1er confinement, le nombre d'appels reçus par le service d'écoute dédié a quadruplé). C'est ainsi qu'un partenariat initié entre des associations locales, les services de l'État et le gestionnaire de centres commerciaux Unibail-Rodamco-Westfield a permis de créer 22 points d'accompagnements éphémères (pour accueillir et écouter le public féminin en toute confidentialité, dans le respect des mesures barrières) dans des centres commerciaux d'Île-de-France.
De plus, avec l'aide financière de particuliers et d'entreprises publiques ou privées (telles qu'Accor ou Gecina), la Fondation des femmes a lancé le dispositif « Toutes Solidaires », mettant une centaine de places d'hébergement d'urgence à la disposition des femmes victimes de violence.

La société civile a également (ré)agi sur le terrain de la santé mentale, de façon à soutenir les habitant.e.s durant le premier confinement. Au-delà des rituels de 20h, on a pu observer divers mouvements de solidarité. Des associations et Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) de Seine-Saint-Denis (Solienka, Bol d'Air, La Trame) ont ainsi mené un important travail de promotion de la santé mentale, notamment en venant en appui aux acteurs de premières lignes dans les quartiers et en gérant des demandes de soutien psychologique et d'aide alimentaire. Très réactives, elles ont aussi créé une caisse de dons.

À l'Est du Val d'Oise, c'est en lien étroit avec les habitant.e.s que des associations ont contribué de façon cruciale à un projet autour de la santé mentale. Formées par le Psycom via un outil didactique, « Le cosmos mental », elles ont animé des groupes de paroles qui ont permis aux habitant.e.s de partager leur ressenti et leur vécu du premier confinement.

LA MOBILISATION DE L'ARS ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Un enjeu crucial a été mis en évidence : l'articulation des échelles d'intervention.

L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France a contribué à structurer et à diffuser des messages, recommandations et autres outils visant à lutter au mieux contre les inégalités sociales liées au Covid. L'ARS a également soutenu financièrement différentes actions de médiation et de prévention sanitaire.

La crise de la Covid-19 a montré le rôle crucial joué par les collectivités territoriales en matière sanitaire (même si 48% des maires déclarent avoir été mal associé.e.s par le gouvernement à la mise en œuvre de l'état d'urgence sanitaire).
Les collectivités ont tout de suite constitué des cellules de crise stratégiques (associant élu.e.s, directions générales et directions de service, hôpitaux, préfectures) chargées d'identifier les ressources locales, d'organiser des interventions de proximité et de répondre aux besoins du terrain.

Les coordonnateur.trice.s des démarches territoriales de santé (ateliers santé ville, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale) ont généralement été associé.e.s, dans un deuxième temps, pour gérer la distribution des équipements de protection individuelle aux habitant.e.s et aux professionnel.le.s, lancer les campagnes de dépistage ou limiter le renoncement aux soins par des actions de prévention et d'information.

En équipant les associations de kits de protection, en accompagnant les structures capables de contribuer à la gestion de crise ou de favoriser la circulation de l'information au plus près des habitant.e.s, ou en relayant (via leur site internet ou les réseaux sociaux) toutes les initiatives mises en œuvre sur leurs territoires, les collectivités ont également apporté un précieux soutien aux initiatives spontanées de la société civile. Et c'est aussi parce que leurs représentant.e.s ont mesuré à quel point la crise sanitaire impactait le moral de nombre d'habitant.e.s (familles, commerçants.e.s, soignant.e.s, etc.) que beaucoup de villes ont mis en place des lignes d'écoute, dépassant largement leurs compétences habituelles en matière de santé.

Les équipes des centres communaux d'action sociale ont été fortement sollicitées, notamment pour maintenir le lien avec les personnes les plus vulnérables et développer, si besoin, les services d'aide à domicile et de portage de repas.

Enfin, les professionnel.le.s de nombre de directions, de dispositifs locaux (travailleur.euse.s social.e.s, coordonnateur.trice.s de programme de réussite éducative, chef.fe.s de projet politique de la ville, centres sociaux...) se sont, eux aussi, mobilisé.e.s au-delà de leur périmètre classique d'intervention pour gérer des urgences : situations sociales aggravées, précarité alimentaire, exclusion numérique, soutien psychologique, isolement, endettement locatif...

LA NÉCESSITÉ D'UNE APPROCHE HOLISTIQUE

Il convient de réaffirmer, plus que jamais, la transversalité des enjeux de santé.

La crise sanitaire a mis en exergue le fait que la santé des individus est avant tout dépendante des contextes environnementaux, économiques et sociaux. Une dépendance que la question alimentaire (voir page 2) illustre parfaitement: si l'éducation peut influer sur les choix individuels, l'accès à une alimentation suffisante et saine relève avant tout des politiques territoriales (aménagement, développement économique, transport public, droits sociaux, etc.). Du reste, pour soutenir l'articulation entre les politiques sectorielles, et pour mieux connaître les besoins et les pratiques, les plans alimentaires territoriaux mériteraient d'être mieux connus et partagés.
Cette crise rappelle aussi que les politiques locales de santé ne sont pas seulement l'affaire des professionnel.le.s de santé. Directement ou indirectement, des professionnel.le.s de tous les secteurs (acteur.trice.s éducatif.ve.s, bailleurs, services habitat, jeunesse, missions locales, CCAS...) se sont trouvé.e.s en situation de contenir les conséquences de la crise sur la santé des populations. Il apparaît donc urgent, tant sur le plan institutionnel que dans les pratiques de terrain, que toutes les politiques publiques s'emparent des enjeux de santé. Si nombre d'acteur.trice.s exprimaient déjà cette conviction, les impacts de la pandémie et ses conséquences économiques et sociales forment à eux-seuls un plaidoyer incontestable.

Par son ampleur, l'impact de la crise sur la santé des habitant.e.s des quartiers populaires peut mener aux premières préconisations suivantes :

- **poursuivre et renforcer la sensibilisation** de tou.te.s les acteur.trice.s concerné.e.s par la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé,
- **encourager les dynamiques de coopération territoriale** au bénéfice des enjeux de santé, en s'appuyant sur tous les dispositifs existants dans les quartiers, et en permettant de faire vivre la transversalité des questions de santé (contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale et ateliers santé ville en premier lieu, mais aussi dispositifs tels que les projets de réussite éducative, les projets de rénovation urbaine, expérimentations en cours telles que les cités éducatives ou encore les plans régionaux d'insertion des jeunes),
- **renforcer les projets territoriaux de lutte contre les discriminations,** celles-ci portant aussi atteinte aux ressources matérielles et psychiques, et risquant d'aggraver les postures de défiance vis-à-vis des institutions.

REVALORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET EN PROXIMITÉ AVEC LES HABITANT.E.S

Si elle ne suffit pas à elle seule, l'approche de la « santé communautaire » a montré combien l'implication des habitan.t.e.s et des acteur.trice.s de proximité, ainsi que la coordination de leurs actions, est essentielle pour prévenir et gérer une crise.

Pour déployer des solutions adaptées à chaque quartier et aux différents segments de population, il fallait faire confiance à ceux-celles qui, sur place, constataient, écoutaient et comprenaient ce que vivent les habitant.e.s, puis, s'appuyer sur eux-elles dans le cadre des campagnes de prévention, pour relayer, mobiliser et convaincre. La contribution avérée des acteur.trice.s de proximité à la gestion de la crise incite donc à renforcer le soutien apporté à toutes les « petites » associations présentes dans les quartiers populaires, mais aussi à former aux métiers de la médiation sanitaire et sociale (et mieux valoriser ces métiers).

À l'échelle des quartiers et au sein des collectivités, c'est le travail en réseau qui a permis d'articuler finement les interventions des acteur.trice.s. La gestion de la crise s'est appuyée sur les réseaux territoriaux préexistants, qu'elle a également renforcés. De façon officielle ou plus informelle, et malgré la distance physique qui les séparaient du quartier et les un.e.s des autres, les acteur.trice.s mobilisé.e.s ont dû resserrer leurs liens fonctionnels. Parce que l'urgence et le manque d'équipement ont poussé à agir, parfois sans attendre les instructions officielles, ce contexte a permis de réévaluer la force du travail en réseau et de capitaliser très rapidement sur les expériences les plus concluantes : depuis le mois de mars 2020, il apparaît comme une évidence que tout un.e chacun.e, à un moment ou à un autre, peut représenter une ressource.
C'est ainsi que, durant le premier confinement, certaines prérogatives institutionnelles ont laissé place à la coopération spontanée entre acteur.trice.s. et les opportunités pratiques rencontrées par les un.e.s et les autres ont pu être immédiatement reversées au « pot commun » des solutions les mieux adaptées aux besoins des habitant.e.s.
Il est donc important de préserver les échanges informels et de soutenir en confiance les pratiques de travail horizontales et décloisonnées, notamment pour partager les retours d'expériences et mutualiser les solutions qui ont le mieux fonctionné.

Les missions de coordination, incarnées dans le champ de la santé par les coordonnateur.trice.s de contrats locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale et les ateliers santé ville, ont le mérite de s'appuyer sur une fine connaissance du terrain (de ses ressources, de ses fragilités) et du fonctionnement des institutions. Bien que relativement peu associé.e.s à la toute première réponse sanitaire à la crise, les coordonnateur.trice.s ont très rapidement été réinvesti.e.s par les collectivités et l'ARS. Leur expertise pratique et leur connaissance parfois monographique de certains quartiers sont essentielles à toute politique de santé publique territoriale, que celle-ci soit d'urgence ou plus pérenne. Parce que ceux.celles d'entre eux.elles qui ont pu agir le plus efficacement sont ceux.celles qui connaissaient très bien leur territoire, il faut rappeler l'importance de limiter le turn-over sur ces postes par une gestion des ressources humaines valorisante et soutenante (le recrutement et la formation arrivant légitimement en tête des préoccupations).
Il faut aussi accompagner et mettre en réseau les élu.e.s en charge des politiques de santé, afin qu'ils.elles maîtrisent rapidement l'écosystème complexe qui articule institutions, associations et champ libéral. Enfin, il convient de réaffirmer le caractère cardinal du champ prévention/promotion de la santé, même si, bien souvent, les enjeux de constitution d'une offre de soins adaptée occupent prioritairement les territoires.

À VENIR, « CHRONIQUES D'UN CONFINEMENT DANS LES QUARTIERS POPULAIRES : LE TRAVAIL »
professionbanlieue.org poleressources95.org crpve91.fr cosoter-ressources.info