



SYNTHÈSE DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID WALLONIE

ANALYSE DES BESOINS ET PERSPECTIVES
POUR AGIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN
RÉGION WALLONNE

DÉCEMBRE
2022

PUBLICATION

Décembre 2022

RÉDACTION

Frédéric Peters (FWPSanté)

ONT CONTRIBUÉ À CETTE SYNTHÈSE

Bernadette Taeymans (FWPSanté et Question Santé asbl)

Léa Champagne (UCLouvain/IRSS/RESO), contribution scientifique :

Le travail de synthèse des connaissances (issues de la littérature scientifique et grise) mobilisé et cité dans la présente synthèse prend appui sur le Chapitre 3 du rapport complet des Stratégies concertées Covid Wallonie, disponible [sur le site web de la FWPSanté](#). Ce Chapitre 3 intitulé « Synthèse des connaissances : les inégalités sociales de santé au prisme de la crise sanitaire liée à la COVID-19 » a été coordonné et rédigé par l'équipe du Service universitaire de promotion de la santé – RESO de l'UCLouvain. Certains extraits de ce Chapitre 3 sont reproduits intégralement dans la présente synthèse tandis que plusieurs de ses contenus sont paraphrasés par l'auteur (Frédéric Peters). La revue de la littérature ainsi que la bibliographie disponibles à la toute fin de ce document ont été produites par l'équipe du RESO et mises à disposition pour le présent travail.

RELECTURE

Sarah Demart (Observatoire du sida et des sexualités), Céline Dispa (CLPS Liège), Estelle Georgin (ESPRist-ULiège), Shannone Koronidis (CLPS Verviers), Maryline Nicolet (CLPS Brabant Wallon), Florence Poukens (CLPS Namur), Ludivine Teller (Question Santé asbl)

MISE EN FORME

Ludivine Teller (Question Santé asbl)

LE COMITÉ DE COORDINATION DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID WALLONIE :



Avec la participation de



Avec le soutien de la Wallonie



INTRODUCTION	4
LA PANDÉMIE DE COVID-19, UNE CRISE SANITAIRE ET SOCIALE	4
QUELS SONT LES APPORTS D'UNE APPROCHE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN PÉRIODE DE CRISE SANITAIRE LIÉE À LA PANDÉMIE DE COVID-19 ?	6
LES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID : DESCRIPTION DU DISPOSITIF ET OBJECTIFS	7
LES PRINCIPAUX IMPACTS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19	11
ACCÈS GLOBAL AUX SERVICES (SOINS, SOCIO-ADMINISTRATIF, ETC.)	11
SANTÉ MENTALE	14
LIEN SOCIAL	16
HABITUDES ET CONDITIONS DE VIE	18
ACCÈS AU NUMÉRIQUE	20
LES POINTS D'ATTENTION	22
1. L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	22
2. L'APPROCHE DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES	23
3. L'APPROCHE <i>BOTTOM-UP</i> , LA PARTICIPATION DES CITOYENS ET L' <i>EMPOWERMENT</i>	23
4. L'APPROCHE ÉVALUATIVE DES DÉMARCHES EN PROMOTION DE LA SANTÉ	24
5. L'IMPORTANCE DE L'INTERSECTORIALITÉ	25
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	26
RÉFÉRENCES	30

Le lecteur intéressé trouvera sur le site web de la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (www.fwpsante.be) le rapport complet du travail effectué durant l'année d'application des Stratégies concertées Covid Wallonie.

Le présent document reprend de manière synthétique les principaux résultats du dispositif.

INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19, une crise sanitaire et sociale

La pandémie de COVID-19, tout comme d'autres grandes crises socio-sanitaires, a contribué à l'accroissement des inégalités sociales déjà existantes en matière de santé en atteignant de manière disproportionnée les groupes de population les plus précarisés (Mein, 2020). Communément appelée « crise sanitaire », l'impact de la pandémie liée à la COVID-19 possède pourtant une nature bien plus complexe, et ses effets s'étendent largement au-delà des conséquences directes de la maladie.

De nombreux auteurs font donc référence à la notion de syndémie pour caractériser cet épisode historique (Horton, 2020 ; Bambra et al. 2021 ; Berteyn et al., 2022 ; Jourdan, 2021). Une syndémie se définit comme le réseau complexe que constituent des maladies, des facteurs biologiques et environnementaux qui, par leur synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population (Horton, 2020 ; Jourdan, 2021). Stok et ses collaborateurs (2021) soulignent à ce sujet que « **l'exposition différenciée des groupes de population aux déterminants sociaux de la santé, aux maladies chroniques et à la COVID-19 a eu un effet multiplicateur, ayant pour conséquence un impact différencié à la fois sur les taux de mortalité et de morbidité entre groupes sociaux ainsi que sur l'ampleur des conséquences sociales, psychologiques et économiques de la syndémie pour ceux-ci** » (Stok et al., 2021, cités dans

Champagne, L. et al., 2022).

Les problématiques liées à la gestion de la pandémie (dont le confinement constitue une cause déterminante) ont donc rapidement dépassé le spectre médical, soulevant de nombreux enjeux de société sur le plan politique, économique, social ou éthique.

Les politiques publiques ont mobilisé, avec une efficacité relative, les outils classiques de la réponse aux phénomènes pandémiques aigus : dépister, tracer, isoler et vacciner. Mais la COVID-19 a eu des effets socialement stratifiés et certains groupes de population, du fait de leurs conditions de vie, d'emploi et de logement, se sont révélés particulièrement vulnérables (Bambra et al., 2020). En cela, les mesures universelles ont été peu ou pas adaptées aux singularités des différents contextes, qu'elles soient géographiques, culturelles ou politiques (Van Damme et al., 2020). Ainsi, en dépit d'un arsenal sans précédent de mesures sanitaires, sociales, économiques, législatives et réglementaires, les réalités de vie des citoyens se sont parfois dégradées de manière disproportionnée, tant sur le plan socio-sanitaire, psychologique qu'économique.

Afin de répondre sur le territoire wallon à cette complexité, et à la variabilité des réalités de terrain, un dialogue entre le secteur de la promotion de la santé et le cabinet de Madame Christie Morreale, Vice-Présidente du Gouvernement wallon et ministre de la Santé, a permis de mettre en place le dispositif des Stratégies concertées Covid, dont les principaux résultats sont repris dans cette synthèse. Le lecteur intéressé trouvera sur le site internet de la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (FWPSanté) le rapport complet du travail effectué durant l'année d'application de ce dispositif (www.fwpsante.be).

Ce dispositif a été construit de façon à pouvoir allier les niveaux d'intervention sur le plan local et régional et envisager des réponses à la gestion de la crise sanitaire et de ses conséquences sur la santé et ses déterminants.

La section suivante décrit brièvement en quoi un dispositif de concertation en prévention et promotion de la santé peut se révéler complémentaire à la veille sanitaire déjà mise en place par les pouvoirs publics, avec pour mission d'identifier les besoins des groupes de population fragilisés, et d'apporter des pistes d'action adaptées dans le contexte syndémique lié à la COVID-19.



Quels sont les apports d'une approche de prévention et de promotion de la santé en période de crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 ?

Agir en promotion de la santé, c'est avant tout intervenir efficacement et durablement sur les problématiques de santé en amont de celles-ci, c'est-à-dire en considérant l'ensemble des déterminants qui influencent, positivement ou négativement, la santé de la population. Dans le cas présent, il s'agit d'envisager l'impact de la pandémie sur l'ensemble des déterminants de la santé (lien social, santé mentale, emploi, situation financière, etc.), non seulement en prenant en compte les conséquences liées à la contamination elle-même, mais aussi l'influence que peut avoir l'adoption de mesures sanitaires sur des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux.

Le Prof. Stephan Van den Broucke rappelait récemment dans la revue *Health Promotion International* (2020) que les acteurs et actrices de promotion de la santé en période de crise sanitaire (ou pandémie) peuvent contribuer concrètement et rigoureusement à plusieurs niveaux de gestion de cette crise : ils peuvent en effet agir sur les comportements individuels de santé, sur les institutions et communautés, et en matière de politiques publiques, agir en émettant des recommandations basées sur des données probantes issues de deux sources : les données sur les problèmes et les données sur les solutions (Van den Broucke, 2020).

Selon lui, l'approche de promotion de la santé constitue avant toute chose une réponse « *evidence-based* » (approche fondée sur des données issues de la science), efficace (maintenir la soutenabilité du système de soins), et de nature à la fois globale (approche systémique) et spécifique (adaptée aux différents groupes de population). Il ajoute que « **... les modèles théoriques auxquels se réfère la promotion de la santé (notamment les modèles de croyances relatives à la santé et de la motivation à la protection pour la santé) sont décisifs pour mettre en place des actions cohérentes autour des déterminants sociaux de la santé, mais aussi pour éclairer les stratégies de communication et d'éducation pour la santé** » (Van den Broucke, 2020, p.182-183).

En effet, pour les pouvoirs publics, l'un des enjeux les plus importants dans la gestion de la pandémie réside dans leur capacité à émettre des recommandations ou des mesures qui soient applicables sur le terrain et auxquelles les différents groupes de population sont susceptibles d'adhérer. Grâce à leur travail de concertation des acteurs de terrain et du public cible lui-même, les professionnels en promotion de la santé constituent des acteurs importants pour maximiser cette adhésion et l'adéquation des actions aux différentes réalités de terrain.

Les Stratégies concertées Covid : description du dispositif et objectifs

Le dispositif des Stratégies concertées a été développé avec le soutien de l'AViQ (www.aviq.be) et était piloté par un comité de coordination générale et transversale constitué de représentants du cabinet de la ministre de la Santé et de l'Action Sociale, de l'AViQ et de différents secteurs de la santé et du social (voir illustration à la page suivante).

Sur le plan opérationnel, le dispositif comporte deux volets principaux. D'une part, afin de répondre à court terme aux besoins des opérateurs de terrain face aux impacts de la pandémie sur leur publics cibles, et dans le but de leur permettre d'unir leurs efforts grâce à des collaborations intra- ou intersectorielles, deux appels à projets ont été publiés durant le deuxième semestre 2021. D'autre part, des opérateurs de promotion de la santé ont été désignés afin, non seulement de coordonner et d'évaluer le dispositif lui-même, mais aussi d'encadrer les projets financés via les appels à projets et de récolter des données issues du terrain au travers d'un processus de concertation, dans le but de réaliser un diagnostic des besoins des publics cibles et des ressources mobilisées ou à développer par des professionnels.

Les projets financés en prévention et promotion de la santé pour lutter contre les impacts de la crise sanitaire

Trente-quatre projets ont été financés par le biais de deux appels à projets, publiés

à la fin de l'été et durant l'automne 2021. Les opérateurs chargés de ces projets proviennent de différents secteurs de la santé et du social (p. ex., promotion de la santé, action sociale, santé mentale) et s'intéressent à une grande diversité de thématiques liées aux déterminants de la santé (sensibilisation à la vaccination, réduction de la fracture numérique, alimentation, consommation de drogues en période de confinement, etc.) et de publics cibles (publics précarisés, populations issues de l'immigration, personnes âgées, familles monoparentales, etc.)¹

Les opérateurs chargés de la coordination du dispositif

Certains opérateurs du secteur de la prévention et de la promotion de la santé ont été désignés et financés pour coordonner, encadrer ou réaliser les différentes missions du dispositif, telles que la récolte, l'analyse et la diffusion de données issues du terrain, ou encore l'évaluation du dispositif. Ils sont désignés dans cette synthèse comme « la coordination des Stratégies concertées ». Un encadrement multisectoriel (incluant des représentants des secteurs de la santé mentale, de l'action sociale ou des acteurs de la 1^{ère} ligne de soins) a également été intégré à l'organigramme, afin de renforcer la dynamique de partenariat (voir illustration).

¹ Une liste exhaustive des projets subventionnés est disponible [sur le site internet de la FWPSanté \(www.fwpsante.be\)](http://www.fwpsante.be).



Organigramme des Stratégies concertées Covid Wallonie

Ces opérateurs ont été chargés de missions spécifiques, et complémentaires au regard des objectifs collectifs. Celles-ci peuvent être décrites selon quatre axes de travail :

AXE 1 : Élaborer des repères pour les politiques publiques et les pratiques des opérateurs actifs en promotion de la santé

Les éléments de diagnostic et les pistes d’actions qui ont été collectées au cours du processus de concertation proviennent de quatre sources d’informations différentes :

- Revue de la littérature : une revue de la littérature scientifique et grise a été réalisée conjointement par le RESO (UCLouvain) et l’Observatoire du sida et des sexualités (OSS - ULB) en portant leur attention sur des thématiques et publics pour lesquels l’impact de la pandémie de COVID-19 a été particulièrement marqués.
- Entretiens locaux : une centaine d’entretiens auprès de professionnels poursuivant des objectifs de promotion de la santé a été menée au niveau local par les Point d’Appui Covid au sein des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS). Ici aussi, les opérateurs interrogés ont été choisis en fonction de leur expertise quant à la réalité de terrain de publics fragilisés par la crise sanitaire.

- Ateliers participatifs : deux ateliers participatifs intersectoriels ont été organisés pour définir collectivement les principaux enseignements et les priorités d'actions dans le secteur de la promotion de la santé concernant la gestion de la crise sanitaire. Les participants à ces ateliers provenaient de différents secteurs de la santé et du social pour apporter et partager leurs savoirs professionnels et expérimentiels.
- Entretiens régionaux : des entretiens individuels ont été menés avec des partenaires intersectoriels particulièrement concernés par les thématiques de santé mentale et les conséquences de la crise sanitaire sur les populations précarisées.



Le second atelier diagnostic a eu lieu début juin 2022, à Namur

AXE 2 : Stimuler l'enrichissement réciproque des pratiques par l'accompagnement de projets

Cet axe de travail consiste à offrir aux porteurs de projet (financés au travers des appels à projets) un accompagnement et un enrichissement mutuel des pratiques entre acteurs de proximité. Dans ce cadre, un accompagnement méthodologique a également été proposé aux porteurs de projet par les CLPS, afin de les soutenir dans le développement de leur réflexion comme dans la mise en œuvre de leur projet.

AXE 3 : Évaluer les plus-values du dispositif pour faciliter le déploiement du WAPPS

L'évaluation du dispositif, prise en charge par ESPRIst-ULiège, a pour objectif d'adapter les orientations des Stratégies concertées Covid et d'en définir les plus-values et les difficultés en vue de la mise en œuvre ultérieure du WAPPS. L'évaluation du dispositif, lorsqu'elle sera achevée, tentera de montrer en quoi la concertation intersectorielle peut faciliter l'émergence de réponses adéquates à la crise sanitaire et ses conséquences sur la santé et ses déterminants.

La démarche d'évaluation privilégiée ici s'est voulue participative et négociée. Elle suppose que l'ensemble des parties prenantes participe à la définition des dimensions d'évaluation, afin qu'elles soient porteuses de sens pour tous. Deux rencontres sous forme d'ateliers participatifs se sont déroulées à cet effet en février et en juin 2022.



Tutorat collectif d'évaluation pour les porteurs de projets lauréats des appels.

AXE 4 : Valoriser et augmenter la visibilité des actions de terrain

Les Stratégies concertées Covid sont aussi un dispositif destiné à mettre en lumière le travail des acteurs de terrain et les atouts de l'intersectorialité. Pour ce faire, Question Santé a développé une rubrique entièrement dédiée aux Stratégies concertées au sein des canaux de communication de la FWPSanté (site internet, Facebook, LinkedIn, newsletter mensuelle), permettant de présenter les différents projets financés dans le cadre des Stratégies concertées, ou de publier des reportages et interviews détaillant certains projets au cours de cette année de travail.



En reportage à la Maison médicale La Passerelle

LES PRINCIPAUX IMPACTS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Cette section reprend la synthèse des principaux impacts de la crise socio-sanitaire provenant de plusieurs sources d'information du dispositif des Stratégies concertées :

1. Une synthèse des connaissances issues de la littérature scientifique et grise,
2. Des entretiens sur le terrain local menés auprès de professionnels provenant de différents secteurs de la santé et du social,
3. Des ateliers participatifs intersectoriels,
4. Des entretiens dits « régionaux » réalisés avec des opérateurs des secteurs de la santé mentale et de la lutte contre la pauvreté.

Elle se concentre sur les impacts relatifs à cinq thématiques centrales et ne se veut dès lors pas exhaustive. La version complète du rapport, comprenant l'ensemble des impacts identifiés et des exemples de pistes d'action, est disponible [sur le site internet de la FWPSanté](#). Il est important de préciser toutefois que les constats rapportés ci-dessous sont représentatifs de l'ensemble des données recueillies au sein du dispositif, et qu'une grande cohérence a été observée entre ces différentes sources d'informations. Des extraits d'entretiens réalisés sur le terrain local sont proposés afin d'illustrer certaines problématiques rencontrées.

Accès global aux services (soins, socio-administratif, etc.)

La survenue de la pandémie et les différentes mesures de confinement successives ont profondément perturbé le fonctionnement des services de santé et l'accès aux services sociaux. L'ensemble de ces dérèglements a entraîné une aggravation de la santé globale, se traduisant notamment par une discontinuité des soins, des retards de diagnostics, ou encore la saturation de certains services.

Une première conséquence directe, visible dès le début de la pandémie, a été la nécessaire adaptation des services de santé pour faire face à un afflux de patients affectés par la COVID-19.

Afin d'éviter la saturation des services, les soins non urgents (notamment des soins préventifs ou de suivi) ont été reportés, voire déprogrammés. Parallèlement, les mesures sanitaires en vigueur (confinement strict lors de la première vague, obligation de se présenter seul aux consultations, etc.) (Geurts & Favresse, 2022), mais également la crainte d'une contamination, un ressenti non urgent du soin, ont représenté autant de facteurs aggravants et propices à **un moindre recours aux soins, voire un renoncement à ceux-ci** (Bertier et al., 2021 ; Karakaya et al., 2021 ; Revil et al., 2020 ; Sciensano, 2020).

Les concertations menées auprès des professionnels ont également révélé d'autres constats ayant contribué à ce phénomène, tels que la limitation des moyens de transports en milieu rural ou encore la diminution des services de bénévolat impactant les services de soutien à la mobilité. Enfin, il faut mentionner que l'importance des coûts générés par les nécessités de se protéger (matériel de protection, mise en quarantaine, etc.) ont pu constituer un autre frein pour les populations les plus précarisées.

La diminution des recours aux soins a touché toutes les franges de la population, mais certains groupes auraient renoncé aux soins – ou n'y auraient pas eu accès – plus fréquemment que d'autres. Des études belges et françaises révèlent que **les femmes auraient été plus nombreuses à ne pas réaliser au moins un soin dont elles auraient eu besoin** (Bertier et al., 2021 ; Karakaya et al., 2021 ; Sciensano, 2020 ; Revil et al., 2020). Dans le cas de **familles monoparentales**, l'impossibilité de pouvoir prendre part à une consultation tout en étant accompagné de leur enfant, et la complexité de mettre en place un dispositif de garde, a pu être à l'origine d'un report de soin pour le parent (suivi gynécologique, suivi des assuétudes, etc). **Les patients atteints d'une maladie chronique ont eux aussi été confrontés soit à des reports de soins, soit à des annulations de soins durant les périodes de confinement** (Bertier et al., 2021 ; Karakaya et al., 2021 ; Renault-Tessier et al., 2021 ; Revil et al., 2020). Ceci a non seulement causé une rupture de suivi, une aggravation des pathologies ou un diagnostic tardif, mais aussi, lors de la reprise « normale » des consultations, un engorgement des services et un délai plus important d'accès aux soins.



« Les extractions pour raison médicale sont devenues extrêmement compliquées en période de crise sanitaire. Elles sont nécessaires quand les interventions ou les suivis ne peuvent pas être gérés au sein d'une prison. Dans ces cas-là, les détenus doivent être transférés dans une autre prison disposant d'une polyclinique, par exemple les prisons de Lantin ou de Bruges, ou si ce n'est pas possible, un hôpital civil. Durant la crise, il fallait que ce soit un cas extrêmement grave pour que ce type d'extraction soit possible, qu'il s'agisse quasiment d'une question vitale. Je trouve cela assez choquant. Par exemple, nous avons eu le cas d'un détenu qui nous a expliqué qu'il avait un cancer mais qu'aucun transfert n'avait pu être mis en place pour faire ses examens et son suivi. »

*Chargé de projets,
service d'aide aux détenus*

« Certaines personnes ont vu leurs rendez-vous annulés, reportés sept à huit fois et donc parfois il y a un an et demi, voire deux ans de décalage, entre la date initiale [de prise de rendez-vous] et la date réelle de la consultation. [...] c'est dramatique, bien entendu, parce que nous avons vu arriver des gens tardivement, trop tardivement par rapport à leur diagnostic et leurs solutions thérapeutiques. Ça se voit dans toutes les spécialités. »

*Pneumologue,
chef de service en milieu hospitalier*



La crise sanitaire a également impacté l'accès et le recours aux services sociaux et autres organisations issues du secteur social.

La réduction de l'offre de service s'est concrétisée par des fermetures partielles ou complètes des structures, une accessibilité moindre, voire inexistante, des guichets d'accueil, des contacts téléphoniques restreints, la digitalisation/dématérialisation des services. Qu'il s'agisse de personnes sans-abri, en séjour irrégulier ou de personnes qui dépendent de l'aide alimentaire, de travailleuses (ou travailleurs) du sexe, de personnes en réinsertion ou d'autres, toutes ont été impactées brutalement et de manière inattendue par la crise sanitaire (Maisin et al., 2020).

Dans de nombreux cas, des initiatives de terrain visant à adapter les pratiques, à en développer de nouvelles, plus adaptées, plus souples, contribuant à considérer la singularité des publics marginalisés, ont prouvé leur efficacité sur le terrain. De « nouvelles solidarités », des « mobilisations citoyennes », des équipes d'intervention ou

d'accompagnement mobiles se sont développées avec succès.

Il faut également mentionner deux phénomènes d'interaction entre l'accès aux services de soin et aux services sociaux qui ont toute leur importance. Premièrement, il est avéré que **de nouvelles franges de populations précarisées ont émergé** (travailleurs indépendants, jeunes diplômés, étudiants, etc.) (Geurts & Favresse, 2022 ; Maisin et al., 2020) et sont venues agrandir le rang des bénéficiaires d'aides sociales. Ce phénomène a entraîné une augmentation de la demande en termes d'aide sociale ou de soins alors que l'offre dans ce domaine a, dans le même temps, connu une diminution sensible. Deuxièmement, **la continuité de l'offre, le suivi et la fréquentation des services sociaux ont été fortement perturbés durant les périodes de confinement.** Or, ces services et l'accompagnement qu'ils proposent représentent, pour les groupes de population les plus fragilisés, un relais, un incitant essentiel en faveur d'une prise en charge et d'une conscientisation de sa santé pour ceux-ci.

Santé mentale

Indirectement, la COVID-19 et les mesures de prévention de sa propagation ont affecté à bien des égards la santé mentale des populations. En Belgique comme ailleurs (Kola, 2021 ; The Lancet, 2021), certains groupes étaient néanmoins plus à risque de connaître une altération de leur santé mentale que d'autres : le niveau d'éducation, le statut socio-économique, la composition du ménage, le niveau d'exposition à des facteurs de stress (le confinement, l'infodémie², une diminution du revenu, le décès de proche(s)) sont des exemples de facteurs de risque (ou de protection) du développement de troubles anxieux et dépressifs (Impact du COVID-19, 2022).

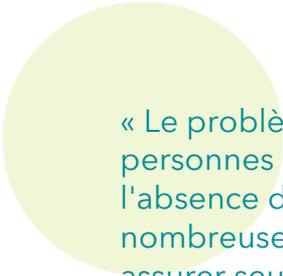
Les symptômes les plus fréquemment rapportés et documentés en matière de santé mentale sont l'anxiété, le stress, les symptômes dépressifs, l'insomnie, les variations d'humeurs, le désarroi et les pensées suicidaires (Kumar & Nayar, 2021 ; Maffly-Kipp, 2021).

Au sein du secteur des soins en santé mentale, on retrouve communément des perturbations similaires à celles relevées dans les autres secteurs des soins de santé, mais dans des proportions parfois plus marquées, ou accompagnées de spécificités qu'il nous paraît utile de détailler.

L' accès aux services de soins

Un des défis centraux liés à la pandémie et aux mesures de confinement a été de maintenir l'offre de services de soins en santé mentale. En effet, les périodes de confinement les plus restrictives ont

réduit la capacité des équipes mobiles à se rendre au domicile des bénéficiaires (par exemple dans le cas d'une aide familiale à domicile), ou empêché l'accueil des patients dans les services ambulatoires.



« Le problème prédominant chez les personnes isolées avec enfant est l'absence de soutien. Dans de nombreuses situations, le parent doit assurer seul le travail, la gestion administrative, la gestion émotionnelle des enfants, la logistique entourant la gestion des enfants, etc. Avec la complexification de cette logistique et l'augmentation des démarches liées aux mesures et contraintes sanitaires, ces situations ont mené à une surcharge mentale très importante du parent isolé donnant lieu à un mal-être global chez cette personne. »

Coordinateur,
Centre de Planning Familial



De plus, de nombreux services de santé mentale n'ont pas été en mesure de répondre à la demande grandissante de nouvelles prises en charge ou à la complexification des prises en charge existantes dont la dimension sociale s'était aggravée. Une des conséquences

² Surabondance d'informations, de véracité très variable, concernant un problème d'ordre public et particulièrement d'actualité, qui entrave sa résolution en empêchant la population générale de trouver des informations fiables et d'agir en conséquence.

de cette aggravation a été l'augmentation des besoins de personnel pour pouvoir gérer l'ensemble et la complexité des situations faisant suite à la crise sanitaire, et le renforcement des effectifs n'a pas suffi à résorber cet engorgement.

Continuité du suivi thérapeutique et adaptation des interventions

Une autre problématique mise en avant a été la difficulté éprouvée par de nombreux acteurs de la santé mentale de maintenir un lien avec les usagers. D'une part, de nombreux usagers des services de santé mentale ont abandonné leur suivi et cela a eu un effet délétère sur les dynamiques thérapeutiques mises en place. La nécessité de reprendre contact avec les patients a soulevé un certain nombre de questionnements sur les limites de la mission des professionnels. Bien que des initiatives aient permis d'assurer dans certains cas la continuité des soins (p. ex., les clubs thérapeutiques se sont mués en balades thérapeutiques), les modalités d'organisation ont parfois été des contraintes (p. ex., la taille des groupes), ce qui a limité l'efficacité des interventions (p. ex., l'espacement plus important entre les échanges). L'adaptation des suivis en téléconsultation a soulevé elle aussi des problématiques liées à la formation à l'utilisation de ces outils et des questionnements éthiques (p. ex., le respect des normes RGPD) dans un secteur où les interactions interpersonnelles sont primordiales.

L'impact de la santé mentale sur les services de santé et les services sociaux

La pandémie et les mesures de confinement ont été à l'origine de nombreux problématiques, liées à la santé mentale, limitant la capacité des

professionnels à assurer les services de soins ou les services sociaux habituels. En effet, de nombreux témoignages font état d'un impact important de la crise sur la santé mentale des professionnels eux-mêmes. Les changements fréquents des mesures et l'adaptation nécessaire face à ces changements ont engendré beaucoup de stress et de fatigue, un sentiment d'impuissance face à l'impossibilité de remplir leur mission, ou un manque de reconnaissance ou de soutien de la part des pouvoirs publics.



« Nous avons constaté une augmentation d'anxiété et de symptômes dépressifs chez nos résidents (ndlr : des personnes en situation de handicap), notamment en lien à cet isolement total et à l'angoisse véhiculée par les médias concernant la crise sanitaire. »

« Nous avons dû travailler avec eux [les résidents] sur la compréhension de l'actualité. Ils ont beaucoup verbalisé autour de ça. Les équipes ont été fortement mobilisées pour décoder avec eux l'actualité afin de désamorcer l'anxiété et le stress que ces informations généraient, et de traiter avec eux les nombreuses questions que cela suscitait. Ce travail visant à rassurer notre public était conséquent pour les équipes. »

Directeurs, centre résidentiel pour personnes en situation de handicap



Cela a eu pour conséquence des burn-out, des troubles anxieux ou dépressifs, et de manière globale un absentéisme croissant menant à des équipes en sous-effectifs, et une charge de travail plus importante pour les professionnels

restants. Ceci a, dans certains cas, considérablement altéré la qualité du suivi des publics et le champ d'action des professionnels.

Lien social

Une conséquence évidente de la pandémie et des mesures de confinement a été la détérioration ou la rupture du lien social pour de nombreux citoyens. Bien que cet impact ait été constaté dans une très large partie de la population, certains groupes ont été plus vulnérables que d'autres à ce phénomène (ex. les jeunes adultes, les aînés, les résidents de milieux fermés, etc.).



« Pour les patients qui souffrent d'une démence de type Alzheimer, il est vrai que le mode de communication a été perturbé, il n'était plus adapté avec le port du masque et la distanciation sociale. Beaucoup de choses se communiquent avec eux dans le cadre du langage non verbal, au travers de la communication des émotions ... mais aussi au travers du toucher. Les mesures prises pour limiter le risque de contamination, ce qui est un élément très important avec ce public, ont eu un impact négatif au niveau de la qualité des échanges. »

*Chef de service infirmier,
service de psychogériatrie*



La compréhension de cette vulnérabilité est complexe car elle dépend à la fois de facteurs individuels, communautaires et environnementaux. Ces caractéristiques vont être déterminantes pour la santé d'un individu, car elles vont influencer son état soit directement, via l'impact de facteurs psychosociaux comme le sentiment d'isolement consécutif à un manque de soutien apporté par le réseau de parenté et d'amitié, soit indirectement, le groupe de pairs pouvant être considéré comme un capital social améliorant, par exemple, l'accès à des comportements bénéfiques pour la santé ou aux soins médicaux (Grignon et al., 2004). Afin de lutter efficacement contre ces phénomènes, **les professionnels interrogés ont souligné la nécessité d'actions locales et construites au départ des besoins des personnes concernées, et le renforcement des démarches communautaires** au travers notamment des facilitateurs en santé, des agents communautaires et des acteurs de la première ligne.



« Si une famille reprenait son enfant porteur d'un handicap chez elle, alors qu'il est normalement en institution, l'enfant ne pouvait pas revenir en institution pendant la durée des mesures de confinement... mais les familles n'ont jamais pensé que ça durerait si longtemps. Ce fut très dur pour l'enfant, parce que l'institution apporte beaucoup de positif, dans le sens où c'est un environnement qui les encadre et qui permet une évolution de la personne handicapée avec des repères. Ces enfants ont régressé malgré beaucoup de bonne volonté de leur famille.

À l'inverse, dans la situation où les parents ont choisi de laisser leur enfant à l'institution pendant ces périodes, qui ont pu durer parfois plus de quatre mois, une rupture de lien familial a pu être observée. »

Chargé de projets, association de patients porteur d'un handicap



Outre une aggravation de l'isolement, la qualité des liens sociaux doit être aussi mise en avant. Des tensions, voire des violences intrafamiliales, ont pu naître de situations de confinement, et de la limitation d'activités communautaires. L'ampleur du phénomène des violences intrafamiliales durant la pandémie, et plus spécifiquement durant les mesures de confinement, est considérable pour les femmes, principales victimes de ces violences (IEFH, 2020 ; Semah, 2021).

L'impossibilité ou la difficulté de recourir à un soutien social et aux services d'aide aux victimes de violences conjugales et familiales est également un élément de constat de cette crise socio-sanitaire. À l'inverse, il faut également noter que de nombreuses initiatives de solidarité et de soutien social ont vu le jour durant les périodes de confinement les plus restrictives. Ces actions ont été largement portées par des citoyens engagés bénévolement au sein d'organismes de première ligne, en particulier dans les maisons de repos, les hôpitaux, les centres d'aide pour les personnes sans-abri, immigrées ou victimes de violence, ou la distribution de colis alimentaires.

Habitudes et conditions de vie

De nombreux impacts négatifs en matière d'habitudes et de conditions de vie ont été rapportés au travers des concertations menées dans le cadre de ce travail. Les professionnels interrogés ont identifié **des changements qui touchent à la fois aux habitudes alimentaires, aux problématiques liées à consommation et la surconsommation d'alcool ou de substances psychoactives, à la diminution voire l'arrêt d'activité physique et de loisirs, aux troubles du sommeil renforcés, aux pratiques sexuelles à risque, ou encore à l'apparition ou au renforcement d'un manque d'hygiène.**



« Certains patients diabétiques se sont laissés aller en termes d'alimentation, en se disant que ça allait aller. Pour finir, on les récupère avec des diabètes déséquilibrés où il faut presque reprendre à zéro pour le moment. »

*Éducateur en diabétologie,
service d'aide et soins à domicile*



Parmi les groupes de population les plus touchés, on retrouve les personnes âgées, les personnes isolées, mais aussi les jeunes adultes. À titre d'exemple, de récentes enquêtes sur le territoire belge révèlent que les jeunes adultes sont davantage concernés par un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires actuelles ou sur leur activité physique et qu'il s'agit là d'éléments qui pourraient entraîner des conséquences sur leur santé dans les années à venir (Reginster & Ruyters, 2021). La vie relationnelle, affective et sexuelle des jeunes adultes a également été impactée par la crise avec, par exemple, l'augmentation de pratiques sexuelles à risques.

Les conditions de logement ont également eu un impact important sur la santé de la population. Celles-ci se sont, dans de nombreux cas, détériorées durant la crise sanitaire. En outre, la promiscuité résidentielle due à la densité des quartiers, principalement en zone urbaine, et aux situations de surpopulation dans le logement, couplée avec des caractéristiques matérielles problématiques (mauvais état voire insalubrité, piètres performances énergétiques, etc.) ont encore exacerbé davantage les inégalités sociales de santé (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2021).



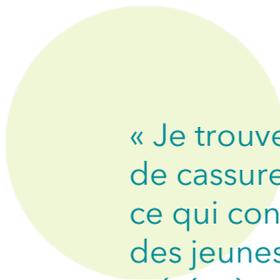
« Certains parents n'ont plus d'argent pour pouvoir acheter de beaux vêtements, pour aller chez le coiffeur, pour les soins de base. Je pense que maintenant, on arrive malheureusement dans une ère où tout le monde n'a plus ce qu'il faut, même pour se chauffer, pour avoir suffisamment pour payer ses factures d'électricité, ses factures d'eau. [...] L'hygiène est donc une des premières choses qui va être impactée chez les jeunes. Avoir des vêtements qui puent pour aller à l'école, ça génère quoi ? Du rejet des autres. Ça génère un mal-être chez le jeune. Il risque de décrocher d'autant plus fort, surtout après deux années où il a été mis en difficulté. »

« [...], on ne sort plus de la maison, on ne bouge plus, on reste en training toute la journée donc, à quoi bon se laver ? »

Chargés de projets,
SAJ



Dans l'ensemble, ces éléments démontrent aussi comment les mesures restrictives de fréquentation des lieux de rencontres et d'échanges, ou celles de pratiques sportives ou culturelles, sans prise en considération des impacts sociaux et communautaires de ces mesures, ont contribué à un déséquilibre propice à la dégradation des conditions de vie, en particulier pour les individus dont le milieu de vie était déjà précaire.



« Je trouve qu'il y a eu beaucoup de cassures, de modifications en ce qui concerne les rythmes de vie des jeunes, leurs habitudes, etc. Il a été très compliqué pour certains jeunes de reprendre un rythme scolaire, celui qu'ils connaissaient avant la crise, où il faut de nouveau se lever, où il faut s'approprier un projet. »

Coordinateur,
MADO



Accès au numérique

Bien que la transition numérique³ ait été initiée avant la pandémie, celle-ci a connu une accélération durant la crise sanitaire comme la résultante des mesures sanitaires de confinement et de distanciation physique (Crawford & Serhal, 2020 ; Madianou, 2020). Ceci a imposé de multiples adaptations à la population dont notamment une utilisation accrue d'internet et des outils numériques (Agence du numérique, 2021). A ce titre, **il devient de plus en plus évident que ce facteur constitue aujourd'hui un déterminant de la santé, car l'accès et l'utilisation des outils numériques permet le recours, parfois exclusif, à un large éventail de services dont dépendent des droits fondamentaux**, tels que l'accès aux soins de santé, bien sûr, mais aussi aux démarches administratives relatives par exemple au logement, aux aides sociales, à la justice ou à l'éducation. Il devient par là même un facteur contribuant à la marginalisation sociale. La digitalisation de nombreux services socio-administratifs (banque, mutuelle, poste, etc.) a également engendré des difficultés administratives en lien avec la vie quotidienne (p. ex., paiement de factures et/ou la crise sanitaire, rendez-vous pour la vaccination, accès au *COVID Safe Ticket*, etc.). Ceci a pu conduire dans certains cas à une aggravation du contexte social des personnes démunies face à cette digitalisation, par exemple avec l'émergence de retards de paiement ou de procédure de recouvrement.



« Les usagers qui devaient faire des démarches, par exemple aller vers des services administratifs traditionnels, ont été confrontés à des services qui étaient organisés en télétravail, par voie numérique, ou au travers de rendez-vous, et donc des services devenus inaccessibles pour un public en situation de grande précarité. Un usager sans-abri, s'il est prêt un jour à faire une démarche et si on lui dit venez dans 4 jours, vous le perdez, c'est terminé. »

Coordinateur,
relais social



Les personnes vivant dans une grande précarité, les personnes âgées, les personnes porteuses d'un handicap sont autant d'exemples de groupes de population susceptibles d'éprouver des difficultés dans l'accès ou l'utilisation de ces services. Bien que de nombreuses initiatives aient été menées pour limiter cet impact, les concertations du terrain montrent clairement que les services d'accompagnement sont insuffisants pour faire face à la fracture numérique.

³ « Une évolution rapide et permanente des innovations numériques » (Brotcorne & Mariën, 2020).

Par ailleurs, en regard des possibilités de soutien social, d'accompagnement, de soins grâce à la téléconsultation, ou d'autres services numériques à la population, il faut souligner que les barrières à leur utilisation étaient autant liées à une limitation des facultés individuelles qu'à des conditions financières à rencontrer pour pouvoir en bénéficier.

Ces limites pouvaient émaner à la fois du bénéficiaire de services et des professionnels qui les dispensent. En effet, de nombreux professionnels nous ont rapporté une inadéquation entre les recommandations de pratiques reçues et les moyens dont ils disposaient.

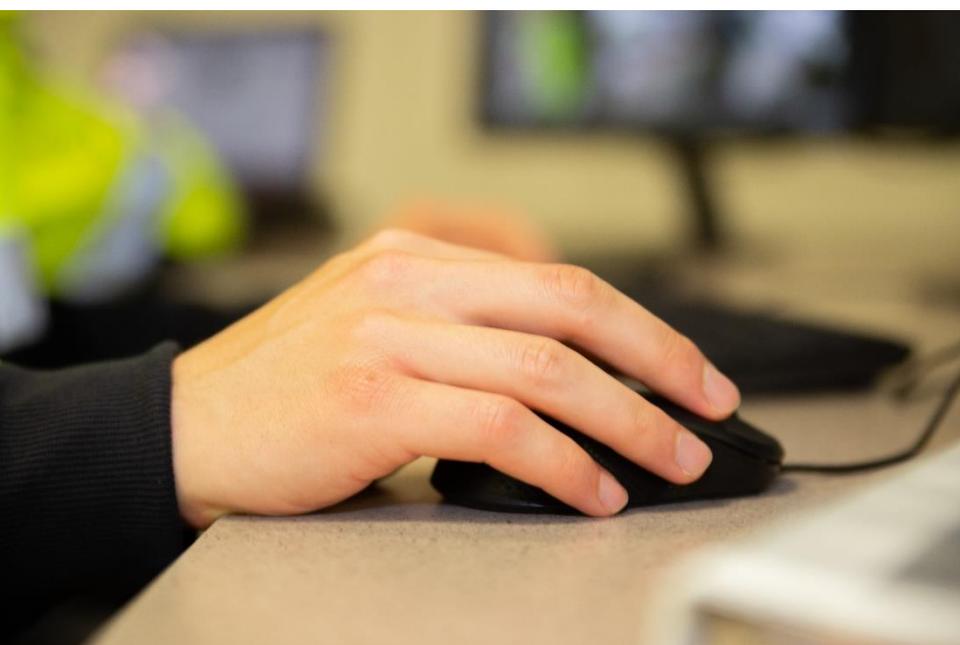


« Dans pas mal de maisons de repos, il n'y a toujours pas un téléphone dans chaque chambre. Les résidents n'ont pas tous un GSM. Le Wi-Fi en maison de repos, ça reste encore du luxe. »

*Assistant social,
association seniors*

« Concernant les contacts par visio-conférence en maison de repos, il n'y a qu'une minorité de personnes âgées qui savent utiliser les tablettes dont nous disposons. Il faut nécessairement les accompagner, rester à côté de la personne au moins le temps que le contact soit établi. Malheureusement, on ne sait pas toujours rester ½ heure à côté de la personne pour l'accompagner. »

*Psychologue, service de
psychiatrie en maison de repos*



LES POINTS D'ATTENTION

Au cours de ce processus, plusieurs principes fondamentaux de la promotion de la santé ont été fortement réaffirmés comme éléments indispensables pour assurer une bonne gestion de la crise socio-sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Ces éléments émanent des observations et des enjeux de la crise identifiés par les professionnels interrogés dans le cadre de ce dispositif. De manière intéressante, ceux-ci coïncident avec des recommandations issues de la littérature scientifique en promotion de la santé au sujet de la gestion de la crise socio-sanitaire, ainsi qu'avec plusieurs objectifs transversaux du WAPPS⁴. Nous nous concentrons dans cette synthèse sur cinq d'entre eux.

1. L'approche de réduction des inégalités sociales de santé

Objectif transversal du WAPPS n°2 : Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé

Pour rappel, les inégalités de santé incluent tout type de différences de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux inégalités sociales de santé ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes (Arcaya et al., 2015 ; Marmot, 2007). Elles concernent l'ensemble du corps social : le gradient social signifie qu'une catégorie d'individus, en fonction de son positionnement dans la hiérarchie sociale, présentera un taux de morbidité et de mortalité moins bon que celui de la catégorie supérieure (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008).

Aplanir ce gradient social de santé suppose l'application de mesures

universelles (s'adressant à l'ensemble de la population) combinées à des mesures proportionnelles ciblées, c'est-à-dire adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations (Observatoire de la Santé du Hainaut, 2017). C'est le principe de l'universalisme proportionné. De ce fait, il est important de viser simultanément (Rochaix & Tubeuf, 2009) :

- l'équité horizontale : les personnes présentant des besoins égaux doivent être traitées équitablement (p. ex., accès aux soins à toutes et tous sans discriminations liées au genre, liées à l'âge, la religion, etc.) ;
- l'équité verticale : les personnes présentant des besoins et/ou des caractéristiques différents doivent être traitées différemment (p. ex, contribution différente selon le revenu au système d'assurance maladie).

⁴ In Plan wallon de Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, pp 72-84, à consulter en ligne : <https://www.avig.be/sites/default/files/2021-10/Plan%20Horizon%2030%20partie%201-FICH.pdf>

2. L'approche de la santé dans toutes les politiques

Objectif transversal du WAPPS n°1 : Promouvoir la santé dans toutes les politiques (*Health in all policies* - HIAP)

L'approche « *Health in all policies* - HIAP » est définie dans la Déclaration d'Adélaïde⁵ comme « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (traduit vers le français par Jacques-Brisson & St-Pierre, 2018).

Cette approche part du principe que la plupart des secteurs et enjeux imbriqués dans les politiques publiques peuvent exercer une influence sur la santé de la population et que l'ensemble de ces politiques doivent pouvoir assumer des responsabilités.

Elle implique, d'une part, que la santé soit prise en considération dans toutes les politiques, qu'elles soient sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme – à tous les niveaux territoriaux et organisationnels (Ståhl et al., 2006). Il s'agit, d'autre part, de créer des ponts entre gouvernements, société civile, universités, entreprises et professionnels de la santé aux niveaux supranationaux, nationaux, régionaux et locaux (Chircop et al., 2014).

Enfin, les objectifs ultimes consistent en l'amélioration de l'état de santé de la population et la réduction des iniquités de santé (Abrassart et al., 2016 ; Leppo et al., 2013).

3. L'approche *bottom-up*, la participation des citoyens et l'*empowerment*

Objectif transversal du WAPPS n°7 : Renforcer l'action communautaire (*bottom-up*), promouvoir la participation citoyenne et l'*empowerment*

Le citoyen, le quartier, la communauté sont le terreau de la société. Pour preuve, durant toute la durée de la crise, une multitude d'actions de solidarité souvent portées par des citoyens engagés bénévolement se sont déployées pour

venir en aide aux personnes âgées, aux familles et aux personnes vulnérables.

La participation, comme outil, voire comme nécessité en promotion de la santé, a comme objectif principal de

⁵ Pour consulter la Déclaration d'Adélaïde : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44390>

permettre aux populations d'avoir accès à une citoyenneté complète, de prendre part à des décisions les concernant, et de devenir actrices de leur vie (Bantuelle et al., 2000).

Elle vient ainsi mettre en évidence l'importance pour les acteurs de la promotion de la santé de veiller à une redistribution du pouvoir aux citoyens et une réelle transformation des conditions sociales (Campagné et al., 2017, cités dans Le Boulengé et al., 2021).

La démarche ascendante (*bottom-up*) permet d'articuler les besoins primaires et prioritaires dans une optique d'action communautaire. En d'autres mots, soutenir et renforcer la participation citoyenne, développer la démarche communautaire en santé, coconstruire les

actions, répercuter les besoins et attentes des citoyens, sont les fondements pour améliorer le bien-être et la santé de tous.

De son côté, l'*empowerment*, individuel ou collectif, consiste avant tout, dans le champ de la santé, à acquérir davantage de contrôle et de maîtrise – ou de pouvoir – sur sa vie et sa santé.

Le processus qui conduit à l'*empowerment* est complexe et peut se situer à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et communautaire.

Le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de soutenir ce processus, c'est-à-dire d'aider les individus et communautés à identifier les obstacles et à les surmonter (Cattaneo & Chapman, 2010; Woodall et al., 2010, cités dans Lambert et al., 2021).

4. L'approche évaluative des démarches en promotion de la santé

Objectif transversal du WAPPS n°4 :

Veiller à l'efficacité des actions et instaurer une culture d'évaluation continue.

Il est important de tirer les leçons de la manière dont notre société a traversé cette crise et dont elle gère actuellement ses impacts. L'évaluation, n'est pas seulement celle d'une action ou d'un projet mais également celle d'un système. Plus globalement, la question est : « Que pouvons-nous apprendre de cette crise ? ». Des réponses sont par ailleurs présentées dans le rapport complet.

Le travail d'évaluation du dispositif actuellement mené par ESPRIst-ULiège dans le cadre des Stratégies concertées Covid permettra d'apprendre d'un tel dispositif. La démarche d'évaluation participative et négociée mise en place

implique la participation de toutes les parties prenantes du dispositif aux différentes étapes de l'évaluation : définitions des questions évaluatives, définitions des critères et indicateurs d'évaluation, construction des outils de collecte d'information, etc. Ainsi, les porteurs de projets lauréats des appels à projets Stratégies concertées sont largement sollicités dans ce dispositif, ils sont à la fois acteurs dans la définition du processus évaluatif et utilisateurs des outils d'évaluation et des résultats. Dans ce cadre, évaluation du dispositif et évaluation des projets sont fortement liées. Ainsi, les outils mis à disposition des opérateurs permettront de collecter de

l'information utile à l'évaluation du dispositif réalisée par ESPRlSt-ULiège mais également utile à l'évaluation que les organismes lauréats feront de leur

projet. La mise en place d'une telle démarche d'évaluation soutient la création d'une culture d'évaluation dans les organismes concernés.

5. L'importance de l'intersectorialité

Objectif transversal du WAPPS n°8 : Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel

Le XXI^e siècle fait face à des défis d'envergure tels que l'urbanisation croissante, le changement climatique, l'augmentation des maladies chroniques et des risques d'épidémies, ou encore, l'aggravation des inégalités sociales de santé.

Ces enjeux sociétaux sont profondément interreliés, dans toute leur complexité. C'est en cela que les réponses à leur apporter doivent puiser leur source dans une collaboration entre différents secteurs d'activités (Abrassart et al., 2017 ; Chircop et al., 2015).

Il en va de même pour la promotion de la santé qui ne peut se déployer pleinement sans le concours des autres secteurs, notamment l'action sociale, l'environnement, le logement, la jeunesse, l'enseignement, l'emploi, la mobilité, l'aménagement du territoire et le développement durable. Ce travail intersectoriel doit se développer et se concrétiser à différents niveaux : politique, institutionnel, opérationnel, tant sur le plan local qu'au niveau régional, en articulation avec toutes les entités fédérées.

Le modèle (conceptuel) de Montigny et al. (2019) présente trois dimensions principales pour que la collaboration intersectorielle soit fructueuse. D'abord,

le processus d'engagement collaboratif doit trouver un juste milieu entre, d'un côté, le partage d'une vision, d'intérêts et de valeurs communes, et, de l'autre côté, le respect de la diversité des perspectives, favorisant ainsi l'émergence de solutions innovantes. Ensuite, la motivation pour l'engagement collaboratif dépend principalement de trois dimensions à savoir l'établissement d'une communication régulière, la création de relations de confiance et la perception d'avantages mutuels. Finalement, les capacités d'actions sont maximisées lorsque des connaissances, des ressources, un leadership et une structure institutionnelle sont mis en commun.

Au centre de la collaboration se trouve un processus d'apprentissage continu. Ainsi la planification doit-elle être flexible, afin de s'adapter aux environnements changeants, aux ressources et intérêts disponibles, au sein de systèmes complexes.

Enfin, la collaboration intersectorielle, s'inscrivant dans un nouveau paradigme de gouvernance et de gestion de projets, s'avère fondamentale pour trouver des solutions et améliorer la santé des populations (de Montigny et al., 2019).

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La présente synthèse résume le rapport du travail effectué durant une année au sein du dispositif des Stratégies concertées Covid, qui peut être consulté sur le site de la FWPSanté⁶.

Ce rapport se limite aux étapes d'analyse de situation, de diagnostic et d'élaboration participative de pistes d'action, avec comme objectifs principaux de décrire les impacts négatifs de la crise sanitaire sur la santé globale et ses déterminants et d'intégrer ces différents éléments d'analyse dans le cadre plus large de la programmation du WAPPS. D'autres étapes méthodologiques devraient prendre place dans la continuité de ce travail, comme la validation de ces pistes par les opérateurs de terrain, l'élaboration participative d'un plan opérationnel d'actions ou la mise en œuvre de ces actions.

Les données récoltées au cours du processus de concertation de ce dispositif ont montré en quoi la pandémie de COVID-19 a pu contribuer à l'amplification des inégalités de santé préexistantes, en particulier au sein de groupes de population qui étaient déjà sujets à l'isolement social, à la fracture numérique ou en situation de précarité financière ou de logement. **Ce travail a révélé la grande diversité des réalités vécues consécutivement à l'adoption des mesures de distanciation ou de confinement, et pourquoi le caractère universel des politiques publiques pourrait s'avérer être un facteur aggravant dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.**

La singularité des situations rencontrées s'explique en effet par une interdépendance complexe entre des déterminants biologiques, sociaux et environnementaux de santé qu'il convient de prendre en compte dans toutes les politiques publiques.

En outre, le caractère exceptionnel et inédit de la situation que nous avons connue s'explique aussi par un phénomène de cumul entre, non seulement, des facteurs de vulnérabilité préexistants et des mesures particulièrement ségrégatives en période de pandémie, mais aussi l'effet conjoint d'autres phénomènes de crises sociétales (énergétique, économique) ou de catastrophes environnementales (inondations en région wallonne) durant cette même période.

Nous avons décrit dans la section précédente un certain nombre de points d'attention qui constituent des principes fondamentaux d'une approche de promotion de la santé. Les entretiens menés durant cette année, ainsi que les ateliers qui ont été organisés, ont souligné l'importance de l'adoption de ces principes en temps de crise sanitaire.

⁶ www.fwpsante.be/le-rapport-des-strategies-concertees-covid-wallonie

À la lumière des constats recueillis, il nous paraît essentiel de rappeler qu'**un processus de concertation des opérateurs de première ligne et des publics fragilisés doit être déployé dès les premiers moments d'une épidémie ou de toute autre crise,**

- d'une part, afin de permettre la mise en place d'actions communautaires adaptées aux publics vulnérables au moment où les besoins s'en font ressentir sur le terrain,
- et d'autre part pour éclairer les décisions des pouvoirs publics et favoriser une plus grande adhésion de la population aux mesures prises, en particulier pour les groupes moins visibles qui sont pourtant à risque élevé de contamination et/ou de forme aggravée de la maladie.

Ceci repose sur une intensification du travail d'ajustement entre les contraintes des politiques publiques ou des administrations et les recommandations émanant de l'expertise de terrain des opérateurs de première et deuxième ligne, en ce compris celle des opérateurs du secteur de la promotion de la santé.

En effet, l'ampleur de la crise que nous avons connue est tout autant liée au virus et au manque de moyens sanitaires pour l'affronter (manque de masques, de tests, de vaccins), qu'au recours à des éléments organisationnels et des mesures politiques trop largement basés uniquement sur un modèle hygiéniste biomédical. Ainsi, il est de plus en plus admis que ce n'est pas seulement la pandémie elle-même qui a aggravé la précarité ou creusé des écarts d'accès aux services de santé et sociaux, mais davantage la gestion politique, sociale et sanitaire de la « crise sanitaire » et les mesures de contrôle et d'endiguement de la pandémie qui en ont découlé (Bergeron et al., 2020 ; Gaille & Terral, 2021 ; Gaudillère et al., 2021). Dans la perspective d'une meilleure préparation à de futurs épisodes épidémiques ou de nouvelles crises sanitaires, il est donc primordial d'insister sur **la prévalence que doit avoir une vision globale des déterminants de la santé et une dynamique de participation citoyenne, favorisant l'empowerment collectif, sur une approche médico-centrée, prescriptive et individuelle.**



Une autre attente fréquemment mentionnée par les différents opérateurs ayant participé aux concertations du dispositif et qui devrait faire l'objet d'une attention particulière pour l'avenir, est la **nécessité d'assurer une mémoire collective des enseignements qui ont pu être tirés de la gestion de crise**. Que ce soit au travers d'un répertoire des bonnes pratiques, de l'évaluation des mesures (de toutes natures) et des actions politiques, ou du maintien à long terme des dynamiques de collaboration et de concertation qui se sont avérées efficaces pour faire face à la crise. Cet effort doit aller plus loin qu'une simple énumération des acteurs à réunir en temps de crise.

Pour construire une société plus résiliente aux crises éventuelles futures, il faut pouvoir s'attacher à **travailler dans une véritable dynamique de prévention qui lutte contre les causes menant aux situations dramatiques**. Par exemple, concernant les groupes de populations en situation de précarité, il faut non seulement faciliter les initiatives ou les mesures d'urgence visant à soutenir ces personnes (p. ex., faciliter l'aide alimentaire en s'appuyant sur l'expérience de la crise ou améliorer la distribution et assurer la gratuité du matériel de protection) mais aussi, et avant toutes choses, identifier et agir sur les déterminants sociaux de la santé et les facteurs structurels (environnement, densité de population, structure d'âge, état de santé initial, état du système de santé, etc.) afin de réduire le recours à ces actions curatives.

Dans ce contexte, un des enseignements du dispositif des Stratégies concertées Covid est **la plus-value qu'apporte le renforcement de la dynamique intersectorielle au niveau local**, qu'il faut pouvoir maintenir à l'avenir. D'une part, celle-ci permet de favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans une problématique de santé, et donc de répondre en partie aux attentes des professionnels en termes de concertation intersectorielle et de partage de pratiques. D'autre part, le renforcement d'actions locales et communautaires est un vecteur de cohésion sociale, grâce à une démarche concertée et construite au départ des besoins des personnes concernées. A titre d'exemple, au regard des nombreuses problématiques de santé mentale rencontrées durant la crise, le travail intersectoriel local est susceptible de faciliter grandement des actions concertées entre des services provenant de différents secteurs (p. ex., santé mentale et handicap) afin d'améliorer la prise en charge des patients ayant évolué vers des états de santé complexes (p. ex., situation de double diagnostic).

La dynamique de concertation incluant une diversité de secteurs et de professionnels est à maintenir et développer, que ce soit sur le terrain ou sur le plan institutionnel et politique. Il s'agit de **mobiliser différents secteurs pertinents pour construire des alliances en faveur de la santé et du bien-être des citoyens.**

L'approche de la santé communautaire, préconisée par le secteur de la promotion de la santé et partagée avec d'autres secteurs de la santé, doit pouvoir être mise en avant en temps de crise aux côtés des expertises médicales et/ou épidémiologiques, car celle-ci a le potentiel de ne pas faire reposer l'effort exclusivement sur les soignants et les infrastructures hospitalières. En mettant l'accent sur la prévention et sur la participation citoyenne, elle s'appuie sur les liens sociaux préexistants et les savoir-faire et compétences relationnelles accumulées par les populations pour mettre en place des mesures de prévention et de santé publique, en laissant une place importante aux non-soignants (Gaudillère et al., 2021).

Au niveau local et régional, le présent dispositif entend poursuivre la mise en place de concertations entre professionnels afin de diffuser les résultats du travail accompli, et les réactualiser en les confrontant aux réalités actuelles. Cet effort doit pouvoir alimenter et éclairer la réflexion collective sur les priorités d'action et les stratégies à mettre en place dans une période à présent qualifiée de post-pandémie, afin de développer, de soutenir ou de renforcer les initiatives et pratiques professionnelles qui ont permis de limiter les impacts négatifs de la crise socio-sanitaire liée à la COVID-19.

RÉFÉRENCES

- Agence du numérique (2021). *Baromètre 2021 de maturité numérique des citoyens wallons*. Digital Wallonia. <https://www.digitalwallonia.be/fr/publications/citoyens2021/>
- Abrassart, A., Graff A.L., & Künzi, K. (2017). *Approche multisectorielle de la promotion de la santé : un guide pour la Suisse romande et le Tessin*. Berne (CH) : Promotion Santé Suisse. 33 p. [https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document de travail 039 PSCH 2017-05 - Approche multisectorielle.pdf](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document%20de%20travail%20039%20PSCH%202017-05_-_Approche%20multisectorielle.pdf)
- Arcaya, MC., Arcaya, AL., Subramanian, SV. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015 Jun 24; 8:27106. doi: 10.3402/gha.v8.27106.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74(11), 964-968.
- Bantuelle, M., Morel, J., & Dargent, D. (2000). *La participation communautaire en matière de santé*. Asbl Santé Communauté Participation.
- Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., Dedieu, F. (2020). *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Po. 136 p.
- Bertejn, J., l'équipe de promotion de la santé de la MC., & Hayette, J. (2022). COVID-19 : amplificateur d'inégalités sociales de santé. *Education Santé*, (385), 3-7.
- Bertier, M., Luyten, J., Tubeuf, S. (2021). Renoncement aux soins médicaux et confinement : les enseignements d'une enquête en ligne. *Regards économiques* ; 162 : 16 p. <https://oer.uclouvain.be/jspui/handle/20.500.12279/809>
- Brisson, J. A., & St-Pierre, L. (2018). *Guide d'implantation de la santé dans toutes les politiques au palier local*. REFIPS.
- Campagné, G., Houéto, D., Douiller, A. (2017). Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. Dans E.Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 331-362). Presses de l'École des hautes Études en santé Publique.
- Champagne, L. (coord.), Malengreaux, S., Doumont, D., Rousseaux, R. (2022). « Chapitre 3 : Synthèse des connaissances : les inégalités sociales de santé au prisme de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 », in Collectif. *Impacts de la crise COVID-19 sur la santé et ses déterminants. Analyse des constats de terrain et proposition de pistes d'action pour agir en promotion de la santé en Région wallonne*. Rapport 2021-2022. <https://www.fwpsante.be/le-rapport-des-strategies-concertees-covid-wallonie/>
- Cattaneo LB, Chapman AR. (2010). The process of empowerment: a model for use in research and practice. *American Psychologist*. 2010;65(7):646-659.

Chircop, A., Bassett, R., & Taylor, E. (2015). Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*, 25(2), 178-191.

Crawford A. & Serhal E. (2020). Digital health equity and COVID-19: The innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. *J Med Internet Res*, 22(6), 1-5. DOI: 10.2196/19361

de Montigny, J. G., Desjardins, S., & Bouchard, L. (2019). The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Global Health Promotion*, 26(2), 41-50.

Gaille, M., Terral, P. (dir.). (2021). *Pandémie. Un fait social total*, CNRS, coll. « Société ».

Gaudillère, J. – P., Izambert, C., Juven, P.-A. (2021). *Pandémo-politique : Réinventer la santé en commun*. Éditions La Découverte. 300 p.

Geurts F., Favresse D. (2022) Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : impact de la crise sanitaire et recommandations, Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, Bruxelles, 2022. <https://www.cbps.be/telecharger/5>

Grignon, M., Couffinal, A., Dourgnon, P., Jusot, F., Naudin, F. (2004). Rapport de recherche réalisé dans le cadre du Programme Sciences biomédicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES Thème 3 : Déterminants sociaux de la santé, <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/doc1571bisMesureImpactDetermNonmedicaux.pdf>

Haschar-Noe N, Lang T. (2018). Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse (FR) : Presses Universitaires du Midi. 522 p.

Horton R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. (IEFH) (2020). *La dimension de genre de la crise du COVID-19 : Note de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes à la demande de madame Nathalie Muylle, ministre fédérale de l'Égalité des chances*. Bruxelles [cité le 09 fev 2022] 8 p. < https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/nota_over_de_genderdimensie_van_de_covid-19_crisis_fr.pdf>

Jourdan, D. (2021). *Les mots pour comprendre la prévention*. Sciences Humaines Éditions. 226 p.

Karakaya G, De Temmerman D, Van Woensel R. (2021). Report de soins des malades chroniques suite à la pandémie Covid-19 : Impact de la Covid-19 sur les prestations de soins. Bruxelles : Mutualités libres (Be).

Kola, L., Kohrt, B.A., Acharya, B., Mutamba, B.B., Kieling, C., Kumar, M., Sunkel, C., Zhang, W., Hanlon, C. (6 Novembre 2021). The path to global equity in mental health care in the context of COVID-19. *The Lancet*, 398 (10312), pp.1670-1672. doi : 10.1016/S0140-6736(21)02233-9. Epub 2021 Oct 7. PMID: 34627492. < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34627492/> >

Kumar, A. & Nayar, R. (2021). COVID 19 and its mental health consequences, *Journal of Mental Health*. 30(1):1-2.

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Deltenre C., Doumont D., Ferron C. (2021). Renforcer le pouvoir d’agir des personnes et des communautés, In : Lambert H (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 5 p.

Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). *Health in all policies-seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health.

Le Boulengé O., Scheen B., Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (2021). S’inscrire dans une démarche participative, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 5 p.

Maisin, C., Damhuis, C., Serré, A. (2020). La crise n’est pas que sanitaire. *La Revue nouvelle*. 2020 ; 3 : 80-85. <https://www.revue nouvelle.be/La-crise-n-est-pas-que-sanitaire>

Maffly-Kipp, J., Eisenbeck, N., Carreno, D. F. & Hicks, J. (2021). Mental health inequalities increase as a function of COVID-19 pandemic severity levels. *Soc Sci Med*. 285. pp.1-8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621006079?via%3Dihub>

Madianou M. (2020). A second-order disaster? Digital technologies during the Covid-19 pandemic. *Social Media+Society*, 1-5. <https://doi.org/10.1177/2056305120948168>

Marmot, M., Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* (London, England), 370(9593), 1153-1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)

Mein, S.-A. (2020). “Covid-19 and Health Disparities : The Reality of “the Great Equalizer””. *J Gen Inter Med*.35 (8):2439-40.

Moquet, M.J. (2008). Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La Santé de l’homme*, 397,17-19.

Observatoire de la Santé du Hainaut (2017). *L’universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé*. https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2017-05-09_SEMISS_Universalisme_proportionne_07-03-2018.pdf

Reginster, I., Ruyters, C. (dir.) (2021). Indice de situation sociale de la Wallonie (ISS-8e exercice). Focus sur les impacts de la crise de la Covid-19 sur les conditions de vie et les inégalités sociales en Wallonie. Rapport de recherche de l’IWEPS, N° 45. <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2021/10/RR45-ISS-complet-final-1.pdf>

Renault-Tessier, E., Carton, M., Meng, M-F., Milder, M., Angellier, E., Bouleuc C & Mino J-C. (2021). Expérience de soins et de la vie quotidienne pendant le confinement sanitaire national chez des patients suivis et traités en centre de lutte contre le cancer : l’enquête BaroCov. *Bulletin du Cancer*. 108 (5) : 481-489. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000745512100103X>

Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., Van den Broeck, K. (2021). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575553>

Revil, H., Blanchoz, JM., Bailly, S., Olm, C. (2020). Renoncer à se soigner pendant le confinement. Premiers résultats d'enquête. Grenoble : Odenore/Assurance maladie en collaboration avec HP2 et VizGet (Fr). https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/rapport_renoncer_a_se_soigner_pendant_le_confinement.pdf

Rochaix, L., Tubeuf, S. (2009). Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications. *Revue économique*, 60, 325-344.

Sciensano. Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles : Sciensano (Be) ; Mai 2020 ; 24 p.

Sciensano. Cinquième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles : Sciensano (Be) ; Décembre 2020 ; 60 p.

Semah, H. (2021). L'impact du COVID-19 sur les inégalités entre les femmes et les hommes à Bruxelles. Demain ne peut être pire qu'hier pour l'Égalité. [En Ligne] Bruxelles : Conseil Bruxellois de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (Fr) .101 p. <
http://www.adviesraad-gelijke-kansen.irisnet.be/wp-content/uploads/2021/04/CONSEIL-BXL-EGALITE-FEMMES-HOMMES_RAPPORT-Fr-COVID19-2021_DEF-003.pdf

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

Stok, F.M., Bal, M., Yerkes MA., de Wit, JBF. (2021). Social Inequality and Solidarity in Times of COVID-19 *International Journal of Environmental Research and Public Health* ; 18 (12) : 6339.

The Lancet. (2021). Brain health and its social determinants. *Lancet*. Sep 18 ; 398 (10 305) : (21) 02085-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621020857?via%3Dihub>

Van Damme, W. Dahake R, Delamou A, Ingelbeen B, Wouters E, Vanham G, et al. (2020). The COVID-19 pandemic : diverse contexts; different epidemics– how and why? *BMJ Glob Health*; 5: <https://gh.bmj.com/content/5/7/e003098>

Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa, *Health Promotion International*, Volume 35, Issue 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184433/>

Woodall J, Raine G, South J, Warwick-Booth L. Empowerment & health and well-being: evidence review. Project Report. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University. 2010:1-36.

REMERCIEMENTS

Au nom de l'ensemble des opérateurs chargés de la mise en œuvre du dispositif des Stratégies concertées Covid Wallonie, nous remercions chaleureusement tous les professionnels qui ont donné de leur temps pour participer aux ateliers et aux entretiens menés dans le cadre de la concertation, ainsi que toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration du rapport complet et de cette synthèse.



LE COMITÉ DE COORDINATION DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID WALLONIE :



**OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS**



Avec la participation de



Avec le soutien
de la Wallonie.

