

**Stratégies
concertées
Covid
Wallonie**



IMPACTS DE LA CRISE COVID-19 SUR LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS

Analyse des constats de terrain
et proposition de pistes d'actions
pour agir en promotion de la santé
en Région wallonne

www.fwpsante.be/strategies-concertees-covid-19

**RAPPORT
2021
-
2022**

IMPACTS DE LA CRISE COVID-19 SUR LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS



Analyse des constats de terrain
et proposition de pistes d'actions
pour agir en promotion de la santé
en Région wallonne

ÉDITION ÉLECTRONIQUE

Disponible sur www.fwpsante.be/strategies-concertees-covid-19

RÉDACTION

(Par ordre d'intervention) Frédéric Peters¹, Estelle Georin², Léa Champagne³, Ségolène Malengreaux³, Dominique Doumont³, Rachelle Rousseaux³, Sanaâ Belayachi⁴, Estelle Dessaint⁴, Aurélia Di Martino⁴, Céline Dispa⁴, Célestine Gallez⁴, Pauline Mignon⁴, Sandra Murru⁴, Florence Poukens-Renwart⁴, Laurie Saulnier⁴, Charlotte Thibaut⁴, Héline Zabeau⁵, Christian Dongmo⁵, Sarah Demart⁵, Bernadette Taeymans¹.

RELECTURE

Murielle Wansard², Delphine Matos Da Silva⁶, Ludivine Teller⁶

MISE EN FORME

Ludivine Teller⁶



AVEC LE SOUTIEN
DE LA WALLONIE



NOTE DE LA RÉDACTION

En matière d'écriture inclusive, le choix a été fait d'appliquer dans ce document les recommandations du guide « Inclure sans exclure : les bonnes pratiques de rédaction inclusive », publié par la Direction de la Langue française de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

(Anne Dister et Marie-Louise Moreau. (2020). Inclure sans exclure. Les bonnes pratiques de rédaction inclusive. Bruxelles : Direction de la Langue française – Service général des Lettres et du Livre - Fédération Wallonie-Bruxelles).

TABLER DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 Introduction	7
CHAPITRE 2 Évaluer un dispositif de Stratégies concertées Covid en lien avec la gestion et le suivi de l'épidémie COVID-19 en Wallonie	21
CHAPITRE 3 Synthèse des connaissances : les inégalités sociales de santé au prisme de la crise sanitaire liée à la COVID-19	35
CHAPITRE 4 Impact de la crise COVID en Région wallonne : vécu et attentes de professionnels de terrain et de leurs publics	91
CHAPITRE 5 Concertation régionale : l'apport de la promotion de la santé à la gestion de l'épidémie de COVID-19	173
CHAPITRE 6 Synthèse et perspectives	217

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Fédération Wallonne de
Promotion de la Santé

Frédéric Peters

SOMMAIRE

1. CONTEXTE PANDÉMIQUE ET NAISSANCE DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID.....	9
2. IMPACT DE LA COVID-19 VU PAR LE PRISME DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ	10
2.1. Les déterminants de la santé.....	11
2.2. Les inégalités sociales de santé.....	12
3. DESCRIPTION DU DISPOSITIF ET CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	13
3.1. Objectifs des Stratégies concertées Covid.....	13
3.1.1. Objectifs généraux.....	13
3.1.2. Objectifs opérationnels	13
3.2. Organigramme et mise en œuvre du dispositif.....	14
3.2.1. Pilotage.....	15
3.2.2. Opérateurs chargés de la mise en œuvre	15
3.2.3. Porteurs de projet	15
3.3. Étapes du processus de mise en œuvre du dispositif.....	16
3.4. Spécificités et contraintes méthodologiques.....	18
4. REFERENCES.....	20

1. CONTEXTE PANDÉMIQUE ET NAISSANCE DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID

La pandémie de COVID-19 a durablement et profondément affecté le fonctionnement de notre société et la santé de la population mondiale. En Wallonie, ce sont plus de 1,3 millions de contaminations par la COVID-19 et plus de 11 400 décès qui ont été comptabilisés entre mars 2019 et juillet 2022 (Sciensano, 2022)¹. Au niveau mondial, la surmortalité, c'est-à-dire les décès associés directement à la COVID-19 (dus à la maladie) ou indirectement (dus aux conséquences de la pandémie sur les systèmes de santé et la société) a récemment été estimée à 14,9 millions de personnes pour les années 2020 et 2021 (Organisation mondiale de la Santé - OMS, 2022). Bien que l'ampleur de ces chiffres constitue à elle seule une préoccupation majeure, l'impact des problématiques liées à la gestion de la pandémie (dont le confinement constitue une cause déterminante) a dépassé rapidement le spectre médical, soulevant de nombreux enjeux de société sur le plan politique, économique, social ou éthique. Pour les pouvoirs publics, un des défis majeurs dans ce contexte a été d'adopter les mesures les plus justes et les plus efficaces pour réduire la propagation de la maladie. La complexité de la situation a imposé de considérer de nombreux aspects dans cette réflexion, comme la volonté de limiter l'atteinte aux libertés individuelles, la nécessité de mobiliser la responsabilité citoyenne de la population, la validité scientifique des arguments apportés pour justifier les mesures prises mais aussi l'équité de chacun face aux effets de celles-ci. En effet, un des risques majeurs liés aux choix posés dans un contexte sanitaire aussi restrictif est une amplification des inégalités sociales, qu'elles soient relatives à l'accès aux moyens de prévention et aux soins de santé globale, au logement, à la culture ou à des revenus minimums adéquats. La vigilance que ce constat implique semble d'autant plus nécessaire qu'elle intervient dans un environnement mondial où le risque de pandémie est grandissant (Jones et al., 2008), et où la fracture sociale est croissante (OCDE, 2017).

Les réponses apportées par les pouvoirs publics pour limiter l'étendue et la gravité de ces conséquences ont été nombreuses et variées. Toutefois, en dépit d'un arsenal sans précédent de mesures sanitaires, économiques, législatives et réglementaires destinées à contenir la propagation de la maladie ou à soutenir les personnes physiques et morales impactées par la crise, l'urgence sanitaire et sociale de la situation a souvent imposé aux professionnels de première et deuxième ligne, ainsi qu'aux citoyens eux-mêmes, d'initier des actions pour faire face aux diverses situations rencontrées. Dans ce contexte, un dialogue entre le secteur de la promotion de la santé et le cabinet de Madame Christie Morreale, Vice-Présidente du Gouvernement wallon, ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale et de l'Économie sociale, de l'Égalité des Chances et des Droits des Femmes, a permis de souligner la nécessité de mettre en place un dispositif de concertation capable non seulement d'identifier les besoins des publics fragilisés par la crise, mais également de soutenir et de coordonner les initiatives, existantes ou à développer, susceptibles d'y répondre.

En mai 2021, une note du Cabinet de Madame Christie Morreale a donc été déposée au Gouvernement wallon, détaillant le cadre de ce dispositif, appelé « Stratégies concertées Covid » et défini sur base de la concertation du secteur de la promotion de la santé. Cette note, incluant l'allocation d'un budget de

¹ « Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 5 août 2022 de Sciensano consultable à l'adresse : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly%20report_20220805%20-%20FR.pdf »

2 millions d’euros pour une période d’un an, soit jusqu’au 30 septembre 2022, a consécutivement été approuvée par le gouvernement wallon. Le présent document constitue le premier rapport issu du travail effectué durant cette période, depuis la description de son organisation jusqu’à la synthèse des informations résultant des processus de concertation qui ont pu être menés dans ce cadre.

Il convient de mentionner que la mise en œuvre du dispositif des Stratégies concertées Covid s’inscrit dans un contexte législatif plus large en Région wallonne concernant le secteur de la promotion de la santé. En effet, un Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (WAPPS), balisant l’action du secteur, a été proposé en 2018 sur base d’une large concertation ([lien vers le WAPPS](#)). Parallèlement aux objectifs liés à la réduction des impacts de la pandémie de COVID-19, le présent travail a donc permis d’alimenter l’élaboration de priorités d’actions dans la finalisation du cadre d’application du Décret wallon de Promotion de la Santé et Prévention.

Dans ce premier chapitre introductif, nous contextualiserons tout d’abord le travail effectué en décrivant quelques éléments-clés d’une approche en promotion et prévention de la santé afin de mieux appréhender les objectifs, la nature et le fonctionnement du dispositif. Une des principales caractéristiques de ce projet est d’avoir intégré une démarche évaluative du dispositif lui-même au sein du cadre méthodologique. Le second chapitre sera consacré à décrire en quoi consiste cette évaluation et comment celle-ci est amenée à contribuer à la mise en œuvre du WAPPS. Le troisième chapitre reprendra les principaux éléments qui ressortent de la synthèse des connaissances issues de la littérature scientifique et grise sur les impacts différenciés de la pandémie par groupes de population. Une version plus exhaustive de cette revue est disponible auprès du Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO/IRSS de l’Université Catholique de Louvain (UCLouvain). Les résultats du processus de concertation qui a été mené au niveau local, au travers de nombreux entretiens réalisés sur tout le territoire wallon, seront exposés dans le quatrième chapitre de ce document. Le cinquième chapitre sera consacré quant à lui à la description du processus de concertation régionale, en présentant les résultats issus de deux ateliers participatifs et d’entretiens individuels dédiés à des thématiques centrales dans l’analyse de l’impact de la pandémie en région wallonne. Enfin, le sixième et dernier chapitre établit, à partir de ces différentes sources d’information, une vision unifiée des constats principaux, des objectifs prioritaires et des pistes d’actions à soutenir ou à développer en matière de prévention et de réduction des risques liés à la COVID-19 en Wallonie.

2. IMPACT DE LA COVID-19 VU PAR LE PRISME DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Étudier et agir sur les problématiques de santé causées par une maladie infectieuse émergente, comme la COVID-19, ne doit pas se limiter à considérer son impact au niveau médical ou ses caractéristiques virologiques et épidémiologiques. La santé doit être ici perçue dans sa globalité, c’est-à-dire comme un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’invalidité (selon la définition de l’OMS). Cette vision holistique de la santé constitue un des principes fondateurs pour le secteur de la promotion de la santé. Elle repose sur le principe selon lequel la santé dépend de nombreux facteurs exogènes au traitement des maladies elles-mêmes. Agir efficacement et durablement sur les problématiques de santé, c’est avant

tout intervenir en amont de celles-ci, en considérant l'ensemble des déterminants qui influencent, positivement ou négativement, la santé de la population.

Dans le contexte de la pandémie liée à la COVID-19, l'approche au travers de la promotion de la santé se définit donc par la volonté d'envisager l'impact de la pandémie sur l'ensemble des déterminants de la santé (voir figure 1 pour des exemples), c'est-à-dire non seulement en prenant en compte les conséquences liées à la contamination elle-même, mais aussi l'influence qu'a pu avoir l'adoption de mesures sanitaires sur des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux.

Bien qu'une présentation exhaustive des différents modèles théoriques des déterminants de la santé dépasserait largement le cadre de ce document, il nous apparaît nécessaire d'introduire les principales catégories de déterminants afin de faciliter la compréhension des résultats qui seront décrits dans les prochains chapitres. Le lecteur intéressé trouvera une description plus détaillée à ce sujet en consultant par exemple les synthèses de connaissances de RESO (Lambert et al., 2021).



Figure 1. Quelques exemples de déterminants de la santé.

2.1. Les déterminants de la santé

La nature et le nombre de déterminants de la santé peuvent varier selon les modèles théoriques envisagés, mais la plupart de ces modèles s'accordent sur l'existence de deux grandes catégories de déterminants qui peuvent interagir dans leur influence sur l'état de santé de la population : les facteurs individuels, et les facteurs collectifs et environnementaux. Au niveau individuel, on retrouve souvent les caractéristiques, innées ou acquises, qui définissent l'individu du point de vue démographique, biologique et socioéconomique, ou qui le décrivent au travers de ses modes de vie, ses comportements ou ses compétences personnelles (à titre d'exemple, voir la figure 2 illustrant la carte des déterminants de la santé, Anctil, 2012). Les facteurs collectifs et environnementaux regroupent les caractéristiques sociales et communautaires (ex. milieux de vie, environnement familial), structurelles (ex. systèmes de

santé et d'éducation, emploi, mobilité) et contextuelles (ex. conditions socio-économiques, politiques, culturelles ou environnementales).

Il apparaît à l'examen de ces divers déterminants qu'un individu ne possède pas la même faculté d'agir sur ceux-ci. Si un certain niveau de contrôle ou des changements peuvent être apportés par l'individu lui-même sur certains déterminants, comme les habitudes de vie (tabagisme, alimentation), d'autres déterminants sont majoritairement ou intégralement hors de son champ d'action (ex., les conditions socio-économiques). Il en résulte que la promotion de la santé a pour objectif non seulement de donner aux individus et à la collectivité les moyens d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé, mais aussi d'identifier les conditions environnementales propices à une amélioration de la santé de la population en général et des groupes fragilisés en particulier.

Enfin, ajoutons qu'il est aussi largement admis dans ces modèles que les différents déterminants peuvent interagir entre eux. Ceci implique que la relation entre la qualité de la santé d'une population et ses déterminants est le plus souvent de nature multifactorielle et indirecte, s'exprimant par l'intermédiaire d'une chaîne de causalité plus ou moins complexe. Pour influencer positivement sur l'état de santé de la population, il faudra donc dans de nombreux cas privilégier un plan d'actions ciblant plusieurs déterminants.

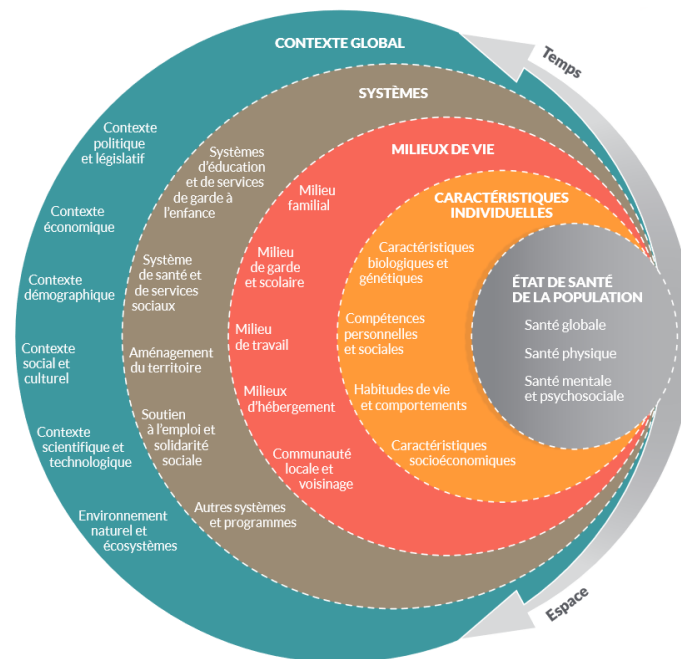


Figure 2. La carte des déterminants de la santé (Anctil, 2012).

2.2. Les inégalités sociales de santé

L'existence d'inégalités sociales de santé est aujourd'hui solidement établie dans la plupart des pays industrialisés (De Koninck et al., 2009). On constate que les personnes de diverses couches sociales ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre leur niveau de santé optimal (Ridde et al., 2007). Les populations socio-économiquement désavantagées sont en effet plus fréquemment affectées par divers problèmes de santé. Cette disparité dépend d'une multitude de facteurs et l'étude de cette relation causale est un axe central de la recherche et de la pratique en promotion de la santé

(De Koninck et al., 2009). Une constante qui ressort de ces travaux et pratiques est que parmi les déterminants de la santé présentés plus haut, ce sont les déterminants sociaux et environnementaux qui jouent un rôle prépondérant dans cette dynamique d'inégalités entre les groupes de population.

Nous avons mentionné dans cette section que la pandémie liée à la COVID-19 avait affecté le fonctionnement de nombreux systèmes de notre société, largement au-delà du système de santé, que ce soit par exemple le fonctionnement des sphères éducationnelles, professionnelles, de l'action sociale ou de la mobilité. Or, ces facteurs déterminent non seulement l'état de santé global de la population, mais leur dysfonctionnement est aussi susceptible de représenter un terrain fertile à une amplification des inégalités sociales de santé. L'approche au travers de la promotion de la santé qui est adoptée dans le présent dispositif des Stratégies concertées Covid, basée sur une vision holistique de la santé et sur les réalités perçues sur le terrain, constitue une approche particulièrement adaptée à l'étude de ces conséquences. Elle vient renforcer les autres dispositifs de veille sanitaire ou de soutien mis en place par les pouvoirs publics, en y apportant une analyse qualitative complémentaire. Dans la section suivante, nous présentons dans un premier temps les principaux objectifs de travail qui ont été fixés lors de la mise en place du dispositif, durant l'été 2021, avant d'en détailler la méthodologie, l'organisation et les étapes du processus.

3. DESCRIPTION DU DISPOSITIF ET CADRE MÉTHODOLOGIQUE

3.1. Objectifs des Stratégies concertées Covid

3.1.1. Objectifs généraux

La note au gouvernement publiée par le cabinet de Madame la Ministre Morreale définit le cadre du dispositif des Stratégies concertées Covid et énonce les objectifs généraux de celui-ci à court, moyen et long terme. A court et moyen terme, ce dispositif entend développer et mettre en œuvre les outils et moyens les plus adaptés pour prévenir la propagation de la COVID-19, promouvoir la campagne de vaccination contre la maladie à coronavirus et réduire les risques psycho-sanitaires y afférant. A long terme, deux objectifs généraux sont identifiés. D'une part, il s'agit de réduire les impacts négatifs de la crise sur la santé globale et ses déterminants, en vue d'inscrire dans la durée une stratégie globale et intégrée de santé dans toutes les politiques, telle que prévue par le Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (WAPPS). D'autre part, l'objectif est de nourrir les réflexions qui seront menées dans le cadre des Assises de première ligne de soins dans l'esprit de la Déclaration de Politique Régionale (DPR) qui prévoit que : « Les politiques de promotion et de prévention de la santé seront intégrées de manière structurelle dans la réorganisation des zones de soins et dans la redéfinition des rôles et le partage des tâches au sein de la première ligne et entre la première et deuxième ligne » pour renforcer l'articulation entre le secteur de la promotion de la santé et la première ligne de soins.

3.1.2. Objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels se déclinent quant à eux en deux volets de concertation et d'action :

1. D'une part, le dispositif prévoit la désignation d'une coordination des Stratégies concertées. Celle-ci est chargée de développer une stratégie d'action dont l'application se déploie au départ de l'existant, et de mutualiser les ressources en renforçant les efforts de partenariat et en élargissant la concertation à de nouveaux partenaires, en priorité la santé mentale, l'action sociale et la première ligne. Il s'agit aussi d'intégrer des données d'évaluation dans la régulation de la stratégie.
2. D'autre part, afin de répondre aux besoins urgents des opérateurs de terrain, deux appels à projets ont été lancés respectivement à la fin de l'été et durant l'automne 2021. Le premier appel à projets était destiné à déployer des actions de gestion des risques sanitaires mais aussi psychosociaux liés aux épisodes de confinement et de déconfinement. Le second s'articulait autour d'axes prioritaires définis sur base d'une première analyse des besoins et des attentes prioritaires des citoyens, réalisée par la coordination des Stratégies concertées Covid et validée par le comité de pilotage (voir la section 3.2 pour une définition de ces organes et le Chapitre 5, section 2.2, pour la description de ce travail).

3.2. Organigramme et mise en œuvre du dispositif

Afin de mener à bien ces objectifs, le dispositif déployé inclut dans son organigramme une série d'opérateurs complémentaires issus du secteur de la promotion de la santé et renforce la dynamique de partenariat en intégrant un encadrement multisectoriel (voir Figure 3).



Figure 3. Organigramme des Stratégies concertées Covid

3.2.1. Pilotage

Le dispositif a été piloté par un **comité de coordination générale et transversale**. Cet organe a pour missions de définir les axes prioritaires des appels à projets et d'œuvrer à l'atteinte des objectifs visés par ces derniers sur base du résultat des diagnostics territoriaux et des concertations. Il est composé comme suit :

- Le pouvoir subsidiant, c'est-à-dire le cabinet de la Ministre de la Santé et de l'Action Sociale.
- L'Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ) dont SURVMI (cellule de surveillance des maladies infectieuses). L'agence est aussi responsable de la gestion administrative du dispositif.
- La coordination désignée des Stratégies concertées Covid (Fédération Wallonne de Promotion de la Santé, Observatoire du sida et des sexualités, Question Santé, les 9 Centres Locaux de Promotion de la Santé en Wallonie).
- L'opérateur en charge de l'évaluation du dispositif (ESPRIST-ULiège).
- Le représentant désigné du secteur de la santé mentale (le Centre de Référence en Santé Mentale - CRéSaM).
- Les représentants désignés du secteur de l'action sociale (le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté - RWLP ; les Relais Sociaux).
- Le représentant désigné des pouvoirs locaux (Union des Villes et Communes de Wallonie - UCVW).

3.2.2. Opérateurs chargés de la mise en œuvre

Des opérateurs ont été désignés et financés pour coordonner, encadrer ou réaliser les différentes opérations du dispositif. Ils sont désignés dans ce rapport comme « **la coordination des stratégies concertées** ». Comme mentionné plus haut, ces opérateurs ont été chargés de missions spécifiques mais complémentaires au regard des objectifs collectifs :

- La Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (FWPSanté) est chargée d'assurer la coordination opérationnelle du dispositif et la **coordination régionale** de la concertation.
- L'Observatoire du sida et des sexualités fournit un soutien méthodologique au dispositif et assure la **coordination régionale** de la concertation avec la FWPSanté.
- Question Santé est chargé de renforcer et d'anticiper la stratégie de **communication** du dispositif.
- ESPRIST-ULiège permet la mise en place d'un **processus d'évaluation** tout au long de ce travail.
- L'ensemble des 9 Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) en Région wallonne assure la **coordination locale** du dispositif grâce au déploiement de Points d'Appui Covid locaux.
- Le Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO/IRSS de l'UCLouvain réalise une **revue de la littérature grise et scientifique** (belge et internationale) en guise de soutien d'ordre scientifique et méthodologique. Cette revue est mise à disposition sous la forme de fiches de synthèse de connaissances. Le RESO facilite également certains ateliers de travail liés aux Stratégies concertées. Il n'a pas été financé pour ces activités, mais a été reconnu compétent par l'ensemble des acteurs de la coordination.

3.2.3. Porteurs de projet

Les projets financés par le biais des appels à projets publiés à la fin de l'été et durant l'automne 2021, constituent également une part importante des actions menées dans le cadre du dispositif. Au total,

ce sont 34 projets qui ont été financés dans le cadre des Stratégies concertées, pour un budget total alloué de 1 040 000 euros. 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 ; voir Figure 4). Les thématiques abordées dans ces projets sont également diverses (sensibilisation à la vaccination, réduction de la fracture numérique, alimentation, consommation de drogues en période de confinement, etc.) et concernent des public-cibles variés (publics précarisés, populations issues de l’immigration, personnes âgées, familles monoparentales, etc.). Une liste exhaustive des projets subventionnés est disponible en annexe (voir annexe 1).

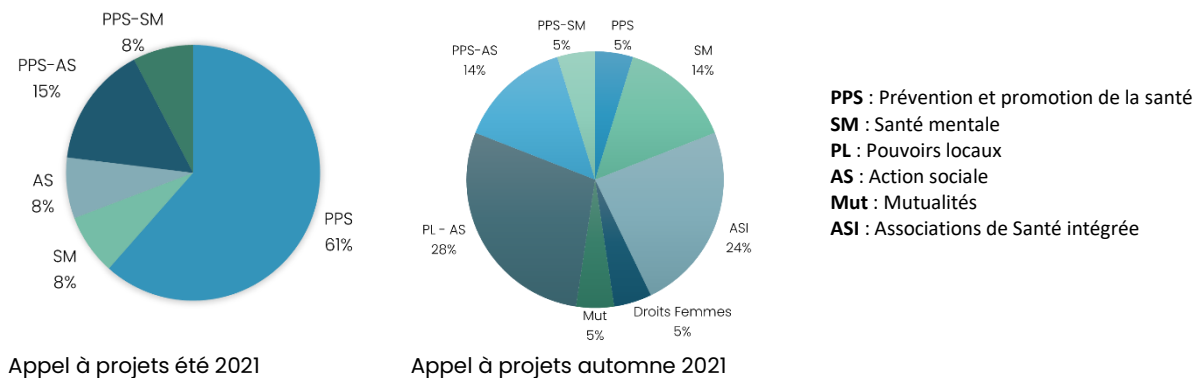


Figure 4. Appartenance sectorielle des lauréats des appels à projets

3.3. Étapes du processus de mise en œuvre du dispositif

La coordination des Stratégies concertées a délimité ses actions en quatre axes de travail qui sont détaillés ci-après :

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

La nature ascendante (*bottom-up*) et participative du dispositif est au centre de la dynamique de concertation de cet axe de travail. En effet, les choix méthodologiques se caractérisent par la diversification des sources d’information (données issues de la littérature, savoirs professionnels et expérimentiels, etc.) susceptibles d’alimenter la réflexion, mais surtout par l’implication active des professionnels de première et deuxième ligne dans ce processus. Les éléments diagnostiqués et les pistes d’actions qui ont été collectées au cours du processus de concertation proviennent de quatre sources d’informations différentes (voir la figure 5) :

- *Revue de littérature* : une revue de la littérature scientifique et grise a été réalisée conjointement par le RESO (UCLouvain) et l’OSS (ULB) en portant leur attention sur des publics cibles pour lesquels l’impact de la pandémie de COVID-19 a été particulièrement important.
- *Entretiens locaux* : une centaine d’entretiens auprès de professionnels poursuivant des objectifs de promotion de la santé a été menée au niveau local. 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 des priorités d’actions dans le

secteur de la promotion de la santé liés à la gestion de crise. Les participants à ces ateliers provenaient de différents secteurs de la santé ou du social pour apporter leurs savoirs professionnels et expérientiels dans des groupes de travail organisés par thématiques.

- *Entretiens régionaux* : pour approfondir les thématiques largement abordées lors des ateliers participatifs et dans le but d'intégrer une vision régionale complémentaire, 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.

Au départ de ces différentes sources d'informations, les données ont ensuite été analysées et synthétisées. Cette synthèse doit servir à orienter les actions destinées à lutter contre les impacts à long terme de la COVID-19 sur les déterminants de la santé mais aussi à instaurer plus globalement une meilleure gestion des risques liés aux maladies infectieuses.

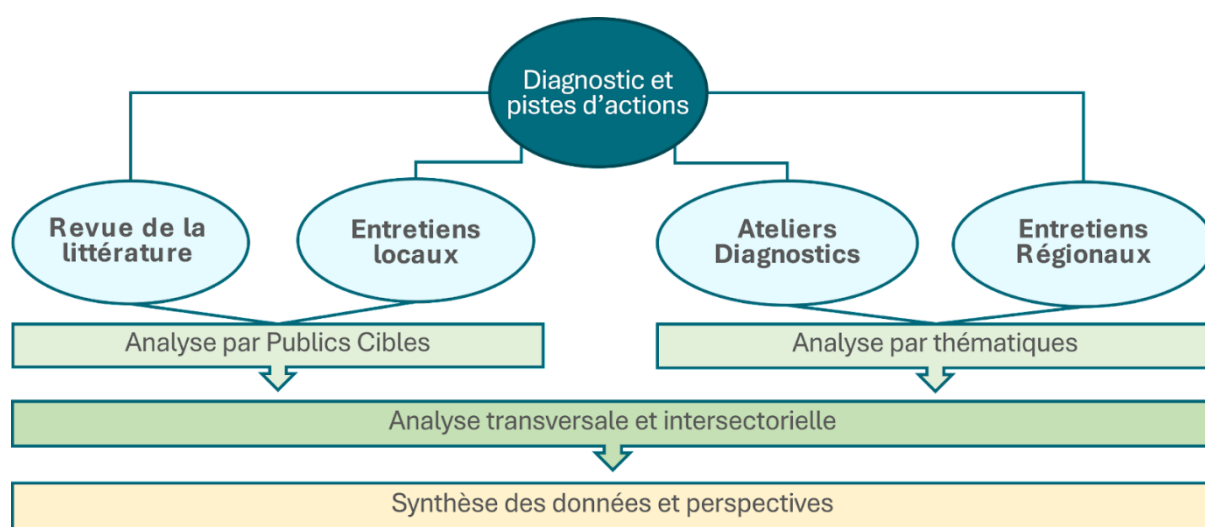


Figure 5. Schéma du processus de concertation et d'élaboration de repères stratégiques

❖ 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. Les CLPS sont les interlocuteurs privilégiés pour mener à bien cette mission. Un accompagnement méthodologique a été proposé aux porteurs de projet afin de les soutenir dans le développement de leur réflexion comme dans la mise en œuvre du projet, entre autres grâce à des ressources utiles et des outils pratiques (centre de ressources).

L'accompagnement est individuel, spécifique à chaque projet et centré sur sa réalité locale. Il est mis en place à la demande de chaque opérateur, peu importe le stade de développement de son projet et déployé en fonction de ses besoins spécifiques.

❖ AXE 3 : Evaluer 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 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 se veut 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.

Le matériau issu de ces deux rencontres a servi de base à la construction d'un canevas d'évaluation commun comprenant des indicateurs transversaux à récolter par tous les porteurs de projet. Une offre de soutien à l'évaluation est par ailleurs proposée aux parties prenantes afin de documenter ces indicateurs utiles à l'évaluation du dispositif.

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

Les Stratégies concertées Covid sont aussi l'occasion de mettre en lumière le travail des acteurs de terrain et les atouts de l'intersectorialité. Pour ce faire, une rubrique entièrement dédiée aux Stratégies concertées a été développée sur le site web de la FWPSanté. Outre le descriptif du processus, chacun des projets financés dans le cadre des Stratégies concertées y dispose également d'une fiche de présentation. Par ailleurs, les projets sont régulièrement mis en lumière au travers de reportages et d'interviews (vidéos et écrits) réalisés par Question Santé. Ces reportages et les actualités des Stratégies concertées sont diffusés via les canaux de communication de la FWPSanté (Facebook, LinkedIn, newsletter mensuelle).

3.4. Spécificités et contraintes méthodologiques

La mise en place du dispositif des Stratégies concertées Covid s'appuie sur des démarches préexistantes dans le secteur de la santé. En effet, des dispositifs similaires de concertation ont déjà été déployés dans le passé afin de faire face à des contextes sanitaires nécessitant la création d'espaces d'échange et la coordination des actions en lien avec ces problématiques. Depuis 2004, les Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/hépatites/VIH (www.strategiesconcertees.be) travaillent à l'élaboration des analyses de situation et à la construction de plans opérationnels destinés à améliorer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé dans ce domaine. De la même façon, les Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF), nées en 2008, visent à coordonner les acteurs concernés par les MGF (www.strategiesconcertees-mgf.be). Cette mise en réseau d'acteurs de terrain doit permettre non seulement de favoriser les collaborations intersectorielles, mais aussi de définir ensemble des priorités d'action et établir des repères pour orienter les politiques publiques et la pratique professionnelle en promotion de la santé. Néanmoins, bien que les méthodes de travail mises en place dans le cadre des Stratégies concertées Covid s'inspirent de ces expériences passées, le contexte de la crise liée à la maladie à coronavirus a nécessité des adaptations méthodologiques ou des approches spécifiques qui doivent être soulignées.

Ainsi, la méthodologie des Stratégies concertées dans ces autres domaines (IST/SIDA et MGF) repose sur la gestion de cycles de projet en santé (Green et Kreuter, 2005) décomposée en plusieurs étapes, partant de l'analyse de situation jusqu'à la mise en œuvre des plans d'action et la régulation des pratiques (voir Figure 6). La durée de ces cycles est généralement de plusieurs années (2 à 5 ans), et un cahier de recommandations issu de ce travail est publié au terme du cycle. Bien qu'une méthode de gestion de cycles ait été aussi adoptée dans le cas des Stratégies concertées Covid, le présent document concerne le travail effectué durant une durée d'un an, correspondant à la période de financement initial du dispositif des Stratégies concertées. Il se limite par conséquent aux étapes d'analyse de situation, de diagnostic et d'élaboration participative de pistes d'actions. Les étapes ultérieures, comme la validation de ces pistes, l'élaboration d'un plan opérationnel d'action ou la mise en œuvre de ces actions seront menées dans la continuité de cette période d'un an.

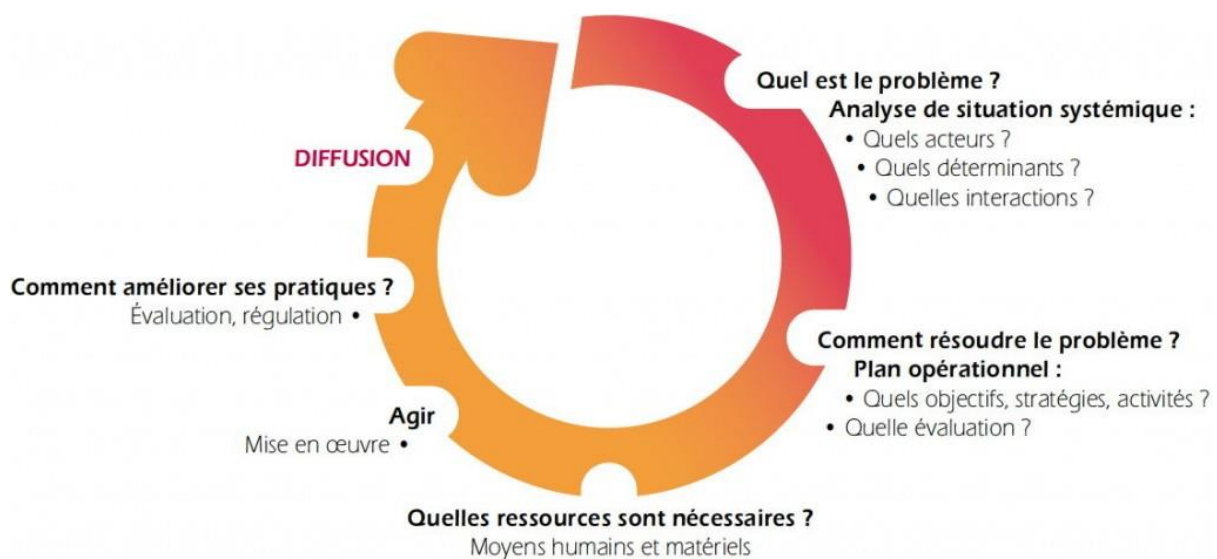


Figure 6. La gestion de cycle de projet (Green et Kreuter, 2005)

Une spécificité importante du dispositif de Stratégies concertées Covid réside en effet dans la dynamique temporelle de la pandémie de COVID-19 et des actions de gestion de crise associées. En effet, la situation et les conditions de travail ont évolué rapidement durant cette première année (vagues épidémiques, restrictions, déconfinements, etc.). Il en résulte que les constats des participants lors des concertations ou des entretiens doivent non seulement être rapidement diffusés aux opérateurs pour leur être utiles mais aussi qu'ils doivent être contextualisés à la période à laquelle se rapportaient ces observations au sein même de la période de travail d'une année.

Il convient de souligner également qu'en dépit de l'approche ascendante (*bottom-up*) qui a été adoptée dans la démarche de concertation, l'échantillonnage des participants interrogés s'est limité aux professionnels concernés par les thématiques ou les publics cibles et n'a pas pu être élargi à des concertations impliquant directement la population, par exemple *via* l'organisation de *focus group* pour des publics cibles. De la même manière, un certain nombre d'évènements ou d'entrevues ont dû être adaptés pour faire face aux conditions sanitaires, principalement durant la première moitié de la période de travail couverte par le présent document. En dépit d'une synergie de travail qui nous semble plus adaptée lorsque les rencontres présentiels sont possibles, l'organisation d'ateliers à

distance, de visioconférences et l'utilisation d'outils dit « d'intelligence collective » ont dû être adoptés afin de garantir la nature participative de la démarche de récolte d'informations.

Enfin, un certain nombre d'évènements externes, c'est-à-dire indépendants de l'impact de la pandémie de COVID-19, sont venus amplifier ou accentuer les effets de celle-ci sur les publics déjà fragilisés. En particulier, les conséquences économiques du contexte géopolitique en Europe et surtout les inondations d'une ampleur historique qui se sont abattues en Région wallonne, ont nécessairement contribué à la dégradation de la situation pour de nombreux publics déjà affectés par la crise sanitaire. Bien que notre objectif soit d'évaluer l'impact spécifique de la pandémie de COVID-19, il est toutefois nécessaire de le contextualiser en considérant également l'ensemble des événements récents qui ont pu influencer sur l'état de santé de la population.

4. RÉFÉRENCES

Ancil, H. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

De Koninck, M., Hébert, C., Valentini, H. (dir.). (2009). Réduire les inégalités de santé [numéro thématique]. *Education Santé*, 245.

<https://educationsante.be/content/uploads/2020/12/es245.pdf>

Green, L.W. & Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach*. 4th Ed. Mc Graw Hill. <http://www.lgreen.net>

Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, Daszak P. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 2008 Feb 21;451(7181):990-3. doi: 10.1038/nature06536. PMID: 18288193; PMCID: PMC5960580.

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (2021). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes. <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/syntheses-de-connaissances.html>

OECD (2017). *Understanding the socio-economic divide in Europe*. The Social Divide in Europe - OECD report for the Open Society Foundation Europe. <https://www.oecd.org/els/soc/cope-divide-europe-2017-background-report.pdf>

OMS (2022). Global excess deaths associated with COVID-19, January 2020 - December 2021 : A comprehensive view of global deaths directly and indirectly associated with the COVID-19. Mai 2022. <https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021>

CHAPITRE 2

ÉVALUER UN DISPOSITIF DE STRATÉGIES CONCERTÉES EN LIEN AVEC LA GESTION ET LE SUIVI DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 EN WALLONIE

ESPRIst-ULiège

Estelle Georgan

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	23
2. L'OBJECTIF DE L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF	24
3. LES ÉTAPES DE CONSTRUCTION DE L'ÉVALUATION PARTICIPATIVE ET NÉGOCIÉE DU DISPOSITIF ..	24
Étape 1. Identifier les parties prenantes de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées Covid.....	27
Étape 2. Clarifier les représentations, attentes, intérêts et enjeux des acteurs.....	27
Étape 3. Identifier puis définir les questions évaluatives, les objets d'évaluation, les critères et indicateurs.....	31
Étape 4. Construire une démarche d'évaluation et des outils de récolte de données.....	33
Étape 5. Analyser, valider et diffuser les résultats	33
4. RÉFÉRENCES	33

1. INTRODUCTION

ESPRist-ULiège – Émancipation sociale, Santé des Populations, Réduction des Inégalités dans les sociétés en transition – est une plateforme interfacultaire au sein de l’ULiège. ESPRist-ULiège est notamment un service communautaire agréé comme service d’appui méthodologique et scientifique en promotion et éducation pour la santé. L’équipe de chercheurs réalise des évaluations participatives et négociées de dispositifs, de programmes et de politiques dans le domaine de la santé publique, de l’action sociale, de l’éducation et de la promotion de la santé.

Dans le cadre des Stratégies concertées Covid, ESPRist-ULiège est en charge de la mission « évaluation du dispositif ». La démarche d’évaluation adoptée est *participative et négociée*, dans la mesure où elle implique la participation de l’ensemble des parties prenantes à la définition des dimensions d’évaluation, afin qu’elles soient porteuses de sens pour tous (Jacob & Ouvrard, 2009).

Le protocole d’évaluation a donc été coconstruit en concertation avec les parties prenantes de l’évaluation. Ce protocole comprend : les questions évaluatives, les objets d’évaluation, les critères et indicateurs, les sources de données ainsi qu’un canevas d’indicateurs pour les porteurs de projet.

Ce chapitre a pour objectif de présenter le processus d’évaluation du dispositif et ses composantes, à savoir, les objectifs, et les différentes étapes de l’évaluation. Les résultats de l’évaluation seront quant à eux présentés dans un rapport ultérieur, en 2023.

L’évaluation du dispositif ne porte pas de manière spécifique sur chacun des projets financés. Toutefois, certaines données d’évaluation issues des projets sont utiles pour porter un jugement sur l’ensemble du dispositif, il s’agit des indicateurs transversaux. En effet, ceux-ci sont communs tant à l’évaluation du dispositif qu’à l’évaluation des projets (voir *Figure 7*). Par exemple, afin de porter un jugement sur la diversité des publics touchés par le dispositif, les données sur les caractéristiques des publics devront être récoltées au sein de chaque projet mais seront analysées de manière globale dans le cadre de l’évaluation du dispositif.

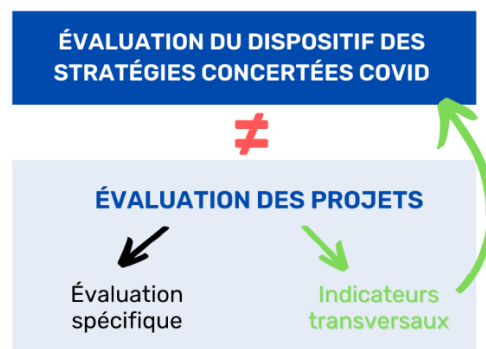


Figure 7. Évaluation du dispositif des Stratégies concertées Covid vs. Évaluation des projets

2. L'OBJECTIF DE L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF

L'objectif de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées Covid est d'adapter les orientations de la stratégie et d'en définir les plus-values et les difficultés en vue de la mise en œuvre ultérieure du Plan wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (WAPPS).

Plus spécifiquement, l'évaluation du dispositif de concertation intersectorielle tentera de déterminer en quoi un dispositif qui allie les niveaux d'intervention local et régional peut répondre à la gestion de la crise sanitaire et de ses conséquences sur la santé et ses déterminants.

3. LES ÉTAPES DE CONSTRUCTION DE L'ÉVALUATION PARTICIPATIVE ET NÉGOCIÉE DU DISPOSITIF

La ligne du temps ci-dessous (voir *Figure 8*) montre comment les différentes étapes de l'évaluation s'articulent dans le temps. La notion temporelle pourrait laisser croire que le processus est linéaire, mais les étapes sont interconnectées et se nourrissent mutuellement au cours de l'évaluation.

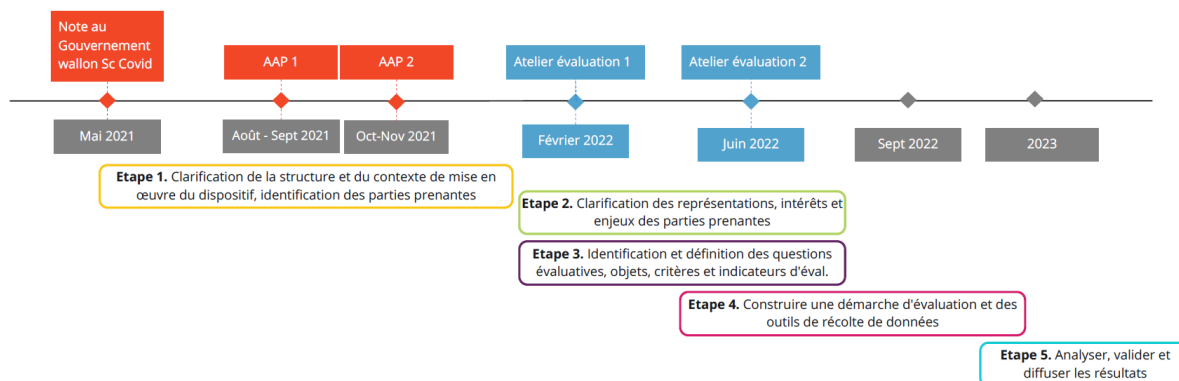


Figure 8. Ligne du temps de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées Covid

Le processus d'évaluation a été mis en place dès le lancement du dispositif des Stratégies concertées Covid en mai 2021. Une fois les appels à projets clôturés et les projets lauréats lancés, deux rencontres dédiées à l'évaluation ont été organisées en février et en juin 2022. Elles avaient pour objectif de favoriser l'utilité sociale de cette évaluation en permettant aux parties prenantes de se l'approprier.

Avant de pouvoir entrer concrètement dans la construction d'une démarche d'évaluation, il importe de comprendre le contexte et la structure qui encadrent le dispositif soumis à l'évaluation. A la suite de la désignation des opérateurs lauréats des deux appels à projets, le travail de l'évaluation s'est alors intéressé à l'articulation entre les différents objectifs définis pour les Stratégies concertées Covid et

les actions prévues² sur le terrain. Cette articulation est présentée schématiquement à la page suivante. Ce cadre logique est un outil de travail de l'évaluation qui peut servir aux différentes étapes de l'évaluation détaillées ci-dessous.

² Sur base des fiches descriptives des projets disponibles sur le site de la FWPSanté.

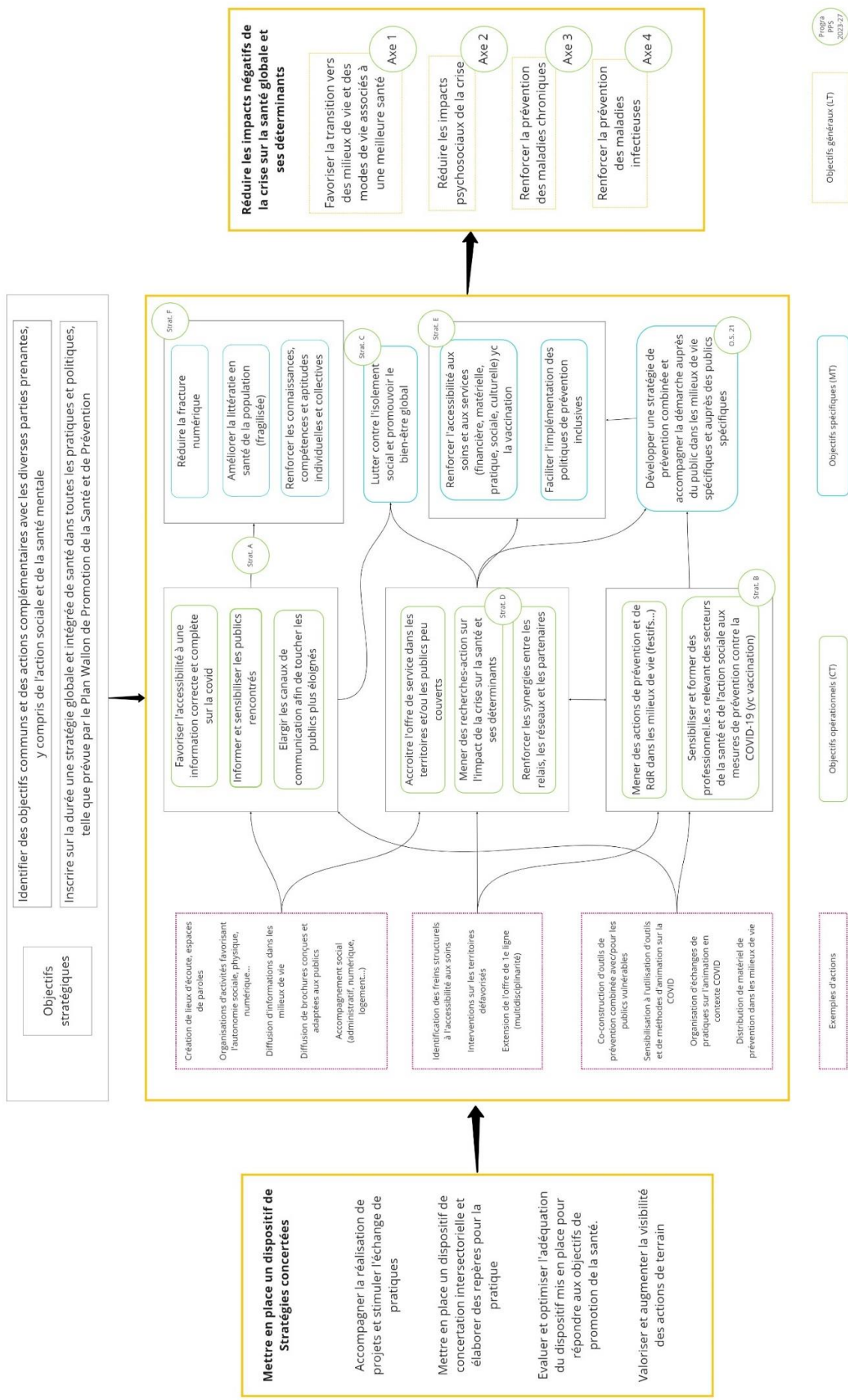


Figure 9. Cadre logique : articulation entre les différents objectifs définis pour les Stratégies concertées Covid et les actions prévues sur le terrain.

A l'extrémité droite du schéma sont positionnés les objectifs à long terme. Il apparaît que ceux-ci correspondent aux principaux axes thématiques du WAPPS : les modes de vie, la santé mentale et le bien-être, les maladies chroniques et les maladies infectieuses. Dans la mesure où l'évaluation sera utile pour la mise en œuvre ultérieure du WAPPS, cette première analyse est déjà intéressante.

A l'extrémité gauche se trouvent les stratégies d'actions mises en place par la coordination des Stratégies concertées Covid pour mettre en œuvre le dispositif. Le cadre central montre l'enchaînement entre les actions, les objectifs opérationnels et les objectifs spécifiques pour contribuer à l'atteinte des objectifs généraux. Les principaux éléments d'opérationnalisation en vue de réduire les impacts négatifs de la crise sur la santé et ses déterminants coïncident également avec les stratégies qui organisent la priorisation du WAPPS. Ils ont pour objets l'accessibilité à l'information, les collaborations entre professionnels, l'accessibilité aux soins de santé, la lutte contre l'isolement social, les stratégies de prévention adaptées, etc. Ces liens laissent déjà entrevoir une certaine cohérence entre le dispositif des Stratégies concertées et la [programmation du WAPPS](#).

Étape 1. Identifier les parties prenantes de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées Covid

Au-delà des commanditaires et de l'évaluateur, l'évaluation participative intègre divers acteurs impliqués directement ou indirectement dans l'action, le projet ou le programme à évaluer (Jacob & Ouvrard, 2009). Cette étape a permis d'identifier les parties prenantes et la mise en place de processus participatifs.

Les parties prenantes ayant été identifiées sont :

1. La Coordination désignée des Stratégies concertées Covid,
2. Les Points d'Appui Covid (PAC) au sein des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS),
3. Les organismes porteurs de projet lauréats,
4. Le comité de coordination générale et transversale,
5. Tout participant aux activités mises en place par les Stratégies concertées Covid.

Afin de limiter les sollicitations vers les acteurs de terrain, les étapes 2 et 3 ont été réalisées lors de la journée de rencontre du 24 février 2022 (voir ligne du temps ci-dessus, *Figure 8*).

Étape 2. Clarifier les représentations, attentes, intérêts et enjeux des acteurs

Les parties prenantes du dispositif ne partagent sans doute pas les mêmes préoccupations face à l'évaluation et en feront, dès lors, une utilisation différente. Selon la place qu'occupe un acteur dans le dispositif, les décisions et améliorations qui feraient suite à l'évaluation du dispositif pourraient porter sur différents domaines. Cette seconde étape a donc pour but de clarifier les objectifs communs et spécifiques des parties prenantes, leurs enjeux et intérêts, leurs principes d'action, les éventuelles synergies entre leurs actions, ainsi que leurs attentes vis-à-vis du dispositif et de son évaluation.

Cette étape est déterminante afin de recueillir ce qui est important pour chaque partie prenante et d'aboutir à une évaluation qui fait sens pour tous. La rencontre de février 2022 a notamment permis d'identifier les principales attentes vis-à-vis du dispositif et les décisions que les parties prenantes pourraient être amenées à prendre sur base des résultats de l'évaluation. Celles-ci sont décrites dans l'encart 1 ci-dessous.

Encadré 1. Attentes vis-à-vis du dispositif et décisions sur base des résultats de l'évaluation

Les questions posées aux participants étaient : *Quelles sont vos attentes vis-à-vis du dispositif des Stratégies concertées ? Quelle décision les résultats de l'évaluation pourraient-ils vous aider à prendre ? Quelle utilisation ferez-vous des résultats de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées ?*

- *L'identification de pistes d'actions sur les déterminants de la santé*

Selon les participants, le dispositif devrait aboutir à des pistes d'actions concrètes et utiles au terrain et ce notamment, dans une visée d'**anticipation de crises futures**. Par exemple, proposer des animations pour améliorer la santé, qui soient au plus proche des difficultés vécues.

Ces actions touchent tous les champs de la santé telle que définie par l'OMS (1946) : une santé globale, qui comprend la santé physique, mentale et sociale des publics concernés. Les Stratégies concertées Covid seraient l'opportunité de garantir l'accès aux soins (y compris la santé mentale) pour tous. Elles permettraient également de mener des actions pour lutter contre l'isolement social, en augmentant les capacités d'accueil, en soutenant la création d'un tissu social dense pour contrer le développement des facteurs de précarité (autant relationnelle que pécuniaire). Selon les participants à la rencontre, le dispositif pourrait être **une réponse concrète** des pouvoirs publics en regard de la dégradation de la santé (notamment mentale) due à l'isolement social exacerbé chez les personnes déjà précarisées ou vulnérables.

Au regard de ces attentes, les parties prenantes prendraient des décisions variées sur base des résultats de l'évaluation, telles que faire des modules d'animations diversifiés, modifier la méthodologie d'un projet, varier les publics, utiliser les résultats hors contexte COVID-19, etc.

- *Le renforcement de l'accessibilité à une information de qualité*

Les participants attendent du dispositif une gestion des effets de la digitalisation des services administratifs et des services d'aide et de soins, par la mise en place d'un processus facilitant l'accès aux services numériques et l'accompagnement des publics dans leur autonomie ainsi que l'accompagnement des professionnels de terrain.

L'accessibilité de l'information passe également par la recherche de nouveaux moyens de communication avec les publics et un soutien à la compréhension des outils de prévention.

- *La mise en œuvre de l'approche bottom-up*

Les parties prenantes du dispositif souhaitent représenter leurs publics, les besoins et difficultés de ceux-ci afin que ces derniers ne soient pas oubliés. Ainsi, le dispositif serait une opportunité de répondre aux besoins des populations, notamment les plus vulnérables. Les parties prenantes comptent sur la mise en œuvre de l'approche *bottom-up* pour permettre la diffusion de ces besoins vers le politique, de même que pour améliorer les actions en vue de répondre aux besoins du terrain. Une telle approche serait l'occasion de rapporter la parole du terrain (publics et professionnels) et d'« aller vers » les publics plus éloignés.

- *La mise en place d'une dynamique partenariale*

Les attentes en termes de dynamique partenariale sont fortes et diversifiées. Le dispositif est l'occasion de **faire connaissance** avec d'autres secteurs, de mieux se connaître, de créer de nouveaux partenariats ou encore d'élargir son réseau. Parmi les attendus, les participants citent les possibilités d'**échanges de pratiques** sur des problématiques communes ainsi que la mutualisation des ressources afin de rendre plus actif et systématique l'apprentissage au travers des pratiques des autres professionnels (expériences, outils, méthodologie de projet...). Les participants évoquent également l'intérêt de mettre en place un processus de concertation **régulier** afin de définir des axes de travail clairs et précis.

Le **décloisonnement** des secteurs et des pratiques est également important pour les participants, que ce soit pour briser une forme d'isolement des pratiques professionnelles par son ouverture à d'autres partenaires ou par une horizontalité accrue au sein d'un réseau (transversalité). Ce décloisonnement serait l'occasion pour les parties prenantes du dispositif de faire progresser leurs méthodes de travail.

Selon les participants à l'atelier du 22 février 2022, le dispositif pourrait soutenir la mise en place d'une **dynamique intersectorielle** effective et opérationnelle sur le **long terme**. Certains attendent des Stratégies concertées Covid une mise en valeur des transversalités entre acteurs et qu'elles démontrent les **capacités de collaboration** et de coordination du secteur (local/régional, santé/social/santé mentale, professionnels de première ligne / deuxième ligne...). Le **sentiment de cohésion** entre secteurs et le **sentiment d'appartenance** à un dispositif commun est également attendu.

Les parties prenantes ont évoqué le rôle des Stratégies concertées Covid au **niveau politique**, notamment le rôle de plaider au niveau interministériel et les liens avec les politiques de santé au niveau fédéral.

La mise en œuvre d'une approche *bottom-up* (voir ci-dessus) dans une dynamique de partenariat effective servirait aux acteurs afin de montrer comment ces partenariats permettent d'approcher les besoins de façon complexe. L'évaluation des Stratégies concertées Covid contribuerait à visualiser si le changement de paradigme de la santé s'est produit et les potentielles articulations entre les secteurs de la promotion de la santé et des soins. Au terme du dispositif, les parties prenantes, par une meilleure interconnaissance, pourraient se référer aux compétences des membres du dispositif.

- *La pérennité du dispositif des Stratégies concertées Covid*

La pérennité du dispositif suppose de rencontrer différentes attentes. Les opérateurs souhaitent obtenir la considération de la part des politiques et la reconnaissance des compétences des acteurs de première ligne. Les participants espèrent que la transparence dans la communication avec le politique sera améliorée. Les opérateurs voudraient être impliqués jusqu'au bout dans les diagnostics et avoir une place dans la concertation et les décisions politiques par la suite.

La **reconnaissance**, l'**anticipation** et la **stabilité** font partie des maîtres mots de la pérennité du dispositif. D'une part, il s'agit de mettre en avant la nécessité que certains dispositifs soient pensés pour que, à l'avenir, les professionnels ne se retrouvent pas seuls à pallier les difficultés. D'autre part, il est attendu du dispositif qu'il agisse comme tremplin d'un travail sur le long terme, en donnant des moyens ambitieux (humains, structurels) afin d'opérationnaliser les changements de paradigme de la santé dans la durée. Ce changement est décrit comme étant la prise en compte

opérationnelle de la santé telle que définie par l'OMS : un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Dans ce cadre, les participants à la rencontre de février 2022 voient, dans l'évaluation de la pérennité du dispositif, une opportunité de montrer que les appels à projets successifs ne sont favorables ni à la pérennisation du travail engagé dans ce cadre ni à l'innovation, mais qu'ils renforcent le travail en cours. Les résultats de l'évaluation serviraient, dès lors, à valoriser l'existant.

Selon les parties prenantes, les Stratégies concertées Covid pourraient être un **levier pour des politiques à long terme**, à savoir, un socle de redéploiement de la promotion de la santé dans toutes les politiques. Le soutien des politiques pour poursuivre les activités se manifesterait par une prise en compte des attentes et du vécu des professionnels de terrain et par l'augmentation des moyens pour lutter contre les facteurs qui interfèrent avec la santé. Un renfort pérenne des équipes en place et une simplification administrative des procédures d'engagement de personnel semblent être les bienvenus.

- *Une amélioration de la visibilité*

Cette attente concerne la visibilité des projets, des actions et des services envers le public avec un point d'attention sur la communication et la valorisation³ du secteur. Cette visibilité est également à mettre en lien avec l'attente de reconnaissance évoquée ci-dessus.

- *Un accompagnement des projets*

Les participants à l'atelier évaluation ont partagé leurs attentes concernant l'accompagnement des projets, tels qu'un soutien aux professionnels de terrain dans la sélection de ressources, une aide à l'écriture des rapports d'activités, un conseil pour une animation ou encore un soutien méthodologique pour la mise en place d'un projet. Cet accompagnement permettrait, entre autres, d'améliorer le travail de première ligne, comme le point suivant le suggère également.

- *Une démarche d'évaluation soutenance*

L'objectif de l'évaluation est en lien avec la pérennisation du dispositif évoquée ci-dessus. En effet, l'objectif de l'évaluation est d'adapter les orientations de la stratégie, d'en définir les plus-values et les difficultés pour la mise en œuvre ultérieure du WAPPS. La mise en évidence des actions efficaces et la pérennisation des actions ont par ailleurs été évoquées par les parties prenantes. Les opérateurs attendent de l'évaluation qu'elle soit structurée afin que chaque partenaire y trouve son compte et qu'**une ligne de conduite commune** soit dégagée.

Au terme du dispositif, les professionnels pourraient voir la **culture d'évaluation** renforcée au sein de leurs projets. Ils marquent également leur intérêt pour la diffusion des résultats de l'évaluation.

³ Meilleure compréhension de la promotion de la santé et de ses actions

Étape 3. Identifier puis définir les questions évaluatives, les objets d'évaluation, les critères et indicateurs

Dans le cadre d'une évaluation participative et négociée, différents acteurs sont impliqués dans la définition de ces questions, d'où l'importance de porter ce travail auprès d'un groupe de parties prenantes. Ce travail a servi de base afin de fixer **les objets de l'évaluation**, autrement dit ce sur quoi va porter l'évaluation.

Au croisement des attentes vis-à-vis du dispositif et des finalités attendues de l'évaluation se dessinent les questions évaluatives jugées prioritaires pour les parties prenantes concernées. Les **questions auxquelles pourrait répondre l'évaluation du dispositif** ont été définies en concertation avec les parties prenantes de l'évaluation lors de la journée de rencontre en février 2022. Les parties prenantes ont fait émerger un ensemble vaste et diversifié de questions évaluatives qui reflètent les enjeux, valeurs et intérêts de chacun. Ces questions sont reprises de façon exhaustive dans le compte-rendu de la rencontre (voir annexe 2).

Les **critères** sont les caractéristiques identifiées par les parties prenantes comme particulièrement importantes pour porter un jugement sur les éléments soumis à l'évaluation. Les **indicateurs** permettent de définir concrètement comment se manifestent les critères dans la réalité. Ces indicateurs sont choisis en fonction de leur utilité, de leur faisabilité et de leur proximité avec les réalités vécues. Les indicateurs, tels que définis en concertation avec les parties prenantes, seront utiles à la fois pour les évaluations intermédiaires des projets, et pour identifier les freins qui doivent être levés pour mettre en place les activités. L'évaluation du dispositif consistera en l'utilisation de ces indicateurs pour porter un jugement sur les questions évaluatives.

La rencontre a permis de définir des dimensions d'évaluation communes qui sont porteuses de sens pour l'ensemble des projets lauréats, ces dernières sont détaillées dans l'encart 2 ci-dessous. Notons que les différents objets soumis à l'évaluation sont repérables sur la schématisation du cadre logique présentés plus haut. En effet, les questionnements portent sur des éléments de processus, de réalisations ou de résultats, ce qui coïncident avec les différents niveaux d'objectifs présentés dans le cadre logique et les liens qui existent entre eux. Il ne sera cependant pas possible de tout évaluer dans le temps imparti, certains indicateurs à long terme demandent plus de temps et d'analyses complémentaires pour pouvoir être documentés.

Encadré 2. Objets d'évaluation

- *Changement de paradigme pour agir sur les déterminants sociaux de la santé*

Il s'agira notamment de voir dans quelle mesure le dispositif permet de renforcer les articulations entre le soin et la promotion de la santé. Il sera également question de la prise en compte de la santé mentale et de la mise en place d'actions sur les déterminants non médicaux de la santé.

- *Accessibilité aux services*

L'accessibilité des soins sera questionnée de manière large, de même que les caractéristiques des publics effectivement touchés par le dispositif. L'évaluation tentera notamment d'identifier si les publics concernés par le cumul des impacts négatifs liés à la crise sanitaire ont été plus particulièrement touchés par les actions mises en place dans le cadre du dispositif.

- *La mise en œuvre de l'approche bottom-up*

Les parties prenantes du dispositif sont soucieuses de savoir si le dispositif permet d'apporter une réponse adéquate et rapide aux besoins des publics cibles. Dans ce contexte de changement et d'évolution rapide de la situation sanitaire et des besoins des publics cibles, il s'agira de voir si le dispositif permet l'identification et la rencontre des besoins.

- *Les suites données au dispositif des Stratégies concertées Covid*

Pendant la crise sanitaire, les acteurs ont témoigné d'un manque de visibilité et de reconnaissance. Les acteurs questionnent le rôle de ce dispositif intersectoriel dans la reconnaissance de l'efficacité du travail de première ligne. Il s'agira également de voir si les moyens (humains, financiers...) sont suffisants pour atteindre les objectifs des Stratégies concertées Covid. L'évaluation montrera également en quoi les apports et les processus créés dans le cadre du dispositif peuvent être remobilisés dans un contexte autre que celui lié au suivi et à la gestion de la COVID-19.

- *La mise en place d'une dynamique partenariale*

L'évaluation montrera quelles sont les plus-values des nouveaux partenariats qui se sont créés dans le cadre du dispositif. Notamment, par rapport à la qualité des réponses apportées aux besoins des publics. Il s'agira notamment de voir si les Stratégies concertées ont permis de créer une dynamique de réseau, une meilleure connaissance mutuelle entre les acteurs des secteurs de la promotion de la santé, de l'action sociale et de la santé mentale.

- *L'accompagnement des projets*

Un accompagnement des opérateurs financés étant mis à disposition des opérateurs, il reviendra à l'évaluation de montrer si cet accompagnement a été utile ou non aux projets lauréats.

Étape 4. Construire une démarche d'évaluation et des outils de récolte de données

Les deux rencontres organisées en février et en juin 2022 participent à la création de la démarche d'évaluation. Une fois les indicateurs d'évaluation définis, ESPRist-ULiège soutient les opérateurs dans la collecte des indicateurs transversaux et/ou des informations à collecter pour les documenter. En effet, certains indicateurs nécessitent que des informations plus précises soient rapportées par les porteurs de projet. Lors de la matinée de rencontre du 20 juin 2022, les participants ont pu pré-tester un canevas de collecte d'informations et échanger sur l'avancement de leurs projets. Ce canevas commun a été soumis aux opérateurs, de sorte à pouvoir collecter les données de façon homogène, tout en laissant le choix des informations à collecter au regard de la pertinence des indicateurs pour leur projet. La variété des informations est telle qu'il ne serait ni pertinent ni réaliste de demander aux porteurs de projet d'en documenter l'ensemble. Les porteurs de projet, en collaboration avec ESPRist-ULiège auront donc la possibilité de choisir les informations pertinentes à refléter au regard de leur projet.

Étape 5. Analyser, valider et diffuser les résultats

Afin de porter un jugement évaluatif sur les questions soumises à l'évaluation, différentes sources d'informations seront nécessaires afin de documenter ces indicateurs (cf. supra). Citons par exemple : les informations récoltées par les porteurs de projet sur les projets en cours et les informations collectées par ESPRist-ULiège dans le cadre de réunions, de rencontres, ou encore via des questionnaires ou des entretiens.

L'analyse des données consistera en l'interprétation de constellations d'indicateurs permettant de mettre en évidence les résultats de l'évaluation. Comme évoqué plus haut, les résultats de l'évaluation seront consignés dans un rapport d'évaluation début 2023, l'analyse des données d'évaluation n'étant possible qu'une fois les projets clôturés.

4. RÉFÉRENCES

Jacob, S., & Ouvrard, L. (2009). Comprendre et entreprendre une évaluation participative : Guide de synthèse. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Organisation Mondiale de la Santé (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

CHAPITRE 3

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES : LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU PRISME DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID-19

Service de promotion de la santé
UCLouvain/IRSS/RESO

Léa Champagne (coord.),
Ségolène Malengreaux,
Dominique Doumont,
Rachelle Rousseaux

Relecture : Pr. Isabelle Aujoulat
(responsable académique
UCLouvain/IRSS/RESO)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	38
2. MÉTHODES	39
3. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19	40
3.1 Les inégalités sociales de santé sont-elles d’abord des inégalités sociales ?	41
3.2 Et au prisme de la pandémie liée à la COVID-19 ?	42
4. LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ AU PRISME DE LA PANDÉMIE DE COVID-19.....	43
4.1 L’état de santé physique et mentale.....	44
4.2 La situation socio-économique et territoriale.....	47
4.3 Le sexe et le genre.....	50
4.3.1 Les inégalités entre les femmes et les hommes.....	51
4.3.2 Les minorités sexuelles et de genre	52
4.4 L’origine et le parcours migratoire	53
4.5 Les outils numériques : un déterminant pour le recours et l’accès aux services de santé et sociaux.....	55
4.6 L’accès et le recours aux services de santé et sociaux	56
Recommandations.....	58
4.7 Les conditions de soins.....	58
4.8 La situation de handicap.....	59
4.9 L’âge : les jeunes (adolescents et jeunes adultes)	61
4.10 L’âge : Les personnes âgées	63
5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES.....	66
6. RÉFÉRENCES	72
Références : première partie (sections 1 à 3)	72
Références : l’état de santé physique et mentale.....	73
Références : la situation territoriale et socio-économique.....	75
Références : les inégalités hommes-femme	77
Références : la santé des minorités sexuelles et de genre	78
Références : l’origine et le parcours migratoire.....	79
Références : l’accès aux outils numériques et à l’information	81
Références : l’accès et le recours aux services de santé et sociaux.....	82
Références : les conditions de soins.....	83
Références : la situation de handicap	85
Références : l’âge : les jeunes (ados et jeunes adultes).....	86

Références : l'âge : les personnes âgées.....	87
Références : conclusions et perspectives.....	88

1. INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19, tout comme d'autres grandes crises socio-sanitaires (Mein, 2020), a contribué à l'accentuation des inégalités sociales⁴ déjà existantes en matière de santé en touchant de manière disproportionnée les groupes de populations les plus précarisées. Ainsi, le caractère inédit et soudain de la crise sanitaire a révélé et exacerbé ces disparités préexistantes notamment au regard de l'accès et du recours aux services de santé et sociaux ou encore l'accès à un revenu stable ou un logement adéquat.

Ainsi, le présent chapitre est consacré à une synthèse des connaissances dont le but est de présenter un état des lieux, bien que non exhaustif, des constats issus de la littérature scientifique et grise⁵ concernant les inégalités sociales de santé au prisme de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 en Belgique francophone. Le chapitre se divise en quatre parties :

- La première section reprend quelques éléments de contexte de ce rapport ainsi que la démarche méthodologique que nous⁶ avons empruntée ;
- La deuxième partie s'attarde à définir brièvement ce qui est entendu par inégalités sociales de santé au prisme de la pandémie liée à la COVID-19 ;
- La troisième expose les conséquences différenciées des inégalités sociales de santé au sein de certains groupes de population et au regard de certains déterminants sociaux de la santé⁷ ;
- La conclusion permet de présenter quelques pistes de réflexion et des perspectives quant aux enjeux de la reconnaissance des inégalités sociales de santé au prisme de la pandémie de COVID-19.

Éléments de contexte

De manière à soutenir le travail d'élaboration des Stratégies concertées COVID-19 en Wallonie, le Service de promotion de la santé UCLouvain/IRSS/RESO (ci-après dénommé RESO), en collaboration

⁴Une sélection de ressources (en ligne) en lien avec la pandémie, sa gestion et ses conséquences en matières d'inégalités sociales de santé a été produite par l'asbl Culture & Santé, elles sont classées en 3 catégories, soit les analyses, les textes de plaidoyer et les supports pratiques : <https://www.cultures-sante.be/centre-doc/coin-thematique/930-l-epidemie-covid-19-sous-le-prisme-de-l-equite.html>

⁵ La littérature grise fait référence aux documents (papier ou numérique) produits en dehors de l'édition commerciale, par exemple par les instances gouvernementales, l'enseignement, les associations, etc. Il peut s'agir de rapports, articles, communication, présentations, actes de colloques, mémoires, articles de presse, travaux non publiés, etc. Nous vous renvoyons vers cette référence pour aller plus loin : <https://www5.bibl.ulaval.ca/ressources-par-categories/litterature-grise#:~:text=%C2%ABLa%20litt%C3%A9rature%20grise%20est%20I,%2D%C3%A0%2Dd.>

⁶ Le « nous » fait référence à l'équipe du Service de Promotion de la Santé de l'UCLouvain/IRSS-RESO qui a préparé et rédigé ce chapitre.

⁷ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) les définit comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». Ils sont multiples, s'inscrivent dans tous les domaines de la vie quotidienne et s'articulent entre eux. Agir pour la santé engendre donc de multiples « responsabilités » (individuelles, collectives et sociétales), dépassant largement le champ de la santé médicale ou comportementale.

avec la coordination scientifique des Stratégies concertées wallonnes, a réalisé au début de l'année 2022 une synthèse des connaissances issues de la littérature scientifique et grise belge et internationale portant sur les effets de la pandémie. L'objectif de synthèse des connaissances était de documenter les effets de la pandémie sur les déterminants de la santé et sur les inégalités sociales de santé en Belgique, et plus particulièrement en Wallonie. Ce travail visait à soutenir la prise de décisions des acteurs et actrices⁸ investies dans les Stratégies concertées COVID-19 wallonnes vers plus d'équité en santé. Pour la réalisation de ce travail, nous avons adopté des stratégies de recherche documentaire et d'analyse de la documentation qui permettent de croiser les savoirs (scientifiques, expérientiels et professionnels) et d'échanger sur ces savoirs entre chercheurs, acteurs de terrain et décideurs politiques. Celles-ci sont plus amplement détaillées dans la section suivante.

2. MÉTHODES

Au centre du processus de réalisation de la synthèse des connaissances se trouvaient les connaissances, mais aussi les besoins des Stratégies concertées. Dès lors, plusieurs modalités d'aller-retour entre le travail de revue de la littérature et les acteurs impliqués dans les Stratégies concertées ont été prévues.

Le choix des thèmes sur lesquels les premières recherches documentaires ont porté découle de la collaboration entre le RESO et la coordination scientifique des Stratégies concertées wallonnes. Ces thèmes ont en effet fait écho aux problématiques identifiées comme prioritaires dans le cadre des appels à projets qui ont accompagné le lancement de la dynamique de concertation.

Une fois les thèmes identifiés, l'Observatoire du sida et des sexualités (ci-après dénommé OSS) a recensé, sélectionné et classé les ressources issues de la littérature grise belge (et parfois internationale) à l'aide de l'outil de gestion documentaire Zotero. Ce travail de veille documentaire et de classement a été formalisé dans une sélection de ressources mise en ligne à l'automne 2022⁹ (voir chapitre suivant pour plus d'informations sur la démarche méthodologique). Le travail de sélection de ressources et de contribution à l'état des lieux concernant les besoins des publics et des professionnels est détaillé au chapitre lié aux concertations régionales.

En parallèle de cette sélection de ressources, l'équipe du RESO a interrogé les bases de données scientifiques suivantes : Pubmed, Cairn, Sagepub, ScienceDirect et Cochrane. Les sujets abordés par le biais des fiches de synthèse étant variés, les mots-clés utilisés et les bases de données interrogées ont varié en fonction des sujets. Les chercheuses du RESO ont analysé les résultats de ces recherches documentaires dans le but de documenter, pour chacun des thèmes (déterminants sociaux de la santé), les effets de la pandémie, les mécanismes sous-jacents et les pistes d'action envisagées pour y faire face. Les premiers résultats de ces analyses ont été présentés aux acteurs des Stratégies concertées lors d'un atelier organisé le 15 février 2022 (voir chapitre de la concertation régionale). Certains thèmes supplémentaires ont été suggérés par la lecture et l'analyse de la littérature et par

⁸ Contrairement aux usages de RESO, l'écriture inclusive n'a pas pu être mise en œuvre dans cette publication.

⁹ La référence : Impacts de la crise COVID-19 sur les inégalités de santé en Belgique francophone, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités, 2022, 122 p. <https://www.observatoire-sidasexualites.be/documentation/impacts-de-la-crise-covid-19-sur-les-inegalites-de-sante-en-belgique-francophone/>

les participants de cet atelier, ce qui a nécessité de nouvelles recherches dans la littérature scientifique et grise.

A la suite de cet atelier, l'équipe du RESO a formalisé les résultats de l'analyse documentaire sous la forme de « fiches thématiques ». Ces fiches ont progressivement été envoyées à un groupe de relecteurs¹⁰ composé des acteurs de terrain et politiques impliqués dans les Stratégies concertées COVID-19 wallonnes ainsi que des personnes identifiées comme des experts (scientifique ou autre) pour chaque thématique traitée. Les personnes ayant reçu les fiches pour relecture étaient invitées à nous renvoyer toutes les remarques permettant de préciser le portrait dressé ainsi que des suggestions de documentation complémentaire. Ce processus d'envoi et de collecte des commentaires a été appliqué sur sept fiches¹¹ et s'est clôturé fin mai 2022.

Par la suite, l'équipe du RESO s'est réunie à plusieurs reprises pour échanger sur des suggestions et remarques transversales du comité de relecture. Certaines orientations ont été prises pour améliorer la clarté et la précision des fiches. Chacune d'entre elles a ensuite été ajustée en tenant compte des remarques du comité et mise à jour sur base d'éventuelles nouvelles sources documentaires. En parallèle de ce travail de mise à jour, chaque thème traité a été synthétisé pour mettre en exergue les faits saillants et enjeux clés, présentés dans la section suivante de ce rapport. Enfin, les déterminants sociaux et groupes de population suivants n'ont pas fait l'objet d'une relecture par le comité mentionné précédemment, mais ils ont été discutés et validés par l'équipe du RESO : l'état de santé physique et mentale, la situation socioéconomique et territoriale, le capital social, les conditions de soin, l'âge (les personnes jeunes et les personnes âgées).

La finalisation de la rédaction des fiches thématiques est en cours au moment de la sortie du présent rapport et devrait aboutir à la publication d'un document final d'ici la fin de l'année 2022. Toutes les personnes souhaitant avoir accès aux versions envoyées au comité de relecture entre mars et mai 2022 sont invitées à prendre contact avec le RESO (reso@uclouvain.be).

3. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19¹²

La pandémie et sa gestion ont été une sorte de révélateur et d'amplificateur d'enjeux sociétaux, de vulnérabilités¹³ et d'inégalités préexistantes, à différents niveaux d'intensité, à diverses échelles territoriales, et sur différents groupes de la population (Gaille & Terral, 2021 ; Stok et al., 2021). Les

¹⁰ Que les nombreux relecteurs et les nombreuses relectrices soient ici remerciés du temps accordé à la relecture critique des fiches de synthèse des connaissances.

¹¹ Fiche introductive et méthodologique ; Fiche 1 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur la santé mentale des populations ; Fiche 2 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur les inégalités de genre et sur les minorités sexuelles et de genre ; Fiche 3 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur la fracture numérique ; Fiche 4 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur l'accès et le recours aux services de santé et sociaux des populations précarisées ; Fiche 5 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur les personnes en situation de handicap et sur les aidant-es proches ; Fiche 6 : L'impact de la syndémie sur les personnes migrantes en situation de vulnérabilité et les personnes issues de l'immigration.

¹² Cette section s'est largement basée sur l'introduction rédigée par le RESO de la programmation de mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention (WAPPS).

¹³ Les termes suivis d'un astérisque* sont définis dans un glossaire en annexe.

modalités de diffusion du virus ont d'abord été associées aux régions les plus interconnectées et les mieux insérées dans la mondialisation, et ses premières apparitions aux personnes qui ont une plus grande mobilité. Mais dans un second temps, cette diffusion est devenue difficilement contrôlable chez les plus défavorisés mettant ainsi en lumière les conditions de vie* (logement précaire, promiscuité, cohabitation intergénérationnelle, emplois plus exposés au virus comme les aides-soignantes, caissières ou ouvriers du secteur de la construction, faible niveau d'accès et de recours aux soins, etc.) (Charmes & Rousseau, 2020). « *Selon la théorie des cycles séculaires de Peter Turchin, il existe une corrélation historique entre le niveau des inégalités, l'intensité des liens entre territoires éloignés et la virulence des pandémies* » (Turchin, 2007, p.162). Ainsi, il est admis que la remontée générale des inégalités joue un rôle majeur dans l'impact de la pandémie sur nos sociétés. Leur [les inégalités] caractère multidimensionnel a été mis en lumière par la crise sanitaire, en mettant par exemple l'accent sur les risques spécifiques auxquels font face les populations les plus fragiles, mais aussi les « doubles risques » souvent liés à l'impact du virus (en fonction du degré d'exposition à ce dernier, et différent selon la position socio-économique, professionnelle, etc.) couplé à l'impact des mesures de prévention de la COVID-19 (au regard des inégalités de « moyens » face aux mesures sanitaires).

3.1 Les inégalités sociales de santé sont-elles d'abord des inégalités sociales ?

Le concept d'inégalités sociales de santé (ISS)* a connu un intérêt croissant chez les scientifiques, auprès des professionnels et des acteurs de la santé publique, et dans le monde politique. Pour bien le saisir, il convient d'abord de distinguer les inégalités de santé des inégalités sociales de santé (ou iniquités de santé) : les inégalités de santé incluent tout type d'écart de l'état de santé entre groupes ou individus (Marmot, 2007, cité dans Lambert et al., 2021). 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 (moralement ou éthiquement inacceptable) (Arcaya et al., 2015 ; Marmot, 2007, cités dans Lambert et al., 2021).

Ainsi, les inégalités sociales de santé découlent de certaines formes d'inégalités structurelles propres aux modes de fonctionnement de chaque société (Haschar-Noé & Lang, 2017 ; Fassin & Aïach, 2004 ; Fassin et al., 2000, cités dans Lambert et al., 2021). Elles trouveraient d'abord leur source dans une répartition inégale des ressources matérielles, affectant profondément la vie des individus, notamment en ce qui concerne le logement, l'alimentation ou l'exposition à l'insécurité. Le niveau de ressources immatérielles d'un individu, telles que le réseau social ou le niveau d'éducation, impacterait aussi directement la santé. « *De plus, des facteurs d'ordre psychosocial entreraient en compte : certains groupes seraient systématiquement plus exposés au stress et à d'autres émotions négatives, devant ainsi faire face à des phénomènes tels que l'exclusion sociale, la stigmatisation ou la discrimination* » (Arcaya et al., 2015 ; Goldberg et al., 2002, cités dans Lambert et al., 2021, p.18).

« Se pencher sur les déterminants sociaux de la santé ou sur la manière dont les inégalités de santé sont construites socialement permettrait de s'éloigner d'une perception simpliste consistant à accorder un poids trop important aux comportements individuels sans tenir compte des mécanismes plus complexes produisant les inégalités. En effet, selon certains sociologues, les inégalités instituées

par la société seraient incorporées par les individus, transcrites du social vers le biologique (Fassin et al., 2000, cités dans Lambert et al., 2021, p.19).

« Finalement, agir pour l'atténuation des inégalités sociales de santé implique de s'intéresser aux "causes des causes" et donc d'agir sur l'ensemble des déterminants qui façonnent la santé. » (Lambert et al., 2021, p.19).

En d'autres termes, « être en bonne santé n'est pas qu'une affaire de capital physiologique individuel, de chance ou de malchance en matière de maladie et de mort, c'est aussi et surtout une question sociale, environnementale et économique » (Aïach, 2010, p.8). Ainsi, en plus de bénéficier de soins de qualité et d'avoir une réelle égalité d'accès à ces derniers, il est certain que le fait de disposer d'un logement décent et d'un milieu de vie favorisant le bien-être, d'avoir accès à un emploi satisfaisant et suffisamment rémunéré, de vivre dans un environnement de qualité, de profiter d'une meilleure éducation sont des facteurs déterminants pour agir dans ce domaine (Suhard & Safon, 2016).

3.2 Et au prisme de la pandémie liée à la COVID-19 ?

La littérature scientifique a déjà mis en évidence la présence d'inégalités sociales dans les épidémies passées (Blumenshine, 2008 ; Dubost et al., 2020). Ce phénomène résulte de quatre facteurs, souvent cumulatifs et entrecroisés : les inégalités face au risque d'exposition, la vulnérabilité différenciée face à la maladie (morbidity et mortalité), les inégalités dans la prise en charge et l'accès aux soins et services sociaux ainsi que les inégalités dans la distribution des conséquences des mesures sanitaires. (Blumenshine, 2008 ; Dubost et al., 2020)

Communément appelée « crise sanitaire », la pandémie liée à la COVID-19 a une nature bien plus complexe, dite syndémique, car cet épisode historique se caractérise par la rencontre de deux catégories de maladies, soit des maladies virales (la COVID-19 ou le VIH par exemple) et des maladies non transmissibles préexistantes, en d'autres mots, des maladies chroniques telles que des maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires, etc., sur un fond d'inégalités sociales de santé, environnementales et économiques entre groupes sociaux (Singer et al., cités dans Rousseaux & Malengreaux, 2022). Plus concrètement, cela signifie que le cumul de ces deux catégories de maladies, dans un contexte de vie défavorable à la santé, va exacerber les effets néfastes de ces maladies virales et non transmissibles (Horton, 2020). Ainsi, la notion de syndémie* va au-delà de la seule notion de comorbidité, car elle reconnaît que l'exposition et la vulnérabilité des personnes sont déterminées également par leurs contextes et conditions de vie.

L'exposition différenciée des groupes de population aux déterminants sociaux de la santé*¹⁴, aux maladies chroniques et à la COVID-19 a donc pu avoir un effet multiplicateur, ayant pour conséquence un impact 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).

¹⁴ Un ensemble de ressources documentaires et pédagogiques sur les déterminants sociaux de la santé sont mises à disposition par Cultures & Santé asbl : <https://www.cultures-sante.be/centre-doc/coin-thematique/944-les-determinants-sociaux-de-la-sante.html>

Les ISS ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de l'ensemble de la société selon un gradient social* (Micheletti, 2017, cité dans Adam et al., 2017). Cependant, il est de plus en plus évident qu'avec l'augmentation du spectre de la précarité ces dernières années, les ISS se creusent entre les différents groupes sociaux : au cours des dernières décennies, de nombreuses recherches ont montré que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale et les maladies transmissibles, ainsi qu'un risque élevé de recours aux soins jugés moins adéquats par les professionnels (Chauvin & Estecahandy, 2010 ; Paugam, 2009). La notion de précarité renvoie à une accumulation, éventuellement transitoire et réversible, de conditions de vie instables, génératrices de difficultés diverses, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de socialisation (Chauvin & Estecahandy, 2010 ; Paugam, 2009). Par ce qu'elle implique comme perte des repères et des sécurités, par ce qu'elle entraîne en termes de perte de la confiance en soi, en autrui et en l'avenir, la précarité s'accompagne en effet du risque d'un affaiblissement du souci de soi et de sa santé (Chauvin & Estecahandy, 2010). Elle concerne donc, quantitativement et qualitativement, un nombre beaucoup plus large de personnes et de situations que les « pauvres » ou les « exclus ». Les personnes précaires cumulent aussi les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Somme toute, les ISS touchent l'ensemble de la société, mais en étant liées au gradient social, elles révèlent l'association entre positions socio-économiques des personnes et leur état de santé.

4. LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ AU PRISME DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Dans cette partie du chapitre 2, pour chacun des déterminants ou groupes de population (public cible) présentés, nous exposons — autant que faire se peut et lorsque cela est pertinent — les conséquences de la pandémie sur quatre niveaux d'inégalités, ces derniers sont issus des travaux de Blumenshine et collègues (2008) et adaptés à la syndémie de COVID-19 par Dubost et collègues (2020) :

- Inégalités dans l'exposition à la COVID-19 ;
- Inégalités dans la vulnérabilité, en termes de morbidité et de mortalité, face à la COVID-19 ;
- Inégalités de prise en charge et d'accès aux soins en lien avec une contamination à la COVID-19 ;
- Inégalités dans la distribution des conséquences des mesures sanitaires.

Comme développé au point 2, les neuf catégories thématiques retenues pour cette partie découlent des priorités exprimées par les acteurs et les actrices de la coordination stratégique ou identifiées à l'occasion de la revue de la littérature. Ces éléments — les déterminants de la santé (sociaux et biologiques) — peuvent être partiellement imbriqués et interdépendants bien qu'ils soient présentés séparément. Ils peuvent être amplifiés par le fait que l'état de santé résulte très largement d'un cumul entre plusieurs déterminants de santé sur lesquels les politiques publiques, et particulièrement en période de pandémie, peuvent viser d'agir conjointement (Moleux et al., 2011 ; Weinstock, 2018), la pandémie se caractérisant par une agrégation complexe de facteurs sociaux, environnementaux et biologiques qui interagissent entre eux (Bambra et al., 2020).

4.1 L'état de santé physique et mentale

Comme toute maladie, la COVID-19¹⁵ a des effets néfastes sur la santé physique. Ce chapitre de synthèse des connaissances est lancé par la présentation brève des effets du virus sur la santé physique et mentale de la population en générale.

Parmi les symptômes les plus courants de la maladie à coronavirus, il est possible de relever la fièvre, la toux, la fatigue, la perte du goût et de l'odorat. Les maux de gorge, de tête, les courbatures et douleurs, la diarrhée, l'éruption cutanée ou la décoloration des doigts ou des orteils et les rougeurs ou irritations des yeux sont des symptômes également possibles bien que moins courants. Enfin, des difficultés respiratoires ou essoufflement, la perte de la parole, les difficultés à se déplacer, la confusion et les douleurs thoraciques sont les symptômes les plus graves associés à la contraction de la COVID (*Coronavirus, s.d.*).

La phase aiguë de la maladie à coronavirus a pu, en fonction des personnes, causer des souffrances physiques plus ou moins importantes, mais dans 80 % des cas sans nécessiter d'hospitalisation. (*Coronavirus, s.d.*) Depuis le 15 mars 2020, les hôpitaux wallons ont comptabilisé 43 385 admissions en raison d'une contamination à la COVID-19, ce qui représente 32,4 % du total des admissions COVID dans des hôpitaux belges. Les provinces du Hainaut et de Liège sont celles qui ont les plus hauts taux d'admission (*The epidemiological data of COVID-19, s.d.*).

Le risque de décéder d'une infection au SARS COV-2 est plus grand pour les hommes, les personnes âgées et les personnes présentant une ou plusieurs des maladies suivantes : de l'hypertension, du diabète, une maladie respiratoire et dans une moindre mesure un cancer et certaines maladies chroniques (une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale chronique et une bronchopneumopathie chronique obstructive) (Gold et al. 2020 ; Li, et al. 2021).

Un des phénomènes que l'on a encore du mal à expliquer est ce qu'on appelle la « COVID longue » ou « COVID longue durée » ou « affection post-COVID-19 », défini par le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) comme : « *Le COVID long concerne les personnes qui, après une phase aiguë de COVID-19 (suspectée sur la base des symptômes ou confirmée par un test), continuent à présenter des symptômes ou en développent de nouveaux. Il peut s'agir de personnes (y compris des enfants et des adolescents) dont la phase aiguë de COVID-19 a été légère (voire asymptomatique) ou sévère, avec ou sans nécessité d'hospitalisation. Les symptômes ne doivent pas pouvoir être expliqués par une autre pathologie.* » (Castanares-Zapatero et al., 2021, p.6). Parmi les symptômes de la COVID longue, le KCE (Castanares-Zapatero et al., 2021) relève les symptômes respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques, psychologiques, gastro-intestinaux et cutanés. En attendant des études robustes, le KCE (Castanares-Zapatero et al., 2021) estime qu'au moins une personne sur sept présente encore des symptômes plus de six mois après un épisode aigu de COVID. Toujours selon le KCE qui a mené une étude concernant les besoins des patients atteints de la COVID longue, ces derniers expriment des besoins similaires aux patients atteints de maladies chroniques (des soins adéquats, intégrés et coordonnés, des informations plus précises et être impliqués dans les soins).

¹⁵ Le Sars-Cov-2 est le virus et la maladie qui en découle est la COVID-19. C'est donc une maladie à coronavirus.

D'autres enjeux sont soulevés tels qu'un soutien financier, des soins de kinésithérapie, une approche multidisciplinaire et systémique, etc. (Castanares-Zapatero et al., 2021).

Indirectement, la COVID et les mesures de prévention de sa propagation ont affecté à bien des égards la santé mentale des populations. En Belgique (Lorant, 2021 ; Rens, 2021), 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, le niveau d'exposition à des facteurs de stress (le confinement, l'infodémie, une diminution du revenu et le décès de proche(s)) et la composition du ménage sont des exemples de facteurs de risque (ou de protection) du développement de troubles anxieux et dépressifs (*Impact du COVID-19*, 2022).

À l'échelle mondiale, les symptômes 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).

En Belgique, la détérioration de la santé mentale de la population belge durant la crise sanitaire s'est traduite par une augmentation des troubles dépressifs et anxieux et des niveaux de stress en 2020 et 2021 (Rens, 2021). Les taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide auraient, de plus, augmenté (*Impact du COVID-19*, 2022).

La pandémie de COVID a donc impacté de manière disproportionnée et différenciée la santé mentale de certaines populations. En Belgique, les avis 9610 (Conseil Supérieur de la Santé, 2021) et 9676 (Conseil Supérieur de la Santé, 2022) du Conseil Supérieur de la Santé soutiennent ce constat et mettent en avant les groupes à risque suivants : « *les professionnels de la santé (avec un accent particulier sur ceux qui sont directement confrontés aux patients Covid), les patients/victimes de la Covid-19 et leurs proches, les personnes âgées et les enfants, adolescents et jeunes (surtout aux âges charnières) et les groupes précaires ou victimes de discrimination, en particulier ceux qui ont des conditions physiques et mentales préexistantes et ceux qui sont détenus.* » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021). En outre, il est possible de regarder l'état de santé physique et mentale au travers de deux approches épidémiologiques, celle des maladies, présentée ci-dessus, et celle sociale dont il est question ci-après pour conclure ce point 4.1.

Le capital ou support social

Une autre approche des inégalités sociales de santé, issue de l'épidémiologie sociale, met en avant le « support social » et le « capital social » comme déterminants de l'état de santé. « *Le support social est le soutien apporté par le réseau de parenté et d'amitié qu'un individu peut mobiliser. Il dépend donc de la taille de son réseau, de sa densité, mais aussi de sa qualité* » (Grignon et al., 2004, p.4). Le capital social est l'ensemble des ressources collectives qu'un individu peut mobiliser. Il peut s'agir de l'accès à des services publics ou informels, du sentiment de sécurité, de la solidarité locale ou communautaire, des caractéristiques de l'entourage de l'individu (quartier, milieu professionnel) (Grignon et al., 2004). Suivant cette approche, l'intégration sociale au sens large est directement source de santé et l'anomie est pathogène. Ces caractéristiques du réseau influencent alors la santé de l'individu soit directement, via l'impact de facteurs psychosociaux comme le sentiment d'isolement, 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 médicaux¹⁶.

Ainsi, les problèmes touchant à la santé mentale sont, pour la plupart, des conséquences des problématiques sociales qui ont émergé, ont été renforcées ou révélées lors de la crise sanitaire liée à la COVID-19 (Santomauro et al., 2021). C'est en ce sens que ce support ou capital social a été fortement sollicité pendant — et encore davantage en période de « post-pandémie » — la crise sanitaire. Il renforce entre autres le recours à la ou aux communautés, qui jouent un rôle de « roue(s) de secours » pour les individus tant pour gérer des situations angoissantes que pour se positionner sur un plan éthique, ou encore pour adopter de nouveaux comportements. Or, ce recours à la communauté a été questionné, parfois contraint, par la nature de la crise et la gestion par les autorités qui en a découlé.

La satisfaction à l'égard des contacts sociaux a diminué tout au long de la crise, due à la réduction sévère du nombre de contacts (Annemans & Vandepitte, 2021). Selon une enquête nationale de l'Université de Gand (Annemans & Vandepitte, 2021), les jeunes ont été les premiers visés lors de la première vague de la pandémie, mais, lors de la seconde vague, toutes les tranches d'âge ont été concernées. Par contre, l'enquête met en évidence une légère augmentation du sentiment d'appartenance sociale, passant de 6,7 sur 10 avant la crise à 7,1 pendant la première vague et à 7,3 après la seconde vague, expliquée par la qualité des relations sociales qui ont pu être maintenues : sentiment de plus grande connexion, chaleur humaine, amabilité de l'entourage. Cette amélioration s'applique à tous les groupes d'âge ; elle est la plus sensible dans la tranche d'âge des 50 à 64 ans. Les auteurs précisent cependant que cette amélioration de la qualité des relations ne s'est pas produite pour tout le monde. Ils évoquent notamment les cas des situations familiales et professionnelles où le confinement a provoqué une plus grande distanciation entre les personnes, mais aussi l'augmentation de l'incidence de la violence familiale. Les auteurs constatent par ailleurs une inquiétude claire et générale à propos de l'avenir de la société. Ils relèvent cependant que la contribution au bonheur d'autrui, un sentiment d'appartenance et de solidarité et l'investissement dans des projets qui donnent du sens à la vie sont des facteurs susceptibles de protéger les personnes (belges) contre les conséquences négatives de la crise (Annemans & Vandepitte, 2021).

Enfin, il est par ailleurs important de ne pas oublier que la pandémie a mis en lumière les innombrables preuves de solidarité qui attachent les humains entre eux. Une multitude d'actions de solidarité se sont déployées durant toute la durée de la crise pour venir en aide aux personnes âgées, aux familles et aux personnes vulnérables. 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, les ateliers de couture. Certains citoyens se sont également portés volontaires à titre individuel pour aider les personnes isolées en faisant leurs courses par exemple (Fondation Roi Baudouin, 2020 ; Reginster & Ruyters, 2021).

¹⁶ Ce cadre d'analyse permet non seulement d'expliquer l'existence du gradient social de santé, les catégories sociales supérieures étant mieux intégrées et ayant un réseau social plus dense et moins fragile, mais aussi l'existence des singularités sociales, comme les différences entre les groupes socio-économiques ou les différents niveaux de précarité par exemple, puisqu'il suggère également qu'une société solidaire est moins pathogène en moyenne, même pour les plus favorisés (Grignon et al., 2004).

4.2 La situation socio-économique et territoriale

« L'épidémie frappe d'abord les "premiers de corvée" dans des territoires de "défavorisation sociale"¹⁷ » — Nadine Levratto, économiste et directrice de recherche au CNRS (Centre national de la recherche scientifique)

La pandémie de COVID a créé des situations inédites, largement différentes les unes des autres : le coronavirus peut affecter tout le monde (on peut dès lors parler d'« universalisme de la contamination ») ; cependant, tout le monde n'y est pas exposé de la même manière et les mesures prises (pour ralentir la propagation du virus) résonnent différemment selon les conditions de vie, l'âge, le sexe, les revenus, le type ou l'absence de travail » (Barthe-Batsalle, 2021).

Différentes études illustrent la nécessité de considérer les facteurs sociaux au niveau des disparités dans l'exposition au virus, les populations les plus précaires ayant des taux de mortalité plus élevés, le gradient social est par ailleurs observé pour les niveaux d'éducation et de revenu (Defrahl et al., 2021 ; Rea & Racapé, 2021). Khalatbari-Soltani et al. (2020) rappellent par ailleurs l'entrecroisement de plusieurs conditions sociales et de santé sous-jacentes pour expliquer la surmortalité de certaines catégories sociales : ce n'est pas simplement le fait que les personnes pauvres sont plus souvent en mauvaise santé qui les a exposées à la surmortalité due à la COVID, c'est aussi et surtout leurs conditions de logement et leur métier. Les facteurs du logement et de la profession ont semblé jouer un rôle important au niveau de l'exposition au virus, comme l'ont montré plusieurs travaux aux États-Unis, au Royaume-Uni et en France (Upshaw et al., 2021 ; Walker, 2020). Certaines professions ont été ainsi particulièrement exposées, telles que celles du personnel soignant¹⁸, mais aussi celles des personnes qui occupent des positions d'emploi plus précaires et qui n'ont pas pu exercer en télétravail (livreurs, éboueurs, caissières, chauffeurs des transports en commun, police et agents de sécurité, les agents de nettoyage, etc.). Ceci a été mis en évidence tant en France (Epidemic, 2020) qu'au Royaume-Uni (Blundell et al., 2020 ; Niedzwiedz, 2020). En outre, ces emplois sont souvent occupés par les groupes sociaux plus vulnérables par rapport à leur santé.

Une autre source d'accroissement des probabilités d'être exposé à la COVID-19 tient aux espaces de vie (zone urbaine densément peuplée, pas ou peu d'espaces verts, mauvaise qualité de l'air, peu d'équipements collectifs, etc.) et à la qualité du logement (salubrité, nombre de mètres carrés par personne, densité de population dans l'habitation, accès à un espace extérieur, logement intergénérationnel, etc.). En France, à titre d'exemple, le département de Seine Saint-Denis — le plus pauvre et densément peuplé de France — a enregistré le plus fort taux de surmortalité en Île-de-France lors de la première vague (Brun & Simon, 2020). En Belgique, l'association entre quartier densément peuplé et logements collectifs plus peuplés a été visibilisée avec les données compilées par Sciensano (Fortunier & Rea, 2022).

La vie en confinement a été variablement coûteuse pour les familles. Pour les familles plus favorisées, le fait de rester à la maison a pu augmenter certaines charges (électricité, eau, chauffage...), mais ces dépenses ont été largement compensées par des dépenses non réalisées (voyages, restaurants, loisirs...) (Fortunier & Rea, 2022). Cette situation a même favorisé une augmentation substantielle de l'épargne pour ces familles. A contrario, suivant que l'on soit mal logé,

¹⁷ Le podcast de l'émission *Le Temps du Débat* diffusée sur France Culture « A quoi sont liées les inégalités territoriales face à la Covid-19 ? » (17-07-2020) est un bon complément pour comprendre comment les inégalités territoriales couplées aux inégalités sociales de santé sont à prendre en compte dans l'élaboration de mesures sanitaires : radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-temps-du-debat/a-quoi-sont-liees-les-inegalites-territoriales-face-a-la-covid-19-2877620

¹⁸ L'exposition spécifique des professions dites prudentielles (qui nécessitent une relation aux humains).

la vie pouvait s'avérer nettement plus coûteuse (éclairage si logement sombre, chauffage si logement mal isolé ou humide, pas de jardin, équipement d'appareils informatiques, abonnement à un réseau wifi, etc.) (Fortunier & Rea, 2022).

En somme, les différentes catégories socioprofessionnelles étant inégalement réparties sur le territoire, les disparités sociales de santé s'accompagnent de disparités territoriales. Ces situations sont le plus souvent accentuées par le contexte économique, la disponibilité et l'accessibilité locale de services, notamment sanitaires et médico-sociaux (Leclerc et al., 2000).

Le logement

« La crise sanitaire a mis en évidence que la situation de logement [en Wallonie] de nombreux ménages bénéficiant du minimum social rend difficile une vie décente. 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 impacts sur la scolarité des enfants, les relations familiales et de voisinage, les dépenses en matière d'énergie, la santé physique et psychique à long terme » (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2021, p.15-16).

Selon les résultats préliminaires d'une recherche portant sur les inégalités sociales et la COVID-19 (ULB-ULiège), il est effectivement de plus en plus évident que le fait de vivre dans un quartier dense et dans de petits appartements avec une famille intergénérationnelle ait augmenté l'exposition au virus. Le facteur logement a donc eu le potentiel de faire augmenter la probabilité de développer un cas grave ou mortel de COVID-19, en particulier pour les personnes âgées (Recherche FNRS 2021 ULB-ULiège : Inégalités et COVID [à paraître] citée dans Rea & Racapé, 2021).

Il est à noter que le moratoire sur les expulsions n'a pas empêché des ménages de devoir faire face à la perte imminente d'un logement, notamment en raison du manque de revenus et de l'augmentation des dépenses des ménages due à la crise sanitaire. La perte de revenus et l'augmentation des coûts signifient que les arriérés de loyer se sont accumulés et que les problèmes déjà existants des locataires sur le marché locatif privé se sont aggravés. Dans un article de la revue belge *Alter échos* de Mormont et Legrand (2020), le chercheur en politiques sociales, Martin Wagener (UCLouvain) fait état de nouveaux profils basculant dans le sans-abrisme depuis 2020 :

- Des personnes qui étaient jusque-là hébergées dans un circuit de logements de « débrouille », chez des amis ou de la famille, qui se sont révélés alors exigus ;
- Des personnes « en décrochage » qui ont perdu leur emploi ;
- Des usagers en sortie d'institutions (hôpitaux ou prisons) ;
- Des personnes en situation de violences conjugales ou de séparation ;
- Des personnes en séjour irrégulier ayant perdu leur revenu issu de l'économie informelle.

Les disparités socio-spatiales

Les dynamiques territoriales, liées entre autres à la stratification sociale et territoriale (ou disparités socio-spatiales) entre le centre et la périphérie ; entre l'urbain, le semi-urbain et le rural ; entre des quartiers interurbains et des quartiers périurbains, sont le résultat de l'entrecroisement de différents déterminants qui, dans le contexte pandémique, ont influencé la propagation du virus et sa concentration spatiale (Bourdin et al., 2022). Parmi les déterminants territoriaux qui ont influencé les effets de la pandémie, il est pertinent de nommer ceux repris dans le rapport intermédiaire d'ESPON (European Grouping on Territorial Cooperation, Bourdin et al., 2022) de février 2022 concernant la

géographie des impacts territoriaux de la COVID-19 dans les villes et régions d'Europe : le PIB *per capita*, la densité populationnelle, le pourcentage de personnes âgées, le degré d'exposition au risque de pauvreté, le nombre de lits d'hôpital disponibles en regard de la population totale (Bourdin et al., 2022). Il y a eu également, au sein même des territoires nationaux (entre régions et villes et entre villes et villages) des mesures préventives de la propagation du virus visant un certain contrôle de la circulation individuelle entre des localités, ce qui a pu donner lieu à des dynamiques territoriales particulières, notamment en termes de mobilité et d'accès aux services sociaux et de santé (Bourdin et al., 2022).

Plusieurs études épidémiologiques sur la COVID-19 ont fourni des résultats peu concluants à ce jour concernant le rôle de la pollution atmosphérique dans la transmission du virus du SRAS-CoV-2 et la propagation géographique de la maladie, tant au niveau régional que mondial. Une revue de la littérature récente (Rodó, 2021) a analysé un peu moins de 6 000 articles publiés jusqu'au 31 mai 2021, portant sur le rôle de la pollution et des facteurs de qualité de l'air dans la transmission du SRAS-CoV-2 et dans les différences géographiques de propagation de la COVID-19. Un ensemble de preuves montre que l'exposition chronique et à court terme à différentes fractions d'aérosols et à différents types de pollution atmosphérique exacerbe les symptômes, affecte les comorbidités et augmente les taux de mortalité pour les maladies respiratoires similaires à la COVID-19 ainsi que pour le virus en tant que tel (Rodó, 2021).

Somme toute, la pandémie rappelle que la diffusion rapide et à grande échelle est une manifestation explicite d'une population mondialisée et urbanisée. Si les retombées se produisant dans des zones très rurales et faiblement peuplées peuvent avoir des conséquences à l'échelle mondiale, l'histoire peut prendre une tournure différente dès lors que la population mondiale est majoritairement urbaine (United Nations, 2019). Plusieurs caractéristiques du monde urbain sont pertinentes pour expliquer la transmission contagieuse qui peut conduire à une diffusion à grande échelle. En effet, de nombreuses villes ont une population importante et comptent donc un grand nombre d'hôtes humains sensibles à un nouvel agent pathogène. Beaucoup deviennent également de plus en plus denses, favorisant ainsi un grand nombre de contacts permettant la contagion. Une géographie des taux de contact à différentes échelles (locale, nationale, internationale) est clairement en jeu dans cette pandémie (Luke & Rodrigue, 2008 ; Rodrigue et al., 2019).

Les situations de précarité

L'enquête EPICoV¹⁹, en France, a montré que les personnes précaires sont davantage exposées au risque de contracter la COVID-19. Les inégalités se répartissant selon un gradient social, il a été observé que les personnes en situation de précarité se perçoivent plus en mauvaise santé et ont moins recours aux mesures et services de prévention ou de promotion de la santé, voire ont carrément moins recours aux soins, que ce soit lié à leur perception réelle ou projetée quant à leur niveau de santé (Vanthomme et al., 2021, cités dans Rea & Racapé, 2021). Rea et Racapé (2021) avancent qu'il y aurait eu, en Belgique, une chute du taux de recours aux urgences pour des pathologies à risque vital (AVC) et certains retards de prise en charge des pathologies chroniques. Qui plus est, l'impact de la crise sur la santé mentale des personnes précarisées avant la crise sanitaire est documenté dans la littérature internationale (Gibson et al., 2021 ; Kumar & Nayar, 2021 ; Maffly-Kipp, 2021).

Ainsi, cette population fait face à de nombreux motifs de stress, tels que des conditions de travail précaires, des pertes d'emploi ou de revenus, un logement exigu, surpeuplé ou insalubre, un réseau

¹⁹ Pour consulter les résultats de l'enquête EPICoV : <https://www.epicov.fr/publications/>

social et/ou familial restreint, etc., ces derniers ayant été exacerbés durant la crise. L'insécurité financière, l'insécurité alimentaire et l'incapacité à faire face aux dépenses courantes représentent en effet des facteurs de risque importants de développement de symptômes dépressifs, voire d'envies suicidaires et d'automutilation (Kumar & Nayar, 2021). Enfin, la difficulté, voire l'impossibilité de respecter les mesures de confinement en raison de certaines conditions de vie et de travail précaires engendrerait un risque plus élevé d'exposition au virus et contribuerait à la détérioration de la santé mentale de ce public (Cénat et al., 2020 ; Saltzman et al., 2021). En Belgique, les personnes vivant seules, les familles monoparentales, les personnes avec un faible revenu, les personnes présentant un niveau d'éducation faible et les personnes au chômage sont des groupes de population en situation de précarité dont le mal-être psychologique a augmenté suite à la crise sanitaire (Joskin & Henry, 2020). À titre d'exemple, 20 % de la population belge aurait vu sa situation financière se détériorer durant la pandémie. Parmi ces personnes, 10 % auraient craint de manquer de nourriture (Sciensano et al., 2022).

En Belgique, par exemple, les populations les plus défavorisées sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir de médecin traitant. Or de nombreuses recherches montrent le rôle important que ce contact peut avoir dans l'identification rapide de certaines maladies. En outre, la médecine générale constitue un espace de traitement de l'information médicale et une source importante de maîtrise par les individus de leur santé, au niveau de la prévention primaire et secondaire (Jamouille & Roland, 2005). Le non-recours* aux soins de santé des populations les plus précarisées pour des raisons financières est aussi largement documenté, de même que le recours, tardif, aux soins d'urgence (Marmot & Wilkinson, 2005)²⁰.

En somme, pour reprendre les mots de conclusion de Fortunier et Rea (2022), auteurs du rapport « Les personnes précarisées et invisibilisées face au COVID-19 en Région bruxelloise » :

« L'exacerbation des vulnérabilisations entrecroisées (juridique, administrative, économique, sociale, psychologique, morale, sanitaire) répond à un certain effacement de ces vies dans la gestion de crise, un "oubli" de ces catégories de la population, une invisibilisation des problématiques socio-sanitaires que leurs conditions de vie posent ». (Fortunier et Rea, 2022, p.104).

4.3 Le sexe et le genre

Pour les deux thématiques suivantes, il est question de deux déterminants de la santé qui sont complémentaires et enchevêtrés : le sexe et le genre. Le sexe fait référence aux caractéristiques physiques et biologiques des femmes et des hommes : il renvoie de manière générale à l'anatomie, aux hormones, aux chromosomes, à la génétique liée au sexe, etc. (Haute Autorité de Santé (HAS), 2020) Le genre, quant à lui, fait référence aux comportements et aux attitudes, aux rôles, et aux expressions et identités socialement construits. Les comportements et attitudes des hommes et des femmes sont liés aux conditions historiques et socioculturelles dans lesquelles ils et elles ont grandi et vécu (apprentissage social) (HAS, 2020).

²⁰ Voir le point 4.8. sur l'accès et le recours aux services de santé et sociaux.

4.3.1 Les inégalités entre les femmes et les hommes

Comme de nombreuses crises socio-économiques, la pandémie de COVID a eu un impact différencié sur les femmes et sur les hommes, et ce, dans de nombreux domaines tels que les droits, la santé et la situation socio-économique. Nous relevons ci-après quelques-unes des inégalités hommes-femmes fréquemment relevées en Belgique dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Selon une étude réalisée à partir de statistiques belges, les femmes seraient plus exposées que les hommes à la COVID-19 du fait qu'elles représentent près de 80 % du personnel des soins de santé en Belgique (*Personnel des soins de santé*, 23 juillet 2020) et se déplacent plus que les hommes (pour des motifs professionnels et liés à des responsabilités familiales) en transports publics (Assoumou-Ella, 2020 ; Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (IEFH), 2020). Les hommes, quant à eux, semblent plus susceptibles de développer des formes graves d'infection à la COVID et de décéder des suites de ce virus que les femmes (Morgan, 2021). En Wallonie, 50,8 % des personnes décédées de la COVID étaient des hommes (*The epidemiological data of COVID-19*, s.d.). Ce constat ne s'explique pas uniquement par des facteurs biologiques. Des facteurs psychologiques et sociaux font partie de l'explication de cette différence (Griffith, 2020 cité par Morgan, 2021).

En Belgique, les actes médicaux relatifs à la santé sexuelle et reproductive ont été considérés comme essentiels bien que cette information semble avoir manqué de visibilité et de clarté pour la population et les professionnels de la santé (Hidalgo, 2021). L'accès à la contraception et à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) a néanmoins été fortement limité dans les structures hospitalières — où environ 25 % des IVG se pratiquent (Lahssaini, 2021) — pendant les périodes où les taux de contamination au coronavirus étaient élevés (Moreau, 2021). L'accès à ces services était par contre garanti dans les Centres de Planning Familial, bien que rendu plus compliqué du fait des restrictions en matière de mobilité, du manque de communication identifiant les actes médicaux relatifs à la santé sexuelle et reproductive comme essentiels, du contexte de confinement défavorable à l'accès aux soins (violence intrafamiliale, contrôle parental exacerbé), etc. (Hidalgo, 2021 ; IEFH, 2020 ; Lahssaini, 2021 ; Roux, 2020).

Une grande part des inégalités basées sur le genre est à mettre en lien avec les mesures sanitaires. Ce lien peut être direct (lié au télétravail, au confinement et à la fermeture des écoles) ou indirect (comme les conséquences sur le marché du travail et l'organisation familiale).

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). Le nombre de victimes de violences conjugales et familiales et de féminicides serait en augmentation à Bruxelles (Semah, 2021), mais l'absence de données nationales en matière de violence conjugale pose un défi à son estimation. Une récente étude belge a mis en évidence que le confinement avait potentiellement représenté une barrière à se diriger vers des services d'aide aux victimes de violences conjugales et familiales (Roux et al., 2020).

Globalement, l'accentuation des disparités entre les femmes et les hommes sur le marché du travail pendant la crise est due au fait que les femmes ont davantage endossé la charge de prendre soin des enfants et des aînés (IEFH, 2020 ; Semah, 2021) et en raison d'inégalités sur le marché du travail, préexistantes à la pandémie (par exemple en termes de salaire moyen, de temps de travail et d'utilisation des congés parentaux). Les conséquences économiques de la pandémie impacteront probablement davantage et durablement les femmes.

La Région wallonne a le taux de familles monoparentales le plus élevé (12,2 %) en Belgique (11,6 % en Région Bruxelles-Capitale et 8,2 % en Région flamande), or la monoparentalité est une situation qui concerne majoritairement les femmes. Pour ces familles, la pandémie a eu un effet amplificateur des difficultés quotidiennes.

4.3.2 Les minorités sexuelles et de genre

Les minorités sexuelles et de genre recouvrent toute personne stigmatisée et discriminée en raison de son apparence corporelle, de son orientation sexuelle, de son identité de genre non conforme aux normes culturelles sur la sexualité et le genre (Alessandrin, 2020). Plus fréquemment désignées sous l'acronyme LGBTQI+²¹, ces minorités ne sont néanmoins pas semblables, du moins au regard de leur santé (Alessandrin, 2020). Ce qui justifie cet acronyme commun, c'est, d'une part qu'elles sont la cible de violences, de discriminations et d'invisibilisation, soit des mêmes mécanismes d'exclusion, et d'autre part qu'elles partagent des enjeux en termes de santé sexuelle, de prévention et de promotion de la santé (Alessandrin, 2020).

Les épidémies des virus Ebola, Zika et VIH ont démontré que les femmes, les hommes et les minorités sexuelles et de genre n'étaient pas impactés de manière équivalente (Harman, 2016 ; Harris, 2016), et ce notamment du fait d'inégalités préexistantes aux épidémies et des mesures qui les accompagnent. Pourtant, les études sur l'impact de la pandémie sur la santé de ces minorités sont rares (McGowan, *et al.* 2021) et, à notre connaissance, inexistantes en Belgique.

La littérature internationale suggère que les personnes LGBTQI+ pourraient être particulièrement vulnérables face à la COVID-19 du fait de comorbidités — telles que le VIH, les maladies cardiovasculaires et le diabète — auxquelles ces communautés seraient plus à risque (Heslin & Hall, 2021 ; Krause, 2021 ; Morgan, 2021 ;) et des défis (du fait de discriminations notamment) qu'elles sont susceptibles de rencontrer pour avoir accès à des services de santé de qualité (McGowan *et al.* 2021).

L'accès à certains actes médicaux et de prévention qui concernent particulièrement les personnes LGBTQI+ — tels que le traitement et le dépistage du VIH, les traitements hormonaux et les traitements de réaffirmation de l'identité de genre pour les personnes transgenres — a également été marqué par la crise. En Belgique, l'année 2020 se caractérise, par exemple, par une diminution de 18 % du nombre de tests de dépistage du VIH par rapport à 2019 (Deblonde, 2021).

La santé mentale des minorités sexuelles et de genre a été l'objet de davantage d'études qui semblent converger pour dire que ces communautés ont été, suite aux mesures de prévention de la propagation du virus, plus à risque de dépression, d'anxiété et de suicide que les personnes hétérosexuelles et cisgenres (Marchi *et al.* 2022 ; Nowaskie & Roesler, 2022). Souvent, ce constat est mis en lien avec la hausse des actes de discriminations et de violences à l'encontre de ces minorités, observées à l'échelle mondiale (Wallach, *et al.* 2020).

En Belgique aussi, des associations bruxelloises de défense des personnes LGBTQI+ (rassemblées au sein de la *Rainbow House*) font le constat d'une recrudescence des discriminations, d'une exacerbation des niveaux de stress pour les personnes dont les cohabitants (famille ou autre) sont

²¹ Sigle pour Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Transgenre, Queer, Intersexe, le « + » fait référence à toutes les autres identités, orientations, expressions non représentées dans le sigle. Source : Glossaire de la Rainbowhouse : http://rainbowhouse.be/fr/a_propos/glossaire/

hostiles à ces communautés et d'une augmentation de la méfiance et des discriminations dans les espaces de soins (*Rainbow House*, 2020, cité par Semah, 2021).

Selon Çavaria (Jans, 2020), une organisation flamande de défense des droits et du bien-être des personnes LGBTQI+, et la Commission européenne (Commission européenne, 12 novembre 2020), le confinement a exposé les minorités sexuelles et de genre à un risque accru de violence domestique, d'abus, d'expulsion du domicile ou d'errance.

4.4 L'origine et le parcours migratoire

Pour ce déterminant social de la santé, nous avons circonscrit notre synthèse de la littérature autour des personnes migrantes dont les parcours migratoires qui, pour la majorité d'entre eux et elles, depuis le pays de départ (pays d'origine) jusqu'au processus d'intégration dans le pays d'accueil, conduisent à certaines formes de vulnérabilité (Fassin, 2021, cité dans Hamel et al., 2021). La vulnérabilité des migrants s'entend ici au travers d'indicateurs défavorables en matière de santé (voir *santé des migrants** dans le glossaire), d'accès et de recours aux soins et aux droits (Hamel et al., 2021). L'impact des situations de vulnérabilité et des discriminations est aujourd'hui de plus en plus objectivé en matière d'accès aux soins, générant par exemple des retards dans le dépistage de maladies et dans la prise en charge des malades et des non-recours aux droits et aux soins (Jusot et al., 2019). Ces populations migrantes en situation de vulnérabilité²² se trouvent ainsi à l'intersection d'inégalités liées aux origines, au genre, à la situation socio-économique, au parcours migratoire (situation administrative) (Jusot et al., 2019).

Des études belges, européennes et internationales montrent que les personnes migrantes en situation de vulnérabilité et les personnes issues de l'immigration en situation précaire ont été particulièrement exposées au coronavirus (Longchamps et al., 2021 ; Khanijahani et al., 2021 ; Vanthomme et al., 2021). Comme le rappellent Khalatbari-Soltani et ses collègues (2020, p.621)²³, « ce n'est pas simplement que les personnes pauvres sont plus souvent en mauvaise santé qui les a exposées à la surmortalité due à la COVID-19, c'est aussi et surtout leurs conditions de logement et leur métier ». En Belgique (comme ailleurs), beaucoup de métiers dits « essentiels » pendant la crise sanitaire sont, en effet, en grande partie occupés par des personnes migrantes et des personnes issues de l'immigration tels que les métiers de la vente de biens consommables, le nettoyage et les titres-services (notamment en milieu hospitalier) et les métiers du care²⁴ (Unia, 2019 ; Rea & Racapé,

²² Pour connaître les différents groupes de population dont il est question, voir la fiche n° 6 : L'impact de la syndémie sur les personnes migrantes en situation de vulnérabilité et les personnes issues de l'immigration. Service universitaire de Promotion de la Santé — RESO. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, Mai 2022 [Mis à jour le 19-08-22], 25 p. Toutes personnes souhaitant avoir accès aux versions envoyées au comité de relecture entre mars et mai 2022 sont invitées à prendre contact avec le RESO (reso@uclouvain.be).

²³ Ces auteurs sont cités dans une communication scientifique de Rea et Racapé (2021, p.3).

²⁴ Pour en savoir plus sur le concept de care et des métiers du care, nous vous renvoyons vers les écrits de la politologue et professeure américaine en sciences sociales, Joan Tronto : <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm> Sa définition (résumée) : « [...] le *care* soit considéré comme *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* » (Fischer & Tronto, 1991, p. 40, citées dans Tronto, 2008).

2021)²⁵. D'après les données statistiques européennes de 2020 (EUROSTAT), des économistes mettent en évidence que, pour l'ensemble des pays de l'Union européenne, seuls 27 % des travailleurs migrants avaient un métier qui permettait le télétravail contre 41 % des travailleurs originaires du pays (Bossavie et al., 2021).

D'autre part, selon une étude française, au printemps 2020, les immigrants d'origine non européenne présentent un cumul de facteurs qui augmentent leur risque d'infection au coronavirus : 71,5 % vivaient dans une commune très dense et 40,5 % occupaient un logement surpeuplé ; 66,1 % ont travaillé en dehors de leur foyer au moins partiellement. Du côté de la Belgique, les communications médiatiques et politiques ont souvent mis en exergue les hauts taux de contamination, surtout en automne 2020, des quartiers qualifiés d'immigrés (Borgerhout à Anvers, Farciennes en Wallonie ou Anderlecht à Bruxelles) (Rea & Racapé, 2021). Les populations issues de l'immigration présenteraient par ailleurs davantage de problèmes de santé préexistants (ou une plus grande prévalence) que la population native — en raison des conditions socio-économiques et de santé plus précaires en moyenne que la population nationale, parmi d'autres facteurs — telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Or, ces facteurs de comorbidités sont associés à de plus mauvais résultats en matière de COVID-19, ce qui rend ces groupes particulièrement vulnérables à la contraction du virus (Bambra et al., 2020). L'absence de maîtrise de la langue du pays d'accueil pourrait également constituer un facteur favorisant les contaminations au coronavirus parmi les personnes migrantes (Otu et al. 2020 ; Rea & Racapé 2021 ; Vanthomme et al. 2021).

En Belgique, lors de la première vague de contamination, la mortalité des personnes issues de l'immigration était plus élevée que celle des personnes non issues de l'immigration (Vanthomme et al., 2021). Chez les hommes d'origine belge âgés de 40 à 65 ans, la mortalité a augmenté de 7 % par rapport à l'année précédente, de 70 % chez les hommes d'origine africaine subsaharienne et de 25 % chez les hommes d'origine maghrébine. Selon les chercheurs du groupe de recherche Interface Demography de la Vrije Universiteit Brussel (VUB), cette différence s'explique principalement par des facteurs socio-économiques. Comme la deuxième vague de contamination a également touché les quartiers les plus pauvres, ils soupçonnent que ces inégalités se sont également produites à ce moment-là (Vanthomme et al., 2021) en raison, parmi d'autres facteurs, des vulnérabilités spécifiques vécues par les personnes migrantes ou issues de l'immigration, ces inégalités étant structurelles et sociales. Au regard des travaux de Bentley (2020), elles sont considérées comme une forme de « violence structurelle ». S'intéressant aux personnes issues de l'immigration, Germain & Yong (2020) confirment également l'existence d'obstacles en termes d'accessibilité aux soins, exacerbés durant la pandémie (obstacles culturels, obstacles juridiques, représentations et croyances erronées, etc.) ; ce qui les amènent à conclure à l'existence d'inégalités structurelles durant la crise sanitaire dans l'accès et le recours aux soins exposant ainsi ces personnes à un risque accru de mauvaise santé.

De plus, les personnes migrantes vivant dans une situation de précarité ont tendance à développer diverses stratégies pour aménager leurs conditions de vie : densifier les relations familiales comme source de solidarité et d'entraide, vie plus communautaire entraînant davantage de relations sociales, espaces privés plus restreints entraînent conséquemment plus de difficultés d'appliquer les

²⁵ En Belgique, comme le montrent les données du monitoring socio-économique de 2019 (Unia et SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2019), il existe une segmentation ethnique (sur la base de l'origine nationale) du marché du travail en Belgique.

mesures sanitaires de distanciation, de confinement et de quarantaine (Khalatbari-Soltani, 2020 ; Rea & Racapé, 2021).

Enfin, le cumul de plusieurs facteurs, tels que la précarité financière et en matière d'emploi, la petite taille des logements, une maîtrise limitée du français, ou encore une faible littératie en santé, peut être un frein à l'application des mesures de prévention de l'infection au virus SARS-CoV-2 et au suivi du circuit de soins prévu chez les populations en situation de migration, par exemple celles résidant en centre d'hébergement pour les personnes sans domicile fixe (Deprez et al., 2020 ; Hamel et al., 2021).

4.5 Les outils numériques : un déterminant pour le recours et l'accès aux services de santé et sociaux et aux droits

Bien que la transition numérique²⁶ 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) imposant de multiples adaptations à la population dont notamment une utilisation accrue d'internet et des outils numériques (Agence du numérique, 2021). L'utilisation du numérique devient alors un déterminant prépondérant du recours et de l'accès à une panoplie de services, d'activités, d'informations et de droits permettant la pleine inclusion des personnes dans la société (Brotcorne & Mariën, 2020 ; Davies et al., 2021 ; INSPQ, 2021 ; Question Santé, 2021).

Le caractère « urgent » de la crise a imposé le développement et l'introduction d'interventions numériques (notamment en santé), dans un temps record, faisant fi de périodes de consultation et d'évaluation pourtant recommandées. En conséquence, peu d'attention a été portée aux inégalités que la transition numérique pourrait engendrer (Davies et al., 2021 ; Litchfield et al., 2021) alors que le risque que ces interventions digitales affectent certaines populations de manière disproportionnée, surtout en ce qui concerne la santé, est réel (Litchfield et al., 2021). La littérature internationale et belge mentionne d'ailleurs que ce passage au « tout au numérique » n'est pas sans conséquences sur la fracture numérique^{*27} préexistante à la pandémie (Cheshmehzangi et al., 2022 ; Litchfield et al., 2021 ; Madianou, 2020 ; Question Santé, 2021).

La crise sanitaire semble avoir simultanément réduit et amplifié la fracture numérique. D'une part, les mesures de confinement et de distanciation sociale ayant imposé une nécessité accrue de recours au numérique pour avoir accès à toutes sortes de services et d'activités, aurait eu pour conséquences une augmentation du taux de la population étant désormais équipée d'outils numériques et d'une connexion internet. Cette augmentation est considérée comme « réduisant » légèrement la fracture liée à l'accès aux technologies numériques pour ces personnes. Ce constat est observé tant en France par l'ARCEP (Autorité française de régulation des communications électroniques, des postes et de la

²⁶ « Une évolution rapide et permanente des innovations numériques » (Brotcorne & Mariën, 2020).

²⁷ En Belgique, ce concept est défini dans le baromètre de l'inclusion numérique de la Fondation Roi Baudouin comme « l'expression qui désigne diverses formes d'inégalités liées à la diffusion et à l'appropriation massives des technologies numériques dans la vie quotidienne » (Brotcorne & Mariën, 2020).

distribution de la presse), qu'en Wallonie par l'Agence du Numérique (Digital Wallonia) (Agence du numérique, 2021 ; ARCEP, 2021). D'autre part, la pandémie liée à la COVID-19 a amplifié la fracture numérique préexistante à la crise sanitaire, renforçant alors les inégalités vécues par les personnes étant déjà à risque d'exclusion numérique ou provoquant de nouvelles disparités pour certains publics (INSPQ, 2021 ; Litchfield et al., 2021).

La littérature grise et internationale porte une attention particulière à divers publics ayant été impactés par l'imposition de l'utilisation des outils numériques durant la crise sanitaire. Parmi ceux-ci : les groupes de population en situation de vulnérabilité économique (Brotcorne & Mariën, 2020 ; INSPQ, 2021), les femmes (Brotcorne & Mariën, 2020 ; Cheshmehzangi et al., 2022), les personnes ayant un niveau de diplôme peu élevé (Brotcorne & Mariën, 2020 ; Cheshmehzangi et al., 2022), les personnes âgées (Brotcorne & Mariën, 2020 ; Crawford & Serhal, 2020 ; INSPQ, 2021 ; Litchfield et al., 2021 ; Van Jaarsveld, 2020), les jeunes élèves et étudiants ou étudiantes (Brotcorne & Mariën, 2020 ; Madianou, 2002 ; Question Santé, 2021 ; Schmits et al., 2021), les personnes en situation de handicap (Annaswamy et al., 2020 ; Herbaux et al., 2020 ; Jesus et al., 2021 ; Parida & Sinha, 2021), les professionnels et professionnelles de la 1^{re} ligne (Tegenbos & Indiville, 2021).

Pour ces personnes, l'accélération de la transition numérique, notamment comme réponse aux mesures prophylactiques de la crise sanitaire, aurait demandé de nombreuses adaptations au quotidien ou aurait amplifié les difficultés d'accès à toute une série de services (sociaux, médicaux, administratifs, etc.) suite à une dématérialisation importante de ces derniers, provoquant alors une ruée des plus vulnérables vers les services sociaux pour pouvoir bénéficier d'une aide concernant leurs démarches en ligne (Question Santé, 2021).

4.6 L'accès et le recours aux services de santé et sociaux

Les services de santé, dès le début de la pandémie, ont été contraints de s'adapter face à un afflux de patients affectés par la COVID -19. Dès lors, et 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, voire la volonté de ne pas surcharger des professionnels et des services déjà mis sous tension, représentaient autant de facteurs ayant généré 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 ;).

D'autres raisons sont également évoquées pour expliquer le report de soins, voire le non-recours* aux soins et plus particulièrement pour les populations les plus vulnérables : l'importance des coûts générés par les nécessités de se protéger (matériel de protection, mise en quarantaine, etc.) qui concurrencent les budgets déjà fort serrés des populations précarisées, une méconnaissance des usagers quant aux possibilités d'accéder aux soins au regard des mesures sanitaires, des difficultés pour ces populations vulnérables de se projeter vers un futur et croire en des perspectives plus favorables (Geurts & Favresse, 2022).

Les différentes vagues successives de contamination ont impacté l'offre et la demande de soins et ainsi mis à l'épreuve les systèmes de santé et cela même si la situation s'est améliorée dès le second confinement. (Bertier et al., 2021 ; Davin-Casalena et al., 2021 ; Sciensano, décembre 2020 ; Vers une Belgique en bonne santé. Impact du Covid-19, 2022)

La crise sanitaire a touché toutes les franges de la population, mais certains groupes auraient renoncé aux soins — ou n'y aurait 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). Mais ce ne sont pas les seules personnes à avoir été confrontées à des difficultés d'accès et de recours aux soins de santé. Au plus fort de la pandémie, les patients atteints d'une maladie chronique ont eux aussi été confrontés soit à des reports de soins, soit à des annulations de soins (Bertier et al., 2021 ; Karakaya et al., 2021 ; Renault-Tessier et al., 2021 ; Revil et al., 2020). Ces personnes auraient à la fois, été considérées comme particulièrement vulnérables à la COVID-19 (risque de développer une forme plus grave), mais aussi comme susceptibles d'être confrontées à des annulations ou reports de soins (Renault-Tessier et al., 2021). Selon Germain & Yong (2020), durant le début de la crise sanitaire, l'accès aux soins a été priorisé pour les patients porteurs de la COVID-19, ce qui a eu pour effet de ne plus permettre un accès équitable pour les personnes non porteuses du virus.

La crise sanitaire a également impacté l'accès et le recours aux services sociaux et autres organisations issues du secteur social. 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). La crise sanitaire a favorisé une nette dégradation de la situation économique et sociale des individus et a touché de plein fouet les personnes précarisées dans toutes les dimensions de la vie (logement, emploi, revenus, etc.) et ce dès le début du premier confinement (Deprez et al., 2020). La situation est tout aussi préoccupante pour les personnes qui, avant la crise, travaillaient déjà dans des conditions de grande précarité, comme par exemple le secteur informel du bâtiment ou le secteur de la prostitution, ceux-ci ne pouvant prétendre à aucune forme d'aide sociale (Maisin et al., 2020). Par ailleurs, face à ce contexte de crise, de nouvelles franges de populations précarisées ont émergé (travailleurs indépendants, jeunes diplômés, étudiants, etc.) (Geurts & Favresse, 2022 ; Maisin et al., 2020) et risquent de venir agrandir le rang des bénéficiaires d'aides sociales.

L'ampleur de l'impact de la crise sanitaire s'est très vite fait ressentir auprès des usagers des services sociaux (Deprez et al., 2020). En effet, très rapidement, 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 ; autant de freins qui témoignent de la grande difficulté d'accéder aux services sociaux pour les personnes précarisées (Deprez et al., 2020). Enfin, les non-recours aux droits sociaux, identifiés comme une potentielle conséquence de la crise sanitaire (Dossier de Presse — FdSS, cité par Deprez et al., 2020) fragilisent et aggravent la situation des populations précarisées. Par ailleurs, l'émergence du numérique comme — bien souvent — unique moyen d'accès à certains services et la complexification des procédures risquent d'éloigner une partie des publics les plus marginalisés qui ne s'adresseront plus aux structures d'aide et de soutien (Deprez et al., 2020).

En outre, devant l'ampleur de cette crise sanitaire inédite, les professionnels se sont réinventés en adaptant leurs pratiques, en en développant de nouvelles, plus adaptées, plus souples. De « nouvelles solidarités » et des « mobilisations citoyennes » se sont également développées. Malgré tout, la crise sanitaire ne doit pas empêcher les professionnels issus des secteurs socio-sanitaires mais également les décideurs politiques de poursuivre les réflexions et remises en question indispensables pour tenter de « tirer parti » de cette période sans précédent.

Recommandations

Des recommandations formulées par Deprez et ses collègues (2020) soulignent l'importance d'analyser par 'phase temporelle' les effets des différents confinements et vagues successives et la nécessité de prendre en compte la diversité des réalités et des vécus. Selon ces auteurs, il est également indispensable d'identifier les conséquences de la digitalisation des services publics, sociaux et autres ; d'approfondir la question des non-recours aux droits et services ; d'inclure dans l'analyse les différentes variables comme le genre, l'âge, la classe sociale, la nationalité, le statut socio-économique ; d'approfondir la question de l'aggravation des situations de précarité et de la survenue de nouvelles situations de précarité.

Geurts & Favresse (2022), quant à eux, recommandent, pour lutter contre l'aggravation des inégalités sociales de santé, de combattre le risque de non-recours aux soins et services sociaux ; notamment en définissant, sur base des constats de cette crise sanitaire sans précédent, « *des mesures sanitaires de contexte pandémique qui tiennent compte de ce risque* ». Ils préconisent également de lutter contre l'isolement généré par les confinements successifs et d'éviter autant que faire se peut la fermeture des services (élaboration de plan de contingence pour les services médico-sociaux garantissant le maintien de l'ouverture de ceux-ci ; préservation de la dimension humaine lors de l'accueil et de la prise en charge des publics cibles ; adoption des dispositifs et mesures pour garder le contact avec les populations les plus isolées, etc.). Plus largement, ces mêmes auteurs rappellent l'importance d'élaborer des démarches d'accès aux soins de santé et aux services sociaux qui sont coconstruites avec les personnes dans leur globalité (holistique), ancrées dans leurs milieux et leurs conditions de vie.

4.7 Les conditions de soins

La pandémie de COVID-19 a fait peser une pression considérable sur les professionnels du soin et sur celles et ceux qui soignent des proches (au sein de la famille ou au-delà). La littérature scientifique montre que, de manière générale, les épidémies ont un impact majeur sur les conditions de travail des professionnels du soin, et plus globalement sur les systèmes de santé (Brooks 2018 ; Busch, 2021 ; Goulia, 2010 ; Maunder, 2003, 2006). Par son ampleur et ses mesures de prévention inédites, la pandémie a détérioré les conditions de vie des aidants proches en déstabilisant l'équilibre souvent fragile de ceux-ci (Budnick, et al. 2021 ; McGarrigle et al. 2022).

En Belgique, l'environnement de travail des professionnels du soin s'est caractérisé par une augmentation de la pression et de la charge de travail, un niveau de risque de contagion et de stress élevés, une surcharge administrative et une lourdeur des mesures de prévention, la confrontation à une détresse accrue des bénéficiaires (Glowacz, 2021 ; Peeters, 2021 ; Tiete, 2021). Les aidants proches ont également vécu dans un environnement davantage stressant, avec moins de soutien

extérieur (professionnel et informel) possible et dès lors une augmentation des tâches à réaliser pour aider son proche (De Conninck et al., 2022 ; D’herde, et al. 2021 ; Lambotte et al., 2021).

Les conséquences de ces conditions de travail et de vie ont, sans surprise, lourdement impacté la santé mentale de ces groupes. L’enquête belge « Power to care » visait à mesurer le bien-être des soignants, travailleurs sociaux et aidants proches. Les conclusions indiquaient qu’en mars 2021, les répondants présentaient encore des symptômes de stress chronique tels que de l’anxiété, une vigilance accrue, des difficultés à dormir et de concentration ainsi qu’un sentiment de culpabilité (Peeters et al. 2021) Les données rapportées par Lambotte et ses collègues (2021) au sujet de l’impact sur les aidants proches convergent vers les résultats de l’enquête « Power to care ». Ainsi les conditions dans lesquelles ces personnes ont pris soin d’un proche pendant la pandémie, ont causé des souffrances psychologiques qui doivent faire l’objet d’un accompagnement continu, au-delà de la pandémie (Budnick et al. 2021).

Le rapide portrait que nous venons de dresser des principaux effets de la pandémie sur les personnes qui soignent (professionnels et informels) nous semblerait partiel et incomplet si nous ne prenions pas quelques lignes pour inclure dans cette définition tous les professionnels des services médico-sociaux de première ligne et bénévoles, qui tout au long de la crise ont continué leurs actions et tenté de maintenir le lien avec les usagers. Les réalités de ces groupes sont différentes et les effets de la crise sur leur santé sont variés, mais ils ne sont pas à négliger pour autant. De nombreux rapports et articles émanant du monde associatif et professionnel belge font état de la souffrance de ces travailleurs et bénévoles (Leclercq, 2020 ; Legrain 2020 ; Geurts & Favresse, 2022).

4.8 La situation de handicap

Durant la pandémie de COVID-19 bien que de nombreuses organisations belges aient tiré la sonnette d’alarme face aux difficultés éprouvées par les personnes en situation de handicap et leurs aidants proches²⁸, ces derniers et dernières expriment malgré tout — dans le rapport 2020 du Centre interfédéral pour l’égalité des chances (Unia) — qu’« aucune mesure n’a été prise par les autorités pour soulager leurs difficultés, que ce soit par rapport au confinement ou à l’accueil de leurs proches en situation de handicap ». Beaucoup évoquent un sentiment d’abandon et une méconnaissance de leurs besoins de la part des autorités (Unia, 2020). Ce manque de prise en compte des personnes en situation de handicap et de leurs aidants dans la gestion de la crise sanitaire est également évoqué dans la littérature internationale et interroge dès lors sur le rôle de la pandémie comme potentiel amplificateur des inégalités et disparités préexistantes à la crise.

Un rapide aperçu de la littérature belge et internationale nous informe que la pandémie aurait renforcé les barrières préexistantes dans l’accès à certains droits et services pour les personnes en situation de handicap, ayant alors un impact disproportionné sur ces personnes, en comparaison avec la population générale (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l’homme [HCDH], 2020 ; Lebrasseur et al., 2021).

²⁸ « Est aidant proche toute personne qui apporte régulièrement son aide à un proche en déficit d’autonomie. Cette aide répond à des besoins particuliers et est accomplie en dehors de celle réalisé dans le cadre d’une rémunération professionnelle ou de volontariat défini par la loi belge du 3/07/2005 » mentionne l’ASBL Aidants Proches dans un dossier de presse (ASBL Aidants Proches, 2015).

Le risque d'exposition à la COVID-19 est particulièrement important pour les personnes en situation de handicap (HCDH, 2020) en raison de leur handicap ou des conditions de vie de ces personnes. Le handicap, selon sa nature, peut représenter un frein à l'application des gestes barrières (nécessité de contact physique pour obtenir de l'aide ou nécessité d'utilisation du toucher pour se repérer dans l'espace public et pour lire l'écriture braille dans le cas d'un handicap visuel, par exemple) ou à la compréhension et au souvenir des mesures de protection (handicap intellectuel ou troubles cognitifs et développementaux) (Goggin & Ellis, 2020 cités dans Jesus et al., 2021 ; ; Herbaux et al., 2020 ; Kamalakannan et al., 2021 ; Kavanagh et al., 2021 ; Lebrasseur et al., 2021 ; Organisation des Nations Unies (ONU), 2020). Les personnes vivant en institution (prisons, orphelinats, centres de jour, hôpitaux psychiatriques, institutions pour personnes âgées, etc.) ou dans des logements précaires, des lieux dans lesquels les personnes en situation de handicap ou souffrant de troubles psychiques sont fortement représentées, sont également plus à risque d'exposition, car l'accès aux informations sur la COVID-19, aux dépistages et aux soins est limité dans ces établissements ; l'insalubrité marque parfois ces espaces et, par conséquent, le nonaccès à l'eau et à l'hygiène de base ; l'utilisation de pièces de vie commune ; les chambres sont parfois partagées avec d'autres résidents ; les résidents nécessitent souvent une aide et des soins de proximité ; difficultés de maintenir les nouvelles règles d'hygiène imposées lors des visites extérieures ; et enfin, la surpopulation ne permet pas l'éloignement physique requis pour se protéger du virus (HCDH, 2020 ; Kamalakannan et al., 2021).

En outre, des personnes vivant en situation de handicap et leurs familles ayant répondu à l'enquête d'Unia (2020), déplorent le manque de cohérence ou d'accessibilité des informations de prévention transmises par les autorités sur les mesures prophylactiques de gestion de la crise, celles-ci étant parfois manquantes, erronées, contradictoires (par exemple, concernant le refus d'hospitaliser les enfants lourdement handicapés) ou inadaptées (par exemple, les informations n'étant que partiellement traduites en langue des signes et le vocabulaire utilisé étant trop compliqué pour les personnes ne disposant pas de capacités élevées d'utilisation de la langue des signes) amplifiant dès lors les inégalités concernant l'accès à l'information de prévention pour les personnes en situation de handicap durant la pandémie et, par conséquent, le risque d'exposition au virus (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme [HCDH], 2020 ; Herbaux et al., 2020 ; Kamalakannan et al., 2021 ; Unia, 2020). Les risques de complications médicales et de décès liés à la COVID-19 sont plus élevés chez les personnes en situation de handicap, car celles-ci, suite à leur handicap, ont généralement des besoins de santé plus importants et présentent plus de comorbidités que le reste de la population (Herbaux et al., 2020 ; ONU, 2020). En outre, cette différence pourrait également être expliquée par le fait que les modalités d'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 n'étaient que peu adaptées aux personnes en situation de handicap. Tant de choses qui n'ont pas été pensées de manière inclusive pour les personnes avec un handicap et qui ont freiné la possibilité d'un diagnostic précoce pour des personnes vulnérables au virus (Sabatello et al., 2020 cités dans Kamalakannan et al., 2021). L'accès aux soins est également devenu compliqué pour ces personnes : soit, car les établissements de soins ont fermé, soit, car ils sont devenus difficiles d'accès en transport, soit, car la cause du nonaccès était celle de la discrimination (HCDH, 2020 ; Jesus et al., 2021 ; Unia, 2020 cité dans IWEPS, 2021). En résumé, les mesures sanitaires n'auraient pas été suffisamment bien planifiées pour tenir compte des spécificités des personnes en situation de handicap (Jesus et al., 2021 ; Kavanagh et al., 2021).

4.9 L'âge : les jeunes (adolescents et jeunes adultes)

Les adolescents et jeunes adultes constituent un groupe de la population particulièrement à risque de présenter des symptômes de détresse psychologique pendant et après la pandémie — ou la crise sanitaire. Selon une méta-analyse²⁹ internationale (Racine et al., 2021), le nombre de jeunes développant des symptômes de dépression ou des symptômes d'anxiété élevés d'un point de vue clinique serait représenté par un jeune sur 4 et un jeune sur 5 respectivement. Ces estimations seraient, par ailleurs, deux fois plus élevées que celles datant d'avant la crise sanitaire (Racine et al. 2021). Ceci s'expliquerait notamment par le fait que les jeunes de cette tranche d'âge ont vu leurs besoins essentiels de rencontre et d'interactions sociales, contribuant à leur construction identitaire, mis particulièrement à mal par les mesures de prévention, augmentant ainsi le risque de présenter des symptômes de détresse psychologique (Samji et al., 2021)³⁰. La recherche ou l'obtention, via les médias sociaux, d'une grande quantité d'informations liées à la pandémie de COVID-19, bien souvent contradictoires, non vérifiées, est associée à une augmentation d'une telle détresse notamment chez les jeunes (Gibson et al., 2021 ; Pieh et al., 2020). D'après Rens et ses collègues, la détresse mentale des jeunes était plus élevée chez les filles en comparaison avec leurs homologues masculins (2021). D'après Schmits et ses collaborateurs, les étudiants représenteraient également un groupe impacté en termes de santé mentale (isolement, fatigue mentale et physique, manque de motivation, etc.) engendrant, par exemple, un sentiment de décrochage (2021).

Du côté des pratiques liées à l'alimentation et au sport, le soin et la régularité apportés à ces derniers sont des éléments rapportés par les enquêtes de Sciensano comme étant favorables à l'état de santé. Les résultats de la sixième enquête de santé de mars 2021³¹ lancent des signaux d'alerte. Selon ces résultats, les jeunes adultes sont davantage concernés par un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires actuelles (39 % des 18 à 29 ans) (Reginster & Ruyters, 2021). Ils ont aussi révélé que la pandémie et les mesures sanitaires associées ont eu un impact négatif sur leur activité physique (62 % des 18 à 29 ans). C'est une alerte sur une plus grande sédentarité de la population jeune pendant cette crise sanitaire qui pourrait avoir des conséquences sur leur santé dans les années à venir.

Par ailleurs, la crise sanitaire a probablement accentué les inégalités scolaires. En effet, le maintien du lien à l'école a été plus difficile pour les enfants issus de familles précarisées. Ainsi, le retour à l'école à l'issue du premier confinement a varié selon le milieu socio-économique, les taux de présence ont été plus faibles dans les établissements fréquentés par une population moins favorisée (Pierard, 2020). Lors du retour à l'école en septembre 2020, nombreux ont été les enseignants à constater un accroissement des écarts d'apprentissages entre élèves. Ainsi, 92 % des enseignants interrogés dans le cadre d'une enquête réalisée par l'UMons à l'automne 2020 pensent que la première période de confinement a amplifié les inégalités scolaires (Duroisin et al., 2021). Une autre étude de la KULeuven (De Witte et al., 2020) observe une augmentation des inégalités tant au sein des écoles qu'entre elles et amène les auteurs au constat selon lequel l'impact inégal de la crise sur le plan de l'enseignement et de la scolarisation constitue potentiellement l'une des principales conséquences à long terme.

²⁹ La méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats de différentes études relatives à une question de recherche précise. Cette démarche est considérée comme fournissant un niveau de preuve important.

³⁰ Voir la Fiche 1 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur la santé mentale des populations.

³¹ La sixième enquête peut être consultée en ligne : <https://www.sciensano.be/en/biblio/sixieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>

Au-delà de ces indicateurs, plusieurs études soulignent l'impact de la crise sanitaire sur le bien-être des élèves du secondaire. Ainsi, deux enquêtes auprès des élèves du secondaire ont été réalisées par l'UCLouvain et l'ULiège, l'une en juin 2020, au terme du premier confinement, et l'autre en septembre 2020, après le retour en classe (Baudoin et al., 2020). Il en ressort une grande variété de ressentis de la part des élèves, certains ayant vécu ce premier confinement comme « une parenthèse propice à l'épanouissement », d'autres comme « une terrible période de solitude et de drames ». À la suite de la rentrée de septembre, une part non négligeable d'élèves ont rapporté un sentiment de stress à la rentrée, lié à un rythme d'apprentissage plus intense, ou encore aux mesures sanitaires mises en place (port du masque notamment), et se sont sentis peu soutenus par leurs enseignants par rapport aux difficultés scolaires et au retard accumulé lors du premier confinement.

« Selon un sondage en ligne³² réalisé au printemps 2021 par les universités de Liège, Louvain — la-Neuve et Bruxelles auprès de 25 000 étudiants des universités, hautes écoles et écoles supérieures des arts, les difficultés rencontrées ont été nombreuses, à commencer par la démotivation (qui a touché 80 % des étudiants sondés) et un sentiment d'isolement sur le plan de l'enseignement (73 % des sondés) menant à un sentiment de décrochage chez près de 40 % des étudiants interrogés » (Reginster & Ruyters, 2021, p.37). Plus de la moitié des sondés ont fait part de symptômes d'anxiété et de dépression ; ce sont les étudiants de bachelier, principalement 2 et 3, qui présentaient les niveaux les plus élevés d'anxiété et de dépression.

En Belgique, une étude menée par la Mutualité chrétienne (MC) en 2021 à partir de ses données de facturation des soins de santé mentale remboursés pour ses membres de moins de 18 ans, met en évidence d'importantes inégalités sociales de santé mentale chez les enfants et adolescents, en lien avec l'impact de la pandémie de COVID-19. Ainsi, en 2020, alors que le statut de « bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM) utilisé dans l'étude comme proxy pour identifier les personnes disposant d'un faible niveau de revenu représente 15 % de l'ensemble des membres de la MC de moins de 18 ans, 33 % des utilisateurs d'antipsychotiques, 29 % des patients hospitalisés et 25 % des patients ayant recours aux soins urgents étaient bénéficiaires de ce statut BIM dans la période considérée. Dans le même temps, les soins psychiatriques ambulatoires auraient été nettement moins utilisés par les enfants et adolescents résidant dans des secteurs statistiques défavorisés que par ceux résidant dans des secteurs statistiques plus riches. Pour les auteurs de l'article, *« ce fait est d'autant plus alarmant que les classes défavorisées devraient non simplement autant utiliser de soins ambulatoires que les classes favorisées, mais en utiliser davantage que ces dernières. Ceci parce que, la santé étant distribuée de façon inégale dans notre société, les besoins de santé des personnes socialement vulnérables sont plus élevés et demandent donc des actions en prévention et promotion de la santé d'une ampleur et d'une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale (principe d'universalisme proportionné). »* (Sholokova et al., 2021, p. 42). En outre, il est à noter que certaines familles ont connu des difficultés supplémentaires comme les parents qui ont un enfant placé, les familles en séparation ou séparées, les familles dont un parent est détenu, les familles monoparentales.

Enfin, un avis du Conseil Supérieur de la Santé (SPF) d'août 2021 formule des recommandations en matière de bien-être des jeunes. Ainsi, la pandémie peut être un moment d'apprentissage pour les écoles, une opportunité d'accorder plus d'attention à l'enseignement de compétences socio-émotionnelles et pour apprendre aux jeunes à prendre soin d'eux-mêmes et des autres. *« Le bien-*

³² UCLouvain, « L'impact de la crise sur les étudiant. es ? Des données pour avancer », Communiqué de presse du 25 mars 2021. <https://uclouvain.be/fr/decouvrir/presse/actualites/l-impact-de-la-crise-sur-les-etudiant-es-des-donnees-pour-avancer.html#:~:text=Ils%20et%20elles%20se%20sentent,subvenir%20C3%A0%20ses%20besoins%20essentiels>

être mental est idéalement intégré dans tout le parcours d'apprentissage. Enfin, les jeunes méritent de faire entendre leur voix dans ce discours et doivent être impliqués dans les groupes décisionnels.» (Conseil Supérieur de la Santé, 2021, p.2).

4.10 L'âge : Les personnes âgées

Les aînés — ou personnes âgées³³ — ont été marqués de la manière la plus visible par la pandémie. D'abord, par le taux de mortalité qui les a affectés (Aalto et al., 2021 ; Lorant et al., 2021 ; Li W et al., 2020 ; Nemesin & Müller, 2021). Ainsi, les disparités de survie des personnes infectées en fonction de leur âge, avec une létalité de la maladie très supérieure pour les personnes au-delà de 65 ans, en fonction de leur état de santé, en particulier de l'existence de pathologies préexistantes, ont été largement documentées, et ce, dès le début de la pandémie (Sciensano, 2021). La sixième enquête de santé COVID-19 de Sciensano (2021) a sondé pour la première fois la fragilité³⁴ des personnes âgées dans la population pendant la crise du coronavirus. Les résultats concernent les participants à l'enquête âgés de 65 ans ou plus. Parmi les cinq dimensions de la fragilité étudiées, le manque d'énergie (33 %) est de loin la plus fréquemment rapportée. La fréquence des autres problèmes rapportés est, par ordre décroissant : la faible force musculaire (20 %), le peu d'activité physique (17 %), la vitesse de marche ralentie (17 %) et l'appétit diminué (9 %).

Il est utile de mentionner que, à titre d'exemple pour la Belgique, au début de la pandémie (mai 2020), sur les 9 052 décès liés à l'infection à la COVID-19, 4 616 (51 %) sont survenus dans des établissements de soins de longue durée ou maison de repos (et de soins) (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2020). La population des maisons de repos et de soins (MRS) était la plus gravement infectée, probablement en raison de l'état de santé de base des résidents (comorbidité et fragilité plus élevées) et de la rareté des ressources, comme détaillé plus loin. Des recommandations générales ont été formulées par les pouvoirs publics pour lutter contre la propagation du SRAS-CoV-2 dans les maisons de repos, mais elles n'ont pas toutes pu être appliquées (Aalto et al., 2022 ; Miralles et al., 2021). La réponse de chaque maison de retraite dépendait des ressources locales en termes de protection, d'isolement et de soins médicaux qui se sont révélées insuffisantes lorsque les demandes ont explosé de manière exponentielle (Miralles et al., 2021). D'autres facteurs entraient également en compte, par exemple la balance entre contrôle sanitaire et

³³ Selon l'OMS, les personnes définies comme « âgées » à partir de l'âge de 60 ans. Cependant, l'âge a de multiples significations et représentation et n'est pas toujours perçu de la même manière d'une tranche de la population à une autre. Ainsi, la définition de la personne dite « âgée » renvoie non pas à la notion d'âge chronologique, mais plutôt à la construction sociale et au fonctionnement social autour de cette population. Effectivement, il existe une diversité absolue des états de santé, des niveaux fonctionnels, des capacités physiques et de l'évolution des changements physiologiques des personnes âgées (Ennuyer, 2011).

L'âge est utilisé ici pour centrer l'analyse des inégalités sociales sur un segment de vie particulier. Du fait des enjeux économiques et sociaux liés à l'augmentation à la fois du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population, une attention particulière est aujourd'hui portée aux conditions de vie et aux ressources économiques et sociales dont disposent les populations âgées (Fontaine & Pennec, 2020).

³⁴ La fragilité chez les personnes âgées (65 ans ou plus) est un concept assez complexe et difficile à définir. Il s'agit essentiellement d'un manque de réserve physiologique qui fait que les personnes âgées ne sont pas en mesure de faire face aux problèmes auxquels elles sont confrontées. La fragilité des personnes âgées peut être mesurée de différentes manières. L'une d'entre elles est basée sur la présence de problèmes qui se situent dans cinq dimensions différentes : le manque d'énergie, l'appétit diminué, la faible force musculaire, la vitesse de marche ralentie et le peu d'activité physique. Une personne âgée est considérée comme fragile si elle présente au moins trois de ces problèmes (Sciensano, 2021).

qualité de vie des résidents, entre autres liée aux liens sociaux et affectifs qui se tissent entre les acteurs au sein et en dehors des MRS.

Ainsi, plusieurs auteurs ont souligné la rareté des ressources matérielles et humaines comme l'un des facteurs ayant entraîné une surmortalité dans les MR/S. Comme le rapportent Miralles et ses collaborateurs (2021) dans un article interdisciplinaire comparant les données de six pays européens (dont la Belgique), les personnes âgées, en particulier celles vivant en maison de repos (ou maison de retraite ailleurs en Europe), ont constitué la population la plus gravement atteinte en Belgique, en France, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni (Li et al., 2020). Leur vulnérabilité* face à la COVID-19 s'est amplifiée avec le fait de vivre dans un espace collectif, ce qui favorise la propagation du virus. Les résidents ont dès lors été exposés à une « double peine » : risque accru de contagion (et gravité des symptômes), d'une part, et conditions de confinement particulièrement dures, d'autre part (isolement, restriction des visites, suppression des moments collectifs...) (Li W et al., 2020 ; Miralles et al., 2021 ; Unia, 2021). Ces mêmes auteurs (Miralles et al., 2021) rappellent que les personnes âgées constituent une population hétérogène et ont besoin de politiques multidimensionnelles fondées sur l'égalité, la haute qualité des soins et l'échange intergénérationnel pour garantir des normes éthiques élevées et la préservation de la dignité personnelle. Il est nécessaire d'impliquer les patients, les soignants, les directeurs de maisons de repos et des maisons de repos et de soins (MRS) et les parties prenantes dans les décisions qui les concernent directement, en élaborant des politiques centrées sur les patients et les soins. En outre, il est important de rappeler que les enjeux antérieurs à la crise liée à la COVID-19 subsistent dans toutes les régions de Belgique : la pandémie et les mesures sanitaires associées ont exacerbé les questions structurelles préexistantes (ex. manque de moyens, de personnel, etc.) qui affectaient déjà les professionnels et le quotidien des résidents (et des familles ou proches) avant le début de la crise (Unia, 2021).

De plus, parce que c'est une « niche isolée », la vie des personnes âgées — comme catégorie sociale hétérogène — est l'objet de temps structurants propres à cette période de la trajectoire de vie : ces temps ont été en quelque sorte suspendus au plus fort de la pandémie, entraînant dans son sillage divers problèmes de santé physique et mentale (Némesin & Müller, 2021). « *Ils [les temps] se répètent, ils se mettent de séquence, ils sont la trame temporelle autour de laquelle la vie s'articule. Les exemples ne sont pas nouveaux et pas spécifiques au contexte pandémique : la sortie quotidienne pour les courses alimentaires de proximité, [...], des soins reçus à domicile, des aide-ménagères. En plus des visites plus ou moins ritualisées et aléatoires des voisins, de la famille, des services municipaux comme du facteur, ou d'un personnel soignant externe, [...], qui sont à jour et heure fixes, et qui supposent une attention toute particulière au soin de soi.* » (Némesin & Müller, 2021, p.232). Le basculement en contexte pandémique a suspendu pour une durée plus ou moins déterminée l'ensemble de ces temps rituels quotidiens, parfois à la seule exception des soins à domicile. La différence avec un public adolescent ou adulte et le public âgé est que ces temps quotidiens ne furent pas remplacés. Ces moments-clés ne sont pas des éléments du quotidien : ils sont le quotidien. « *Ainsi leur suspension n'est pas une simple modification d'un emploi du temps, c'est la suspension de la vie elle-même qui a été décrétée* » (Némesin & Müller, 2021, p.233). La privation de ces temps quotidiens dont les sorties externes a pu induire certaines conséquences psychiques précises. Par exemple, « *la suppression d'une sortie de Scrabble, ce n'est pas seulement un temps de loisir supprimé, mais une sollicitation intellectuelle en moins, un maintien cognitif perturbé, une pulsion de vie annulée, un rituel cassé* » (Némesin & Müller, 2021, p.233). Cela a favorisé un isolement accru, qu'il soit en maison de repos ou à domicile, et pour lequel en a parfois découlé des troubles du sommeil, une altération des structures cognitives par la baisse des relations sociales.

Par ailleurs quand la vieillesse est envisagée par la porte du vieillissement biologique, l'attention portée aux plus âgé(e)s se centre presque essentiellement sur le curatif et délaisse le care (prendre soin du bien-être) (Rapport Observatoire de la Santé de la Province de Hainaut (OSH), 2021). Or, comme le précise Monseu, « *des modèles professionnels qui éludent une (ou plusieurs) dimension(s) de l'être humain (organique, psychique ou symbolique) induisent des effets pervers tant au niveau de la réponse des professionnel(le)s que de la demande des personnes âgées vis-à-vis des professionnel(le)s des services collectifs* » (Monseu, 2003, citée dans le Rapport OSH, Wathélet, 2021, p.15).

Quant à l'impact de la crise sanitaire sur les aînés et les personnels des MRS, une étude qualitative réalisée par Unia intitulée « L'impact des mesures Covid-19 sur les droits humains dans les maisons de repos (et de soins) » montre que la crise sanitaire a entraîné des répercussions importantes quant à l'exercice des droits les plus élémentaires de résidents des maisons de repos et de soins MRS. « *Ils se sont retrouvés isolés, enfermés malgré eux, "chez eux" dans un lieu institutionnel censé être un lieu de vie, et ce, dans l'intérêt de protéger la collectivité au détriment de leurs droits individuels. Les épreuves du confinement, les restrictions de libertés ont concerné tous les citoyens, mais ont impacté davantage les résidents des MRS, les obligeant très souvent à un confinement en chambre ou en unité, limitant ainsi différents droits fondamentaux.* » (Unia, 2021). Face à ces enjeux spécifiques de la vie et du travail en MRS, la crise sanitaire a fait ressortir plusieurs questionnements éthiques des professionnels concernant leurs interventions, ces dernières se croisent aussi avec le respect des droits humains des résidents étant d'ordinaire sous-jacents, implicites, à leurs pratiques (Bréda, 2021 ; Unia, 2021). Chaque établissement (ou groupement d'établissements) était dans la nécessité de déterminer ses propres règles, devant trouver la juste mesure entre, d'un côté, la gestion du risque de contamination (entre résidents, entre proches et résidents, entre résidents et professionnels) et, de l'autre côté, le respect des libertés, des besoins, des aspirations, des attentes, des résidents et des proches.

Ainsi, le travail des soignants dans les MRS et leur engagement ont été fortement mis à l'épreuve. Face aux injonctions et au risque, les pratiques et les relations de soin ont été bouleversées, amenant chez les soignants des incertitudes et des doutes sur les valeurs privilégiées dans certaines situations et parfois, sur le sens même de leur travail (Bréda, 2021). D'un autre côté, par la « force des choses » les soignants ont été appelés à réinventer leur pratique, à tenter de préserver leur capacité de discernement avec, en point de mire, la sauvegarde des valeurs fondamentales de leur métier et des milieux de vie que sont les MRS, qui consiste principalement à assurer un accompagnement digne aux résidents. L'étude qualitative d'Unia a recueilli quelques bonnes pratiques déployées par les professionnels en collaboration avec des bénévoles, des étudiants, des chercheurs, des familles et des résidents³⁵ : organisation de zones délimitées géographiquement et ainsi maintien d'un équilibre psycho comportemental, appui multiple des bénévoles (fabrication de masques, envoi des cartes d'encouragement, organisation de « petits » concerts...), fourniture de matériels à travers des réseaux (bénévoles, commerçants...), mise en place de groupes de parole et d'un accompagnement psychologique (Unia, 2021).

³⁵ Voir le rapport d'Unia (2021) à la page 25.

5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les synthèses de connaissances issues de la littérature scientifique et grise que le RESO a eu l'occasion de réaliser en appui aux Stratégies concertées Covid montrent à quel point les inégalités sociales de santé ont eu un effet en amont et en aval de la pandémie : les inégalités préexistantes à la syndémie ont influencé de façon différenciée les conditions de vie des populations « en regard » des mesures sanitaires liées à la gestion de la pandémie ; dans le même temps, elles ont été exacerbées « pendant » et « après » les moments-clés de la pandémie. Les inégalités sociales de santé peuvent ainsi être lues en tant que causes ayant impacté négativement les conditions de vie et comme conséquences de la syndémie (voir glossaire) (Bambra et al., 2021 ; Fassin, 2020 ; Gaudillère et al., 2021). Pour Fassin (2020), trois concepts centraux — et oubliés pendant les premiers confinements — ont coexisté pour différencier les types de disparités face à la COVID-19 : vulnérabilité, inégalité, discrimination. Il existe des recoupements entre les trois, mais l'intérêt de ce triptyque était d'inviter à penser des formes distinctes de responsabilité collective à l'égard de ces situations et, par conséquent, des actions publiques (sanitaires, économiques, sociales, environnementales, etc.) visant à corriger ces disparités. Or, les mesures universelles appliquées par les gouvernements des pays européens, et plus largement, dans le reste du monde, n'ont été que peu ou pas adaptées aux singularités des différents contextes et « triptyques », qu'elles soient géographiques, sociales, économiques, culturelles, politiques, etc. (Damme et al., 2020, cités dans Cambon et al., 2021 ; Fassin, 2020).

Il est à ce jour difficile de savoir dans quelle mesure les politiques publiques appliquées pendant la période « active » de la pandémie (début 2020 à début 2022) ont été efficaces sur la limitation de la propagation du virus, la diminution du taux de mortalité ou du taux de saturation hospitalière (Cambon et al., 2021)³⁶. « *En revanche, des données sont aujourd'hui disponibles sur les conséquences de ces mesures sur la santé de la population : 100 millions de nouvelles personnes dans l'extrême pauvreté (World Health Organization (WHO), 2020, cité dans Cambon et al., 2021), doublement du taux de chômage dans les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) (OCDE, 2020), accroissement des troubles mentaux et de l'anxiété (Krishnamoorthy et al., 2020 ; Salari et al., 2020 ; Serafini et al., 2020, cités dans Cambon et al., 2021), défaut de soins pour les patients atteints de maladies chroniques et ralentissement des activités de prévention et de dépistage (OMS, 2021, cité dans Cambon et al., 2021).* » (Cambon et al., 2021, p.92)³⁷.

Ainsi, la crise sanitaire et politique liée à la gestion de la pandémie de COVID-19 est une sorte de point de rupture qui a visibilisé des enjeux structurels liés aux déterminants de la santé et aux inégalités sociales de santé et mis en dialogue des sujets, tels que les articulations entre maladies chroniques et conditions socioéconomiques, interactions entre santé environnementale, animale et humaine, apparus « en raison de la crise sanitaire », dont certains pourraient conduire à de nouvelles situations critiques (Bambra et al., 2021 ; Gaudillère et al., 2021). Tel que mentionné dans la fiche introductive liée au projet de synthèse des connaissances³⁸, la pandémie a été davantage vue comme

³⁶ Voir Haung et al., 2020 et Rice et al., 2020, cités dans Cambon et al. 2021 pour l'étude de l'efficacité des mesures sanitaires dans la lutte contre la propagation de la COVID-19.

³⁷ Voir Cambon et ses collaborateurs pour la liste complète des données disponibles concernant les conséquences de ces mesures sur la santé de la population.

³⁸ Toutes personnes souhaitant avoir accès aux versions des fiches de synthèse envoyées au comité de relecture entre mars et mai 2022 sont invitées à prendre contact avec le RESO (reso@uclouvain.be).

« un obstacle à franchir que comme un phénomène complexe qui s’infiltré dans tous les domaines de la société et qui se nourrit d’un terreau socioculturel inégalitaire » (Mannaerts, 2022, p.3)³⁹.

D’autre part, lorsque le contexte sociopolitique dans lequel s’est opéré la gestion de la pandémie est analysé, il est possible de constater que ce qui a été communément appelée « crise sanitaire » l’est en raison de la spécificité du virus et de la contamination qui se caractérisent par de nombreuses inconnues, et la part importante d’asymptomatiques ou de symptômes non spécifiques, ayant rendu d’autant plus difficile l’évaluation de la situation épidémique (Gaille & Terral, 2021). Mais, dans le même temps, en combinaison avec ces spécificités, ce sont aussi des éléments organisationnels et des mesures politiques, largement basés sur un modèle hygiéniste biomédical⁴⁰ (Gaille & Terral, 2021 ; Gaudillère et al., 2021) qui ont suscité la « crise ». Par exemple, dans les premiers mois de la crise, le manque de capacité de dépistage ou de matériel de protection pour les professionnels de la première ligne a été d’autant plus dommageable que nombre de patients étaient asymptomatiques ou peu symptomatiques. En outre, Gaudillère et ses collaborateurs (2021) insistent sur le manque d’enquêtes épidémiologiques de terrain (souvent en décalage au regard des temporalités de gestion d’une crise sanitaire), lequel a conduit à prendre des décisions à partir de modèles très généraux, sans connaissance précise des situations locales, régionales, provinciales, tout autant que l’absence (ou la faible présence) de cadres (pratiques et réflexifs) de santé publique, de sorte que les personnels soignants compétents se sont retrouvés isolés au sein de leur institution sanitaire.

Il est donc possible de considérer que ce qui a fait crise, c’est tout autant, et considérés ensemble et dans leurs articulations, le virus et le manque de moyens sanitaires pour l’affronter (manque de masques, de tests, de vaccins). D’un coup, la Belgique, et le reste de l’Europe ont basculé dans une situation inédite qui a induit une perte de repères, aussi bien sur la vie quotidienne que sur l’avenir. « La situation ayant évolué rapidement, elle n’a cessé de susciter de nouveaux problèmes qui témoignent des interdépendances complexes qui caractérisent nos sociétés » (Gaille & Terral, 2021, p.12). Ainsi, il est de plus en plus admis que ce n’est pas seulement la pandémie 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). En outre, au regard des leçons tirées de l’efficacité de certaines mesures sanitaires (*policy lessons*), et comme c’est le cas pour toutes les conditions de santé, une grande partie des « résultats » sanitaires de la pandémie est due à des déterminants sociaux de la santé et des facteurs structurels (environnement, densité de population, structure d’âge, état de santé initial, état du système de santé, etc.) (Bergeron et al., 2020 ; Ngepah, 2021). De ce fait, la pandémie de COVID-19 est un événement social total, dont le déploiement et les manifestations sont incompréhensibles si elles ne sont pas analysées au prisme du contexte plus global qui, au-delà de la crise sanitaire, se lit comme une combinaison de crises aux ressorts et aux temporalités distincts : « crise économique (chute drastique du PIB), crise de “l’expert” et de “l’expertise” (critique de l’évaluation des médicaments), crise de la représentation politique (méfiance envers les autorités) et crise environnementale (passage du virus de l’animation à l’homme est vu comme effet de la déstabilisation des écosystèmes par des activités sur-mondialisées) » (Gaudillère et al., 2021, p.9). La notion de « crise » a aussi mis en lumière

³⁹ Denis Mannaerts (Culture & Santé asbl) dans le mensuel Éducation Santé d’avril 2022 : <https://educationsante.be/content/uploads/2022/03/es-387-br-2.pdf>

⁴⁰ En privilégiant une approche biomédicale, centrée sur la maladie, il s’agit de supprimer ou contenir un virus plutôt que d’étudier sa rencontre avec une population faisant système (Rajan et al., 2020).

le concept de « risque » ou « d'exposition au risque ». Il est généralement admis que les individus sont très rarement confrontés à un seul risque — en l'occurrence la contamination par le virus — mais vont aussi être confrontés au risque de la pauvreté, de la précarité, de l'exclusion, de la perte de leur emploi, de solitude ou d'isolement, des risques liés à des phénomènes multi-échelles comme le changement climatique, les conflits territoriaux, les dynamiques géopolitiques qui entraînent une hausse des coûts des biens de première nécessité comme l'alimentation ou l'énergie, etc. (Bergeron et al., 2020).

Perspectives : Repenser le sens de la santé publique et de la promotion de la santé en période de crise sanitaire

« *Comment a-t-on pu oublier que les déterminants sociaux de la santé sont dépendants les uns des autres, que la santé s'enracine dans le fait social et que par conséquent, sur le long terme, de telles mesures ne peuvent qu'être destructrices ?* » lancent la chercheuse Linda Cambon et ses collaborateurs (2021, p.94) dans un éditorial intitulé « *Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé* ». Les acteurs et actrices du secteur de la promotion de la santé auraient sans doute différentes réponses pragmatiques à offrir à cette question, dont plusieurs sont identifiées ci-après par Cambon et al. (2021), mais aussi dans les deux chapitres liés à la concertation locale et régionale :

- La **santé découle d'un processus d'empowerment**, « *c'est-à-dire de la capacitation des individus et des groupes à agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés. Dans le contexte de la COVID-19, pour être en mesure d'agir, les personnes concernées doivent avoir la possibilité de participer, de s'approprier et d'ajuster la réponse* » (p.93).
- De même que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2020) appelle à modifier la méthode des autorités qui consistait à susciter l'adhésion aux mesures gouvernementales « *en centrant la communication sur la responsabilité individuelle des personnes, et en mobilisant les registres éculés de la peur et de la culpabilisation* » (Witte & Allen, 2020, cités dans Cambon et al., 2021, p.93), en la construisant autour de **quatre principes** :
 - 1) Faciliter les réponses communautaires par l'amélioration de la qualité et de la cohérence des approches ;
 - 2) Baser les actions sur la mobilisation des preuves, mais aussi sur les spécificités des contextes, les capacités, perceptions et comportements de la communauté ;
 - 3) Renforcer les capacités et les solutions locales en facilitant les aptitudes et compétences des collectifs, et l'évaluation participative des mesures ;
 - 4) Privilégier la collaboration et la mobilisation des intérêts communs entre groupes, structures et territoires dans l'effort de réponse à la COVID-19.
- Un dernier rappel non moins important, qui ramène à l'avant-plan la Charte d'Ottawa, dont le consensus est pourtant encore d'actualité au sein des pays qui l'ont endossée : « ***les programmes et les stratégies de promotion [et de prévention] de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques*** » (OMS, 1986).

Ces bonnes pratiques de la promotion de la santé identifiées de longue date **renvoient directement à la nécessité de croiser les expertises, les disciplines et les secteurs.**

Par ailleurs, du côté de l'approche de (par) la santé publique, comme situation, elle est aussi socialement produite par les conditions d'existence et les modes de vie, par l'environnement de vie, allant du milieu domestique au milieu de travail et de mobilité, et de façon plus globale, par les grands processus qui structurent les sociétés (Fassin, 2008). Dès lors, la direction semblait tout indiquée pour les interventions en contexte de crise sanitaire : « *Il s'agit de faire de la lutte contre les inégalités sociales en tant que telle une priorité en même temps qu'une grille de lecture et un instrument d'évaluation de l'action publique, et, plus spécifiquement, de la santé publique. En quoi ce que l'on fait réduit-il les inégalités existantes ? Telle devrait être la lancinante interrogation de toute politique sociale ou sanitaire, au lieu de : en quoi cela améliore-t-il un état de santé moyen ?* » (Fassin, 2008, p.61). Pour cela, il peut être pertinent de revoir les cinq balises éthiques pour penser l'action de la santé publique selon Childress et ses collaborateurs (2002, cités dans Mannaerts, 2022) :

- La nécessité : Est-ce que, dans les conditions données, l'action est incontournable ?
- L'efficacité : Est-ce que l'action produit le résultat attendu ?
- La proportionnalité : Est-ce que l'action, compte tenu des contraintes qui y sont associées, est justifiée par la situation et en rapport avec le résultat envisagé ?
- Le moindre mal : Est-ce que la nuisance causée par l'action est plus faible que celle causée par l'inaction ou d'autres choix d'action ?
- La justification publique : Les fondements sur lesquels l'action se base sont-ils énoncés de manière claire et transparente ?

Pour que la mesure sanitaire, entre autres exemples, soit bonne et éthique, l'évaluation de l'adéquation des mesures et des actions doit pouvoir approcher les enjeux de manière globale, et donc tenir compte d'effets indirects (la solution pour répondre à un enjeu pour entraîner des iniquités qui deviennent à leur tour une nouvelle problématique à traiter) et différés (les mesures choisies peuvent avoir des impacts à plus ou moins long terme) (Childress et al., 2002). C'est en cela qu'il est essentiel de rappeler que les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de précarité (ou vulnérabilité) sociale. C'est ce qui est appelé **l'universalisme proportionné*** (Marmot, 2010). En pratique, la nature syndémique de la crise sanitaire liée à la COVID-19 rend indispensable une approche de santé publique qui intègre **le contrôle de la situation épidémiologique, le traitement des patients et les politiques et programmes visant à diminuer les inégalités sociales de santé** (Horton 2020 ; Singer et al., 2017). Les politiques de gestion de la pandémie de COVID-19, focalisées sur des mesures universelles, c'est-à-dire identiques à toute la population, de prévention de la propagation du SARS-CoV-2, ont démontré leurs limites en ce sens qu'elles n'ont pas été contextualisées aux situations de vie (Van Damme et al., 2020, cités dans Rousseaux & Malengreaux, 2022). Ainsi, pour lutter contre les inégalités sociales de santé, il est important que les politiques publiques prévoient de **combiner des mesures universelles et proportionnelles**⁴¹.

⁴¹ Cette dernière partie de la conclusion s'est inspirée de l'introduction (rédigée par le RESO) du document de programmation liée au plan WAPPS 2023-2027. Il peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : <https://www.avig.be/fr/actualites/programmation-wallonne-en-prevention-et-promotion-de-la-sante-mise-en-oeuvre-du-plan>

Le professeur Van den Broucke dans la revue *Health Promotion International* (avril 2020), démontre à quel point la **promotion de la santé est une réponse solide, evidence based⁴² (approche fondée sur des données issues de la science), efficace (maintenir la soutenabilité du système de soins), à la fois globale (approche systémique) et spécifique (adaptée aux différents groupes de populations)**. “Il [S. Van den Broucke] montre 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).

Les acteurs de promotion de la santé peuvent contribuer concrètement et rigoureusement à plusieurs niveaux de gestion d’une crise sanitaire : ils peuvent en effet agir sur les comportements individuels de santé ou 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. Un exemple cité par le Pr. Van den Broucke : l’expertise de la promotion de la santé au regard de la **littératie en santé**⁴³ peut guider l’élaboration de messages de santé publique afin que ceux-ci soient non seulement accessibles, mais aussi compris, acceptés et utilisés par les différents groupes au sein de la population, dont les plus vulnérables.

Également, si les problématiques liées à la gestion d’une syndémie sont totales (Gaille & Terral, 2021), **la démarche communautaire en promotion de la santé** pourrait bien constituer une force par sa démarche méthodologique concrète, qui implique les personnes concernées comme acteurs à part entière dans l’analyse de ce qui pose problème et dans la définition de stratégies pertinentes pour la résolution des enjeux identifiés et partagés. Cette participation et les processus délibératifs qu’elle suscite, en conduisant à une meilleure compréhension et appropriation des enjeux et messages de santé (littératie en santé), peut favoriser une meilleure adhésion des populations aux politiques de prévention et de gestion d’une pandémie, etc. En d’autres mots, l’approche de la santé communautaire, en temps de crise, ne fait pas reposer l’effort exclusivement sur les soignants et les infrastructures hospitalières, elle a le potentiel de permettre une gestion décentralisée, elle met l’accent sur la prévention, 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). En outre, si la stratégie d’intervention du plaidoyer est fondamentale à la promotion de la santé, elle n’a jamais été aussi importante qu’aujourd’hui, en période de post-pandémie, afin de limiter le creusement des multiples fractures sociales, territoriales, générationnelles et communautaires, exacerbées par la crise sanitaire liée à la COVID-19, et où l’expertise jusqu’ici mobilisée prend conscience de ses limites (Atlani-Duault et al., 2021 ; Ferron, 2021).

⁴² Le concept [d’] evidence based est né dans le champ médical. L’Evidence Based Medicine (ou EBM) s’inscrit donc dans le champ scientifique biomédical. La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l’on conjugue l’expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. [...] (Sackett, et al., 1996 cités dans Hamant et al., 2022).

⁴³ La littératie en santé désigne « la capacité d’accéder, de comprendre, d’évaluer et d’appliquer l’information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie » (Rootman et al., 2008).

En dernier lieu, ce travail d'analyse a permis à l'équipe du RESO une prise de recul critique sur des réalités qui ne s'effaceront pas avec la diminution de la propagation de la COVID-19 ni avec la visibilisation des inégalités sociales de santé. La pandémie de COVID-19 fait événement aussi en raison des ruptures potentielles qu'elle implique et des scénarios pour le futur qu'elle rend envisageables. Ce processus de production de synthèses des connaissances qui cherchait à rendre accessibles des connaissances scientifiques à des professionnels de terrain et des autorités sanitaires ou politiques aura été accompagné d'une posture réflexive constante des membres de l'équipe mobilisée, quant à la complexité d'un tel projet dont l'un des objectifs est de raccrocher des questions et des enjeux de terrain à la littérature scientifique. Apporter des « réponses complexes » à des « problèmes complexes », aux imbrications multiples entre les facteurs d'inégalités et leurs conséquences, constitue, certes, un défi essentiel à relever, ici, maintenant, et à long terme.

« La promotion de la santé rappelle qu'il ne s'agit pas seulement de vivre, mais plutôt d'exister, c'est-à-dire de trouver une manière propre d'être au monde » (Lecorps, 2005, p.9).

6. RÉFÉRENCES

Références : première partie (sections 1 à 3)

Adam, C., Fauchere, V., Micheletti, P., Pasca, G. (dir.). (2017). La santé des populations vulnérables. Édition Ellipses.

Aïach, P. (2010). « Les inégalités sociales de santé », *Anthropos*, Economica, Paris

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. *J Epidemiol Community Health*;74(11):964-968. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32535550/>

Blumenshine P, Reingold A, Egerter S, Mockenhaupt R, Braveman P, Marks J. (2008). Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerg Infect Dis*. 14 (5) : 709-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600245/>

Charmes, E., Rousseau, M. (2020). « La mondialisation du confinement. Une faille dans la planétarisation de l'urbain ? », dans la Vie des Idées, https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20200512_charmes_vedit-2.pdf

Chauvin, P., Estecahandy, P. (2010). Inégalités sociales de santé et précarité, Dans *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, Haut Conseil de la Santé Publique, n° 73 décembre, <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>

Dubost C-L., Pollak C., & Rey S. (juillet 2020). Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID-19 : état des lieux et perspectives. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>

Fassin D, Aïach P. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *Revue du praticien*. (54) : 2221-2227.

Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. (2000). Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. Dans : Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. *Les inégalités sociales de santé*. Paris (FR) : La Découverte ; p. 13-24.

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

Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*. 2002 ; 20 (4) : 75-128.

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)

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (2021). *Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé*, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010*. Londres : University College London.

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.

Micheletti, P. (2017). La précarité à l'extrémité du gradient des inégalités sociales de santé : comprendre pour agir, Dans Adam, C., Fauchere, V., Micheletti, P., Pasca, G. (dir.). (2017). *La santé des populations vulnérables*. Éditions Ellipses, pp. 31-42

Moleux, M., Schaetzel, F. (Dr.), Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. Inspection général des affaires sociales. < <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000580.pdf> >

Paugam S. (2009). *Le lien social*. Paris, PUF, « Que sais-je ».

Rousseaux R., Malengreaux S. (2022). Promouvoir la santé en contexte de pandémie — recueil d'expériences bruxelloises. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/pandemie-et-promotion-de-la-sante.html>

Singer M., Bulled N., Ostrach B. & Mendenhall E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389 (10072). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)

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.

Suhard V., Safon M.-O. (2016). Bibliographie sur les inégalités sociales de santé, Pôle Documentation, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES).

Turchin, P. (2007). Modeling Periodic Waves of Integration in the Afro-Eurasian World-System. Dans G. Modolski, T. Devezas, W. R. Thompson (dir.), *Globalization as Evolutionary Process : Modeling Global Change*, New-York, RoutledgeESPO, p. 161-189

Weinstock, D. (2018). « Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé », *Éthique publique*, vol. 20, n° 2, <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/4173>

Références : l'état de santé physique et mentale

Annemans L., Vandepitte S. (2021), « Un an après le début de la crise : notre bonheur est mis à mal, mais la qualité de nos relations sociales s'améliore » Université de Gent/Gand, Dossier de presse : Enquête nationale Ugent-NN du Bonheur — mars 2021, 12 p.

Castanares-Zapatero, D., Kohn, L., Dauvrin, M., Detollenaere, J., Maertens de Noordhout, C., Primus-de Jong, C., Cleemput, I., Van den Heede K. (2021) *Besoins et suivi des patients atteints de COVID long*. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 344. D/

2021/10 273/29. < <https://kce.fgov.be/fr/long-covid-pathophysiology-%25E2%2580%2593-epidemiology-and-patient-needs> >

Conseil Supérieur de la Santé. (2021) *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 — Révision*. Bruxelles : CSS. Avis n° 9610. < <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9610-prise-en-charge-psychosociale-pendant-la-pandemie-Covid-19-revision-2021-0> >

Conseil Supérieur de la Santé. (2022) *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : Quelles leçons pouvons-nous tirer pour l'avenir ?* Bruxelles : CSS. Avis n° 9676. < <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9676-prise-en-charge-psychosociale-pendant-la-pandemie-Covid-19-lecons> >

Coronavirus. Organisation mondiale de la santé (OMS). [Consulté le 18 juillet 2022] < https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 >

Fondation Roi Baudouin (2020), Baromètre des associations 2020.

Gold, M.S., Sehayek, D., Gabrielli, S., Zhang, X., McCusker, C. & Ben-Shoshan, M. (2020) COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis, *Postgraduate Medicine*, 132:8, 749-755, DOI: 10.1080/00325481.2020.1786964

Impact du COVID-19. (mis à jour le 7 mars 2022) Vers une Belgique en bonne santé. [Consulté le 19 août 2022] < <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impact-du-covid-19> >

Grignon, M., Couffinhal, 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>

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), pp.1-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32339041/> >

Li J, Huang DQ, Zou B, Yang H, Hui WZ, Rui F, Yee NTS, Liu C, Nerurkar SN, Kai JCY, Teng MLP, Li X, Zeng H, Borghi JA, Henry L, Cheung R & Nguyen MH. (2021). Epidemiology of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, risk factors, and outcomes. *J Med Virol*. 93(3):1449-1458. doi: 10.1002/jmv.26424.

Lorant, V., Smith, P., Van den Broeck, K. & Nicaise, P. (2021) Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium. *BMC Psychiatry*.21(1). pp.1-10. doi : 10.1186/s12888-021-03109-1. PMID: 33602149; PMCID: PMC7890771. < <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03109-1> >

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> >

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](#). Septembre

2021. Rapport de recherche de l'IWEPS, N° 45. <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2021/10/RR45-ISS-complet-final-1.pdf>

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. pp.1-9. doi: 10.3389/fpsy.2021.575553. PMID : 33 584 379 ; PMCID : PMC7876399. < <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.575553/full> >

Santomauro D.F. et collaborateurs (COVID-19 Mental Disorders Collaborators) (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic, *Lancet*, S0140-6736(21)02143-7. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7). <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2902143-7>

The epidemiological data of COVID-19. Sciensano. [Consulté le 17-08-22] <https://datastudio.google.com/embed/u/0/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab>

The Lancet. (2021). Brain health and its social determinants. *Lancet*. Sep 18 ; 398 (10 305) : 1021. doi : 10.1016/S0140-6736(21)02085-7. PMID : 34 537 088. < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621020857?via%3Dihub>

Références : la situation territoriale et socio-économique

Barthe-Batsalle, H. (2021). « Pour planter le décor », dans Regards croisés relatifs à l'impact de la crise sanitaire sur les inégalités sociales de santé, Synthèse de la journée du 12 octobre 2021, Havré, Observatoire de la Santé de la Province de Hainaut (OSH), 2021 ; 4.

Blundell, R., Cribb, J., McNally, S., Warwick, R. & Xiaowei, X. (2020). Inequalities in education, skills, and incomes in the UK: the implications of the COVID-19 pandemic, London, Institute for Fiscal Studies.

Bourdin, S., Hachaichi, M., Sanchez Gassen, N., Igari, A., Locsei, H., Amdaoud, M., Arcuri, G. (2022). INTERIM REPORT (ESPON) : Geography of COVID-19 Territorial impacts of COVID-19 and policy answers in European regions and cities Interim Report, February 2022, https://www.espon.eu/sites/default/files/attachments/1_INTERIM%20REPORT%20-%20Territorial%20impacts%20COVID-19_0.pdf

Brun, S., Simon, P. (2020). « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », De facto, <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2020/05/15/defacto-019-05/>

Cénat J.M., Dalexis R.D., Kokou-Kpolou C.K., Mukunzi J.N. & Rousseau C. Social inequalities and collateral damages of the COVID-19 pandemic: when basic needs challenge mental health care. *International Journal of Public Health*. 2020;65(6):717-718.

Drefahl, S, Wallace, M., Mussino, E., Aradhya, S., Kolk, M., Brandén, M., Malmberg, M., Andersson, G.A. (2020). "Population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden", *Nat Commun*, (1) : 5097, doi : 10.1038/s41467-020-18926-3, PMID: 33037218; PMCID: PMC7547672

Epidemic. (2020). Conditions de vie et compréhension des consignes médicales au temps du Covid-19. Synthèse du 02/07/2020.

<http://www.iferiss.org/images/IFERISS/Projets/EPIDEMIC/Synthese_EPIDEMIC_Consignesmedicales_020720.pdf>

Fortunier, C, Rea A. (2022). Les personnes précarisées et invisibilisées face au COVID-19 en Région bruxelloise. Rapport de recherche. Group for Research on Ethnic relations, Migration & Equality (GERME), Université libre de Bruxelles ; 405 pages.

Gibson, B., Schneider, J., Talamonti, D., Forshaw, M. (2021). The impact of inequality on mental health outcomes during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* ; 62 (1) : 101-126.

Jamouille, P, Roland, M. (2005). « Champs d’action, gestion de l’information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille », *Santé conjugulée*, n° 33. 71-77

Joskin A., Henry, A. (2020). Crise du Covid-19 : quel impact sur le bien-être des belges ? Bruxelles (Be) : Bureau fédéral du Plan. 16 p

Khalatbari-Soltani, S., Cumming, RC., Delpierre, C. Kelly-Irving, M. (2020). “Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards”, *J Epidemiol Community Health*. 2020 Aug;74(8):620-623. doi: 10.1136/jech-2020-214297. Epub PMID : 32 385 126 ; PMCID : PMC7298202.

Kumar,A., Nayar, K. R. (2021). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of mental health* (Abingdon, England), 30(1), 1–2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>

Leclerc, A., Fassin, D., Granjean, H., Kaminski M., Lang T. (2000). *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm.

Luke, TC, Rodrigue J-P. (2008). Protecting public health and global freight transportation systems during an influenza pandemic. *Am J Disaster Med*.

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> >

Marmot, M., Wilkinson, R. (2005). (Eds). *Social Determinants of Health*. Oxford : OUP.

Mormont M., Legrand M. (2020). « Sans abrisme, l’autre pandémie », in *Alter-Echos hors-série Un toit pour tous et pour toujours*, pp 6-9.

Niedzwiedz, C.L., O’Donnell, C.A., Jani, B.D. et al. (2020). « Ethnic and socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection: prospective cohort study using UK Biobank », *BMC Med*, 18, 160.

Rea A, Racapé J. (2021). Inégalités sociales et COVID-19. Dans le cadre du Séminaire « *Vivre avec le Covid : dialogues interdisciplinaires* ». Observatoire du Sida et des Sexualités ULB. [Consulté le 07-04-2022].
<https://www.observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/Observatoire-Sida-et-sexualites-130121.pdf>

Rea, A., Racapé, J. (2021). Inégalités sociales et COVID-19 Présentation dans le cadre du 24e Congrès des économistes. [Consulté le 04-04-2022]. <https://www.congresdeseconomistes.be/wp-content/uploads/2021/11/Andrea-Rea.pdf>

Rodo, X. (2021). "Pollution and the spread of COVID-19", STUDY, Panel for the Future of Science and Technology, Scientific Foresight Unit (STOA), EPRS | European Parliamentary Research Service, [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/697192/EPRS_STU\(2021\)697192_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/697192/EPRS_STU(2021)697192_EN.pdf)

Rodrigue J-P, Luke, M. (2020). Osterholm: Transportation and pandemics. Geogr Transp Syst

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2021). Avis du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale relatif à la mesure fédérale d'élargissement de l'accès au tarif social pour l'électricité et/ou le gaz naturel, juin 2021.

Saltzman, L., Lesen, A. E., Henry, V., Hansel, T. C. & Bordnick P.S. (2021). Health Security.S-5-S-13.2021;19(S1).

Tara, L., Upshaw, Brown, C., Smith, R., Perri, M., Ziegler, C., D.Pinto, A. (2021). "Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: A rapid review." Published: March 31, 2021, DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248336>

United Nations. (2018). Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Urbanization Prospects: 2018: Highlights.

Walker, AJ., Bhaskaran, K., et al. (2020). "Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY". Nature, 584 : 430-436

Références : les inégalités hommes-femme

Assoumou-Ella, G. (2020) Inégalité de genre dans l'infection à la Covid-19 en Belgique : une dynamique expliquée par les déplacements ? *GAE Working Paper*. n° 6. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3613237> < https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3613237 >

Griffith, D. M. (2020). "'Achieving Men's Health Equity'," in *Health Equity: A Solutions-Focused Approach*. Editors K. B. Smalley, J. C. Warren, and M. I. Fernández (New York, NY : Springer), 197–215.
Haute Autorité de Santé. (2020). Sexe, genre et santé. Rapport de synthèse prospective. [Consulté le 22-08-2022]. < https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020_synthese.pdf >

Hidalgo Noboa, P. (Réalisateur). (2021) *Au creux de la vague*. Bruxelles Laïque. [cité le 08-03-22] Vidéo : 27:03 < <https://www.laicite.be/emission/creux-de-vague-sante-sexuelle-reproductive-femmes-confinement/> >

Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. (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 >

Lahssaini, L. (29 avril 2020). *Coronavirus et droits des femmes : L'accès à l'avortement fragilisé*. Solidaire. < <https://www.solidaire.org/articles/coronavirus-et-droits-des-femmes-l-acces-l-avortement-fragilise> >

Moreau, C., Shankar, M., Glasier, A., Cameron, S., Gemzell-Danielsson, K. (2021). Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses. *BMJ Sex Reprod Health*.47(4):e14. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.srh-2020-200724> < <https://srh.bmj.com/content/47/4/e14> >

Morgan, R., Baker, P., Griffith, D.M., Klein, S.L., Logie, C. H., Mwiine, A.A., et al. (2021). Beyond a Zero-Sum Game: How Does the Impact of COVID-19 Vary by Gender? *Frontiers in Sociology*.6:650729.

<https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.650729> <
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.650729/full> >

Personnel des soins de santé. (23 juillet 2020). Statbel. [Consulté le 19-08-22]
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante#news>

Roux, M., Rousseau, C., Gilles, C., Baert, S., Keygnaert, I., Baÿ, V. & Rozenberg, S. (2021). Évaluation de l'impact de la crise sanitaire, liée au COVID19, sur le délai de présentation des victimes de violences sexuelles au sein d'un Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS). Communication au : Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES). Webinaire. < <https://www.ares-ac.be/fr/agenda/746-11-02-2021-webinaire-cf-s-genre-et-covid-19> >

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. [cité le 10 mars 2022] < http://www.adviesraad-gelijke-kansen.irisnet.be/wp-content/uploads/2021/04/CONSEIL-BXL-EGALITE-FEMMES-HOMMES_RAPPORT-Fr-COVID19-2021_DEF-003.pdf >

The epidemiological data of COVID-19. Sciensano. [Consulté le 19-08-22]
<https://datastudio.google.com/embed/u/0/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab>

Références : la santé des minorités sexuelles et de genre

Alessandrini, A., Dagorn, J., Meidani, A., Richard, G. & Toulze, M. (dir.) (2020) *Santé LGBT. Les minorités de genre et de sexualité face aux soins*. (1^{re} éd.) Le bord de l'eau.

Commission européenne. (12 novembre 2020). *Union de l'égalité : stratégie en faveur de l'égalité de traitement à l'égard des personnes LGBTIQ pour la période 2020-2025*. Communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions. < <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0698&from=FR> >

Deblonde, J., De Rouck, M., Montourcy, M., Serrien, B. & Van Beckhoven, D. (Novembre 2021) *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2020*. Sciensano.
<https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-sida-et-de-linfection-a-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2020>

Harman, S. (2016). Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Quarterly*. 37(3):524-541. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1108827>

Harris, L.H., Silverman, N.S. & Marshall, M.F. (2016) The Paradigm of the Paradox: Women, Pregnant Women, and the Unequal Burdens of the Zika Virus Pandemic. *The American Journal of Bioethics*. 16:5, 1-4. doi: 10.1080/15265161.2016.1177367. PMID: 27111356. < <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15265161.2016.1177367> >

Heslin, K. C., & Hall, J. E. (2021). Sexual Orientation Disparities in Risk Factors for Adverse COVID-19-Related Outcomes, by Race/Ethnicity - Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2017-2019. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70(5), 149–154. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7005a1>

Jans, T., Renaux, Q., Bonnel, J. & Declerck, E. (2020). *De impact van COVID-19 op LGBTI-personen — Een oproep aan beleidsmakers*. [En Ligne] Gent (Belgique) : Çavaria; 32 p. <
https://cavaria.be/sites/default/files/bijlagen/200528_Impact_Covid19_LGBTI_0.pdf >

Krause, K. D. (2021). Implications of the COVID-19 Pandemic on LGBTQ Communities. *Journal of Public Health Management and Practice*. 27(suppl. 1) : S69-S71. doi : 10.1097/PHH.0000000000001273 <
https://journals.lww.com/jphmp/Fulltext/2021/01001/Implications_of_the_COVID_19_Pandemic_on_LGBTQ.12.aspx >

Marchi, M, Arcolin, E, Fiore, G., Travascio, A., Uberti, D., Amaddeo, F., Converti, M., Fiorillo, A., Mirandola, M., Pinna, F., Ventriglio, A. Galeazzi G.M. & Italian Working Group on LGBTIQ Mental Health. (2022). Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: a systematic review and meta-analysis, *International Review of Psychiatry*, DOI: 10.1080/09540261.2022.2053070

McGowan, V.J., Lowther, H.J., Meads, C. (2021). Life under COVID-19 for LGBT+ people in the UK: systematic review of UK research on the impact of COVID-19 on sexual and gender minority populations. *BMJ Open*. 11(7). DOI: 10.1136/bmjopen-2021-050092

Morgan, R., Baker, P., Griffith, D.M., Klein, S.L., Logie, C. H., Mwiine, A.A., et al. (2021). Beyond a Zero-Sum Game: How Does the Impact of COVID-19 Vary by Gender? *Frontiers in Sociology*.6:650729.
<https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.650729> <
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.650729/full> >

Nowaskie, D.Z. & Roesler A.C. (2022).The impact of COVID-19 on the LGBTQ+ community: Comparisons between cisgender, heterosexual people, cisgender sexual minority people, and gender minority people, *Psychiatry Research*, 309, 114391, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114391>.

Rainbow house. (2020). « COVID-19 : pas de quarantaine pour les LGBTIQI-phobies ». <http://rainbowhouse.be/fr/article/idahobit2020/>

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 >

Wallach, S., Garner, A., Howell, S., Adamson, T., Baral, S. & Beyrer, C. (2020). Address exacerbated health disparities and risks to LGBTQ+ individuals during COVID-19. *Heal. Hum. Rights*, 22(2), pp. 313-316

Références : l'origine et le parcours migratoire

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.

Bentley, G. R. (2020). Don't blame the BAME: Ethnic and structural inequalities in susceptibilities to COVID-19. *American Journal of Human Biology*, 32(e23478).

Bossavie, L., Garotte Sanchez, D., Makovec, M., Özden, C. (2021). Immigration and natives' exposure to COVID-related risks in the EU. VOX, CEPR Policy Portal. <https://voxeu.org/article/immigration-and-natives-exposure-covid-related-risks-eu>

Deprez, A, Noël, L, Ramirez F. Analyse des impacts de la première vague de la crise de la COVID-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie. Rapport de la phase exploratoire (juin à août 2020). L'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique pour la région Wallonne (IWEPS). OSS. FW-B.69p.

Fassin, D. (2021). La « santé des migrants » : notes pour une généalogie, in Hamel E, Veïsse A, Kotobi L. Migrants en situation de vulnérabilité et santé, Revue La Santé en Action, Numéro 455. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>

Fortunier, C, Rea A. (2022). Les personnes précarisées et invisibilisées face au COVID-19 en Région bruxelloise. Rapport de recherche. Group for Research on Ethnic relations, Migration & Equality (GERME), Université libre de Bruxelles ; 405 pages. <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2022/04/VF-RAPPORTSInvisibilise.e.s-COVID-19-REAFORTUNIER2021.pdf>

Germain, S., Yong, A. (2020). COVID-19 highlighting inequalities in access to healthcare in England: A case study of ethnic minority and migrants' women. *Feminist legal studies*;28 :301-310.

Hamel, E, Veïsse, A., Kotobi, L. (2021). Migrants en situation de vulnérabilité et santé, Revue La Santé en Action, Mars 2021, Numéro 455. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>

Jusot F, Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. (2019). Le recours à l'aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers Pas. *Questions d'économie de la santé*, novembre 2019, no 245. <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.html>

Khalatbari-Soltani, S., Cumming, RC., Delpierre, C., Kelly-Irving, M. (2020), Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards, *J Epidemiol Community Health*. Aug;74(8):620-623. DOI: 10.1136/jech-2020-214297.

Khanijahani, A., Iezadi, S., Gholipour, K. et al. (2021). A systematic review of racial/ethnic and socioeconomic disparities in COVID-19. *Int J Equity Health*;20,248.

Longchamps C., Ducarroz S., Crouzet L, El Aarbaoui, T, Allaire C, Colleville A-C, Melchior, M. (2021). Migrants en centres d'hébergement : impact de la Covid-19 et adhésion aux mesures de prévention. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>

Otu, A., Ahinkorah, BO., Ameyaw, EK., Seidu, AA., Yaya, S. (2020). One country, two crises: what Covid-19 reveals about health inequalities among BAME communities in the United Kingdom and the sustainability of its health system? *Int J Equity Health*.19(1):189.

Rea A, Racapé J.(2021). Inégalités sociales et COVID-19. Dans le cadre du Séminaire *Vivre avec le Covid : dialogues interdisciplinaires*. Observatoire du sida et des sexualités ULB. <https://www.observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/Observatoire-Sida-et-sexualites-130121.pdf>

Rea A, Racapé J. (2021). Inégalités sociales et COVID-1. Présentation dans le cadre du 24e Congrès des économistes. <https://www.congresdeseconomistes.be/wp-content/uploads/2021/11/Andrea-Rea.pdf>

Unia (Centre interfédéral pour l'égalité des chances) & Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (2019). Monitoring socioéconomique. Marché du travail et origine 2019.
https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Monitoring_FR_-_WEB-AS.pdf

Vanthomme K, Gadeyne S, Lusyne P, Vandenheede H. (2021). A population-based study on mortality among Belgian immigrants during the first COVID-19 wave in Belgium. Can demographic and socioeconomic indicators explain differential mortality? *Social Science and Medicine: Population Health*, 14:100797

Références : l'accès aux outils numériques et à l'information

Agence du numérique (2021). *Baromètre 2021 de maturité numérique des citoyens wallons*. Digital Wallonia.
<https://www.digitalwallonia.be/fr/publications/citoyens2021/>

Annaswamy T., Verduzco-Gutierrez M. & Frieden L. (2020). Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities : COVID-19 and beyond. *Disability and Health Journal*, 13(4), 1-3. DOI :
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100973>

Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse (ARCEP) (2021). *Baromètre du numérique 2021*. Secrétariat d'état chargé de la transition numérique et des communications électroniques. https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-barometre-numerique-edition-2021-dossier-presse.pdf

Brotcorne P. & Mariën I. (2020). *Baromètre de l'inclusion numérique*. Fondation Roi Baudouin.
<https://www.kbs-frb.be/fr/barometre-inclusion-numerique>

Cheshmehzangi A., Zou T. & Su Z. (2022). The digital divide impacts on mental health during the Covid-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, 101, 211-213. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2022.01.009>

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

Davies A.R., Honeyman M. & Gann B. (2021). Addressing the digital inverse care law in the time of covid-19 : potential for digital technology to exacerbate or mitigate health inequalities. *Journal of medical internet research*, 23(4), 1-10. DOI: 10.2196/21726

Herbaux D., Thomaes L., Van Innis A.L., Jourdain M., Bonvoisin F., Creten A., Van Durme T. (2020). Analyse de l'impact de l'épidémie de la COVID-19 sur les structures d'hébergement collectifs en Région wallonne des secteurs de la santé et de l'action sociale et établissement de recommandations. Lot 2 : Axe organisationnel et d'analyse des normes de financement et de qualité. [En ligne]. UCLouvain, PAQS, RAQ.
<http://hdl.handle.net/2078.1/238498>

Institut National de Santé Public du Québec (INSPQ) (2021). *Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population ? Synthèse rapide des connaissances*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3148-inegalites-acces-usage-technologies-numeriques>

Jesus T., Bhattacharjya S., Papadimitriou C., Bogdanova Y., Bentley J., Arango-Lasprilla J.C., Kamalakannan S. (2021). The Refugee Empowerment Task Force & International Networking Group of the American Congress of Rehabilitation medicine Lockdown-related disparities experienced by people with disabilities during the first wave of the COVID-19 pandemic: scoping review with thematic analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(6178), 1-24. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126178>

Litchfield I., Shukla D. & Greenfield S. (2021). Impact of Covid-19 on the digital divide: a rapid review. *BMJ Open*, 11, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2021-053440

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>

Parida M. & Sinha M. (2021). Pandemic and disability: challenges faced and role of technology. *Technology and Disability*, 33, 245-252. DOI 10.3233/TAD-200311

Question Santé (2021). Le numérique en social-santé : inclusif ou excluant ? Dossier annuel. *Question Santé*. <https://questionsante.org/nos-productions/promotion-de-la-sante/bruxelles-sante/dossiers-thematique/>

Question Santé (2021). COVID et numérique : les deux font la paire ? *Education Santé*, 377, 12-14. <https://educationsante.be/covid-et-numerique-les-deux-font-la-paire/>

Schmits E., Dekeyser S., Klein O., Luminet O., Yzerbyt V. & GLOWacz F. (2021). Psychological Distress among Students in Higher Education: One Year after the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* ;18(14) :7445.

Tegenbos G. & Indiville (2021). Ce que la première ligne a découvert durant la première vague de Covid : en mode collaboratif et digital, ça fonctionne mieux. Fondation Roi Baudouin. <https://www.kbs-frb.be/fr/ce-que-la-premiere-ligne-decouvert-durant-la-premiere-vague-de-covid-en-mode-collaboratif-et>

Van Jaarsveld, G. M. (2020). The effects of COVID-19 among the elderly population : a case for closing the digital divide. *Frontiers in Psychiatry*;11 :1-2.

Références : l'accès et le recours aux services de santé et sociaux

Bertier, M., Luyten, J., Tubeuf, S. (2021). Renoncement aux soins médicaux et confinement : les enseignements d'une enquête en ligne. *Regards économiques* ; 162 : 16p. <https://oer.uclouvain.be/jspui/handle/20.500.12279/809>

Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, Mabile J, Tréhard H, Lapalus D, Ménager C, et al. (2021). L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidémiologique de Santé Publique* ; 69(3) : 105-115

Deprez, A., Noël, L., Ramirez, F. (2020). Analyse des impacts de la première vague de la crise de la COVID-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie. Rapport de la phase exploratoire (juin à août 2020). L'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique pour la région Wallonne (IWEPS).

Germain, S, Yong, A. (2020). COVID-19 highlighting inequalities in access to healthcare in England: A case study of ethnic minority and migrants' women. *Feminist legal studies* ;28 :301-310.

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.
<https://www.cbps.be/telecharger/6>

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).

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

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>

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

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

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

Vers une Belgique en bonne santé. Impact du COVID-19. (2022). Accès aux soins de santé et aux soins à domicile. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impact-du-covid-19>

Références : les conditions de soins

Busch IM, Moretti F, Mazzi M, Wu AW, Rimondini M. (2021). What We Have Learned from Two Decades of Epidemics and Pandemics: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Psychological Burden of Frontline Healthcare Workers. *Psychother Psychosom*; 90(3):178-190. doi: 10.1159/000513733.

Brooks, S.K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G.J., Greenberg, N. (2018). A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak, *Journal of Occupational and Environmental Medicine - Volume 60 - Issue 3 - p 248-257* doi : 10.1097/JOM.0000000000001235

Budnick, A., Hering, C., Eggert, S. Teubner C., Suhr R., Kuhlmeier A. & Gellert P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv Res*, 21, 353. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>

De Coninck, D., Van Doren, S., Matthijs, K. & Declercq, A. (2022) Informal care burden during the COVID-19 pandemic in Flanders, Belgium: The role of perceived threat, personality and resilience. *Scand J Caring Sci.* 00: 1– 14. <https://doi.org/10.1111/scs.13115>

D'herde J, Gruijthuijsen W, Vanneste D, Draulans V, Heynen H. (2021) "I Could Not Manage This Long-Term, Absolutely Not." Aging in Place, Informal Care, COVID-19, and the Neighborhood in Flanders (Belgium). *Int J Environ Res Public Health.* 18(12) : 6482. doi: 10.3390/ijerph18126482.

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>

Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis* ; 10:322. doi : 10.1186/1471-2334-10-322. PMID : 21 062 471 ; PMCID : PMC2990753.

Lambotte, D., De Koker, B., Brisack, S. & De Witte, N. (Mai 2021). Analyse statistique de l'enquête sur le vécu des aidants proches pendant le confinement lié à la COVID-19. Etude des données. https://wallonie.aidants-proches.be/wp-content/uploads/2021/05/210505-rapport-final-analyse-resultats-enquete-vecu-des-ap-pendant-le-confinement-lie-a-la-covid-19_def.pdf

Leclercq, C. (2020) Quand la crise suscite de la créativité et resserre les liens. *L'Observatoire.* N°105 pp.68-72.

Legrain, E. (2020) Vécu et adaptations des personnes sans logement et des travailleurs sociaux en temps de pandémie. Le cas namurois. *L'Observatoire.* 105. pp.36-39

Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, Mazzulli T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal* ; 168(10) : 1245-51.

Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, Fernandes CM, Goldbloom DS, Gupta M, Hunter JJ, McGillis Hall L, Nagle LM, Pain C, Peczenik SS, Raymond G, Read N, Rourke SB, Steinberg RJ, Stewart TE, VanDeVelde-Coke S, Veldhorst GG, Wasylenki DA. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* ;12(12):1924-32. doi: 10.3201/eid1212.060584.

McGarrigle, C.A., Ward, M., De Looze, C., O'Halloran, A. & Kenny, R-A. (2022) Caring in the time of COVID-19, longitudinal trends in well-being and mental health in carers in Ireland: Evidence from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA), *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104719>.

Peeters B., Doggen K., Demarest S., Drieskens S., Seys D. & Vanhaecht K. (avril 2021) Power to care. L'enquête sur le bien-être des personnes et professionnels d'aide et de soin. Principaux résultats de la deuxième enquête nationale, mars 2021. Sciensano. Bruxelles. <https://www.sciensano.be/fr/biblio/power-care-lenquete-sur-le-bien-etre-des-personnes-et-professionnels-daide-et-de-soin-principaux>

Tiete J, Guatteri M, Lachaux A, Matossian A, Hougardy JM, Loas G, Rotsaert M. (2021) Mental Health Outcomes in Healthcare Workers in COVID-19 and Non-COVID-19 Care Units: A Cross-Sectional Survey in Belgium. *Front Psychol.* 11:612241. doi: 10.3389/fpsyg.2020.612241. PMID: 33469439; PMCID: PMC7813991.

Références : la situation de handicap

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH). (2020). *Les droits de l'homme au cœur de la riposte. La Covid-19 et les droits des personnes handicapées : orientations*. [En ligne]. United Nations.

https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities.pdf

Herbaux D., Thomaes L., Van Innis A.L., Jourdain M., Bonvoisin F., Creten A., Van Durme T. (2020). *Analyse de l'impact de l'épidémie de la COVID-19 sur les structures d'hébergement collectifs en Région wallonne des secteurs de la santé et de l'action sociale et établissement de recommandations. Lot 2 : Axe organisationnel et d'analyse des normes de financement et de qualité*. [En ligne]. UCLouvain, PAQS, RAQ.

<http://hdl.handle.net/2078.1/238498>

IWEPS. (2021). *Rapport de recherche : Indice de situation sociale de la Wallonie (ISS-8^e exercice). Focus sur les impacts de la crise de la COVID-19 sur les conditions de vie et les inégalités sociales en Wallonie*. [En ligne] Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique. <https://www.iweps.be/publication/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-inegalites-sociales-en-wallonie/#%20~%20text=La%20seconde%20partie%20de%20ce,%20au%20cours%20de%20la%20crise>

[e](#)

Jesus T., Bhattacharjya S., Papadimitriou C., Bogdanova Y., Bentley J., Arango-Lasprilla J.C., Kamalakannan S., The Refugee Empowerment Task Force & International Networking Group of the American Congress of Rehabilitation medicine (2021). Lockdown-related disparities experienced by people with disabilities during the first wave of the COVID-19 pandemic: scoping review with thematic analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(6178), 1-24. Doi : <https://doi.org/10.3390/>

Kamalakannan S., Bhattacharjya S., Bogdanova Y., Papadimitriou C., Arango-Lasprilla J.C., Bentley J., Jesus T.S., The Refugee Empowerment Task Force & International Networking Group of the American Congress of Rehabilitation Medicine (2021). *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18 (4348), 1-17. Doi : doi.org/10.3390/ijerph18084348

Kavanagh A., Dickinson H., Carey G., Llewellyn G., Emerson E., Disney G. & Hatton C. (2021). Improving health care for disabled people in COVID-19 and beyond: Lessons from Australia and England. *Disability and Health Journal*, 14(101050), 1-7. Doi : <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101050>

Lebrasseur A., Fortin-Bédard N., Lettre J., Bussièrès E-L., Best K., Boucher N., Hotton M., Beaulieu-Bonneau S., Mercier C., Lamontagne M-E., Routhier F. (2021). Impact of COVID-19 on people with physical disabilities : a rapid review. *Disability and Health Journal*, 14, 1-9. Doi : <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101014>

Organisation des Nations Unies (2020). *Inclusion du handicap dans la riposte à la COVID-19. Note de synthèse*. ONU. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/covid-19_inclusion_du_handicap.pdf

Unia (2020). *Covid et droits humains : impact sur les personnes handicapées et leurs proches. Résultats de la consultation*. <https://www.unia.be/fr/publications-et-statistiques/publications/limpact-de-la-crise-du-coronavirus-sur-les-personnes-en-situation-de-handic>

Références : l'âge : les jeunes (ados et jeunes adultes)

Baudoin N., Delisse S., Coertjens L., Galand, B., Crépin F., Baye A., Lafontaine D. (2020), « Le bien-être et la motivation des élèves en période de (dé)confinement – Note de synthèse d'août 2020 » et Sondage « Bien-être et motivation des élèves du secondaire – rentrée post-confinement » – Note de synthèse de novembre 2020. <http://www.enseignement.be/index.php?page=28274&navi=4601>

Conseil supérieur de la Santé. (août 2021). « Montagnes russes pour le mental des enfants et des jeunes pendant la pandémie de coronavirus », Service public fédéral : Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, <https://www.health.belgium.be/fr/montagnes-russes-pour-le-mental-des-enfants-et-des-jeunes-pendant-la-pandemie-de-coronavirus>

Deprez A, Noël L, Ramirez F. (2020). Analyse des impacts de la première vague de la crise de la COVID-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie. Rapport de la phase exploratoire (juin à août 2020). L'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique pour la région Wallonne (IWEPS). OSS. FW-B.69p.

De Witte K., Maldonado J. (2020). « De effecten van de COVID-19 crisis en het sluiten van scholen op leerlingprestaties en onderwijsongelijkheid », Leuvense Economische Standpunten, 2020/181.

Duroisin N., Beauset R., Flamand A., Leclercq M. (2021). « Ecole & Covid : pratiques enseignantes en temps de pandémie (résultats de la deuxième enquête) », Rapport de recherche, Université de Mons, Belgique.

Gibson B., Schneider J., Talamonti D. & Forshaw M. (2021). The impact of inequality on mental health outcomes during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* ; 62(1) : 101-126.

Lorant V., Smith P., Van den Broeck K. & Nicaise P. (2021). Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium. *BMC Psychiatry*;21(1):1-10.

Pieh C., Budimir S. & Probst T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *J Psychosom Res*;136:1-9.

Pierard A. (2020), « Ecole face au Covid 19... Risques de décrochage scolaire ? » Analyse UFAPEC 12/2020

Racine, N., McArthur, B.A., Cooke, J.E., Eirich, R., Zhu J., Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1;175(11):1142-1150.

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>

Rens E., Smith, P., Nicaise P., Lorant, V. & Van den Broeck K. (2020). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19 : A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry.* 2021;12:1-9.

Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D., & Snell, G. (2021). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and adolescent mental health.* Advance online publication.

Schmits E., Dekeyser S., Klein O., Luminet O., Yzerbyt V. & Glowacz F. (2021). Psychological Distress among Students in Higher Education: One Year after the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* ;18(14) :7445.

Sciensano. Vers une Belgique en bonne santé : Impact du Covid-19. Consulté le 15 octobre 2021, à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impactdu-covid-19>

Sciensano, KCE, INAMI-RIZIV, Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. (2022). Impact du COVID-19. Bruxelles (Be). Mis à jour le 7 fév 2022. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-covid-19/impact-du-covid-19>

Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A, Verniest, R. (2021). Impact de la pandémie de Covid-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale. *MC-Informations* 286, https://www.mc.be/media/Sante-mentale-286-FR_tcm49-72559.pdf

Références : l'âge : les personnes âgées

Aalto UL, Pitkälä KH, Andersen-Ranberg K, Bonin-Guillaume S, Cruz-Jentoft AJ, Eriksdotter M, Gordon AL, Gosch M, Holmerova I, Kautiainen H, Kivipelto M, Macijauskiene J, O'Neill D, van den Noortgate N, Ranhoff AH, Schols JMGA, Singler K, Stankunas M, Ouslander JG. (2022). COVID-19 pandemic and mortality in nursing homes across USA and Europe up to October 2021. *Eur Geriatr Med.* 2022 Jun ; 13(3) : 705-709. doi : 10.1007/s41999-022-00637-1

Bréda, C. (2021). La souffrance éthique racontée...Approche anthropologique des enjeux éthiques du personnel soignant dans les maisons de repos et de soins durant la première et la deuxième vague de Covid-19 en Région wallonne. Certificat Universitaire en Ethique des Soins de Santé (CUESS) / Travail de fin de cycle UNamur et UCLouvain

Ennuyer B. (2011). « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, 34/138(3), 127-142. Doi : <https://doi.org/10.3917/g.s.138.0127>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. <https://www.skillednursingfacilities.org/resources/what-are-skilled-nursing-facilities/>. Accessed 20 Aug 2020

Fontaine, R. & Penneç, S. (2020). Les inégalités sociales dans la vieillesse. *Gérontologie et société*, 42(162), 19-36. <https://doi.org/10.3917/g.s.162.0019>

Li W, Fang Y, Liao J et al. (2020) Clinical and CT features of the COVID-19 infection: comparison among four different age groups. *Eur Geriatr Med* 1:3. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00356-5>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002). Vieillir en restant actif Cadre d'orientation, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758>

Miralles, O., Sanchez-Rodriguez, D., Marco, E., Annweiler, C., Baztan, A., Betancor, É., Cambra, A., Cesari, M., Fontecha, B. J., Gaşowski, J., Gillain, S., Hope, S., Phillips, K., Piotrowicz, K., Piro, N., Sacco, G., Saporiti, E., Surquin, M., & Vall-Llosera, E. (2021). Unmet needs, health policies, and actions during the COVID-19

pandemic: a report from six European countries. *European geriatric medicine*, 12(1), 193–204.
<https://doi.org/10.1007/s41999-020-00415-x>

Monseu, C. (2003). « Pour une représentation positive de la vieillesse : un modèle autonomisant », *Pensée plurielle*, vol. n° 6, no. 2, pp. 49-66.

Némesin, S., Müller, O. (2021). COVID-19, L'onde de choc. Comprendre la dynamique psychologique de la pandémie. Cent Mille Milliards, 280 p.

Sciensano. (2021). Sixième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440.30. <https://doi.org/10.25608/j877-kf56>

Unia. (2021). L'impact des mesures Covid-19 sur les droits humains dans les maisons de repos (et de soins) : une étude qualitative. https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Rapport_Covid_MRS-FR_def_Print.pdf

Wathelet, C. (2021). Regards croisés relatifs à l'impact de la crise sanitaire sur les inégalités sociales de santé, Synthèse de la journée du 12 octobre 2021, Observatoire de la Santé de la Province de Hainaut, pp.15-16

Références : conclusions et perspectives

Atlani-Duault L, Lina B, Chauvin F, Delfraissy J-F, Malvy D. (2021). Immune evasion means we need a new COVID-19 social contract. *Lancet Public Health*. 6: e199–e200.
[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00036-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00036-0/fulltext)

Bambra, C., Lynch, J., & Smith, K. E. (2021). *The Unequal Pandemic: COVID-19 and Health Inequalities* (1st ed.). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1qp9gnf>

Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., Dedieu, F. (2020). *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Po. 136 p.

Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., Alla, F. (2021). Éditorial : Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *IUHPE – Global Health Promotion* Vol. 28, No. 2. <https://doi.org/10.1177/17579759211015131>

Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., Kass, N. E., Mastroianni, A. C., Moreno, J. D., & Nieburg, P. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170–178.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2002.tb00384.x>

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>

Fassin, D. (2020). L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie. Chaire de Santé Publique, Collège de France, 16 avril 2020, <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm>

Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*, Paris, Editions de l'école des Hautes études en Santé Publique.

Fassin, D. & Gaudillière, J. (2004). La santé publique aux marges : entretien avec Lucien Abenhaïm, ancien directeur général de la santé.. *Mouvements*, 32, 87-93. <https://doi.org/10.3917/mouv.032.0087>

Ferron, C. (2021). La promotion de la santé, in : Lambert H (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

Gaille, M., Terral, P. (dir.), (2021). *Pandémie. Un fait social total*, CNRS, coll. « Société », 300 p.

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

Hamant C, Delescluse T, Ferron, C. (2022). Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes. Note pédagogique. Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé ; 37 p. (Collection Fnes)

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)

Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020; 293: 113382.

Lecorps, P. (2005). *Éthique et morale en promotion de la santé*, in : *Education Santé, Hors-série 1*, pages 9-14

Mannaerts, D. (2022). « La promotion de la santé, une exigence éthique pour la santé publique », *Revue éducation Santé, Culture & Santé*, N° 387, Avril 2022, <https://educationsante.be/content/uploads/2022/03/es-387-br-2.pdf>

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010*. Londres : University College London, 2010, 242 p. <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>

Ngepah, N. (2021). Socio-economic determinants of global COVID-19 mortalities : policy lessons for current and future pandemics, *Health Policy and Planning*, Volume 36, Issue 4, Pages 418–434, <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa161>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2020). *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2020 : Crise du COVID-19 et protection des travailleurs*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b1547de3-fr>.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ». In : Première conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, Ontario : OMS.

Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, Nicod, M., Ridde, V., Koonin, J. (2020). Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision making. *BMJ Glob Health.* 2020; 5: e002655. <https://gh.bmj.com/content/5/5/e002655>

Rootman I. et Gordon-el-bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, p.13.

Rousseaux R. et Malengreaux S. (2022). Promouvoir la santé en contexte de pandémie — recueil d'expériences bruxelloises. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, 34 p. <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/pandemie-et-promotion-de-la-sante.html>

Sackett David L, Rosenberg William MC, Gray Muir JA, Haynes R Brian, Richardson W Scott. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*; 312 (7023) : 71-2

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Khaledi-Payeh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health* 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher, L., Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM Int J Med.* 2020; 113: 531–537.

Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)

Van Damme W., Dahake R., Delamou A., et al. (2020). The COVID-19 pandemic: diverse contexts; different epidemics – how and why ?. *BMJ Global Health*, 5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003098>

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/>

Witte K. et Allen M. (200). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ*; 27: 591–615. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11009129/>

World Health Organization (WHO). (2020). Global Risk Communication and Community Engagement Strategy COVID-19, Interim Guidance, 23 December 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-global-risk-communication-and-community-engagement-strategy>

CHAPITRE 4

IMPACT DE LA CRISE COVID EN RÉGION WALLONNE : VÉCU ET ATTENTES DE PROFESSIONNELS DE TERRAIN ET DE LEURS PUBLICS

Points d'Appui COVID,
Centres Locaux de Promotion de la Santé

S. Belayachi, E. Dessaint, A. Di Martino, C.
Dispa, C. Gallez, P. Mignon, S. Murru, F.
Poukens-Renwart, L. Saulnier, C. Thibaut

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	94
2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	94
2.1. Publics cibles.....	95
2.2. Professionnels rencontrés.....	95
2.3. Sélection des participants	97
2.4. Méthode de récolte des données	97
2.5. Méthode d'analyse.....	97
2.6. Méthode de présentation des résultats.....	98
2.7. Forces et limites	98
3. IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES PUBLICS ET ATTENTES.....	99
3.1. Les personnes en situation de précarité	99
3.1.1 Accès aux soins	100
3.1.2. Santé mentale	101
3.1.3. Lien social	102
3.1.4. Conditions et habitudes de vie.....	104
3.1.5. Accès au numérique	106
3.1.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain	107
3.2. Les personnes en situation de handicap	109
3.2.1. Accès aux soins	110
3.2.2. Santé mentale	111
3.2.3. Lien social	113
3.2.4. Conditions et habitudes de vie.....	115
3.2.5. Accès au numérique	116
3.2.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain	117
3.3. Les personnes porteuses d'une ou de plusieurs maladies chroniques.....	119
3.3.1. Accès aux soins.....	120
3.3.2. Santé mentale	121
3.3.3. Lien social	124
3.3.4. Conditions et habitudes de vie.....	125
3.3.5. Accès au numérique	128
3.3.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain	129
3.4. Les familles monoparentales.....	131
3.4.1. Accès aux soins	131

3.4.2. Santé mentale	132
3.4.3. Lien social	134
3.4.4. Conditions et habitudes de vie.....	134
3.5.5. Accès au numérique	136
3.4.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain	136
3.5. Les adolescents et jeunes adultes	139
3.5.1. Accès aux soins	140
3.5.2. Santé mentale	140
3.5.3 Lien social	142
3.5.4. Conditions et habitudes de vie.....	144
3.5.5 Accès au numérique	147
3.5.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain	148
3.6. Les personnes âgées.....	150
3.6.1. Accès aux soins	151
3.6.2. Santé mentale	152
3.6.3. Lien social	154
3.6.4. Conditions et habitudes de vie.....	156
3.6.5. Accès au numérique	157
3.6.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain	158
4. IMPACTS ET ATTENTES DES PROFESSIONNELS.....	160
4.1. Santé mentale	160
4.2. Lien social	163
4.2.1. Interactions entre le public et les professionnels	163
4.2.2. Interactions au sein des équipes	164
4.2.3. Collaborations intersectorielles.....	164
4.3. Conditions de travail.....	165
4.3.1. Opérationnalisation des mesures.....	165
4.3.2 L'accompagnement des publics	166
4.4. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain	167
5. CONCLUSION	169
6. RÉFÉRENCES	171

1. INTRODUCTION

Les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS)⁴⁴ ont pour mission de renforcer les stratégies de promotion de la santé au sein des territoires. Ils sont reconnus comme étant une source d'appui, de soutien et d'inspiration pour les professionnels, les administrations et les décideurs politiques dans la conception de leurs politiques futures (Référentiel des CLPS, 2014).

Dans le contexte de la crise de la COVID-19, chacun des 9 CLPS a été subventionné par la Région wallonne pour implanter un Point d'Appui Covid (PAC) sur son territoire dès septembre 2021. Sur base de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 15/05/2021, les PAC ont reçu pour mission d'élaborer un cadre de référence wallon, basé sur une approche globale et intégrée, visant la promotion de la santé, le bien-être et la prévention des impacts de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sur les déterminants de la santé.

Afin de réaliser cette mission, les CLPS ont réalisé un diagnostic local des besoins des publics cibles et des attentes des professionnels issus de différents secteurs (action sociale, santé mentale, etc.) afin de mettre en lumière les impacts de la crise sanitaire sur la santé des publics vulnérables ainsi que sur le vécu et les pratiques innovantes mises en place par les professionnels.

Ce chapitre du rapport présente dans l'ordre : la démarche méthodologique, les impacts de la crise sanitaire liée à la COVID-19 en fonction des différents publics cibles, les impacts et attentes des professionnels de terrain et la conclusion.

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

En amont de l'élaboration du diagnostic, le choix des méthodes de collecte et d'analyse des données a été réfléchi et coconstruit par l'ensemble des PAC. Pour ce faire, des concertations ont été organisées pour définir chaque étape et ont pu être enrichies ponctuellement par l'apport de deux institutions régionales, à savoir l'Observatoire du sida et des sexualités (OSS) et la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (FWPSanté).

Ce diagnostic a pu être conduit dans les délais impartis grâce à la position stratégique des CLPS qui entretiennent un lien de confiance avec les acteurs de terrain. Ces professionnels ont eux-mêmes un contact privilégié avec leurs publics. Ainsi, ces conditions ont permis une collaboration plus aisée. De son côté, le diagnostic a reposé sur une méthode qualitative (entretiens semi-directifs et *focus groups*) basée sur l'approche de la santé globale telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) : l'OMS définit la santé comme " un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité et est associée à la notion de bien-être⁴⁵.

⁴⁴ En Wallonie, les CLPS couvrent les 9 territoires suivants : Brabant wallon, Charleroi-Thuin, Hainaut occidental, Huy-Waremme, Liège, Luxembourg, Mons-Soignies, Namur et Verviers.

⁴⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

2.1. Publics cibles

Pour la réalisation de ce diagnostic, des publics cibles ont été déterminés au préalable, sur base des publics décrits dans la publication de l'OSS réalisée en partenariat avec le RESO dans le cadre des Stratégies concertées Covid en Région wallonne (Impacts de la crise COVID-19 sur les inégalités de santé en Belgique francophone⁴⁶, in press). Ainsi, les publics suivants ont été identifiés : (1) les personnes en situation de précarité, (2) les personnes en situation de handicap, (3) les personnes porteuses d'une ou plusieurs maladies chroniques, (4) les familles monoparentales, (5) les adolescents et jeunes adultes et (6) les personnes âgées. Les publics cibles présentent un cumul de vulnérabilités et sont plus à risque de développer des problématiques en période de crise telle que la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. En lien avec les missions et les pratiques des CLPS, les professionnels accompagnant ces publics ont également été interrogés ; leurs vécus et leurs attentes ont été inclus dans ce diagnostic.

2.2. Professionnels rencontrés

Pour chaque public cible, les professionnels de différents secteurs travaillant avec ces publics ont été identifiés. De cette manière, les PAC ont mené 101 rencontres dont 86 entretiens semi-directifs (individuels ou collectifs [2 à 3 personnes]) et 15 *focus groups* (6 à 12 personnes) sur l'ensemble du territoire des CLPS. Au total, 250 professionnels de terrain provenant de divers secteurs et travaillant dans différents types de services ont ainsi été consultés.

Figure 10 : Tableau relatif au nombre de rencontres et de professionnels interrogés, des types de services et des secteurs représentés pour chaque public

	Nombre de rencontres et de professionnels	Secteurs représentés	Services représentés	Couverture territoriale
Personnes en situation de précarité	19 rencontres (12 entretiens et 7 <i>focus groups</i>) → 71 professionnels consultés	Promotion de la santé et prévention, santé mentale, action sociale, logement, éducation permanente, insertion socio-professionnelle	Maison Croix Rouge, PCS, CPAS, administrations communales, centre régional d'intégration, association venant en aide aux détenus, relais sociaux, associations du secteur du logement, AMO, maison d'accueil, réseau santé mentale, OSH	BW, CT, Ho, HW, Liège, Luxembourg, MS, Namur, Verviers

⁴⁶ Impacts de la crise COVID-19 sur les inégalités de santé en Belgique francophone, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités, 2022, 122 p. (à publier). Plusieurs des ressources présentées dans la sélection sont disponibles via ce lien : <https://www.zotero.org/groups/4537425/sc-covid-wallonie/collections/9DFNG22M>.

Personnes en situation de handicap	12 rencontres (11 entretiens et 1 <i>focus group</i>) → 31 professionnels consultés	Promotion de la santé et prévention, santé mentale, soins de santé, action sociale, logement, handicap, jeunesse, insertion socio-professionnelle	Services d'accueil de jour, AVJ, services résidentiels, services spécialisés pour les jeunes, CCPH, aidants proches, service de santé mentale, associations à destination des personnes en situation de handicap et/ou de leurs aidants proches	CT, HW, Liège, Namur
Personnes porteuses d'une ou de plusieurs maladies chroniques	14 rencontres (12 entretiens et 2 <i>focus groups</i>) → 29 professionnels consultés	Promotion de la santé et prévention, santé mentale, soins de santé, action sociale, aînés	Maisons médicales, relais social, services de soins à domicile, PCS, prestataires de soins (ergothérapeute, infirmière, pneumologue, diététicien, médecin généraliste, (neuro)psychologues, pharmacien), réseau de santé mentale, association déployant un programme d'activité physique adapté, RLM	BW, HW, Liège, Namur, Verviers
Familles mono-parentales	12 entretiens → 14 professionnels consultés	Promotion de la santé et prévention, santé mentale, soins de santé, action sociale, jeunesse, aide à la jeunesse, éducation permanente, logement	ONE, CPAS, maisons maternelles, service de santé mentale, AMO, maisons d'accueil pour parents et enfants	CT, Liège, Luxembourg, Namur
Adolescents et jeunes adultes (12-26 ans)	24 rencontres (22 entretiens et 2 <i>focus groups</i>) → 48 professionnels consultés	Promotion de la santé et prévention, santé mentale, soins de santé, action sociale, jeunesse, aide à la jeunesse, enseignement, culture,	AMO, CPMS, Maisons de jeunes, CPAS, Maisons de l'ADOLESCENT, services d'aide à la jeunesse, services de santé mentale, équipes mobiles, maison de quartier, CPF, OST, Haute Ecole, OSH	CT, Ho, HW, Liège, Luxembourg, MS, Verviers
Personnes âgées (>60 ans)	20 rencontres (17 entretiens et 3 <i>focus groups</i>) → 57 professionnels consultés	Promotion de la santé et prévention, santé mentale, soins de santé, action sociale, aînés, logement	Maisons médicales, SISD, maisons de repos (et de soins), OSH, services hospitaliers, PCS, association seniors, services de soins à domicile, facilitateurs en santé, OST	BW, CT, Ho, HW, Liège, MS, Namur, Verviers

Note : AVJ = Aide à la Vie Journalière, CPAS = Centre Public d'Action Sociale, PCS = Plans de Cohésion Sociale, CCPH = Conseil Consultatif de la Personne Handicapée, ONE = Office de la Naissance et de l'Enfance, AMO = Aide en Milieu Ouvert, CPMS = Centre Psycho-Médico-Social, SISD = Service Intégré de Soins à Domicile, CPF = Centre de Planning Familial, RLM = Réseau Local Multidisciplinaire, BW = Brabant Wallon, CT = Charleroi-Thuin, Ho = Hainaut occidentale, HW = Huy-Waremme, MS = Mons-Soignies, OSH = Observatoire de la Santé du Hainaut, OST = *Outbreak Support Team*⁴⁷.

⁴⁷ La mission de l'*Outbreak Support Team* consiste à assister les établissements de soins (hôpitaux, maisons de repos et de soins, autres établissements de soins chroniques) en cas d'épidémies MDRO (*Multidrug Resistant Organism* - bactéries multirésistantes aux antibiotiques), et lors de la propagation de virus comme le SARS-CoV-2 ou de champignons (Sciensano, s.d.).

2.3. Sélection des participants

Pour rendre compte de la diversité des acteurs, les PAC ont rencontré tant les partenaires déjà présents dans le réseau des CLPS que des partenaires moins proches mais tout autant impactés par la crise de la COVID-19. Afin de traiter de manière efficiente l'ensemble des publics sur tous les territoires, les CLPS ont opté pour une approche territoriale qui leur a permis de couvrir à la fois des zones urbaines et rurales. Les professionnels ont initialement été contactés soit par téléphone, soit par mail. Leur participation au diagnostic local s'est faite sur base volontaire. Le nombre de participants a été défini en fonction du temps imparti et de la disponibilité des professionnels.

2.4. Méthode de récolte des données

La récolte des données a été réalisée entre janvier et avril 2022 via deux techniques d'entretiens : des entretiens semi-directifs et des *focus groups*. Ces modalités ont permis, d'une part, d'assurer la concertation intersectorielle dans le cadre des *focus groups* et d'autre part, de respecter les spécificités propres à chaque public et d'approfondir les échanges tenus dans le cadre des entretiens individuels.

Pour ce faire, un guide d'entretien⁴⁸ a été construit selon un angle d'approche basé sur les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé. Les différentes questions du guide d'entretien ont été conçues de manière à explorer d'une part, l'évolution des problématiques de santé des publics au travers des déterminants de la santé (cf. infra) et de l'exacerbation des inégalités sociales de santé et d'autre part, du vécu des professionnels et de l'évolution de leurs pratiques durant la crise sanitaire.

2.5. Méthode d'analyse

Dans un premier temps, les entretiens et *focus groups* ont été enregistrés et transcrits afin de favoriser une analyse approfondie des données tout en restant fidèle à la parole des professionnels interrogés. Pour guider et structurer l'encodage de ces entretiens, l'analyse thématique de contenu a été choisie (Kivits, s.d.). Cette méthode consiste à transformer un texte multiforme et varié d'un entretien en une analyse unique et originale de son contenu autour de ses thèmes et sous-thèmes, au moyen d'un code. L'analyse, basée sur les réalités et les spécificités locales, a ainsi mis en évidence les besoins des publics cibles et les attentes des professionnels. Il est à noter que lors de l'analyse des données, l'ensemble des diagnostics réalisés à l'échelle locale ont été mis en commun en raison des nombreuses convergences identifiées entre les données et l'absence de spécificités locales. Cela a également permis d'assurer la confidentialité et l'anonymat des différentes données.

⁴⁸ Le guide d'entretien est disponible sur demande auprès des CLPS.

Dans un deuxième temps, l'analyse transversale a pu faire émerger des thématiques communes aux différents publics. Des contenus spécifiques aux publics et des constats similaires ont été mis en évidence au sein de ces thématiques transversales.

2.6. Méthode de présentation des résultats

La présentation des résultats consiste en une synthèse des analyses opérées sur base des entretiens et des *focus groups* réalisés avec les professionnels. Les résultats présentent donc les spécificités des publics, tous territoires confondus, et peuvent parfois, selon le vécu de ces publics, être similaires.

Les résultats ont été abordés par public cible, ce qui a permis de présenter les spécificités propres à chacun des publics, tout en favorisant la mise en réflexion d'actions plus spécifiques pour chacun d'eux. Cette présentation a permis également d'identifier les interactions et les complémentarités entre secteurs d'intervention. La structure rédactionnelle a été uniformisée pour tous les publics : (1) accès aux soins, (2) santé mentale, (3) lien social, (4) conditions et habitudes de vie et (5) accès au numérique. En revanche, la partie concernant les professionnels interrogés (concernant les impacts de la crise sanitaire sur leurs pratiques et leurs attentes) regroupe d'autres thématiques, telles que le cadre et l'organisation du travail. Cette structure est basée sur les thématiques transversales identifiées durant l'analyse. Comme pour les autres publics, les constats ont été illustrés par des citations des professionnels issues des entretiens et reflétant au mieux leur vécu ainsi que celui des publics.

Les fonctions des auteurs des citations ont été formulées au masculin pour des raisons d'anonymat mais autant de femmes que d'hommes ont été interrogés. Enfin, les attentes formulées par les professionnels sont abordées et émanent directement des besoins relevés lors des rencontres. Elles ne sont pas priorisées mais sont spécifiques aux publics cibles et relèvent de toutes les politiques, favorisant une vision exhaustive des besoins des publics et des professionnels. Les attentes présentées sont inhérentes à la parole des professionnels rencontrés et sont répertoriées dans un tableau en fin de présentation des impacts pour chaque public. Certaines attentes sont transversales à plusieurs publics et d'autres sont plus spécifiques. Ces dernières sont indiquées en gras dans le tableau.

2.7. Forces et limites

La taille de l'échantillon représente une force dans la réalisation de ce diagnostic. En effet, la mobilisation de l'ensemble des PAC a permis de contacter de nombreux professionnels sur une courte période mais aussi d'interroger des professionnels issus de l'ensemble du territoire wallon. De plus, la connaissance du réseau local et la participation active des CLPS à des concertations de professionnels sur le terrain local depuis de nombreuses années, ont favorisé une adhésion et une mobilisation rapide des professionnels interrogés. La diversité des professionnels sollicités par secteur d'activités et par type d'institutions a également permis une variété de réponses mais aussi un échange de vécus et de pratiques parmi les professionnels présents dans les *focus groups*.

En termes de limites, premièrement, le contexte évolutif de la crise sanitaire est un élément à prendre en compte. En effet, les données ont été récoltées de janvier à avril 2022, dans un contexte sanitaire changeant. La méthodologie de rencontre (présentiel ou visioconférence) et les résultats sont à l'image

de ce contexte évolutif. En effet, les pratiques, besoins et attentes dépendent de la période à laquelle les participants ont été interrogés.

Deuxièmement, les données récoltées concernant les besoins des publics sont le reflet des représentations des professionnels rencontrés par l'ensemble des CLPS et ne correspondent donc pas à la parole directe des publics mais révèlent néanmoins leurs réalités.

Troisièmement, bien que les entretiens aient été menés avec un souci de représentativité tant au niveau des services qu'aux niveaux des types de professionnels et de la couverture territoriale (zones rurales et urbaines), ce travail ne se veut pas pour autant exhaustif.

En dernier lieu, malgré l'attention portée au respect des constats des professionnels, le risque d'interprétation et de subjectivité est inhérent à la méthode qualitative. En d'autres mots, des biais, tels que des biais sociaux, culturels, cognitifs ou affectifs, propres à la recherche qualitative ont pu émerger et ont été atténués autant que possible. Des moyens, tels que le codage commun, la triangulation des données, la transcription intégrale des entretiens, ont été mis en œuvre pour limiter ce risque.

3. IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES PUBLICS ET ATTENTES

3.1. Les personnes en situation de précarité

La précarité est définie par l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS) comme la « probabilité élevée qu'une unité (individu, ménage, groupe social) connaisse dans un intervalle donné l'état de pauvreté » (Sonecom et al., 2018). La pauvreté, quant à elle, désigne un « état chronique ou récurrent de déprivation, absolue (par rapport à une norme) ou relative (par rapport à l'ensemble de la population) de certaines ressources ou de certaines capacités d'une unité sociale (individu, ménage ou groupe social) jugée suffisamment importante pour que l'unité concernée soit considérée comme pauvre dans un contexte social donné » (Sonecom et al., 2018). En Wallonie, « 17,7 % de la population wallonne vivait dans un ménage dont le revenu net équivalent était inférieur au seuil de pauvreté » (IWEPS, 2022b).

Dans le cadre de l'exploration des impacts de la crise sanitaire sur le public en situation de précarité, 71 professionnels venant de divers dispositifs et services ont été interrogés : Centres Public d'Action Sociale (CPAS), Plans de Cohésion Sociale (PCS), relais sociaux, administrations communales, centre régional d'intégration, associations du secteur du logement, association intervenant en milieu carcéral, maison Croix Rouge, Aide en Milieu Ouvert (AMO), Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), réseau de santé mentale et maison d'accueil. Les entretiens réalisés ont fait état d'impacts sur les populations les plus vulnérables de notre société telles que les personnes sans-abris, les personnes migrantes ainsi que les personnes en situation de pauvreté. Un entretien a également favorisé la récolte des données sur le public en milieu carcéral.

3.1.1 Accès aux soins

Les professionnels rencontrés ont mentionné que la crise de la COVID-19 a eu un impact majeur sur les soins de santé, pouvant causer des ruptures de soins importantes pour les personnes en situation de précarité. Ils ont cité quatre facteurs principaux ayant contribué à cette rupture de soins. Premièrement, l'accès aux soins a été réduit à la suite de l'obligation de présenter un test PCR⁴⁹ négatif ou un *COVID Safe Ticket*⁵⁰ valide afin d'accéder aux hôpitaux et aux différents services médicaux et paramédicaux. Deuxièmement, la digitalisation des services qui s'est alors imposée, a également diminué l'accessibilité aux services de santé sachant que la population précarisée ne disposait pas toujours du matériel adéquat pour s'adapter.

« Pour l'accès aux structures, il faut des tests PCR pour tout. A chaque fois que tu veux rentrer à l'hôpital ou en cure ou autre, il faut un test PCR. Ça fait 3 semaines que les gens attendent une hospitalisation. Déjà il faut un médecin, une ordonnance, un GSM pour recevoir les résultats. Quand tu te rends compte que ton résultat est positif, tout ton projet tombe à l'eau, et moralement c'est compliqué. »

(Infirmier de rue, relais social)

Troisièmement, l'impact psychologique de la crise sanitaire, notamment par rapport à la peur du virus et d'être contaminé par celui-ci, a éloigné certaines personnes des services médicaux et paramédicaux, créant parfois une défiance envers les institutions de soins. Enfin, l'impact socio-économique de la crise a accentué la priorisation des dépenses pour ce public, et la santé a d'autant plus été reléguée au second plan.

« Le public ne fait pas appel à l'aide psychologique car les personnes doivent pallier les besoins primaires : nourriture et logement. »

(Coordinateur, CPAS)

En conséquence, les professionnels ont constaté que certaines personnes en situation de précarité se sont davantage soignées elles-mêmes en utilisant leurs ressources personnelles (automédication, désinfection de plaies, etc.). Elles se sont ainsi désolidarisées des soins de santé. Des spécificités pour certains publics ont par ailleurs été mises en avant par les professionnels. Pour le public sans domicile fixe, le manque d'accès aux services médicaux a notamment pu engendrer des surinfections de plaies. Concernant le public en milieu carcéral, l'institution rencontrée a relevé une aggravation de la santé globale de certains détenus ainsi que des retards de diagnostics à cause d'importants reports de soins en milieu hospitalier observés pendant la crise.

⁴⁹ PCR = *Polymerase Chain Reaction* (réaction de polymérisation en chaîne) (Sciensano, s.d.).

⁵⁰ En Wallonie, l'application du *COVID Safe Ticket* a débuté le 1er novembre 2021 et a été levée le 7 mars 2022 (*Covid Safe Ticket en Wallonie, 2022*)

« Et pareil pour tout ce qui était les extractions. Quand on ne sait pas gérer, dans la prison, certaines interventions, il faut les [les détenus] sortir, les amener soit à Lantin ou à Bruges, où il y a une polyclinique, en fait, dans la prison, ou dans un vrai hôpital. De nouveau, il fallait que ce soit un cas extrêmement grave pour qu'on veuille amener la personne, qu'il y ait un danger de mort, quoi, quasiment. Donc, c'est quand même assez choquant. Il y a des gens ... Il y a un monsieur qui nous a expliqué qu'il avait un cancer. Il n'a jamais été transféré pour faire ses examens et son suivi. Et ce n'est pas dans la prison qu'on lui fait son suivi. »

(Chargé de projets, service d'aide aux détenus)

De manière occasionnelle, les professionnels interrogés ont également mentionné des frustrations et un rejet vis-à-vis des mesures sanitaires (port du masque, distanciation sociale) et de la vaccination au sein de la population en situation de précarité. Ce rejet général, pour les personnes sans-abris, a pu notamment se justifier par le fait que les mesures sanitaires ont causé de grandes difficultés en matière d'accès aux besoins primaires tels que l'accès aux douches, à l'alimentation et à un logement transitoire. Concernant le milieu carcéral, les professionnels ont constaté que la vaccination a été mise en place tardivement mais que son déploiement fut rapide. Cela a engendré des délais de réflexion presque inexistantes pour les détenus ainsi qu'une mauvaise compréhension de l'utilité de la vaccination et de la désinformation.

Nous noterons que la modification de la logique des services socio-sanitaires, avec des services se déplaçant plus volontiers vers les bénéficiaires les plus vulnérables, a parfois permis de maintenir une continuité dans les soins de santé auprès de ces publics.

3.1.2. Santé mentale

Les professionnels rencontrés ont souligné que la santé mentale des publics en situation de précarité a particulièrement été impactée pendant la crise de la COVID-19. Les problèmes de santé mentale préexistants se sont aggravés et de nouveaux problèmes sont apparus. Cela s'est parfois traduit par une augmentation de l'anxiété et du stress dus aux mesures sanitaires et à une perception anxiogène des informations transmises par les médias. Les professionnels ont également déclaré que, pour faire face à la demande croissante de la population, les services d'aide et de soins à domicile ont dû réduire les visites chez certains bénéficiaires. Cela a renforcé l'isolement des publics précarisés, menant parfois à des états dépressifs. Cet isolement a également été accentué par la peur de transmettre le virus à leurs proches.

Les professionnels ont mis en avant des spécificités liées à la santé mentale du public en milieu carcéral. La rupture avec leurs proches a été très difficile. De plus, lorsque les sorties et les visites ont à nouveau été autorisées, les protocoles étaient particulièrement stricts lors des retours des détenus en milieu carcéral, ce qui a pu les décourager à maintenir des contacts sociaux avec l'extérieur. Par ailleurs, la rupture entre les services d'aide externes et la population carcérale pendant les confinements a aggravé le manque de perspectives de réinsertion des détenus dans la société, engendrant de nombreuses pertes de motivation et des dépressions fréquentes.

De manière générale, les services de santé mentale se sont retrouvés saturés et les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous n'ont fait que s'allonger, ce qui a amplifié les problématiques de santé mentale.

« On se rend compte que les personnes qui sont déjà en difficulté, ont du mal à aller vers un service de santé mentale par exemple, qui de plus, de toute façon, est déjà surchargé de travail.

Et donc le rendez-vous se fait à plusieurs semaines, parfois même le tout premier rendez-vous, ce qui n'aide pas. »

(Chargé de projets, PCS)

Les professionnels ont cependant eu l'impression que la santé mentale de la population belge, en situation de précarité ou non, a pu être moins impactée en fonction des lieux de vie des personnes (rural ou urbain). En effet, un cadre de vie verdoyant et des aménagements de territoires adéquats ont pu permettre de mieux vivre les restrictions sanitaires. Il est également apparu que la population en situation de précarité a fait preuve d'une grande résilience afin de gérer la pandémie.

3.1.3. Lien social

Pendant les différents confinements, la majorité de la population belge s'est retrouvée assignée à domicile afin de respecter les mesures sanitaires en vigueur. Comme pour le reste de la population, les personnes en situation de précarité ont énormément souffert de cette rupture de lien social. L'éloignement des services et la diminution des visites à domicile, induits par les restrictions sanitaires, ont renforcé un sentiment d'abandon et de solitude des personnes en situation de précarité. Un repli sur soi important a parfois conduit à une rupture de liens avec les services. Certains lieux d'hébergement ont notamment dû fermer leurs portes aux personnes extérieures pour se concentrer uniquement sur les personnes déjà hébergées au sein de leur établissement.

« Un éloignement des gens qui ne sont pas directement hébergés chez nous. Donc quand on a dû, à un moment donné, se recentrer sur les hébergés, [...] pour éviter tout risque de cluster et parce que les directives wallonnes étaient celles-là. [...] Et bien on a vraiment senti une distance qu'on mettait avec ce qu'on appelait les externes, donc les gens qui fréquentaient la journée et qui n'étaient pas hébergés et qui, pour autant, ne sont pas mieux car je pense qu'eux, en étant un peu moins encadrés, ont franchement davantage souvent souffert d'éloignement, de solitude. »

(Directeur, maison d'accueil)

Dans certains cas, cette rupture de lien social a pu engendrer une augmentation des violences intrafamiliales. Plusieurs professionnels ont aussi rapporté des faits de violence et d'agressivité au sein du public sans domicile fixe en lien avec le manque de ressources à disposition (logement, alimentation, etc.), ce qui s'est manifesté, épisodiquement, par des bagarres de rue.

« On a constaté [...] que pendant la crise sanitaire, il y a eu beaucoup de difficultés au niveau des familles : que ce soit entre couple ou bien entre parents et enfants. Et en fait nous on s'est retrouvé quand même à un moment donné où les gens voulaient se séparer, ou avaient besoin de se séparer, ou devaient se séparer, et on avait ... tous nos logements d'urgence étaient occupés. »

(Agent d'insertion, CPAS)

« On a observé une augmentation de prise d'alcool et une consommation plus importante de drogues avec des bagarres, parce qu'il y avait des tensions terribles ; des agressions et des reproches envers les professionnels car ils [les personnes sans domicile fixe] avaient le sentiment qu'on les abandonnait alors que c'était les règles qui étaient extrêmement violentes. »

(Coordinateur, relais social)

Les personnes sans domicile fixe n'avaient pas forcément la possibilité de vivre en communauté et encore moins d'être accueillies au sein de services d'aide et ont donc dû se débrouiller seules, ce qui a amplifié leur isolement.

En milieu carcéral, l'institution interrogée a constaté l'apparition de tensions, que ce soit entre détenus ou avec le personnel, à cause d'un non-respect des mesures sanitaires ou encore des protocoles stricts de quarantaine pour les détenus et leurs codétenus revenant de visite.

Pour pallier ces impacts et conserver une forme de lien social, les personnes en situation de précarité ont souvent fait preuve de solidarité et de cohésion et se sont d'autant plus attachées aux quelques professionnels qui se déplaçaient encore chez elles. En outre, certaines personnes ont fait preuve de créativité afin de maintenir un lien social tout en respectant les contraintes sanitaires, par exemple en utilisant des outils numériques quand cela était possible.

« C'est dans l'entourage qu'on a pu trouver des ressources. Une forme de solidarité a pu s'installer entre les uns et les autres, ça a resserré les liens. »

(Educateur chargé d'animation, structure d'aide alimentaire)

Afin de favoriser le maintien du lien social avec son public, le secteur de l'action sociale a également privilégié le contact en se rendant à domicile, a proposé des activités collectives dès que possible et a multiplié les alternatives de canaux de communications (appels téléphoniques, contacts par les réseaux sociaux, création de groupes de discussion, création de plateforme virtuelle recréant des environnements similaires au réel, etc.).

« J'ai l'impression que, pour certaines familles, certains parents qu'on a, le fait qu'il y a eu le confinement, qu'ils soient restés chez eux, pour certains, c'est devenu un peu comme une sorte de zone de confort. Et donc, du coup, ils ont moins envie de sortir de chez eux. Donc c'est nous qui devons nous déplacer vers eux. »

(Intervenant social, AMO)

3.1.4. Conditions et habitudes de vie

Comme pour l'ensemble de la population, la crise sanitaire a eu un impact sur les conditions et les habitudes de vie du public en situation de précarité. Cet impact a parfois été exacerbé par les conditions de vie plus difficiles de ce public, déjà présentes avant la crise.

Bien que non spécifique à la population précarisée, le rythme de vie perturbé à cause des mesures en vigueur a notamment engendré du stress, et en conséquence des troubles du sommeil.

Concernant l'alimentation, les professionnels interrogés ont souligné une accentuation de la précarité alimentaire durant la pandémie. Le coût de la vie ayant fortement augmenté depuis le début de la crise sanitaire, les difficultés financières ont induit une restriction d'achat de certains « aliments plaisirs » (chocolat, biscuits, etc.) mais aussi de viande, de poisson, etc. et une augmentation des demandes d'obtention de colis alimentaires. De plus, la fermeture de certains services offrant des repas chauds a accentué le déséquilibre alimentaire.

« Au niveau de l'alimentation, beaucoup de gens et ça, on le remarque aussi nous. Ils ne savent plus s'acheter de la viande parfois, encore moins du poisson. Et voilà, ce sont souvent des pâtes. Ce sont souvent des hamburgers parce que ce n'est pas trop trop cher et qu'il y a un budget à ne pas dépasser. [...] En plus, je vais dire que c'est chez les jeunes qu'on a remarqué ça, plutôt que chez les personnes plus âgées. Elles restent sans manger si elles n'ont pas. Mais par contre, les jeunes, c'est des chips, c'est des paquets de chips entiers qu'ils mangent par jour. »

(Répondant de ligne téléphonique, service d'aide pour les malades chroniques)

Les professionnels soulignent cependant que la pandémie a pu avoir certains côtés positifs au niveau de l'équilibre alimentaire. En effet, plus de temps passé chez soi a donné l'occasion à certaines personnes de développer des compétences culinaires et donc de préparer plus régulièrement eux-mêmes leur repas et d'acheter moins de plats préparés. Un esprit de cohésion et de solidarité a aussi émergé dans certains lieux, afin d'aider les personnes en situation de grande précarité alimentaire.

« Il y a eu vraiment une cohésion de groupe entre eux qui s'est mise en place, où il y avait un référent de produits alimentaires entre eux et cette personne allait chercher et redistribuer à qui en avait besoin. C'était vraiment un geste solidaire de leur part. »

(Directeur, structure d'aide alimentaire)

Pendant la pandémie, beaucoup d'activités sportives et de loisirs ont dû être interrompues, ce qui a inévitablement engendré une diminution voire un arrêt total d'activité physique chez certaines personnes. Lorsque les activités sportives et de loisirs ont pu reprendre et/ou que les services ont pu rouvrir, la population générale ne s'y est plus rendue de peur d'être contaminée par le virus ou parce qu'elle ne disposait pas du *COVID Safe Ticket* lorsque celui-ci a été mis en place. Cela a participé à une dégradation physique, phénomène amplifié pour la population en situation de précarité. Les personnes en milieu carcéral n'ont notamment plus eu accès à leur salle de sport et n'ont pas eu de matériel sportif de substitution à disposition.

Les professionnels rencontrés ont constaté que la consommation d'alcool et de substances illicites a augmenté de manière significative au sein du public précarisé, entre autres à cause de l'isolement renforcé par les mesures de confinement pendant la crise sanitaire. Concernant le public en milieu carcéral, l'institution rencontrée met en évidence qu'au plus fort de la crise, les détenus ont dû faire face à un sevrage obligatoire par rapport à leur consommation de drogues, à la suite de l'interdiction des visites. En effet, une grande partie de leur approvisionnement en substances illicites était procurée par les visiteurs. En revanche, en situation post-crise, les détenus en manque de perspectives et dans une situation de détresse psychologique, ont repris leur consommation de substances de manière importante afin de gérer leur état de souffrance.

Les professionnels ont souligné un usage abusif des écrans et des réseaux sociaux, de même que des achats sur internet induisant parfois un endettement, constaté notamment chez les allocataires sociaux.

À la suite de la crise sanitaire, les travailleurs au sein des services sociaux ont constaté un afflux de demandes d'aides (revenu d'intégration sociale, aides ponctuelles pour payer les factures d'électricité et de chauffage, etc.) expliqué par les pertes d'emploi (officielles ou non) et donc de revenus, ainsi que par des pertes de logement, certaines personnes se retrouvant sans domicile fixe en plein confinement. Les magasins étant fermés pendant la crise, les personnes vivant de la mendicité avaient aussi moins de possibilité de recevoir des ressources financières venant de passants dans la rue. Les services d'hébergement et les services sociaux ont ainsi vu émerger de nouveaux publics, tels que des étudiants du supérieur, des familles monoparentales et des travailleurs (employés ou indépendants), nouveaux publics qu'ils ne pouvaient pas toujours accueillir en raison du manque de place dans les différentes infrastructures d'hébergement.

Certains détenus ont également subi une diminution de leurs moyens financiers à la suite de l'impossibilité d'accéder à leur emploi effectué au sein des prisons, par l'absentéisme des agents pénitentiaires contaminés par la COVID-19 ou en quarantaine, qui n'ont dès lors plus pu les surveiller. Même constat pour les détenus effectuant un travail à l'extérieur de la prison vu les sorties suspendues.

Bien que non spécifique au public en situation de précarité, la mobilité de la population a été impactée par les mesures en vigueur, telles que la restriction du nombre de passagers dans les transports en commun. Les professionnels rencontrés ont indiqué que ces facteurs ont pu avoir un impact plus important sur la population en situation de précarité car ce public dépend davantage de ce mode de déplacement. De plus, la peur d'y être contaminé a également freiné leur utilisation. Ces facteurs ont ainsi constitué un frein pour l'accès à la vaccination contre la COVID-19 malgré les solutions de transports alternatives déployées par l'AVIQ et/ou les communes.

Les professionnels ont également souligné l'inaccessibilité et l'augmentation des délais d'attente pour la prise en charge des services sociaux et administratifs. Ce manque d'accès a eu pour conséquence, chez certaines personnes, un non-recours aux droits, voire une dégradation de leur situation financière. Cela a aussi pu engendrer une certaine agressivité de la part du public envers les différents services.

« Les usagers devaient faire des démarches, aller vers des services administratifs traditionnels. Ces services étaient organisés en télétravail ou autre et donc pas accessibles. 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. C'était "on est aussi abandonné à l'extérieur". »

(Coordinateur, relais social)

Le changement des conditions de vie pendant la crise sanitaire a affecté la santé globale de la population en situation de précarité, à tous les niveaux, y compris celui de l'hygiène, causé par l'inaccessibilité aux douches, par la fermeture de certains services ou par la dégradation de certains cadres de vie.

Afin de pallier ces différentes détériorations des conditions et des habitudes de vie, le secteur de l'action sociale a cherché à répondre à l'urgence alimentaire, matérielle et financière par l'augmentation de distribution des colis alimentaires et de diverses aides (produits d'hygiène, vêtements, sacs de couchage, matériel informatique, chèque énergie via les CPAS, etc.). Malgré des aides de l'État, ces ressources n'ont pas toujours été rendues accessibles au public cible à cause de la lourdeur administrative et du délai d'attente pour l'obtention d'une réponse. Les professionnels ont toutefois indiqué avoir apporté des aides administratives et de logement, notamment par la mise à disposition de salles pour créer des centres d'accueil de nuit.

« Nous, en tant que CPAS, on a quand même été touché de plein fouet par cette crise et on a eu pas mal de moyens, pas mal de subventions de l'État pour justement aider toutes ces personnes qui sont précarisées. »

(Assistant social, CPAS)

Par ailleurs, une solidarité générale s'est mise en place, entre autres, via l'intervention de bénévoles de tout âge qui ont apporté leur aide, en distribuant des repas ou en épaulant le personnel social débordé. Enfin, la population a de nouveau manifesté une grande capacité de résilience face à tous ces changements.

3.1.5. Accès au numérique

Les professionnels ont constaté que la problématique de la fracture numérique a été amplifiée par la crise de la COVID-19, notamment pour les publics en situation de précarité. En effet, l'offre des services sociaux, tels que les mutuelles et les syndicats, et de première ligne s'est largement digitalisée aux dépens du présentiel. Les populations en situation de précarité ont dès lors dû faire face à des difficultés : d'une part, le manque d'accessibilité matérielle et d'autre part, le manque de compétences numériques.

« Des gens qui ne sont pas toujours à l'aise de fonctionner à distance et avec la technologie actuelle tout simplement parce qu'ils n'en avaient pas l'habitude ou qu'ils n'en avaient pas les moyens et qu'ils ne trouvent pas forcément les endroits s'ils n'ont pas la technique chez eux, ou l'environnement ou le matériel et qu'ils ne trouvent pas les endroits pour pouvoir le faire. Plus d'accès direct, je ne sais pas moi, à des CPAS, au Forem [...]. Ça peut être les syndicats, mais où on fonctionne plus à distance. Mais donc vu qu'on parle de ce public-là, du public le plus fragilisé et le plus éloigné, on a encore mis une barrière, une distance supplémentaire me semble-t-il. »

(Directeur, maison d'accueil)

La majorité des services médicaux et sociaux rencontrés ont tenté de proposer des alternatives virtuelles à leur service lorsque les mesures sanitaires ne permettaient pas le présentiel. Cependant, ces alternatives n'ont parfois pas été en adéquation avec le type de services proposés et n'ont donc pas toujours pu répondre aux besoins réels de la population en situation de précarité.

« On est quand même dans un domaine [la santé mentale] où les liens personnels et interpersonnels ont leur importance. Et, donc, là clairement les outils technologiques ont d'une part permis à certains, pour ceux qui adhèrent [...] ça peut être un peu un ersatz ; et il y a tout un pan de la population pour lequel ça ne répond pas aux besoins. »

(Coordinateur, réseau de santé mentale)

« On aime bien avoir quelqu'un en face de soi quand on ne va pas bien. Et avoir quelqu'un en visioconférence, ça ne les intéresse pas. Donc ils préfèrent prendre leur mal en patience et attendre que ça puisse se faire. »

(Educateur, structure d'aide aux publics multi-précarisés)

Certaines personnes en situation de précarité ont pu se familiariser, malgré les nombreux freins, à cette digitalisation massive en faisant appel à une grande capacité d'adaptation et à l'aide apportée (sociale et/ou matérielle) par des services sociaux comme les CPAS et les PCS.

3.1.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain

Les professionnels travaillant avec les personnes en situation de précarité ont émis plusieurs attentes pour ce public. Elles ont été répertoriées et numérotées dans le tableau ci-dessous. Certaines sont transversales et d'autres sont plus spécifiques et soulignées en gras. Les attentes n'ayant pas été toutes exprimées pour chacun des publics, le continuum de numérotation ci-dessous est parfois interrompu⁵¹. Ces attentes ont également permis d'effectuer un lien avec les objectifs et stratégies prioritaires dans chacun des axes du WAPPS (cf. annexe 5).

[a] Favoriser l'accès aux services pour les personnes en situation de précarité

- [1] Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques du public en situation de précarité : en présentiel, par téléphone, en visioconférence, au guichet mobile, etc.
- [2] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les personnes en situation de précarité via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.

⁵¹ Une liste numérotée reprenant toutes les attentes émises par les acteurs de terrain pour tous les publics figure en annexe (cf. annexe 4).

- [3] Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.
- [4] Améliorer l'accès physique des services en renforçant la mobilité en fonction de l'offre existante.
- [5] Renforcer les modalités diversifiées d'achats de titres de transport (guichet, internet, etc.).
- [6] Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics en situation de précarité.
- [7] Adapter les procédures telles que l'obtention d'un *COVID Safe Ticket* en fonction des spécificités du public en situation de précarité.
- [8] Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) qui font face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du *turn over* des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.
- [9] Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien au public en situation de précarité au niveau local.
- [10] Diversifier les canaux d'information en s'appuyant par exemple sur les compétences des centres culturels notamment par le biais du théâtre-action.

[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux du public en situation de précarité

- [1] Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.
- [2] Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.
- [3] Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des personnes en situation de précarité.

[c] Renforcer le lien social au sein du public en situation de précarité

- [1] Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour le public en situation de précarité afin de maintenir un lien social.
- [2] Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.
- [3] Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination du public en situation de précarité.

[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé) pour les personnes en situation de précarité

- [1] Développer l'*empowerment* des personnes en situation de précarité pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.
- [2] Améliorer la littératie du public en situation de précarité.
- [3] Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale.
- [4] Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les personnes en situation de précarité.

[e] Renforcer la vulgarisation des informations à destination des personnes en situation de précarité

- [1] Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des personnes en situation de précarité (radio, internet, etc.).
- [2] Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour la population en situation de précarité.
- [3] **Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.**

[f] Favoriser l'accès à des logements de qualité pour le public en situation de précarité

- [1] **Renforcer les structures d'accueil d'urgence de jour et de nuit existantes et en créer là où c'est nécessaire pour le public en situation de précarité.**
- [2] **Aider les propriétaires privés à mettre leurs biens en location sociale pour le public en situation de précarité.**

3.2. Les personnes en situation de handicap

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le handicap est « l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (p. ex., paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (p. ex., attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et accompagnement social limité) » (OMS, 2021a).

Pour le public en situation de handicap, 31 professionnels de terrain ont été interrogés. Ils représentaient les dispositifs et services suivants : services d'accueil de jour, services d'Aide à la Vie Journalière (AVJ), services résidentiels, services spécialisés pour les jeunes, Conseils Consultatifs de la Personne Handicapée (CCPH), service de santé mentale, aidants proches, associations à destination des personnes en situation de handicap et/ou de leurs aidants proches. Ces services interrogés accompagnent les personnes en situation de handicap dans deux contextes distincts : l'accompagnement au domicile et l'accompagnement en institution. Les entretiens réalisés font état d'impacts de la crise sanitaire sur le public porteur de handicap physique et mental.

3.2.1. Accès aux soins

Les professionnels rencontrés ont constaté une difficulté d'accessibilité aux soins de santé durant la pandémie. Pour le public en situation de handicap, cette difficulté a eu pour conséquence des retards de dépistage et de diagnostic de certaines pathologies ainsi qu'une aggravation de leur état de santé. Dans certains cas, des conséquences sur le développement ou l'autonomie de la personne ont été soulignées.

« A cause de la crise, on a perdu le moyen de poser un diagnostic au bon moment, par exemple pour l'autisme. On a perdu du temps pour mettre des choses en place [...]. Les rendez-vous ORL ont été reportés à plus d'un an pour des enfants avec trisomie 21 alors qu'on sait l'importance d'avoir un suivi tous les 6 mois. Par exemple, un bouchon de cérumen dans l'oreille qui n'est pas pris en charge [...] cela entrave le développement de l'enfant qui a besoin de stimulation. »

(Psychologue, service d'accueil pour jeunes enfants)

Les professionnels ont identifié différents facteurs ayant représenté un obstacle dans l'accès aux soins durant la crise de la COVID-19 pour le public en situation de handicap. Premièrement, la télémédecine n'a pas été accessible pour tous de la même manière. En effet, certains n'avaient pas les capacités d'utiliser les outils numériques et étaient donc dépendants d'un tiers tandis que d'autres ne souhaitaient pas utiliser ces outils ou n'en disposaient pas. Ce facteur a impacté prioritairement les personnes vivant à domicile. Deuxièmement, les professionnels qui ont continué d'assurer les suivis à domicile se sont retrouvés surchargés de demandes, à la suite de l'arrêt des visites à domicile de nombreux services. Cette saturation et ce peu de disponibilité des professionnels ont renforcé la détérioration de la santé globale et engendré des régressions et des pertes d'autonomie pour le public en situation de handicap. Le manque de personnel disponible pour se rendre au domicile a également mené à un recours plus important à d'autres types d'aide dont des travailleurs au noir avec des risques plus importants de personnel non qualifié. L'impossibilité de formuler des demandes d'accompagnement ponctuelles a amplifié cette problématique.

« La présence moindre des kinés à domicile a, par exemple, mené à des dégradations parfois irréversibles, [il y a] principalement des personnes qui ont atteint un retard ou qui se sont dégradées. Et certaines n'ont toujours pas récupéré ce retard. Donc, il y en a qui ne le récupéreront jamais. Il y a certains soins où le kiné, par exemple, doit passer tous les jours et parfois ne passait plus que deux ou trois fois par semaine. »

(Directeur, centre résidentiel pour personnes en situation de handicap)

Troisièmement, les professionnels ont souligné que les personnes en situation de handicap ayant un aidant proche au domicile ont parfois été considérées comme non prioritaires par les services d'accompagnement, ce qui a considérablement augmenté la charge pour l'aidant proche.

« C'était surtout un recul dans l'accessibilité aux services pour les personnes qui ont des "aidants proches" et donc notamment, il y a eu la période au début de la crise où les services d'aide à domicile ont arrêté parfois de se rendre à domicile et donc moins d'aides. On trouve

que ça perdure aussi dans le sens où il n'y a pas assez de services, il n'y a pas assez d'aides ménagères, d'aides familiales pour aller soutenir, de garde à domicile non plus. Et quand il y a un tri à faire dans les demandes, souvent, les personnes qui ont un aidant proche se voient déforcées et finalement, ne sont pas prioritaires puisqu'il y a un aidant. Et donc, il y a là un vrai problème d'accessibilité aux services d'aide à domicile, dû à la crise. »

(Assistant social, association ressource pour le secteur du handicap)

Selon les professionnels interrogés, la crainte d'être contaminé à la suite de la présence de personnes extérieures au domicile a également pu contribuer à la diminution du recours aux services et aux soins par le public porteur de handicap.

« La peur, ce climat anxieux suite à la crise sanitaire, fait qu'on entend régulièrement des aidants qui ont peur de faire appel aux services parce qu'ils ne veulent pas introduire un professionnel extérieur au domicile de leurs proches, parce que le risque d'infection est trop grand, parce qu'il ne sait pas combien de personnes il voit sur la journée, s'il porte bien son masque, etc. [...]. La personne qui vient à la maison n'est peut-être pas vaccinée, ça diminue le recours. »

(Assistant social, association ressource pour le secteur du handicap)

Enfin, au sein des institutions, une diminution de la qualité de l'accompagnement a été rapportée par les professionnels. Ils ont indiqué avoir eu moins de temps à consacrer aux soins médicaux de leurs bénéficiaires suite au manque de personnel ainsi qu'aux contraintes administratives (encodage, vérification des *COVID Safe Ticket*) et logistiques (désinfections multiples) liées à la pandémie.

3.2.2. Santé mentale

Les professionnels interrogés ont mentionné que la pandémie a engendré une augmentation des problématiques de santé mentale des personnes en situation de handicap. Les professionnels ont rapporté plus d'anxiété, d'angoisses, de dépressions et des syndromes de glissement⁵² au sein de leur public. Cela s'expliquerait par la peur de sortir, le fait de ne plus avoir d'activités externes et le respect strict des mesures de confinement chez certains.

« Ce manque d'espace, conjugué à une perte de repères et une non-occupation, a des effets pouvant être dévastateurs chez des personnes fragiles et vulnérables. Ces personnes ont justement, plus que d'autres, besoin de repères, de structure et de stabilité. Se retrouver ainsi seul face à soi-même, sans y avoir été préparé ou sans l'avoir voulu, laisse place à l'angoisse, à la pensée négative, à la réminiscence de souvenirs traumatiques pour

⁵² Syndrome de glissement : détérioration rapide de l'état général avec anorexie, désorientation, accompagnée d'un désir de mort plus ou moins directement exprimé, un renoncement passif à la vie, un refus actif des soins, de l'alimentation. Il évolue vers la mort en quelques jours à quelques semaines. Il est déclenché par des événements physiques (maladies aiguës, opération, traumatisme) ou psychiques (décès d'un proche, abandon du domicile, déménagement, hospitalisation) (Martin-Du-Pan, 2008).

lesquels les usagers ne sont pas prêts à faire face. Cela se traduit par des insomnies, des angoisses, du harcèlement, de la scarification, des pleurs, des consommations problématiques. »

(Directeur, centre résidentiel pour personnes en situation de handicap)

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué à cette détérioration de la santé mentale. Tout d'abord, les informations communiquées par les médias, parfois mal comprises car non adaptées aux personnes en situation de handicap, ont augmenté le niveau d'anxiété de ce public. Ensuite, la pandémie a engendré une saturation des services de santé mentale et, dès lors, une difficulté d'accès à ces services et, plus globalement, d'accès à des psychiatres dans certaines régions.

« [Il y a] de plus en plus d'anxiété et de dépression qui sont quand même arrivées, notamment liées à cet isolement totalement lié à l'angoisse véhiculée par les médias dans la manière dont les choses ont été amenées au niveau du COVID. »

(Directeur, centre résidentiel pour personnes en situation de handicap)

Enfin, le public porteur de handicap ayant également des troubles psychiatriques a parfois été confronté à une problématique de suivi liée à ce double diagnostic. Ce problème préexistant a été mis en lumière et a été aggravé par le contexte sanitaire. En effet, les différents services, ne se sentant pas vraiment outillés pour le suivi, se sont renvoyés la responsabilité quant à la prise en charge de ces patients. Ces personnes se sont alors retrouvées sans prise en charge psychologique, ou prises en charge par des services non adaptés.

« Il y a des besoins qui ne sont pas rencontrés au niveau sociétal et les problèmes des personnes de très grande précarité, au double diagnostic, ils frappent à la porte de la psychiatrie, on leur dit : "Oh non, vous êtes handicapé. On ne sait pas vous aider". »

(Directeur, service résidentiel pour adultes)

Malgré toutes ces difficultés, le public porteur de handicap en institution a trouvé des ressources positives au sein des équipes. En effet, les psychologues ont été particulièrement sollicités pour répondre aux besoins des résidents afin de leur permettre d'extérioriser leur vécu et leurs émotions. Les équipes se sont montrées disponibles, notamment pour expliciter les informations liées à l'actualité (mesures sanitaires, *COVID Safe Ticket*, etc.). Une meilleure compréhension de l'actualité et des consignes a ainsi permis d'atténuer le stress.

« C'est sûr qu'il a fallu aussi beaucoup travailler avec eux l'actualité. Ils [les résidents] ont beaucoup verbalisé autour de ça. Les équipes ont été [...] fort mobilisées [...] pour suivre avec eux l'actualité. Ils [les résidents] regardent l'actualité et les journaux parlés chez nous donc c'est vrai qu'ils avaient beaucoup de stress et de questions. Donc c'était beaucoup de réassurance et de travail à ce niveau-là pour les équipes. »

(Directeur, service d'hébergements de nuit et supervisés)

3.2.3. Lien social

La crise de la COVID-19 a autant impacté la sphère sociale des personnes vivant à domicile (isolées ou entourées) que des personnes en institution. Pour les personnes vivant seules à domicile, la rupture de lien social a engendré un sentiment d'isolement conséquent, malgré un soutien à distance de l'entourage parfois accru. Ces contacts plus fréquents s'expliquent notamment par l'inquiétude des proches quant à la vulnérabilité du public en situation de handicap dans le contexte sanitaire.

Pour les résidents en institution, les professionnels ont constaté des difficultés pour certains, en fonction de leur handicap, à comprendre et à respecter les mesures de distanciation sociale. Cela a généré une exacerbation des tensions au sein des groupes de vie. Par ailleurs, les mesures de confinement et l'arrêt des services « d'accompagnants sexuels » ont parfois été mal vécus et ont créé des frustrations. Le manque de contacts sociaux a également engendré des comportements de non-respect des règles institutionnelles et a parfois mené à des mises en danger.

« Ce n'est pas anodin que ça arrive à ce moment-là [pendant la crise sanitaire]. Notre public a besoin de contacts aussi et se met dans des situations de danger, dans des contacts qui sont cachés du service (en cachette). [...] Nos usagers ont moins d'activité et viennent chercher des liens qui sont parfois dangereux pour eux. [...] On a eu deux personnes en situation de handicap qui ont été violées par des personnes extérieures au service [...]. »

(Directeur, service résidentiel pour adultes)

En institution, les liens entre familles et professionnels ont également été impactés. En effet, suite à la suppression des visites ou à la limitation de leur durée, les temps informels de contacts entre les familles et les professionnels ainsi que les moments d'échanges sur le suivi ou la prise en charge de la personne en situation de handicap ont été moins fréquents.

Par ailleurs, le lien social entre les résidents et leur famille a également été perturbé à la suite de la crise sanitaire. D'une part, certaines personnes n'ont pas pu retourner en famille, ou dans une moindre mesure, ce qui a diminué les contacts sociaux et a parfois engendré de la frustration. D'autre part, des résidents ont, malgré des difficultés familiales diverses et complexes, dû réintégrer leur famille à temps plein, ce qui a pu augmenter les risques de négligences. Les professionnels rencontrés ont souligné la posture complexe de l'entourage quant à la décision de reprendre la personne en situation de handicap à domicile ou non, sans connaître la durée de cet engagement. Après un retour à domicile prolongé, des professionnels ont pu observer une régression des acquis de leur public.

« Il y a eu des situations où les jeunes sont restés trop longtemps dans un système familial dysfonctionnel. [...] Et donc, le problème, c'est qu'il y a des personnes qui sont restées beaucoup plus longtemps dans un milieu familial, avec peu d'aide extérieure et donc du coup, on a eu d'énormes négligences intrafamiliales aussi, dans des situations qui se sont dégradées en famille. »

(Educateur, centre résidentiel pour personnes en situation de handicap)

« Si on reprenait son enfant, qui est en institution, chez soi, l'enfant ne pouvait pas retourner (en institution) avant que ce ne soit possible 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 qu'ils les encadrent et qu'ils permettent une évolution de la personne handicapée avec des repères [...]. Les enfants ont régressé malgré beaucoup de bonne volonté. Les parents qui ont choisi de laisser leur enfant à l'institution, ils ont été séparés de leurs enfants pendant quatre mois. »

(Chargé de projets, association de patients)

Malgré les nombreuses difficultés, certains professionnels et certaines familles ont fait preuve de créativité et ont développé des initiatives pour favoriser le maintien du lien avec les résidents en institution, notamment virtuellement. Pour ceux ayant réintégré le domicile, les professionnels qui pouvaient s'impliquer à distance ont proposé diverses activités à mettre en place au domicile, ce qui a permis d'amoinrir la perte d'autonomie. Les professionnels ont également souligné que certains résidents ont pu compter sur la solidarité, la bienveillance et l'empathie de leurs pairs, notamment par le biais de dessins partagés entre bénéficiaires et d'une augmentation de petites attentions envers les autres.

« Pendant le confinement, les équipes n'ont pas manqué d'idées fantastiques, de créativité, d'imagination, se sont réinventées pour pallier la lassitude des bénéficiaires. Ils [les professionnels] ont organisé un séjour de vacances dans le jardin avec du sable et des tentes [...], un food truck, cela a permis de maintenir le moral des troupes. Nous sommes comme un petit village, on s'adapte pour répondre à leurs besoins mais ce n'est pas évident. Il faut aller chercher les moyens. »

(Responsable de service, centre résidentiel pour adultes)

La reprise des activités lors du déconfinement, et donc des contacts sociaux, a été bénéfique tant pour les personnes en institution que pour celles vivant à domicile. Certains bénéficiaires, ayant une santé particulièrement fragile, ont aussi fait de la reprise des activités une priorité malgré les risques que cela pouvait comporter. Cependant, cette reprise d'activités a également pu générer des tensions au sein du public en situation de handicap, notamment à cause des différences d'opinion concernant la vaccination, par la nécessité d'avoir un Covid Safe Ticket valide pour participer aux activités ou par l'exclusion de certains bénéficiaires qui ne respectaient pas les mesures de distanciation sociale, impactant la sécurité du groupe.

« Les individus qui étaient le plus en difficulté sont revenus très rapidement aux activités, malgré les risques qu'ils encourent par rapport à leur santé fragilisée. Donc, on s'est rendu compte que le lien social, dont on parle énormément, passe avant tout. »

(Animateur, service d'entraide pour personnes en situation de handicap)

3.2.4. Conditions et habitudes de vie

Avec le confinement et les mesures sanitaires, le public en situation de handicap, habitué à une forme de routine nécessaire à son fonctionnement, a perdu ce cadre rassurant et stimulant et a vécu difficilement les différents changements de conditions et d'habitudes de vie.

[Les résidents étaient déplacés d'une chambre à l'autre car, pendant les clusters, les personnes positives à la COVID-19 se retrouvaient toutes dans une aile du bâtiment pendant que les autres étaient dans une autre aile] *« Il faut quand même savoir que pour eux, leur chambre, pour certains, c'est leur lieu de vie. Ils ont quitté leur chez eux qu'on a dû vider dans un laps de temps très court, désinfecter pour pouvoir y remettre une autre personne qui était positive. Ce n'est déjà pas rassurant de se dire qu'on retourne dans une chambre ... après même si on explique qu'on désinfecte, etc. Puis il fallait faire des photos avant/après pour remettre les choses correctement parce qu'ils n'aiment pas trop être hors habitudes. »*

(Responsable de service, centre résidentiel pour adultes)

Ces modifications d'organisation, telles que l'annulation des repas collectifs et la prise des repas en chambre, ont impacté les habitudes alimentaires. L'anxiété liée au contexte de la crise sanitaire, le manque d'interactions sociales, la suppression des activités culinaires collectives et le manque d'activité physique ont pu amener une perte d'appétit ou, à l'inverse, une surconsommation de nourriture. Par ailleurs, les habitudes alimentaires ont été modifiées par l'augmentation du coût de la vie, qui a parfois généré une précarité financière plus importante et impacté certains choix de consommation.

« La prise de poids a été considérable pendant ce confinement. Nous ne pouvons cuisiner chaque jour avec chaque bénéficiaire et ils ne peuvent, seuls, se faire à manger de façon équilibrée. Il n'existe pas de cours collectifs de cuisine où ils peuvent s'intégrer. »

(Educateur, centre résidentiel pour personnes en situation de handicap)

« [...] l'augmentation des prix dans tous les domaines. C'est une catastrophe [...]. Ils consacrent déjà énormément de leur budget à leur santé, à leur logement. Quand ils vivent seuls, de toute façon, il y a le paiement du logement. Et puis maintenant, il y a les énergies qui ont flambé. C'est vraiment un très gros souci sur la qualité de vie, dans le sens où il y en a certains qui [...] n'ont pas le choix d'une alimentation de qualité et font le choix de se soigner, se nourrir [...]. C'est soit un colis alimentaire, soit on s'en passe car il n'y a pas le choix. »

(Animateur, service d'entraide pour personnes en situation de handicap)

Au niveau des assuétudes, les professionnels constatent que la consommation d'alcool a augmenté pour beaucoup durant la pandémie.

« On avait des personnes qui avaient des problématiques et des conduites addictives et qui, effectivement, ont augmenté leur consommation à ce moment-là [pendant la crise], notamment liée à des éléments traumatiques, effectivement, mais on a également des personnes qui ont commencé à consommer, qui ne consommaient pas. »

(Directeur, service résidentiel pour adultes)

Pour certains résidents en institution, l'arrêt de la plupart des activités sportives et de loisirs (p. ex., annulation des séjours de vacances, notamment à cause de la fermeture de certains lieux ou le manque de volontaires), a impacté leur niveau d'activité physique, engendrant une perte d'autonomie. Cette perte d'autonomie a parfois impliqué une régression des acquis au niveau de la continence et de l'alimentation. A l'inverse, les situations de confinement ont parfois permis aux professionnels d'être plus attentifs aux capacités et à l'autonomie des bénéficiaires.

« Et ici comme le rythme de vie était ralenti, certains résidents ont pu montrer des choses qu'ils savaient faire que nous, travailleurs, on n'a jamais pris le temps d'observer quand ils le faisaient. Donc, je ne pense pas qu'ils ont développé des capacités, je pense que c'est les travailleurs qui ont pris le temps d'observer et de mieux laisser les choses se faire et de ne pas faire à la place. »

(Educateur, centre résidentiel personne en situation de handicap)

Pour certaines personnes vivant seules et étant autonomes avant la crise sanitaire, les professionnels ont constaté un laxisme dans la gestion et l'entretien du logement, lié à un syndrome de glissement, ce qui a nécessité un transfert vers un logement plus encadré.

3.2.5. Accès au numérique

Les professionnels interrogés mettent en avant que la digitalisation intensifiée durant la crise sanitaire a aggravé la fracture numérique préexistante pour certaines personnes en situation de handicap. En ce qui concerne les démarches administratives devenues plus complexes, plus lourdes et plus nombreuses, la fracture numérique a engendré une perte d'autonomie, rendant ce public plus dépendant de leur entourage ou des professionnels. Ces difficultés administratives ont parfois mené à une perte d'accès voire à un non-recours aux droits.

La fracture numérique, en particulier pour le public porteur de handicap, a également constitué un frein supplémentaire à son inclusion au sein de la société.

« On a aussi tout ce qui est la question de la fracture numérique. Là, on n'est plus dans des rencontres au bureau avec des gens [...] il suffit que ce soit des familles ou des personnes plus âgées qui n'ont pas accès à un outil informatique ... je pense que ça complexifie encore leur accès à l'information et au soutien nécessaire. »

(Chargé de projets, association de patients)

« Et il y en a plein qui, pour finir, ne vont pas au bout des démarches et se retrouvent dans une merde pas possible [...] donc, je trouve que l'ensemble des services s'est complexifié et a perdu justement, ce contact avec le public. [...] c'est vraiment très embêtant et ça s'est accéléré avec le confinement, avec le COVID on le voit bien ... on te dit maintenant, non, c'est par Internet, etc. mais ça met plein de personnes de côté dont le public que nous accompagnons. »

(Animateur, service d'entraide pour personnes en situation de handicap)

3.2.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain

Les professionnels travaillant avec les personnes en situation de handicap ont émis plusieurs attentes pour ce public. Elles ont été répertoriées et numérotées dans le tableau ci-dessous. Certaines sont transversales et d'autres sont plus spécifiques et soulignées en gras. Les attentes n'ayant pas été toutes exprimées pour chacun des publics, le continuum de numérotation ci-dessous est parfois interrompu⁵³. Ces attentes ont également permis d'effectuer un lien avec les objectifs et stratégies prioritaires dans chacun des axes du WAPPS (cf. annexe 5).

[a] Favoriser l'accès aux services pour les personnes en situation de handicap

- [1] Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques du public en situation de handicap : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.
- [2] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les personnes en situation de handicap via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.
- [4] Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante, notamment en développant l'offre de véhicule pour personnes à mobilité réduite (PMR).**
- [8] Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) faisant face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du *turn-over* des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.

⁵³ Une liste numérotée reprenant toutes les attentes émises par les acteurs de terrain pour tous les publics figure en annexe (cf. annexe 4).

[14] Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des personnes porteuses de handicap ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.

[15] Augmenter l'accessibilité et la disponibilité (24h/24) des aides à domicile, des services d'Aide à la Vie journalière (AVJ). L'accessibilité doit être envisagée de manière multifactorielle (financière, administrative). Ces aides à domicile doivent être mises en œuvre dans des délais plus rapides avec la possibilité d'effectuer des demandes plus ponctuelles.

[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux du public en situation de handicap

[2] Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.

[3] Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des personnes en situation de handicap.

[6] Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple, en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour les personnes en situation de handicap.

[7] Augmenter les offres de répit pour les aidants proches, amener des possibilités d'aménagement du temps de travail ou à la pension sans pertes financières et continuer à valoriser le statut des aidants proches.

[c] Renforcer le lien social au sein du public en situation de handicap

[1] Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les personnes en situation de handicap et les aidants proches.

[4] Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société.

[5] Visibiliser les actions de maintien du lien social qui ont fonctionné, par exemple via un site Internet centralisateur.

[6] Maintenir le lien au domicile avec les personnes ayant quitté l'institution temporairement.

[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé) pour les personnes en situation de handicap

[4] Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les personnes en situation de handicap.

[6] Favoriser l'inclusion et la participation des personnes en situation de handicap dans les démarches participatives locales.

[7] **Mettre à disposition ou créer des outils/supports adaptés aux personnes en situation de handicap (développer les sites Internet en « facile à lire et à comprendre ») en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).**

[8] Penser les mesures sanitaires (dont le confinement) au regard du public porteur d'un handicap et de ses spécificités.

[17] Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux personnes en situation de handicap.

[e] Renforcer la vulgarisation des informations à destination des personnes en situation de handicap

[1] Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des personnes en situation de handicap (radio, Internet, etc.).

3.3. Les personnes porteuses d'une ou de plusieurs maladies chroniques

Les maladies chroniques sont définies comme « des affections qui se prolongent dans le temps, qui ne guérissent pas spontanément et dont la guérison est rarement complète » (Sciensano, 2022a). Elles impliquent des limitations fonctionnelles et sont responsables de la plupart des décès en Europe. L'accroissement de l'espérance de vie et du vieillissement, ainsi que les modes de vie de plus en plus défavorables contribuent à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (Integreo, 2017). « Les affections chroniques sont souvent caractérisées par une multimorbidité⁵⁴ » (Renard et al., 2022), ce qui peut nécessiter plusieurs suivis médicaux réguliers menés conjointement.

Dans le cadre de l'exploration des impacts de la crise sanitaire sur le public porteur d'une ou de plusieurs maladies chroniques, 29 professionnels venant de divers dispositifs et services ont été interrogés : maisons médicales, relais social, Plan de Cohésion Sociale (PCS), services d'aide et de soins à domicile, hôpitaux (psychiatriques), réseau de santé mentale et association déployant un programme d'activité physique adapté, Réseau Local Multidisciplinaire (RLM). Plusieurs professionnels interrogés sont des prestataires de soins : pneumologue, diététicien, pharmacien, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute et infirmier. Des informations concernant les aidants proches ont également été récoltées.

Les professionnels rencontrés lors des entretiens font état d'impacts de la crise sanitaire sur un public porteur de diverses maladies chroniques telles que le diabète, la sclérose en plaques, la fibromyalgie, la dépression, l'alcoolisme, la toxicomanie, la démence, les maladies neurodégénératives dont la maladie d'Alzheimer, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme, l'obésité et les cancers.

⁵⁴ « Les patients affichant une multimorbidité souffrent de deux maladies ou plus (concomitantes). Ces maladies doivent être chroniques » (Sciensano, 2022b).

3.3.1. Accès aux soins

La rupture des soins est une des conséquences majeures de la pandémie chez les malades chroniques. Les professionnels ont mentionné plusieurs facteurs ayant contribué à cette rupture.

Premièrement, les difficultés d'accès aux services d'aide et de soins ainsi que leur arrêt, partiel ou total, lors des confinements, ont engendré chez certaines personnes porteuses d'une ou de plusieurs maladies chroniques un manque de suivi, des reports de soins et un retard général de prise en charge. En conséquence, les professionnels ont souligné que des diagnostics ont parfois été posés tardivement avec la découverte de nouvelles pathologies (troubles du comportement alimentaire [TCA], diabète, cancer en stade terminal, etc.) à un stade avancé. Pour les patients déjà diagnostiqués, les professionnels indiquent que les pathologies se sont aggravées, menant occasionnellement à des conséquences fatales, notamment chez les personnes âgées diabétiques.

« 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)

« Le suivi médical des patients s'est moins fait et donc, il y en a qui sont arrivés avec plus d'hypertension, plus de maladies cardiovasculaires, plus de diabète. »

(Diététicien spécialisé dans l'obésité, la chirurgie bariatrique et les TCA, milieu hospitalier)

De plus, lors de la reprise des consultations en présentiel, le délai pour accéder aux soins s'est accentué à la suite d'une problématique de saturation des services. Au-delà des mesures imposées, les professionnels rencontrés ont constaté que certains patients ont ressenti de l'appréhension à se rendre à l'hôpital, milieu perçu comme hostile et synonyme de risque de contamination à la COVID-19. Dès lors, certains ont évité de s'y rendre ou attendu d'atteindre un état critique avant de consulter. Par ailleurs, les mesures sanitaires complexes à mettre en œuvre (port du masque, prise de rendez-vous obligatoire, etc.) ont accentué cette réticence et ont été une barrière d'autant plus importante pour les publics souffrant de troubles mentaux et neurodégénératifs (toxicomanie, alcoolisme, maladie d'Alzheimer, schizophrénie, etc.). Concernant les visites des services d'aide et de soins à domicile, les professionnels ont relaté que certains patients ou aidants les ont volontairement suspendues par crainte de contamination.

Deuxièmement, la précarité financière a diminué la sollicitation des soins et a impliqué une moindre observance thérapeutique des traitements pour certains malades chroniques.

« Les gens [...] savent de moins en moins se soigner. J'ai même des patients qui me disent "Je dois prendre dix médicaments pour l'instant, j'ai de l'argent uniquement pour cinq médicaments, pas plus, je ne saurais pas". [...] On voit que même financièrement, la crise du COVID a quand même été [...] terrible pour certaines personnes. »

(Répondant de ligne téléphonique, service d'aide pour les malades chroniques)

Pour d'autres (patients BPCO, diabétiques) dont le diagnostic était déjà posé, les professionnels ont souligné une vigilance et un investissement accrus dans leur traitement de par la conscientisation de leur vulnérabilité. Ils ont également accordé une attention particulière aux mesures d'hygiène (lavage des mains, contacts physiques avec autrui, distance sociale, désinfection, port du masque, etc.).

« On s'est rendu compte que le COVID a bien boosté, que 30 à 40% des patients sont passés en auto-injection donc ça, c'est une meilleure prise en charge et une meilleure autonomie du patient. Ça a aidé à développer ce caractère autonome du patient. Je pense que c'est un point positif. »

(Pneumologue, chef de service en milieu hospitalier)

Enfin, selon les professionnels rencontrés, l'accès aux soins a également été entravé par le manque d'éducation thérapeutique des malades chroniques, et plus particulièrement pour ceux en situation de précarité. En effet, la téléconsultation a renforcé des incompréhensions concernant les informations médicales communiquées et a généré de la frustration chez les patients. Certains services ont cependant joué un rôle de médiateur entre le patient et le médecin afin de clarifier les informations incomprises.

3.3.2. Santé mentale

La détérioration de la santé mentale des personnes porteuses d'une ou de plusieurs maladies chroniques, mise en évidence par l'ensemble des professionnels interrogés, est une conséquence majeure de la pandémie. Les professionnels ont expliqué que la crise a, d'une part, fait naître de nouvelles problématiques de santé mentale et, d'autre part, amplifié celles préexistantes.

« Je pense que [...] ces facteurs [...] ont eu des répercussions qu'on a pu voir sur la société de façon générale au niveau de la santé mentale, l'augmentation des difficultés, d'épuisement, le stress dans un contexte anxigène, avec le fait de se projeter difficilement dans l'avenir [...] on sait aussi que toutes ces difficultés étaient déjà présentes avant la crise sanitaire mais la crise les a vraiment mises encore plus en avant. »

(Assistant social, équipe mobile de soins psychiatriques)

La détérioration de la santé mentale s'est exprimée sous diverses formes, telles que de la peur, des pertes de repères, des dépressions, des *burn-outs*, des passages à l'acte suicidaire, des troubles anxieux (stress, anxiété sociale, anxiété liée au contexte sanitaire, à la maladie, à la mort, à la peur de la perte financière, etc.), et des syndromes de la cabane⁵⁵, avec un repli sur soi et un isolement.

« Alors, chez nous, en psychiatrie, soit ces personnes ont été admises d'urgence ailleurs [...] parce que voilà, elles ont continué à plonger avant de pouvoir venir chez nous, soit elles ne reviendront plus puisqu'il y a eu passage à l'acte [évoque le décès par suicide]. »

(Diététicien, hôpital psychiatrique)

« Il y a eu beaucoup de peur en disant [...] "Si je choppe le virus et que je vais à l'hôpital, je suis mort" [...] c'était fort, fort, fort. J'ai des patients qui n'osaient pas venir chercher leur matériel à l'hôpital dont ils avaient besoin et qui était délivré tous les X temps. »

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

Les professionnels ont mentionné que plusieurs facteurs ont contribué à cette détérioration de la santé mentale. Premièrement, la spécificité et la vulnérabilité inhérentes aux malades chroniques ont largement influencé cette dégradation psychologique et l'aggravation des troubles mentaux. En effet, ils ont vécu une période où leur état de santé représentait un risque accru de complications, voire de décès, lors d'une contamination à la COVID-19. L'insistance des médias sur la vulnérabilité de ce public et sur le nombre quotidien de décès a également été mentionnée comme une importante source d'angoisses.

« [...] ce qui était donné par les médias était très anxiogène. [...] Et c'est vrai qu'à un certain moment, [...] les médias ne savaient donner que des chiffres. Et c'étaient souvent des chiffres, évidemment sans beaucoup de contextualisation. [...] Voilà qui suscitait beaucoup d'émotions négatives parce qu'il n'y avait pas de recul [...]. »

(Administrateur, association déployant un programme d'activité physique adapté)

Deuxièmement, certains professionnels ont souligné plus spécifiquement l'importance des contacts avec le personnel médical et les services d'aide à domicile. Le maintien de ces contacts directs est apparu comme un facteur atténuant les effets délétères de la crise sur la santé mentale de certains malades chroniques. En effet, les professionnels ont été sources de motivation, d'espoir et de moments partagés permettant de dédramatiser le contexte sanitaire. Pour d'autres malades chroniques, en revanche, la rupture du lien social (cf. infra) avec le personnel médical et les services d'aide à domicile a contribué à la détérioration de la santé mentale et à l'aggravation des troubles mentaux, notamment dans l'évolution des maladies neurodégénératives telles que l'Alzheimer ou la sclérose en plaques. Pour certains malades chroniques, diagnostiqués peu de temps avant la crise, cette perte de lien a parfois mené à l'abandon de traitements récemment mis en place.

⁵⁵ Syndrome de la cabane : difficulté de se confronter de nouveau à la vie sociale après une longue période de confinement (Ducarre, 2020).

« C'est la solitude et l'isolement. Je pense que ça a été le principal. On avait des patients qui nous téléphonaient tous les jours [pour pallier le manque de lien]. »

(Coordinateur, service d'aide et de soins à domicile)

« [...] au niveau scientifique, on sait bien que toutes les activités sociales [...] peuvent compenser la survenue de troubles cognitifs car cela fait partie d'une réserve, un peu comme une tirelire dans laquelle on va pouvoir puiser pour essayer de maintenir son fonctionnement [...] sans qu'il y ait trop de dégradation. [...] je pense qu'il y a un risque pour les personnes coupées de lien social que leur trouble cognitif se soit aggravé. »

(Neuropsychologue, milieu hospitalier)

Troisièmement, les professionnels ont mentionné qu'une hospitalisation, un passage aux soins intensifs ou encore un coma à la suite d'une contamination à la COVID-19 ont engendré des stress post-traumatiques chez certains patients. Dernièrement, la saturation des services de santé mentale a, selon les professionnels, renforcé la détérioration psychologique des malades chroniques. Cette saturation a persisté malgré la possibilité de consultations numériques, la mise en place de nouveaux services de santé mentale et de psychologues supplémentaires au sein des équipes de première ligne. Les délais d'accès sont restés très longs puisque les demandes continuaient à se multiplier.

« Il n'y a plus assez [de psychologues] malgré [...] qu'on ait quand même réengagé pas mal de psychologues, tout ça. Mais voilà, il y a des personnes qui sont tellement loin qu'il faudrait presque qu'elles soient hospitalisées en psychiatrie et [...] pour l'instant, c'est complet. »

(Répondant de ligne téléphonique, service d'aide pour les malades chroniques)

Par ailleurs, d'autres facteurs moins spécifiques au public porteur de maladies chroniques, ont également contribué à la détérioration de leur santé mentale, tels que les conditions de logement, l'augmentation du coût de la vie, la perte éventuelle de moyens financiers mais aussi les difficultés d'accès aux services administratifs. Dans les régions concernées, la crise des inondations a également aggravé l'impact psychologique engendré par la pandémie.

Enfin, les professionnels ont insisté sur la dégradation de la santé mentale des aidants proches pendant la crise de la COVID-19. En effet, étant donné la fermeture et l'indisponibilité des services d'aide et de soins à domicile, les aidants ont davantage dû s'investir dans la gestion du quotidien. Cet investissement a engendré une surcharge mentale importante et des difficultés à concilier vie professionnelle et vie privée. Dès lors, cela a parfois généré une augmentation des tensions et une certaine dépendance entre l'aidé et l'aidant, avec un risque de violence accru dans certaines situations. Comme mentionné ci-dessus, la saturation des services a perduré, empêchant les aidants proches de diminuer leur implication.

« On a aussi noté une difficulté à gérer le professionnel et en même temps, le familial, le proche [...]. La flexibilité qui a été demandée dans le monde du travail peut faciliter [...] permettre certaines tâches d'aidants proches au milieu de sa journée de travail et en même temps, ça crée aussi une difficulté de mettre ses limites sur ce qu'on ne peut pas. Si on est en télétravail, finalement, l'autre peut avoir l'impression qu'on est tout le temps disponible puisqu'on est tout

le temps là. Et donc, ce n'est pas forcément facile. En tout cas, ça n'aide pas les aidants à mettre leurs limites. »

(Assistant social, équipe mobile de soins psychiatriques)

Certains professionnels ont néanmoins souligné une grande résilience des personnes porteuses d'une ou plusieurs maladies chroniques ainsi que de leurs aidants proches durant cette crise. La mise en place de groupes de parole semble également avoir été bénéfique pour les patients.

3.3.3. Lien social

La crise de la COVID-19 a engendré une rupture importante de lien social pour les malades chroniques, s'illustrant notamment par un impact sur la santé mentale (solitude, dépression, troubles anxio-dépressifs), et sur les consommations (cf infra).

Les professionnels ont expliqué que les malades chroniques, conscients de leur vulnérabilité face au virus, se sont davantage isolés. En effet, ils ont eu tendance à s'auto-confiner et à s'imposer des mesures d'isolement plus drastiques que celles dictées par le gouvernement, par crainte des conséquences sur leur santé déjà fragile. La rupture de lien social s'est aussi illustrée par la diminution, voire l'arrêt, des relations sociales et familiales que ce soit par choix, par crainte de contaminer un proche vulnérable ou à la suite des mesures imposées. Cela a engendré un sentiment de solitude important.

« [...] ils se sentaient vraiment isolés dans le sens où "On ne voit plus personne. [...] On ne veut même pas voir les membres de la famille de peur d'attraper le virus." [...] Ils se sont isolés par le fait qu'ils étaient un public cible à risque. »

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

Selon les professionnels rencontrés, les personnes vivant à domicile auraient été davantage touchées par l'isolement en comparaison avec les personnes vivant en résidence de soins et ayant pu maintenir un certain lien social avec les résidents et les équipes soignantes. Les professionnels ont également souligné un impact plus important pour les personnes seules, isolées et à mobilité réduite et ont mis en évidence la difficulté actuelle des malades chroniques à retrouver ce lien social et cette vie collective après une aussi longue période de rupture.

« Ça pouvait même aller dans la presque paranoïa. [...] les gens qui ne voulaient vraiment voir personne. Même déposer un plateau repas devant chez eux, c'était ouh là là. Donc il y a eu une rupture du lien social énorme. Pour certaines personnes, c'était affolant. »

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

Pour pallier ce manque de lien social, certaines personnes ont gardé contact avec leur entourage via les ressources numériques. L'entraide et le soutien entre voisins, résidents, amis, familles, services sociaux et prestataires de soins (p. ex., livraison de colis alimentaires, service de livraison de repas à

domicile, garde d'enfants, etc.) ont aussi permis d'atténuer les effets des mesures restrictives et leurs conséquences sur leur santé mentale.

3.3.4. Conditions et habitudes de vie

Diverses conditions et habitudes de vie telles que l'activité physique, l'alimentation et les assuétudes ont été grandement impactées par la crise de la COVID-19 chez les personnes porteuses de maladies chroniques.

Les professionnels ont observé que le contexte sanitaire a engendré une augmentation des troubles du sommeil chez les patients.

« [...] les gens venaient en disant qu'ils étaient fort anxieux et qu'ils ne dormaient pas la nuit et plutôt que de tout de suite mettre un traitement psy, médicamenteux, ils [les médecins généralistes] les orientaient vers nous pour faire un peu le point parce qu'il y a eu une explosion de ces demandes-là : des troubles un peu anxieux, dépressifs ou troubles du sommeil. »

(Psychologue, Relais Social)

Le confinement et la crise sanitaire ont également influencé les choix alimentaires. Les professionnels ont indiqué une diminution de la consommation de fruits, de légumes et de protéines (viandes et poissons), moins accessibles financièrement, et une augmentation de la consommation de féculents et de nourriture industrielle. La pandémie a aussi été synonyme de stress et d'ennui, engendrant grignotages (compulsifs ou non) et malnutrition pour la plupart des personnes porteuses de maladies chroniques.

« Donc, il y a eu beaucoup, beaucoup de changement dans les habitudes alimentaires. Moi, j'ai surtout vu une démesure dans la fabrication des pâtisseries. [...] Après, sur les grignotages, il y a eu beaucoup plus d'achats d'aliments industriels hyper-transformés, de biscuits, surtout de chips. »

(Diététicien indépendant, milieu hospitalier)

« On a eu un public de patients diabétiques qui est resté beaucoup confiné à la maison, avec une alimentation qui a été [...] liée au stress [...] qui a été mal gérée par les patients. »

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

Par ailleurs, les professionnels ont indiqué une diminution de l'activité physique et une plus grande sédentarité chez les malades chroniques à la suite de l'interdiction de se rendre dans certains lieux de pratiques sportives, la nécessité de disposer d'un *COVID Safe Ticket* valide ou encore la crainte d'une contamination. Malgré des ressources mises en place (p. ex., conseil pour rester actifs à domicile par téléphone ou en format vidéo), cet impact a été d'autant plus important pour les personnes âgées porteuses d'une ou plusieurs maladies chroniques qui ont perdu certains de leurs acquis ainsi que de l'autonomie.

« Ces patients, ne bougeant au départ pas beaucoup, bougent encore moins. Il y en a une qui m'a expliqué qu'elle avait cinq pas à faire entre sa cuisine et son salon [...] et donc, finalement, elle se déplaçait plus sur sa chaise qu'autre chose. Donc, c'est vrai que ces personnes-là, qui sont déjà beaucoup moins mobiles, n'ont plus du tout eu d'activité [...]. »

(Diététicien indépendant, milieu hospitalier)

La modification des habitudes alimentaires et la diminution de l'activité physique ont induit une perte ou une prise de poids chez certains malades chroniques. Les professionnels ont mis en lien la perte de poids avec des états dépressifs, des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) ou un excès de pratique sportive. Les personnes en situation de surpoids ont, quant à elles, parfois vu leur pathologie aggravée par une prise de poids supplémentaire.

« C'est maintenant [...] que je ressens les conséquences. C'est maintenant que je reçois des personnes qui ont pris 30 kilos. »

(Diététicien indépendant, milieu hospitalier)

Chez des patients diabétiques, des déséquilibres de la pathologie et des complications liées aux problèmes oculaires, rénaux et/ou cardiovasculaires, etc. ont été observés à la suite d'une moins bonne gestion de l'alimentation et d'un manque d'activité physique, essentiels dans le contrôle du poids et de la maladie. Le personnel de soins a dû aider les patients à ré-équilibrer leur diabète en ré-instaurant un régime spécifique et en les encourageant à reprendre des habitudes de vie adéquates à leur pathologie.

« Ils se sont laissés aller en se disant que ça allait aller et au final, 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)

En ce qui concerne les assuétudes, certains professionnels ont mis en parallèle la santé mentale dégradée et des consommations nouvelles ou amplifiées (alcool, drogues, médicaments, etc.). Les personnes ayant des troubles addictifs chroniques ont eu tendance à davantage consommer durant la crise, tant en quantité qu'en fréquence ou en type de substances (p. ex., davantage de drogues dures). Par ailleurs, les professionnels ont indiqué que d'autres malades chroniques ont débuté une consommation ou ont repris une consommation antérieure pour gérer le stress engendré par la crise. L'isolement et l'ennui sont également apparus comme des facteurs aggravants.

« [Ils] se sont évadés [...] dans les addictions, c'est-à-dire tout ce qui était alcool, drogues, scarifications [...]. »

(Assistant social, équipe mobile de soins psychiatriques)

Les professionnels ont également mis en lumière que certains consommateurs d'alcool sont passés d'un alcoolisme social à un alcoolisme solitaire.

« J'ai quand même eu plusieurs décompensations alcooliques aussi : des gens qui buvaient déjà et puis ils basculent de l'autre côté. [...] Ça allait avant, c'était des bons guindailleurs, et comme il n'y a plus de guindailles, il n'y a plus de cadre et comme il n'y a plus de cadre, ça peut être tous les jours à la maison [...]. »

(Diététicien indépendant, à domicile et en maison médicale)

« Tous ceux qui avaient un alcoolisme social sont passés en alcoolisme solitaire à la maison, avec des quantités démesurées [...] À l'hôpital, on a des patients qui reviennent de manière régulière parce qu'ils font des rechutes. Là, j'ai vu des patients, on a ouvertement dit "Maintenant, on ne pourra plus le remettre dans son état d'origine". [...] L'alcoolisation est devenue trop, trop forte. C'est énorme et j'ai vu beaucoup de patients lâchés par leur famille. Ils ont été tellement loin dans l'addiction que les familles ne veulent plus les prendre en charge, ne veulent plus les accompagner, donc c'est un isolement supplémentaire, en plus du COVID. »

(Diététicien, milieu hospitalier psychiatrique)

Les professionnels ont rapporté que les personnes âgées, souffrant de pathologies chroniques mentales, qui consommaient déjà des médicaments, tels que des anxiolytiques, des antidépresseurs ou des somnifères, dans le cadre de leur maladie, ont eu tendance à s'auto-médicamenter et à augmenter les doses. Ils témoignent également d'une banalisation de la prise de médicaments par méconnaissance des conséquences et d'une mauvaise utilisation.

« [Il y a] une méconnaissance des conséquences que ces médicaments peuvent avoir. Donc s'ils [les patients] prennent des antidépresseurs, ou des anxiolytiques, le laps de temps qu'il doit y avoir entre deux prises, le nombre d'anxiolytiques à ne pas dépasser ... Il y a vraiment une augmentation de différents psychotropes, et une mauvaise utilisation, trop d'utilisations et une méconnaissance. [...] je pense que c'est banalisé [...] "Je ne vais pas bien, je fais des petites angoisses, je prends un anxiolytique". »

(Coordinateur, réseau de santé mentale)

Bien que diverses lignes téléphoniques d'aide aient été mises en place, l'aggravation de toutes ces addictions et consommations excessives de substances ont perduré au-delà de la crise sanitaire. La durée de celle-ci semble avoir contribué à l'installation de ces habitudes de vie. Comme pour le secteur de la santé mentale, la saturation des services en addictologie a amplifié ces problématiques.

« Alors en addictologie, évidemment, le confinement a eu énormément d'impacts. Donc, les patients qui étaient déjà chez nous étaient très contents d'y rester et on a des listes d'attente qui s'allongent à n'en plus finir. »

(Diététicien, milieu hospitalier psychiatrique)

3.3.5. Accès au numérique

La digitalisation, largement imposée durant la crise sanitaire, a exacerbé la fracture numérique préexistante chez certains malades chroniques. Ce constat a particulièrement été observé chez des personnes âgées et/ou en situation de précarité, notamment à la suite d'un manque de compétences numériques et des difficultés d'accès au digital et à une connexion Internet. Les professionnels ont mentionné que l'informatisation des démarches et la fermeture de certains services, tels que les mutuelles, ont engendré davantage de charge administrative pour les malades chroniques, ayant déjà des dossiers médicaux complexes. Dès lors, certains d'entre eux ont perdu en autonomie administrative et ont parfois abandonné la gestion de ces démarches.

« [...] il y en avait de celles [des personnes souffrant de maladies chroniques] qui savaient tout faire seules et maintenant, elles ne savent plus du tout parce qu'elles allaient elles-mêmes faire les papiers, elles savaient s'y retrouver, elles savaient aller au guichet et aux machines mais maintenant, c'est perdu ... »

(Aide familiale, service d'aide et de soins à domicile)

L'utilisation du numérique pour les téléconsultations et les visioconférences avec les services a montré ses limites pour la plupart des malades chroniques. Néanmoins, elle est apparue comme une ressource intéressante pour d'autres.

« Je viens d'essayer [...] les vidéoconférences WhatsApp, mais j'ai réalisé que c'est un truc qui ne marchait pas du tout [...]. La connexion n'était pas bonne [...] le patient bah voilà ... mettre le GSM face à lui, essayer de se piquer. On ne voit pas très bien ce qu'il se passe non plus. »

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

« [...] les séances de neuropsychologie fonctionnent mieux à distance parce qu'ils ont un horaire plus adapté pour eux. [...] Il y a une patiente, je la suis beaucoup mieux en visio parce que quand elle venait chez moi, je faisais des séances de 20 minutes maximum et maintenant, on fait 45 minutes sans trop de problèmes. Elle a vraiment cette demande de continuer comme ça [...] En tout cas, pour pas mal de patients. Ils ont continué à avoir ce lien et on a eu des retours très positifs par rapport à ça. »

(Neuropsychologue, hôpital)

La fracture numérique s'est également illustrée dans la difficulté d'accès à l'information concernant le contexte sanitaire, celle-ci ayant été largement digitalisée.

« On a aussi tout ce qui est la question de la fracture numérique. [...] Il suffit que ce soit des familles ou des personnes plus âgées qui n'ont pas accès à un outil informatique. Je pense que ça complexifie encore leur accès à l'information et au soutien nécessaire. »

(Assistant social, équipe mobile de soins psychiatriques)

Dans les régions touchées par les inondations de l'été 2021, celles-ci sont venues accroître cette fracture numérique, déjà présente avant la crise de la COVID-19.

« La plupart des gens n'ont plus d'ordinateur. Parfois, ils n'ont même plus de smartphones. [...] Certaines personnes n'ont toujours pas de télévision dans certaines régions. Ici, je parle des inondations, mais on se rend compte que toutes ces personnes-là n'ont rien reçu. Pas de flyer et il n'y a pas vraiment de communication, si ce n'est la communication des personnes qui continuent quand même à faire la maraude, à les voir. [...] Souvent, les gens disent qu'ils manquent vraiment d'informations. Tout est devenu tellement ... par tous les smartphones, mais tout le monde n'a pas ça. Et dans les personnes âgées dans notre public cible, justement. On se rend compte que beaucoup de gens n'ont rien de tout ça et s'il n'y a pas des personnes comme nous pour les aider ou les case managers qui vont chez eux, ben ces personnes-là, ils ne savent rien. »

(Répondant de ligne téléphonique, service d'aide pour les malades chroniques)

3.3.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain

Les professionnels travaillant avec les personnes porteuses d'une ou plusieurs maladies chroniques ont émis plusieurs attentes pour ce public. Elles ont été répertoriées et numérotées dans le tableau ci-dessous. Certaines sont transversales et d'autres sont plus spécifiques et soulignées en gras. Les attentes n'ayant pas été toutes exprimées pour chacun des publics, le continuum de numérotation ci-dessous est parfois interrompu⁵⁶. Ces attentes ont également permis d'effectuer un lien avec les objectifs et stratégies priorisés dans chacun des axes du WAPPS (cf. annexe 5).

[a] Favoriser l'accès aux services pour les personnes porteuses de maladies chroniques

- [1] Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes porteuses de maladies chroniques : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.
- [2] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les personnes porteuses de maladies chroniques via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.
- [11] Développer et maintenir les outils digitaux qui ont prouvé leur efficacité.
- [12] Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les personnes porteuses de maladies chroniques (séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).**
- [13] Augmenter le remboursement de certains médicaments, en particulier lorsqu'une prise de nombreux médicaments est nécessaire.
- [14] Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau

⁵⁶ Une liste numérotée reprenant toutes les attentes émises par les acteurs de terrain pour tous les publics figure en annexe (cf. annexe 4).

local permettant une centralisation des informations et une redirection des personnes porteuses de maladies chroniques ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.

[16] Renforcer l'offre d'aide et de soins à domicile pour maintenir la continuité des soins.

[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux du public porteur de maladies chroniques

[2] Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.

[4] Mettre en place des prises en charge psychologiques spécifiques aux malades chroniques.

[5] Développer des initiatives spécifiques aux personnes porteuses de maladies chroniques telles qu'une ligne téléphonique d'aide et d'écoute.

[c] Renforcer le lien social pour les personnes porteuses de maladies chroniques

[3] Développer ou pérenniser des espaces de parole et de rencontres à destination du public des personnes porteuses de maladies chroniques.

[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé) pour les personnes porteuses de maladies chroniques

[1] Développer l'*empowerment* du patient malade chronique pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.

[2] Améliorer la littératie des personnes porteuses de maladies chroniques, par exemple via des séances de formation.

[4] Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les personnes porteuses de maladies chroniques.

[5] Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques.

[18] Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.

[e] Renforcer la vulgarisation des informations à destination des personnes porteuses de maladies chroniques

[2] Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour la population des malades chroniques.

3.4. Les familles monoparentales

La monoparentalité implique d'assurer seul de manière permanente, égalitaire ou occasionnelle, l'hébergement et l'éducation d'un ou plusieurs enfants (Service Public de Wallonie, s.d.). En Wallonie, selon l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS, 2022a), 12,2% des ménages sont des familles monoparentales, dont 9,23% sont assumés par des femmes (IWEPS, 2021). Les entretiens réalisés font état de nombreux impacts, affectant autant le parent que les enfants.

Dans le cadre de l'exploration des impacts de la crise sanitaire sur les familles monoparentales, 14 professionnels venant des services suivants ont été interrogés : Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Centre Public d'Action Sociale (CPAS), maisons maternelles, service de santé mentale, service d'Action en Milieu Ouvert (AMO), maisons d'accueil pour parents et enfants, maison médicale et Centre de Planning Familial (CPF).

3.4.1. Accès aux soins

Comme pour la population générale, les familles monoparentales n'ont pas échappé à une rupture de soins, à la suite des confinements successifs et des contraintes sanitaires. Cela a engendré des conséquences sur la santé, tant sur les enfants (problèmes ophtalmiques, dégradation de l'hygiène dentaire, etc.) que sur les parents (problèmes de santé mentale, retards de diagnostic). Les professionnels ont mentionné plusieurs facteurs ayant contribué à cette rupture.

Premièrement, les mesures sanitaires ont compliqué l'accès aux soins pour les familles monoparentales à cause de difficultés à obtenir des rendez-vous médicaux et d'une diminution de prise en charge, accentuée par la saturation des services.

« Déjà, l'accès aux soins n'est pas facile pour ce public-là. Le COVID a renforcé ça. On a retardé les soins. La prise de rendez-vous était plus compliquée et donc l'état dentaire de certains enfants et même de résidentes était détérioré, certains avaient des abcès importants dans la bouche. »

(Directeur, maison maternelle)

Deuxièmement, plusieurs professionnels interrogés ont expliqué que la rupture de soins au sein des familles monoparentales a été amplifiée par l'impossibilité de prendre part à une consultation tout en étant accompagnées de leur enfant et la complexité à trouver un dispositif de garde, particulièrement pour des enfants en bas âge. Les parents isolés ont dès lors eu tendance à postposer leur propre prise en charge médicale (suivi gynécologique, suivi des assuétudes). Ces difficultés déjà présentes avant la crise de la COVID-19 se sont renforcées durant celle-ci.

« Dans les centres de sevrage, elles [les femmes] ne peuvent pas avoir leurs enfants. [...] C'est horrible de dire de se séparer de son enfant et donc c'est compliqué : plus de consommations, peu de places et que faire de l'enfant ? »

(Directeur, maison maternelle)

Enfin, les professionnels ont mentionné d'autres facteurs ayant impacté l'accès aux soins des familles monoparentales, tels que la peur d'être contaminé par le virus de la COVID-19, la priorisation de l'activité professionnelle du parent au dépend des soins de santé. En ce qui concerne les enfants, l'école peut être un environnement propice au diagnostic précoce des troubles des apprentissages. Leur non-scolarisation a dès lors pu entraîner des retards de prise en charge.

Malgré la mise en place de suivis à distance, les professionnels ont souligné que le distanciel a entravé la qualité des consultations (difficultés de concentration), notamment pour les enfants qui avaient besoin d'une présence physique lors d'un accompagnement.

3.4.2. Santé mentale

La crise sanitaire a eu un effet délétère important sur la santé mentale des membres des familles monoparentales. Cet effet s'est exprimé sous de nombreuses formes. Tout d'abord, plusieurs professionnels interrogés ont indiqué une problématique de surcharge mentale des parents isolés en lien avec la gestion administrative et logistique familiale. Cette surcharge mentale a été amplifiée par les besoins pédagogiques et occupationnels des enfants durant la pandémie et par l'absence de moments permettant au parent isolé de se ressourcer. Ces phénomènes semblent s'exprimer encore plus sévèrement lorsque le parent a un enfant en situation de handicap à charge. Par ailleurs, les professionnels ont indiqué que le mal-être accru des parents isolés a affecté la santé mentale des enfants.

« Le problème prédominant chez les personnes isolées avec enfant est l'absence de coparentalité. Dans de nombreuses situations, le parent doit assurer seul le travail, la gestion administrative, la gestion des enfants, la logistique entourant la gestion des enfants, avec l'aggravation de la complexité de cette logistique en regard des mesures et contraintes sanitaires. Ces situations s'associent à une surcharge mentale très importante donnant lieu à un mal-être global. »

(Coordinateur, CPF)

« On peut dire que les enfants allaient bien quand leur parent allait bien, et inversement. »

(Assistant social, service de santé mentale)

Ensuite, une importante recrudescence des problématiques d'anxiété dans les familles a également été relevée par les professionnels, aussi bien chez les parents que chez les enfants. Cette anxiété était tant liée à la situation sanitaire et au climat anxiogène ambiant qu'aux conséquences de cette crise sur le plan matériel et financier. Enfin, les professionnels ont observé des craintes excessives de contamination à la COVID-19. Celles-ci ont accru l'isolement et le repli sur soi des familles monoparentales.

« Certains parents ne voulaient pas reprendre leurs enfants [en garde partagée] parce qu'ils avaient été positifs, les enfants voulaient aller d'un côté mais les parents ne voulaient pas. »

(Assistant social, service de santé mentale)

Enfin, certains professionnels interrogés ont relevé une aggravation de la santé mentale due à la saturation des services correspondants et à la suspension des consultations en présentiel. Le suivi en distanciel a soulevé de nombreux questionnements notamment à propos de la sécurisation numérique, de la confidentialité de l'entretien et de la difficulté, pour les parents, à parler librement alors que les enfants étaient présents ou à proximité.

« C'est le problème de la médecine à distance. Le COVID a ouvert cette boîte de Pandore. Clairement, durant la crise COVID, on a vu une explosion des problèmes de santé mentale [...] parce que leur médecin ne répondait plus ou ne les recevait plus. »

(Directeur, maison maternelle)

Tout le système familial, déjà fragilisé par la situation de monoparentalité, a été impacté psychologiquement par la crise sanitaire. En conséquence, une importante augmentation des demandes de consultations en santé mentale pour les enfants et les adolescents vivant avec un seul parent, mais également pour les parents de familles monoparentales a été observée.

En dépit de l'aggravation de certaines problématiques de santé mentale, de nombreux professionnels ont tenté de contrer les effets délétères du confinement sur les familles monoparentales, notamment par le biais de consultations à distance. Les professionnels ont également mis en avant l'autonomisation, la résilience et la grande capacité d'adaptation de certains parents isolés déjà habitués à faire face aux difficultés.

« Les mamans sont déjà "dedans" depuis longtemps, en mode survie. Pour elles, le COVID est vu comme une chose de plus à surmonter. »

(Coordinateur, maison d'accueil)

Pour certains adultes et jeunes complexés par une caractéristique physique de leur visage, la crise sanitaire semble avoir eu un effet positif sur leur santé mentale grâce au port du masque qui leur a permis de se présenter plus aisément au monde extérieur.

« Cela arrangeait bien certaines personnes de le porter ; pour les plus jeunes, parce qu'on a de l'acné, un appareil dentaire, cela permet de se cacher. Pour les adultes, cacher qu'on n'a pas de belles dents, voire plus du tout si on est en train de faire des démarches pour une prothèse dentaire. C'est plus facile de s'exprimer quand on n'a pas confiance en soi. »

(Assistant social, CPAS)

3.4.3. Lien social

Les professionnels ont indiqué que les familles monoparentales étaient plus à risque de rupture de lien social et que la crise sanitaire a engendré ou amplifié un isolement et rendu plus compliqué le soutien logistique apporté par leurs proches. Un risque accru de situations de violence intrafamiliale a également été observé. En ce qui concerne les enfants, le manque de contact avec les pairs a altéré leur bien-être. Des professionnels ont souligné toutefois que le non-respect des mesures sanitaires a permis d'atténuer l'impact sur la santé mentale de certaines familles monoparentales.

« Ceux qui s'en sont sortis le mieux, ce sont ceux qui ont triché, qui ont gardé des liens avec un ami, des parents ... »

(Assistant social, service de santé mentale)

Les professionnels ont souligné également que certaines familles ont développé de la solidarité et ont pu bénéficier d'aides extérieures concernant le logement, le soutien psychosocial, ou les biens matériels (p. ex., développement de système de donnerie⁵⁷).

« On insiste sur l'idée que l'on ait déjà tellement peu de réseaux ici que si elles [les familles monoparentales] peuvent recréer un réseau bienveillant autour d'elles qui n'est pas nous. On est des professionnels et on ne veut pas créer un lien de dépendance. »

(Directeur, maison maternelle)

3.4.4. Conditions et habitudes de vie

L'ensemble des professionnels interrogés ont mentionné que les conditions de vie de la plupart des familles monoparentales se sont considérablement détériorées. Pour certaines d'entre elles, la situation de monoparentalité résulte d'ailleurs d'une séparation consécutive au premier confinement.

Les professionnels ont indiqué une altération du rythme de vie des familles monoparentales. Cela a engendré un épuisement des parents, qui s'est notamment illustré par des troubles du sommeil et une difficulté à trouver la motivation nécessaire à l'accomplissement des tâches quotidiennes. Des troubles du sommeil ont également été observés chez les enfants à la suite du changement de rythme scolaire.

Concernant l'alimentation, les professionnels interrogés ont mis en avant une accentuation de la précarité alimentaire, impactant l'accès à une alimentation saine et équilibrée.

Bien que non spécifique à la monoparentalité, les professionnels ont indiqué que l'activité physique des familles monoparentales a été impactée par l'arrêt des activités sportives et de loisirs pendant la pandémie. Après les confinements, plusieurs facteurs ont freiné la reprise de ces activités, tels qu'une

⁵⁷ La donnerie est un système de dons d'objets utiles dont on n'a plus l'usage pour en faire profiter quelqu'un d'autre (Réseau de Collectifs en Recherche de Résilience, 2021).

précarité financière, un manque de motivation, des difficultés de mobilité ou l'appréhension du retour en société.

« J'ai eu beaucoup de mal à remettre mes activités à l'AMO. L'atelier "parents", au début, je n'avais plus personne parce que les gens avaient peur de revenir en société, de repartager un moment. »

(Assistant social, AMO)

En termes d'assuétudes, certains professionnels ont relevé également que la pandémie a engendré une augmentation des consommations d'alcool, de tabac, et de psychotropes (classe des benzodiazépines et des hypnotiques) chez les parents isolés. Cet effet a pu se renforcer par la durée de la crise et en raison de la saturation des services d'accompagnement des personnes présentant une problématique d'assuétudes et/ou de santé mentale.

« Il y avait une forme de marché de médicaments par Internet ou par téléphone et des médications non contrôlées. [...] Pendant le COVID, il y a eu moins de suivi. »

(Directeur, maison maternelle)

En ce qui concerne les enfants, les changements constants relatifs aux modalités d'enseignement et l'arrêt des activités de loisirs ont engendré une utilisation abusive des écrans et une perturbation du rythme. Pour beaucoup, cela a entraîné des difficultés d'apprentissage.

« Augmentation de l'utilisation des jeux vidéo, des réseaux sociaux chez les ados, les parents étaient moins stricts durant le confinement vu le travail. Cela a explosé, certains n'ont fait que ça et pour revenir en arrière, c'est plus difficile. »

(Assistant social, CPAS)

« L'addiction aux écrans a augmenté de manière exponentielle. Je pense qu'il y a des enfants qui n'avaient pas d'autre choix que de s'occuper comme ça. »

(Psychologue, service de santé mentale)

En ce qui concerne l'emploi, les parents indépendants et les travailleurs ayant des contrats précaires ou non officiels, ont été lourdement impactés par une perte financière durant la crise de la COVID-19.

« Certaines familles nous ont dit qu'elles ne savaient pas comment elles allaient faire car elles comptaient sur ces petits boulots, et là, elles ne les avaient plus. »

(Coordinateur, maison d'accueil)

L'accès à un logement décent a également été entravé, notamment en raison des confinements, de la lenteur administrative et de l'augmentation du prix des loyers. Cette situation a contraint certaines familles monoparentales à intégrer des logements insalubres.

« Plusieurs services doivent intervenir en cascade pour une demande : si un bloque, tout bloque, la demande est arrêtée, ça a des conséquences au niveau du logement, au niveau des droits, sur le plan financier, etc. »

(Animateur, service de santé mentale)

3.5.5. Accès au numérique

La crise sanitaire a créé de nouveaux besoins au sein des familles monoparentales en matière d'accès au numérique, nécessaire au maintien des activités scolaires des enfants. En effet, les difficultés d'accès au digital ont impacté la scolarité de certains enfants, de par un nombre insuffisant d'ordinateurs dans la famille ou l'absence de connexion Internet (pour des raisons financières ou par manque de réseau).

« [Il y a eu une] fracture numérique au niveau du suivi des devoirs lorsque l'école était fermée car cela passait via une application, un code et une adresse mail mais souvent les adresses mails changeaient ou étaient inexistantes. Le sentiment d'être laissé pour compte rend plus compliqué le suivi scolaire de l'enfant. Parfois, des enfants fréquentant différentes écoles ont des applications différentes : ils perdent le fil et cela a un impact sur le suivi scolaire des enfants. »

(Directeur, maison maternelle)

Pour les parents isolés, les professionnels ont indiqué que l'accessibilité à de nombreux services (aide à l'emploi, aide sociale, etc.) a également été fortement limitée, certains étant accessibles exclusivement par mail. La digitalisation et l'hétérogénéité des démarches mises en place par les différents services ont amplifié la charge administrative des familles monoparentales. En conséquence, certains parents ont parfois abandonné des démarches jugées trop lourdes. Toutefois, comme pour d'autres publics, la digitalisation des services, moyennant équipement, a aussi permis à certains parents isolés de limiter des déplacements et des temps d'attente dans les services ou au téléphone. Plusieurs professionnels ont également souligné avoir anticipé ces besoins numériques en mettant à disposition du matériel, des lieux équipés (ordinateurs, imprimantes, etc.) ainsi que des formations rapides à l'utilisation du numérique pour leur public.

3.4.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain

Les professionnels travaillant avec les familles monoparentales ont émis plusieurs attentes pour ce public. Elles ont été répertoriées et numérotées dans le tableau ci-dessous. Certaines sont transversales et d'autres sont plus spécifiques et soulignées en gras. Les attentes n'ayant pas été toutes exprimées pour chacun des publics, le continuum de numérotation ci-dessous est parfois

interrompu⁵⁸. Ces attentes ont également permis d'effectuer un lien avec les objectifs et stratégies prioritaires dans chacun des axes du WAPPS (cf. annexe 5).

[a] Favoriser l'accès aux services pour les familles monoparentales

- [1] Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des familles monoparentales : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.
- [2] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.
- [3] Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des familles monoparentales.
- [4] Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante.
- [9] Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien au public des familles monoparentales au niveau local.
- [17] Organiser des gardes d'enfants sur les lieux de rendez-vous ou y permettre la présence des enfants pour les familles monoparentales.**
- [18] Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contextes liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.**
- [19] Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).
- [20] En cas de résurgence ou de nouvelle épidémie, revoir le caractère essentiel de certains services, en particulier ceux permettant le soutien psychosocial, l'aide alimentaire (restaurant solidaire, distribution de colis alimentaires) et l'aide administrative aux familles monoparentales vulnérables.**

[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux des familles monoparentales

- [1] Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.
- [2] Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.
- [3] Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des membres de familles monoparentales.
- [8] Développer des modes alternatifs de garde pour réduire la charge mentale des familles monoparentales.**

⁵⁸ Une liste numérotée reprenant toutes les attentes émises par les acteurs de terrain pour tous les publics figure en annexe (cf. annexe 4).

[c] Renforcer le lien social au sein du public des familles monoparentales

- [1] Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les parents et leurs enfants afin de maintenir un lien social.
- [3] Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des parents et de leurs enfants.

[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé) pour les familles monoparentales

- [2] Améliorer la littératie en santé des familles monoparentales : mise à disposition et création de supports vulgarisés et adaptés, ateliers collectifs, etc.
- [3] Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale.
- [4] Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les familles monoparentales.
- [6] Favoriser l'inclusion et la participation des familles monoparentales dans les démarches participatives locales.
- [9] Développer des actions de sensibilisation auprès des familles monoparentales et des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.**
- [10] Développer des campagnes d'information et de sensibilisation à une alimentation saine et équilibrée, en tenant compte des moyens limités pour certaines familles monoparentales.**
- [11] Valoriser et visibiliser (via un site Internet, etc.) des initiatives positives qui ont été menées durant la crise (espace d'échange en ligne, location de locaux plus grands afin de respecter les mesures de distanciation, etc.).
- [17] Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux familles monoparentales.

[e] Renforcer la vulgarisation des informations à destination des familles monoparentales

- [1] Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des familles monoparentales (radio, Internet, etc.).

[g] Assurer un développement optimal des enfants issus de familles monoparentales

- [1] Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un continuum du suivi scolaire des enfants issus de familles monoparentales.

- [2] **Prévoir la présence d'un psychomotricien dans diverses structures telles que les maisons d'accueil de la petite enfance, les maisons médicales, etc. pour les familles monoparentales.**
- [3] **Renforcer les services de soutien aux familles monoparentales en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).**
- [4] **Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.**
- [5] **Réduire les inégalités scolaires spécifiques aux enfants issus de familles monoparentales.**

3.5. Les adolescents et jeunes adultes

La jeunesse est « à la fois âge et passage : elle constitue un âge de la vie marqué par le passage de l'adolescence vers l'âge adulte. Âge des possibles et des expérimentations, âge des engagements et des choix, la jeunesse est une période d'apprentissage des responsabilités, d'accès à l'indépendance matérielle et de construction identitaire de l'autonomie » (Roudet, 2012).

La période de la jeunesse englobe deux tranches d'âge correspondant à des périodes de vie importantes, rythmées par de nombreux changements : l'adolescence (12-18 ans) et l'entrée dans l'âge adulte (19-26 ans). En effet, l'adolescence est « une période à part dans notre développement. Charnière entre l'enfance et l'âge adulte, elle se caractérise par une forme d'entre-deux. Cela contribue à un remaniement identitaire où les repères sont mouvants » (Linsmeau, 2021). L'entrée dans l'âge adulte, elle, est « une période de transition formellement marquée par plusieurs événements : le départ de chez les parents, l'accès à un emploi stable, la mise en couple » (Maillochon & Selz, 2009). Les résultats recueillis font ainsi état des impacts sur des « jeunes » âgés de 12 à 26 ans. De nombreux constats sont apparus communs aux adolescents et aux jeunes adultes. Cependant, les professionnels ont également indiqué des spécificités selon la tranche d'âge, auquel cas une distinction a été faite.

Dans le cadre de l'exploration des impacts de la crise sanitaire sur les adolescents et les jeunes adultes, 48 professionnels ont été interrogés venant de différents services : Centres de Planning Familial (CPF), Centre Public d'Action Sociale (CPAS), Aide en Milieux Ouverts (AMO), Centre Psycho-Médico-Social (CPMS), maisons de jeunes, Maisons de l'ADOLESCENT (MADO), maison de quartier, Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ), services de santé mentale, équipes mobiles, Outbreak Support Team (OST)⁵⁹ et Hautes Écoles.

⁵⁹ La mission de l'*Outbreak Support Team* consiste à assister les établissements de soins (hôpitaux, maisons de repos et de soins, autres établissements de soins chroniques) en cas d'épidémies MDRO (*Multidrug Resistant Organism* - bactéries multirésistantes aux antibiotiques), et lors de la propagation de virus comme le SARS-CoV-2 ou de champignons (Sciensano, s.d.).

3.5.1. Accès aux soins

L'ensemble des professionnels rencontrés a mis en avant la difficulté d'accès aux soins durant la pandémie de la COVID-19 pour tous, y compris pour les jeunes. En effet, les suivis médicaux et psychologiques ont été perturbés par l'annulation ou le report de rendez-vous, par de longs délais d'attente chez les spécialistes voire par une absence de prise en charge. Quelques professionnels ont expliqué que la complexité de prise de rendez-vous et de suivis médicaux a renforcé cette difficulté d'accès et de continuité de soins.

« Certains jeunes [...] ont pu nous dire au niveau de leur santé que c'était déjà galère pour eux parfois de trouver un médecin traitant mais ça a encore été plus compliqué d'y accéder. »

(Coordinateur, MADO)

En ce qui concerne les adolescents, les CPF rencontrés ont mis également en lumière l'impact de la crise sanitaire au niveau du suivi en matière de santé sexuelle et reproductive. En effet, les professionnels ont relevé que certaines adolescentes et jeunes adultes ont eu tendance à négliger leur suivi gynécologique, notamment la contraception, ainsi que leur suivi de grossesse.

3.5.2. Santé mentale

La majorité des professionnels interrogés ont observé une détérioration de la santé mentale chez les jeunes durant la crise de la COVID-19. Premièrement, les professionnels ont indiqué une augmentation des angoisses, tant au niveau des adolescents que des jeunes adultes. Celles-ci se sont exprimées sous diverses formes : stress, peur, syndrome de la cabane⁶⁰, réticence à avoir des contacts physiques et appréhension de fréquenter à nouveau des pairs. Les angoisses ont notamment été liées au climat anxigène de la crise et à la peur de la maladie. Les professionnels ont également insisté sur l'influence de la stigmatisation médiatique des jeunes comme vecteurs principaux de transmission du virus de la COVID-19. En effet, certains jeunes ont éprouvé un sentiment de culpabilité quant aux risques d'être responsables de la contamination d'un proche et vis-à-vis des conséquences associées. Chez certains jeunes, ce mal-être semble avoir perduré.

« On a eu de plus en plus de jeunes qui sont arrivés en décrivant des difficultés qui sont liées aux angoisses, au stress, au fait qu'on n'était pas bien, formant un gros mal-être, en tout cas un mal-être qui s'est vraiment très fort accentué. L'extérieur aussi, qui a été vécu comme étant beaucoup plus anxigène [...] quelque part, on s'est mis un petit peu à distance de la société. »

(Coordinateur, MADO)

⁶⁰ Syndrome de la cabane : difficulté de se confronter de nouveau à la vie sociale après une longue période de confinement (Ducarre, 2020).

Deuxièmement, la majorité des professionnels rencontrés a évoqué un état dépressif développé chez certains jeunes, s'exprimant notamment par de l'apathie, un manque de motivation, une grande tristesse, de l'isolement, de la solitude ou encore un repli sur soi. Les professionnels travaillant dans des services de santé mentale ont ajouté avoir également observé une augmentation des conduites automutilatoires (scarifications, principalement observées chez les adolescentes) et des passages à l'acte suicidaire.

« On avait beaucoup plus de tentatives de suicide, de scarifications de jeunes en décrochage scolaire que ce qu'on a habituellement. [...] Je dirais que ça s'est maintenu et que ça se maintient encore [...] effectivement, j'ai beaucoup plus d'adolescents, pour lesquels je cherche des lits de crise, [...] des lits d'hospitalisation, pour des passages à l'acte quand-même importants. Je dirais qu'au niveau des adolescents, [...] il y a eu une dégradation ou une augmentation des pathologies et des décompensations psychiques. »

(Pédopsychiatre, service de santé mentale)

Troisièmement, les professionnels ont observé un sentiment d'insécurité et des craintes concernant l'avenir, tant chez les adolescents que chez les jeunes adultes. Les jeunes ont confié aux professionnels être confrontés à un manque de repères, des difficultés à entrevoir l'avenir positivement et à se projeter dans le futur. Cela a notamment entraîné des difficultés dans la construction de leur identité, de l'insécurité, de la démotivation et une diminution de la confiance en soi. Quelques professionnels ont souligné des remises en question importantes de la part de certains jeunes adultes sur des choix de vie, tels que la parentalité dans un contexte de crise. Spécifiquement, les professionnels ont indiqué que les adolescents et jeunes adultes en formation dans l'enseignement secondaire et supérieur, toutes filières confondues, ont exprimé une inquiétude quant à leur scolarité et leur futur emploi.

« Des jeunes qui, au bout de 2-3 ans disent "Quid pour mes études supérieures ? Est-ce que je vais m'en sortir, est-ce que je vais avoir un diplôme ? [...] j'arrive en 5 ou 6ième, j'ai loupé une bonne partie de la matière qu'on aurait dû m'enseigner et je vais dans le supérieur dans quelques mois." [...] [Il y a] des jeunes qui viennent à nous en étant encore plus perdus, en exprimant plus de difficultés, en étant perdus à tout niveau, en n'ayant plus confiance en eux, en ne voyant plus l'avenir avec une certaine positivité. »

(Coordinateur, MADO)

Enfin, les professionnels ont souligné les difficultés des jeunes à faire leur deuil à la suite de la perte d'un proche durant la crise de la COVID-19 en raison des mesures sanitaires restrictives, qui ont empêché les cérémonies funéraires.

À la suite de l'augmentation des problématiques de santé mentale, certains professionnels ont mis en évidence une forte augmentation des demandes de suivis psychologiques et d'hospitalisations en pédopsychiatrie, engendrant de longs délais d'attente (de six mois à un an) pour une prise en charge. Cette saturation aurait mené pour certains jeunes à une discontinuité de soins en santé mentale, tant au niveau des hôpitaux que des institutions.

« Mais j'ai fait des demandes dans X hôpitaux sans trouver de place. Donc c'est vraiment compliqué et ce sont des lits de crise pour une semaine, deux semaines alors qu'on a fait des demandes dans différents hôpitaux mais on n'a toujours pas de réponse. »

(Pédopsychiatre, service de santé mentale)

Les professionnels ont constaté que la pandémie a été mieux vécue pour les jeunes ayant fait preuve d'une bonne gestion des émotions ainsi que d'une grande capacité d'adaptation et de résilience face aux difficultés et au vécu.

« Je vois qu'ils ont un peu eu cette résilience de se dire qu'on aura peut-être pas ce que les autres auront vécu dans leur jeunesse mais on saura quand même se construire positivement et convenablement. »

(Éducateur spécialisé, PCS)

3.5.3 Lien social

Les professionnels ont identifié une rupture de lien social avec les proches et les pairs, qui a provoqué ou renforcé un isolement des jeunes durant la crise sanitaire. Premièrement, les professionnels ont relaté une altération des liens familiaux lors des confinements successifs, tant pour les adolescents que pour les jeunes adultes. Pour certains adolescents, la rupture de contact avec leurs grands-parents a été compliquée, ceux-ci ayant souvent eu un rôle de conseil et d'écoute. L'altération des liens familiaux s'est aussi exprimée par des tensions, notamment liées aux nombreux débats sur les mesures sanitaires et la vaccination. Ces tensions familiales, parfois préexistantes, ont été amplifiées par de la fatigue, une surcharge éducative, ou des burn-out chez certains parents.

« Je disais tout à l'heure que les sphères familiales étaient impactées parce que les parents aussi sont à bout de nerfs. C'était compliqué car eux-mêmes n'avaient pas non plus beaucoup de perspectives. Il y a eu quand même beaucoup de burn-out parental. Du coup, c'est aussi un impact sur la relation éducative avec leurs enfants. »

(Psychologue, MADO)

Deuxièmement, le lien social des adolescents et des jeunes adultes a été impacté par la modification des modalités d'enseignement. Ces adaptations ont notamment influencé les processus de socialisation et l'acquisition de compétences psychosociales⁶¹. Pour les adolescents, l'annulation de certains événements, tels que les voyages scolaires ou les cérémonies de remise de diplôme, ont également contribué à la rupture de lien social.

⁶¹ « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » (OMS, 1997).

« [...] durant l'adolescence ce ne sont plus les modèles familiaux qui servent autant de repères. Ce sont les pairs. C'est l'école et ça s'effaçait. Voilà, il y a aussi eu des séparations un peu difficiles. Tiens là le petit copain, petite copine, on ne peut plus se voir vu qu'on ne va plus à l'école ensemble, des choses comme ça. »

(Pédopsychiatre, service de santé mentale)

« La vie estudiantine n'existait plus. Tous les moments agréables liés à la vie d'étudiant n'existaient plus. »

(Directeur, Haute École)

La détérioration de ce lien entre pairs s'est exprimée sous diverses formes : repli sur soi, apparition de violence, renforcement de situations de harcèlement, notamment sur les réseaux sociaux. Lors du déconfinement, certains professionnels ont observé la difficulté des adolescents à recréer du lien dans le cadre scolaire.

« Il y avait beaucoup plus de violence entre pairs, entre élèves alors qu'ils se voyaient beaucoup moins vu que la scolarité était suivie par visio pendant un certain temps. »

(Coordinateur, MADO)

Tandis que la relation entre pairs s'est détériorée pour certains, les professionnels ont souligné que, pour d'autres, la solidarité déployée a été bénéfique pour faire face à la crise (soutien scolaire, partages d'informations, témoignages, etc.). Par ailleurs, certains jeunes n'ont pas entièrement respecté l'interdiction de voir des proches durant les confinements, ce qui aurait atténué l'impact psychologique de la crise sur ceux-ci.

« On trouve aussi qu'il y a une certaine forme de solidarité qui a peut-être pu prendre le dessus à certains moments. »

(Coordinateur, MADO)

Pour pallier la perte de lien social, les professionnels ont expliqué également que, malgré certains comportements déviants (harcèlement, insultes, etc.), l'utilisation du numérique, notamment les réseaux sociaux, a permis à la majorité des adolescents et jeunes adultes de maintenir un lien social.

« Le confinement a aussi beaucoup développé l'utilisation des écrans et une autre façon de communiquer. Ils peuvent être utilisés comme outils positifs pour la communication, pour pouvoir recevoir en famille, sans réellement se voir [...]. »

(Educateur spécialisé, maison de quartier)

« Certains [jeunes] ont eu plus d'interactions via les réseaux sociaux que ce qu'ils ont dans la vie réelle et au travers des jeux se sont faits des potes. »

(Assistant social, AMO)

3.5.4. Conditions et habitudes de vie

Selon les professionnels, la crise sanitaire a affecté les conditions et habitudes de vie des jeunes. En ce qui concerne l'alimentation, la majorité des professionnels témoigne d'une détérioration des pratiques alimentaires tant chez les adolescents que chez les jeunes adultes : aliments de moindre qualité, surconsommation, grignotages, etc. En conséquence, une prise de poids importante a été observée chez certains d'entre eux. A l'inverse, les professionnels ont également mentionné une diminution des apports caloriques chez d'autres, notamment en lien avec une focalisation excessive sur l'image de soi, ainsi qu'une perte de poids associée.

Durant la crise sanitaire, l'activité physique des jeunes a été limitée à la suite de l'accès restreint aux structures sportives et de loisirs. Par ailleurs, un *COVID Safe Ticket* valide était indispensable lors des réouvertures, ce qui a parfois provoqué des discriminations au niveau du public. Ces restrictions ont engendré des conséquences telles qu'un mal-être important, un désinvestissement, une démotivation ainsi qu'une prise de poids chez certains jeunes. A l'inverse, les professionnels ont souligné que la pandémie a permis à d'autres de (re)découvrir des activités telles que les balades dans la nature à pied ou à vélo. De nombreux services, tels que les AMO et les maisons de jeunes, ont également maintenu des activités adaptées au contexte sanitaire (tutos, concours sur Internet, plateformes de jeux de société en ligne, activités en extérieur, etc.).

« [...] les activités ont été maintenues à l'AMO, qui a vite adapté ses activités pour permettre aux jeunes de s'épanouir [activités en extérieur]. »

(Animateur et formateur, AMO)

En termes d'assuétudes, une augmentation des consommations a été observée chez certains jeunes à la suite des restrictions sanitaires. En conséquence, les consommations habituellement collectives et récréatives sont passées à des consommations addictives en solitaire, à domicile, afin de pallier un mal-être. Celles-ci ont parfois impacté le contexte familial. Les professionnels ont notamment insisté sur une consommation accrue de capsules de protoxyde d'azote chez les adolescents et d'alcool chez les jeunes adultes.

« C'était une manière pour le jeune ou les jeunes de mettre un pansement, de ne pas trop réfléchir, de pouvoir un peu s'anesthésier de la vie. »

(Chargé de projets, SAJ)

Les professionnels ont également mis en avant une utilisation excessive des écrans chez la plupart des adolescents, ce qui a généré chez certains l'apparition de troubles de l'attention, de troubles du sommeil et un repli sur soi.

« Les enfants se sont retournés vers les jeux en ligne, les réseaux sociaux pour se divertir mais ça devient vraiment une utilisation intempestive et addictive. »

(Educateur spécialisé, maison de quartier)

En ce qui concerne les pratiques liées à la vie relationnelle, affective et sexuelle des adolescents et jeunes adultes, les mesures sanitaires ont provoqué une réduction voire une disparition des relations pour la majorité d'entre eux, ce qui a pu engendrer des frustrations et des manques. Pour pallier cela, certains jeunes ont davantage investi les plateformes de rencontre en ligne. Pour ceux ayant maintenu des relations sexuelles, les professionnels ont indiqué une augmentation des pratiques à risques (sans protection et sans contraception) et une influence néfaste des films et séries, facilement accessibles et consommés en plus grande quantité durant la pandémie.

Plusieurs professionnels ont souligné que la crise a fait apparaître un manque d'hygiène ou a renforcé cette problématique chez certains jeunes. Chez certains adolescents, cette problématique a été amplifiée par la perte de revenus de leurs parents durant la pandémie : perte de logement et difficultés pour acheter des biens nécessaires (vêtements, etc.).

« Les 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. Donc, voilà un truc très basique, ce sera l'hygiène du jeune. Ce sera une des premières choses qui va être impactée. 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 avec les deux années où il a été mis en difficulté. »

(Chargé de projets, SAJ)

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

(Chargé de projets, SAJ)

En termes de logement, certains jeunes adultes vivant seuls et bénéficiant des aides sociales ont eu davantage de difficultés à accéder à un logement décent durant la crise sanitaire. Ces difficultés ont été amplifiées par les inondations de juillet 2021 dans les régions concernées. La qualité, l'environnement et les caractéristiques du logement ont également modulé les conditions de vie des adolescents et des jeunes adultes. En effet, les professionnels ont relaté que les jeunes vivant dans des régions ayant une faible densité de population et disposant de nombreux espaces verts, ont été plus enclins à faire face à la crise sanitaire grâce aux plus grandes possibilités d'activités en extérieur.

L'offre de transports en commun, restreinte par les mesures sanitaires, a également conditionné la mobilité des jeunes et, de ce fait, leur participation à des activités lors de la reprise.

« Les gens ont du mal à se déplacer. Beaucoup viennent en bus. [...] le club, c'est quand même toutes les semaines, venir à un atelier, ça dure une heure et demie donc pour les parents, il faut savoir le faire évidemment. C'est aussi compliqué. »

(Assistant social, CPF)

Selon les professionnels interrogés, les habitudes scolaires des adolescents et des jeunes adultes ont été impactées par les mesures sanitaires. Pour certains, cela a engendré des obstacles dans le parcours scolaire, tels que des difficultés pour trouver un stage, une réorientation en cours de formation (p. ex., pour les cursus en lien avec les métiers du soin), des difficultés d'apprentissage et une augmentation du décrochage scolaire. La modification des habitudes scolaires a dès lors exigé une grande capacité d'adaptation de la part des étudiants.

« Je trouve qu'il y a eu beaucoup de cassures, tout ce qui concerne le rythme qui s'est considérablement modifié : le rythme de vie, les habitudes, ... Très compliqué pour certains après la crise de reprendre un rythme, le rythme [scolaire] qu'ils connaissaient avant la crise où il faut de nouveau se lever, où il faut se remettre en projet. »

(Coordinateur, MADO)

« [...] on a quand-même énormément de jeunes, en particulier des adolescents, qui sont toujours en décrochage scolaire. Certains ont repris durant l'année académique dernière à temps partiel, puis à temps plein, puis ça s'arrête à nouveau, rebelote cette année-ci [...]. »

(Pédopsychiatre, service de santé mentale)

Tandis que l'enseignement hybride a été source de stress et d'angoisses pour certains adolescents, les changements ont également permis de diminuer la pression scolaire pour d'autres. Par ailleurs, un impact moins important a été observé chez les adolescents ayant pu maintenir un rythme scolaire à 100 % en présentiel en comparaison avec leurs condisciples ayant suivi l'enseignement hybride.

« Certains jeunes vont se retrouver à des examens en étant complètement angoissés à l'idée que leur ordinateur puisse bugger, que le Wi-Fi ne fonctionne pas, ce genre de choses ... donc ça a vraiment généré pas mal d'angoisse chez certains. »

(Chargé de projets, SAJ)

« Pour les adolescents qui ont eu cours en présentiel tout le temps, il y a eu moins de cassure, moins de problématiques, ils ont continué d'avoir un lien malgré tout, ils ont quand même eu un rythme. »

(Psychologue, MADO)

Selon les professionnels, l'impact de la crise sanitaire sur le cadre scolaire a également engendré des tensions entre enseignants et étudiants, liées notamment aux mesures sanitaires (port du masque, utilisation de gel hydroalcoolique, etc.).

« On a eu des contraintes sanitaires très importantes dans les locaux et avec des étudiants qui ne voulaient pas toujours les respecter donc ça a généré des tensions, des conflits, etc. Il y a un moment, le port du masque ne faisait pas l'unanimité donc ça faisait débat, ça faisait qu'il y avait des petits problèmes entre eux [étudiants et enseignants]. »

(Directeur, Haute École)

Des professionnels interrogés ont expliqué que les enseignants ont également émis des craintes quant aux compétences éventuellement non acquises des adolescents et jeunes adultes dont le parcours scolaire a été perturbé durant la pandémie, aboutissant parfois à une stigmatisation à leur égard.

« J'ai vu aussi dernièrement des professeurs de pratique professionnelle qui nous disaient "Mais moi, j'ai peur des professionnels qui vont sortir dans un mois ou deux. Ces gens-là ont loupé deux ans d'enseignement, ce sont des gens qui vont sortir [...] menuisier et ont manqué une partie de leur apprentissage et qu'est-ce que ça risque de donner sur le terrain ? " Des professeurs me renvoyaient ça. On a l'impression, qu'on aura des gens qui ne seront pas suffisamment formés et qui auront du mal vraiment à installer un chauffage ou à fabriquer un châssis. [...] En deux ans, on les a laissés passer sans trop dispenser de matière pratico-pratique et ça risque aussi de faire des dégâts par la suite. »

(Coordinateur, MADO)

« Il y a des gens qui manquent de compréhension. Il y a parfois des maîtres de stage qui ont traité nos étudiants "d'étudiant COVID ou de stagiaire COVID", l'air de dire "vous êtes moins bons que ce qu'on avait avant comme stagiaire parce qu'il y a eu le COVID". »

(Directeur, Haute École)

Les professionnels rencontrés ont relevé également un impact économique important chez les jeunes, tant pour les adolescents que pour les jeunes adultes. La précarité financière a notamment joué un rôle dans la scolarité des jeunes (p. ex., difficultés pour acheter du matériel scolaire). Certains ont également perdu leur job étudiant durant la crise.

3.5.5 Accès au numérique

La crise sanitaire a amplifié la fracture numérique et les inégalités en matière d'accès aux services et d'informations digitalisées tant pour les adolescents que pour les jeunes adultes. Le manque d'équipement informatique, la difficulté d'utilisation de certains logiciels, une connexion Internet au domicile de mauvaise qualité ou inexistante, ainsi qu'une difficulté de concentration en distanciel ont pu affecter leur parcours scolaire et amplifier le décrochage scolaire.

Outre l'impact sur le parcours scolaire, la digitalisation des services a également causé une perte d'autonomie administrative ainsi qu'une complication de l'accès aux droits sociaux (revenu d'intégration sociale) pour les jeunes adultes.

« C'était peut-être un peu plus galère parce qu'il fallait introduire tous les documents par voie numérique, etc. Et pour certains jeunes, ce n'est même pas toujours une question d'avoir ou de ne pas avoir le matériel. »

(Coordinateur, MADO)

Les adolescents et les jeunes adultes ont toutefois pu compter sur l'aide et le soutien de plusieurs services ou organismes tels que les écoles et les CPAS qui ont notamment mis à disposition du matériel informatique. Les écoles de l'enseignement supérieur ont également organisé des formations à l'utilisation de ce matériel. Enfin, des financements ont été alloués afin d'aider les jeunes à acquérir un outil informatique.

« On a su financer l'acquisition de matériel informatique de sorte que tous nos étudiants soient équipés pour poursuivre les cours à distance et présenter leurs examens. »

(Directeur, Haute École)

3.5.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain

Les professionnels travaillant avec les adolescents et jeunes adultes ont émis plusieurs attentes pour ce public. Elles ont été répertoriées et numérotées dans le tableau ci-dessous. Certaines sont transversales et d'autres sont plus spécifiques et soulignées en gras. Les attentes n'ayant pas été toutes exprimées pour chacun des publics, le continuum de numérotation ci-dessous est parfois interrompu⁶². Ces attentes ont également permis d'effectuer un lien avec les objectifs et stratégies priorités dans chacun des axes du WAPPS (cf. annexe 5).

[a] Favoriser l'accès aux services pour les adolescents et jeunes adultes

- [1] Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques du public adolescents et jeunes adultes : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.
- [2] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.
- [9] Valoriser et visibiliser l'offre de service en matière de soutien à la jeunesse (services

⁶² Une liste numérotée reprenant toutes les attentes émises par les acteurs de terrain pour tous les publics figure en annexe (cf. annexe 4).

d'accompagnement et d'aide, services de santé mentale, culturels, sportifs, etc.) au niveau local, via, par exemple, la réalisation d'états des lieux des services existants, puis la diffusion de ceux-ci.

- [24] Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse entamées durant la crise telles que l'organisation de permanences décentralisées par des centres de planning familial au sein des écoles.**

[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux des adolescents et jeunes adultes

- [2] Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.
- [3] Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des adolescents et/ou des jeunes adultes.
- [9] Soutenir et développer des initiatives porteuses pour les adolescents, entamées durant la crise telles que l'organisation d'ateliers bien-être au sein de certaines maisons de quartier ou la création d'un service dédié à la santé mentale des jeunes au sein d'écoles.**

[c] Renforcer le lien social au sein du public des adolescents et jeunes adultes

- [1] Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour le public des adolescents et des jeunes adultes afin de maintenir un lien social, telles que les stages pour les adolescents.
- [3] Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des adolescents et jeunes adultes.
- [8] Développer des propositions d'activités intergénérationnelles.
- [9] Réinvestir la proximité des services envers les jeunes afin de (re)créer du lien social avec eux et entre eux.**

[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé) pour les adolescents et les jeunes adultes

- [3] Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale.
- [4] Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les adolescents et les jeunes adultes.
- [13] Maintenir et développer les initiatives de prévention et de sensibilisation des jeunes, mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.**
- [14] Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (école, extrascolaire, etc.) sur les thématiques de l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) et des assuétudes (addictions et écrans).**

[15] Outiller les parents des jeunes et les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.

[16] Augmenter la sensibilisation aux violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles pour les adolescents et jeunes adultes.

[e] Renforcer la vulgarisation des informations à destination des adolescents et jeunes adultes

[1] Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des personnes en situation de précarité (radio, Internet, etc.).

[h] Renforcer la continuité de l'enseignement et l'adaptation du cursus scolaire pour les adolescents et jeunes adultes

[1] Soutenir les initiatives favorisant l'accrochage et le soutien scolaire pour les adolescents.

[2] Accompagner les jeunes en termes de méthodologie de travail scolaire.

[3] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, afin de diminuer les inégalités scolaires.

[4] Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un suivi scolaire optimal des adolescents et jeunes adultes.

3.6. Les personnes âgées

Selon l'OMS (2021b), les personnes âgées ont 60 ans ou plus. En Belgique, elles représentaient 19% de la population en 2018. Le vieillissement global de la population continue d'augmenter, impliquant des soins de longue durée pour un nombre croissant de personnes âgées, tant à domicile qu'en maisons de repos et de soins (*Soins aux personnes âgées*, 2019).

Dans le cadre de l'exploration des impacts de la crise sanitaire sur les personnes âgées, 57 professionnels venant des dispositifs et services suivants ont été rencontrés : Services Intégrés Soins à Domicile (SISD), maisons médicales, maisons de repos et de soins, observatoire de la santé, OST⁶³, services hospitaliers, Plan de Cohésion Sociale (PCS), associations Seniors, facilitateurs en santé⁶⁴. Les

⁶³ La mission de l'*Outbreak Support Team* consiste à assister les établissements de soins (hôpitaux, maisons de repos et de soins, autres établissements de soins chroniques) en cas d'épidémies MDRO (*Multidrug Resistant Organism* - bactéries multirésistantes aux antibiotiques), et lors de la propagation de virus comme le SARS-CoV-2 ou de champignons (Sciensano, s.d.).

⁶⁴ « Les Facilitateurs en santé ont pour rôle de fournir aux personnes se trouvant en situation difficile, les conseils nécessaires en rapport à la santé mais aussi de favoriser l'accès aux soins de santé. » (*Community Health Workers* - Vers un meilleur accès aux soins de santé pour toutes et tous, s. d.).

entretiens réalisés font état des impacts de la crise sanitaire sur les personnes âgées vivant à domicile et sur les résidents de maisons de repos et de soins.

3.6.1. Accès aux soins

Durant la crise sanitaire, la santé des personnes âgées a été grandement impactée par l'arrêt et le report de soins de santé. Les professionnels ont indiqué que cette rupture s'est illustrée par des retards dans les diagnostics, entraînant une aggravation des pathologies (p. ex., problèmes cardiovasculaires, problèmes respiratoires, troubles de santé mentale) et une augmentation du nombre de décès. Les professionnels ont mentionné plusieurs facteurs ayant contribué à cette rupture de soins et à ses conséquences.

Premièrement, les professionnels ont insisté sur la diminution du suivi médical et des soins habituels, tant en fréquence qu'en qualité. Cette rupture de soins a été mise en lien avec le climat anxigène de la crise, contribuant à une moindre fréquentation des institutions de soins par les personnes âgées, mais aussi avec les restrictions sanitaires, impliquant une diminution importante des consultations par les prestataires de soins. Une perte d'autonomie et de mobilité a notamment été observée en lien avec un moindre suivi en kinésithérapie.

Deuxièmement, les professionnels ont indiqué que les mesures sanitaires ont représenté un frein important dans l'accès aux soins. Lors des consultations médicales, la transmission des informations a été moins accessible, particulièrement en raison du port du masque, de la mise en place de téléconsultations et d'un manque d'interprètes et de médiateurs interculturels. Cela s'est vu amplifié pour les personnes âgées ne maîtrisant pas le français. En conséquence, ces freins ont parfois engendré des retards de diagnostics pour certaines pathologies.

« Beaucoup de personnes ont du mal avec le français et, des fois, se retrouver face à la personne, c'est plus facile parce qu'on parle avec des gestes, on essaie ... voilà, avec des images, avec des choses. »

(Facilitateur en santé)

« La téléconsultation a retardé le diagnostic et parfois induit un mauvais diagnostic qui, malheureusement, a conduit à une issue fatale pour certains [...] On a eu le cas d'un infarctus par téléphone. On devait se baser uniquement sur ce qu'il nous disait. Ce n'était pas facile. Du coup, retard du diagnostic, une embolie pulmonaire, donc ça, c'était un peu dur. »

(Médecin généraliste)

Troisièmement, des personnes âgées qui devaient initialement intégrer une maison de repos et de soins sont finalement restées à domicile, en raison d'une crainte de contamination à la COVID-19 et des restrictions en vigueur dans ces établissements, parfois jugées inadéquates pour les personnes âgées souffrant de pathologies spécifiques, telles que des maladies dégénératives. En conséquence, cela a augmenté la demande d'aide et de soins à domicile pour les professionnels qui ont continué d'assurer les suivis. Cette surcharge a été amplifiée par l'arrêt des visites de nombreux services. Le manque de personnel disponible pour se rendre au domicile a également mené à un recours plus important à d'autres types d'aides, telles que des travailleurs au noir, avec des risques plus importants

de personnel non qualifié. Les professionnels ont mentionné que cette rupture de soins a parfois contribué au décès de personnes âgées vivant à domicile durant la pandémie.

Quatrièmement, le manque de personnel soignant en maison de repos et de soins, préexistant à la crise sanitaire, a été amplifié par celle-ci. Dès lors, les professionnels en sous-effectifs ne parvenaient plus à prodiguer des soins de qualité aux résidents. Ce contexte a parfois entraîné des situations de négligence et/ou de maltraitance (p. ex., changement de protections hygiéniques moins fréquent, menant à l'apparition d'escarres, d'infections urinaires, etc.).

« Tu fais ce que tu peux quand tu es infirmière [...] il y a moins de personnel soignant et donc il y a moins de temps à accorder par personne aussi. Il faut savoir que quand tu as 10 infirmières pour 10 personnes, ça va tu as le temps mais quand tu as une infirmière pour 10 personnes, c'est expéditif et ce n'est pas la faute de l'infirmière. Elle est obligée et fait ce qu'elle peut pour aller vite. »

(Infirmier, OST)

Dernièrement, bien que non spécifique au public des personnes âgées, la mobilité de la population a été impactée par la crise sanitaire en raison des mesures en vigueur, telles que la restriction du nombre de passagers dans les transports en commun. De plus, la peur d'y être contaminé a également engendré une diminution de leur utilisation. Ces freins ont ainsi impacté l'accès aux soins des personnes âgées.

3.6.2. Santé mentale

La crise sanitaire et les mesures gouvernementales restrictives ont contribué à l'apparition de problèmes de santé mentale chez les personnes âgées et à l'aggravation de troubles préexistants.

Premièrement, les professionnels ont indiqué que le climat instable des mesures sanitaires, les changements constants générés par la crise ainsi que la désinformation et la surinformation médiatique (p. ex., annonce du nombre de décès quotidiens) ont été sources d'angoisse et de stress pour les personnes âgées, notamment pour les résidents en maison de repos. Les aînés ont également éprouvé un sentiment de frustration par rapport au manque de liberté d'expression quant aux mesures sanitaires les concernant, qu'ils ont vécues comme de la maltraitance civique.

« Au niveau du stress, c'est quand même quelque chose d'important parce qu'au niveau des médias, c'était hyper anxiogène quand tout le monde était stressé et les personnes qui passent effectivement leur temps devant la télé et devant les infos, tout était stressant. Tout le temps. La peur était vraiment importante chez les personnes âgées aussi. »

(Psychologue, service de psychiatrie et maison de repos)

Deuxièmement, les professionnels ont mentionné que la crise sanitaire a accentué ou engendré un sentiment de solitude important, menant parfois à des états dépressifs et des pensées suicidaires.

« [...] une personne âgée m'a dit "Le 1er novembre, je vous jure que si vous m'empêchez d'y aller [sur la tombe de sa mère et de sa femme], je me jette par la fenêtre !" Le gars, il est au 3ème étage. Je peux te jurer qu'une personne âgée qui a toute sa tête, qui a plus de 90 ans... Tu rentres dans une chambre, il ne te connaît pas, il se met à pleurer et il te dit ça quand tu le testes [test PCR], tu sais que [...] ce ne sont pas des paroles en l'air. »

(Infirmier, OST)

« Il y en a beaucoup [des patients] qui nous ont dit "Je préfère le choper [le virus] et mourir plutôt que de continuer à dépérir comme ça dans ma chambre. " »

(Psychologue, service de santé mentale)

Troisièmement, les professionnels rencontrés ont souligné qu'un des impacts majeurs de la crise sanitaire sur la santé des personnes âgées, au-delà du nombre important de décès liés à une contamination à la COVID-19, demeure le syndrome de glissement⁶⁵. Celui-ci a grandement été observé parmi les résidents de maison de repos et de soins et semble être la conséquence d'un manque de lien affectif, d'un isolement strict et prolongé, d'une perte de repères, ainsi que d'une prise en charge des aînés davantage axée sur la santé physique au dépend de la santé mentale.

« [...] le fait de ne pas voir leurs proches, de ne plus avoir d'activités, donc plus d'intérêt à vivre, et certains se sont dit "Bah si c'est pour vivre comme ça ..." et se sont laissés partir. »

(Psychologue, association seniors)

« [...] on peut voir des syndromes de glissement qui peuvent s'installer. On voit des gens qui se laissent aller [...]. C'est là que je vous dis un monsieur qui est rentré il y a quatre jours, je suis persuadé que le monsieur ne passe pas bien ses nuits, tout ça parce qu'il est trop déstabilisé. Il a perdu ses points de repère qui le sécurisent. »

(Chef de service infirmier, service de psychogériatrie)

Dernièrement, les professionnels interrogés ont mentionné l'apparition ou l'aggravation d'autres troubles de santé mentale, tels que des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et des syndromes de

⁶⁵ Syndrome de glissement : détérioration rapide de l'état général avec anorexie, désorientation, accompagnée d'un désir de mort plus ou moins directement exprimé, un renoncement passif à la vie, un refus actif des soins, de l'alimentation. Il évolue vers la mort en quelques jours à quelques semaines. Il est déclenché par des événements physiques (maladies aiguës, opération, traumatisme) ou psychiques (décès d'un proche, abandon du domicile, déménagement, hospitalisation) (Martin-Du-Pan, 2008).

Diogène⁶⁶. Une fois les mesures assouplies, les professionnels ont également observé une augmentation du syndrome de la cabane⁶⁷.

Les professionnels ont expliqué que ces troubles psychologiques ont été amplifiés par la saturation des services d'aide en santé mentale, ce qui a engendré des délais d'attente particulièrement longs avant une prise en charge. Par ailleurs, l'impact sur la santé mentale des personnes âgées a été renforcé par le manque de sollicitation de soutien psychologique, notamment par les aînés vivant à domicile.

« Tu as déjà essayé de prendre un rendez-vous chez un psy ? [...] "Oui Madame ! 2023". Ils sont tous complètement débordés [...] Il y a une demande, il y a entre guillemet une offre mais cette offre est fictive parce qu'il n'y a pas de travailleurs pour mettre en place cette offre. »

(Infirmier, OST)

Les professionnels ont souligné toutefois que de nombreuses personnes âgées ont fait preuve de résilience et ont mobilisé des ressources personnelles leur permettant de se protéger du contexte anxigène lié à la crise sanitaire, notamment en s'aidant d'expériences passées telles que les difficultés vécues pendant la guerre.

3.6.3. Lien social

La crise de la COVID-19 a engendré une rupture importante de lien social pour les personnes âgées, tant pour celles vivant en maison de repos qu'à domicile. Les professionnels ont mentionné plusieurs facteurs ayant contribué à cette rupture de lien social.

Premièrement, les mesures gouvernementales ont impliqué une diminution importante des contacts sociaux des personnes âgées, tant avec les proches qu'avec le personnel médical, ce qui les a fortement affectées, selon les professionnels interrogés. Au sein des maisons de repos et de soins, les conditions strictes (nécessité d'avoir un *COVID Safe Ticket* valide, distanciation sociale, etc.) ont considérablement limité les visites des proches et les interactions entre résidents, ce qui a contribué à leur isolement durant la crise.

« Pour les personnes âgées, ne plus voir leur médecin c'est compliqué. Il y en a même qui se demandaient s'il [le médecin] était encore en vie [...] C'est une génération où le médecin allait rendre visite une fois par mois pour prendre la tension et voir si tout allait bien ou quand ils [les personnes âgées] étaient hospitalisés, il [le médecin] allait rendre visite ou prenait des nouvelles [...] Elle [la personne âgée] s'est vraiment dit qu'elle avait été oubliée. »

(Psychologue, service de psychiatrie et maison de repos)

⁶⁶ Syndrome de Diogène : forme de trouble comportemental associant une tendance à l'accumulation d'objets (la syllogomanie), une négligence de l'hygiène corporelle et domestique et, le plus souvent, un isolement social prononcé sans la moindre nécessité de se plaindre de cette situation (Yhuel, 2022).

⁶⁷ Syndrome de la cabane : difficulté de se confronter de nouveau à la vie sociale après une longue période de confinement (Ducarre, 2020).

Deuxièmement, la mise en place des gestes barrières durant la crise sanitaire a entravé la relation entre le personnel soignant et les résidents.

« [Pour] les patients qui souffrent d'une démence d'Alzheimer. C'est vrai que le mode de communication normal ne fonctionne plus [avec le port du masque et la distanciation sociale] ... Le langage est touché ... beaucoup de choses se communiquent avec eux dans le cadre du langage non verbal, beaucoup plus par les émotions ... avec le masque, le langage non verbal [est compliqué] [...] On fonctionne beaucoup avec le toucher également. Là aussi, on doit garder la distanciation pour gérer le risque qui est très important, ça a un impact au niveau de la communication. »

(Chef de service infirmier, service de psychogériatrie)

Troisièmement, les professionnels ont indiqué que la suspension des activités et des loisirs durant la pandémie, tant pour les personnes âgées en maison de repos et de soins que pour celles vivant à domicile, a engendré une perte de repères et de lien social importante. La diminution des contacts avec des bénévoles, habituellement chargés d'accompagnement social, a également amplifié l'isolement des personnes âgées.

Les professionnels ont souligné toutefois que des facteurs ont permis d'atténuer les effets délétères de la crise de la COVID-19 sur le lien social des personnes âgées. Tout d'abord, le maintien de contacts avec les professionnels est apparu bénéfique, notamment lors de la distribution de colis alimentaires ou via des appels téléphoniques. De plus, une solidarité s'est développée tant pour les personnes âgées vivant à domicile qu'en résidence.

« [...] c'est dans la famille finalement qu'il y a des solidarités qui se sont développées. [...] ma voisine ne sait pas aller chercher son pain, hop je fais des petites courses, hop je vais la conduire et on a essayé de trouver des alternatives. Ça je trouve que ça a été intéressant et ça a été surtout fait parce que les personnes télétravaillaient et ont pu réorganiser un peu leur vie au quotidien différemment. »

(Animateur, éducation permanente)

« Moi, ce que j'ai entendu dans certains établissements, c'est le soin qu'ils ont donné aux liens entre eux. Certains résidents téléphonaient à leur voisin de chambre [...] "Tu vas bien ? Comment ça se passe aujourd'hui ?" [...] J'ai surtout entendu que le lien entre les personnes avait été aidant, de garder le lien, de maintenir le lien, de le créer là où il n'était pas. »

(Assistant social, association seniors)

Enfin, l'achat ou l'obtention de tablettes via des subventions (Agence pour une Vie de Qualité [AVIQ], etc.) dans certaines maisons de repos et de soins a permis le maintien du lien social entre les résidents et leurs proches, avec le soutien du personnel quand cela était nécessaire et possible.

3.6.4. Conditions et habitudes de vie

Les mesures sanitaires prises durant la pandémie ont impacté les conditions et habitudes de vie des personnes âgées.

Selon les professionnels, une perte de rythme et de repères a entraîné des troubles du sommeil chez certaines personnes âgées, accompagné d'un décalage pour leurs prises de médicaments.

« [...] les gens faisaient la sieste un peu toute la journée devant la télé parce qu'ils n'avaient rien d'autre à faire. [...] Et donc effectivement, [en ce qui concerne les] troubles du sommeil, j'ai eu beaucoup de dérèglements. »

(Psychologue, service de psychiatrie et maison de repos)

La majorité des professionnels ont indiqué que le changement de rythme de vie a également impacté les consommations alimentaires. Pour certaines personnes âgées, une prise de poids, liée à une alimentation moins équilibrée et à un manque d'activité physique, a été rapportée. A l'inverse, des cas de dénutrition ont été observés en maisons de repos et de soins malgré l'offre alimentaire restée constante. Les professionnels ont mentionné que ces cas ont sans doute été liés au stress et à la rupture de lien social.

En maisons de repos et de soins, les activités collectives sportives et de loisirs au sein de l'établissement et en extérieur ont été suspendues, impliquant une diminution de l'activité physique des résidents. Cela a entraîné une perte d'autonomie chez certaines personnes âgées. Les professionnels ont souligné toutefois que certaines maisons de repos et de soins ont adapté leurs activités aux mesures sanitaires durant la crise de la COVID-19. Lorsque cela a été possible, la plupart des personnes âgées, tant à domicile qu'en résidence, ont été réticentes vis-à-vis de la reprise des activités, notamment à cause d'une perte de motivation, de la peur d'être contaminé ou de l'appréhension d'être stigmatisé par les autres résidents, ce qui a eu pour effet de renforcer l'isolement des personnes âgées.

« On [les médias] leur a bien fait comprendre quand même qu'ils [les aînés] étaient dans un danger de vie et de mort incroyable, donc [...] Ils font très attention. [...] au niveau des activités, ils ont certainement diminué d'au moins de moitié et je me demande si ça va revenir. »

(Coordinateur, éducation permanente)

Par ailleurs, la perturbation de rythme et la diminution de contacts sociaux ont également entraîné des négligences en termes d'hygiène corporelle chez certaines personnes âgées. En maison de repos, le manque de personnel a impacté la qualité des toilettes des résidents.

« On est en train de vivre une situation très très compliquée où il n'y a vraiment plus assez de personnel dans beaucoup de maisons de repos donc, évidemment, ça impacte l'hygiène [...]. Si tu as une infirmière, [...] elle peut faire 15 toilettes complètes, elle ne pourra pas en faire 30. [...] elle n'a pas des bras extensibles et déjà que, dans beaucoup de cas, ce n'est plus ... laver

les gens, [...] On ne leur parle même plus, on les retourne comme des crêpes, au revoir, voilà ils sont lavés c'est bon. [...] C'est "bonjour, hop carwash, au revoir, merci". »

(Infirmier, OST)

Enfin, au niveau du cadre de vie, les personnes âgées ont ressenti un sentiment d'emprisonnement dans leur logement et/ou en maison de repos à la suite des mesures sanitaires strictes notamment avec le confinement en chambre.

3.6.5. Accès au numérique

La digitalisation, largement imposée durant la crise sanitaire, a exacerbé la fracture numérique préexistante chez certaines personnes âgées, tant pour celles vivant à domicile qu'en maison de repos et de soins. Cette fracture s'est expliquée notamment par un manque de compétences numériques, des difficultés d'accès au digital et à une connexion Internet ainsi qu'à un manque de disponibilité du personnel.

« 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)

« [...] faire un contact par visio avec une tablette ... il n'y en a déjà qu'une minorité [de personnes âgées] qui savent l'utiliser. Il faut les accompagner nécessairement, [...] rester à côté de la personne au moins le temps que le contact soit établi. Après, il y en a certains, on peut laisser la tablette, d'autres pas. 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)

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.).

« Ils ont accumulé peut-être des dettes parce qu'ils étaient seuls, qu'ils n'osaient pas sortir. Ça peut paraître bête, mais il y a des personnes qui vont encore à la Poste avec leurs virements pour payer leurs factures. »

(Assistant social, association seniors)

Pour pallier cette fracture numérique, des initiatives ont été mises en place par des professionnels pour soutenir les aînés et faciliter leur utilisation du digital (p. ex., activités d'accompagnement).

Cependant, les professionnels ont expliqué que peu de personnes âgées ont sollicité ces aides, la numérisation étant notamment vécue comme imposée.

3.6.6. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain

Les professionnels travaillant avec les personnes âgées ont émis plusieurs attentes pour ce public. Elles ont été répertoriées et numérotées dans le tableau ci-dessous. Certaines sont transversales et d'autres sont plus spécifiques et soulignées en gras. Les attentes n'ayant pas été toutes exprimées pour chacun des publics, le continuum de numérotation ci-dessous est parfois interrompu⁶⁸. Ces attentes ont également permis d'effectuer un lien avec les objectifs et stratégies prioritaires dans chacun des axes du WAPPS (cf. annexe 5).

[a] Favoriser l'accès aux services pour les personnes âgées

- [1] Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques du public des personnes âgées : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.
- [2] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les personnes âgées via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, par exemple, en renforçant les services de soutien locaux à l'utilisation des outils informatiques.
- [14] Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des personnes âgées ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.
- [21] Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.**
- [22] Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, mutuelle, poste, etc.) pour les personnes âgées.**
- [23] Faciliter l'accès aux services, aux soins de santé et aux soins paramédicaux, par exemple, en créant une plate-forme de soignants (infirmiers et/ou aides-soignants) « mobiles » qui constituerait une réserve de ressources mobilisables en fonction des besoins des personnes âgées.**

[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux des personnes âgées

- [1] Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.
- [2] Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.

⁶⁸ Une liste numérotée reprenant toutes les attentes émises par les acteurs de terrain pour tous les publics figure en annexe (cf. annexe 4).

[c] Renforcer le lien social au sein du public des personnes âgées

- [2] Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.
- [3] Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des personnes âgées.
- [7] Favoriser les initiatives communales utilisant un listing préétabli des personnes âgées afin de favoriser la prise de contact avec celles-ci.**
- [8] Développer des propositions d'activités intergénérationnelles entre enfants et personnes âgées.

[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé) pour les personnes âgées

- [2] Améliorer la littératie des personnes âgées.
- [4] Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les personnes âgées.
- [6] Favoriser l'inclusion et la participation des personnes âgées dans les démarches participatives locales.
- [12] Favoriser la co-construction avec les personnes âgées dans les projets mis en place au sein des maisons de repos (et de soins).**

[e] Renforcer la vulgarisation des informations à destination des personnes âgées

- [1] Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des personnes âgées (radio, Internet, etc.).

[i] Favoriser la bientraitance des personnes âgées

- [1] Renforcer les services de prévention et de protection des personnes âgées.**
- [2] Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (*empowerment*, approche communautaire).**
- [3] Intégrer des critères qualitatifs dans les projets de vie des personnes âgées en maison de repos, en termes de qualité de vie tels que l'alimentation, la mobilité, les activités sociales, artistiques et cognitives, l'hygiène, etc.**

4. IMPACTS ET ATTENTES DES PROFESSIONNELS

La crise sanitaire a affecté les travailleurs, tant sur le plan privé que professionnel. En France, les constats concernant le vécu des professionnels vont dans le même sens : « Des problématiques nouvelles sont apparues, des questions auxquelles les professionnels n'étaient pas préparés se sont posées. La mise à distance physique et les mesures barrières limitant le contact direct et la proximité, il a fallu pour chacun trouver des réponses satisfaisantes porteuses de sens. Les institutions ont dû réorganiser leurs offres de services et leur travail dans des délais très restreints en s'adaptant chaque jour à une situation évolutive tout en ne disposant pas toujours des informations nécessaires ou suffisantes » (Haut conseil du travail, 2021).

Dans le cadre de cette analyse, 250 professionnels ont été interrogés, venant des secteurs suivants : action sociale, soins de santé, santé mentale, prévention et promotion de la santé, aînés, éducation permanente, insertion socio-professionnelle, handicap, logement, jeunesse et aide à la jeunesse. Les données récoltées font état des différentes problématiques vécues par les professionnels interrogés et des ressources sollicitées durant la crise sanitaire, dont certaines continuent à être déployées.

4.1. Santé mentale

Selon les professionnels interrogés, leur santé mentale a été impactée par la pandémie. En effet, les changements fréquents des mesures sanitaires et les adaptations nécessaires au niveau organisationnel et de pratique, ont été une source importante de stress et de fatigue. De plus, l'augmentation des demandes ainsi que la surcharge administrative apparues dans certains services à la suite de la crise, ont également participé à un épuisement psychique des travailleurs. Par ailleurs, les professionnels ont indiqué avoir rencontré des difficultés pour gérer leur vie professionnelle tout en étant impactés dans la sphère privée par la crise de la COVID-19.

De nombreux travailleurs ont connu une importante remise en question de leur posture professionnelle et du sens de leur travail à la suite des changements de modalités de rencontre avec leurs publics et de collaboration avec leurs collègues. Les périodes de confinement ont été synonymes presque exclusivement d'urgence et de gestion de la crise. Dès lors, les professionnels ont mentionné l'importance de (re)déployer des actions à long terme. Le manque de perspectives a d'autant plus affecté leur santé psychique.

« Il y avait aussi l'incertitude sur la suite, ce n'était pas facile. L'incertitude de comment les choses vont évoluer, tout changeait parfois sur trois jours de temps. Ce n'était parfois pas facile. »

(Neuropsychologue, milieu hospitalier)

Face à l'obligation d'application des mesures sanitaires, la majorité des professionnels interrogés ont éprouvé un sentiment de culpabilité et d'impuissance envers leurs publics. En effet, les mesures en

vigueur pendant la pandémie ont souvent limité le champ d'action des travailleurs menant au sentiment de ne pas pouvoir accompagner adéquatement le public.

[Concerne le suicide d'un jeune] « *C'est très difficile d'empêcher un animateur de se dire que si le jeune avait pu continuer à venir, il aurait peut-être eu les bons mots, [...], il faut pouvoir lui dire que ce n'est pas de sa faute. »*

(Coordinateur, Fédération Maison de Jeunes)

« *En tant que professionnel de seconde ligne, c'est moins un épuisement physique que moral. Mais le fait d'être toujours en contact avec des personnes excédées, en colère, fatiguées et de ne pas pouvoir leur apporter ni de réelles solutions ni un soutien vraiment moral, c'est épuisant et c'est quelque chose qui est difficile à voir et à vivre. C'est tellement difficile pour un professionnel de devoir imposer au détriment de ce qu'on sait être bien, certaines mesures en sachant que ça va entraîner des conséquences. Tu crains de ne pas pouvoir apporter de solutions, tu remets toujours en question ta capacité à aider, à faire face à cette crise-là. »*

(Coordinateur, OST⁶⁹)

Les mesures d'hygiène devenues plus strictes et nécessitant des actes plus fréquents (désinfection des locaux et matériels) ont engendré une perte de temps accordée aux soins et/ou à l'écoute des bénéficiaires et de leurs proches, occasionnant une importante charge mentale et du stress chez les professionnels interrogés.

Certains professionnels ont aussi témoigné d'un sentiment de culpabilité lié notamment à la non-vaccination et au risque d'être davantage vecteur de transmission, ce qui a affecté leur santé psychique.

« *[...] je pense que je pouvais faire plus [...] en tant qu'infirmier mais peut-être un peu stressé quand même, un peu entre deux eaux [...] en me disant : "J'ai envie d'aider plus mon prochain mais je suis stressé quand même d'attraper la maladie". J'ai envie de me protéger moi et ma famille bien évidemment parce que si on me contaminait, on contaminait toute la famille. [...] J'ai peut-être été un peu ... lâche, ce n'est pas le bon mot mais voilà, je pense que j'ai aidé comme je pouvais à certains moments... J'aurais voulu être plus affirmatif en disant : "Allez, je vais aux soins, na na na". J'ai été mais ça ne s'est pas fait du jour au lendemain. Ça s'est fait progressivement. »*

(Infirmier, éducateur en diabétologie)

De manière générale, les professionnels interrogés ont partagé un sentiment de colère notamment envers les mesures et le contexte anxiogène de la crise.

⁶⁹ Outbreak Support Team

« [...] La colère d'être restés comme ça, impuissant. La peur au début parce que pas d'équipement, beaucoup de questions sur le virus qu'on ne connaissait pas. »

(Psychologue, service psychiatrique pour personnes à domicile)

Certaines problématiques préexistantes, comme la saturation des services de santé mentale, n'ont pas toujours été considérées par les politiques. Des professionnels ont mentionné la réactivité parfois tardive des élus face à ces difficultés encore plus présentes aujourd'hui. Ils ont eu la sensation qu'une crise était nécessaire pour que les politiciens agissent.

« Comme si la crise faisait surgir de nouvelles choses alors qu'elles étaient déjà présentes avant. »

(Assistant social, équipe mobile santé mentale)

L'incompréhension de certaines mesures ou de protocoles, a conduit certains professionnels à être en désaccord face à une série d'actes qu'ils ont dû poser ou de prises en charge réalisées trop rapidement. Les professionnels ont témoigné des vécus complexes notamment face à des situations de décès de certains patients ou bénéficiaires.

« On retrouve encore chez eux [le personnel de maison de repos et de soins] des états de stress post-traumatique, de scènes, d'images, de sons. Les sons des respirateurs, des bruits ... Ils expliquent et ça fait encore partie de leurs cauchemars actuellement. Le sentiment d'avoir été en échec. Dans certaines maisons de repos, la première vague, il y en a certaines qui en 15 jours ont connu 30 décès. Ils tombaient comme des mouches. Il y a eu, dans une maison de repos, tout un étage en 15 jours qui s'est vidé par les décès. Cet étage est resté pendant 8-9 mois vide avec toutes les photos des résidents. C'est un cimetière quoi ... Ils ne savaient plus rentrer dedans. C'était horrible. »

(Psychologue, équipe mobile santé mentale)

Les professionnels interrogés expliquent que leur épuisement tant physique que moral a parfois conduit à des dépressions, voire à des burn-out, et engendré un taux important d'absentéisme au sein de certaines structures. Cette situation de détresse a mis à mal la gestion des ressources humaines et l'accompagnement, compliqué en sous-effectif, de certains publics par le personnel présent.

Par ailleurs, la réduction importante des possibilités de détente en dehors du contexte de travail pendant la crise sanitaire a également impacté négativement la santé mentale des professionnels.

Selon certains professionnels, leurs efforts et adaptations durant la crise, n'ont pas toujours été suffisamment reconnus et valorisés, ce qui a pu être mal vécu par ces derniers.

Malgré les difficultés rencontrées mentionnées, la majorité des travailleurs ont souligné l'importante résilience, solidarité et capacité d'adaptation des équipes et des directions. Certains employeurs ont apporté une attention particulière au bien-être mental de leurs équipes, notamment en acceptant davantage de flexibilité au niveau des horaires de travail ou en organisant des moments d'échanges sur leur vécu.

4.2. Lien social

Les professionnels rencontrés ont indiqué que les mesures sanitaires liées à la crise de la COVID-19 ont affecté les liens sociaux à différents niveaux : entre le public et les professionnels, entre les professionnels d'une même équipe et entre professionnels de différentes institutions. Certaines de ces difficultés perdurent encore aujourd'hui.

4.2.1. Interactions entre le public et les professionnels

Les nombreuses restrictions imposées pour limiter la propagation du virus ont amené les professionnels à repenser les modalités de contacts avec leur public dans le respect des gestes barrières.

Le manque de temps consacré à la prise en charge des publics ainsi que le manque de solutions rapides, dus notamment au réseau d'aide surchargé, aux services fermés et aux activités à l'arrêt, ont engendré de l'agressivité et de la colère de la part du public à l'encontre des professionnels.

« Parfois, on est agressé en disant qu'on ne fait rien pour eux alors que voilà, on essaye. [...] on n'a pas toujours la clé comme ça à leur donner. Donc ça, c'est vrai qu'il y a plus d'agressivité... Je ne dis pas tout le monde, mais certaines personnes, pour l'instant, oui. Peut-être aussi par la force des choses. Ces personnes-là, pendant très longtemps, ont été fort seules [...] leur santé a fortement diminué. Donc ils vont beaucoup moins bien. Et donc ça veut dire qu'ils veulent plein de choses et on ne sait pas leur donner. »

(Répondant de ligne téléphonique, service d'aide pour les malades chroniques)

Les mesures sanitaires imposées ont impacté négativement la communication non-verbale et verbale. Tout d'abord, la communication avec les bénéficiaires et leurs familles a parfois été compliquée à cause de la surcharge de travail des professionnels ou des tensions liées au contexte de crise. Des situations parfois dramatiques, comme le décès d'un proche par exemple, ne pouvaient pas toujours être annoncées et accompagnées sereinement. Ensuite, le port du masque ou encore les prises de contact en distanciel, par exemple, ont rendu la communication plus difficile. Ces situations ont parasité la communication et compliqué la compréhension des demandes de certains publics, notamment pour les publics ne maîtrisant pas la langue employée ou des publics rencontrant des problèmes d'audition.

« Le port du masque est embêtant car il cache toute une partie des émotions et l'entretien perd de sa qualité. »

(Psychologue, service de santé mentale)

Malgré ces constats, et afin de maintenir un certain lien social avec les publics, des alternatives ont été déployées par les professionnels. Ceux-ci ont souligné l'expansion et la diversification de l'utilisation des outils numériques, encore très privilégiée aujourd'hui. Les exemples sont nombreux pour illustrer

ce constat : la création de groupes de discussion virtuels, l'organisation de visioconférences comme alternative aux déplacements, etc. De plus, pour maintenir le lien social avec les publics, les professionnels ont mis en place des initiatives d'*outreaching*⁷⁰ telles qu'aller visiter les personnes isolées ou garder un contact téléphonique régulier avec elles. Certains services ont également développé des activités tout en respectant les mesures sanitaires en vigueur, notamment via des tablettes ou l'utilisation de supports créatifs (p. ex., échanges via des cartes postales entre résidents) pour maintenir les liens sociaux.

4.2.2. Interactions au sein des équipes

Certains professionnels ont rapporté de nombreuses tensions entre eux et leur direction ou entre collègues, causées notamment par un manque de reconnaissance du travail et des efforts fournis, et un manque de cohésion au sein des équipes.

Les professionnels mentionnent que le travail à distance n'a pas aidé au développement de relations saines au sein des équipes. En effet, le télétravail favorisant l'utilisation d'outils numériques a parfois engendré de nombreuses interprétations et amplifié certaines tensions déjà existantes. Des divergences de point de vue sont également survenues entre collègues face à la campagne de vaccination.

Malgré les difficultés, les professionnels ont mentionné que les alternatives numériques ont aidé au maintien du lien comme les applications permettant l'utilisation d'un agenda partagé et le partage de documents en ligne, des outils facilitant la réservation de salles de réunion en ligne. Certains travailleurs, ayant une fonction incompatible avec le télétravail, ont vécu comme une chance le fait de pouvoir garder le contact en présentiel avec leurs collègues sur le terrain.

4.2.3. Collaborations intersectorielles

Plusieurs professionnels ont rapporté que le travail intersectoriel et en réseau a fortement diminué durant la pandémie. En effet, la gestion de la crise en interne a été très chronophage et certains partenariats ont été mis en pause. Par ailleurs, le travail en distanciel a encore davantage complexifié les relations partenariales et les collaborations intersectorielles. La variabilité des jours de télétravail selon les services, les mesures sanitaires réduisant le nombre de personnes par réunion dans une même pièce ont complexifié l'organisation de rencontres intersectorielles.

Cependant, malgré ces nombreuses difficultés, quelques professionnels ont souligné l'importante solidarité et le maintien de certaines collaborations intersectorielles durant la crise de la COVID-19, grâce aux équipes qui ont continué à se montrer motivées, volontaires et créatives.

« J'ai trouvé ça riche de rencontrer d'autres équipes, de voir d'autres pratiques et on a pu toucher un petit peu à plein de choses. C'était vraiment le côté positif. Échanger avec nos collègues qui parfois travaillent dans le même département sur d'autres choses. C'était

⁷⁰ « La pratique *outreach* consiste à rejoindre la clientèle où elle se trouve et à l'aider à satisfaire ses besoins » (Denoncourt et al., 2000).

vraiment sympa de voir les réalités dans les différents services. [...] Au niveau créativité, ça nous a amené quand même à penser les choses autrement et à réfléchir. »

(Assistant social, maison de quartier)

4.3. Conditions de travail

L'ensemble des professionnels rencontrés ont témoigné de l'impact des nombreux changements dans les conditions de travail, dus notamment à l'opérationnalisation des mesures sanitaires. D'après les acteurs de terrain interrogés, l'accompagnement des publics a également été impacté par la crise. Toutefois, la plupart des professionnels ont fait preuve d'une grande résilience et se sont adaptés aux situations rencontrées tout en respectant les mesures sanitaires en vigueur.

4.3.1. Opérationnalisation des mesures

Dès le début de la crise de la COVID-19, les professionnels ont dû adapter leurs pratiques selon les mesures sanitaires changeantes. Celles-ci ont parfois été difficilement applicables, essentiellement dans les structures relevant de plusieurs secteurs, avec des protocoles différents.

« Le protocole "jeunesse" m'interdisait tout et le protocole "décrochage scolaire et social" me permettait de travailler. Je ne pouvais pas reprendre les ateliers en individuel mais je pouvais avoir 15 jeunes dans la même pièce si je faisais des cours de français. »

(Coordinateur, maison de jeunes)

Par ailleurs, l'une des principales mesures mises en place durant la crise sanitaire a été le télétravail avec pour conséquence, la digitalisation des fonctionnements, nécessitant la réinvention de certaines tâches et outils.

Les professionnels sont partagés quant à ces nouvelles modalités de travail. D'une part, pour certains travailleurs interrogés, l'utilisation du numérique a amélioré leur confort de vie et leur bien-être personnel. Travailler à domicile et ne plus effectuer les trajets jusqu'à leur lieu de travail a notamment été un élément bénéfique. De plus, la flexibilité des horaires de travail, offerte par certains employeurs, a apporté une meilleure qualité de vie à certains professionnels. Selon eux, le télétravail a amélioré leur productivité.

D'autre part, certaines personnes interrogées ont souligné les difficultés liées au travail à distance. Elles ont témoigné des difficultés à suivre leurs dossiers de manière virtuelle. En effet, certains travailleurs ont reçu des messages d'ordre professionnel en dehors des heures de travail, ce qui a complexifié la réception de certaines informations et parfois compromis la continuité des accompagnements. Les professionnels ont également mentionné les difficultés logistiques et d'organisation rencontrées à leur domicile telles que le manque d'espace. Enfin, le passage accéléré au numérique a conduit certains professionnels à un épuisement total voire à désertir leur profession.

La plupart des professionnels interrogés ont témoigné du manque de moments informels avec les collègues, causé par le télétravail. Dans certaines équipes, cela a notamment engendré moins de cohésion et des difficultés à résoudre des problématiques organisationnelles émergentes.

Cependant, afin de surmonter les difficultés causées par le télétravail, plusieurs professionnels ont témoigné d'une forme de soutien et de solidarité mises en place au sein des équipes. Cela a parfois contribué à un meilleur vécu du travail et à une meilleure confiance entre employeurs et employés.

4.3.2 L'accompagnement des publics

L'accompagnement des publics a été impacté durant la crise par la saturation de certains services, l'accélération du rythme de travail et les difficultés financières, humaines et matérielles.

Tout d'abord, la plupart des professionnels interrogés indiquent être allés au-delà de leurs pratiques habituelles et parfois même de leur fonction d'origine, notamment du fait de la saturation voire la fermeture de certains services. Des membres de certaines directions sont allés travailler sur le terrain par manque de personnel, d'autres ont assuré des postes administratifs pour faire face aux nombreuses demandes. Plusieurs professionnels interrogés ont été amenés à prendre un rôle de psychologue et à accompagner des situations parfois complexes vécues par leur public, étant donné la saturation de certains secteurs, tels que celui de la santé mentale.

« Il y avait l'assistante sociale qui ne faisait plus son boulot, qui n'arrêtait pas de mettre les rendez-vous des visites des familles ; ce n'était plus du tout son boulot. L'ergothérapeute qui ne faisait que les trajets entre les chambres et le parloir. Il ne faisait plus d'ateliers. Il y a comme ça des moments où elles ne faisaient plus ce qu'elles faisaient auparavant. »

(Psychologue, service psychiatrique pour personnes à domicile)

Ensuite, les professionnels interrogés ont rapporté que l'accompagnement des publics a été impacté par l'accélération du rythme de travail durant la crise et lors du déconfinement. En effet, selon les professionnels, les suivis individuels se sont complexifiés durant la crise. D'une part, certains services étaient saturés voire fermés, ce qui empêchait une réorientation des personnes. De plus, les modalités de prise de rendez-vous étaient différentes d'une structure à l'autre et les quarantaines, tant chez les professionnels qu'au sein du public, ont complexifié les accompagnements. D'autre part, les professionnels ont témoigné de l'accumulation des problématiques (sociales, économiques, de santé, etc.) chez certaines personnes. Dès lors, les sollicitations ont été nombreuses et le rythme de travail accéléré.

« On était bombardés d'appels [...] On était dans l'urgence à un rythme et une cadence très costauds. On a toutes, en tout cas de mars à juillet, fait sauter nos congés. »

(Psychologue, Relais Social)

La charge de travail a également été accentuée, dans certaines régions, par l'impact des inondations de l'été 2021.

Enfin, selon les professionnels interrogés, l'accompagnement des publics a été impacté par les manques financiers, humains et matériels durant la crise. Premièrement, les projets développés grâce aux subsides débloqués pendant la pandémie n'ont pas pu être pérennisés à long terme. Deuxièmement, l'absentéisme et les burn-out ont causé des manques de personnel dans plusieurs structures. Troisièmement, les ressources matérielles (protection, équipement informatique, matériel d'information, etc.) ont été insuffisantes.

Néanmoins, les professionnels ont témoigné avoir été particulièrement solidaires, flexibles et proactifs pour assurer au mieux l'accompagnement des publics. Des bonnes pratiques ont également été déployées et perdurent encore aujourd'hui telles que des formations accélérées à l'utilisation d'outils numériques, l'aménagement de coins « détente » pour les professionnels, etc. Les subsides débloqués pendant la pandémie ont donné l'occasion d'engager du personnel supplémentaire ou de développer plusieurs projets malgré l'obligation d'utilisation à court terme de ces ressources financières.

4.4. Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain

Dans le cadre des entretiens, les professionnels ont formulé des attentes relatives aux difficultés rencontrées sur le terrain. Ces attentes n'ont pas pu être mises en lien avec les axes du WAPPS.

- **Renforcer les compétences des professionnels**
 - Renforcer et encourager la participation à des formations notamment sur les questions de santé mentale en fonction des besoins et des spécificités des publics accompagnés ainsi que sur l'utilisation d'outils numériques.
 - Soutenir l'intégration des approches collectives et communautaires via des formations de base, continuées, ou via la participation à des moments d'échange de pratiques et d'expériences entre professionnels, etc.

- **Valoriser l'expertise des professionnels ainsi que le travail réalisé au quotidien**
 - Permettre aux professionnels de se concentrer sur la mise en place de projets coconstruits entre professionnels en les déchargeant du volet administratif.
 - Coconstruire, en équipe, des perspectives afin de garder le sens du travail et les missions initiales, malgré les difficultés rencontrées lors de potentielles futures crises.
 - Travailler la littératie en santé avec les services afin d'améliorer la qualité d'information transmise au public.

- **Améliorer la santé mentale des professionnels**
 - Créer des espaces de paroles afin d'échanger sur le vécu des professionnels et travailler les représentations sociales.
 - Reconnaître et valoriser l'existant en termes de services offerts, d'événements organisés, d'adaptation des services en période de crise.
 - Coconstruire les procédures de travail avec les équipes.
 - Permettre une flexibilité au niveau de la possibilité de faire du télétravail en fonction des besoins du service et du travailleur.

- **Recréer du lien au sein des équipes**
 - Renforcer la mise en place de supervisions d'équipe (accompagnements d'équipe) pour notamment travailler les missions et la « raison d'être » de l'institution.
 - Favoriser les moments conviviaux en équipe (mises au vert).

- **Améliorer la communication, la coordination, le réseautage et la concertation entre les professionnels**
 - Améliorer la coordination entre les différents services, ainsi que favoriser une communication plus efficace.
 - Développer des dispositifs soutenant l'intersectorialité et la pluridisciplinarité, en développant le travail intersectoriel entre les services de secteurs diversifiés comme la psychiatrie et le handicap en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence.
 - Favoriser la collaboration et la connaissance intersectorielle, en créant des répertoires des services existants afin d'assurer la continuité des soins, tout en reconnaissant les compétences de chacun (p. ex., « vis mon job »).
 - Renforcer et faciliter l'accès (moyens et défraiement) à des espaces d'échange de pratique intersectorielles en tenant compte des limites et du temps demandé.
 - Renforcer la reconnaissance et le statut de l'aidant proche pour favoriser les collaborations entre les professionnels de santé et les aidants proches.
 - Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et de permettre une stabilité de l'emploi.

- **Améliorer les échanges d'informations entre décideurs et professionnels**
 - Créer des canaux de communication bidirectionnels entre élus et professionnels.
 - Améliorer la clarté des protocoles afin de faciliter la réception, l'interprétation et la mise en œuvre des directives et améliorer la spécificité selon les publics concernés.

5. CONCLUSION

La crise de la COVID-19 a eu de nombreux impacts sur les personnes dites « vulnérables » et sur les professionnels accompagnant ces personnes dans les secteurs de l'action sociale, de l'aide et du soin. Pour préciser ces impacts, plusieurs professionnels ont été interrogés et leurs récits ont été analysés afin de présenter les résultats par public.

L'analyse des entretiens a permis d'identifier plusieurs constats. Concernant les publics, l'ensemble des résultats a révélé une aggravation de la santé globale des publics vulnérables ainsi qu'un renforcement des inégalités sociales de santé, préexistantes à la pandémie.

Les publics ont été impactés différemment. Toutefois, plusieurs constats ont été similaires à l'ensemble des publics repris dans ce diagnostic, quelle que soit leur situation géographique. En effet, peu de spécificités territoriales ont été relevées.

En matière d'accès aux services (soins de santé, socio-administratifs, etc.), les résultats ont mis en évidence des perturbations dans la continuité des soins, un manque de suivi médical, des retards de diagnostics, un manque de littératie en santé et une saturation des services.

Au niveau de la santé mentale, les professionnels ont également observé une dégradation de celle-ci au sein de leurs publics cibles : anxiété, peur, syndrome de glissement⁷¹, phobie sociale persistante, syndrome de la cabane⁷² et augmentation de consommations diverses. Cela a engendré une augmentation des demandes d'aide et en conséquence, une saturation des services de santé mentale.

La crise a également entraîné plusieurs répercussions sur le lien social : isolement, harcèlement, phobie sociale, ainsi qu'une augmentation des tensions et violences intrafamiliales.

Concernant les habitudes et les conditions de vie, l'analyse a révélé de nombreux changements pour l'ensemble des publics. Des perturbations dans les habitudes et pratiques alimentaires ont été mentionnées, essentiellement expliquées par la modification des rythmes de vie (travail, vie scolaire, sommeil, etc.). En termes de mobilité et face à l'arrêt de certaines activités, des problématiques de déplacements et de sédentarité ont été rapportées. Par ailleurs, les professionnels ont signalé une augmentation des consommations addictives (alcool, substances illicites et médicaments). La vie relationnelle, affective et sexuelle a également été impactée par la crise avec, par exemple, l'augmentation de pratiques sexuelles à risques. La crise a également entraîné des conséquences socio-économiques importantes (perte d'emploi, perte de logement, etc.) pour de nombreuses personnes. De plus, le décrochage scolaire et les difficultés d'apprentissages ont été aggravés. En conséquence, les services d'aide ont dû faire face à une augmentation des demandes d'intervention de la part de leurs bénéficiaires mais aussi venant de nouveaux publics.

Les mesures sanitaires ont engendré une augmentation de l'utilisation du numérique avec pour conséquence l'apparition de nombreuses difficultés pour certains publics. Les professionnels ont relevé essentiellement des difficultés pour la majorité des publics d'accéder à du matériel informatique et d'acquérir les compétences pratiques pour l'utiliser. Les services d'accompagnement ont été

⁷¹ Syndrome de glissement : détérioration rapide de l'état général avec anorexie, désorientation, accompagnée d'un désir de mort plus ou moins directement exprimé, un renoncement passif à la vie, un refus actif des soins, de l'alimentation. Il évolue vers la mort en quelques jours à quelques semaines. Il est déclenché par des événements physiques (maladies aiguës, opération, traumatisme) ou psychiques (décès d'un proche, abandon du domicile, déménagement, hospitalisation) (Martin-Du-Pan, 2008).

⁷² Syndrome de la cabane : difficulté de se confronter de nouveau à la vie sociale après une longue période de confinement (Ducarre, 2020).

insuffisants pour faire face à la fracture numérique et cela a eu un impact sur le décrochage scolaire notamment. Cependant, malgré ces difficultés, les professionnels ont relevé des ressources mobilisées à plusieurs reprises par les publics (durant et après les confinements successifs), telles que de la résilience, une faculté d'adaptation et de la solidarité.

Concernant le vécu des professionnels, les moments de rencontre organisés dans le cadre du diagnostic leur sont apparus bénéfiques. En effet, ils ont ainsi eu l'occasion d'échanger sur leurs vécus et de formuler plusieurs attentes afin de limiter l'impact de la crise de la COVID-19 et à déployer lors d'éventuelles futures crises. L'analyse a révélé des conséquences importantes sur la santé mentale des professionnels, sur les liens sociaux et sur les conditions de travail.

En effet, la crise a touché à la santé mentale des professionnels. Les changements fréquents des mesures et l'adaptation nécessaire face à ces changements ont engendré beaucoup de stress et de fatigue. Dans ce contexte incertain, certains professionnels ont ressenti de la colère, de l'impuissance et un manque de reconnaissance. Cela a eu pour conséquence des burn-out pour certains, des dépressions pour d'autres. Dès lors, des équipes ont été en sous-effectifs à certaines périodes, impactant les suivis des publics.

Ensuite, les mesures sanitaires liées à la crise de la COVID-19 ont affecté les liens sociaux d'une majorité des professionnels rencontrés tant avec leur public, leurs collègues qu'avec les professionnels d'autres institutions. Les modalités de contacts avec les publics ont dû être réinventées par les professionnels amenant parfois quelques tensions. Le télétravail a d'ailleurs complexifié les relations entre collègues et entre partenaires. Même si certaines initiatives ont permis de garder des contacts sociaux, certaines difficultés relationnelles perdurent.

Enfin, la crise a affecté les conditions de travail des professionnels. En effet, celles-ci se sont complexifiées à la suite de l'opérationnalisation des mesures sanitaires et suite aux nouvelles modalités d'accompagnement des publics. En un temps restreint, les professionnels ont rapidement dû s'adapter au travail en distanciel. Certains y ont trouvé des avantages, d'autres des inconvénients. Tous ont malgré tout mentionné le manque de moments informels en équipe et le besoin, dès lors, de recréer une cohésion d'équipe et de redéfinir le sens de leur travail. Dans certains cas, l'accompagnement des publics a été impacté par la saturation de quelques services, l'accélération du rythme de travail et les difficultés financières, humaines et matérielles.

En termes de perspectives, ce diagnostic a permis de mettre en évidence l'importance d'une approche préventive et de stratégies de promotion de la santé pour réduire l'impact des conséquences des crises (sanitaire, climatique, économique), tant auprès des publics qu'auprès des professionnels. Concernant les attentes mentionnées par les professionnels, il serait opportun de travailler au niveau local afin de vérifier que celles-ci correspondent toujours à leurs besoins actuels. En effet, certaines pratiques et certains besoins récoltés ont déjà évolué à la suite de la succession de ces crises, et dont les impacts sont encore sous-estimés.

Dans le cadre du travail mené par les Centres Locaux de Promotion de la Santé, des concertations intersectorielles locales existent déjà, d'autres sont à élargir et à créer. Cette approche participative et partenariale permettra de coconstruire des attentes actualisées, opérationnelles et intersectorielles répondant aux besoins locaux afin d'assurer un accompagnement de qualité tant des professionnels que des publics.

6. RÉFÉRENCES

- Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) (2014). *Référentiel des CLPS*. <http://lesclps.org/wp-content/uploads/2021/09/Referentiel-des-CLPS-juin-2014.pdf>
- Community Health Workers (s.d.). *Vers un meilleur accès aux soins de santé pour toutes et tous*. <https://www.chw-intermut.be/index-FR.html#:~:text=Les%20Facilitateurs%20en%20sant%C3%A9%20%28CHW%29%20ont%20pour%20r%C3%B4le,de%20r%C3%A9pondre%20aux%20diff%C3%A9rentes%20demandes%20de%20la%20population>.
- Gouvernement wallon (2022). *Covid Safe Ticket en Wallonie* [mis à jour le 9 mars 2022]. <https://www.wallonie.be/fr/actualites/application-du-covid-safe-ticket-dans-divers-secteurs-en-wallonie>
- Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M.-C., Lapante, J., & Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 179–194. <https://doi.org/10.7202/014458ar>
- Ducarre, C. (2020). Introduction. *Cliniques*, 20(2), 12-16. <https://doi.org/10.3917/clin.020.0012>
- Haut Conseil du Travail Social (2021). *Les effets de la crise “COVID-19” sur les pratiques des travailleurs sociaux : aspects éthiques et déontologiques*. Ministère de la Santé et de la Prévention (France). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ts_et_crise_cedts_vers_def.pdf
- Institut Wallon de l’Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (2021). *Catalogue des indicateurs*. https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&indicateur_id=244401&ordre=7&periode=01/01/2021&niveau_agre=P&sel_niveau_catalogue=T
- Institut Wallon de l’Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (2022a). *Indicateurs statistiques : nombre et taille des ménages*. <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/nombre-et-taille-des-menages/>
- Institut Wallon de l’Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (2022b). *Indicateurs statistiques : Taux de risque de pauvreté*. <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/taux-de-risque-de-pauvrete/>
- Integreo (2017). *Les soins intégrés : Contexte*. <https://www.integreo.be/fr/soins-integres/contexte>
- Kivits, J., & Houbre, B. (2022). *Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils*. https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Analyse_them.html
- Linsmeau, N. (2021). L’adolescence au temps du Covid. *Santé conjugulée*, 95, 31-33. <https://www.maisonmedicale.org/L-adolescence-au-temps-du-Covid.html>
- Maillochon, F., & Selz, M. (2009). Formes d’identifications au cours de l’entrée dans l’âge adulte. *Politiques sociales et familiales*, 97(1), 27-39. <https://doi.org/10.3406/caf.2009.2471>
- Martin-Du-Pan, R.C. (2008). Syndrome de glissement, *Revue Médicale Suisse*, 167 1781..
- Organisation Mondiale de la Santé (1997). *Life skills education in schools*.

Organisation Mondiale de la Santé (2021a). *Handicap et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Organisation Mondiale de la Santé (2021b). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Renard, F., Scohy, A., De Pauw, R., Jurčević, J., & Devleeschauwer, B. (2022). *Health status report 2021 – L'état de santé en Belgique*. Sciensano. Numéro de dépôt : D/2022/14.440/07. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>

Réseaux de Collectifs en Recherche de Résilience. (2021). *Donnerie*. <https://www.asblrcr.be/donnerie>

Roudet, B. (2012). *Qu'est-ce que la jeunesse ?*. *Après-demain*, 24, 3-4. <https://doi.org/10.3917/apdem.024.0003>

Sciensano (s.d.). *Équipe de soutien aux épidémies (Outbreak Support Team)*. <https://www.sciensano.be/fr/projets/equipe-de-soutien-aux-epidemies-outbreak-support-team>

Sciensano (s.d.). *Testing* <https://covid-19.sciensano.be/fr/procedures/testing>

Sciensano (2022a). *Maladie chronique*. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/maladie-chronique#quelles-sont-les-causes-des-maladies-chroniques->

Sciensano (2022b). *Multimorbidité*. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/multimorbidite>

Service public de Wallonie (s.d.) *Seule avec enfant*. <http://actionsociale.wallonie.be/seulavecenfant/separation-divorce>

Soins aux personnes âgées (2019). Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees#:~:text=Soins%20aux%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20Mis%20%C3%A0%20jour%20%3A,en%202025%20et%20approchera%20les%2026%25%20en%202050.>

Sonocom, Institut pour un Développement Durable & Centre de Recherche et d'Interventions Sociologiques-ULiège (2018). *Etude prospective : Pauvreté, précarité et exclusion socio-économique en Wallonie : quels futurs possibles ?* IWEPS. <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2018/10/%C3%89tude-prospective-Pauvret%C3%A9-pr%C3%A9carit%C3%A9-et-exclusion-socio-%C3%A9conomique-Rapport-synth%C3%A9tique.pdf>

Yhuel, A. (2022). *Syndrome de Diogène : Comprendre pourquoi et comment agir ?* <https://www.syndrome-diogene.fr/>

CHAPITRE 5

CONCERTATION RÉGIONALE : L'APPORT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ À LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Observatoire du sida et des sexualités

Héline Zabeau, Christian
Dongmo, Sarah Demart

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	176
2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE ET ÉTAPES DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL	178
2.1 Les étapes du diagnostic régional	179
2.2 La démarche méthodologique du diagnostic.....	180
3. OBJECTIFS ET ACTIONS IDENTIFIÉS.....	185
3. 1 Favoriser l'accès et le fonctionnement des services et du système de santé.....	186
3.1.1 Favoriser le maintien et l'accès aux soins et aux services de santé	187
3.1.1.1 Maintenir les services d'accès aux soins	187
3.1.1.2 Favoriser la continuité vaccinale	188
3.1.1.3 Maintenir/favoriser la réintégration dans le circuit des soins	188
3.1.1.4 Maintenir et développer des services mobiles	189
3.1.1.5 Augmenter les ressources pour maintenir les activités de renforcement de l'accès aux soins.....	189
3.1.2 Créer des concertations professionnelles avec/pour les acteurs de terrain	190
3.1.2.1 Échanger sur les pratiques et les outils	190
3.1.2.2 Formaliser et organiser des espaces d'échanges professionnels.....	190
3.1.2.3 Promouvoir l'intersectorialité sur le terrain.....	191
3.1.2.4 Favoriser la représentation des publics cibles dans les lieux de concertation	191
3.1.2.5 Plaidoyer à mettre en œuvre	191
3.2 Renforcer l'accompagnement des publics par les professionnels et le maintien du lien social.....	192
3.2.1 Accompagner les publics dans leur parcours d'accès aux soins	193
3.2.1.1 Renforcer l'accompagnement et le suivi des publics	193
3.2.1.2 Renforcer les facilitateurs en santé / les agents communautaires	193
3.2.1.3 Renforcer les accompagnements individuels.....	194
3.2.1.4 Renforcer la première ligne.....	194
3.2.2 Renforcer les démarches communautaires et le lien social.....	194
3.2.2.1 Renforcer les mesures sanitaires adaptées.....	194
3.2.2.2 Développer les liens de proximité	195
3.2.2.3 Développer les espaces d'échanges et valoriser les actions collectives	195
3.2.2.4 Systématiser la pair-aidance	196
3.3 Renforcer l'aménagement des milieux de vie et l'implication des citoyens.....	196
3.3.1 Aménager des milieux de vie pour des publics spécifiques	197
3.3.1.1 Améliorer l'accessibilité des milieux de vie existants	197

3.3.1.2	Sensibiliser et former les professionnels à une approche plus globale en promotion de la santé	197
3.3.1.3	Aménager des lieux de vie collectifs durables	198
3.3.2	Favoriser l’ <i>empowerment</i> et la participation citoyenne	198
3.3.2.1	Revaloriser le statut des pair-aidants.....	198
3.3.2.2	Développer un organe de concertation citoyenne	199
3.3.2.3	Renforcer les pratiques d’empowerment	199
3.4	Renforcer l’accessibilité de l’information et l’adaptation des services aux publics cibles.....	199
3.4.1	Diffuser une information adaptée, cohérente et accessible.....	200
3.4.1.2	Développer la littératie en santé.....	200
3.4.1.3	Augmenter la cohérence des mesures sanitaires	201
3.4.1.4	Centraliser les informations et prises de décision	201
3.4.2	Développer des appuis ciblés pour les publics précarisés	202
3.4.2.1	Développer des actions de recherche en rapport avec les enjeux identifiés sur le terrain.....	202
3.5	Actions prioritaires par axe thématique	202
3.6	Entretiens intersectoriels	203
3.6.1.	Santé mentale	203
3.6.1.1.	Accès aux services de soins	204
3.6.1.2.	Continuité du suivi thérapeutique	204
3.6.1.3.	Adaptation des activités et interventions	204
3.6.1.4.	Concertation et intersectorialité	205
3.6.2.	Publics précarisés	206
3.6.2.1.	La complexité et l’aggravation de la situation des publics précarisés	206
3.6.2.2.	Adaptation des activités et interventions	206
3.6.2.3.	Concertation et intersectorialité	207
4.	Points d’attention dans la démarche en promotion de la santé.....	208
4.1	Distinguer les publics cibles et les publics secondaires.....	208
4.2	Partir de l’approche <i>bottom-up</i>	209
4.3	Établir et renforcer l’intersectorialité.....	209
4.4	Construire une approche systémique et holistique	210
4.5	L’impact sur les travailleurs.....	211
5.	CONCLUSION	212
6.	RÉFÉRENCES	214

1. INTRODUCTION

Le diagnostic régional coordonné par l'Observatoire du sida et des sexualités/ULB (ci-après dénommé OSS) a permis de questionner les professionnels⁷³ sur les besoins des publics les plus affectés par la crise sanitaire. Il a aussi amorcé une phase de planification des actions à mettre en œuvre pour réduire les impacts négatifs sur la santé des publics les plus vulnérables en cas de résurgence épidémique ou de nouvelle épidémie.

Ce diagnostic a été mené entre octobre 2021 et septembre 2022. Il résulte d'un processus de concertation entre les opérateurs de terrain issus de différentes organisations, situées en Wallonie et dont les publics ont été affectés par l'épidémie de COVID-19 sur le plan de la santé. Cette concertation a été complétée par une consultation de deux acteurs issus des secteurs de la santé mentale et de la pauvreté, afin d'approfondir les constats soulevés par le secteur de promotion de la santé, et d'inclure une vision régionale intersectorielle.

Ce chapitre confirme ce que la crise sanitaire a très vite révélé, à savoir que les publics les plus vulnérables avant l'épidémie sont ceux qui ont été le plus impactés par l'épidémie et par la gestion de la crise sanitaire.

La notion de syndémie (Singer, 2009 ; Singer et al. 2017)⁷⁴ qui est ressortie pendant l'épidémie (Horton, 2020) a réitéré l'importance de prendre en compte l'ensemble des facteurs susceptibles soit d'exacerber les inégalités sociales de santé existantes, soit d'en créer de nouvelles. Cette perspective invite à aborder l'épidémie dans toute sa globalité (biologique, médicale, sociale, économique et environnementale), et à prendre en compte les imbrications entre ces différents facteurs, aussi bien d'un point de vue théorique que pratique. Dès lors, les mesures à entreprendre pour agir sur les impacts négatifs de l'épidémie de COVID-19, même les plus locales, renvoient nécessairement à des questions d'ordre global et structurel (Bambra et al., 2020).

Les inégalités sociales en santé liées à la COVID-19 touchent à notre mode de production, de consommation et de répartition des richesses (Latour, 2020) et à l'ensemble des sphères de la société : santé, logement, emploi, politiques d'immigration, environnement, etc. (Demertzis et Perl, 2020). Dans le contexte belge, se pose également la question de l'articulation entre les différents domaines de compétences politico-administratives, et des différents niveaux de pouvoir. Ce qui peut *in fine*, renvoyer à la manière dont les politiques de santé sont pensées et menées au niveau communal, régional et fédéral (Faniel, 2020).

Dans le cadre de ce diagnostic régional, la concertation entre des acteurs du secteur de la promotion de la santé actifs sur le territoire wallon a eu lieu dans un temps donné (février-juin 2022), à un moment où un processus de concertation plus institutionnel était par ailleurs déjà engagé à l'initiative de la Région wallonne, dans le cadre du WAPPS (voir chapitre synthèse et perspectives).

Dans des délais rapides, les opérateurs de terrain ont donc pu se concerter sur l'identification et la priorisation des actions à mettre en œuvre. L'objectif pragmatique était de dégager des priorités

⁷³ Contrairement aux usages à l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB), le choix a été fait d'appliquer dans ce document les recommandations du guide « Inclure sans exclure : les bonnes pratiques de rédaction inclusive », publié par la Direction de la Langue française de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

⁷⁴ Voir le glossaire en annexe 3 pour une définition complète de la notion de syndémie.

thématiques et des objectifs opérationnels en vue de limiter les impacts négatifs de l'épidémie de COVID-19 et de sa gestion publique ; d'une part, au regard des deux années écoulées et d'autre part, dans la perspective d'une résurgence épidémique voire d'une nouvelle épidémie.

L'analyse de ce diagnostic régional a été effectuée par thèmes et non par publics, en raison du caractère transversal d'un certain nombre de déterminants des inégalités sociales de santé (pauvreté, genre, statut de séjour, etc.).

Ces thématiques sont les suivantes : 1) l'accès et le fonctionnement des services et du système de santé, 2) l'accompagnement des publics par les professionnels et le maintien du lien social, 3) l'aménagement des milieux de vie et l'implication des citoyens et 4) l'accessibilité de l'information et l'adaptation des services aux publics cibles. Ces thématiques sont articulées à des points d'attention qui, de manière transversale, spécifient la démarche de promotion de la santé avec d'une part, des interventions basées sur des approches *bottom-up*, holistique et systémique⁷⁵, et sur une distinction claire entre les publics cibles et secondaires, et d'autre part, un renforcement de l'intersectorialité.

Les objectifs opérationnels issus de la concertation entre les opérateurs de terrain peuvent renvoyer à différents ordres de priorité, selon qu'ils sont conjoncturels et/ou structurels. Certains des objectifs énoncés sont ainsi dépendants des mesures sanitaires qui avaient cours au moment des ateliers de concertation. Cependant, d'une manière générale, les inégalités sociales en santé associées à l'épidémie de COVID-19, qui ont mobilisé le secteur, renvoient à des déterminants qui sont souvent préexistants à la crise sanitaire. Il est donc important de souligner que la très grande majorité des indicateurs et des constats qui ressortent de ce diagnostic régional sont assez peu spécifiques à la COVID-19, si on les met en perspective avec la santé en général (Deboosere et Fiszman, 2009 ; Eggerickx et al., 2018 ; Vanthomme et al., 2021) ou avec la réalité d'une épidémie comme le VIH (Pezeril, 2020).

Il s'agit, en effet, plutôt d'une exacerbation des inégalités sociales en santé, lesquelles peuvent toutefois produire de nouvelles inégalités ou vulnérabilités (Fortunier et Rea, 2021 ; Maes, 2021 ; Thunus et al, 2021).

Néanmoins, et c'est sur ce point que nous voulons insister, l'exacerbation des inégalités sociales en santé impacte le secteur de la promotion de la santé. Qu'il s'agisse du lien entre pauvreté et santé physique ou mentale, ou bien du manque de ressources au sein d'un certain nombre d'institutions hospitalières, les inégalités exacerbées ou révélées se répercutent sur une plus grande mise à contribution du secteur de la promotion de la santé. Prêter attention à la manière dont ce secteur a pu agir, et pourrait mieux agir dans le cadre d'une nouvelle épidémie ou d'une résurgence épidémique, est donc crucial (Cambon et al., 2021 ; Van den Broucke, 2020).

A cet égard, les principes fondamentaux des actions de promotion de la santé, tels que l'intersectorialité, l'*empowerment*, l'équité, la durabilité et l'approche écologique (Lambert et al., 2021 ; voir également le chapitre 3 consacré à la synthèse des connaissances) offrent des possibilités d'intervention importantes. Et c'est ce que propose d'explorer ce diagnostic régional à partir d'un retour sur expérience des opérateurs de terrain.

⁷⁵ L'approche systémique se centre sur les interactions entre les acteurs, décrit les dynamiques et les interactions, accorde une place de choix à la responsabilisation et à la participation des publics. La méthodologie systémique est un support du dialogue et de la concertation. Elle permet aux acteurs de sortir du carcan des disciplines cloisonnées et de mieux comprendre la position de chacun dans le système (Froment et al., 2011).

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE ET ÉTAPES DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Dans le contexte de la crise de la COVID-19, l'OSS a été subventionné par la Région wallonne pour mener un diagnostic régional. Ce diagnostic est complémentaire au diagnostic local réalisé par les Centres Locaux de Promotion de la Santé (ci-après dénommés CLPS). Tel que défini par le gouvernement, il visait dans un premier temps à "identifier les besoins prioritaires par le comité de pilotage et organiser la concertation avec les opérateurs de terrain par axe prioritaire" et à "organiser la concertation entre les diverses parties envisagées pour intégrer la stratégie à long terme". Il répond également à la demande d'identifier dans un second temps "les objectifs communs et des actions complémentaires avec les diverses parties prenantes", à savoir d'autres secteurs, notamment, ceux de l'action sociale et de la santé mentale⁷⁶.

La méthodologie habituelle des Stratégies concertées, mise en œuvre par l'OSS à partir d'un autre contexte épidémiologique, a été adaptée à la présente situation⁷⁷. Dans le cadre de ce diagnostic régional, il s'est notamment agi de produire un diagnostic et une priorisation des actions communes sur un temps court – une année – là où les cycles habituels des Stratégies concertées se déroulent sur une période relativement longue, allant de 3 à 5 ans. En vue de répondre à l'urgence épidémique, le présent diagnostic s'est donc voulu rapide et sera à approfondir et à actualiser le cas échéant. Il s'est concentré sur certaines étapes du cycle des Stratégies concertées, en particulier celles liées à l'état des lieux, l'identification des besoins des publics et des activités mises en place par le secteur et enfin, la priorisation des actions à mettre en place. Ce qui veut aussi dire que certaines actions ont été menées en parallèle et non de manière chronologique.

Concrètement, ce diagnostic régional a reposé sur 3 étapes de concertation qui ont été menées auprès des opérateurs de terrain actifs en promotion de la santé, notamment la promotion de la santé sexuelle (VIH/IST, travailleurs et travailleuses du sexe), les assuétudes, le milieu carcéral, les administrations communales, notamment des CPAS, l'AVIQ, le secteur du handicap, le secteur psychosocial, l'aide à la jeunesse, la pauvreté, l'action sociale et la santé mentale. Cette concertation de terrain a été complétée par une étape d'entretiens, menés auprès d'organisations représentatives de deux autres secteurs (la santé mentale et la pauvreté), ce qui permet de renforcer la réponse apportée à l'épidémie et à la crise sanitaire.

⁷⁶ Note rectificative au Gouvernement wallon, objet : Stratégies concertées COVID : élaboration d'un cadre de référence wallon, basé sur une approche globale et intégrée, visant la promotion de la santé, le bien-être et la prévention des impacts de la crise sanitaire sur les déterminants de la santé. 11 mai 2021.

⁷⁷ Cette méthodologie a été créée par l'OSS en 2004 avec le soutien de l'École de Santé Publique de l'ULB, dans le cadre des Stratégies concertées VIH/IST. Pour plus d'informations, voir Martens, V., & Parent, F. (2009). Les stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en CF : formalisation d'une démarche de recherche participative favorable aux développements de pratiques en évaluation formative. Actes du Congrès de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation en Europe. Congrès de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation en Europe (ADMEE - Louvain-La-Neuve, Belgique). Pour plus de détails voir www.strategiesconcertees.be

2.1 Les étapes du diagnostic régional

Étape 1 : Dégager les thématiques prioritaires par les acteurs de terrain

La première étape du diagnostic a permis de dégager les thématiques prioritaires pour l'organisation du premier atelier participatif avec les opérateurs de terrain en vue de mettre en évidence des objectifs opérationnels. Elle s'est basée sur un état des lieux réalisé en octobre 2021 à partir de données issues du terrain et de la littérature.

Étape 2 : Identifier les actions mises en œuvre par les diverses organisations, et les actions à maintenir ou à développer pour chacune des thématiques

La seconde étape a permis d'identifier les actions mises en œuvre pendant la crise sanitaire par les opérateurs de terrain, ou qui seraient à mettre en œuvre afin d'atténuer les effets négatifs d'une résurgence épidémique. Elle a été permise par l'organisation d'un atelier participatif (atelier 1) organisé autour des quatre thématiques précédemment dégagées. Cet atelier s'est déroulé en février 2022 en distanciel et a rassemblé des acteurs de terrain issus de divers secteurs et organisations concernés par la crise épidémique.

Étape 3 : Valider des objectifs opérationnels et des actions considérées comme prioritaires

La troisième étape a permis de valider le diagnostic et de dégager des actions prioritaires. Elle a été matérialisée par l'organisation d'un second atelier (atelier 2) qui s'est déroulé en juin 2022 en présentiel. Durant cet atelier, les opérateurs de terrain ont été amenés à se concerter autour des quatre thématiques ayant fait l'objet d'une reformulation approfondie sur base des apports de l'atelier 1. Ils ont ainsi complété et validé les actions mises/à mettre en œuvre et dégagé des actions considérées comme prioritaires.

Étape 4 : Intégrer à l'analyse le point de vue des acteurs intersectoriels

La quatrième étape a permis d'articuler la concertation à l'expérience et à la réflexion de parties prenantes d'autres secteurs, en l'occurrence les secteurs de la pauvreté et de la santé mentale. Elle a été menée entre juin et juillet 2022, à l'appui d'entretiens semi-directifs interrogeant ce qui permettrait de coordonner au mieux une réponse entre les différents secteurs, en cas de résurgence de l'épidémie.

2.2 La démarche méthodologique du diagnostic

Le modèle de planification sur lequel ce diagnostic régional s'est basé est le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter (2005). Celui-ci permet d'analyser une problématique de santé (phase PRECEDE) en tenant compte de sa nature multifactorielle et en classant les déterminants qui contribuent à cette problématique en catégories : les comportements (les pratiques), l'éducation, l'environnement, le domaine politique et administratif, et les variables sociodémographiques. À partir de l'analyse de situation et dans une même vision systémique, la planification (phase PROCEED) consiste donc à déterminer les objectifs et à identifier les activités pertinentes pour agir sur les comportements, l'environnement et les facteurs sociaux. Les activités identifiées sont nécessairement multidimensionnelles et multisectorielles.

Dans la mise en œuvre des Stratégies concertées Covid, la phase d'analyse de situation (PRECEDE) reprend les étapes suivantes :

- Un diagnostic épidémiologique et social, en recensant les données scientifiques (une sélection des ressources et une synthèse des connaissances) et les observations de terrain disponibles (le questionnaire).
- La formulation par un groupe de pilotage de la problématique sur la base d'un consensus retenant et synthétisant les variables du diagnostic socio-épidémiologique les plus pertinentes.

Une fois la problématique arrêtée sur base des données de terrain et des données scientifiques (*evidence-based practice*⁷⁸), les acteurs concernés (ici les opérateurs de terrain) et leurs pratiques (les actions mises en œuvre pendant la crise sanitaire) sont identifiés et répertoriés dans le diagnostic épidémiologique, social et comportemental. Ce diagnostic permet de mettre en lumière un « public cible », avec éventuellement des sous-catégories qui sont ici nombreuses : personnes âgées, personnes précaires socio-économiquement, personnes sans-abris, utilisateurs de drogue, travailleurs et travailleuses du sexe, personnes isolées, personnes atteintes de comorbidités, personnes affectées par un problème relevant de la santé mentale et les migrants sans titre de séjour régulier. Peuvent alors être ajoutés les opérateurs qui ont, directement ou indirectement, été en interaction avec ce public cible et/ou avec la problématique. Ici, les réseaux de l'action sociale et de la pauvreté.

La phase de planification (PROCEED) consiste à construire à partir de l'analyse de situations, un plan opérationnel qui définit les stratégies d'intervention privilégiées, les objectifs visés et les activités à mettre en œuvre. Pour le public cible considéré, un objectif spécifique - ici une thématique - est défini à partir de la problématique. Cet objectif spécifique constitue le cadre global et la finalité générale et durable du plan opérationnel. Ce plan n'est pas développé ici et relève de la prochaine étape des Stratégies concertées Covid.

La description des comportements et des pratiques des opérateurs de terrain permet de formuler des objectifs opérationnels. Ceux-ci répondent à un, ou à des problèmes identifiés dans le diagnostic épidémiologique, comportemental et social. Des activités éducationnelles, environnementales et institutionnelles sont définies à partir des facteurs correspondants, issus de l'analyse de situation. Ces activités visent à modifier les déterminants, et donc *in fine* les pratiques du public-cible et, ou des opérateurs de terrain, afin d'atteindre les objectifs opérationnels visés au terme de la planification. Les

⁷⁸ Pratique fondée sur les preuves, sur les faits, ou sur des données probantes.

activités constituent la part la plus concrète du plan opérationnel puisqu'elles sont destinées à être mises en œuvre avec des moyens adéquats. L'analyse de la situation est donc à la base du travail d'opérationnalisation. Ce qui est présenté ici.

Première étape : dégager les thématiques prioritaires par les acteurs de terrain

La première étape a permis de dégager les thématiques prioritaires pour les opérateurs de terrain à partir d'une approche basée sur les faits (*evidence-based practice*), à savoir des données issues de la littérature et des données issues du terrain.

Le 8 octobre 2021, un questionnaire en ligne a été adressé aux membres de la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (ci-après dénommée FWPSanté), soit une cinquantaine d'organisations, avec comme objectif de mieux cerner les impacts de la crise sanitaire sur les déterminants de la santé auprès de leurs publics cibles ; avec un focus particulier sur les problématiques et les besoins prioritaires en lien avec la santé mentale et l'action sociale. L'objectif était aussi d'identifier des propositions d'actions visant à développer à long terme la résilience de ces publics face à l'épidémie de COVID-19 et à ses conséquences sur la santé globale.

Parallèlement était entreprise une revue de la littérature, sous la forme d'une sélection de ressources bibliographiques effectuée par l'OSS en collaboration avec l'UCLouvain/IRSS/RESO (ci-après dénommé RESO)⁷⁹.

Le 15 octobre 2021, au tout début de ce processus, une note préparée et rédigée par le RESO pour guider les politiques identifiait les besoins des publics cibles des opérateurs de terrain⁸⁰. De cette note a découlé l'appel à projets 2 diffusé le 22 octobre 2021 (pour les opérateurs de terrain) et la formulation des thématiques retenues pour l'organisation de l'atelier 1 (pour ce diagnostic régional).

Entre janvier et mars 2022, 218 ressources ont été sélectionnées, principalement issues de la littérature grise, car il s'agissait de se focaliser sur la Belgique francophone et notamment la Wallonie.

Cette sélection des ressources a permis de catégoriser les déterminants des inégalités sociales en santé qui ont été exacerbées durant la crise sanitaire. Cette sélection de ressources a par la suite été utilisée par le RESO et enrichie par une recension de connaissances issues de la littérature scientifique. Il en a résulté la rédaction de sept fiches de synthèse de connaissances⁸¹ qui ont permis de dresser un état des lieux des connaissances scientifiques actuelles, en sciences humaines et sociales, sur la pandémie liée à la COVID-19 et ses effets sur certains groupes de population en Belgique francophone (avec un

⁷⁹ Impacts de la crise COVID-19 sur les inégalités de santé en Belgique francophone, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités, ULB, 2022, 122 p.: <https://www.observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/Impacts-de-la-crise-COVID-19-sur-les-inegalites-de-sante-en-Belgique-francophone.pdf>. Plusieurs des ressources présentées dans la sélection sont par ailleurs disponibles via ce lien : <https://www.zotero.org/groups/4537425/sc-covid-wallonie/collections/9DFNG22M>.

⁸⁰ Une démarche similaire, avec les membres de la FWPS, avait été entreprise en mai/juin 2021 pour orienter l'appel à projets (questionnaire en ligne et séminaires de travail).

⁸¹ Fiche introductive et méthodologique ; Fiche 1 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur la santé mentale des populations ; Fiche 2 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur les inégalités de genre et sur les minorités sexuelles et de genre ; Fiche 3 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur la fracture numérique ; Fiche 4 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur l'accès et le recours aux services de santé et sociaux des populations précarisées ; Fiche 5 : L'impact de la syndémie de COVID-19 sur les personnes en situation de handicap et sur les aidant-es proches ; Fiche 6 : L'impact de la syndémie sur les personnes migrantes en situation de vulnérabilité et les personnes issues de l'immigration. La finalisation de la rédaction des fiches thématiques est en cours et devrait aboutir à la publication d'un rapport final d'ici la fin de l'année 2022. Toutes personnes souhaitant avoir accès aux versions envoyées au comité de relecture entre mars et mai 2022 sont invitées à prendre contact avec le RESO (reso@uclouvain.be).

focus sur la Wallonie).⁸² Ces fiches ont aussi permis d'identifier des publics-cibles qui ont constitué la base de l'analyse des Points d'Appui Covid (ci-après dénommés PAC) dans le cadre de la concertation locale. Elles ont *in fine* enrichi l'analyse de ce diagnostic régional en précisant les enjeux majeurs au niveau des inégalités sociales de santé et des publics à prioriser.

Le travail d'analyse et d'intégration des différentes sources de données (questionnaire, synthèse des connaissances, mais aussi données issues du diagnostic local) a été effectué par les membres désignés de la coordination régionale (FWPSanté et OSS). Cela a permis d'identifier les principaux objectifs susceptibles de guider les actions déployées pour répondre aux besoins exprimés (l'organisation des ateliers).

Seconde étape : identifier les actions mises en œuvre par les diverses organisations, les actions à maintenir ou à développer

La seconde étape de la concertation a permis, à travers l'organisation de l'atelier 1, d'identifier les actions mises en œuvre pendant la crise sanitaire par les différents opérateurs de terrain, et celles qu'il serait nécessaire de mettre en œuvre afin d'atténuer les effets négatifs d'une résurgence épidémique, voire d'une nouvelle épidémie. L'objectif était ici de faire converger les participants vers une description commune de la réalité, à savoir s'accorder sur ce que l'on observe collectivement sans interpréter cette observation, ni procéder à des jugements de valeur.

Cet atelier a été organisé à partir des thématiques précédemment dégagées grâce à l'état des lieux combinant des données scientifiques (synthèse basée sur la littérature présentée par le RESO) et des données de terrain (questionnaire et entretiens menés avec des professionnels par les CLPS). Ces thématiques ont été formulées comme suit :

1. Réduire l'impact négatif de la crise sanitaire sur les déterminants de la santé.
2. Réduire les impacts psychosociaux de la crise par la lutte contre l'isolement social et l'accroissement des aptitudes individuelles et collectives.
3. Favoriser la transition vers des milieux de vie et des modes de vie associés à une meilleure santé.
4. Renforcer la prévention des maladies chroniques en menant des actions de sensibilisation relatives à la continuité des soins et l'amélioration de l'accès aux soins.

Compte tenu du caractère global de l'épidémie, les enjeux soulevés par ce diagnostic se sont avérés particulièrement larges et étendus. En conséquence, les secteurs concernés par des interventions auprès de ces publics sont allés au-delà des membres de la FWPSanté et même du secteur de

⁸² Les « dépôts institutionnels » qui ont été consultés sont ceux qui hébergent la production intellectuelle de trois universités francophones (DIAL pour l'UCLouvain, DI-fusion pour l'ULB, ORBi pour l'Université de Liège). Ont également été explorées les publications produites par des institutions ou organisations dans le cadre de leurs activités. Cela concerne, d'une part, les rapports techniques et les recherches menées par Sciensano, et d'autre part, les études, enquêtes, articles ou rapports produits par des organisations actives dans le secteur de la santé et du social au niveau régional, communautaire ou local. L'abondance de cette littérature témoigne de l'effervescence qui s'est manifestée et des diverses mobilisations qui se sont produites aussi bien au niveau des universités, des pouvoirs publics et des institutions, qu'au niveau de la société civile en vue d'affronter les défis posés par cette crise au travers de réflexions et de débats autour des différentes questions qu'a suscitées la crise sanitaire pour l'avenir de nos systèmes de santé, de prévention et de protection sociale. Lors de la sélection des ressources, la priorité a donc été accordée aux productions belges et plus particulièrement wallonnes analysant la crise et ses effets multiples sur les inégalités sociales et de santé. Les études retenues ont été classées par thèmes et par publics ou milieux de vie spécifiques. Les références sont accompagnées de résumés des auteurs ou de l'éditeur. Les résumés proposés sont adaptés des résumés des auteurs et des autrices. La mise à jour de la sélection de ressources s'est faite jusqu'en février 2022. L'ensemble des 218 ressources sélectionnées est également accessible sur le site de l'Observatoire.

prévention et de promotion de la santé. Ils englobent l'action sociale, la cohésion sociale, la santé mentale, la première ligne de soins, les maisons médicales ou encore l'administration (l'AVIQ), tout autant que des chercheurs travaillant dans le domaine de la santé ou des politiques publiques.

Le premier atelier « diagnostic » a eu lieu le 15 février 2022, sur une demi-journée, et en distanciel (sur la plateforme Zoom) du fait des contraintes sanitaires. Il a rassemblé 83 personnes issues de ces différents secteurs. Les participants étaient d'une part des professionnels intéressés par la question, d'autre part, des professionnels issus des institutions lauréates des appels à projets. Les thématiques ont été présentées par l'OSS et les données scientifiques par le RESO pour amener la problématisation des inégalités sociales de santé et nourrir la discussion avec les opérateurs de terrain. Huit groupes ont été constitués. La répartition de ces groupes s'est faite avant l'atelier afin que chaque groupe soit mixte d'un point de vue institutionnel, c'est-à-dire constitué par des opérateurs de terrain inscrits dans différentes organisations et secteurs.⁸³ Pour chacun des thèmes, les participants ont été invités à faire part des différentes activités et actions qui ont été mises en place par leur institution durant la pandémie. Ils ont aussi été invités à énoncer des activités et actions qu'il leur semble important de développer dans le futur, en vue d'améliorer la gestion du risque et de réduire les impacts négatifs de la COVID-19 sur les déterminants de la santé. Pour chaque thème, les objectifs opérationnels ont été formulés par les acteurs de terrain eux-mêmes, au regard de leurs expériences institutionnelles et professionnelles de la pandémie.

Troisième étape : valider des objectifs opérationnels et des actions considérées comme prioritaires

L'atelier 2 « validation et priorisation », mené avec les opérateurs de terrain a été organisé à Namur le 20 juin 2022, sur une demi-journée. À la suite de l'atelier 1 « diagnostic », un travail d'analyse a été réalisé par la coordination régionale (FWPSanté et OSS). Les pistes d'actions dégagées ont été confrontées à celles qui sont ressorties des entretiens menés par les Points d'appui Covid avec les professionnels de terrain (voir le chapitre 4 consacré au vécu et attentes de professionnels de terrain et de leurs publics). Ces pistes d'actions ont ensuite été regroupées en quatre thèmes, afin de faciliter le travail en sous-groupe lors du second atelier participatif :

1. Favoriser l'accès et le fonctionnement des services et du système de santé.
2. Renforcer l'accompagnement des publics par les professionnels et le maintien du lien social.
3. Renforcer l'aménagement des milieux de vie et l'implication des citoyens.
4. Renforcer l'accessibilité de l'information et l'adaptation des services aux publics.

Au cours de ce deuxième atelier participatif, il s'agissait de reconsidérer les pistes d'actions, de les compléter et de tenter de dégager un certain nombre de repères, à partir d'actions prioritaires à mettre en place pour les pratiques futures. Ces repères utiles aux professionnels de terrain comme aux politiques, permettent d'affiner les stratégies à moyen et long terme en matière de gestion de la crise de la COVID-19 et de ses impacts sur les déterminants de la santé.

Chaque thème a fait l'objet d'un panneau récapitulatif et d'une table d'échange. Des groupes organisés en mixité institutionnelle ont été invités à circuler entre les différentes tables, de manière à compléter

⁸³ Ces groupes circulaient au sein de 4 tables virtuelles correspondant à un des 4 thèmes précédemment définis et pour lesquels des objectifs opérationnels devaient être discutés. Les échanges ont été animés par la FWPS, l'OSS et les Points d'Appui COVID. Le logiciel MIRO a été utilisé pour l'organisation pratique de l'atelier.

et à valider les activités et pistes d'actions proposées pour chaque thématique⁸⁴. La priorisation des pistes d'actions a été faite au travers d'une procédure de « vote ». Au terme de l'atelier, les participants ont indiqué sur chaque panneau thématique, les trois actions qui leur semblaient prioritaires. L'ordre des priorités n'a donc pas résulté d'une discussion collective, mais de l'addition de points de vue individuels. Cette discussion, bien que nécessaire, n'a pas pu être menée par manque de temps. Néanmoins, durant les tables d'échange, la question des critères de priorisation des actions a été discutée entre les participants au regard de plusieurs considérations : réalisme, niveau de compétence, vulnérabilité, etc. Par exemple, est-ce que tel critère relève du domaine de compétence de la Région wallonne ou de la Commune ? La mise en œuvre de ces priorités peut-elle être empêchée par des contraintes budgétaires ? Etc.

Lors de l'atelier 2, il a été noté une participation moindre que lors de l'atelier 1, avec une vingtaine de participants. Elle renvoie à des raisons d'ordre logistique⁸⁵ et aux attentes des acteurs de terrain, fortement orientées vers la possibilité d'un espace de partage d'expériences. Ce n'était pas l'objectif principal de l'atelier mais cela fait partie des objectifs généraux des Stratégies concertées, qu'il est très important de considérer.

Quatrième étape : intégrer à l'analyse le point de vue des acteurs intersectoriels

L'étape de consultation d'acteurs hors promotion de la santé visait à articuler la concertation du terrain, issue des trois précédentes étapes de ce diagnostic régional, à une réflexion venant de partenaires intersectoriels sur ce qui permettrait de coordonner au mieux une réponse entre les différents secteurs, en cas de résurgence et/ou de nouvelle épidémie. Cette consultation a été menée auprès du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP) et du Centre de Référence en Santé Mentale (CréSaM) à l'aide d'entretiens semi-directifs. Il s'agissait d'approfondir les constats relevés lors des ateliers participatifs, et d'intégrer une vision régionale complémentaire à partir de secteurs jugés prioritaires au sein du dispositif des Stratégies concertées Covid.

Ce choix était motivé par le fait qu'il s'agit de partenaires privilégiés des Stratégies concertées et d'interlocuteurs pertinents sur des thématiques identifiées comme centrales par la revue de la littérature et l'organisation des ateliers. Il convient toutefois de préciser que les observations rapportées par ces représentants ne sont pas le fruit d'une concertation sectorielle, qui aurait été menée préalablement aux entretiens avec les opérateurs en santé mentale ou les associations actives dans la lutte contre la pauvreté, mais bien les impressions ou les tendances qui ont émané de leurs échanges avec les acteurs de terrain. La grille d'entretien a été organisée autour de 6 sections, portant sur :

1. Les problèmes quotidiens/récurrents qui se sont posés dans la pratique du réseau ou de la fédération au niveau régional ;

⁸⁴ Chaque table avait deux animateurs (CLPS, FWPS, RESO, OSS, ESPRIst) ayant reçu un canevas pour organiser la prise de note du processus de validation (ce qui relève de la validation, ce qui contredit, nuance ou complète le 1^{er} diagnostic, qui parle, pourquoi telles propositions d'action, en quoi telle action est prioritaire). La durée des échanges variait selon les groupes. Le premier groupe avait 45mn pour compléter les panneaux et les deux suivants 15mn.

⁸⁵ Premièrement, le report de la date de l'atelier à l'initiative de l'Observatoire (pour des raisons médicales) ; deuxièmement le retour au présentiel qui s'est de manière générale traduit par une baisse de participation.

2. Un projet/une action/une démarche de la fédération ou du réseau qui a eu un effet ou un impact positif pour réduire les impacts négatifs de la crise de la COVID-19 sur la santé globale et ses déterminants ;
3. Un projet/une action/une démarche de la fédération ou du réseau qui n'a pas eu d'effet ou d'impact positif pour réduire les impacts négatifs de la crise sur la santé globale et ses déterminants ;
4. Les liens avec les acteurs de la première ligne ;
5. Les liens avec les autres secteurs sur le plan régional *via* les fédérations/réseaux ;
6. Les outils et conditions qui permettraient de coordonner une réponse entre les différents secteurs en cas de résurgence et/ou de nouvelle épidémie.

3. OBJECTIFS ET ACTIONS IDENTIFIÉS

Ce diagnostic régional a identifié des objectifs et des actions prioritaires au terme d'un processus de concertation entre les opérateurs de terrain eux-mêmes et la coordination régionale. Entre l'atelier 1 « diagnostic » et l'atelier 2 « validation et priorisation », un travail important d'analyse des contenus a été effectué par la coordination régionale des Stratégies concertées COVID (OSS et FWPSanté).

Au terme de l'atelier 1, l'OSS a reclassé les actions par thème dans un rapport qui a été transmis le 13 avril 2022 aux participants de l'atelier et aux partenaires des Stratégies concertées afin qu'ils puissent réviser le document et l'enrichir. Tous les commentaires reçus ont été intégrés en vue de préparer l'atelier 2 pour d'une part, s'assurer que les actions retenues correspondaient bien au thème dans lequel elles étaient reprises et d'autre part, faciliter le processus de priorisation des actions. Il aurait aussi été important d'intégrer à cette analyse la correspondance des actions retenues avec les compétences de la Région et du Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (WAPPS), mais cela n'a pu être fait par manque de temps. Le chapitre synthèse et perspectives du présent rapport donne cependant un certain nombre de pistes à ce sujet.

L'équipe de la coordination régionale a cependant procédé à un important travail de classification et d'analyse des échanges ayant eu lieu lors de l'atelier 1. Celui-ci a conduit à une reformulation de ces thématiques afin qu'elles correspondent le plus fidèlement possible aux contenus apportés par les opérateurs de terrain. Les thématiques ici proposées sont donc le résultat d'une construction *bottom-up* du cadre au sein duquel les objectifs prioritaires ont été validés et priorisés.

Par ailleurs, des points d'attention sont ressortis dès l'atelier 1 quant à la démarche à adopter en promotion de la santé. Ces points d'attention sont transversaux à ces thématiques et à ces objectifs opérationnels. Ils ne sont donc pas propres à un thème en particulier, mais bien à l'ensemble des actions. Ils sont développés ci-après :

1. Distinguer les publics cibles et les publics secondaires ;
2. Partir de l'approche *bottom-up* ;
3. Établir et renforcer l'intersectorialité ;
4. Construire une approche systémique et holistique.

Enfin, les entretiens intersectoriels qui sont venus compléter les données issues des ateliers 1 et 2 ont permis d'approfondir ce travail de concertation entre les opérateurs de terrain, à partir d'une vision

intersectorielle des secteurs de la santé mentale et de la lutte contre la pauvreté qui sont centraux dans les constats de terrain.

Thèmes prioritaires proposés lors de l'atelier 1	Thèmes prioritaires proposés lors de l'atelier 2
Réduire l'impact négatif de la crise sanitaire sur les déterminants de la santé.	Favoriser l'accès et le fonctionnement des services et du système de santé.
Réduire les impacts psychosociaux de la crise par la lutte contre l'isolement social et l'accroissement des aptitudes individuelles et collectives.	Renforcer l'accompagnement des publics par les professionnels et le maintien du lien social.
Favoriser la transition vers des milieux de vie et des modes de vie associés à une meilleure santé.	Renforcer l'aménagement des milieux de vie et l'implication des citoyens.
Renforcer la prévention des maladies chroniques en menant des actions de sensibilisation relatives à la continuité des soins et l'amélioration de l'accès aux soins.	Renforcer l'accessibilité de l'information et l'adaptation des services aux publics cibles.

3. 1 Favoriser l'accès et le fonctionnement des services et du système de santé

L'état des lieux (étape 1) avait fait ressortir **la réduction de l'impact négatif de la crise sanitaire sur les déterminants de santé** comme un thème de travail prioritaire. La littérature montrait une exacerbation de difficultés préexistantes à la crise : une situation financière détériorée, un accès aux soins limité, des conditions de mal-logement, un surendettement, etc. La crise sanitaire a engendré une aggravation de l'appauvrissement en Wallonie et fait apparaître de nouvelles catégories de personnes précarisées (cf. Chapitre 3).

Ces populations présentaient de nombreux facteurs de risques tels que l'isolement social, l'incertitude économique, la monoparentalité, ou encore un faible niveau de diplôme. Ces facteurs ont accru les effets délétères de la crise sanitaire sur la santé mentale et cela a nécessité des interventions intersectorielles avec des actions à mener dans les secteurs du logement, de l'emploi, de la formation, et de tout ce qui peut favoriser l'autonomie sociale des populations précarisées. Le constat était que des interventions devraient pouvoir se développer à deux niveaux. Premièrement, avec les publics, il

apparaissait important de renforcer les compétences et les connaissances des personnes concernées en termes d'usage du système de santé et de recours aux droits. Deuxièmement, au sein du secteur de promotion de la santé et des soins, il apparaissait nécessaire de favoriser un dialogue concret entre les acteurs de la santé et d'autres secteurs comme le logement afin par exemple, de pouvoir accompagner individuellement les populations confrontées au mal-logement.

A la suite de l'atelier 1 et de l'analyse de contenus effectuée par la coordination régionale en vue de l'atelier 2, la thématique s'est ainsi précisée : **Favoriser l'accès et le fonctionnement des services et du système de santé**. Les actions mises en avant par les participants lors des deux ateliers ont porté sur le maintien et/ou l'accès aux soins et aux services de santé, la réintégration dans les circuits de soin ou encore l'augmentation des ressources pour maintenir les activités de renforcement de l'accès aux soins. Les actions proposées ont concerné le développement de services spécifiques, tels que le développement de services mobiles ou de la continuité vaccinale mais aussi le renforcement de concertations professionnelles afin d'échanger sur les pratiques et les outils, de renforcer le travail en réseau et enfin, de favoriser la représentation des publics cibles dans les lieux de concertation et bien sûr l'intersectorialité.

Des concertations se sont développées durant la crise sanitaire, à l'instigation des décideurs politiques et de l'administration, mais aussi des professionnels qui ont pour la plupart, élargi leur réseau de partenaires. Ces espaces d'échanges sur les pratiques et les outils ont permis de prolonger et de renforcer à un niveau institutionnel l'intersectorialité qui pouvait prendre forme sur le terrain. Cependant, la possibilité de formaliser et d'organiser ces espaces d'échanges professionnels est ressortie comme une vraie question, en lien avec les ressources humaines et financières. Plus généralement, il apparaît que si des subsides liés à la COVID-19 ont parfois permis de répondre à des besoins structurels, antérieurs à l'épidémie, et qui n'étaient jusque-là pas couverts, de nouveaux besoins sont aussi apparus en termes d'accès et de fonctionnement des services (y compris à distance). De nombreuses initiatives se sont développées pour « aller vers » le public ; cependant « faire remonter » les constats de terrain n'est pas évident. Au terme de cette concertation, la construction d'un plaidoyer propre à la promotion de la santé apparaît nécessaire pour améliorer la communication des messages de prévention et s'assurer qu'ils soient adaptés aussi bien au grand public qu'aux publics spécifiques.

3.1.1 Favoriser le maintien et l'accès aux soins et aux services de santé

3.1.1.1 Maintenir les services d'accès aux soins

- **Aller au plus près des personnes vulnérables** et sortir les publics isolés de la sédentarité post-crise COVID-19.

P. ex., travailler avec des véhicules qui vont à la rencontre des publics (Game truck, Food truck, dépistages délocalisés, etc.).

- **S'adapter à l'émergence de nouvelles thématiques** liées à la COVID-19 et/ou de la spécificité de nouveaux publics dont le lien avec le secteur de promotion de la santé doit être construit.

P. ex., concernant la réduction des risques en milieux festifs : travailler avec le public de la sécurité pour réfléchir à comment organiser la fête dans un milieu sécurisé, etc.

- **Maintenir des alternatives non-numériques** (pour la communication et l'information, pour les consultations, etc.) pour les personnes n'ayant pas accès au digital (capacité ou accès matériel).

P. ex., proposer des solutions mixtes de présentiel et de distanciel pour garantir une permanence des services.

- **S'assurer de l'accès aux moyens de communication.**

P. ex., fournir des téléphones, des forfaits, et s'assurer de la possibilité de recharger des téléphones pour les publics les plus précaires.

- **Améliorer la communication auprès du grand public.**

3.1.1.2 Favoriser la continuité vaccinale

- **Rendre la vaccination accessible** à tous les publics prioritaires et assurer la continuité entre les différentes doses.

- **Développer des permanences de soin** dans l'espace associatif.

- **Permettre une discussion éclairée sur la vaccination** : les différentes techniques, les effets secondaires, les processus de validation, mais aussi les enjeux financiers associés à la vaccination et aux firmes pharmaceutiques, etc.

P. ex., créer des débats, inviter des scientifiques pour répondre aux questions des publics et des citoyens, etc.

- **Médiatiser le travail scientifique sur la vaccination et la recherche en général.**

P. ex., organiser des ateliers/conférences (en présentiel et en ligne) où l'on explique ce qu'est la recherche, le processus de validation des connaissances, des médicaments et traitements, les controverses scientifiques, etc.

- **Créer des outils visant à expliquer la vaccination** : des outils adaptés aux publics et validés par la première ligne de soins.

P. ex., coconstruire des brochures avec un vocabulaire adapté, accessible et compréhensible pour le public : jeunes, personnes avec déficience intellectuelle ou au contraire surinformées et ayant des questions spécifiques.

- **Comprendre les mécanismes et raisons sous-jacentes à l'hésitation vaccinale.**

P. ex., financer une recherche auprès des publics réticents pour saisir les différents facteurs qui entrent en ligne de compte.

3.1.1.3 Maintenir/favoriser la réintégration dans le circuit des soins

- **Garantir une présence sur le terrain** et ainsi privilégier un contact direct avec les publics plus défavorisés (migrants, sans-abris, sans-papiers, etc.).

P. ex., avoir une présence hebdomadaire dans les milieux de vie des publics cibles et/ou penser des formes de relais communautaires subsidiés.

- **Développer de nouveaux services pour garantir l'accès aux premiers soins.**

P. ex., intervenir dans la prise de rendez-vous médicaux et être en contact avec le personnel soignant, s'assurer du maintien du lien avec le médecin généraliste comme interlocuteur principal des personnes pour délivrer les informations médicales/consignes sanitaires (y compris quand il s'agit de consultations numériques).

- **Mettre en place des interventions rapides** pour remettre les personnes dans le circuit de soin et/ou réorienter vers les personnes compétentes.

- **Assurer des permanences de soin COVID-19 permettant de développer d'autres offres de soin** auprès d'un public vulnérable et/ ou en rupture de soins.

P. ex., assurer une permanence infirmerie qui permette d'engager un suivi médical, notamment en gynécologie.

- **Renforcer les équipes face à l'augmentation des demandes.**

P. ex., créer un partenariat entre une institution en santé mentale et un service de psychothérapeutes de première ligne qui permette de délocaliser le soutien psychologique et l'écoute active.

3.1.1.4 Maintenir et développer des services mobiles

- **Rendre permanents les projets temporaires** liés aux services mobiles qui se sont développés pendant la crise sanitaire.

P. ex., accompagner les travailleurs et travailleuses du sexe de rue qui sont passés à des réseaux de sites de rencontres pendant le confinement et sont alors devenus invisibles. Malgré l'évolution de la crise et la levée des restrictions, ce public reste sur ces réseaux.

- **Aller dans les milieux de vie pour apporter du matériel de prévention** aux publics.

P. ex., ouvrir un comptoir d'échanges de matériel pour usagers de drogue, destiné à l'accompagnement administratif et à la distribution de matériel.

- **Faire circuler des informations en format papier pour les lieux fermés.**

P. ex., rédiger une gazette interne en centre de détention et proposer des informations utiles en termes de prévention (utilisation du masque, du gel, des gestes barrières, de la vaccination, etc.).

- **Rendre accessibles des kits de survie** dans tous les milieux de vie où des publics précaires sont présents.

P. ex., mettre à disposition des brochures, préservatifs, adresses utiles, kits d'hygiène, dans le milieu carcéral, en centres fermés, dans la rue, etc.

3.1.1.5 Augmenter les ressources pour maintenir les activités de renforcement de l'accès aux soins

- **Améliorer les conditions de vie des populations** (logement, travail, titres de séjour, alimentation, etc.).

- **Améliorer l'accessibilité financière et géographique des soins.**

P. ex., développer des services de transport en commun pour rendre les centres de santé des zones rurales accessibles.

- **Pérenniser les financements des activités/travailleurs** qui ont été mis en place face à de nouveaux besoins.
- **Renforcer les équipes mobiles pour la recherche des perdus de vue** et les soins aux personnes ne pouvant se déplacer ou ayant transformé leurs pratiques, après la crise COVID-19.
- **Renforcer les équipes de la première ligne de soins**, de l'action sociale et de la santé mentale (autant en milieu hospitalier, qu'à domicile et en équipe mobile).
- **Pérenniser les organismes associatifs de promotion de la santé** et éviter la course aux subsides et la compétition.

P. ex., prendre en compte l'indexation des salaires.

3.1.2 Créer des concertations professionnelles avec/pour les acteurs de terrain

3.1.2.1 Échanger sur les pratiques et les outils

- **Favoriser des échanges sur les pratiques liées à une problématique prédéfinie** liée au COVID-19 ou à une autre épidémie.
- **Créer des répertoires des services existants**, notamment dans le domaine de la précarité et du handicap afin de favoriser la collaboration et la connaissance intersectorielle.
- **Créer un répertoire d'outils de prévention COVID-19 en ligne**, avec des espaces d'échanges par thématique et/ou par public.
- **Documenter l'existence de nouvelles pratiques** et créer des outils adaptés.

P. ex., des fiches d'information face aux substances illégales livrées par la poste suite aux fermetures des frontières et méconnaissances de la « qualité » du produit.

3.1.2.2 Formaliser et organiser des espaces d'échanges professionnels

- **Penser un plan de crise en promotion de la santé** comme c'est le cas pour les services de soins.
- **Financer des séances d'échanges, de concertations interdisciplinaires** et de collaboration entre professionnels de la santé du médical et du paramédical.
- **Améliorer la communication, la coordination, le réseautage et la concertation entre les professionnels** (action sociale, secteur culturel, santé mentale, première et deuxième ligne de soins).
- **Harmoniser la diffusion d'informations** avec une collaboration pluridisciplinaire et la prise en compte des publics spécifiques.

- **Favoriser une meilleure compréhension des informations officielles.**

P. ex., travailler sur la littérature en santé dans les lieux de rassemblement qui ont été maintenus comme l'école et les centres de vaccination.

- **Financer des moments de concertation** entre différentes catégories de professionnels.
- **Permettre aux opérateurs de terrain de faire partie** de ces réflexions et réseaux, d'une manière ou d'une autre.

3.1.2.3 Promouvoir l'intersectorialité sur le terrain

- **Promouvoir la pluridisciplinarité** afin d'accroître la complémentarité des interventions, d'aider au développement des compétences transversales des professionnels et de prévenir le burn-out.
- **Renforcer l'intersectorialité** en favorisant une approche plus transversale sur le terrain.
- **Renforcer le travail en réseau existant.**

P. ex., dans la problématique du décrochage scolaire en lien avec la santé mentale ou en s'ouvrant à de nouveaux partenaires spécialisés dans la communication numérique.

- **Créer des infrastructures absentes localement.**

P. ex., ouvrir des maisons médicales ou postes de garde dans des communes qui n'en ont pas.

- **Avoir un facilitateur local** qui soit un point d'ancrage et puisse aider à la coordination.

3.1.2.4 Favoriser la représentation des publics cibles dans les lieux de concertation

- **S'assurer de la représentativité des différents publics.**

P. ex., le besoin de parole du public du secteur du handicap a été minimisé et les minorités ethno-raciales qui ont été les plus impactées, sont absentes des concertations, etc.

- **Prendre en compte la venue et la spécificité de nouveaux publics.**

P. ex., les personnes originaires d'Amérique latine travailleurs et travailleuses du sexe, cisgenres ou transgenres.

- **Développer une approche la plus inclusive possible** des Stratégies concertées Covid.

P. ex., identifier les publics absents, tels que les personnes sans titre de séjour régulier organisées en collectifs.

- **Réfléchir à comment faire participer les publics vulnérables dans les espaces de concertation.**

P. ex. les migrants sans-papiers organisés en collectifs devraient pouvoir prendre part à ces concertations et être rémunérés pour leur contribution.

3.1.2.5 Plaidoyer à mettre en œuvre

- **Développer un plaidoyer** pour faire remonter les difficultés rencontrées par les publics et faire le lien entre professionnels et politiques.

P. ex., faire une large promotion du résultat de ces ateliers (i.e. le présent rapport).

- **Promouvoir la promotion de la santé dans le débat public** : sensibiliser à l’aspect « santé globale » pour faire intégrer la définition de l’OMS dans le milieu médical.

P. ex., formaliser les Stratégies concertées Covid.

- **Faire remonter au niveau fédéral les avis du secteur de promotion de la santé** (récoltés par les Régions et les Communautés).
- **Favoriser les liens entre l’INAMI et la promotion de la santé.**
- **Revendiquer un financement pour permettre à certains publics de participer** aux concertations afin de mieux prendre en compte leurs besoins.

3.2 Renforcer l’accompagnement des publics par les professionnels et le maintien du lien social

L’état des lieux (étape 1) avait fait ressortir **la réduction des impacts psychosociaux de la crise par la lutte contre l’isolement social et de l’accroissement des aptitudes individuelles et collectives** comme un thème de travail prioritaire. Les données ont montré que l’épidémie et les périodes de confinement ont accentué des problématiques liées aux milieux de vie (p. ex., limitation des déplacements, télétravail, utilisation accrue des écrans, contacts sociaux restreints, etc.) et aux modes de vie (p. ex., troubles alimentaires, obésité, sédentarité, consommation problématique d’alcool ou de psychotropes, augmentation du tabagisme, etc.).

Une insatisfaction pour un quart de la population a été relevée concernant les contacts sociaux, ainsi qu’un fort sentiment de solitude. L’exacerbation des problèmes préexistants en santé mentale, et la création d’une nouvelle forme de détresse psychologique ont été par ailleurs accentuées au sein de groupes spécifiques, souvent déjà vulnérables en amont de la crise sanitaire. Cet état des lieux a fait ressortir la nécessité d’actions au niveau individuel comme collectif pour favoriser premièrement, *l’empowerment* des citoyens à travers le développement de la littératie en santé, deuxièmement, le partage d’activités sociales investies de sens et de plaisir (pour augmenter le sentiment d’appartenance) et troisièmement, le soutien d’actions renforçant les démarches locales et construites au départ des besoins des personnes concernées. Il s’agissait donc ici de favoriser la cohésion sociale et de promouvoir des dynamiques locales de santé communautaire.

Du point de vue des institutions, il s’agissait de développer la formation continue des professionnels et de créer des opportunités d’échanges autour des pratiques, en matière de prévention des maladies, aussi bien à l’endroit des usagers que des professionnels (prévention de l’épuisement professionnel/burn-out). Ce qui renvoyait aux possibilités matérielles de déploiement d’initiatives pour outiller les structures et les équipes de première ligne en partant des réalités vécues par les premiers concernés.

A la suite de l’atelier 1 et de l’analyse de contenus effectuée par la coordination régionale en vue de l’atelier 2, la thématique s’est ainsi précisée : **Renforcer l’accompagnement des publics par les professionnels et le maintien du lien social**. Les actions mises en avant par les participants lors des ateliers ont concerné l’accompagnement des publics dans leurs parcours d’accès aux soins, la nécessité de renforcer cet accompagnement et le suivi des publics.

Elles ont porté sur le renforcement des démarches communautaires au travers notamment des facilitateurs en santé, des agents communautaires et des acteurs de la première ligne. Pendant la crise sanitaire, l'isolement social a pu entraîner une perte de confiance vis-à-vis des institutions et des associations, ce qui a nécessité une adaptation des pratiques de la part des professionnels pour remobiliser les publics et/ou recréer un lien social. Le développement de liens de proximité avec les publics a supposé de pouvoir assurer des accompagnements personnalisés et de prendre le temps de l'établissement (ou du rétablissement) de la confiance.

Les parcours d'accès aux soins témoignent de toute une série de problématiques autour du numérique, de l'administratif ou de la précarité, qui sont autant de possibilités de rupture du lien social. Pour autant, la modalité d'accompagnement des publics ne fait pas consensus concernant les possibilités d'accession à une autonomie et/ ou à un *empowerment*, à moyen et long terme, des publics vulnérables. La discussion relative à la manière de gérer sur le long terme la dépendance que les publics précaires et/ou vulnérables peuvent avoir à l'égard des professionnels, a fait ressortir le besoin de discuter de manière plus fondamentale des principes de la promotion de la santé. Les objectifs opérationnels sont détaillés ci-dessous.

3.2.1 Accompagner les publics dans leur parcours d'accès aux soins

3.2.1.1 Renforcer l'accompagnement et le suivi des publics

- **Promouvoir les démarches communautaires et le lien social.**
- **Privilégier un accompagnement menant à l'autonomie du public.**
- **Coconstruire l'accompagnement des personnes avec les réseaux de professionnels** et pas uniquement les professionnels de la promotion de la santé.

P. ex., penser aux autres relais comme les facilitateurs en santé, les agents communautaires et les services de première ligne.

- **Accompagner la sortie de l'hôpital** pour soutenir au mieux la transition entre l'hôpital et le milieu de vie.

3.2.1.2 Renforcer les facilitateurs en santé / les agents communautaires

- **Faire le lien entre les facilitateurs en santé / les agents communautaires et les autres services de première ligne** pour signaler les problèmes structurels d'accès aux soins de santé.
- **Faire le lien entre les facilitateurs en santé / les agents communautaires et les services de deuxième ligne** pour proposer un accompagnement individuel (croisement enjeux santé / logement / emploi).
- **Augmenter les possibilités de soutien administratif** en renforçant les ressources des facilitateurs en santé / des agents communautaires.

- **Faciliter et simplifier l'accès aux aides administratives et matérielles** pour les personnes vulnérables.

P. ex., pour l'accès aux véhicules pour les personnes à mobilité réduite, réduire la lourdeur administrative.

3.2.1.3 Renforcer les accompagnements individuels

- **Réduire l'espace-temps administratif dans les parcours d'accès au médical.**
- **Faciliter l'accompagnement individualisé aux rendez-vous médicaux** des personnes en rupture de soins.
- **Favoriser un accompagnement pluridisciplinaire**, qui tienne compte des aspects psychosociaux du public en situation de précarité.
- **Travailler en collaboration entre différents services** (mutuelles, CPAS notamment).
- **Renforcer le contact physique dans les démarches administratives.**

P. ex., s'assurer de la possibilité d'interactions dans les échanges liés à la santé, ne serait-ce que par la présence de guichets.

3.2.1.4 Renforcer la première ligne⁸⁶

- **Améliorer la communication et la collaboration** entre les professionnels de première ligne de soins et de 2ème ligne⁸⁷.
- **Favoriser le contact avec la première ligne de soins en santé mentale.**
- **Faire connaître les services de première ligne existants aux personnes concernées.**

P. ex., les mutuelles, CPAS, les services de santé mentale, etc.

3.2.2 Renforcer les démarches communautaires et le lien social

3.2.2.1 Renforcer les mesures sanitaires adaptées

- **Adapter les services selon les publics** notamment ceux les plus exposés à l'isolement.
- **Adapter les services d'accompagnement aux contraintes sanitaires** comme la quarantaine.

P. ex., livrer des colis alimentaires.

⁸⁶ Alvarez et al (2020) définissent les soins de première ligne comme ceux qui consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale axée sur la personne (Alvarez et al, 2020 : 27). Voir aussi le glossaire en annexe 3.

⁸⁷ « La deuxième ligne inclut les professionnels de l'aide et des soins, qui peuvent être consultés après avoir été référés, p.ex. un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre d'un centre de santé mentale. Les hôpitaux généraux appartiennent aussi à la deuxième ligne », Alvarez et al, ibid.: 112.

- **Améliorer la communication** dans un langage accessible et adapté aux spécificités du public.
- **Développer une approche positive de la communication.**

P. ex., éviter les discours axés sur la peur, le stress, le négatif, etc.

- **Renforcer les compétences en promotion de la santé des médias et politiques** qui communiquent les décisions et mesures.

P. ex., éviter le registre liberticide.

- **Lutter contre les fake news.**
- **Proposer des mesures sanitaires adaptées** aux lieux de rencontre pour publics plus exposés.

P. ex., en ce qui concerne les lieux de prostitution, ou des lieux de fête associés à des prises de drogue, qui se sont déplacés durant le confinement.

3.2.2.2 Développer les liens de proximité

- **Rétablir le lien de proximité** entre la première ligne et le secteur médical.
- **Renforcer les structures de santé** qui s'inscrivent dans une démarche communautaire.
- **Renforcer le capital numérique du public** (cf. infra) y compris en contexte carcéral.

3.2.2.3 Développer les espaces d'échanges et valoriser les actions collectives

- **Soutenir les groupes de parole** autour de communautés d'expériences.
- **Multiplier et pérenniser** les « cafés papote » et « cafés-trottoirs » pour échanger et rompre l'isolement social.
- **Pérenniser les lignes téléphoniques ouvertes en permanence** pour maintenir le contact avec les publics.
- **Renforcer les ateliers** d'activités collectives telles que couture, peinture, cuisine, etc.
- **Maintenir les groupes de discussion téléphonique** avec les publics vulnérables, y compris avec les institutions et administrations.
- **Maintenir l'organisation de balades** en extérieur pour retisser le lien social.

P. ex., à pied, à vélo ou en voiturette.

- **Renforcer les espaces d'entraide communautaire** à partir des ressources existantes dans les quartiers.

3.2.2.4 Systématiser la pair-aidance

- **Inscrire la pair-aidance dans une démarche de cohésion sociale** en ramenant les publics les plus isolés avec des initiatives citoyennes.

P. ex., proposer un répit solidaire ou des ateliers d'échanges de savoir par et pour les publics pour faciliter la diffusion d'informations.

- **Adapter les services d'accompagnement** par les pairs aux contraintes sanitaires comme la quarantaine.
- **Renforcer les structures de santé** qui s'inscrivent dans une démarche communautaire.
- **Favoriser les groupes de parole** qui encouragent l'expression et le partage des ressources.
- **Sensibiliser les proches de publics vulnérables** à l'importance du lien entre santé mentale et support social.

3.3 Renforcer l'aménagement des milieux de vie et l'implication des citoyens

L'état des lieux (étape 1) avait fait ressortir **la transition vers des milieux de vie et des modes de vie associés à une meilleure santé** comme un thème de travail prioritaire. En effet, la littérature avait montré une accentuation des problématiques de santé liées aux modes de vie (troubles alimentaires, obésité, consommation problématique d'alcool ou de psychotropes, augmentation du tabagisme) et l'apparition et/ou l'aggravation de troubles de santé mentale (troubles anxieux, troubles dépressifs, etc.). Les publics les plus concernés étaient nombreux : les jeunes, les personnes isolées par les mesures de confinement dans les maisons de repos et les milieux pénitentiaires, les personnes les plus touchées sur le plan économique ou encore les professionnels de santé.

Des interventions (prévention et prise en charge) dans les domaines de la promotion de la santé et de la sensibilisation aux risques de développer des troubles de santé mentale ressortaient comme nécessaires. Et cela renvoyait aussi bien à la création d'opportunités d'échanges (pour lutter contre l'isolement social) qu'à des stratégies d'action adaptées aux différents publics et milieux de vie. En particulier par le renforcement des actions de soutien des « projets de territoire » au sein desquels l'ensemble des acteurs (élus, associations et citoyens) sont inclus dans le cadre d'un partenariat renforcé.

À la suite de l'atelier 1 et de l'analyse de contenus effectuée par la coordination régionale en vue de l'atelier 2, la thématique s'est ainsi précisée : **Renforcer l'aménagement des milieux de vie et l'implication des citoyens**. Les actions mises en avant par les participants lors des ateliers ont renvoyé à la nécessité de penser des milieux de vie adaptés à des publics spécifiques, que ce soit en créant des nouveaux milieux de vie ou en améliorant les milieux de vie existants. Cette démarche est fondamentalement intersectorielle puisqu'elle nécessite de sensibiliser et de former les professionnels engagés dans l'aménagement des milieux de vie à une approche plus globale en promotion de la santé.

Elle est également citoyenne dans la mesure où elle questionne la place des publics plus vulnérables, précaires, isolés, dans l'espace public et plus généralement dans la société. La concertation a ici porté sur ce qui permet de rendre des milieux de vie, non seulement plus accessibles mais plus durables. Le

développement d'organes de concertation citoyenne au niveau local est une piste à investiguer dans la mesure où elle permet d'impliquer les citoyens et différents publics dans la conception, l'aménagement mais aussi l'entretien, et donc la durabilité, de milieux de vie. En outre, elle est aussi associée à une démarche plus globale visant à favoriser la participation citoyenne et l'*empowerment* (ou capacitation). La systématisation de la pair-aidance est ici abordée sous l'angle de la nécessaire revalorisation du statut des pair-aidants. De manière synthétique, on détaille ci-dessous les objectifs opérationnels qui sont ressortis pour cette thématique.

3.3.1 Aménager des milieux de vie pour des publics spécifiques

3.3.1.1 Améliorer l'accessibilité des milieux de vie existants

- **Aborder l'accessibilité de manière pluridimensionnelle.**

P. ex., en prenant en compte : l'aspect financier, la localité et l'accès géographique (un lieu central), la communication (accéder à l'information) et la logistique (transports en commun, parking, rampes d'accès etc.).

- **Aller vers les citoyens** : la démarche doit être « aller vers » le public, et non pas attendre qu'il « vienne à nous ».

P. ex., penser à dupliquer une même activité dans divers lieux (parfois les activités sont trop loin et le déplacement implique un coût, ce qui peut être un frein).

- **Créer des occasions pour que des publics qui ne se connaissent pas, puissent se rencontrer.**

P. ex., organiser des rencontres entre le public du secteur du handicap et celui de la santé.

- **Garantir l'accès aux infrastructures sportives ou des activités dédiées au bien-être.**

P. ex., rendre l'accès gratuit et adapté aux restrictions sanitaires. Ou organiser des activités extérieures, des dispositifs mobiles, des ateliers culinaires, etc.

3.3.1.2 Sensibiliser et former les professionnels à une approche plus globale en promotion de la santé

- **Organiser la formation des professionnels en promotion de la santé de manière intersectorielle.**

P. ex., former les acteurs et relais de première ligne à l'accès à l'alimentation saine et à la pratique d'activité physique, ou sensibiliser aux effets du racisme ordinaire sur la santé globale et mentale.

- **Renforcer l'offre de formation pour les professionnels** en promotion de la santé.

- **Penser le bénéfice de la formation pour l'ensemble de la structure** (et pas seulement ceux qui ont suivi la formation).

P. ex., prévoir un temps de transmission des savoirs acquis.

- **Former les professionnels en vue d'un projet qui doit devenir pérenne**, global et cohérent.

- **Sensibiliser les professionnels** qui ne viennent pas du milieu psychosocial, médical.

P. ex., intégrer dans le plaidoyer politique lié à l'aménagement de l'environnement, la réduction du nombre de fast-food par mètre carré dans un quartier.

- **Inclure la promotion de la santé dans les cursus d'études** qui ne relèvent pas des formations du psychosocial, médical.

P. ex., associer l'architecture, l'urbanisme, la restauration, etc.

- **Impliquer les professionnels de terrain**, les former et les sensibiliser à la promotion de la santé.
- **Former des interprètes** pour favoriser la littératie en santé de certains publics cibles.

3.3.1.3 Aménager des lieux de vie collectifs durables

- **Créer plus de lieux de vie collectifs et publics.**

P. ex., développer des parcs, des centres sportifs ou culturels, potagers communautaires, etc.

- **Tenir compte des différents milieux de vie** dans la manière d'aménager les lieux et les espaces.

P. ex., faire du plaidoyer auprès des responsables politiques de l'urbanisme pour rendre compte de la manière dont les milieux de vie impactent la promotion de la santé.

- **Pérenniser ces lieux de vie.**

P. ex., garantir leur entretien et sécurité par les communes, créer des dynamiques collectives de concertation avec les citoyens en amont de ces projets et ensuite dans la gestion.

- **Promouvoir ces lieux auprès des publics concernés.**

P. ex., créer des moments de convivialité pour diffuser les informations et impliquer les publics dans leur gestion.

- **Élargir le réseau des acteurs locaux impliqués.**

P. ex., mettre à disposition la liste des associations sur son territoire, pour rendre visible la pluralité des acteurs avec lesquels des collaborations seraient possibles.

P. ex., collaborer avec les grands magasins (colis alimentaires) qui peuvent être des ressources dans ce type de projets même s'ils ne font pas partie du secteur et des réseaux associés.

3.3.2 Favoriser l'empowerment et la participation citoyenne

3.3.2.1 Revaloriser le statut des pair-aidants

- **Développer une culture d'intervention** dans laquelle la solution vient autant du secteur médical ou des professionnels que des « bénéficiaires ».

- **Organiser un travail autour des concepts en promotion de la santé.**

P. ex. clarifier les termes de « public cible », « bénéficiaire » et « usager ».

- **Clarifier les politiques de la pair-aidance.**

P. ex., questionner les actions publiques différenciées auxquelles renvoient les termes de pair-aidance, de parrainage ou de travail communautaire.

- **Sortir d'une vision hiérarchisée de l'aide.**

- **Valoriser la place de l'aidant proche** au sein de la société.

P. ex., au niveau de l'adaptation du temps de travail, du statut.

3.3.2.2 Développer un organe de concertation citoyenne

- **Mettre en place une concertation avec les publics** pour comprendre leurs besoins en termes de santé, notamment dans le cadre des Stratégies concertées.
- **Poursuivre et renforcer l'implication du public** afin d'identifier les besoins dans une démarche *bottom-up*, en amont des décisions prises.

3.3.2.3 Renforcer les pratiques d'empowerment

- **Organiser un travail de réflexion sur les pratiques visant à « faire participer »** le public.
- **Améliorer la compétence numérique** des publics les plus exposés à la COVID-19 et aux inégalités de santé.

P. ex., augmenter les permanences d'aide par rapport à l'utilisation d'internet et du téléphone pour les publics isolés et/ou vulnérables (auprès du milieu carcéral ou des personnes souffrant d'un handicap, personnes âgées, etc.).

- **Favoriser une meilleure alimentation dans un esprit d'économie circulaire.**

P. ex., offrir des bons alimentaires pendant la crise sanitaire pour maintenir l'accès aux épiceries solidaires (pas seulement « distribution » de colis), proposer des paniers de légumes en économie locale (plutôt que des plats préparés tels que des conserves), mettre en place un frigo solidaire dans les quartiers.

3.4 Renforcer l'accessibilité de l'information et l'adaptation des services aux publics cibles

L'état des lieux (étape 1) avait fait ressortir **le renforcement de la prévention des maladies chroniques par des actions de sensibilisation relatives à la continuité des soins et à l'amélioration de l'accès aux soins** comme un thème de travail prioritaire. La littérature a montré que la crise sanitaire a eu un impact sur la santé de la population et sur le système de santé, bien au-delà de la seule prise en charge de la COVID-19.

Les services de soins de santé et plus particulièrement les services de soins intensifs ont connu une augmentation du taux d'occupation, engendrant une saturation de l'ensemble des services de santé pendant la crise, y compris les services psychiatriques. Cette saturation et la suspension de services non-urgents dans les structures hospitalières a engendré le report de soins de santé, avec des conséquences importantes dans le cas des maladies chroniques (p. ex., cancer, troubles anxieux et

dépressifs aggravés pouvant générer des idéations suicidaires, etc.) et sachant que les comorbidités sont un facteur de risque de formes aggravées de la COVID-19.

Le report des soins a aussi entraîné des conséquences sur les dépistages (dont les IST et le VIH) et les actes gynécologiques (dont l'IVG). La peur de contracter le virus est aussi apparue comme un facteur de risque d'interruption de soins pour les malades chroniques et les personnes en situation de handicap ou nécessitant un suivi en santé mentale (avec ici un risque plus accru de rupture de soins).

Enfin, l'accessibilité de l'information dans le contexte du passage au numérique d'un certain nombre de services s'est aussi posée au regard de la littératie en santé et de l'accès au numérique. Au niveau institutionnel, il apparaissait important de proposer des alternatives en garantissant une présence de la première ligne sur le terrain, dans les milieux de vie, et en privilégiant un contact direct avec les publics les plus précarisés et vulnérables (migrants, sans-abris, sans-papiers, travailleuses et travailleurs du sexe, etc.). Cela posait la question de la coordination entre les acteurs sur un territoire donné afin de mettre en œuvre des actions communes en faveur de l'accès aux soins de première ligne.

À la suite de l'atelier 1 et de l'analyse de contenus effectuée par la coordination régionale en vue de l'atelier 2, la thématique s'est ainsi précisée : **Renforcer l'accessibilité de l'information et l'adaptation des services aux publics cibles**. Les actions mises en avant par les participants lors des ateliers ont porté sur la diffusion de l'information et l'adaptation des messages et des services aux publics cibles.

Le passage massif au numérique a redéfini les conditions d'accès à l'information et/ou aux soins et a mobilisé les professionnels sur la possibilité d'équiper les publics voire de les accompagner dans l'utilisation des outils numériques. La nécessité de développer la littératie en santé a été mise en avant dans la concertation aussi bien du point de vue des compétences des publics que des pouvoirs publics. Elle est apparue comme indissociable de l'augmentation de la cohérence des mesures sanitaires et des modalités de sa diffusion. La nécessité d'une plus grande centralisation des informations et prises de décision a été réitérée. Cela va dans le sens d'une meilleure articulation du niveau communal, régional et fédéral. La mise en œuvre d'appuis ciblés pour les publics précarisés et vulnérables, a aussi fait l'objet de discussions et fait appel au développement d'actions de recherche qui soient en rapport avec les enjeux identifiés sur le terrain. Plus généralement, l'organisation de la communication publique a été discutée au regard de la nécessité d'approches *bottom-up* répondant aux questions, incertitudes ou craintes des publics.

Enfin, au sein même des organisations, la question de la cohérence des informations et des mesures s'est posée du point de vue des travailleurs et a fait ressortir la nécessité de bilans de la gestion de la crise sanitaire (ce qui a marché ou non), voire de la possibilité d'élaboration d'un plan d'urgence en cas de résurgence épidémique. Les détails objectifs opérationnels par thématique sont détaillés ci-dessous.

3.4.1 Diffuser une information adaptée, cohérente et accessible

3.4.1.2 Développer la littératie en santé

- **Faciliter et améliorer la communication vers le public au niveau local** (en incluant la communication digitale).

P. ex., rendre accessibles des informations claires, vulgarisées, dans un langage adapté, etc.

- **Développer des outils visant à démystifier la vaccination** et favoriser la compréhension des gestes barrières.
- **Réduire la dissonance entre ce qui est mis en œuvre et la réalité du terrain.**
- **Mettre en place des séances d'information adaptées** à la spécificité des groupes en évitant toute stigmatisation.
- **Sensibiliser les journalistes** à la promotion de la santé dans la manière de communiquer.
- **Créer une visibilité des messages de promotion de la santé sur les réseaux sociaux.**

3.4.1.3 Augmenter la cohérence des mesures sanitaires

- **Offrir un discours commun et cohérent sur les normes sanitaires en tenant compte du niveau de compétence du public et de son territoire.**

P. ex., éviter la surinformation qui donne un sentiment d'insécurité face à des informations contradictoires.

- **Réduire le nombre d'intermédiaires entre politiques et professionnels** dans l'information relative aux mesures liées à la crise sanitaire.

P. ex., avoir un seul interlocuteur pour édicter les mesures d'urgence.

P. ex., penser un dispositif ou un protocole en cascade en cas d'urgence.

- **Inclure des personnes de confiance dans la chaîne de diffusion d'informations** auprès de publics méfiants vis-à-vis des institutions.
- **Évaluer l'impact des mesures qui ont été prises sur la santé.**

P. ex., évaluer l'effet de la fermeture des écoles sur la santé mentale des enfants et des parents.

- **Publier et diffuser des fiches-outils** sur la COVID-19, la vaccination et les mesures de prévention.

3.4.1.4 Centraliser les informations et prises de décision

- **Centraliser les informations disponibles sur la COVID-19**, ce qui a été fait, ce qui a été démontré ailleurs.

P. ex., pouvoir orienter les publics sur ce qu'est la COVID-19, que faire en cas de contamination, comment obtenir son COVID Safe ticket, etc.

- **Permettre une formation en réseau** accessible à tout opérateur.
- **Rendre accessibles différents types de littérature** (scientifique, grise, institutionnelle).

P. ex., rassembler sur un même site les outils existants et les bonnes pratiques.

- **Élaborer un plan d'urgence** dans chaque structure en termes de consignes, adapté à la spécificité de la structure et de ses missions.

3.4.2 Développer des appuis ciblés pour les publics précarisés

3.4.2.1 Développer des actions de recherche en rapport avec les enjeux identifiés sur le terrain

- **Faire le bilan des effets des mesures prises sur la santé globale.**
- **Mener des actions de recherche en rapport avec les enjeux identifiés sur le terrain.**

P. ex., sur l'hésitation vaccinale et les mouvements anti-vaccination.

- **Développer des recherches-actions** qui incluent les publics dès le départ.
- **Former les opérateurs de terrain aux recherches communautaires.**

P. ex., distinguer recherche-action, recherche-interventionnelle, recherche communautaire.

P. ex., expliciter les méthodes reconnues en recherche communautaire.

- **Développer des projets collaboratifs entre les différents acteurs de la promotion de la santé.**

P. ex. une association et un service de troisième ligne, dans un esprit d'innovation et de concertation permanent.

3.5 Actions prioritaires par axe thématique

Au terme de l'atelier 2 « validation et priorisation », des actions prioritaires associées à chacune des quatre thématiques ont été dégagées de la série des objectifs d'actions (cf. ci-dessus). Les actions considérées comme prioritaires par les participants lors de ce processus de concertation sont reprises ci-dessous. Elles sont, pour chaque thématique, classées selon l'ordre de priorité énoncé par les opérateurs de terrain lors de l'atelier.

Pour la thématique 1 : favoriser l'accès et le fonctionnement des services et du système de santé

1. Renforcer les équipes de la première ligne de soins, de l'action sociale et de la santé mentale.
2. Maintenir des alternatives non numériques.
3. Augmenter les enveloppes budgétaires du secteur social et de soins.
4. Améliorer la communication, la coordination, le réseautage et la concertation entre les professionnels.

Pour la thématique 2 : renforcer l'accompagnement des publics par les professionnels et le maintien du lien social

1. Prévoir un accompagnement physique et un soutien moral des publics vulnérables et isolés.
2. Renforcer le lien entre les structures et la première ligne de soins.
3. Rétablir le lien social/proximité comme première porte d'entrée pour raccrocher aux soins/services.

Pour la thématique 3 : renforcer l'aménagement des milieux de vie et impliquer les citoyens

1. Garantir un accès gratuit et local à des infrastructures sportives ou des activités dédiées au bien-être, adaptées aux restrictions.
2. Développer une communication non culpabilisante et adaptée aux publics.

3. Mettre en place une concertation avec les publics pour comprendre leurs besoins en termes de santé.

Pour la thématique 4 : renforcer l'accessibilité de l'information et adapter les services aux publics cibles

1. Offrir un discours commun et cohérent sur les mesures notamment sanitaires.
2. Lutter contre les *fakes news* via des stratégies de communication qui prennent en compte les spécificités des groupes.
3. Faciliter et améliorer la communication (y compris digitale) en diffusant des informations claires et dans un langage adapté.

3.6 Entretiens intersectoriels

Pour approfondir les constats relevés lors des ateliers participatifs, et dans le but d'intégrer une vision régionale complémentaire, des entretiens individuels ont été menés avec les représentants désignés de secteurs jugés prioritaires au sein du dispositif des Stratégies concertées Covid, à savoir le Centre de Référence en Santé Mentale (ci-après CRéSaM)⁸⁸ et le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (ci-après RWLP)⁸⁹. Il s'agissait de questionner de manière plus approfondie d'une part, l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le secteur de la santé mentale, qui constitue un élément central dans les observations des opérateurs, et d'autre part, les conséquences de la crise sanitaire sur les publics précarisés.

3.6.1. Santé mentale

À l'instar de nombreux secteurs, les professionnels du secteur de la santé mentale (ci-après dénommés SSM) ont été amenés à réorganiser leurs services durant la crise sanitaire selon le CRéSaM. Ces adaptations ont été nécessaires pour apporter une réponse à un certain nombre de problématiques, dont trois exemples marquants sont détaillés ci-après : l'accès aux services de soin, la continuité des soins et l'homogénéité des mesures.

⁸⁸ Le CRéSaM est une association visant à soutenir l'action des professionnels de la santé mentale et leur intégration dans le réseau de soins en santé mentale. Les missions principales de l'association sont d'offrir un appui aux acteurs de santé mentale dans la réalisation de leurs objectifs, d'assurer un observatoire des pratiques et initiatives en santé mentale, de porter un certain nombre de recherches et de permettre une concertation transrégionale et transectorielle entre acteurs de santé mentale. En ce sens, elle se distingue d'une fédération, et ne comporte pas une mission de représentation de tout un secteur. Néanmoins, ses relations de collaboration forte avec les acteurs de la santé mentale au niveau régional, et principalement les Services de Santé Mentale (ci-après dénommé SSM) répartis sur tout le territoire wallon, lui confère un statut d'interlocuteur privilégié pour aborder les constats relatifs à l'influence de la pandémie COVID-19 sur le fonctionnement des opérateurs en santé mentale.

⁸⁹ Le RWLP rassemble des personnes et des associations de Wallonie qui veulent que tous les citoyens disposent de droits leur permettant de vivre dans des conditions correctes, et que chacun, quel que soit "son potentiel de départ" puisse accéder à ces droits et les exercer. Le Réseau développe des actions collectives socio-politiques pour agir sur les politiques structurelles afin d'éradiquer la pauvreté, notamment par une répartition équitable et collective des richesses au sens le plus large. Le Réseau cherche à atteindre ces objectifs avec tous les acteurs de la société civile et publique dans une préoccupation de pratique démocratique, et ce en facilitant/favorisant la participation active des personnes les plus concernées, soit celles qui connaissent la pauvreté, l'appauvrissement, la précarisation ou l'exclusion. Le RWLP dispose donc d'une connaissance approfondie de la réalité quotidienne des personnes en situation de pauvreté et constitue un interlocuteur de premier plan pour évoquer l'impact de la crise sanitaire sur les problématiques de la précarité en Wallonie et sur la détérioration des conditions de vie des personnes qui vivent dans la pauvreté ou dans une situation d'exclusion sociale.

3.6.1.1. Accès aux services de soins

Un des défis centraux liés à la pandémie et aux mesures de confinement a été de devoir assurer le suivi des publics cibles et de maintenir l'offre de services de soins en santé mentale. Durant une période assez prolongée, liée au confinement ou aux restrictions de contacts sociaux, les équipes mobiles qui ont travaillé en relation avec les services de santé mentale n'ont plus été en mesure de se rendre au domicile des bénéficiaires (par exemple dans le cas d'une aide familiale à domicile). Dans de nombreux cas, cela a pu accentuer la rupture du lien social de personnes déjà isolées auparavant. A ceci se sont ajoutées les difficultés administratives liées aux démarches devant être faites par voie numérique, qui ont également été déterminantes dans les ruptures de suivi.

Par ailleurs, il faut souligner le fait que de nombreux services de santé mentale n'ont pas été en mesure de répondre à la demande de suivi. D'une part, de nombreux services, déjà saturés, ont été submergés de nouvelles demandes, notamment durant la période du déconfinement. D'autre part, certaines situations déjà prises en charge se sont complexifiées, tout particulièrement avec l'ajout d'une dimension sociale aggravante : des conditions de vie difficiles ou un état de santé mentale détérioré. Une des conséquences de cette aggravation a été l'augmentation du besoin de personnel pour pouvoir gérer l'ensemble et la complexité des situations faisant suite à la crise sanitaire.

3.6.1.2. Continuité du suivi thérapeutique

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, les personnes qui fréquentaient habituellement les 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). D'autre part, il est important de souligner qu'une aide financière a permis de renforcer les effectifs des SSM. Celle-ci a permis de réduire l'engorgement des services faisant face à une demande importante, sans pour autant la résorber totalement. Elle a aussi permis de prendre en charge de nouveaux bénéficiaires. Cependant, une inquiétude des professionnels de terrain a été exprimée concernant la possibilité d'interruption de ces aides, ce qui mènerait à nouveau à une augmentation du phénomène de rupture ou de discontinuité des suivis thérapeutiques.

Comme dans de nombreux autres cas, les professionnels de la santé mentale ont déploré l'incohérence qui a pu exister entre les mesures adoptées par les différents niveaux de pouvoirs. L'obligation de devoir poursuivre leurs missions en distanciel a représenté une problématique importante dans un secteur où les interactions interpersonnelles sont primordiales. Pour répondre aux nombreux questionnements que ce contexte imposait, et à la nécessaire mobilisation de compétences numériques, relationnelles et administratives associées, les interventions se sont toutefois adaptées.

3.6.1.3. Adaptation des activités et interventions

Le CRÉSaM n'a pas bénéficié d'une aide supplémentaire provenant des pouvoirs organisateurs pour faire face à la crise sanitaire. Néanmoins, le personnel a rapidement pu adapter son fonctionnement et le soutien aux actions des professionnels de la santé mentale a pu être mis en place en distanciel. Parmi les projets menés par l'association, une réorganisation s'est opérée. Certains projets ne pouvant être poursuivis dans le contexte de crise, ont été interrompus. D'autres ont été créés pour répondre

aux besoins urgents. Parmi les initiatives destinées à répondre aux besoins urgents des professionnels de la santé mentale ou des publics concernés par des problématiques de santé mentale :

- *Participation au comité de pilotage transversal en santé mentale* pour accompagner les pouvoirs publics dans la définition des mesures d'urgences liées à la pandémie COVID-19, telles que le renforcement des effectifs des services de santé mentale.
- *Organisation de webinaires pour les professionnels en santé mentale* : webinaires visant à soutenir le travail des professionnels qui sont en contact avec les acteurs de première ligne et webinaires destinés à la formation en téléconsultation, en particulier avec les enfants.
- *Actualisation de l'offre en santé mentale* : création d'une cartographie des services de santé mentale existant sur le territoire wallon co-réalisée et diffusée au sein de la première ligne, en y spécifiant les modalités d'accueil.
- *Sensibilisation à la santé mentale* : qu'elle provienne des acteurs de l'emploi, des services sociaux, des acteurs de première ligne, du secteur du handicap ou du milieu scolaire, la demande de sensibilisation sur la santé mentale et la demande d'informations sur l'offre en santé mentale s'est accentuée avec la crise sanitaire. Le développement d'outils dans ce cadre a été accéléré en conséquence.
- *Initiatives des acteurs en santé mentale* : celles-ci ont été nombreuses et démontrent à la fois la flexibilité et la créativité des acteurs en santé mentale. Il est primordial de mettre en œuvre des dispositifs permettant la récolte et l'inventaire de ces démarches. Durant la crise sanitaire, les acteurs ont déploré le manque de plateforme dédiée au partage de ces bonnes pratiques. Il est apparu important de pouvoir tirer les leçons de la crise, garder une trace de ces initiatives dans l'éventualité d'une nouvelle crise sanitaire comparable à celle que nous avons connue ou dans le cas d'un rebond épidémique à venir.

3.6.1.4. Concertation et intersectorialité

La nécessité de concertation et le besoin d'adopter des mesures dans l'urgence ont été à l'origine de nombreux comités intersectoriels autour des problématiques de santé mentale. De plus, les liens entre la première et la deuxième ligne de soins, les plateformes ou les associations de soutien se sont intensifiés. Par exemple, le CRéSaM a été sollicité pour intervenir lors de la semaine de la santé mentale en organisant un séminaire à destination des médecins généralistes. Cela a mis en évidence que le personnel de première ligne a été particulièrement exposé à des problématiques de santé mentale et qu'ils ont pu être désemparés par cette situation.

Des collaborations ont également été mises en place avec le secteur des maisons de repos, par le biais de la création de lieux de concertations entre des opérateurs de santé mentale pour renforcer le dispositif de prise en charge au sein de ces lieux de vie. Cela a permis de développer une plus grande proximité entre les services de santé mentale et les maisons de repos. Il existe une volonté de faire perdurer ces nouveaux contacts pour de futurs projets envisagés.

La participation du CRéSaM dans plusieurs comités a également permis un rapprochement avec d'autres secteurs, comme le secteur des soins palliatifs, de la promotion de la santé ou le RWLP. De manière générale, ces dispositifs intersectoriels ont eu un effet très bénéfique au niveau de la collaboration entre ces structures et ont permis de réunir des acteurs qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble car issus de réseaux dépendant de différents niveaux de pouvoir (p. ex., Réseau 107, Plateforme de santé mentale, Plateforme des assuétudes, maisons de repos). Ceci a pu être à l'origine de nouvelles synergies de collaboration qu'il conviendrait de pérenniser dans le temps. En revanche, la multiplication des lieux de concertation a, dans certains cas, entraîné des difficultés à

coordonner ces efforts ou à déterminer la responsabilité de chacun. Il y a donc des aspects à améliorer sur ces points dans l'éventualité d'un rebond de la crise COVID-19 ou d'une crise sanitaire comparable.

3.6.2. Publics précarisés

3.6.2.1. La complexité et l'aggravation de la situation des publics précarisés

Du point de vue du RWLP qui regroupe des professionnels de terrain et des services à destination des publics en situation de pauvreté, les problématiques rencontrées par ces publics sont nombreuses et complexes. Trois grands constats de terrain peuvent être dégagés :

- L'isolement social du public en situation de pauvreté s'est accentué de manière dramatique.
- La généralisation des interactions distancielles, en particulier avec le télétravail imposé durant une période prolongée, a amplifié l'isolement des publics.
- La numérisation des services sociaux et médicaux qui s'est généralisée et qui a parfois été conditionnée à la prise de rendez-vous, a accéléré et amplifié la désaffiliation sociale pour les publics précarisés.

Les concertations auxquelles le RWLP a participé ont révélé une différence importante au sein des acteurs en ce qui concerne le niveau de connaissance de la réalité de terrain des publics précarisés. Qu'il s'agisse des cabinets politiques ou de l'administration, il existe une méconnaissance de la réalité quotidienne et des modes de vie de ceux-ci qui pourrait être à l'origine de l'inadéquation des mesures de lutte contre la propagation du virus pour certains publics précarisés, tels que les personnes sans domicile fixe, les consommateurs de drogues ou les migrants en transit. Mais il existe aussi un effet collatéral vertueux de la crise COVID-19. Ainsi, la crainte des pouvoirs publics d'assister à une contamination démesurée au sein de ces groupes s'est en partie manifestée par une volonté de créer un espace d'échange dédié à une meilleure compréhension du fonctionnement de ces publics. Cela s'est traduit par une sollicitation plus importante du travail de plaidoyer du RWLP au sein de ces *task forces* ou, plus directement, en donnant la parole à ces groupes de population par des témoignages. Un certain tabou qui existait dans ces sphères de concertation au sujet de ces publics considérés en marge ou invisibilisés a donc pu être partiellement levé dans le contexte de la crise COVID-19.

3.6.2.2. Adaptation des activités et interventions

Les actions du RWLP se sont déployées selon trois axes de travail : le travail de plaidoyer auprès des différents pouvoirs décisionnels, le soutien aux militants du réseau et les actions destinées aux différentes populations en situation de pauvreté en Wallonie.

Le RWLP a participé à de nombreux comités ou *task forces* durant cette crise (p. ex., *task forces* urgence sociale, *task forces* fédérale publics vulnérables, *task forces* santé mentale, Réseau d'aide pour les indépendants, etc.). Que ce soit au niveau fédéral ou régional, le réseau a rapidement transmis aux autorités la nécessité d'une prise en considération des publics les plus précarisés. Dans ce contexte, des témoignages directs de personnes en situation de pauvreté ont pu être amenés dans les *task forces*.

Les actions de sensibilisation décrites ci-dessus ont permis d'optimiser le soutien de la population impactée par la crise sanitaire et sociale. Premièrement, au travers du renforcement d'un numéro vert préexistant, le 1718. Du personnel social du RWLP a été affecté à ce service pour outiller les téléphonistes de première ligne et offrir un soutien de deuxième ligne destiné à prendre en charge les situations sociales les plus complexes. Ce dispositif est toujours en place car il a bénéficié d'un

financement spécifique. L'objectif du RWLP est que ce renforcement devienne structurel. Deuxièmement, par un travail de sensibilisation auprès des pouvoirs publics qui a permis de réactiver un site Internet (www.pauvretewallonie.be) pour y centraliser des informations sur les mesures provenant des différents niveaux de pouvoirs. Cet effort de communication s'est réalisé en gardant un souci de littératie. Dans ce cadre de diffusion d'informations, une séance de questions/réponses a pu également être mise en place par le RWLP entre des experts et des citoyens, en particulier autour des questions de vaccination.

Enfin, les travailleurs du RWLP ont très rapidement initié une série d'actions visant à soutenir leurs militants, qui sont le plus souvent des personnes qui connaissent eux-mêmes une situation de pauvreté. Ils ont par exemple mis en place un soutien téléphonique ou en visioconférence régulier, un support administratif, une chaîne de courrier, une lettre de bonnes nouvelles (incluant un aspect d'information et de lutte contre les *fake news*) ou l'organisation d'événements pour les fêtes de fin d'année afin de lutter contre l'isolement social. Une collaboration s'est aussi créée autour de l'accompagnement des indépendants - le Réseau d'aide pour les indépendants - qui a travaillé sur la pauvreté liée à la situation spécifique de cette population. La plus-value de pouvoir réunir des acteurs provenant de différents secteurs doit pouvoir servir en cas de nouvelles crises, mais aussi dans les périodes hors-crise.

Concernant la dynamique de travail du RWLP, une adaptation a rapidement été déployée, sans attendre un support financier ou réglementaire externe : organisation du travail et des réunions à distance, mise en place de périodes horaires dédiées à des balades, prise en charge des coûts liés au télétravail, achat d'équipements informatiques, ou création d'espaces de parole entre les travailleurs.

3.6.2.3. Concertation et intersectorialité

De manière générale, l'impression qui ressort de ces collaborations pour le RWLP est que cela doit aller plus loin qu'un simple listage des acteurs à réunir. Il faut pouvoir s'attacher à travailler dans une véritable dynamique de prévention qui lutte contre les causes menant aux situations dramatiques que l'on a connues, et non faire du préventif par le curatif (p. ex., constituer plus de stock de masques, ne prévoir que des solutions digitales), ce qui revient à colmater des brèches en lieu et place de solutions durables.

Une grande proximité dans le dialogue entre le RWLP et les acteurs de première ligne s'est développée. Ce lien, qui a toujours existé avant la crise, s'est renforcé par le biais de concertations et d'entraide. La méconnaissance des publics précarisés qui s'est observée dans un certain nombre de concertations souligne l'importance d'associer les populations concernées au travers d'une approche *bottom-up*.

En d'autres termes, bien que certains dispositifs curatifs soient importants, comme la mise en place d'éducateurs en santé, il est nécessaire de travailler sur les causes de la pauvreté, afin d'éviter le glissement trop rapide de nombreux groupes de population vers la pauvreté. Le danger est de vouloir installer durablement des mesures d'urgence de soutien (p. ex., la distribution d'aide alimentaire) comme des solutions indécentes à des problématiques sociales non résolues dans une société « riche » comme la Wallonie. Pour une organisation comme le RWLP, renforcer l'aide alimentaire en s'appuyant sur l'expérience de la crise, par exemple, serait contraire à leur mission car leur objectif est précisément d'éliminer l'aide alimentaire par la garantie de revenus convenables ou d'autres solutions de fond. A cet égard, il apparaît regrettable que les méthodes de travail amenées à se transformer autour d'une crise (sanitaire mais aussi bancaire ou sociale) et à se découvrir plus éthiques, efficaces ou même mieux adaptées à la diversité des populations de la société, soient si rapidement renvoyées aux oubliettes lorsque ces crises s'estompent.

4. POINTS D'ATTENTION DANS LA DÉMARCHE EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Lors de l'émergence de l'épidémie, l'évolution des mesures sanitaires a conduit le secteur de la promotion de la santé à faire face à une situation totalement inédite, en développant des actions spécifiques en lien avec les stratégies de promotion de la santé dans le but de soutenir les professionnels dans leurs pratiques, et les outiller pour accompagner au mieux leurs publics. Cependant, les professionnels issus de différents secteurs (action sociale, cohésion sociale, santé mentale, première ligne de soins et promotion de la santé) ont dû adapter leur travail à des mesures sanitaires imposées sans concertation et sans tenir compte des besoins particuliers de certains publics. Ce manque de concertation a fait émerger de nombreux enjeux tels que ceux de répondre à la réalité de terrain d'un public varié, de maintenir les accès à la santé globale, de développer une culture de vie avec des maladies infectieuses, de poursuivre le travail communautaire malgré des mesures sanitaires restrictives ou encore d'augmenter la gestion individuelle et collective du risque.

Au cours de ce processus de concertation, des points d'attention sont ressortis de manière transversale comme étant essentiels à la démarche en promotion de la santé. Ils ne définissent pas un objectif thématique ou opérationnel particulier mais plutôt des principes qui devraient caractériser les interventions associées à la COVID-19 et à ses effets sur les publics. Ces points d'attention dans la démarche de promotion de la santé liée à la COVID-19 concernent 1) la distinction entre les publics cibles et les publics secondaires, 2) l'approche *bottom-up*, 3) le renforcement de l'intersectorialité et enfin 4) la construction d'une approche systémique et holistique. Un point relatif aux conditions de travail des intervenants est également souvent ressorti des ateliers en filigrane et renvoie à un point d'attention qu'il s'agira de prendre en compte de manière structurelle.

4.1 Distinguer les publics cibles et les publics secondaires

La distinction entre les publics cibles et les publics secondaires est fondamentale car l'intervention sur un public cible peut avoir des effets sur un public secondaire, sans que celui-ci n'ait été visé par l'intervention. Par ailleurs, une définition claire des termes tels que « milieu de vie », « communauté » ou « groupe cible » doit être faite lors d'interventions en promotion de la santé. Une communauté peut se transformer en milieu de vie et vice-versa. Plusieurs lieux, mais aussi communautés peuvent être des milieux de vie. C'est le cas pour les lieux fermés tels que les prisons, la rue (milieu de vie de personnes en situation de sans-abrisme), les maisons médicales, les services d'Aide en Milieu Ouvert (AMO), les milieux festifs, les maisons de repos, les écoles, les hôpitaux, les lieux de culte, les centres sportifs, les mouvements de jeunesse, les SRJ (Services Résidentiels pour Jeunes porteurs d'un handicap), les Service d'Accrochage Scolaire (SAS), les centres de jour, les centres d'accueil pour migrants, les quartiers ou encore le milieu des personnes exerçant le travail du sexe, etc. La distinction entre ces milieux de vie et les groupes de personnes ou l'environnement spécifique qu'ils peuvent aussi désigner, est nécessaire à la mise en œuvre de réponses adaptées.

Par ailleurs, les initiatives mises en place ont donné à voir une grande inventivité et une diversification des lieux de vie au sein desquels les professionnels interviennent et des publics avec lesquels ils interagissent. Nombre d'initiatives extérieures, en dehors des espaces confinés, ont permis de développer des activités en dehors des lieux institutionnels et des espaces clos. Celles-ci pourraient constituer à l'avenir un nouveau type d'interventions, plus ouvertes vers l'extérieur. Les aménagements qui pourraient accompagner et permettre ces interventions pourraient faire l'objet de discussions spécifiques autour des lieux d'intervention et de la place des milieux de vie dans ces interventions.

4.2 Partir de l'approche *bottom-up*

Un décalage entre les connaissances des décideurs politiques et les réalités du terrain est ressorti à tous les niveaux de ce diagnostic régional. Celui-ci souligne la nécessité de l'approche *bottom-up* dans les activités de promotion de la santé mais aussi dans les espaces-temps des concertations. On peut ici faire le lien avec l'absence de la promotion de la santé dans le débat public et dans les comités d'experts qui ont pensé et communiqué autour de la gestion de l'épidémie.

Une approche *bottom-up* permet d'articuler les besoins primaires et prioritaires des publics avec les objectifs opérationnels et de développer des actions qui soient en cohérence avec ces deux niveaux. Les besoins primaires doivent être pris en considération avant même de penser les actions. Par exemple, s'agissant des publics les plus précarisés, il importe dans un premier temps de pouvoir éviter que des groupes de population soient dans une dynamique de survie et d'insécurité en offrant un logement décent (de nombreuses hospitalisations étaient sociales plutôt que médicales), un revenu de remplacement ou une allocation sociale, ou que les publics en situation de clandestinité, du fait de la migration et ou de la prostitution, ne soient soumis à la répression.

Sur le terrain, une transformation des pratiques a été observée afin de favoriser le contact avec le public. Cette transformation touche aussi bien à des adaptations matérielles que techniques (développement de nouveaux services, activités et outils) qu'à des adaptations en termes de conception de l'aide (ne pas attendre ou exiger des patients par exemple qu'ils formulent une demande d'aide pour aller à leur rencontre). Pour certains opérateurs, la crise a agi comme un révélateur sur ce qu'il y a lieu de transformer en termes de pratiques, de fonctionnement institutionnel voire de politique publique. Pour de nombreux opérateurs, il est donc important de capitaliser sur ce qui a été fait pendant la crise et de pouvoir faire le bilan de ce qui devrait être conservé, renforcé et rendu durable et ce qui peut être adapté ou modifié. Il est fondamental de pouvoir évaluer l'action publique à partir de la concertation de la population elle-même : ce qui a été utile ou pas et de réfléchir à la place des patients et des publics dans les lieux de concertation.

4.3 Établir et renforcer l'intersectorialité

Les interventions en promotion de la santé associées à la COVID-19 doivent aussi permettre, et reposer sur, une approche intersectorielle. Les actions mises en place doivent soutenir le développement de projets de territoire incluant tous les opérateurs quel que soient leur niveau d'intervention (première,

deuxième et troisième ligne) et secteur (notamment les secteurs connexes et partenaires comme la santé mentale et la précarité sociale).

La crise sanitaire a donné lieu à un certain nombre de mises en réseaux et de concertations pour répondre dans l'urgence tout en gagnant en puissance et en qualité d'intervention. Des concertations improvisées et des collaborations entre des opérateurs qui n'étaient jusque-là pas en contact, ont donné une signification concrète à cette intersectorialité. Il serait nécessaire de pointer collectivement les éléments de crise qui ont bien fonctionné et ceux qui pourraient être corrigés pour avoir une feuille de route commune et un cadre structurel. L'intersectorialité n'est pas une simple mise en réseau et il serait utile d'organiser un bilan collectif de ces différents espaces de concertation. Il serait aussi important de pouvoir identifier les rôles, les légitimités et responsabilités de chacun et de mettre en place un comité de pilotage qui soit transversal pour les mesures urgentes. Cela permettrait de répondre aux besoins exprimés par les opérateurs autour de la durabilité de certaines mesures décrétées en urgence. En outre, la démultiplication des lieux de concertation est chronophage et constitue une charge de travail qui doit être prise en compte dans l'organisation du temps de travail des individus et le financement des structures.

4.4 Construire une approche systémique et holistique

L'intervention en promotion de la santé associée à la COVID-19 doit se faire dans le cadre d'une approche systémique et holistique qui tienne compte de l'ensemble des caractéristiques des individus et de l'interrelation entre les déterminants sociaux de la santé. Les ateliers et entretiens ont, en effet, témoigné de la nécessité de répondre de manière structurelle à un certain nombre de questions. Ainsi, les personnes sans domicile fixe, les personnes précaires et isolées, les travailleurs et travailleuses du sexe ou les personnes sans titre de séjour régulier n'ont pas reçu le soutien dont elles avaient besoin, ni suscité la même considération dans la réflexion publique (comparativement à d'autres groupes perçus comme plus importants du fait de leur apport économique). Des éléments de nature structurelle et conjoncturelle doivent donc être articulés dans la réponse apportée à la crise, d'une part, au niveau des actions et d'autre part, dans la considération apportée à certains publics par le politique.

Cette attention se situe à l'articulation d'une politique publique en matière de promotion de la santé et d'une politique de connaissance. D'une manière générale, les ateliers et les entretiens ont fait mention d'un décalage entre les autorités politiques et le terrain : aussi bien en termes de connaissance des réalités que d'adéquation des mesures appliquées aux publics. L'ensemble de la population n'est pas reconnu par les pouvoirs publics, ce qui impacte la mise en œuvre d'une action publique adaptée à tous, et en particulier aux plus vulnérables. Cela peut renvoyer à la question des moyens alloués aux centres d'expertise et aux acteurs de troisième ligne pour produire des recherches utiles aux populations précarisées et vulnérables⁹⁰.

⁹⁰ C'est tout particulièrement le cas en ce qui concerne les groupes racialisés. Voir à ce sujet les Mesures fédérales du Plan d'action national contre le racisme (2022) et le lien qui est fait entre santé et racisme tant du point de vue de la production des connaissances que des actions sur le terrain. Cf. <https://sarahschlitz.be/wp-content/uploads/sites/300/2022/07/NAPAR-Mesures-federales-du-Plan-dAction-National-contre-le-Racisme.pdf>

Au niveau de l'action publique, la mise en cohérence des messages émanant des entités régionales, fédérales et des pouvoirs organisateurs a été posée comme nécessaire pour construire une approche globale et holistique. La discontinuité des politiques publiques et des différents niveaux de pouvoir représente sur le terrain une difficulté et un frein à la pérennisation des actions de promotion de la santé. D'autant plus que la promotion de la santé, tout comme la santé mentale, n'ont pas été associées au CODECO. Construire une approche holistique et systémique passe nécessairement par un positionnement de la promotion de la santé dans la politique plus large de la santé telle que pensée par les différentes instances politiques.

4.5 L'impact sur les travailleurs

Le retour des opérateurs de terrain et participants aux ateliers des Stratégies concertées Covid souligne le besoin pour les travailleurs d'avoir des espaces de retour et de partage d'expériences. Le diagnostic local des Points d'Appui Covid rend compte de ce vécu de professionnels. Dans le cadre du diagnostic régional, les besoins des travailleurs se sont exprimés en filigrane.

Le niveau de participation aux ateliers participatifs a permis de mesurer le besoin d'espaces de partage des expériences professionnelles, sur le terrain comme dans leurs institutions. Dans nombre d'organisations, il n'y a pas eu de bilan de la crise sanitaire, ni de la manière dont celle-ci a été gérée en interne. L'épuisement des travailleurs s'est souvent exprimé en lien avec des difficultés déjà caractéristiques de conditions de travail préexistantes. Celles-ci peuvent être liées au manque de financement du secteur associatif, à un fort *turn-over* dans certains secteurs ou encore à la multiplication des organes de concertation. Le télétravail a pu ajouter un élément de stress et de fatigue compte tenu de l'accélération du temps professionnel et de la consommation de temps que cela a pu engendrer (multiplication des réunions, absence de temps de pause et d'aération, long temps de position assise, hyper-disponibilité, hyper-connectivité, etc.).

Les travailleurs ont pu se sentir démunis et/ou tenus d'outrepasser leurs champs de compétences ou de missions pour maintenir le lien avec le public et/ou répondre à ses demandes. Il serait important de pouvoir comprendre la manière dont ces urgences se sont concrètement articulées avec les notions de bien-être au travail mais aussi avec le temps plus long de la réflexivité sur les pratiques professionnelles.

Enfin, une des questions que se posent de nombreux opérateurs aujourd'hui est celle des moyens mis à leur disposition pour rendre durables ces initiatives qui, au travers de la crise sanitaire, ont pu amener à repenser des pratiques afin de développer et de renforcer le lien avec le public et de mieux comprendre les besoins. La question des financements, notamment du secteur associatif, est un facteur de stress et de mise en concurrence, pour un certain nombre d'opérateurs. Cette question n'est pas à négliger. C'est aussi un temps de travail administratif (introduction des projets, remise des rapports, etc.) qu'il pourrait être utile de quantifier au sein des différentes organisations.

Pour une approche interfédérale, voir aussi Mémoire de la Coalition pour un Plan Interfédéral d'Action Contre le Racisme, 2020. Accessible sur www.naparbelgium.org

5. CONCLUSION

D'une manière générale, l'épidémie de COVID-19 a agi comme un révélateur des inégalités sociales confrontant les opérateurs de terrain à la gestion immédiate de la crise sanitaire en même temps qu'à la nécessité de répondre à des besoins structurels, antérieurs à l'épidémie. Si l'épidémie a créé de nouveaux besoins en termes d'accès et de fonctionnement des services du système de santé, elle a aussi permis de prendre en charge des besoins qui n'étaient jusque-là pas ou peu couverts (p. ex., la création de nouveaux espaces d'échange, l'envoi de tests de dépistage du VIH à domicile, etc.). En termes de pratique, la démarche *bottom-up* s'est traduite par le développement de nouvelles actions visant à s'adapter aux publics et à aller à leur rencontre. Il est nécessaire de documenter les pratiques et outils qui ont permis de faire face à l'épidémie et surtout de centraliser ces pratiques et outils afin de collectiviser ces ressources et de faciliter leur circulation au sein des secteurs concernés.

Pendant la crise sanitaire, l'isolement social a pu entraîner une perte de confiance vis-à-vis des institutions et des associations qui a nécessité une adaptation des pratiques de la part des professionnels pour remobiliser les publics ou recréer un lien social. Le développement de liens de proximité avec les publics suppose de pouvoir assurer des accompagnements personnalisés et de prendre le temps de l'établissement (ou du rétablissement) de la confiance. Les parcours d'accès aux soins font, en effet, état de toute une série de problématiques autour du numérique, de l'administratif ou de la précarité, qui peuvent être autant de possibilités de rupture du lien social. Pour autant, la modalité d'accompagnement des publics renvoie à des questions qui ne font pas consensus comme la place de ce qui peut être considéré comme de « la dépendance » et les possibilités d'accession à une autonomie ou un *empowerment* à moyen et long terme des publics dits vulnérables. Ce temps de recul réflexif et de discussion sur les principes et orientations du secteur doit pouvoir être intégré dans l'espace-temps de concertation en lien notamment avec une approche à la fois systémique, holistique et intersectorielle des inégalités sociales en santé.

L'accompagnement des publics dans leurs parcours d'accès aux soins nécessite de renforcer les démarches communautaires et le lien social (p. ex., au travers de la mise en place de facilitateurs en santé, d'agents communautaires ou le renforcement de la première ligne de soins). Cela passe par une politique publique éclairée qui puisse être nourrie par l'expertise émanant du secteur de promotion de la santé ou par des recherches menées à plus long terme auprès de publics qui cumulent les différents facteurs d'inégalités sociales en santé.

Toutefois, la représentativité des publics concernés n'est jamais acquise et doit en permanence être questionnée, y compris dans le cadre de ce diagnostic régional. Ainsi, lors des ateliers participatifs menés durant la concertation, la relative absence des organisations représentant les personnes sans titre de séjour régulier et les minorités ethno-raciales est surprenante. À côté des seniors, ces populations ont été les plus impactées par l'épidémie en raison d'une combinaison de facteurs : surreprésentation dans les métiers « essentiels » (aides-soignants/infirmiers en milieu hospitalier et maison de repos et de soin, agents de nettoyage, etc.), associée à l'ethno-stratification du marché de l'emploi, conditions de logement, plus grande utilisation des transports publics, importance des comorbidités, etc.

En outre, parmi les personnes réticentes à la vaccination, se trouve une large proportion de personnes qui ont été soit « oubliées » pendant la crise sanitaire, soit méprisées voire stigmatisées par les discours majoritaires, sans prendre en compte leur cumul structurel des inégalités sociales et d'accès aux droits,

voire leur méfiance vis-à-vis de « la » science⁹¹. L'organisation de la communication publique avec les scientifiques serait une alternative pour répondre à un certain nombre de questions, en partant non pas d'une approche *top-down* mais en coconstruisant un cadre avec les publics concernés pour répondre à leurs questions, incertitudes ou craintes.

Au sein même des organisations de promotion de la santé, la question de la cohérence des informations et des mesures s'est posée du point de vue des travailleurs et des publics, et a fait ressortir la nécessité de bilans autour de la gestion de la crise sanitaire et de la conception d'un plan ou de mesures d'urgence à activer en cas de résurgence épidémique. Il est à noter que la discussion relative aux mesures qui ont été prises en interne dans l'urgence, et à leur bilan, n'a pas eu lieu dans un certain nombre d'organisations, par manque de temps.

Il est pourtant fondamental de pouvoir pérenniser un certain nombre d'initiatives de terrain qui ont permis de recréer du lien social et de renouveler l'accompagnement en promotion de la santé. Il serait dommage de devoir tout réinventer en cas de pandémies futures. Cela renvoie à la mémoire et au partage de ces bonnes pratiques, également au référencement des populations oubliées (p. ex., personnes dans les hôpitaux psychiatriques, travailleurs dits essentiels, etc.).

D'autre part, la nécessité de travailler avec d'autres secteurs, y compris ceux qui ne sont pas engagés dans la promotion de la santé fait l'objet d'un relatif consensus et ouvre des pistes pour élargir la diffusion de la démarche en promotion de la santé. Par exemple, la sensibilisation à la promotion de la santé des urbanistes ou des architectes pourrait permettre de rendre des milieux de vie non seulement plus accessibles mais plus durables. L'attention aux publics plus vulnérables, précaires, isolés au regard des aménagements urbains est indissociable de celle de leur place dans l'espace public et plus généralement dans la société. Le développement d'organes de concertation citoyenne au niveau local est une piste à investiguer dans la mesure où elle permettrait d'impliquer les citoyens et différents publics dans la conception, l'aménagement mais aussi l'entretien de milieux de vie.

Cependant, si les concertations sont essentielles à tous les niveaux d'intervention en santé et en promotion de la santé, il est important d'avoir à l'esprit qu'il s'agit d'un temps de travail qui s'est ajouté aux missions des individus et des organisations, déjà sous pression et dotées de subsides insuffisants pour mettre en œuvre leurs activités. Un effort doit être engagé pour consolider et rendre durables ces concertations intersectorielles. La *task force* santé mentale illustre bien ce point en mettant en exergue le lien entre pauvreté, difficulté de logement et problématique de santé mentale. La multiplication des lieux et temps de concertation apparaît alors ici comme un sujet structurel qui devrait être discuté en regard de la sectorialité et du nivellement des compétences associées à la santé.

La reconnaissance du travail effectué par les opérateurs de terrain doit pouvoir se concrétiser dans la place qu'occupe la promotion de la santé dans le débat public et dans les comités d'experts associés à la gestion d'une épidémie. Les actions et processus innovants et créatifs qui ont été mis en œuvre durant la crise sanitaire montrent les ressources de la promotion de la santé en termes d'inventivité mais aussi de réflexivité. Les initiatives spontanées dont rend compte ce diagnostic régional traduisent une attention aux enjeux structurels et aux vulnérabilités qu'il faudrait pouvoir entendre en cas de nouvelle épidémie ou de résurgence épidémique. Pour cela il est important que l'expertise du secteur de promotion de la santé soit prise en compte au même titre que les autres expertises de santé, aussi

⁹¹ Au sens que lui donne Isabelle Stengers (2013), à savoir d'un argument d'autorité qui ne rend pas compte de la manière dont la science se fait, et de régimes de validation scientifique qui passent notamment par le développement de controverses, et dénie la légitimité des questionnements citoyens autour de modes de gestion publique, au nom de l'objectivité et de la neutralité scientifiques. Voir aussi Stumberg et al (2021).

bien au niveau des mesures sanitaires que de la communication et de la diffusion des messages de prévention.

6. RÉFÉRENCES

- Alvarez, L., Belche, J. L., Biston, C., Buret, L., Dans, P., Defraigne, F., & Vandurme, T. (2020). Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. Chaire Interdisciplinaire de la première ligne – Fonds Dr. Daniël De Coninck, 18 février, http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf
- Bajos, N., Spire, A., Silberzan, L., & EPICOV study group (2022). The social specificities of hostility toward vaccination against Covid-19 in France. *PloS one*, 17(1), e0262192
- Bajos, N.J., Warszawski, A., Pailhé et al. (2020), Les inégalités sociales au temps du Covid-19, *Questions en santé publique*, 40, 1-12.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968. doi: 10.1136/jech-2020-214401. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32535550; PMCID: PMC7298201
- Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). When the worldwide response to the COVID-19 pandemic is done without health promotion. *Global Health Promotion*, 28(2), 3-6.
- Deboosere, P., & Fisman, P. (2009). De la persistance des inégalités socio-spatiales de santé. Le cas belge. *Espace populations sociétés. Space populations societies*, (2009/1), 149-158.
- Demertzis, V., & Perl, F.F. (2020). Covid 19 tout repenser : la pandémie miroir des inégalités. *Revue Politique*, 112, 160p. <https://www.revuepolitique.be/revue/covid19-tout-repenser-la-pandemie-miroir-des-inegalites/>
- Eggerickx, T., Léger, J. F., Sanderson, J. P., & Vandeschrick, C. (2018). Inégalités sociales et spatiales de mortalité dans les pays occidentaux. Les exemples de la France et de la Belgique. *Espace populations sociétés. Space populations societies*, (2018/1-2).
- Faniel, J. (2020). Santé : une répartition complexe des compétences. *Les@ nalyse du CRISP en ligne*, 29
- Fortunier, C., & Rea A. (2021) Les invisibilisé-es et le Covid-19 : Bruxelles et crise socio-sanitaire. Somme de 6 rapports. Bruxelles, GERME ULB, Ville de Bruxelles et CPAS de la Ville de Bruxelles, 2021, 405p.
- Fromont, A., Ribesse, N., Martini, J., & Dujardin, B. (2011). Les acteurs et l'approche systémique : l'appui de la recherche. *Ecos du COTA*, 133, 19-24
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005) *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill.
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6. PMID: 32979964; PMCID: PMC7515561

Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont, D., & Ferron C. (2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Latour, B. (2020). What protective measures can you think of so we don't go back to the pre-crisis production model. *AOC on 29th March*

Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue Nouvelle*, 6, 2-5.

Pezeril, C. (2020). Du Sida au Covid-19. Les leçons de la lutte contre le VIH. *La Vie des Idées*, 2. <https://laviedesidees.fr/Du-Sida-au-Covid-19.html> .

Rea, A., & Racapé, J. (2021). 24e Congrès des économistes. <https://www.congresdeseconomistes.be/wp-content/uploads/2021/11/Andrea-Rea.pdf>

Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. John Wiley & Sons.

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

Stengers, I. (2013). *Sciences et pouvoirs : la démocratie face à la technoscience*. La découverte.

Sturmberg, J., Paul, E., Van Damme, W., Ridde, V., Brown, G. W., & Kalk, A. (2021). The danger of the single storyline obfuscating the complexities of managing SARS-CoV-2/COVID-19. *Journal of evaluation in clinical practice*.

Thunus, S., Creten, A., & Mahieu, C. (2021). *Vaccessible: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus* (No. UCL-Université Catholique de Louvain).

Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health promotion international*, 35(2), 181-186.

Vanthomme, K. et al. (2021). A population-based study on mortality among Belgian immigrants during the first COVID-19 wave in Belgium: Can demographic and socioeconomic indicators explain differential mortality?, *SSM - Population Health*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100797>

CHAPITRE 6

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Fédération wallonne de
Promotion de la Santé

Bernadette Taeymans

En collaboration avec les opérateurs
chargés de la mise en œuvre du dispositif
des Stratégies concertées Covid

SOMMAIRE

1. À SITUATION SANITAIRE INÉDITE, BESOINS ACCRUS	219
2. AGIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ, UNE PLUS-VALUE EN TEMPS DE CRISE SANITAIRE	220
3. LES STRATÉGIES CONCERTÉES : UN DISPOSITIF ÉPROUVÉ ET ADAPTÉ À LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID-19	221
4. SYNTHÈSE DES IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID-19 SUR LES PUBLICS VULNÉRABLES.....	222
5. ANCRAGE DES RÉSULTATS DANS LA PROGRAMMATION DU WAPPS 2023-2027	223
5.1 Points d'attention et objectifs transversaux du WAPPS	224
5.2 Objectifs et actions au regard des six stratégies formulées dans la programmation	227
STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.....	227
STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.	229
STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.....	229
STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.	230
STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention, promotion santé.....	231
STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin.....	232
6. AU-DELÀ DU WAPPS ET DE LA PROGRAMMATION 2023-2027	233
7. LIMITES, PERSPECTIVES ET PROLONGEMENTS.....	235
8. RÉFÉRENCES	236

1. À SITUATION SANITAIRE INÉDITE, BESOINS ACCRUS

La pandémie de COVID-19 a durablement et profondément affecté le fonctionnement de la société et la santé de la population wallonne. Les réponses apportées par les pouvoirs publics pour limiter l'étendue et la gravité de ses conséquences ont été nombreuses et variées.

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 n'est pas qu'une épidémie, c'est une syndémie (voir glossaire). Elle a été asymptomatique ou peu grave pour une très large majorité de la population et ne s'est aggravée qu'à la rencontre d'autres facteurs de vulnérabilité, notamment la combinaison de l'âge, de la morbidité et des conditions sociales (Cambon et al., 2021). Elle a des effets socialement stratifiés et certaines populations, du fait de leurs conditions de vie, d'emploi et de logement, sont 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, politiques, etc. (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 dégradées tant sur le plan socio-sanitaire, psychologique qu'économique.

Dans ce contexte, 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 en promotion de la santé de mettre en place le dispositif des Stratégies concertées Covid qui allie les niveaux d'intervention sur le plan local et régional pour envisager des réponses à la gestion de la crise sanitaire et de ses conséquences sur la santé et ses déterminants.

Un dispositif de Stratégies concertées Covid a également été mis en place en Région bruxelloise⁹². La manière dont il s'est déployé diffère quelque peu. Les recommandations formulées au niveau de la région bruxelloise pourraient être utilement mises en relation avec les résultats du dispositif wallon.

Depuis, d'autres événements se sont produits et ont bouleversé à nouveau les conditions de vie : inondations, guerre en Ukraine accompagnée des crises migratoire et énergétique, etc.

Ces secousses, et peut-être d'autres crises à venir, confirment la nécessité de s'assurer des bases d'une société résiliente. Pour soutenir la santé et le bien-être de la population à travers ces périodes, la promotion de la santé et la prévention ont un rôle essentiel à jouer. En effet, dès les premiers instants, s'informer et comprendre l'information ont constitué un besoin pour les professionnels du secteur de la promotion et de la prévention en santé, et plus largement, du domaine des soins de santé. Plus précisément, et au-delà de la quantité d'information disponible, l'enjeu s'est cristallisé autour de sa compréhension et de sa fiabilité, avec la nécessité d'accéder à une information, des connaissances et des actions ou programmes de qualité, vérifiées et issues de sources validées (Rondon et al., 2021). C'est dans cette perspective que les structures de promotion et d'éducation pour la santé ont légitimement joué un rôle et une place centrale (Cambon et al., 2018 ; Deroche, 2010).

⁹² Pour consulter une synthèse des résultats associés aux démarches communautaires en contexte de pandémie pour la Région de Bruxelles-Capitale, nous vous renvoyons vers le site de la FBPS: <https://www.fbpsante.brussels/synthese-des-resultats-de-la-concertation-demarches-communautaires-en-sante/>

2. AGIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ, UNE PLUS-VALUE EN TEMPS DE CRISE SANITAIRE

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 populations les plus précarisées (Mein, 2020). Ainsi, le caractère inédit et soudain de la crise sanitaire a révélé et exacerbé ces disparités préexistantes notamment au regard du manque d'accès et de recours aux services de soins de santé et aux services sociaux ou encore à l'obtention d'un revenu stable et/ou d'un logement adéquat.

Communément appelée « crise sanitaire », la pandémie liée à la COVID-19 a une nature bien plus complexe, dite syndémique, car cet épisode historique se caractérise par la rencontre de deux catégories de maladies — des maladies virales (la COVID-19, par exemple) et des maladies non transmissibles préexistantes, en d'autres mots, des maladies chroniques telles que des maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires, etc., sur un fond d'inégalités sociales de santé, environnementales et économiques entre groupes sociaux telles que les conditions de logement, l'accès aux services sociaux et de soin, l'accès à un revenu suffisant pour vivre dignement, la qualité de l'air, le réseau social, etc. (Rousseaux & Malengreaux, 2022).

Ainsi, 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. C'est aussi 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.

Qui plus est, les acteurs et actrices de promotion de la santé en période de crise sanitaire (ou pandémique) peuvent contribuer concrètement et rigoureusement à plusieurs niveaux de gestion de cette crise : ils peuvent en effet agir sur les comportements individuels de santé et 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).

L'approche de promotion de la santé constitue une réponse *evidence based*⁹³ (approche fondée sur des données issues de la science), efficace (maintenir la soutenabilité du système de soins), à la fois globale (approche systémique) et spécifique (adaptée aux différents groupes de populations). Dans un éditorial fort, le Pr. Van den Broucke montre 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*

⁹³ Lorsqu'il est question d'*evidence based* en promotion de la santé, l'OMS l'a défini comme suit : l' « *utilisation d'informations issues de la recherche et des études systématiques pour identifier les déterminants et les facteurs qui influencent les besoins en santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et auprès d'une population donnée* » (OMS, 2021).

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).

3. LES STRATÉGIES CONCERTÉES : UN DISPOSITIF ÉPROUVÉ ET ADAPTÉ À LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID-19

Cadre général

La mise en place du dispositif des Stratégies concertées Covid s'appuie sur la démarche préexistante des Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/hépatites/VIH⁹⁴. Les Stratégies concertées consistent en l'élaboration des analyses de situation et la construction de plans opérationnels destinés à améliorer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé dans ce domaine. La mise en réseau d'acteurs de terrain permet de favoriser les collaborations intersectorielles mais aussi de définir ensemble des priorités d'action et d'établir des repères pour la pratique professionnelle et les politiques futures.

Dans le cadre des Stratégies concertées Covid, plusieurs approches et méthodes complémentaires ont été utilisées pour réaliser le diagnostic et pour identifier des pistes d'actions à renforcer ou à développer. Le processus de concertation mis en place répond aux spécificités de la situation épidémique et aux besoins des acteurs de première ligne à plusieurs égards. Premièrement, la crise sanitaire liée à la COVID-19 est un événement soudain pour lequel les professionnels de la santé et les pouvoirs publics n'étaient pas préparés de manière optimale, ce qui s'est parfois traduit par des mesures inadaptées. La démarche *bottom-up* et participative adoptée dans la récolte de données était particulièrement informative pour rendre visible le vécu de groupes de populations méconnus des pouvoirs publics ainsi que pour mettre en lumière les pratiques locales qui ont été initiées, souvent de manière spontanée, pour lutter dans l'urgence contre les impacts négatifs de la crise sanitaire. Deuxièmement, la nature intersectorielle de ce dispositif, qui pourrait être encore élargie à d'autres secteurs, constitue une approche indispensable pour optimiser les actions sur le terrain, en favorisant le partage de connaissances et de pratiques. Des améliorations peuvent y être apportées (par exemple, découplage des secteurs dépendant de différents niveaux de pouvoir), mais le présent dispositif a montré que la collaboration intersectorielle représentait un besoin pour les professionnels interrogés et une nécessité pour fédérer les efforts en temps de crise sanitaire. Enfin, la démarche évaluative intégrée dans le dispositif répond à la nécessité d'identifier les plus-values et les difficultés rencontrées pour atteindre les objectifs visés. Ceci fait écho au besoin exprimé par de nombreux professionnels de pouvoir retenir les initiatives ou les actions qui ont favorablement contribué à la lutte contre les impacts de la crise sanitaire, ainsi que les mesures ou la mise en œuvre de moyens qui n'ont pas eu l'effet escompté, voire qui ont aggravé la situation sur le terrain.

⁹⁴ www.strategiesconcertees.be

4. SYNTHÈSE DES IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID-19 SUR LES PUBLICS VULNÉRABLES

Rappel concernant les choix méthodologiques

Pour le diagnostic régional, les choix méthodologiques ont reposé sur une concertation des opérateurs et opératrices de terrain, dont les lauréats des appels à projet, au travers notamment de deux ateliers participatifs. Le premier atelier a permis d'identifier les actions pertinentes et concrètes mises en place durant la crise sanitaire, ainsi que celles qu'il serait nécessaire de mettre en place par les opérateurs pour améliorer la gestion du risque et réduire les impacts négatifs de la crise COVID-19 sur les publics vulnérables. Le deuxième atelier a permis de valider les actions considérées comme prioritaires. Des entretiens complémentaires avec les réseaux de lutte contre la pauvreté et de la santé mentale ont été menés afin d'approfondir le diagnostic régional et d'affiner les pistes opérationnelles dégagées lors des ateliers participatifs.

Les choix méthodologiques déployés pour la concertation locale ont porté sur la rencontre des professionnels en contact avec les publics les plus impactés par la crise⁹⁵. La collecte des données a été conçue en s'appuyant sur une approche holistique de la santé, c'est-à-dire par des questions ouvertes prenant en compte les impacts de la crise COVID-19 non seulement sur la santé, mais aussi sur les conditions de vie des citoyens et des professionnels. Les données locales ont été analysées et croisées, ce qui a fait ressortir une homogénéité des réalités entre les différents territoires locaux, mais des spécificités selon les publics. Au travers des entretiens et focus groups menés, différents impacts sur les publics et les professionnels ont été relevés. À la suite de ces constats, les attentes des professionnels concernant leur pratique professionnelle et le bien-être de leurs publics ont été mises en évidence.

Les **principaux impacts** recueillis auprès des professionnels concernant leurs publics touchent les déterminants sociaux de la santé suivants :

- **Accès global aux services (soins, socio-administratif, etc.)** : l'accès aux soins a été réduit pour tous les publics entraînant une aggravation de la santé globale. Cela se traduit notamment par l'arrêt, le retard accumulé de certains services ou des suivis, la diminution des sollicitations, des contacts, des accompagnements des personnes, voire la saturation de certains services.
- **Santé mentale** : une augmentation, voir une complexification des problèmes de santé mentale ; l'augmentation des phénomènes de peur et des comportements addictifs mais aussi la saturation des services de santé mentale.
- **Lien social** : une aggravation de l'isolement, des tensions voire des violences intrafamiliales et entre pairs, une fragilisation et rupture du lien social, un manque et une détérioration des contacts sociaux et familiaux. Et à l'inverse, une solidarité et une entraide plus importante, et le développement d'activités qui visent à renforcer ce lien social.

⁹⁵ Voir le chapitre 4 - Impact de la crise COVID en Région wallonne : vécu et attentes de professionnels de terrain et de leurs publics, 2.1 Publics cibles

- **Habitudes et conditions de vie** : des impacts négatifs en matière d'alimentation, de consommation et surconsommation de produits alimentaires, la diminution voire l'arrêt d'activité physique et de loisirs, les troubles du sommeil renforcés, les pertes d'emploi, de logement, l'apparition ou le renforcement d'un manque d'hygiène, des perturbations en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle, mais aussi sur le plan de la scolarité.
- **Accès au numérique** : l'offre des services socio-administratifs est devenue très largement digitale, mais pas toujours adaptée aux besoins du public. Parfois avec des conséquences positives comme la diminution des délais d'attente et le non-déplacement des personnes au sein des services mais pour de nombreuses personnes, un manque d'accessibilité aux technologies numériques et aux compétences pratiques d'utilisation de ces outils.

Concernant le **vécu et les impacts de la crise pour les professionnels**, plusieurs constats ont été relevés, notamment en ce qui concerne :

- **La santé mentale** : fatigue, épuisement, surcharge de travail, remise en question, colère, incompréhension par rapport aux protocoles, capacité d'adaptation et résilience face aux difficultés.
- **Le lien social** : mise en difficulté de la gestion des interactions et de la communication avec le public ou au sein des équipes, manque de reconnaissance, tensions, maintien du lien avec les alternatives numériques, travail intersectoriel mis à mal.
- **Les conditions de travail** : adaptation des pratiques, télétravail, digitalisation, manque de convivialité, saturation de certains services, complexité des suivis.

5. ANCRAGE DES RÉSULTATS DANS LA PROGRAMMATION DU WAPPS 2023-2027

Le **Plan wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (WAPPS)** a été élaboré sous la précédente législature 2014-2019 sur base d'une large concertation.

Ce plan a pour vocation de :

- Présenter le diagnostic de situation relatif à l'état de santé de la population wallonne.
- Fixer les objectifs de santé.
- Guider les actions et les stratégies à mettre en œuvre en Wallonie en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Le WAPPS comprend cinq axes thématiques qui se déclinent chacun en objectifs et actions, ainsi que douze objectifs stratégiques transversaux.

Une programmation pour la mise en œuvre du WAPPS a été réalisée dans le cadre du Plan de relance de la Wallonie (2022)⁹⁶ de Prévention. Cette programmation 2023-2027 propose un renfort de ces politiques pour la Wallonie en vue d'amoindrir les impacts négatifs liés à la crise sanitaire sur les déterminants de la santé à moyen et long terme.

⁹⁶Le Plan de relance de la Wallonie peut être consulté en ligne : <https://www.wallonie.be/fr/plans-wallons/plan-de-relance-de-la-wallonie#:~:text=Suite%20C3%A0%20ce%20travail%20de,de%20relance%20de%20la%20Wallonie>

La programmation a ainsi été élaborée au départ des objectifs repris dans le Plan wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (partie 1) et son référentiel pour l'action (partie 2) : cinq axes thématiques, douze objectifs transversaux, trois objectifs spécifiques par axe thématique, auxquels pouvaient se rattacher plusieurs objectifs opérationnels issus du WAPPS ou des concertations récentes, telles que les Stratégies concertées Covid.

Les objectifs opérationnels à poursuivre prioritairement ont également été répartis en **six stratégies**.

Ces six stratégies recourent un ou plusieurs des objectifs transversaux du WAPPS et structurent la programmation.

Le présent rapport rend compte de l'ensemble des démarches et résultats d'une année de processus des Stratégies concertées Covid. Il tient compte des concertations menées au niveau régional mais aussi des attentes des publics et des professionnels récoltées dans le cadre du diagnostic mené au niveau des territoires locaux.

À l'issue de l'analyse des données récoltées, il est essentiel d'**intégrer ces constats et propositions d'actions relevés au cours de cette année de concertation, dans le cadre du WAPPS et de la programmation 2023-2027 liée à ce dernier.**

5.1 Points d'attention et objectifs transversaux du WAPPS

Au cours de ce processus, plusieurs principes fondamentaux de la promotion de la santé ont été fortement réaffirmés comme éléments indispensables pour assurer une gestion – à toutes les étapes du cycle de gestion, que ce soit pour la planification, l'exécution ou le suivi-évaluation – de la crise socio-sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Ces fondements émanent autant de la littérature scientifique, qu'elle soit internationale ou belge, dans le domaine de la promotion de la santé, couplée aux enjeux de la crise sanitaire. Enfin, plusieurs de ces principes sont répercutés dans des objectifs transversaux du WAPPS⁹⁷, dont les cinq suivants :

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

⁹⁷ In Plan wallon de Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, pp 72-84, à consulter en ligne : <https://www.aviq.be/sites/default/files/2021-10/Plan%20Horizon%2030%20partie%201-FICH.pdf>

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

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'Adélaïde⁹⁸ 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)

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 permettre aux populations d'avoir accès à une citoyenneté

⁹⁸ Pour consulter la Déclaration d'Adélaïde : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44390>

complète, de prendre part à des décisions les concernant, et de devenir actrices de leur vie (Bantuelle et al., 2000 ; Sachs, 2006). 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). 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).

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, ce 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 ? ». Le présent rapport tente d'y apporter quelques réponses.

Le travail d'évaluation actuellement mené par ESPRist-ULiège dans le cadre des Stratégies concertées Covid⁹⁹ permettra d'apprendre d'un tel dispositif.

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,

⁹⁹ L'objectif est d'évaluer le dispositif de Stratégies concertées en lien avec la gestion et le suivi de l'épidémie COVID-19 en Wallonie.

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).

5.2 Objectifs et actions au regard des six stratégies formulées dans la programmation

Les objectifs et pistes d'actions repris ci-dessous enrichissent le cadre logique présenté dans le chapitre 2 « Évaluer un dispositif de Stratégies concertées Covid en lien avec la gestion et le suivi de l'épidémie COVID-19 en Wallonie » et entrent en cohérence avec les différents axes du WAPPS. En donnant des pistes d'actions supplémentaires, ils permettent de contribuer à la programmation.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

Cette stratégie contribue, par des actions de différentes ampleurs orientées vers différents publics cibles, à la diffusion d'informations scientifiquement fondées et accessibles sur les problématiques de santé, les facteurs de protection et les possibilités de prévention.¹⁰⁰

1. Favoriser l'accès à l'information de qualité

- Diffuser les informations officielles vulgarisées et cohérentes via un canal validé par les instances publiques et facilement accessibles et adaptées aux publics concernés.
- Développer une communication non-culpabilisante et adaptée aux publics.
- Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.

¹⁰⁰ Extrait de « Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention - Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention - 2023-2027, AVIQ, septembre 2022

- Faciliter l'accessibilité au numérique pour les publics prioritaires via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.
- Lutter contre les *fakes news* via des stratégies de communication qui prennent en compte les spécificités culturelles (cultures hésitantes à la vaccination).
- Faciliter et améliorer la communication (incluant la communication digitale) vers le public au niveau local (ex. informations claires, vulgarisées, langage adapté, etc.).
- Développer et maintenir les outils digitaux qui ont prouvé leur efficacité.
- Diversifier les canaux d'information.

2. Développer des outils de sensibilisation

- Mettre à disposition ou créer des outils/supports adaptés aux personnes en situation de handicap en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).
- Développer des actions de sensibilisation auprès des familles et auprès des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.
- Maintenir et développer auprès des jeunes les initiatives de prévention et de sensibilisation mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.
- Outiller les parents, les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.
- Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (milieu scolaire et extra-scolaire) sur les thématiques de l'EVRAS et des assuétudes (addictions et écrans).
- Augmenter la sensibilisation aux violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles.
- Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale.

3. Améliorer la littératie des publics concernés

- Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients.
- Développer l'*empowerment* des publics concernés pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.

4. Développer le plaidoyer

- Faire remonter les difficultés rencontrées par les publics et faire le lien entre professionnels et politiques.
- Promouvoir la promotion de la santé dans le débat public : sensibiliser à l'aspect « santé globale ».

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

Cette stratégie est une des composantes indispensables pour le développement de la promotion de la santé qui, vu la diversité des intervenants potentiellement concernés par la mise en place d'actions de promotion de la santé, se doit de démultiplier ses ressources en soutenant les acteurs de proximité, directement en contact avec les populations, les usagers, les bénéficiaires.¹⁰¹

- Accompagner les acteurs de terrain et les projets (ressources, méthode, évaluation...).
- Proposer des formations, supervisions, groupes d'échanges et de réflexion pour améliorer la qualité des pratiques et leurs adaptations à l'évolution des besoins des publics.
 - Renforcer et encourager la participation à des formations notamment sur les questions de santé mentale en fonction des besoins et des spécificités des publics accompagnés ainsi que sur l'utilisation d'outils numériques ;
 - Soutenir l'intégration des approches collectives et communautaires via des formations de base, continuées, ou via la participation à des moments d'échange de pratiques et d'expériences entre professionnels, etc.
- Maintenir des alternatives non numériques (comme canaux d'informations, pour les consultations...) pour les personnes n'ayant pas accès au digital (capacité ou accès matériel).
- Valoriser l'expertise des professionnels ainsi que le travail réalisé au quotidien.
 - Permettre aux professionnels de se concentrer sur la mise en place de projets coconstruits entre professionnels ;
 - Coconstruire, en équipe, des perspectives d'avenir afin de garder le sens du travail et les missions initiales, malgré les difficultés rencontrées lors de potentielles futures crises ;
 - Travailler la littératie en santé avec les services afin d'améliorer la qualité d'information transmise au public.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

Cette stratégie concerne les actions collectives à mener au plus proche de la population : elles se déroulent au sein d'un milieu de vie (quartier, lieu d'hébergement, etc.) ou en dehors d'un milieu de vie, dans le cadre d'un travail communautaire. L'action de proximité favorise l'appropriation des informations diffusées dans la stratégie A et leur application dans la vie quotidienne, aussi bien par les citoyens et usagers que par les responsables d'une structure, les élus ou les professionnels.¹⁰²

- Mettre en œuvre l'approche *bottom-up*, entre autres, par une concertation avec les publics pour comprendre leurs besoins en termes de santé.

¹⁰¹ Extrait de « Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention - Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention - 2023-2027, AVIQ, septembre 2022

¹⁰² Extrait de « Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention - Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention - 2023-2027, AVIQ, septembre 2022

- Favoriser l'inclusion et la participation des publics concernés dans les démarches participatives locales.
- Favoriser la co-construction avec les aînés dans les projets mis en place au sein des MR/S.
- Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (*empowerment*, approche communautaire).
- Garantir un accès gratuit et local aux infrastructures sportives ou activités dédiées au bien-être, adaptées aux restrictions (ex. activités extérieures, dispositifs mobiles Game truck, ateliers culinaires).
- Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).
- Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse, entamées durant la crise telle que l'organisation de permanences des services de planning familial au sein des écoles.
- Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, poste, mutuelles, etc.).
- Rétablir le lien social/de proximité comme première porte d'entrée pour raccrocher aux soins/services.
- Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.
- Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les publics concernés afin de maintenir un lien social.
- Développer ou pérenniser des espaces de paroles en petits groupes et de vie sociale à destination des publics concernés.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

Le territoire local est un des niveaux privilégiés pour développer les principes de la Santé dans Toutes les Politiques¹⁰³. Toute contribution d'acteurs de promotion de la santé à des collaborations intersectorielles au niveau local représente une avancée dans ce sens. Les acteurs spécialisés en promotion de la santé peuvent sensibiliser les collectivités locales aux leviers dont elles disposent pour favoriser la santé de leur population, ils peuvent aussi les soutenir pour réaliser un diagnostic au départ d'une problématique, pour mettre en place et maintenir une concertation entre différentes parties prenantes impliquées en gardant la promotion de la santé au centre des débats, etc.¹⁰⁴

- Améliorer la communication entre les professionnels (action sociale, secteur culturel, santé mentale de première et de deuxième ligne de soins, etc.).
- Favoriser la collaboration et la connaissance intersectorielle, en créant des répertoires des services existants afin d'assurer la continuité des soins, tout en reconnaissant les compétences de chacun (p. ex., « vis mon job »).
- Mettre en place une dynamique partenariale.

¹⁰³ Jacques-Brisson A, Saint Pierre G, Guide d'implantation de l'approche Santé dans Toutes les Politiques au palier local, REFIPS, 2018 https://refips.org/wp-content/uploads/2020/01/GuideSdTP_web.pdf

¹⁰⁴ Extrait de « Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention - Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention - 2023-2027, AVIQ, septembre 2022

- Établir et renforcer l'intersectorialité : favoriser l'interconnaissance des services au niveau local et le travail entre secteurs différents.
- Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.
- Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour personnes en situation de handicap.
- Renforcer et faciliter l'accès (moyens et défraiement) à des espaces d'échanges de pratiques intersectorielles en tenant compte des limites et du temps demandé.

STRATEGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention, promotion santé.

Cette stratégie vise à utiliser les compétences du secteur de la promotion de la santé pour renforcer l'utilisation de services de prévention par les populations qui en sont éloignées pour des raisons géographiques ou de mobilité réduite, pour des raisons psychologiques ou symboliques, pour des raisons financières ou d'accès aux modalités numériques. Dans un second temps, il s'agit de maintenir le lien entre les personnes et les services de prévention par un travail sur les conditions d'accueil et de suivi au sein de ceux-ci.¹⁰⁵

- Faire le lien entre les facilitateurs en santé / les agents communautaires et les autres services de première ligne pour signaler les problèmes structurels d'accès aux soins de santé.
- Accompagner les publics dans leurs parcours de soins.
- Diversifier les modalités d'accès aux services afin de répondre aux besoins spécifiques des différents publics prioritaires : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.
- Améliorer l'accès physique des services en renforçant la mobilité en fonction de l'offre existante.
- Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics concernés.
- Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des publics concernés ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.
- Développer une meilleure visibilité de l'offre de services à destination des publics concernés au niveau local.
- Renforcer l'offre de service :
 - Renforcer les équipes de la première ligne de soins, de l'action sociale et de la santé mentale (autant en milieu hospitalier, qu'à domicile et en équipe mobile).
 - Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contexte liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.

¹⁰⁵ Extrait de « Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention - Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention - 2023-2027, AVIQ, septembre 2022

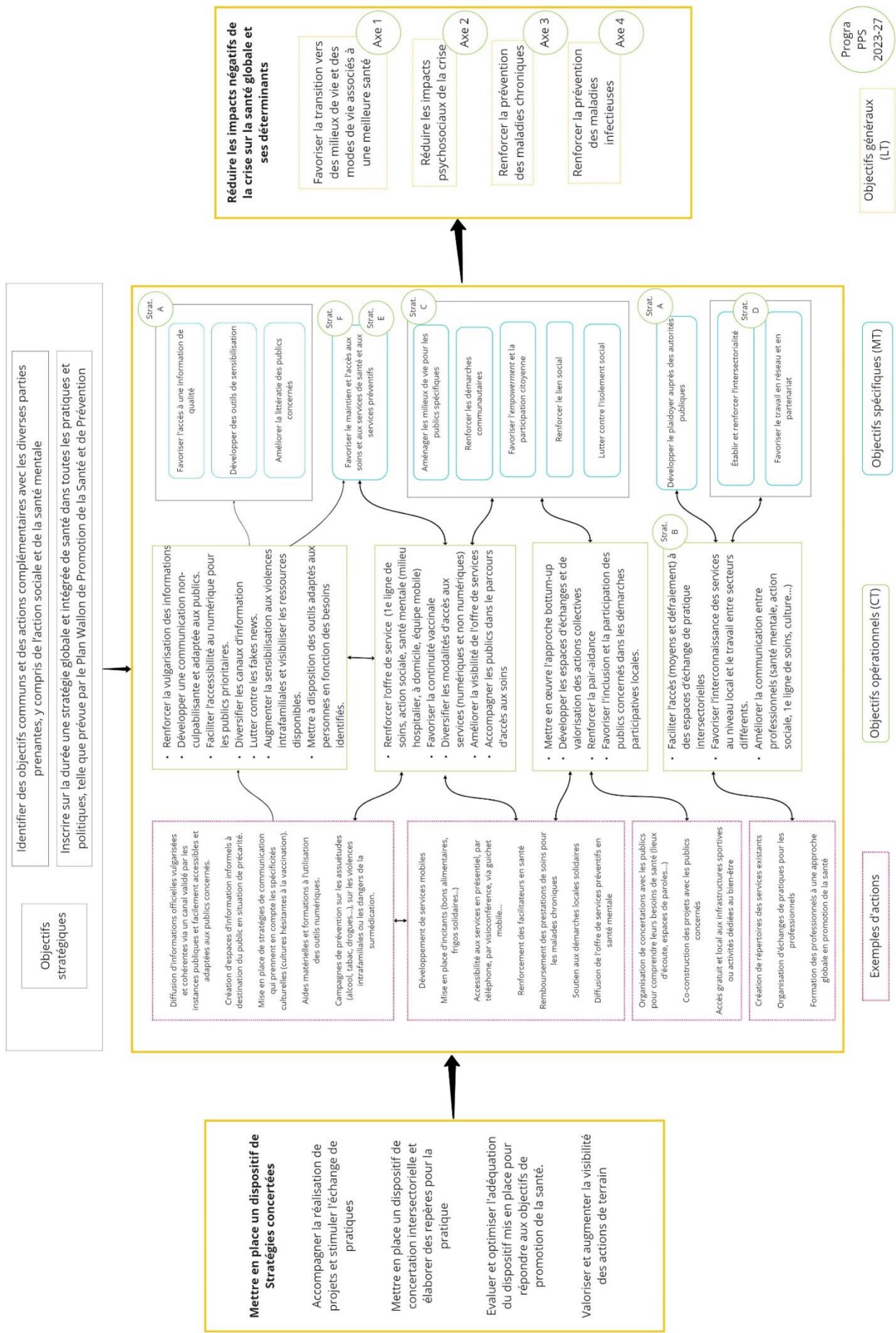
- Renforcer les services de soutien aux familles en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).
- Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin

Cette stratégie vise à maintenir la meilleure qualité de vie possible pour les patients souffrant d'une affection chronique. Au-delà des soins qui leurs sont prodigués et du parcours de soins déjà en place, le soutien apporté pour les aider à maintenir ou à adopter un mode de vie « protecteur » ou « réparateur » (sommeil, stress, alimentation, activité physique, relations sociales, acceptation et résilience) relève d'actions de promotion de la santé.¹⁰⁶

- Agir dans une vision systémique et holistique qui intègre le bien-être physique, mental et social de la personne.
- Garantir une approche *bottom-up* qui tienne compte des besoins primaires et prioritaires des publics.
- Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.
- Augmenter l'accessibilité aux services préventifs.
- Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les personnes porteuses de maladies chroniques.
- Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les malades chroniques (p. ex., séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).

¹⁰⁶ Extrait de « Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention - Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention - 2023-2027, AVIQ, septembre 2022



6. AU-DELÀ DU WAPPS ET DE LA PROGRAMMATION 2023-2027

En tant que secteur de promotion de la santé, il est important de pouvoir mettre en place des actions en amont de l'apparition de pathologies. Or, pour relier les objectifs du WAPPS aux attentes exprimées pour les publics identifiés, il faut que ces publics soient porteurs d'une maladie chronique, d'une maladie infectieuse ou soient confrontés à des assuétudes pour être concernés par les axes de la programmation. L'hypothèse que la promotion de la santé n'interviendrait auprès de ces publics que s'ils sont atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques, est dommageable d'autant que la promotion de la santé vise à agir sur les déterminants de santé en amont des problèmes de santé.

Plusieurs aspects liés à la santé au travail non explicités dans la programmation ont été avancés par les **professionnels dans le cadre des Stratégies concertées Covid**¹⁰⁷. Améliorer l'environnement professionnel (au sens large) est une stratégie dont les impacts agissent sur deux plans : le bien-être au travail des professionnels et la qualité des interventions auprès des publics visés¹⁰⁸. En d'autres mots, faire de la promotion de la santé au travail l'un des objectifs à renforcer dans tout le secteur semble essentiel pour les professionnels mobilisés au cours des concertations. Ces aspects (présentés ci-après) méritent d'être pris en compte et travaillés en collaboration avec d'autres secteurs que la promotion santé, notamment avec les représentants des professionnels de la première ligne de soins et de faire le lien avec d'autres plans wallons, fédéraux et internationaux existants¹⁰⁹.

- **La santé mentale et le bien-être des professionnels** ont été mis en évidence. Dans la programmation, cet aspect cible la population et n'évoque pas les professionnels. Cependant, les professionnels ont exprimé eux aussi leurs propres besoins tels que la mise en place d'espaces de parole pour échanger sur leur vécu, la création/le renforcement de lien par des supervisions d'équipe et par des moments conviviaux.
- **Des aménagements structurels** comme une réorganisation du travail (réduire la charge administrative ou offrir une possibilité de télétravail en fonction des besoins...) ou encore un financement structurel assurant une pérennisation de l'emploi et des projets ont été évoqués.
- Une **communication efficiente et constructive** avec les administrations et les politiques par le dialogue afin de favoriser la clarté des informations.

Même si des actions peuvent être menées par les acteurs de promotion de la santé dans des domaines tels que l'accès aux soins, l'accès et le recours aux outils numériques, la mobilité, le logement, ces

¹⁰⁷ Chapitre 4 - Impact de la crise COVID en Région wallonne : vécu et attentes de professionnels de terrain et de leurs publics, partie 4.4 Attentes au niveau structurel émises par les acteurs de terrain.

¹⁰⁸ Le Réseau européen pour la promotion de la santé sur le lieu de travail (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP) définit la promotion de la santé sur le lieu de travail comme « les efforts conjugués des employeurs, des salariés et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail » (Source : <https://www.enwhp.org/>). De plus, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît la nécessité d'une approche globale puisque la promotion de la santé au travail est appelée à devenir un prérequis au développement économique et social durable. (Source : <https://ww1.issa.int/fr/guidelines/whp/174864>)

¹⁰⁹ Notamment le Plan fédéral d'action national pour améliorer le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail 2022 - 2027

domaines dépassent le seul champ de la promotion de la santé. Cela souligne une fois de plus la **nécessaire articulation et les synergies avec d'autres secteurs d'activités et d'autres plans régionaux, communautaires et nationaux**¹¹⁰ concernant la mobilité, la scolarité, le logement, l'accessibilité aux services (sociaux et santé), les milieux d'accueil pour l'enfance, etc.

Dans le cadre des Stratégies concertées Covid, la collaboration avec d'autres secteurs au niveau régional et local a été très riche et a permis de mettre en évidence de nombreux points de convergence, ce qui confirme l'importance de construire et d'entretenir ces collaborations intersectorielles au niveau structurel et sur le terrain local. Cela nécessite cependant des moyens suffisants en temps et ressources humaines pour assurer ce travail de plaidoyer et d'intersectorialité.

7. LIMITES, PERSPECTIVES ET PROLONGEMENTS

Le présent document relatif à la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 concerne le travail effectué durant une année ; il se limite par conséquent aux étapes d'analyse de situation, de diagnostic et d'élaboration participative de pistes d'action dans le but de les intégrer dans la programmation du WAPPS. Les étapes ultérieures, comme la validation de ces pistes, l'élaboration d'un plan opérationnel d'actions ou la mise en œuvre de ces actions seront menées dans la continuité de cette période.

La lutte contre l'épidémie COVID-19 a mis en évidence l'importance des politiques de prévention et de promotion de la santé et leur efficacité en termes de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé. Mais le spectre d'action de la promotion de la santé guidé par les axes thématiques tel que défini dans le WAPPS, est-il suffisant ? Le WAPPS et la programmation qui en découle évolueront dans les années à venir en fonction des analyses et des évaluations. Le matériau issu des Stratégies concertées Covid sera utile pour faire évoluer le WAPPS. La poursuite de la concertation sur le terrain et avec les autres secteurs permettra d'affiner, de faire évoluer les constats et recommandations au plus près des réalités vécues par la population et d'alimenter et enrichir le WAPPS.

L'objectif en mettant en place les Stratégies concertées COVID était de rendre compte de l'impact socio-sanitaire de la crise, de façon large et concertée. De façon plus structurelle, c'était également l'occasion de mettre en œuvre une dynamique de travail pour les démarches et actions de promotion de la santé en Wallonie, d'identifier les points forts et les points faibles de cette dynamique pour servir de base à la mise en œuvre du WAPPS. L'évaluation du dispositif des Stratégies concertées en lien avec la gestion et le suivi de l'épidémie COVID-19 en Wallonie, évaluation actuellement menée par ESPRist-ULiège, apportera des éléments complémentaires très utiles pour l'avenir.

¹¹⁰ La programmation 2023-2027 cite plusieurs plans wallons et nationaux pertinents. Voir p.27.

Le dispositif des Stratégies concertées Covid a permis d'aboutir à des pistes d'actions concrètes et utiles au terrain et ce notamment, dans une visée d'**anticipation de crises futures**.

Mais 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 d'autres secteurs pertinents pour construire des alliances en faveur de la santé et du bien-être de nos citoyens. Au niveau local et régional, des concertations entre professionnels auront lieu afin de diffuser les résultats, réactualiser les besoins en les confrontant aux réalités actuelles. Cela permettra également de prioriser les pistes d'action et de les opérationnaliser. À cet égard, il est nécessaire de souligner l'importance de la promotion de la santé dans les discussions relatives à la gestion de l'épidémie ou toute autre crise impactant la santé de la population. La promotion de la santé doit pouvoir faire valoir son expertise aux côtés des expertises médicales et/ou épidémiologiques.

8. RÉFÉRENCES

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. 33p.

<https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document de travail 039 PSCH 2017-05 - Approche multisectorielle.pdf>

Arcaya, M.C., Arcaya, A.L., & Subramanian, S.V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1),1-12.

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.

Bryson, J.M., Crosby, B.C., & Stone, M.M. (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66, 44-55.

Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 28 No.(2).

<https://doi.org/10.1177/17579759211015131>

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.

Cattaneo, L.B., & Chapman, A.R. (2010). The process of empowerment: a model for use in research and practice. *American Psychologist*, 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.

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.

Deroche, C., Cornec, C., Dejonghe, B., Tenailleau, W., Onillon, C., Deroo, M., & Le Bec-Corbisier (2010). S'informer, se documenter en éducation et promotion de la santé. *Santé de l'homme*, 410, 11-39. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/140511/2115234>.

Jacques-Brisson, A., & St-Pierre, L. (2018). Guide d'implantation de la santé dans toutes les politiques au palier local. REFIPS.

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

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.

Marmot, M., & Commission on Social Determinants of Health (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Public Health*, 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”. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8),2439-2440. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7224347/>

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

Organisation Mondiale de la Santé (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

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

Rondon, J., Benkhoucha, C., Cornec, N., Fleur, L., Lhours, G., Marchais, S., & Sylvain, M. (2021). Rôle d'un centre ressources en prévention, promotion et éducation pour la santé dans le cadre d'une crise sanitaire. *Santé Publique*, 33, 1023-1032. <https://doi.org/10.3917/spub.216.1023>

Rousseaux R., & Malengreaux S. (2022). *Promouvoir la santé en contexte de pandémie – recueil d'expériences bruxelloises*. UCLouvain/IRSS/RESO.

Sachs, B. (2006). Démarche participative : interroger les faits. *La Santé de l'Homme*,382,13-15.

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

Van Damme, W., Dahake, R., Delamou, A., Ingelbeen, B., Wouters, E., Vanham, G., van de Pas, R., Dossou, J.-P., Ir, P., Abimbola, S., Van der Borght, S., Narayanan, D., Bloom, G., Van Engelgem, I., Ali Ag Ahmed, M., Kiendrébéogo, J.A., Verdonck, K., De Brouwere, V., Bello, K., ... Assefa, Y. (2020). The COVID-19 pandemic: diverse contexts; different epidemics – how and why ?. *BMJ Global Health*, 5(7).
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003098>

Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, 35(2). <https://academic.oup.com/heapro/article/35/2/181/5820891>

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

REMERCIEMENTS

Au nom de l'ensemble des opérateurs chargés de la mise en œuvre du dispositif des Stratégies concertées Covid, 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 de ce rapport.

ANNEXES

Annexe 1. Projets financés dans le cadre des Stratégies concertées COVID

« 2020, une année chamboulée pour Valère »

[Home Valère Delcroix](#)

Thématique : Accueillir les émotions des résidents via un espace de parole débouchant sur la création d'un livre.

« AFYA – Prévention multilingue en santé publique »

[Le Monde des Possibles](#)

Thématique : Faciliter la compréhension et la circulation d'informations officielles clés liées à l'accès à la santé et au bien-être, avec un focus particulier sur la Covid, en outillant des interprètes en milieu social.

« Après la Covid-19, osons la santé en Hainaut »

[Observatoire de la Santé du Hainaut](#)

Thématique : Veille sanitaire, sensibilisation à la vaccination pour les publics plus vulnérables et reprise des activités dans un contexte post-Covid.

« CAP'S 2021 et au-delà »

[ESPRIST – Uliège](#)

Thématique : Formation en matière d'éducation et de communication afin de développer des actions de prévention contre la Covid-19.

« Comment ça va ? »

[Plan de Cohésion Sociale de Dour](#)

Thématique : Actions de sensibilisation (santé) et activités psychosociales via la présence d'un travailleur social.

« Comment vivre en Santé dans un monde post covid, même en situation de grande précarité »

[Comme Chez Nous](#)

Thématique : Adapter les outils de l'asbl à la situation de vie en crise sanitaire et sociale. Pour la population en situation de précarités sociales sévères et multiples.

« Covid-19 : focus et perspectives handicaps »

[ARAPH – Handicap & Santé](#)

Thématique : À l'aide d'un bilan des vécus et de groupes de réflexion en co-construction avec le public visé, proposer des actions concrètes visant l'après-crise pour et avec le secteur du handicap.

« Covid'anim »

[Cultures et Santé](#)

Thématique : Soutenir les professionnels de terrain dans la mise en place d'animations dans ce contexte de crise Covid.

« Cycle de méditation de pleine conscience »

[Maison médicale Saint-Léonard](#)

Thématique : Lutter contre des effets délétères de la crise (aggravation du stress, difficulté de la gestion des émotions, dépression, problématiques d'assuétudes, anxiété, insomnie), instaurer des habitudes de vie saines et renouer du lien social.

« Ensemble, bien vivre avec l'épidémie de Covid »

[De Bouche à Oreille – Li Cramignon asbl](#)

Thématique : Actions pour augmenter le bien-être global, réduire l'impact de la crise sanitaire sur les publics fragilisés et renforcer la prévention Covid, en s'appuyant sur le projet « La santé par l'alimentation ».

« Ensemble faire face à la pandémie : du soutien dans mes démarches »

[Maison médicale du Laveu](#)

Thématique : Accompagnement de terrain accessible et personnalisé afin de réduire la fracture numérique.

« Formation et accompagnement ENVOL(T'OIE) »

[CPAS de Visé](#)

Thématique : Différents ateliers pour lutter contre la solitude et l'isolement en contexte de pandémie.

« Facilitateurs en santé »

[Intermut – CHW asbl et RWLP](#)

Thématique : Poursuivre et approfondir le partenariat Intermutualiste – Réseau wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP) dans le cadre du projet Community Health Worker, qui vise à améliorer l'accessibilité aux soins de santé et soutenir les publics vulnérables dans l'utilisation des soins.

« Infi Covid 19 »

[Icar Wallonie](#)

Thématique : Renforcer l'équipe médicale afin d'intensifier l'intervention en matière de vaccination Covid et de réduction des risques auprès des personnes en situation de prostitution.

« La Parenthèse »

[CPAS de Beauraing](#)

Thématique : Activités sociales et culturelles pour les personnes âgées de 60 ans et plus, afin de maintenir et d'améliorer leur autonomie tant sociale que physique, et rompre leur isolement.

« La Party Box »

[Réseau liégeois Risquer Moins et Nadja](#)

Thématique : Des « Party Box » personnalisées mises à disposition des fêtards de la Province de Liège pour réduire les risques relatifs à l'usage de drogues et d'alcool, et limiter la propagation de la Covid-19, dans un cadre privé et festif.

« L'éducation à la santé digitale »

[Maison Médicale Espace Santé](#)

Thématique : Renforcer les compétences en santé numérique des patients et des habitants en accompagnant l'appropriation des outils digitaux en santé via des permanences, ateliers, formations...

« Le/La Covid ? On en parle à la Régie ! »

[Fédéré](#)

Thématique : Former et accompagner le personnel et les personnes ressources sur le terrain, informer le public et garantir l'accès à des informations sûres.

« Ma santé j'en fais mon affaire »

[CPAS de Perulwez](#)

Thématique : La cellule éducative transversale active un dispositif d'éducation à la santé autour de 3 axes dédiés à aux bénéficiaires du CPAS : « Ma santé, j'en fais mon affaire », « La santé de mon enfant, c'est ma préoccupation » et « La pandémie, je m'informe pour pouvoir en parler ».

« Manger-Bouger en Hainaut »

[Observatoire de la Santé du Hainaut](#)

Thématique : Actions portant sur les environnements appropriés à l'adoption de comportements favorables à la santé (territoires et milieux de vie).

« Passerelles et résiliences : ensemble pour un mieux-être »

[Maison médicale La Passerelle](#)

Thématique : Activités diverses visant le bien-être global de la personne, pour renouer un lien d'abord avec elle-même mais aussi avec les autres.

« Pour ta Santé »

[CPAS des Bons Villers](#)

Thématique : Divers ateliers pour améliorer le cadre et les conditions de vie des personnes précarisées.

« Prévention combinée de la Covid-19 et des IST »

[Plateforme Prévention Sida](#)

Thématique : Développer une stratégie de prévention combinée de la Covid-19, basée sur l'expérience du VIH, afin de réduire l'impact de l'épidémie sur les publics vulnérables issus de la migration.

« Prévention de la Covid-19 auprès des personnes prostituées de Mons-Borinage/Tournai »

[Espace P. Mons/Tournai](#)

Thématique : Développement intensif de la communication à partir des nouvelles technologies telles que Whats'App, Internet, Instagram, Facebook... afin de toucher des travailleurs du sexe différents.

« Prévention de la Covid-19 auprès des personnes prostituées du Pays de Charleroi »

[Espace P. Charleroi](#)

Thématique : Différentes actions pour prévenir la Covid et gérer les conséquences psychosociales de la crise sanitaire (outils informatifs, intensification des maraudes, « kits hygiène »...).

« Prévention de la Covid-19 auprès des personnes prostituées du Pays de Liège »

[Espace P. Liège](#)

Thématique : Différentes actions pour prévenir la Covid et gérer les conséquences psychosociales de la crise sanitaire (outils informatifs, intensification des maraudes, « kits hygiène »...).

« Prévention de la Covid-19 dans les établissements pénitentiaires wallons »

[Service Éducation pour la Santé](#)

Thématique : Poursuite et renforcement des activités de prévention de la Covid-19 par le biais d'une démarche de promotion de la santé, en privilégiant l'animation de groupe.

« Projet « SMS » aux personnes prostituées »

[Entre 2 Wallonie](#)

Thématique : Diffusion de SMS présentant le service et proposant l'envoi d'un kit gratuit, afin de toucher les personnes en situation de prostitution les plus isolées.

« Recherche action participative : (re)tisser le lien social et promouvoir le bien-être psychosocial »

[CPAS de Charleroi et RESO – UCLouvain](#)

Thématique : Une étude basée sur 4 séries d'ateliers pour documenter des impacts de la crise en Région wallonne, bonnes pratiques et actions innovantes.

« Recherche-action sur l'impact de la crise Covid sur les jeunes Wallonnes et Wallons »

[Eurotox](#)

Thématique : Objectiver dans quelle mesure les changements induits par la crise ont affecté les risques liés à la consommation de drogues ainsi que les violences sexistes et sexuelles.

« Relever les enjeux de la santé mentale post Covid/Inondations en zone rurale et péri-urbaine »

[A.I.G.S.](#)

Thématique : Proposer une offre concertée de prise en charge au plus près des citoyens socialement défavorisés, sous forme d'une consultation et d'un suivi psychologique, pour accroître l'offre de services dans un territoire peu couvert et peu desservi, dans un contexte post-inondation.

« Renforcement de la résilience des femmes solos et des femmes vivant avec le VIH face à la Covid-19 »

[Collectif des Femmes](#)

Thématique : Sensibilisation du public sur leurs droits, facilitation de l'accès à ces droits et création d'une dynamique de socialisation des groupes.

« Renforcer le changement de comportement et attitudes dans la prévention des maladies Infectieuses »

[Trempline](#)

Thématique : Consolider la gestion des mesures de prévention et de protection et leur inscription dans la durabilité à Trempline, centre de post-cure résidentiel pour personnes dépendantes.

« Réseau solidaire »

[Maison médicale L'Herma](#)

Thématique : Réseau de solidarité entre les patients de la maison médicale, dans le but de réduire l'isolement des personnes en difficulté

ANNEXE 2

Atelier évaluation : Note de synthèse de la rencontre du 24 février 2022*

*Version légèrement adaptée à la suite des commentaires reçus de certains participants.

Table des matières

Introduction	2
A. Ce qui est attendu du dispositif et de son évaluation	3
• Le renforcement de l'accessibilité à une information de qualité	3
• La mise en œuvre de l'approche <i>bottom-up</i>	3
• La mise en place d'une dynamique partenariale	4
• La pérennité du dispositif des Stratégies concertées	4
• Une amélioration de la visibilité	5
• Un accompagnement des projets	5
• Une démarche d'évaluation soutenance	5
B. Les questions auxquelles l'évaluation pourrait répondre	6
Changement de paradigme pour agir sur les déterminants sociaux de la santé	7
Accessibilité aux services.....	8
La mise en œuvre de l'approche <i>bottom-up</i>	9
Les suites données au dispositif des Stratégies concertées.....	10
La mise en place d'une dynamique partenariale	11
L'accompagnement des projets	11
C. L'évaluation du dispositif des Stratégies concertées en bref.....	12

Introduction

Le 24 février dernier, une cinquantaine de personnes se sont réunies pour participer à la co-construction de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées en Wallonie. Cette démarche participative et négociée suppose que l'ensemble des parties prenantes participent à la définition des dimensions d'évaluation afin qu'elles soient porteuses de sens pour tous. Les opérateurs lauréats des appels à projets, la coordination régionale, les Points d'Appui Covid (PAC) des Centres locaux de Promotion de la Santé (CLPS) ainsi que les membres de la coordination transversale étaient représentés.

Pour rappel, l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées a pour objectif d'adapter les orientations de la stratégie, d'en définir les plus-values et les difficultés en vue de la mise en œuvre ultérieure du Plan wallon de Prévention et Promotion de la Santé (WAPPS). L'évaluation du dispositif tentera de montrer comment la concertation intersectorielle peut faciliter l'émergence de réponses adéquates à la crise sanitaire et à ses conséquences sur la santé et ses déterminants.

La rencontre s'est déroulée en plusieurs temps et ateliers d'échanges. Le présent compte-rendu a pour objectif de **donner un aperçu global des échanges** qui viennent nourrir la construction de la démarche d'évaluation. Cette journée a permis de préciser les attentes vis-à-vis du dispositif ainsi que les utilisations potentielles des résultats de l'évaluation, essentielles en vue de préciser les questions auxquelles devra répondre l'évaluation du dispositif. Ces questions sont listées ci-dessous. Elle a aussi permis d'approcher les indicateurs d'évaluations et les modalités de collecte d'informations.

L'évaluation du dispositif des Stratégies concertées portera à la fois sur des résultats et sur des processus. Différentes sources d'informations seront nécessaires afin de documenter les indicateurs qui permettront de porter un jugement évaluatif sur les questions soumises à l'évaluation. A savoir :

- Des informations sur les projets en cours (Evaluation/Projets)
- Des informations collectées par ESPRIst-ULiège (lors des réunions et lors des rencontres, ultérieurement via des questionnaires ou entretiens...) (Evaluation/ESPRIst-ULiège)

A. Ce qui est attendu du dispositif et de son évaluation

- **L'identification de pistes d'actions sur les déterminants de la santé**

Selon les participants, le dispositif devrait aboutir à des pistes d'actions concrètes et utiles au terrain et ce notamment, dans une visée d'**anticipation de crises futures**.

Ces actions touchent tous les champs de la santé telle que définie par l'OMS ; une santé globale, qui englobe la santé physique, mentale et sociale des publics concernés. Les Stratégies concertées pourraient permettre de garantir l'accès aux soins (y compris santé mentale) pour tous. Elles permettraient également de mener des actions pour lutter contre l'isolement social, en augmentant les capacités d'accueil, en soutenant la création d'un tissu social dense pour contrer le développement des facteurs de précarité (autant relationnelle que pécuniaire). Le dispositif serait **une réponse concrète** des pouvoirs publics en regard de la dégradation de la santé mentale due à l'isolement social exacerbé chez les personnes déjà précarisées.

Le dispositif permettrait de proposer des animations pour améliorer la santé, qui soient au plus proche des difficultés vécues. Ces attentes seront détaillées plus spécifiquement aux deux points suivants : d'une part, le renforcement de l'accessibilité des informations pour les publics et d'autre part, la réponse aux besoins du terrain par la mise en œuvre d'une approche *bottom-up*.

En regard de ces attentes, les parties prenantes prendraient des décisions variées, par exemple : faire des modules d'animations diversifiés, modifier la méthodologie d'un projet, varier les publics, utiliser les résultats hors contexte covid...

- **Le renforcement de l'accessibilité à une information de qualité**

Les participants attendent du dispositif une gestion des effets de la digitalisation des services administratifs, d'aide et de soins, par la mise en place d'un processus facilitant l'accès aux services numériques et l'accompagnement des publics dans leur autonomie ainsi que l'accompagnement des professionnels de terrain.

L'accessibilité de l'information passe également par la recherche de nouveaux moyens de communication avec les publics et un soutien à la compréhension des outils de prévention.

- **La mise en œuvre de l'approche *bottom-up***

Les parties prenantes du dispositif souhaitent représenter leurs publics, les besoins et difficultés de ceux-ci afin que ces derniers ne soient pas oubliés. Ainsi, le dispositif serait une opportunité de

répondre aux besoins des populations, notamment les plus vulnérables. Les parties prenantes comptent sur la mise en œuvre de l'approche *bottom-up* pour permettre la diffusion de ces besoins vers le politique, de même que pour améliorer les actions en vue de répondre aux besoins du terrain. Une telle approche serait également l'occasion de rapporter la parole du terrain (publics et professionnels) et d'« aller vers les personnes qui manquaient ».

• La mise en place d'une dynamique partenariale

Les attentes en termes de dynamique partenariale sont fortes et diversifiées. Le dispositif est l'occasion de **faire connaissance** avec d'autres secteurs, de mieux se connaître, de créer de nouveaux partenariats ou encore d'agrandir le réseau. Parmi les attendus, les participants citent les possibilités d'**échanges de pratiques** sur des problématiques communes ainsi que la mutualisation des ressources afin de rendre plus actif et systématique l'apprentissage au travers des pratiques des autres (expériences, outils, méthodologie de projet...). L'aspect répétitif des **concertations** est également évoqué afin de définir des axes de travail clairs et précis pour tous.

Le **décloisonnement** des secteurs et des pratiques est également important pour les participants, que ce soit pour briser une forme d'isolement des pratiques professionnelles par son ouverture à d'autres partenaires ou par une horizontalité accrue au sein d'un réseau. Ce decloisonnement serait l'occasion pour les parties prenantes du dispositif de faire progresser leurs méthodes de travail.

Selon les participants à l'atelier, le dispositif pourrait soutenir la mise en place d'une **dynamique intersectorielle** effective et opérationnelle sur le **long terme**. Certains attendent des Stratégies concertées une mise en valeur des transversalités entre acteurs et qu'elles démontrent les **capacités de collaboration** et de coordination du secteur (local/régional, santé/social/santé mentale, 1^e ligne/2^e ligne...). Le **sentiment de cohésion** entre secteurs et le **sentiment d'appartenance** à un dispositif commun est également attendu.

Les parties prenantes ont évoqué le rôle des Stratégies concertées au **niveau politique**, notamment le rôle de plaidoyer au niveau interministériel et les liens avec les politiques de santé au niveau fédéral.

La mise en œuvre d'une approche *bottom-up* (supra) dans une dynamique de partenariat effective servirait aux acteurs afin de montrer comment ces partenariats permettent d'approcher les besoins de façon complexe. L'évaluation des Stratégies concertées contribuerait à visualiser si le changement de paradigme de la santé s'est produit et les potentielles articulations entre promotion de la santé et soins. Au terme du dispositif, les parties prenantes, par une meilleure interconnaissance, pourraient se référer aux compétences des membres du dispositif.

• La pérennité du dispositif des Stratégies concertées

La pérennité du dispositif suppose de rencontrer différentes attentes. Les opérateurs souhaitent obtenir la considération de la part des politiques, et la reconnaissance des compétences des acteurs de 1^e ligne. Les participants espèrent que la transparence dans la communication avec le politique sera améliorée. Les opérateurs voudraient être impliqués jusqu'au bout dans les diagnostics et avoir une place dans la concertation et les décisions politiques par la suite.

Avec la **reconnaissance**, l'**anticipation** et la **stabilité** font partie des maîtres mots de la pérennité du dispositif. D'une part, il s'agit de mettre en avant la nécessité que certains dispositifs soient pensés pour que les professionnels ne se retrouvent pas seuls à pallier les difficultés. D'autre part, il est attendu que le dispositif agisse comme tremplin d'un travail sur le long terme, en donnant des moyens ambitieux (humains, structurels) afin d'opérationnaliser les changements de paradigme de la santé (OMS) dans la durée.

Dans ce cadre, l'évaluation de la pérennité du dispositif serait utile afin de montrer que les appels à projets successifs ne sont favorables ni à la pérennisation du travail engagé dans ce cadre ni à l'innovation mais qu'ils renforcent le travail en cours. Les résultats de l'évaluation serviraient, dès lors, à valoriser l'existant.

Les Stratégies concertées pourraient être un **levier pour des politiques à long terme**, à savoir, un socle de redéploiement de la promotion de la santé dans toutes les politiques. Le soutien des politiques pour poursuivre les activités se manifesterait par une prise en compte des attentes et du vécu des professionnels de terrain et par l'augmentation des moyens pour lutter contre les facteurs qui interfèrent avec la santé. Un renfort pérenne des équipes en place et une simplification administrative des procédures d'engagement de personnel semblent être les bienvenus.

- ## Une amélioration de la visibilité

Cette attente concerne la visibilité des projets, des actions et des services envers le public avec un point d'attention sur la communication et la vulgarisation du secteur. Cette visibilité est également à mettre en lien avec l'attente de reconnaissance évoquée ci-dessus.

- ## Un accompagnement des projets

Les participants à l'atelier évaluation ont partagé leurs attentes concernant l'accompagnement des projets, par exemple, un soutien au terrain dans la sélection de ressources, une aide à l'écriture des rapports d'activités, un conseil pour une animation ou encore un soutien méthodologique pour la mise en place d'un projet. Cet accompagnement permettrait entre autres d'améliorer le travail de première ligne, comme le point suivant le suggère également.

- ## Une démarche d'évaluation soutenante

L'objectif de l'évaluation est en lien avec la pérennisation du dispositif évoquée ci-dessus. En effet, l'objectif de l'évaluation est d'adapter les orientations de la stratégie, d'en définir les plus-values et les difficultés pour la mise en œuvre ultérieure du Plan wallon de Prévention et de Promotion de la Santé. La mise en avant des actions efficaces et la pérennisation des actions a par ailleurs été évoquée par les parties prenantes. Les opérateurs attendent de l'évaluation qu'elle soit structurée afin que chaque partenaire y trouve son compte et qu'une **ligne de conduite commune** soit dégagée (par exemple : des critères d'évaluation pour une formation).

Au terme du dispositif, les professionnels pourraient voir la **culture d'évaluation** renforcée au sein de leurs projets. Ils se voient également diffuser les résultats de l'évaluation.

B. Les questions auxquelles l'évaluation pourrait répondre

Au croisement des attentes vis-à-vis du dispositif et des finalités attendues de l'évaluation se dessinent les questions évaluatives jugées prioritaires pour les parties prenantes concernées. Ces questionnements sont listés ci-dessous, ils pourraient encore évoluer ou être adaptés selon les retours potentiels des opérateurs lauréats. L'évaluation ne pourra pas répondre à toutes ces questions dans le temps imparti, néanmoins, nous les avons reprises de façon exhaustive afin de donner un aperçu complet et représentatif des échanges.

Les critères et/ou indicateurs d'évaluation listés en regard des questions ont été précisés au départ des contenus recueillis durant l'atelier évaluation du 24 février. Les critères sont les caractéristiques identifiées par les parties prenantes comme particulièrement importantes pour porter un jugement sur les éléments soumis à l'évaluation. Les indicateurs permettront de définir concrètement comment se manifestent les critères dans la réalité. Ces indicateurs seront choisis en fonction de leur utilité, de leur faisabilité et de leur proximité avec les réalités vécues.

Un code couleur a été adopté afin de distinguer le niveau de collecte des données :

- **Enquête** : Ces critères seront documentés à la suite d'une collecte d'informations auprès des porteurs de projet. Cette collecte sera réalisée par ESPRist-ULiège et ne demande pas aux porteurs de projet de collecter des informations sur le terrain.
- **Observations** : Les informations collectées tout au long du processus par ESPRist-ULiège permettront de documenter ces critères.
- **Projets** : Ces critères nécessiteront que des informations plus précises soient rapportées par les porteurs de projet. Ces informations seront précisées dans un canevas qui sera transmis ultérieurement aux porteurs de projet et qui permettront à ESPRist-ULiège d'apporter des réponses aux questions ci-dessous. La variété des informations est telle qu'il ne serait ni pertinent ni réaliste de demander aux porteurs de projet d'en documenter l'ensemble. Les porteurs de projet, en collaboration avec ESPRist-ULiège auront donc la possibilité de choisir les informations pertinentes à refléter en regard de leur projet.

Changement de paradigme pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

Questions évaluatives	Critères et/ou indicateurs
<p>1. Le dispositif a-t-il permis de renforcer les articulations entre le soin et la promotion de la santé (dont la santé communautaire) ? A court terme et à long terme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif a fait émerger des pistes d'actions concrètes (Enquête) • Des pistes d'actions concrètes ont été partagées dans le cadre du dispositif (Enquête) • Des services mis en place dans le cadre des SC répondent aux besoins d'aides sociales, administratives ... du public (Enquête) • Le dispositif a permis d'améliorer la communication interne au sein d'équipes pluridisciplinaires (Enquête) • Le dispositif a permis d'initier ou de former des équipes de professionnels en matière de santé communautaire (Enquête) • Le dispositif a permis d'identifier des pistes d'actions concrètes pour l'avenir (Observations)
<p>2. En quoi le dispositif va-t-il permettre d'agir sur les déterminants non médicaux de la santé ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des pistes d'actions concrètes sur les déterminants non médicaux de la santé ont émergé (Enquête) • Des pistes d'actions concrètes sur les déterminants non médicaux de la santé ont été partagées (Enquête) • Des pistes d'actions concrètes sur les déterminants non médicaux de la santé sont envisagées pour l'avenir (Observations) • Des pistes d'actions concrètes sont impulsées au travers des appels à projets (Observations) • Des services mis en place dans le cadre des SC prennent en charge les déterminants non médicaux de la santé (insertion, langues, aide au logement...) (Observations) • Les publics bénéficiaires des actions ressentent des évolutions relatives aux déterminants de la santé (Projets) • Les publics bénéficiaires des actions sont soutenus dans la compréhension des outils de prévention (Projets) • Les publics bénéficiaires des actions ont été sensibilisés à l'utilisation de nouveaux moyens de communication (Projets)
<p>3. Le dispositif a-t-il permis de mieux prendre en compte la santé mentale ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des pistes d'actions concrètes sur la santé mentale ont émergé (Enquête) • Des pistes d'actions concrètes sur la santé mentale ont été partagées (Enquête) • Des pistes d'actions concrètes sur la santé mentale sont envisagées pour l'avenir (Observations) • Les demandes de consultations en santé mentale ont évolué (Projets)

Accessibilité aux services

Questions évaluatives	Critères et/ou indicateurs
<p>4. Le dispositif a-t-il permis d'améliorer l'accessibilité des soins de manière générale ?</p> <p>a. Le dispositif a-t-il permis une meilleure prise en considération des difficultés liées à la numérisation des services / de diminuer la fracture numérique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif apporte des nouveautés concrètes qui ont un impact sur l'accessibilité (Observations) • Les services mis en place dans le cadre du dispositif soutiennent une gestion directe des effets de la digitalisation des services administratifs, d'aides et de soins (Observations) • Les publics recourent aux services qui leur sont proposés (Projets) • Un plus grand nombre de personnes ont accès à une aide en matière de santé mentale (Projets)
<p>5. Le dispositif couvre-t-il l'ensemble des publics concernés par le cumul des impacts négatifs liés à la crise sanitaire ?</p> <p>a. Le dispositif a-t-il permis aux porteurs de projet d'atteindre plus efficacement leurs publics cibles ?</p> <p>b. Dans quelle mesure le dispositif permet-il d'aller vers les publics (plus éloignés) ?</p> <p>c. A-t-on élargi les publics-cibles habituels des organismes (relais ou population) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les opérateurs mutualisent des expériences pour toucher certains publics (Enquête) • Les opérateurs ont accès au terrain afin de répondre à ses besoins (Enquête) • Les outils d'évaluation qualitatifs de satisfaction sont utilisés pour vérifier l'atteinte des objectifs fixés (Enquête) • Les capacités d'expression des publics sont prises en compte (Enquête) • Les secteurs concernés par le dispositif rencontrent l'ensemble des publics concernés par la crise (Observations) • L'intersectionnalité est prise en compte (Observations) • Les actions mises en place touchent des publics aux caractéristiques variées (Projets) • Les publics-cibles invisibilisés, plus difficiles à atteindre sont touchés (Projets) • Les publics-cibles participent aux activités collectives indépendamment des craintes liées à la covid (Projets) • Le(s) public(s) estiment que leurs besoins ont été rencontrés (Projets) • Les actions mises en place contribuent à la diminution de l'isolement social (Projets) • Les publics impliqués dans les actions sont représentatifs des publics plus fortement concernés par les impacts négatifs de la crise sur la santé et ses déterminants (Projets)

La mise en œuvre de l'approche *bottom-up*

Questions évaluatives	Critères et/ou indicateurs
<p>6. Le dispositif va-t-il permettre de donner une réponse adéquate et rapide aux besoins des publics cibles ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des diagnostics sont pris en compte par les porteurs de projet afin de mieux cibler leurs actions (Enquête) • Le dispositif permet de répondre à de nouveaux besoins (évolution des besoins existants et nouveaux besoins) (Observations) • Des actions concrètes sont identifiées pour répondre aux besoins (Observations) • Existence d'une structure d'appui pour faire face aux nouveaux besoins, contextes (Observations) • Les besoins identifiés sont vécus et exprimés par les publics-cibles, reconnus par les professionnels/relais/bénévoles... (Projets) • Le dispositif fait émerger des besoins qui n'ont pas encore émergés par ailleurs (Projets) • Le dispositif permet d'identifier les besoins qui ont été rencontrés et ceux qui restent non couverts (Projets)
<p>7. Le dispositif met en place une démarche qui permet l'identification et la rencontre des besoins dans un contexte de changement et d'évolution ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La parole des publics est recueillie sur les changements qu'ils ont constatés sur leur santé (Enquête) • Le délai entre l'élaboration d'un projet et sa mise en œuvre est raisonnable (Observations) • Le dispositif permet l'identification des groupes en situation de précarités (Observations) • La vitesse d'évolution et de changements des besoins est prise en compte pour l'adaptation des actions (Observations) • Le dispositif permet une remontée des besoins auprès des politiques qui permet de ne plus devoir recommencer les diagnostics (Observations)
<p>8. A quels moyens les opérateurs ont-ils fait appel pour répondre aux besoins identifiés ou quels moyens seraient nécessaires pour rencontrer les besoins émergents ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les actions mises en place rencontrent les besoins identifiés (Enquête) • Les opérateurs disposent des moyens leur permettant de répondre aux besoins ayant émergés via les actions (Enquête)

Les suites données au dispositif des Stratégies concertées

Questions évaluatives	Critères et/ou indicateurs
<p>9. Les moyens (humains, financiers, éléments mis à disposition pour la mise en œuvre) sont-ils suffisants pour atteindre les objectifs ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens disponibles permettent de répondre aux demandes (Enquête) • Les montants demandés dans les demandes de subventions correspondent aux subventions allouées (Enquête) • Les moyens disponibles permettent de toucher tous les publics (Observations) • Les temps alloués à la mise en place des projets comprennent des temps de concertations et de mise en réseau (Observations) • La continuité des financements des actions mises en place est assurée (Observations) • Des stratégies de simplification administrative mises en place par l'administration permettent la mise en œuvre d'actions adéquates (Observations)
<p>10. Le dispositif intersectoriel améliore-t-il la visibilité et la reconnaissance de l'efficacité du réseau en 1^e ligne ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif montre la nécessité d'élargir les publics-cibles des organismes (Enquête) • Le dispositif permet et reconnaît la flexibilité du travail de terrain (Enquête) • Les financements et les engagements liés aux projets sont stables (Enquête) • Les politiques créent un cadre de confiance qui permet une sécurité financière des opérateurs et la non concurrence entre les opérateurs (Enquête) • Le dispositif améliore la visibilité des services/actions des opérateurs (Enquête) • Les résultats de l'évaluation permettent de ne plus devoir prouver le besoin d'acteurs de proximité (Observations) • Le dispositif montre qu'il y a de réels besoins de services d'accompagnement de première ligne et permet de financer des services qui les rencontrent (Observations)
<p>11. Quels apports et quels processus du dispositif peuvent être remobilisés dans un contexte hors covid ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenariats initiés dans le cadre du dispositif se poursuivent (Enquête) • Le dispositif permet un renforcement des compétences des professionnels de terrain (Enquête) • Les demandes qui émergent suite au dispositif Covid peuvent être reconduites dans le cadre des stratégies concertées sans le covid (Enquête) • Les outils/compétences produits restent pertinents en dehors de la situation covid (Enquête) • Le dispositif qui allie local-régional-appel à projets est prolongé (Observations) • Les modalités d'analyse des besoins sont pertinentes à reproduire dans le futur (Observations) • Des projets construits en étant axés sur le covid peuvent être reproduits dans des actions de soins de santé (Observations)
<p>12. Comment le dispositif des Stratégies concertées va-t-il susciter plus de fluidité des échanges entre les différents niveaux de pouvoir et la rapidité de la prise de décision ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif a noué des liens avec les politiques de santé au niveau fédéral (dispositif de coordination de la vaccination...) (Observations) • Le dispositif a créé des liens avec les autres niveaux de pouvoir (interministériel) (Observations) • Le dispositif joue un rôle de plaidoyer (Observations)

La mise en place d'une dynamique partenariale

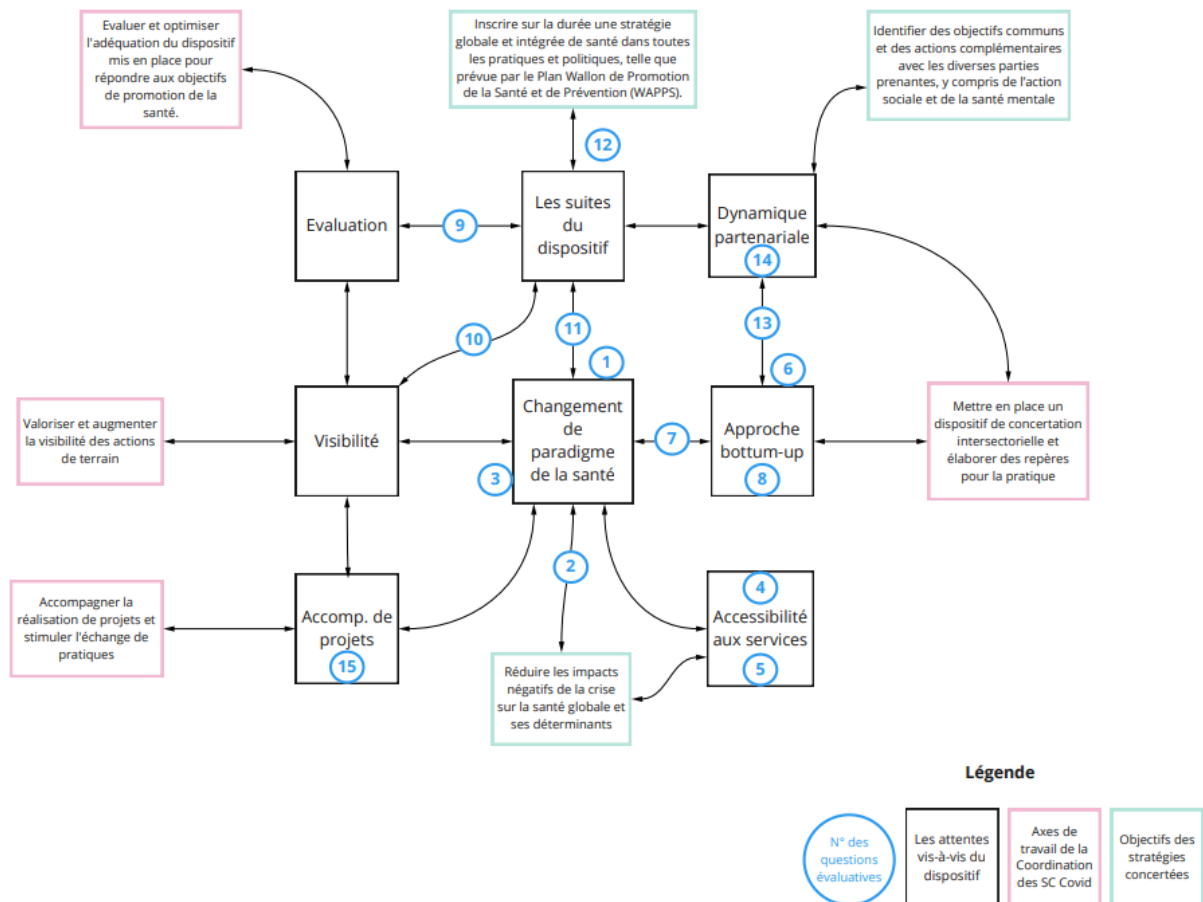
Questions évaluatives	Critères et/ou indicateurs
<p>13. Quelle est la plus-value des nouveaux partenariats ?</p> <p>a. Ont-ils eu le temps d'être noués, et si oui, qu'ont-ils permis de nouveau, un partage de savoirs a-t-il eu lieu ?</p> <p>b. En quoi les partenariats qui ont pu se créer/être renforcés permettent-ils une meilleure prise en compte des besoins des publics-cibles ?</p> <p>c. Est-ce que le dispositif amène une approche de la complexité des besoins grâce aux partenariats ? Approchera-t-on mieux la complexité grâce au partenariat ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les opérateurs mutualisent leurs expériences pour toucher certains publics (Enquête) • Les publics cibles ont été réorientés vers d'autres services en fonction de leurs besoins (Enquête) • Les partenariats ont innové afin de toucher un public isolé (Enquête) • Une cartographie des besoins des publics est disponible (Observations) • La représentativité des secteurs/acteurs et publics cibles a augmenté (Observations) • Les différents acteurs/secteurs partagent leurs constats sur les besoins des publics • Les outils et procédures créés par les membres du réseau sont partagés (Enquête) • Les actions santé au sein des communes ont augmenté (Projets) • Le nombre d'élus dans les formations sur la santé dans les communes s'est accru (Projets)
<p>14. Le dispositif permet-il de mieux connaître et de collaborer au sein du réseau ?</p> <p>a. Le dispositif améliore-t-il la connaissance que la première ligne santé, l'action sociale, etc. a de l'offre (en santé mentale, par exemple) ?</p> <p>b. L'intégration des partenaires dans le dispositif est-elle différente selon les secteurs ?</p> <p>c. A quel.s niveau.x se réalisent les réunions intersectorielles ? Sur quoi portent les échanges lors des réunions intersectorielles ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif a permis la création et l'implication des acteurs dans de nouveaux réseaux (Enquête) • Les relations entre les partenaires reposent sur un climat de confiance (Enquête) • Les représentations du travail, qui peuvent différer selon les secteurs, sont prises en considération (Enquête) • Les opérateurs choisissent leurs partenaires en regard de leurs complémentarités (Enquête) • Les partenaires adéquats sont associés au projet (s'entourer des bonnes personnes) • Qualité du partenariat (Automatisme, stabilité des collaborations, interpellations entre partenaires (même informelles), échanges de pratiques...) (Enquête) • La collaboration entre acteurs de secteurs différents a augmenté (Enquête) • Les réunions intersectorielles se réalisent à un ou plusieurs niveaux (régional, entre partenaires au sein d'un projet où la collaboration était déjà prévue, etc.) (Enquête)

L'accompagnement des projets

Questions évaluatives	Critères et/ou indicateurs
<p>15. Est-ce que l'accompagnement des projets est utile ou pas ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les opérateurs lauréats actifs en première ligne considèrent que le dispositif leur a permis d'améliorer leur travail de terrain (Enquête) • Les opérateurs lauréats identifient des apports de l'accompagnement (mise à disposition d'outils pédagogiques, soutien aux animations, soutien à l'évaluation, accompagnement à la demande de subventions...) (Enquête)

C. L'évaluation du dispositif des Stratégies concertées en bref

Le schéma ci-dessous représente visuellement les liens entre les attentes vis-à-vis du dispositif, les objectifs des Stratégies concertées et les axes de travail que se sont définis les membres de la coordination du dispositif. Alors que certaines questions évaluatives sont directement en lien avec certaines attentes, d'autres questions sont au croisement de plusieurs attentes.



ANNEXE 3

Glossaire

Les termes marqués d'un astérisque* sont définis dans le glossaire ci-après. Ce glossaire a été préparé par le Service universitaire de Promotion de la Santé de l'UCLouvain/RESO/IRSS.

Action/activité/intervention	<p>« Une action est considérée comme un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, entreprises dans le but d'atteindre un objectif opérationnel prédéfini. Une action peut être une partie d'un programme ou d'un projet. » (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, ORS Auvergne-Rhône-Alpes, 2019 cités par FWPS, 2021)</p> <p>« Une action devrait permettre de contribuer à la réalisation de l'objectif spécifique auquel elle se rapporte. Elle devrait être la plus concrète possible pour renforcer le caractère opérationnel du WAPPS. » (FWPS, 2021)</p> <p>« De façon complémentaire, une activité est définie comme un ensemble d'interactions entre les acteurs engagés dans la réalisation de celle-ci. Selon l'usage des membres [de la FWPS], le terme intervention recouvre de manière indistincte les "actions" ou les "activités" définies ci-dessus. » (FWPS, 2021).</p>
Compétences psychosociales	<p>En 1993, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) introduit le concept et fait référence, en premier lieu, à une compétence psychosociale globale :</p> <p>« La capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social » (OMS, 1997).</p> <p>L'OMS propose d'abord de les subdiviser en sous-CPS, articulées autour de cinq paires de compétences : savoir résoudre des problèmes/savoir prendre des décisions, avoir une pensée créative/avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations</p>

	<p>interpersonnelles, avoir conscience de soi/avoir de l'empathie, savoir réguler ses émotions/savoir gérer son stress. Puis, l'OMS les a regroupées en trois grandes catégories (voir tableau 1) : les compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication) ; les compétences cognitives ; les compétences émotionnelles (ou d'autorégulation). Les CPS se situent donc à la croisée de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes de santé, de la santé physique et de la santé mentale (OMS, 1997 ; Mangrulkar et al., 2001).</p> <p>Voir le dossier préparé par Culture & Santé asbl (2016).</p>
Concertation	<p>« Mise en commun d'analyses et de solutions à des problèmes reconnus. Elle permet le rassemblement des acteurs qui cherchent un consensus fondé sur une problématique commune, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre, par exemple, des stratégies et des politiques économiques et sociales. » (INSPQ, 2002)</p> <p>« La concertation se distingue de la consultation par le fait qu'elle ne se limite pas à une simple demande d'avis. Un processus de concertation suppose un travail collaboratif qui implique la confrontation de points de vue, la définition d'objectifs partagés, la génération d'idées nouvelles, etc. Ainsi, la concertation se distingue de la codécision dans le sens où elle n'aboutit pas directement à une décision, mais elle vise à la préparer. Dans un processus de concertation, la décision finale appartient en effet aux personnes qui en ont légalement la responsabilité, comme les élus, les services de l'État, etc. » (Arnstein, 1969 cité par Dionnet et al., 2017).</p>
Conditions de vie	<p>« Les conditions dans lesquelles nous naissons, vivons, travaillons et vieillissons, notre niveau d'instruction, notre lieu de résidence, nos revenus, notre alimentation, notre genre, notre ethnie ou identité, notre statut migratoire. Ces conditions déterminent en effet des rapports au risque différents selon les individus (et groupe d'individus), qui débutent avant même la naissance. » (Amzat & Razum, 2022)</p>
Déterminants sociaux de la santé	<p>Les déterminants de la santé constituent l'ensemble des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé (Alla, 2016 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012). Ces déterminants vont des plus individuels, comme les comportements et le patrimoine biologique, aux plus globaux, comme l'environnement socio-économique, sur lesquels les personnes n'ont en général que très peu de prise et qui relèvent dès lors de la responsabilité politique. Les déterminants sociaux de la santé constituent un sous-ensemble des déterminants de la santé et incluent tous les</p>

	<p>facteurs qui relèvent de l'organisation des sociétés. Ils comprennent « les multiples conditions sociales qui, par leurs interactions, ont une influence sur la santé et le bien-être [...] » (Breton et al., 2017 : 83). Dans ce cadre, la répartition inégale des déterminants sociaux de la santé entre les individus et groupes sociaux est à l'origine des inégalités sociales de santé (Lambert et al., 2021).</p>
<p>Deuxième ligne</p>	<p>La deuxième ligne inclut les professionnels de l'aide et des soins, qui peuvent être consultés après avoir été référés, par exemple un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre d'un centre de santé mentale. Les hôpitaux généraux appartiennent aussi à la deuxième ligne (Be.Hive Livre blanc, 2020).</p>
<p>Données probantes en promotion de la santé</p>	<p>« Pour comprendre les enjeux de production et d'utilisation de données probantes, une première étape consiste à distinguer les données sur les problèmes de santé des populations et celles sur les moyens de les résoudre : les données sur les « solutions » (Potvin et al., 2013). Leurs modalités possibles de production et d'utilisation ne sont pas les mêmes, selon que l'on cherche à comprendre une situation sur le plan de la santé ou les méthodes pour y faire face. Pour rendre ces données complémentaires, il faut commencer par les différencier. »</p> <p>Pour intervenir sur un problème de santé, il faut d'abord le définir : en estimer l'ampleur, comprendre qui est concerné et comment on en arrive à une situation insatisfaisante sur le plan de la santé publique. Ce sont les « données du problème »</p> <p>(Potvin et al., 2013). Ces données sont tirées de recherches issues de disciplines qui couvrent les déterminants de la santé : recherches biomédicales, épidémiologiques, sociologiques, de psychologie sociale, de sciences politiques, de sciences de l'environnement. Afin de comprendre les enjeux liés au contexte, ces recherches peuvent être complétées par des recueils effectués auprès des personnes concernées (professionnels ou bénéficiaires) en mobilisant des méthodes variées [...]. »</p> <p>« Décrire un problème, identifier un besoin, connaître les risques liés à telle exposition ou détailler les étapes d'un changement de comportement, ne fournissent que très peu d'indications méthodologiques directement mobilisables pour la mise en œuvre d'une intervention de promotion de la santé susceptible de contribuer à la résolution des problèmes mis en évidence. Comme le rappelle Louise Potvin, « il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des</p>

	<p>maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations » (Potvin et al., 2013). La planification de ces interventions requiert des savoirs et compétences spécifiques. »</p> <p>« L’approche écosystémique de la santé des acteurs de la promotion de la santé nécessite de recourir à des interventions complexes, dont l’analyse permettra de renseigner ce qui fonctionne et pour quels effets, dans un contexte explicite. C’est ce type d’analyse qui produit des « données probantes sur les solutions ». Pour produire ces « données probantes sur les solutions » (Potvin et al., 2013) que ce soit à partir d’actions ponctuelles ou de programmes pluriannuels à composantes multiples, nous nous poserons trois grands types de questions (Tang et al., 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que ça marche ? Les effets de l’intervention - Comment ça marche ? Les composantes de l’intervention mobilisées et les spécificités du contexte - Comment ça peut marcher dans d’autres contextes ? Les formes spécifiques de cette intervention, liées à son contexte de mise en œuvre. » <p>Pour en savoir plus sur la production de données probantes en promotion de la santé, il est possible de consulter la note pédagogique produite par la Fédération nationale d’éducation et de promotion de la santé (FNES France) : https://www.fnes.fr/publications-des-ireps/note-pedagogique-les-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante</p>
<p>Evidence Based</p>	<p>Lorsqu’il est question d’<i>evidence based</i> en promotion de la santé, l’OMS l’a défini comme suit : l’« <i>utilisation d’informations issues de la recherche et des études systématiques pour identifier les déterminants et les facteurs qui influencent les besoins en santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s’avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et auprès d’une population donnés</i> » (OMS, 2021).</p>
<p>Fracture numérique</p>	<p>La fracture numérique est décrite dans la littérature internationale, depuis 1990, comme l’écart existant entre les personnes ayant accès aux outils numériques et à internet et celles n’y ayant pas accès (Cheshmehzangi et al., 2022 ; Van Dijk, 2006). En Belgique, ce concept est défini dans le baromètre de l’inclusion numérique de la Fondation Roi Baudouin comme « l’expression qui désigne diverses formes d’inégalités liées à la diffusion et à l’appropriation massives des technologies numériques dans la vie quotidienne » (Brotcorne & Mariën, 2020).</p>

<p>Gradient social de santé</p>	<p>« Observation robuste d’une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d’un problème de santé ou d’une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées. » (Potvin et al., 2010).</p>
<p>Inégalités Sociales de Santé (ISS)</p>	<p>Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé” observées entre des groupes sociaux. Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale, mais d’autres facteurs, pouvant être notamment génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l’âge, au sexe, etc.). Elles font référence aux relations entre la santé et l’appartenance à un groupe social, et sont liées à l’inégale répartition des chances au départ. Ces inégalités ne sont ni justes ni naturelles : en effet, les populations ne disposent pas d’une réelle égalité des chances pour atteindre un niveau de santé optimal. Cette notion de l’équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous. » (Sandon, 2015).</p>
<p>Littératie en santé</p>	<p>Il existe de nombreuses définitions de ce concept. Nous vous en proposons deux.</p> <p>L’Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose cette définition : « les “aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d’une façon qui favorise et maintienne une bonne santé”. En effet, en donnant aux individus une plus grande maîtrise de leur santé et de ses déterminants, cela contribue à un avenir plus prospère, plus juste et plus durable. » (OMS, 2013).</p> <p>« La littératie en santé désigne la capacité d’accéder, de comprendre, d’évaluer et d’appliquer l’information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie » (Groupe canadien d’experts sur la littératie en santé : Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).</p> <p>Voir également Cultures & Santé asbl. Dossier thématique : La littératie en santé. Dernière mise à jour en octobre 2016 : https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/60-litteratie-en-sante-n-8.html</p>

<p>Non-recours (aux soins et aux services)</p>	<p>Le non-recours aux droits renvoie à toute personne qui ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre (Odenore, 2010). Cette problématique est devenue un phénomène social de plus en plus documenté. Il est constaté aujourd'hui que le non-recours aux aides et aux droits impacte les personnes les plus fragilisées sur le plan socio-économique (Odenore, 2010)</p> <p>« Pour essayer de dépasser les limites de typologies ou de modèles d'analyse largement inspirés d'une théorie du choix rationnel, l'Observatoire des non-recours aux droits et services a présenté une typologie explicative qui comprend aujourd'hui quatre principales formes de non-recours (Odenore, 2010) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La non-connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue, - La non-demande, quand elle est connue, mais pas demandée, - La non-réception, lorsqu'elle est connue, demandée, mais pas obtenue. <p>La non-proposition, lorsque l'offre n'est pas activée par les agents prestataires malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre. »</p>
<p>Participation</p>	<p>L'OMS définit la participation comme « un processus par lequel les personnes peuvent s'impliquer réellement et activement dans la définition des problèmes qui les concernent, dans la prise de décision sur les facteurs qui affectent leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services, et dans la mise en place de mesures pour réaliser le changement. » (Dooris & Heritage, 2011).</p> <p>Pour aller plus loin : Promotion de la santé & Démarches participatives — Décryptage et Points d'attention. Scheen B., 2018, https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/revues-de-litterature/SC_PARTICIPATION_DEC2018.pdf</p>
<p>Précarité</p>	<p>« L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et entraîner des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. » (Wresinski, 1987 cité par Potvin et al., 2010).</p>

<p>Première ligne</p>	<p>« Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s’accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des services de santé ou non) et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. La première ligne joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population. » (Un livre blanc de la première ligne en Belgique Francophone. Be.Hive, p.21).</p>
<p>Santé des migrants</p>	<p>Sur cette question, Didier Fassin (médecin et anthropologue français) montre qu’il n’existe pas de singularité de la santé des migrants qui justifierait qu’on les étudie à part. Il montre au contraire que leur santé dépend largement des conditions dans lesquelles ils sont contraints de vivre et de travailler. Dès lors, il faudrait moins parler de « santé des migrants » que d’inégalités dans les domaines de la santé publique et de la santé au travail, de l’accès aux soins et aux services sociaux, tout en reconnaissant certaines particularités liées à l’expérience dans le pays d’origine et sur le trajet de la migration, qui peut être génératrice de conséquences graves sur leur état psychique (Fassin, 2021 cité dans Hamel et al., 2021).</p>
<p>Syndémie</p>	<p>Une syndémie est 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 (Jourdan, 2021).</p> <p>« 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). Ce phénomène de cumulation, d’imbrication et d’interactions entre des facteurs de risque et des co-morbidités a été observé dans le cadre de l’épidémie du VIH/Sida aux États-Unis et renvoie vers la notion de syndémie (Bambra et al. 2021).</p> <p>De plus en plus d’auteur-es (Horton, 2020 ; Bambra et al., 2020, 2021 ; Berteyn et al., 2022) qualifient maintenant la pandémie de syndémie pour marquer le fait que ses effets sont aggravés par les épidémies de maladies non</p>

	transmissibles préexistantes qui sont elles-mêmes étroitement liées aux déterminants sociaux de la santé.
Troisième ligne	Elle inclut les soins spécialisés et intramurales, tels les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos psychiatriques. (Be.Hive Livre blanc, 2020)
Vulnérabilité(s)	<p>Sélection d'angles d'approche du concept de vulnérabilité qui reste une notion polysémique et multidimensionnelle :</p> <p>Les déterminants de la vulnérabilité : https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/06/synthese_determinants_de_la_vulnerabilite_pole_ressources_02_2018.pdf</p> <p>Bernier F., N. (2021). <i>Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être</i>, Document institutionnel, Centre d'expertise et de référence en santé publique, https://www.inspq.qc.ca/publications/2781</p> <p>Bercerra, S. (2012) « Vulnérabilité, risques et environnement : l'itinéraire chaotique d'un paradigme sociologique contemporain », <i>Vertigo — la revue électronique en sciences de l'environnement</i> [En ligne], Volume 12 Numéro 1 mai 2012, mis en ligne le 29 mai 2012, : http://journals.openedition.org/vertigo/11988</p> <p>Charmillot, M. (2020). « Préface. La vulnérabilité : un concept émancipatoire ou un modèle politique contrôlant ? ». In <i>Vulnérabilités, santé et sociétés en Afrique contemporaine. Expériences plurielles</i>. Sous la direction de Bouma Fernand Bationo et Augustin Palé, p. vii-xiii. Québec et Ouagadougou : Éditions science et bien commun.</p> <p>Thomas, H. (2008) « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. », Recueil Alexandries, Collections Esquisses, http://www.reseau-terra.eu/article697.html</p>

Références du glossaire

- Amzat, J., & Razum, O. (2022). *Globalization, Health and the Global South. A Critical Approach*. Londres & New York, Routledge
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (Novembre 2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964-968.
- Be.Hive, (Février 2020). Un livre blanc de la première ligne francophone, Bruxelles, http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf
- 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.
- Breton E, Jabot F, Pommier J, Sherlaw W. (2017). *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes (FR) : Presses de l'EHESP. 544 p.
- Brotcorne P, Mariën I. (2020). *Baromètre de l'inclusion numérique*. Bruxelles : Fondation Rois Baudouin (Fr) ; 61 p. Report No. : 3734.
- Cheshmehzangi A, Zou T, Su Z. (2022). The digital divide impacts on mental health during the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*. 101:211-213,
- Culture et Santé asbl. (2016). *Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé*, Focus Santé, n° 4, juin 2016, <https://cultures-sante.be/nos-outils/les-focus-sante/item/410-focus-sante-n-4-competences-psychosociales-des-adultes-et-promotion-de-la-sante.html>
- Dionnet, M., Imache, A., Leteurtre, A., Rougier, J-E., & Dolinska, A. (2017). *Guide de concertation territoriale et de facilitation*. Lisode. https://www.lisode.com/wp-content/uploads/2017/02/Lisode_Guide_concertation.pdf
- Dooris, M., & Heritage, Z. (2011). *Healthy Cities : facilitating the active participation and empowerment of local people*. *Journal of Urban Health*, 90 (1 suppl), 574-591.
- Fassin D. (2021). La « santé des migrants » : notes pour une généalogie, in Hamel E, Veïsse A, Kotobi L. *Migrants en situation de vulnérabilité et santé*, Revue La Santé en Action, Mars 2021, Numéro 455. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>
- Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (FWPS). (2021). *Glossaire proposé par la FWPSanté*. <https://www.fwpsante.be/wp-content/uploads/2022/07/21021-glossaire-gteval-fwpsante-maj-gt26-03-21.pdf>
- Hamel, E., Veïsse, A., Kotobi, L. (Mars 2021). *Migrants en situation de vulnérabilité et santé*, Revue La Santé en Action, Numéro 455. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>
- Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- Institut National de Santé Publique Québec (INSPQ). (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/82>

- Jourdan, D. (2021). Les mots pour comprendre la prévention. Sciences Humaines Éditions. 226 p.
- Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (2021). Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & PSNormandie & Fnes, 64 p.
- Mangrulkar L., Whitman C.V., Posner M. (2001). Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Washington DC : Pan American Health Organization, 61 p.,
http://hhd.org/sites/hhd.org/files/paho_lifeskills.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune. Québec (CA) : MSSS — La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 17
p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et aux services) (2010). Le non-recours : définitions et typologies (actualisé en décembre 2016), Working Paper # 1, https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/documents_travail/wp1.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1997). Life skills education in schools. Geneva : WHO, 48 p.
- OMS. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Potvin, L., Di Ruggiero, E., & Shoveller, J.-A. (2013). Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. La santé en action, 425, 13-16.
- Rootman I., LamberGordon-el-bihbety, D. (2008). Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, Ottawa, Association canadienne de santé publique, p.13.
- Sandon, A. (2015). Inégalités sociales de santé et promotion de la santé : Dossier technique n° 7. Ireps Bourgogne (France). https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_iss_complet.pdf
- Sizaret, A. (2018). Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes. Dijon (FR) : Ireps Bourgogne– Franche-Comté. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf
- Stok FM., Bal M., Yerkes MA., De Wit JBF. (2021). Social Inequality and Solidarity in Times of COVID-19. Int J Environ Res Public Health; 18 (12) : 6339.
- Tang, K.C., Ehsani, J.P., & Mcqueen, D. V. (2003). Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. Journal of Epidemiology & Community Health, 57,(11), 841-843.
- van Dijk, Jan A.G. M. (2006). Digital divide research, achievements and shortcomings. Poetics. 2006;34(4-5) :221-235.

Des glossaires à consulter :

Hamant, C., Delescluse, T., & Ferron, C. (2022). Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes.

Note pédagogique. (Section glossaire commentée). Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé. (Collection Fnes). <https://www.fnes.fr/publications-des-ireps/note-pedagogique-les-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante>

Rousseaux, R., Malengreaux, S. (2022). Promouvoir la santé en contexte de pandémie — recueil d'expériences bruxelloises. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO. <https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/recherches/Promouvoir-la-sante-en-contexte-de-pandemie-mai-2022.pdf>

ANNEXE 4

Attentes émises par les acteurs de terrain pour tous les publics

[a] Favoriser l'accès aux services

- [1] Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des différents publics prioritaires : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.
- [2] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les différents publics prioritaires via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.
- [3] Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.
- [4] Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante.
- [5] Renforcer les modalités diversifiées d'achats de titres de transport (guichet, internet, etc.).
- [6] Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics concernés.
- [7] Adapter les procédures telles que l'obtention d'un *COVID Safe Ticket* en fonction des spécificités des publics concernés.
- [8] Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) qui font face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du turn over des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.
- [9] Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien aux publics concernés au niveau local.
- [10] Diversifier les canaux d'information en s'appuyant par exemple sur les compétences des centres culturels notamment par le biais du théâtre-action.
- [11] Développer et maintenir les outils digitaux qui ont prouvé leur efficacité.
- [12] Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les malades chroniques (séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).
- [13] Augmenter le remboursement de certains médicaments, en particulier lorsqu'une prise de nombreux médicaments est nécessaire.
- [14] Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des publics concernés ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.
- [15] Augmenter l'accessibilité et la disponibilité (24h/24) des aides à domicile, des services d'Aide à la Vie journalière (AVJ). L'accessibilité doit être envisagée de manière multifactorielle (financière, administrative). Ces aides à domicile doivent être mises en œuvre dans des délais plus rapides avec la possibilité d'effectuer des demandes plus ponctuelles.
- [16] Renforcer l'offre d'aide et de soins à domicile pour maintenir la continuité des soins.

- [17] Organiser des gardes d'enfants sur les lieux de rendez-vous ou y permettre la présence des enfants pour les familles monoparentales.
- [18] Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contexte liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.
- [19] Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).
- [20] En cas de résurgence ou de nouvelle épidémie, revoir le caractère essentiel de certains services, en particulier ceux permettant le soutien psychosocial, l'aide alimentaire (restaurant solidaire, distribution de colis alimentaires) et l'aide administrative aux familles monoparentales vulnérables.
- [21] Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.
- [22] Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, mutuelle, poste, etc.) pour les personnes âgées.
- [23] Faciliter l'accès aux services, aux soins de santé et aux soins paramédicaux, par exemple, en créant une plate-forme de soignants (infirmiers et/ou aides-soignants) « mobiles » qui constituerait une réserve de ressources mobilisables en fonction des besoins des personnes âgées.
- [24] Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse entamées durant la crise telles que l'organisation de permanences décentralisées par des centres de planning familial au sein des écoles.

[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux

- [1] Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.
- [2] Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.
- [3] Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des publics concernés.
- [4] Mettre en place des prises en charge psychologiques spécifiques aux publics concernés.
- [5] Développer des initiatives spécifiques aux personnes porteuses de maladies chroniques telles qu'une ligne téléphonique d'aide et d'écoute.
- [6] Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour les personnes en situation de handicap.
- [7] Augmenter les offres de répit pour les aidants proches, amener des possibilités d'aménagement du temps de travail ou à la pension sans pertes financières et continuer à valoriser le statut des aidants proches.
- [8] Développer des modes de garde alternatifs pour réduire la charge mentale des familles monoparentales.
- [9] Soutenir et développer des initiatives porteuses, pour les adolescents, entamées durant la crise telles que l'organisation d'ateliers bien-être au sein de certaines maisons de quartier ou la création d'un service dédié à la santé mentale des jeunes au sein d'écoles.

[c] Renforcer le lien social

- [1] Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les publics concernés afin de maintenir un lien social.
- [2] Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.
- [3] Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des publics concernés.
- [4] Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société.
- [5] Visibiliser les actions de maintien du lien social qui ont fonctionné, par exemple via un site internet centralisateur.
- [6] Maintenir le lien au domicile avec les personnes ayant quitté l'institution temporairement.
- [7] Favoriser les initiatives communales utilisant un listing préétabli des personnes âgées afin de favoriser la prise de contact avec celles-ci.
- [8] Développer des propositions d'activités intergénérationnelles.
- [9] Réinvestir la proximité des services envers les jeunes afin de (re)créer du lien social avec eux et entre eux.

[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé)

- [1] Développer *l'empowerment* des publics concernés pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.
- [2] Améliorer la littératie des publics concernés.
- [3] Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale au sein des publics concernés.
- [4] Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les publics concernés.
- [5] Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients.
- [6] Favoriser l'inclusion et la participation des publics concernés dans les démarches participatives locales.
- [7] Mettre à disposition ou créer des outils/supports adaptés aux personnes en situation de handicap (développer les sites Internet en « facile à lire et à comprendre ») en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).
- [8] Penser les mesures sanitaires (dont le confinement) au regard des publics concernés et de leurs spécificités.
- [9] Développer des actions de sensibilisation auprès des familles monoparentales et des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.
- [10] Développer des campagnes d'information et de sensibilisation à une alimentation saine et équilibrée, en tenant compte des moyens limités pour certaines familles monoparentales.
- [11] Valoriser et visibiliser (via un site internet, etc.) des initiatives positives qui ont été menées durant la crise (espace d'échange en ligne, location de locaux plus grands afin de respecter les mesures de distanciation, etc.).
- [12] Favoriser la co-construction avec les personnes âgées dans les projets mis en place au sein des maisons de repos (et de soins).
- [13] Maintenir et développer les initiatives de prévention et de sensibilisation des jeunes, mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.

- [14] Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (école, extrascolaire, etc.) sur les thématiques de l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) et des assuétudes (addictions et écrans).
- [15] Outiller les parents des jeunes et les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.
- [16] Augmenter la sensibilisation sur les violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles pour les adolescents et jeunes adultes.
- [17] Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux personnes en situation de handicap et aux familles monoparentales.
- [18] Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.

[e] Renforcer la vulgarisation des informations

- [1] Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des publics concernés (radio, internet, etc.).
- [2] Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour les publics concernés.
- [3] Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.

[f] Favoriser l'accès à des logements de qualité pour le public en situation de précarité

- [1] Renforcer les structures d'accueil d'urgence de jour et de nuit existantes et en créer là où c'est nécessaire.
- [2] Aider les propriétaires privés à mettre leurs biens en location sociale.

[g] Assurer un développement optimal des enfants issus de familles monoparentales

- [1] Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un continuum du suivi scolaire des enfants issus de familles monoparentales.
- [2] Prévoir la présence d'un psychomotricien dans diverses structures telles que les maisons d'accueil de la petite enfance, les maisons médicales, etc. pour les familles monoparentales.
- [3] Renforcer les services de soutien aux familles monoparentales en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).
- [4] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.
- [5] Réduire les inégalités scolaires spécifiques aux enfants issus de familles monoparentales.

[h] Renforcer la continuité de l'enseignement et l'adaptation du cursus scolaire pour les adolescents et jeunes adultes

- [1] Soutenir les initiatives favorisant l'accrochage et le soutien scolaire pour les adolescents.
- [2] Accompagner les jeunes en termes de méthodologie de travail scolaire.
- [3] Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, afin de diminuer les inégalités scolaires.

- [4] Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un suivi scolaire optimal des adolescents et jeunes adultes.

[i] Favoriser la bienveillance des personnes âgées

- [1] Renforcer les services de prévention et de protection des personnes âgées.
- [2] Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (*empowerment*, approche communautaire).
- [3] Intégrer des critères qualitatifs dans les projets de vie des personnes âgées en maison de repos, en termes de qualité de vie tels que l'alimentation, la mobilité, les activités sociales, artistiques et cognitives, l'hygiène, etc.

ANNEXE 5

Liens entre les attentes exprimées par chaque public avec les axes, les objectifs et les stratégies de la programmation du WAPPS

Guide d'utilisation

Le tableau croise les attentes exprimées par chaque public avec les axes, les objectifs et les stratégies de la programmation du Plan Wallon de Prévention et Promotion de la Santé (WAPPS). Il peut être lu de manière horizontale et verticale. Ces deux lectures permettent de visualiser des éléments complémentaires.

Lecture du tableau

La première colonne du tableau regroupe les différentes attentes exprimées par les publics prioritaires, classées en différentes catégories : [a, b, c, d, e, f, g, h, i].

Au sein de chacune de ces catégories, les attentes sont numérotées. La lecture horizontale des colonnes en regard des attentes permet de visualiser quelles sont les attentes partagées par plusieurs publics.

Les publics mentionnés avec une astérisque (*) font référence à un lien ne portant que sur une partie, parfois très spécifique, de l'objectif.

Une croix (x) dans la colonne "hors programmation" pointe une attente importante à prendre en compte au regard de la promotion de la santé mais pour laquelle aucun lien n'a pu être identifié avec un objectif de la programmation.

La lecture globale du tableau de manière horizontale rend visible les éléments suivants : elle permet de consulter les liens existants entre une attente avec un ou plusieurs axes/objectifs/stratégies de la programmation.

La lecture verticale du tableau permet de visualiser, pour un objectif et une stratégie de la programmation, quels publics prioritaires ont formulé des attentes qui y sont reliées.

Abréviations

O = Objectif S = Stratégie

Pour exemple : O2SC signifie : Objectif 2/Stratégie C

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS					
			Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité					
[a] Favoriser l'accès aux services			O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB
1	Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des différents publics prioritaires : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.		Monoparental*, Maladies chroniques*, Handicap*, Aînés*, Précarisés*, Jeunes adultes*					
2	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les différents publics prioritaires via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.		Monoparental*, Maladies chroniques*, Handicap*, Aînés*, Précarisés*, Jeunes adultes*					
3	Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.			Monoparental, Précarisés				
4	Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante.		Monoparental, Handicap, Précarisés					
5	Renforcer les modalités diversifiées d'achats de titres de transport (guichet, internet, etc.).		Précarisés					
6	Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics concernés.		Précarisés*					
7	Adapter les procédures telles que l'obtention d'un COVID Safe Ticket en fonction des spécificités des publics concernés.							
8	Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) qui font face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du turn over des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.	x						
9	Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien aux publics concernés au niveau local.		Monoparental, Précarisés, Jeunes adultes *		Jeunes adultes *			
10	Diversifier les canaux d'information en s'appuyant par exemple sur les compétences des centres culturels notamment par le biais du théâtre-action.		Précarisés *					
11	Développer et maintenir les outils digitaux qui ont prouvé leur efficacité.		Maladies chroniques*					
12	Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les malades chroniques (séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).							
13	Augmenter le remboursement de certains médicaments, en particulier lorsqu'une prise de nombreux médicaments est nécessaire.							
14	Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des publics concernés ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.							
15	Augmenter l'accessibilité et la disponibilité (24h/24) des aides à domicile, des services d'aide à la Vie Journalière (AVJ). L'accessibilité doit être envisagée de manière multifactorielle (financière, administrative). Ces aides à domicile doivent être mises en œuvre dans des délais plus rapides avec la possibilité d'effectuer des demandes plus ponctuelles.							
16	Renforcer l'offre d'aide et de soins à domicile pour maintenir la continuité des soins.							
17	Organiser des gardes d'enfants sur les lieux de rendez-vous ou y permettre la présence des enfants pour les familles monoparentales.							
18	Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contexte liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.							
19	Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).		Monoparental		Monoparental	Monoparental		
20	En cas de résurgence ou de nouvelle épidémie, revoir le caractère essentiel de certains services, en particulier ceux permettant le soutien psychosocial, l'aide alimentaire (restaurant solidaire, distribution de colis alimentaires) et l'aide administrative aux familles monoparentales vulnérables.		Monoparental					
21	Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.							
22	Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, mutuelle, poste, etc.) pour les personnes âgées.				Aînés			
23	Faciliter l'accès aux services, aux soins de santé et aux soins paramédicaux, par exemple, en créant une plate-forme de soignants (infirmiers et/ou aides-soignants) « mobiles » qui constituerait une réserve de ressources mobilisables en fonction des besoins des personnes âgées.							
24	Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse entamées durant la crise telles que l'organisation de permanences décentralisées par des centres de planning familial au sein des écoles.		Jeunes adultes*					
[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux			Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité					
			O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB
1	Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.							
2	Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.							
3	Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des publics concernés.							
4	Mettre en place des prises en charge psychologiques spécifiques aux publics concernés.							
5	Développer des initiatives spécifiques aux maladies chroniques telles qu'une ligne téléphonique d'aide et d'écoute.							
6	Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple, en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour les personnes en situation de handicap.							
7	Augmenter les offres de répit pour les aidants proches, amener des possibilités d'aménagement du temps de travail ou à la pension sans pertes financières et continuer à valoriser le statut des aidants proches.	x						
8	Développer des modes alternatifs de garde pour réduire la charge mentale des familles monoparentales.							
9	Soutenir et développer des initiatives porteuses pour les adolescents, entamées durant la crise telles que l'organisation d'ateliers bien-être au sein de certaines maisons de quartier ou la création d'un service dédié à la santé mentale des jeunes au sein d'écoles.							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS					
[c] Renforcer le lien social au sein du public			Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité					
			O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB
1	Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les publics concernés afin de maintenir un lien social.				Monoparental, Handicap, Précarisés, Jeunes adultes			
2	Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.				Aînés, Précarisés			
3	Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des publics concernés.				Monoparental*, Maladies chroniques*, Aînés, Précarisés*, Jeunes adultes*			
4	Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société.		Handicap					
5	Visibiliser les actions de maintien du lien social qui ont fonctionné, par exemple via un site internet centralisateur.	x						
6	Maintenir le lien au domicile avec les personnes ayant quitté l'institution temporairement.	x						
7	Favoriser les initiatives communales utilisant un listing préétabli des personnes âgées afin de favoriser la prise de contact avec celles-ci.				Aînés			
8	Développer des propositions d'activités intergénérationnelles.				Jeunes adultes*, Aînés*			
9	Réinvestir la proximité des services envers les jeunes afin de (re)créer du lien social avec eux et entre eux.				Jeunes adultes*			
[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé)		Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité						
		O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB	
1	Développer l'empowerment des publics concernés pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.							
2	Améliorer la littératie des publics concernés.	Monoparental*, Maladies chroniques*, Aînés*, Précarisés*				Aînés		
3	Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale au sein des publics concernés.							
4	Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les publics concernés.							
5	Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients.							
6	Favoriser l'inclusion et la participation des publics concernés dans les démarches participatives locales.				Monoparental, Handicap, Aînés			
7	Mettre à disposition ou créer des outils/supports adaptés aux personnes en situation de handicap (développer les sites internet en « facile à lire et à comprendre ») en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).	Handicap						
8	Penser les mesures sanitaires (dont le confinement) au regard des publics concernés et de leurs spécificités.							
9	Développer des actions de sensibilisation auprès des familles monoparentales et des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.							
10	Développer des campagnes d'information et de sensibilisation à une alimentation saine et équilibrée, en tenant compte des moyens limités pour certaines familles monoparentales.					Monoparental		
11	Valoriser et visibiliser (via un site internet, etc.) des initiatives positives qui ont été menées durant la crise (espace d'échange en ligne, location de locaux plus grands afin de respecter les mesures de distanciation, etc.).	x						
12	Favoriser la co-construction avec les personnes âgées dans les projets mis en place au sein des maisons de repos (et de soins).		Aînés*					
13	Maintenir et développer les initiatives de prévention et de sensibilisation des jeunes, mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.							
14	Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (école, extrascolaire, etc.) sur les thématiques de l'éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) et des assuétudes (addictions et écrans).							
15	Outils les parents des jeunes et les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.							
16	Augmenter la sensibilisation sur les violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles pour les adolescents et jeunes adultes.							
17	Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux personnes en situation de handicap et aux familles monoparentales.							
18	Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.							
[e] Renforcer la vulgarisation des informations		Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité						
		O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB	
1	Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des publics concernés (radio, internet, etc.).					Aînés		
2	Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour les publics concernés.							
3	Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS					
			Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité					
[f] Favoriser l'accès à des logements de qualité pour le public en situation de précarité			O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB
1	Renforcer les structures d'accueil d'urgence de jour et de nuit existantes et en créer là où c'est nécessaire.	X						
2	Aider les propriétaires privés à mettre leurs biens en location sociale.	X						
[g] Assurer un développement optimal des enfants issus de familles monoparentales			Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité					
			O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB
1	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un continuum du suivi scolaire des enfants issus de familles monoparentales.							
2	Prévoir la présence d'un psychomotricien dans diverses structures telles que les maisons d'accueil de la petite enfance, les maisons médicales, etc. pour les familles monoparentales.					Monoparental		
3	Renforcer les services de soutien aux familles monoparentales en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).							
4	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.	X						
5	Réduire les inégalités scolaires spécifiques aux enfants issus de familles monoparentales.	X						
[h] Renforcer la continuité de l'enseignement et l'adaptation du cursus scolaire pour les adolescents et jeunes adultes			Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité					
			O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB
1	Soutenir les initiatives favorisant l'accrochage et le soutien scolaire pour les adolescents.	X						
2	Accompagner les jeunes en termes de méthodologie de travail scolaire.	X						
3	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, afin de diminuer les inégalités scolaires.	X						
4	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un suivi scolaire optimal des adolescents et jeunes adultes.	X						
[i] Favoriser la bientraitance des personnes âgées			Axe 1.1- Alimentation, activité physique, sédentarité					
			O1/SA	O1/SD	O1/SE	O2/SC	O3/SA	O3/SB
1	Renforcer les services de prévention et de protection des personnes âgées.							
2	Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (empowerment, approche communautaire).							
3	Intégrer des critères qualitatifs dans les projets de vie des personnes âgées en maison de repos, en termes de qualité de vie tels que l'alimentation, la mobilité, les activités sociales, artistiques et cognitives, l'hygiène, etc.		Alnés			Alnés		

Stratégies concertées Covid		Haut programmation	WAPPS					
			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
[a] Favoriser l'accès aux services			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des différents publics prioritaires : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.							
2	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les différents publics prioritaires via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.							
3	Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.							
4	Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante.							
5	Renforcer les modalités diversifiées d'achats de titres de transport (guichet, internet, etc.).							
6	Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics concernés.							
7	Adapter les procédures telles que l'obtention d'un COVID Safe Ticket (CST) en fonction des spécificités des publics concernés.							
8	Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) qui font face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du turn over des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.	x						
9	Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien aux publics concernés au niveau local.							
10	Diversifier les canaux d'information en s'appuyant par exemple sur les compétences des centres culturels notamment par le biais du théâtre-action.							
11	Développer et maintenir les outils digitaux qui ont prouvé leur efficacité.							
12	Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les malades chroniques (séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).							
13	Augmenter le remboursement de certains médicaments, en particulier lorsqu'une prise de nombreux médicaments est nécessaire.							
14	Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des publics concernés ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.							
15	Augmenter l'accessibilité et la disponibilité (24h/24) des aides à domicile, des services d'aide à la Vie Journalière (AVJ). L'accessibilité doit être envisagée de manière multifactorielle (financière, administrative). Ces aides à domicile doivent être mises en œuvre dans des délais plus rapides avec la possibilité d'effectuer des demandes plus ponctuelles.							
16	Renforcer l'offre d'aide et de soins à domicile pour maintenir la continuité des soins.							
17	Organiser des gardes d'enfants sur les lieux de rendez-vous ou y permettre la présence des enfants pour les familles monoparentales.							
18	Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contexte liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.							
19	Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).							
20	En cas de résurgence ou de nouvelle épidémie, revoir le caractère essentiel de certains services, en particulier ceux permettant le soutien psychosocial, l'aide alimentaire (restaurant solidaire, distribution de colis alimentaires) et l'aide administrative aux familles monoparentales vulnérables.							
21	Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.							
22	Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, mutuelle, poste, etc.) pour les personnes âgées.							
23	Faciliter l'accès aux services, aux soins de santé et aux soins paramédicaux, par exemple, en créant une plate-forme de soignants (infirmiers et/ou aides-soignants) « mobiles » qui constituerait une réserve de ressources mobilisables en fonction des besoins des personnes âgées.							
24	Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse entamées durant la crise telles que l'organisation de permanences décentralisées par des centres de planning familial au sein des écoles.							
[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.							
2	Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.							
3	Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des publics concernés.							
4	Mettre en place des prises en charge psychologiques spécifiques aux publics concernés.							
5	Développer des initiatives spécifiques aux maladies chroniques telles qu'une ligne téléphonique d'aide et d'écoute.							
6	Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple, en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour les personnes en situation de handicap.							
7	Augmenter les offres de répit pour les aidants proches, amener des possibilités d'aménagement du temps de travail ou à la pension sans pertes financières et continuer à valoriser le statut des aidants proches.	x						
8	Développer des modes alternatifs de garde pour réduire la charge mentale des familles monoparentales.							
9	Soutenir et développer des initiatives porteuses pour les adolescents, entamées durant la crise telles que l'organisation d'ateliers bien-être au sein de certaines maisons de quartier ou la création d'un service dédié à la santé mentale des jeunes au sein d'écoles.							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS					
[c] Renforcer le lien social au sein du public			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les publics concernés afin de maintenir un lien social.							
2	Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.							
3	Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des publics concernés.							
4	Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société.							
5	Visibiliser les actions de maintien du lien social qui ont fonctionné, par exemple via un site internet centralisateur.	X						
6	Maintenir le lien au domicile avec les personnes ayant quitté l'institution temporairement.	X						
7	Favoriser les initiatives communales utilisant un listing préétabli des personnes âgées afin de favoriser la prise de contact avec celles-ci.							
8	Développer des propositions d'activités intergénérationnelles.							
9	Réinvestir la proximité des services envers les jeunes afin de (re)créer du lien social avec eux et entre eux.							
[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé)			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Développer l'empowerment des publics concernés pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.							
2	Améliorer la littératie des publics concernés.							
3	Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale au sein des publics concernés.							
4	Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les publics concernés.							
5	Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients.							
6	Favoriser l'inclusion et la participation des publics concernés dans les démarches participatives locales.							
7	Mettre à disposition ou créer des outils/supports adaptés aux personnes en situation de handicap (développer les sites internet en « facile à lire et à comprendre ») en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).							
8	Penser les mesures sanitaires (dont le confinement) au regard des publics concernés et de leurs spécificités.							
9	Développer des actions de sensibilisation auprès des familles monoparentales et des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.		Monoparental	Monoparental	Monoparental	Monoparental	Monoparental	
10	Développer des campagnes d'information et de sensibilisation à une alimentation saine et équilibrée, en tenant compte des moyens limités pour certaines familles monoparentales.							
11	Valoriser et visibiliser (via un site internet, etc.) des initiatives positives qui ont été menées durant la crise (espace d'échange en ligne, location de locaux plus grands afin de respecter les mesures de distanciation, etc.).	X						
12	Favoriser la co-construction avec les personnes âgées dans les projets mis en place au sein des maisons de repos (et de soins).							
13	Maintenir et développer les initiatives de prévention et de sensibilisation des jeunes, mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.							
14	Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (école, extrascolaire, etc.) sur les thématiques de l'éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) et des assuétudes (addictions et écrans).		Jeunes adultes*	Jeunes adultes*	Jeunes adultes*	Jeunes adultes*	Jeunes adultes*	
15	Outils les parents des jeunes et les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.							
16	Augmenter la sensibilisation sur les violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles pour les adolescents et jeunes adultes.							
17	Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux personnes en situation de handicap et aux familles monoparentales.							
18	Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.							
[e] Renforcer la vulgarisation des informations			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des publics concernés (radio, internet, etc.).							
2	Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour les publics concernés.							
3	Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS					
			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
[f] Favoriser l'accès à des logements de qualité pour le public en situation de précarité			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Renforcer les structures d'accueil d'urgence de jour et de nuit existantes et en créer là où c'est nécessaire.	x						
2	Aider les propriétaires privés à mettre leurs biens en location sociale.	x						
[g] Assurer un développement optimal des enfants issus de familles monoparentales			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un continuum du suivi scolaire des enfants issus de familles monoparentales.							
2	Prévoir la présence d'un psychomotricien dans diverses structures telles que les maisons d'accueil de la petite enfance, les maisons médicales, etc. pour les familles monoparentales.							
3	Renforcer les services de soutien aux familles monoparentales en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).							
4	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.	x						
5	Réduire les inégalités scolaires spécifiques aux enfants issus de familles monoparentales.	x						
[h] Renforcer la continuité de l'enseignement et l'adaptation du cursus scolaire pour les adolescents et jeunes adultes			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Soutenir les initiatives favorisant l'accrochage et le soutien scolaire pour les adolescents.	x						
2	Accompagner les jeunes en termes de méthodologie de travail scolaire.	x						
3	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, afin de diminuer les inégalités scolaires.	x						
4	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un suivi scolaire optimal des adolescents et jeunes adultes.	x						
[i] Favoriser la bienveillance des personnes âgées			Axe 1.2 - Lutte contre le tabagisme					
			O5/SA	O5/SB	O6/SA	O6/SB	O7/SA	O7/SD
1	Renforcer les services de prévention et de protection des personnes âgées.							
2	Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (empowerment, approche communautaire).							
3	Intégrer des critères qualitatifs dans les projets de vie des personnes âgées en maison de repos, en termes de qualité de vie tels que l'alimentation, la mobilité, les activités sociales, artistiques et cognitives, l'hygiène, etc.							

Stratégies concertées Covid		Haut programmation	WAPPS					
			Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques					
[a] Favoriser l'accès aux services			O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD
1	Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des différents publics prioritaires : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.							
2	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les différents publics prioritaires via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.							
3	Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.							
4	Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante.							
5	Renforcer les modalités diversifiées d'achats de titres de transport (guichet, internet, etc.).							
6	Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics concernés.							
7	Adapter les procédures telles que l'obtention d'un COVID Safe Ticket (CST) en fonction des spécificités des publics concernés.							
8	Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) qui font face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du turn over des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.	x						
9	Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien aux publics concernés au niveau local.							
10	Diversifier les canaux d'information en s'appuyant par exemple sur les compétences des centres culturels notamment par le biais du théâtre-action.							
11	Développer et maintenir les outils digitaux qui ont prouvé leur efficacité.							
12	Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les malades chroniques (séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).							
13	Augmenter le remboursement de certains médicaments, en particulier lorsqu'une prise de nombreux médicaments est nécessaire.							
14	Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des publics concernés ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.							
15	Augmenter l'accessibilité et la disponibilité (24h/24) des aides à domicile, des services d'aide à la Vie Journalière (AVJ). L'accessibilité doit être envisagée de manière multifactorielle (financière, administrative). Ces aides à domicile doivent être mises en œuvre dans des délais plus rapides avec la possibilité d'effectuer des demandes plus ponctuelles.							
16	Renforcer l'offre d'aide et de soins à domicile pour maintenir la continuité des soins.							
17	Organiser des gardes d'enfants sur les lieux de rendez-vous ou y permettre la présence des enfants pour les familles monoparentales.							
18	Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contexte liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.						Monoparental	
19	Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).							
20	En cas de résurgence ou de nouvelle épidémie, revoir le caractère essentiel de certains services, en particulier ceux permettant le soutien psychosocial, l'aide alimentaire (restaurant solidaire, distribution de colis alimentaires) et l'aide administrative aux familles monoparentales vulnérables.							
21	Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.							
22	Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, mutuelle, poste, etc.) pour les personnes âgées.							
23	Faciliter l'accès aux services, aux soins de santé et aux soins paramédicaux, par exemple, en créant une plate-forme de soignants (infirmiers et/ou aides-soignants) « mobiles » qui constituerait une réserve de ressources mobilisables en fonction des besoins des personnes âgées.							
24	Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse entamées durant la crise telles que l'organisation de permanences décentralisées par des centres de planning familial au sein des écoles.							
[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux			Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques					
			O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD
1	Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.							
2	Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.							
3	Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des publics concernés.							
4	Mettre en place des prises en charge psychologiques spécifiques aux publics concernés.							
5	Développer des initiatives spécifiques aux maladies chroniques telles qu'une ligne téléphonique d'aide et d'écoute.							
6	Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple, en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour les personnes en situation de handicap.							
7	Augmenter les offres de répit pour les aidants proches, amener des possibilités d'aménagement du temps de travail ou à la pension sans pertes financières et continuer à valoriser le statut des aidants proches.	x						
8	Développer des modes alternatifs de garde pour réduire la charge mentale des familles monoparentales.							
9	Soutenir et développer des initiatives porteuses pour les adolescents, entamées durant la crise telles que l'organisation d'ateliers bien-être au sein de certaines maisons de quartier ou la création d'un service dédié à la santé mentale des jeunes au sein d'écoles.							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS					
[c] Renforcer le lien social au sein du public			Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques					
			O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD
1	Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les publics concernés afin de maintenir un lien social.							
2	Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.							
3	Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des publics concernés.							
4	Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société.							
5	Visibiliser les actions de maintien du lien social qui ont fonctionné, par exemple via un site internet centralisateur.	X						
6	Maintenir le lien au domicile avec les personnes ayant quitté l'institution temporairement.	X						
7	Favoriser les initiatives communales utilisant un listing préalable des personnes âgées afin de favoriser la prise de contact avec celles-ci.							
8	Développer des propositions d'activités intergénérationnelles.							
9	Reinvestir la proximité des services envers les jeunes afin de (re)créer du lien social avec eux et entre eux.							
[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé)		Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques						
		O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD	
1	Développer l'empowerment des publics concernés pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.							
2	Améliorer la littératie des publics concernés.	Monoparental*, Aînés	Monoparental*	Aînés				
3	Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale au sein des publics concernés.							
4	Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les publics concernés.							
5	Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients.							
6	Favoriser l'inclusion et la participation des publics concernés dans les démarches participatives locales.							
7	Mettre à disposition ou créer des outils/soutiens adaptés aux personnes en situation de handicap (développer les sites internet en « facile à lire et à comprendre ») en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).	Handicap						
8	Penser les mesures sanitaires (dont le confinement) au regard des publics concernés et de leurs spécificités.							
9	Développer des actions de sensibilisation auprès des familles monoparentales et des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.	Monoparental	Monoparental	Monoparental	Monoparental			
10	Développer des campagnes d'information et de sensibilisation à une alimentation saine et équilibrée, en tenant compte des moyens limités pour certaines familles monoparentales.							
11	Valoriser et visibiliser (via un site internet, etc.) des initiatives positives qui ont été menées durant la crise (espace d'échange en ligne, location de locaux plus grands afin de respecter les mesures de distanciation, etc.).	X						
12	Favoriser la co-construction avec les personnes âgées dans les projets mis en place au sein des maisons de repos (et de soins).							
13	Maintenir et développer les initiatives de prévention et de sensibilisation des jeunes, mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.	Jeunes adultes*						
14	Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (école, extrascolaire, etc.) sur les thématiques de l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) et des assuétudes (addictions et écrans).	Jeunes adultes						
15	Outils des parents des jeunes et les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.	Jeunes adultes						
16	Augmenter la sensibilisation sur les violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles pour les adolescents et jeunes adultes.							
17	Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux personnes en situation de handicap et aux familles monoparentales.							
18	Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.							
[e] Renforcer la vulgarisation des informations		Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques						
		O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD	
1	Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des publics concernés (radio, internet, etc.).	Aînés		Aînés				
2	Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour les publics concernés.							
3	Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS					
			Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques					
[f] Favoriser l'accès à des logements de qualité pour le public en situation de précarité			O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD
1	Renforcer les structures d'accueil d'urgence de jour et de nuit existantes et en créer là où c'est nécessaire.	x						
2	Aider les propriétaires privés à mettre leurs biens en location sociale.	x						
[g] Assurer un développement optimal des enfants issus de familles monoparentales			Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques					
			O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD
1	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un continuum du suivi scolaire des enfants issus de familles monoparentales.							
2	Prévoir la présence d'un psychomotricien dans diverses structures telles que les maisons d'accueil de la petite enfance, les maisons médicales, etc. pour les familles monoparentales.							
3	Renforcer les services de soutien aux familles monoparentales en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).							
4	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.	x						
5	Réduire les inégalités scolaires spécifiques aux enfants issus de familles monoparentales.	x						
[h] Renforcer la continuité de l'enseignement et l'adaptation du cursus scolaire pour les adolescents et jeunes adultes			Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques					
			O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD
1	Soutenir les initiatives favorisant l'accrochage et le soutien scolaire pour les adolescents.	x						
2	Accompagner les jeunes en termes de méthodologie de travail scolaire.	x						
3	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, afin de diminuer les inégalités scolaires.	x						
4	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un suivi scolaire optimal des adolescents et jeunes adultes.	x						
[i] Favoriser la bientraitance des personnes âgées			Axe 2.1- Prévention des usages addictifs et réduction des risques					
			O8/SA	O8/SB	O9/SA	O9/SC	O10/SE	O11/SD
1	Renforcer les services de prévention et de protection des personnes âgées.							
2	Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (empowerment, approche communautaire).							
3	Intégrer des critères qualitatifs dans les projets de vie des personnes âgées en maison de repos, en termes de qualité de vie tels que l'alimentation, la mobilité, les activités sociales, artistiques et cognitives, l'hygiène, etc.							

Stratégies concertées Covid		WAPPS								
		Axe 2.2 - Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global								
[a] Favoriser l'accès aux services		O12/SA	O12/SC	O13/SA	O13/SB	O14/SA	O14/SC	O14/SD	O14/SE	O14/SF
1	Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des différents publics prioritaires : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.									
2	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les différents publics prioritaires via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.									
3	Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.									
4	Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante.									
5	Renforcer les modalités diversifiées d'achats de titres de transport (guichet, internet, etc.).									
6	Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics concernés.									
7	Adapter les procédures telles que l'obtention d'un COVID Safe ticket (CST) en fonction des spécificités des publics concernés.									
8	Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) qui font face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du turn over des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.	x								
9	Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien aux publics concernés au niveau local.							Précarisés, Jeunes adultes		
10	Diversifier les canaux d'information en s'appuyant par exemple sur les compétences des centres culturels notamment par le biais du théâtre-action.									
11	Développer et maintenir les outils numériques qui ont prouvé leur efficacité.									
12	Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les malades chroniques (séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).									
13	Augmenter le remboursement de certains médicaments, en particulier lorsqu'une prise de nombreux médicaments est nécessaire.									
14	Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des publics concernés ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.									
15	Augmenter l'accessibilité et la disponibilité (24h/24) des aides à domicile, des services d'aide à la Vie Journalière (AVJ). L'accessibilité doit être envisagée de manière multifactorielle (financière, administrative). Ces aides à domicile doivent être mises en œuvre dans des délais plus rapides avec la possibilité d'effectuer des demandes plus ponctuelles.									
16	Renforcer l'offre d'aide et de soins à domicile pour maintenir la continuité des soins.									
17	Organiser des gardes d'enfants sur les lieux de rendez-vous ou y permettre la présence des enfants pour les familles monoparentales.									
18	Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contexte liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.									
19	Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).									
20	En cas de résurgence ou de nouvelle épidémie, revoir le caractère essentiel de certains services, en particulier ceux permettant le soutien psychosocial, l'aide alimentaire (restaurant solidaire, distribution de colis alimentaires) et l'aide administrative aux familles monoparentales vulnérables.									
21	Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.									
22	Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, mutuelle, poste, etc.) pour les personnes âgées.									
23	Faciliter l'accès aux services, aux soins de santé et aux soins paramédicaux, par exemple, en créant une plate-forme de soignants (infirmiers et/ou aides-soignants) « mobiles » qui constituerait une réserve de ressources mobilisables en fonction des besoins des personnes âgées.									
24	Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse entamées durant la crise telles que l'organisation de permanences décentralisées par des centres de planning familial au sein des écoles.									
[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux		Axe 2.2 - Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global								
		O12/SA	O12/SC	O13/SA	O13/SB	O14/SA	O14/SC	O14/SD	O14/SE	O14/SF
1	Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.				Monoparental					
2	Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.							Handicap, Précarisés		Aînés
3	Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des publics concernés.							Monoparental, Handicap, Précarisés, Jeunes adultes		
4	Mettre en place des prises en charge psychologiques spécifiques aux publics concernés.									
5	Développer des initiatives spécifiques aux maladies chroniques telles qu'une ligne téléphonique d'aide et d'écoute.									Maladies chroniques
6	Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple, en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour les personnes en situation de handicap.								Handicap	
7	Augmenter les offres de répit pour les aidants proches, amener des possibilités d'aménagement du temps de travail ou à la pension sans pertes financières et continuer à valoriser le statut des aidants proches.	x								
8	Développer des modes alternatifs de garde pour réduire la charge mentale des familles monoparentales.					Monoparental				
9	Soutenir et développer des initiatives porteuses pour les adolescents, entamées durant la crise telles que l'organisation d'ateliers bien-être au sein de certaines maisons de quartier ou la création d'un service dédié à la santé mentale des jeunes au sein d'écoles.		Jeunes adultes							

Stratégies concertées Covid		hors programmation	WAPPS								
[f] Favoriser l'accès à des logements de qualité pour le public en situation de précarité			Axe 2.2 - Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global								
			O12/SA	O12/SC	O13/SA	O13/SB	O14/SA	O14/SC	O14/SD	O14/SE	O14/SF
1	Renforcer les structures d'accueil d'urgence de jour et de nuit existantes et en créer là où c'est nécessaire.	x									
2	Aider les propriétaires privés à mettre leurs biens en location sociale.	x						Jeunes adultes			
[g] Assurer un développement optimal des enfants issus de familles monoparentales			Axe 2.2 - Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global								
			O12/SA	O12/SC	O13/SA	O13/SB	O14/SA	O14/SC	O14/SD	O14/SE	O14/SF
1	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un continuum du suivi scolaire des enfants issus de familles monoparentales.										
2	Prévoir la présence d'un psychomotricien dans diverses structures telles que les maisons d'accueil de la petite enfance, les maisons médicales, etc. pour les familles monoparentales.										
3	Renforcer les services de soutien aux familles monoparentales en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).				Monoparental, Précarisés, Jeunes adultes						
4	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.	x					Maladies chroniques			Précarisés	Monoparental, Handicap, Précarisés, Jeunes adultes
5	Réduire les inégalités scolaires spécifiques aux enfants issus de familles monoparentales.	x	Maladies chroniques								
[h] Renforcer la continuité de l'enseignement et l'adaptation du cursus scolaire pour les adolescents et jeunes adultes			Axe 2.2 - Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global								
			O12/SA	O12/SC	O13/SA	O13/SB	O14/SA	O14/SC	O14/SD	O14/SE	O14/SF
1	Soutenir les initiatives favorisant l'accrochage et le soutien scolaire pour les adolescents.	x									
2	Accompagner les jeunes en termes de méthodologie de travail scolaire.	x									
3	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, afin de diminuer les inégalités scolaires.	x									
4	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un suivi scolaire optimal des adolescents et jeunes adultes.	x									
[i] Favoriser la bienveillance des personnes âgées			Axe 2.2 - Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global								
			O12/SA	O12/SC	O13/SA	O13/SB	O14/SA	O14/SC	O14/SD	O14/SE	O14/SF
1	Renforcer les services de prévention et de protection des personnes âgées.										
2	Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (empowerment, approche communautaire).			Aînés*							
3	Intégrer des critères qualitatifs dans les projets de vie des personnes âgées en maison de repos, en termes de qualité de vie tels que l'alimentation, la mobilité, les activités sociales, artistiques et cognitives, l'hygiène, etc.			Aînés							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS						
[c] Renforcer le lien social au sein du public			Axe 3- Maladie chroniques						
			O16/SA	O16/SB	O16/SC	O16/SD	O16/SE	O16/SF	O18/SA
1	Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les publics concernés afin de maintenir un lien social.								
2	Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.								
3	Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des publics concernés.								
4	Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société.								
5	Visibiliser les actions de maintien du lien social qui ont fonctionné, par exemple via un site internet centralisateur.	X							
6	Maintenir le lien au domicile avec les personnes ayant quitté l'institution temporairement.	X							
7	Favoriser les initiatives communales utilisant un listing préétabli des personnes âgées afin de favoriser la prise de contact avec celles-ci.			Alnés			Alnés		
8	Développer des propositions d'activités intergénérationnelles.								
9	Reinvestir la proximité des services envers les jeunes afin de (re)créer du lien social avec eux et entre eux.								
[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé)		Axe 3- Maladie chroniques							
		O16/SA	O16/SB	O16/SC	O16/SD	O16/SE	O16/SF	O18/SA	
1	Développer l'empowerment des publics concernés pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.	Maladies chroniques, Précarisés, Précarisés*, Alnés							
2	Améliorer la littératie des publics concernés.								
3	Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale au sein des publics concernés.								
4	Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les publics concernés.			Maladies chroniques					
5	Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients.								
6	Favoriser l'inclusion et la participation des publics concernés dans les démarches participatives locales.			Handicap, Alnés					
7	Mettre à disposition ou créer des outils/soutiens adaptés aux personnes en situation de handicap (développer les sites internet en « facile à lire et à comprendre ») en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).								
8	Penser les mesures sanitaires (dont le confinement) au regard des publics concernés et de leurs spécificités.							Handicap*	
9	Développer des actions de sensibilisation auprès des familles monoparentales et des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.								
10	Développer des campagnes d'information et de sensibilisation à une alimentation saine et équilibrée, en tenant compte des moyens limités pour certaines familles monoparentales.								
11	Valoriser et visibiliser (via un site internet, etc.) des initiatives positives qui ont été menées durant la crise (espace d'échange en ligne, location de locaux plus grands afin de respecter les mesures de distanciation, etc.).	X							
12	Favoriser la co-construction avec les personnes âgées dans les projets mis en place au sein des maisons de repos (et de soins).			Alnés					
13	Maintenir et développer les initiatives de prévention et de sensibilisation des jeunes, mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.								
14	Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (école, extrascolaire, etc.) sur les thématiques de l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) et des assuétudes (addictions et écrans).								
15	Outils des parents des jeunes et les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.								
16	Augmenter la sensibilisation sur les violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles pour les adolescents et jeunes adultes.								
17	Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux personnes en situation de handicap et aux familles monoparentales.								
18	Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.	Maladies chroniques					Maladies chroniques		
[e] Renforcer la vulgarisation des informations		Axe 3- Maladie chroniques							
		O16/SA	O16/SB	O16/SC	O16/SD	O16/SE	O16/SF	O18/SA	
1	Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des publics concernés (radio, internet, etc.).	Handicap*, Alnés*, Précarisés					Alnés, Précarisés		
2	Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour les publics concernés.	Maladies chroniques, Précarisés*							
3	Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.	Précarisés*							

Stratégies concertées Covid		Hors programmation	WAPPS						
[f] Favoriser l'accès à des logements de qualité pour le public en situation de précarité			Axe 3- Maladie chroniques						
			O16/SA	O16/SB	O16/SC	O16/SD	O16/SE	O16/SF	O18/SA
1	Renforcer les structures d'accueil d'urgence de jour et de nuit existantes et en créer là où c'est nécessaire.	x							
2	Aider les propriétaires privés à mettre leurs biens en location sociale.	x							
[g] Assurer un développement optimal des enfants issus de familles monoparentales			Axe 3- Maladie chroniques						
			O16/SA	O16/SB	O16/SC	O16/SD	O16/SE	O16/SF	O18/SA
1	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un continuum du suivi scolaire des enfants issus de familles monoparentales.								
2	Prévoir la présence d'un psychomotricien dans diverses structures telles que les maisons d'accueil de la petite enfance, les maisons médicales, etc. pour les familles monoparentales.								
3	Renforcer les services de soutien aux familles monoparentales en privilégiant l'approche systémique (environnement parents/enfants).								
4	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les familles monoparentales via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.	x							
5	Réduire les inégalités scolaires spécifiques aux enfants issus de familles monoparentales.	x							
[h] Renforcer la continuité de l'enseignement et l'adaptation du cursus scolaire pour les adolescents et jeunes adultes			Axe 3- Maladie chroniques						
			O16/SA	O16/SB	O16/SC	O16/SD	O16/SE	O16/SF	O18/SA
1	Soutenir les initiatives favorisant l'accrochage et le soutien scolaire pour les adolescents.	x							
2	Accompagner les jeunes en termes de méthodologie de travail scolaire.	x							
3	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les adolescents et les jeunes adultes via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques, afin de diminuer les inégalités scolaires.	x							
4	Favoriser l'uniformisation des logiciels de suivi scolaire au sein des différents établissements pour permettre un suivi scolaire optimal des adolescents et jeunes adultes.	x							
[i] Favoriser la bientraitance des personnes âgées			Axe 3- Maladie chroniques						
			O16/SA	O16/SB	O16/SC	O16/SD	O16/SE	O16/SF	O18/SA
1	Renforcer les services de prévention et de protection des personnes âgées.								
2	Promouvoir un modèle d'organisation participative qui inclut les résidents des maisons de repos (et de soins) quant au fonctionnement de l'institution (empowerment, approche communautaire).								
3	Intégrer des critères qualitatifs dans les projets de vie des personnes âgées en maison de repos, en termes de qualité de vie tels que l'alimentation, la mobilité, les activités sociales, artistiques et cognitives, l'hygiène, etc.				Aînés*	Aînés*			

Stratégies concertées Covid		hors programmation	WAPPS								
			Axe 4 – Maladies Infectieuses								
[c] Renforcer le lien social au sein du public			O20/SF	O21/SB	O21/SC	O21/SD	O21/SE	O21/SF	O22/SC	O22/SD	O20/SF
1	Renforcer la mise en place et/ou la poursuite d'activités collectives pour les publics concernés afin de maintenir un lien social.		Monoparental Handicap, Précaisés, Jeunes adultes							Monoparental, Précaisés, Jeunes adultes	
2	Augmenter la mise en place de projets permettant de rompre l'isolement.									Précaisés, Aînés	
3	Développer ou pérenniser des espaces de paroles ou de rencontres à destination des publics concernés.									Jeunes adultes, Aînés	
4	Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société.										
5	Visibiliser les actions de maintien du lien social qui ont fonctionné, par exemple via un site internet centralisateur.	x									
6	Maintenir le lien au domicile avec les personnes ayant quitté l'institution temporairement.	x									
7	Favoriser les initiatives communales utilisant un listing préétabli des personnes âgées afin de favoriser la prise de contact avec celles-ci.										
8	Développer des propositions d'activités intergénérationnelles.										
9	Réinvestir la proximité des services envers les jeunes afin de (re)créer du lien social avec eux et entre eux.					Jeunes adultes					
[d] Enrichir les approches préventives (éducation et promotion de la santé)			Axe 4 – Maladies Infectieuses								
			O20/SF	O21/SB	O21/SC	O21/SD	O21/SE	O21/SF	O22/SC	O22/SD	O20/SF
1	Développer l'empowerment des publics concernés pour limiter les conséquences néfastes d'un accès limité aux services de soins de santé.		Maladies chroniques, Précaisés								
2	Améliorer la littératie des publics concernés.			Précaisés, Aînés					Maladies chroniques, Précaisés		
3	Renouveler les campagnes d'information pour déstigmatiser la santé mentale au sein des publics concernés.		Précaisés								
4	Développer et diffuser l'offre de services préventifs en santé mentale pour les publics concernés.		Tous les publics					Monoparental, Handicap, Jeunes adultes			
5	Augmenter le niveau d'éducation thérapeutique des patients.		Maladies chroniques	Maladies chroniques					Maladies chroniques		
6	Favoriser l'inclusion et la participation des publics concernés dans les démarches participatives locales.					Handicap					
7	Mettre à disposition ou créer des outils/supports adaptés aux personnes en situation de handicap (développer les sites Internet en « facile à lire et à comprendre ») en fonction des besoins identifiés (alimentation, consommation, etc.).					Handicap		Handicap		Handicap	
8	Penser les mesures sanitaires (dont le confinement) au regard des publics concernés et de leurs spécificités.					Handicap					
9	Développer des actions de sensibilisation auprès des familles monoparentales et des professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.) : campagnes de prévention sur les assuétudes (alcool, tabac, drogues, etc.), sur les violences intrafamiliales ou les dangers de la surmédication.										
10	Développer des campagnes d'information et de sensibilisation à une alimentation saine et équilibrée, en tenant compte des moyens limités pour certaines familles monoparentales.										
11	Valoriser et visibiliser (via un site internet, etc.) des initiatives positives qui ont été menées durant la crise (espace d'échange en ligne, location de locaux plus grands afin de respecter les mesures de distanciation, etc.).	x									
12	Favoriser la co-construction avec les personnes âgées dans les projets mis en place au sein des maisons de repos (et de soins).										
13	Maintenir et développer les initiatives de prévention et de sensibilisation des jeunes, mises en place durant la crise, grâce aux subsides COVID-19.										
14	Renforcer les ateliers de sensibilisation et développer des campagnes d'information à destination des jeunes, dans différents milieux de vie (école, extrascolaire, etc.) sur les thématiques de l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVAS) et des assuétudes (addictions et écrans).										
15	Outils les parents des jeunes et les accompagner dans l'éducation à la technologie numérique et dans la prévention de l'addiction aux écrans.			Jeunes adultes							
16	Augmenter la sensibilisation sur les violences intrafamiliales et valoriser/visibiliser les ressources disponibles pour les adolescents et jeunes adultes.			Jeunes adultes							
17	Soutenir les services locaux (secteur promotion de la santé, social, etc.) de manière structurelle (pas via des subventionnements limités et/ou des appels à projets) afin de permettre le développement de projets de prévention à long terme ciblés et adaptés aux personnes en situation de handicap et aux familles monoparentales.							Monoparental, Handicap			
18	Prendre en compte les spécificités des publics dans la mise en place des mesures sanitaires pour ne pas entraver l'accès aux soins des personnes porteuses de maladies chroniques.			Maladies chroniques		Maladies chroniques					
[e] Renforcer la vulgarisation des informations			Axe 4 – Maladies Infectieuses								
			O20/SF	O21/SB	O21/SC	O21/SD	O21/SE	O21/SF	O22/SC	O22/SD	O20/SF
1	Diversifier et optimiser les modalités de communication concernant les mesures sanitaires à destination des publics concernés (radio, internet, etc.).			Monoparental, Précaisés, Aînés		Jeunes, Précaisés					
2	Diffuser les informations officielles vulgarisées via un canal validé par les instances publiques et facilement accessible pour les publics concernés.			Précaisés, Maladies chroniques							
3	Créer des espaces d'information informels à destination du public en situation de précarité.			Précaisés					Précaisés		

Stratégies concertées Covid		Haut programmation	WAPPS						
[a] Favoriser l'accès aux services			Axe 5- Traumatismes et sécurité						
			O23/SA	O23SB	O23/SD	O24/SA	O24/SB	O24/SC	O24/SF
1	Diversifier les modalités d'accès afin de répondre aux besoins spécifiques des différents publics prioritaires : en présentiel, par téléphone, par visioconférence, via un guichet mobile, etc.								
2	Faciliter l'accessibilité au numérique pour les différents publics prioritaires via la pérennisation des aides matérielles et des formations à l'utilisation des outils numériques.								
3	Renforcer les dispositifs locaux d'articulation entre les différents professionnels intervenant auprès des différents publics prioritaires concernés.								
4	Améliorer l'accès physique des services en renforçant l'offre de mobilité existante.								
5	Renforcer les modalités diversifiées d'achats de titres de transport (guichet, internet, etc.).								
6	Simplifier les démarches administratives permettant d'accéder aux aides pour les publics concernés.								
7	Adapter les procédures telles que l'obtention d'un COVID Safe Ticket (CST) en fonction des spécificités des publics concernés.								
8	Renforcer les équipes de la première ligne de soins et de l'action sociale (autant en milieu hospitalier qu'à domicile et en équipe mobile) qui font face à une surcharge de travail (liée à la perte des acquis des bénéficiaires, à la charge administrative ainsi qu'à l'effectif réduit), en continuant la réflexion autour du turn over des soignants, en revalorisant les professionnels pour attirer de nouveaux professionnels et en allégeant leurs charges administratives, par exemple en permettant l'engagement de personnel administratif.	x							
9	Valoriser et visibiliser l'offre de services en matière de soutien aux publics concernés au niveau local.								
10	Diversifier les canaux d'information en s'appuyant par exemple sur les compétences des centres culturels notamment par le biais du théâtre-action.								
11	Développer et maintenir les outils digitaux qui ont prouvé leur efficacité.								
12	Augmenter le remboursement des prestations de soins (supplémentaires) pour les malades chroniques (séances d'ergothérapie, séances de diététique, séances d'éducation en diabétologie, etc.).								
13	Augmenter le remboursement de certains médicaments, en particulier lorsqu'une prise de nombreux médicaments est nécessaire.								
14	Permettre un accès centralisé à l'information : guichet unique ou ligne d'appel au niveau local permettant une centralisation des informations et une redirection des publics concernés ou leur aidant proche vers les services adéquats rapidement.								
15	Augmenter l'accessibilité et la disponibilité (24h/24) des aides à domicile, des services d'aide à la Vie Journalière (AVJ). L'accessibilité doit être envisagée de manière multifactorielle (financière, administrative). Ces aides à domicile doivent être mises en œuvre dans des délais plus rapides avec la possibilité d'effectuer des demandes plus ponctuelles.								
16	Renforcer l'offre d'aide et de soins à domicile pour maintenir la continuité des soins.								
17	Organiser des gardes d'enfants sur les lieux de rendez-vous ou y permettre la présence des enfants pour les familles monoparentales.								
18	Renforcer l'offre de prise en charge de parents consommateurs (alcool, médicaments, etc.), en tenant compte des spécificités de contexte liées à la monoparentalité comme les modalités de garde pour les hospitalisations.								
19	Renforcer les dispositifs de distribution de colis alimentaires ou de donnerie avec un accès non stigmatisant (en diversifiant les modes d'accès sur rendez-vous ou libre d'accès).								
20	En cas de résurgence ou de nouvelle épidémie, revoir le caractère essentiel de certains services, en particulier ceux permettant le soutien psychosocial, l'aide alimentaire (restaurant solidaire, distribution de colis alimentaires) et l'aide administrative aux familles monoparentales vulnérables.								
21	Soutenir et renforcer les « facilitateurs en santé » pour les personnes âgées.								
22	Encourager les démarches locales solidaires pour renforcer l'accessibilité des services (banque, mutuelle, poste, etc.) pour les personnes âgées.								
23	Faciliter l'accès aux services, aux soins de santé et aux soins paramédicaux, par exemple, en créant une plate-forme de soignants (infirmiers et/ou aides-soignants) « mobiles » qui constituerait une réserve de ressources mobilisables en fonction des besoins des personnes âgées.								
24	Soutenir et développer des initiatives porteuses dans le domaine de la jeunesse entamées durant la crise telles que l'organisation de permanences décentralisées par des centres de planning familial ou sein des écoles.								
[b] Favoriser un accompagnement de la santé mentale et du bien-être, qui tient compte des aspects psychosociaux		Axe 5- Traumatismes et sécurité							
		O23/SA	O23SB	O23/SD	O24/SA	O24/SB	O24/SC	O24/SF	
1	Renforcer les équipes dans le domaine de la santé mentale.								
2	Renforcer l'offre (places disponibles dans les services et pour des consultations) en matière de santé mentale.								
3	Renforcer les dispositifs « tampons » existants en matière de santé mentale (équipes mobiles, soins psychologiques intégrés à la première ligne, etc.) afin d'éviter une institutionnalisation des publics concernés.								
4	Mettre en place des prises en charge psychologiques spécifiques aux publics concernés.								
5	Développer des initiatives spécifiques aux maladies chroniques telles qu'une ligne téléphonique d'aide et d'écoute.								
6	Favoriser le travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la santé mentale, par exemple, en développant le travail intersectoriel entre les services de psychiatrie et du handicap afin de prendre au mieux en charge les patients en situation de double diagnostic, notamment en favorisant la venue d'un service psychiatrique en résidence pour les personnes en situation de handicap.								
7	Augmenter les offres de répit pour les aidants proches, amener des possibilités d'aménagement du temps de travail ou à la pension sans pertes financières et continuer à valoriser le statut des aidants proches.	x							
8	Développer des modes alternatifs de garde pour réduire la charge mentale des familles monoparentales.								
9	Soutenir et développer des initiatives porteuses pour les adolescents, entamées durant la crise telles que l'organisation d'ateliers bien-être au sein de certaines maisons de quartier ou la création d'un service dédié à la santé mentale des jeunes au sein d'écoles.								

Le dispositif des Stratégies concertées Covid, soutenu par le Gouvernement wallon, rassemble différents acteurs qui œuvrent pour la promotion de la santé. Cette approche intersectorielle vise à réduire l'impact de la crise sur la santé globale et ses déterminants, par la coconstruction de repères pour la pratique et l'orientation des politiques d'actions collectives, tout en tirant des enseignements pour le futur.

www.fwpsante.be/strategies-concertees-covid-19



Avec le soutien de la Wallonie.

