

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 368 / JUILLET 2020



Regards
sur la pandémie

Sommaire



4

—
Regards sur l'après-pandémie,
quels possibles pour demain ?



19

—
Une perspective de promotion de la santé à la réponse à la COVID-19



7

—
Et s'il était temps de croire en la capacité des citoyens à s'investir dans les questions de santé ?



24

—
Pour une autre gestion de la crise de COVID-19 et de l'après-confinement:
anticiper pour construire autrement



11

—
Les effets du confinement sur les inégalités sociales de santé et les usager-es de drogues



26

—
COVID et POST-COVID
Quelle place pour la vie relationnelle, affective et sexuelle (VRAS) ?



Sur notre site www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles et bien plus encore sur notre site internet www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

«Aménagements temporaires : participer, favoriser les initiatives pour faciliter l'été dans les quartiers»,

RésO Villes

«COVID-19: un mélange des déterminants sociaux de la santé et une intensification des inégalités de santé existante»,

Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé

«COVID-19, quelques ressources pour les réflexions des intervenant.es en promotion de la santé»,

Service universitaire de promotion de la santé UCLouvain/IRSS-RESO

«Coronavirus: 1 personne sur 2 renonce durablement aux soins de santé»,

UCLouvain

«Confinement et ISS: les publics fragilisés ont moins souvent contacté leur médecine généraliste»,

Solidaris

«Quand le masque tombe... La crise de la pandémie du COVID-19 dans l'aggravation des ISS – analyse du 13 mai 2020»,

Observatoire de la Santé du Hainaut



Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux.

Retrouvez-nous sur Facebook : www.facebook.com/revueeducationsante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Sarah Hassan, Juliette Vanderveken, Clémentine Stévenot, Eurotox, Stephan Van den Broucke, La Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé et la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé, Benoît Pétré, Aurore Margat, Michèle Guillaume, Rémi Gagnayre, Christian Nile, Avig. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **SECRETARIAT DE RÉDACTION ET JOURNALISTES** : Sarah Hassan et Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Raffaele Bracci, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Laurence Étienne, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Pierre Baldewyns, Dominique Doumont, Sarah Hassan, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : www.educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.



Regards sur l'après-pandémie, quels possibles pour demain ?

Mars 2020, devant l'explosion du nombre de cas de Covid-19, les gouvernements de plusieurs pays décident du confinement de leur population. Pause. Une partie du monde s'arrête. Et ensuite ?

► SARAH HASSAN ET JULIETTE VANDERVEKEN

« À quoi ressemblera le monde d'après la crise sanitaire ? ». Dans sa note de veille « Les Nouvelles des Possibles N° 2 », Frédéric Claisse, de l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), nous propose d'explorer quatre scénarios - des hypothèses ou des « récits relatifs au futur »¹ - qui se sont dessinés dans les prises de position de citoyens, chercheurs, philosophes... au cours du premier mois de confinement généralisé de près de la moitié de l'humanité.

Bien que polarisés, ces différents scénarios ne s'excluent pas nécessairement les uns les autres. « *Ils sont en conversation permanente, partagent des problèmes, se disputent autour d'enjeux communs qu'ils polarisent à leur manière. On n'a donc pas affaire à quatre routes distinctes qui s'ouvriraient à nous, mais à une série de chemins qui peuvent se recouper pour aboutir à des destinations différentes* » (Claisse, 2020, p. 3).

Dès lors, quelle place sera réservée à la promotion de la santé dans ce monde d'après ? Quel rôle pourra-t-elle jouer ? À l'heure où nous nous posons ces questions, les acteurs du secteur se mobilisent pour faire entendre leurs souhaits, leurs visions... Cette synthèse de la note de l'IWEPS permet d'amener des éléments complémentaires aux réflexions menées et présentées tout au long de ce numéro spécial d'Éducation Santé.

Scénario 1: la transformation

Dans ce scénario, la crise que nous traversons est à l'image de la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Elle est le résultat d'un modèle de société insoutenable. Elle révèle les grandes failles de notre fonctionnement sociétal, qu'il s'agisse de « *l'impasse d'un modèle de gouvernance qui a vu l'État se désinvestir de ses missions de service public* » (Claisse, 2020, p. 3) (sur le plan politique et social quant aux conditions de travail du personnel soignant, à la pénurie des masques, etc.) ou du « *système en train de causer la destruction de l'environnement et d'accélérer le changement climatique* » (Claisse, 2020, p. 4) (sur le plan environnemental).

Dès lors, un retour au « monde d'avant » n'est pas envisageable, il est nécessaire d'opérer une grande transformation, ou a minima un changement de cap. Cependant, cette transformation dépend du prisme par lequel on l'envisage, par exemple, un retour de l'État social ou encore un « plan de sortie » pour le climat. Rappelons que ces hypothèses ne s'excluent pas nécessairement. D'autres encore plaident pour ce qu'ils qualifient de « corona reset »², en portant la vision empreinte d'utopie d'un monde plus juste (Claisse, 2020, p. 5).

« *L'addition ou la convergence de ces exigences de transformation (écologiques d'un côté, économiques et sociales de l'autre) pourrait avoir pour effet une prise de conscience accrue de la nécessité de prendre en compte le long terme dans des domaines comme l'environnement, l'énergie, la santé ou la mobilité, et pousser l'acteur public à relancer des politiques économiques et sociales ambitieuses (...)* », indique l'auteur.

Scénario 2: le retour à la normale

Le titre est évocateur. Pragmatisme pour les uns, ardent souhait pour les autres, fatalisme (voire pessimisme) pour d'autres encore... la situation actuelle (l'état d'urgence) est transitoire et exceptionnelle. On est ici dans le scénario de la continuité.

Sur le plan économique, la relance de la consommation et de l'économie ainsi que la poursuite du modèle capitaliste sont salvateurs. La crise permettra même de favoriser la libéralisation du système de santé, par exemple. Le plan environnemental risque fort d'être (encore plus) lésé au nom de la relance économique (du secteur aérien, du tourisme, etc.). « *Dans un tel scénario, il y a fort à parier qu'une fois levée la période de confinement, les individus, trop heureux de reprendre le cours de leur vie, se remettront à voyager et à consommer comme avant.* » (Claisse, 2020, p. 7). Toutefois, personne (ou très peu de gens, s'il y en a) ne nie les effets à long terme de la crise, assortis d'une lente reprise économique, dans le « monde d'après ».

Dans cet angle d'approche, certains redoutent toutefois la prolongation des mesures dites d'exception (mesures « de guerre ») sur le plan économique ou sur celui des restrictions de libertés et droits humains.

Scénario 3: la résilience

Ce scénario postule que nous ne sortirons pas indemnes de la crise mais que nous serons plus résilients car nous aurons « tiré des leçons » de ce que nous aurons traversé. Dans ce scénario, on prend en compte les « *effets d'apprentissage* » (Claisse, 2020, p. 8) qu'ont permis cette crise, tels que les échanges très rapides de savoirs scientifiques ou les « *efforts de coordination et de mobilisation mondiale* » (Claisse, 2020, p. 8), par exemple. Au niveau individuel, les gestes barrières sont intégrés et deviennent la norme. Il est intéressant de noter, dans une réflexion sur l'avenir de la promotion de la santé, qu'il revient ici à chacun de modifier ses habitudes. Par ailleurs, une liberté surveillée via des dispositifs de tracking, par exemple, est considérée comme un prix acceptable à payer.

1 D'après le prospectiviste Jim Dator, cité dans la note de l'IWEPS : Dator, J. (2009), « Alternative Futures at the Manoa School », *Journal of Futures Studies*, 14(2), pp. 1-18.

2 Carte blanche du groupe citoyen : <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfoqjsCyADoUW9FOIzO94Jz7IbVltnNhkVRzoUITfPYLvb7Q/viewform>

Il ne s'agit donc pas tout à fait d'un retour au « monde d'avant » comme dans le scénario précédent. « *L'humanité prend davantage conscience de sa vulnérabilité: les flux d'échange de biens, de services et de personnes représentent aussi des vecteurs de propagation pour des hôtes avec lesquels elle doit (ré)apprendre à vivre. L'application du principe de précaution n'implique pas pour autant une entrave ou une limitation à la circulation dans une économie qu'il serait encore plus coûteux de 'démondialiser'* » (Claisse, 2020, p. 8).



Scénario 4: l'effondrement

Ce quatrième scénario est celui qui apporte sans doute le point de vue le plus catastrophiste. Il est autrement plus radical que celui du changement malgré quelques points communs. La théorie de l'effondrement (appelée aussi collapsologie) est de plus en plus présente ces dernières années et soutient l'idée selon laquelle la sixième extinction de masse, le tarissement des ressources (notamment énergétiques mais aussi alimentaires à cause de l'appauvrissement des sols lié à l'agriculture intensive), ainsi que le changement climatique ont mené nos sociétés au bord du précipice, de l'effondrement. Cette théorie est portée par des collapsologues. Parmi les plus illustres, on peut citer Pablo Servigne ou Jean-Marc Jancovici en France. Selon ce scénario, la crise liée à la pandémie est révélatrice du fait que nous avons atteint un point de non-retour: « *l'effondrement, selon eux inévitable, de la civilisation industrielle dont la plupart des indicateurs ont irréversiblement dépassé les seuils d'alerte* ». « L'écologiste français Noël Mamère parle de « *répétition générale avant l'effondrement* (Claisse, 2020, p.9) » ou de la continuité d'un « *processus déjà entamé (...)* [qui] pourrait prendre plusieurs années (Claisse, 2020, p.9) » comme le pense le sociologue Dominique Bourg, mais aussi d'effondrement des réseaux de production et de distribution entraînant l'ensemble du système par un effet de dominos.

Néanmoins, les théories de l'effondrement ne tournent pas uniquement autour de la manière ou du moment où le monde tel qu'on le connaît va s'écrouler. Il serait très réducteur de ne retenir que le discours apocalyptique de ses partisans qui évoquent également « *l'émergence de nouvelles formes de production, de consommation et de sociabilité dans la période de l'après, qui doit se préparer dès maintenant* » (Claisse, 2020, p. 9). Sur ce point clé, il rejoint donc l'idée de changement prônée par le premier scénario.

Un effondrement différencié par des inégalités sociales accrues

En évoquant ce dernier scénario, l'auteur précise qu'il existe un registre voisin à celui de l'effondrement. « *En réalité, il conviendrait plutôt de parler d'effondrement différencié,*

tant la crise sanitaire précarise certaines catégories de la population ou certaines zones géographiques. Un des effets les plus soulignés de la pandémie est la manière dont la crise et sa gestion par le confinement révèlent les inégalités et intensifient les vulnérabilités. » (Claisse, 2020, p. 10).

Le « retour des communs », un autre scénario de l'effondrement

Durant la crise sanitaire, un autre phénomène important à noter est celui de la solidarité. De nombreuses initiatives ont fleuri un peu partout: fabrication de masques, de matériel de protection, distributions de nourritures, moyens pour contrer l'isolement... On observe « *de la générosité et de l'inventivité des personnes pour pallier le manque de matériel médical, distribuer de la nourriture aux plus démunis ou garder le contact avec les personnes isolées* (Claisse, 2020, p. 11) », plutôt que des gens qui se déchirent les uns les autres comme le laissent croire divers scénarios de films apocalyptiques. Cette variante du scénario de l'effondrement impliquerait donc un retour aux valeurs importantes en communauté. « *S'il est contre-intuitif, ce scénario de « retour des communs » n'est, en réalité, pas incompatible avec celui de l'effondrement - ni, d'ailleurs, avec celui d'un retour de l'État social, dont ces actions mettent en évidence l'impuissance ou la défaillance* (Claisse, 2020, p. 11). »

Parmi ces différents scénarios mais aussi de manière transversale, il convient maintenant de se demander où et comment va s'inscrire la promotion de la santé dans le monde de demain. Les intervenants en promotion de la santé se mobilisent. Pour Éducation Santé, associée à la note des Fédérations bruxelloises et wallonne de Promotion de la Santé, un retour au « monde d'avant » et à ses inégalités toujours grandissantes n'est pas souhaitable.

Claisse, F. (2020). Covid-19: quatre scénarios pour l'après-crise. *Les nouvelles des possibles: note de veille prospective de l'IVEPS, N° 2.*
<https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/04/NVPO02.pdf>

Et s'il était temps de croire en la capacité des citoyens à s'investir dans les questions de santé ?

La crise COVID-19 questionne nos politiques de santé à considérer le citoyen comme un véritable partenaire de santé. Comment la crise sanitaire liée à la COVID-19 renforce la nécessité d'investir dans les éducations en santé ? L'une des répercussions positives de la crise est qu'elle permet de dévoiler de manière importante les forces et faiblesses du système de santé. Les comportements humains étant au cœur de la réponse face à la pandémie, le présent article souhaite se concentrer sur l'examen des mesures préventives adoptées par nos autorités gouvernantes.

► **BENOIT PÉTRÉ, AUREORE MARGAT, MICHÈLE GUILLAUME, REMI GAGNAYRE**

Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège (BE)

Laboratoire en Éducatons et Pratiques en Santé - UR 3412-Université Sorbonne Paris Nord (FR)



Partout dans le monde, les pays sont confrontés à une crise majeure de sécurité sanitaire publique liée à la gestion de la pandémie de COVID-19. Chaque pays est touché et les gouvernements du monde entier préparent une réponse stratégique afin de minimiser l'impact de la maladie et de sa propagation sur la morbidité et la mortalité de leur population, ainsi que les risques sociaux et économiques associés. Un élément clé de la réponse d'un système de santé à la pandémie du COVID-19 est la capacité à mettre en place des mesures permettant d'éviter la propagation du virus et la surcharge des services sanitaires à accueillir des patients: «aplatir la courbe» et «éviter les rebonds» ont été au cœur des préoccupations des décideurs.

Comme il n'existe toujours pas de médicaments pour traiter ni de vaccins pour prévenir la COVID-19, les mesures de prévention se concentrent sur **des stratégies qui appellent la participation active des citoyens**: surveillance des symptômes, hygiène des mains appropriée et fréquente, action de couvrir sa toux, éloignement physique ou auto-isolément. Ces consignes sont nécessaires pour l'ensemble de la population. Plus spécifiquement, les personnes contaminées ou suspectes doivent s'isoler chez elles et renforcer encore davantage ces mesures sanitaires. Ainsi, éviter la surcharge du système de santé dépend de la capacité des personnes à prendre soin d'elles-mêmes à domicile tout en minimisant le risque d'infecter leurs proches.

La crise met à l'épreuve les stratégies de prévention et de promotion de la santé dont le principe fondateur consiste à **croire en la capacité d'apprentissage des personnes à prendre du pouvoir, à agir de manière éclairée** – on parlera d'*empowerment* – sur des questions de santé individuelle et collective.

Le principal enjeu de la réponse à la crise consiste ainsi à mobiliser les capacités des personnes à s'investir massivement - ces changements doivent être impérativement adoptés par l'ensemble de la population - et durablement dans les mesures d'autogestion, appelant l'intervention des sciences humaines et sociales.

Dans un article d'opinion, une chercheuse de Londres relevait pas loin de 13 mesures de prévention à adopter par la population pour réduire la transmission du virus: des mesures d'hygiène de base (se laver la main, laver les surfaces) à des mesures les plus contraignantes (isolation, distanciation physique). Cela est à mettre en perspective des récentes enquêtes européennes sur la littératie en santé et qui révélaient que 50 % des citoyens européens n'ont pas suffisamment de compétences en matière de santé pour «*accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie*».

Un raisonnement un peu simpliste issu de ces dernières informations montre qu'une personne sur deux n'est pas en mesure de comprendre et appliquer efficacement les mesures de prévention de la COVID-19. Prenons une simple application de nos propos sur la capacité des individus à discriminer les informations correctes des fameuses «*fake news*». Pour la moitié de la population, il n'est ainsi pas aisé de savoir à quelle information se fier, d'identifier des sources d'informations valables et d'avoir une certitude sur les informations. L'utilisation correcte des accessoires de protection (gants, masques) est aussi illustrative des diffi-





cultés rencontrées par la population. L'utilisation correcte (c'est-à-dire évitant des contaminations potentielles) de ces accessoires est complexe et demande des connaissances sur la diffusion du virus, un savoir-faire lié à la mise en place et au retrait des accessoires en sécurité, une gestion du stress lié à la peur de contaminations...soit de réelles compétences en santé.

Politique de gestion de la crise: le grand écart entre but recherché et moyens alloués

En ce sens, la réponse sanitaire questionne la préparation de nos sociétés et de leurs gouvernants à mobiliser des capacités et compétences en matière de santé mais aussi la prise en compte dans les politiques de santé de la participation citoyenne. **À l'heure où le confinement total se termine et que la plupart des pays européens entrent dans la période de déconfinement, les attentes envers les citoyens sont de plus en plus importantes et font appel à leurs capacités et compétences en matière de prévention.**

Faisant référence aux théories relatives à l'éducation en santé, nous mentionnons différents principes, non-exhaustifs, nécessaires à l'adoption de comportements préventifs: le besoin de comprendre les raisons du changement, l'inscription du changement dans une vision positive, l'intelligibilité des messages de prévention, la préparation au transfert dans les actes de la vie quotidienne, la question de sens à l'apprentissage attendu, la réponse aux préoccupations et questions des personnes. Ces conditions d'apprentissages illustrent que le traitement de l'information vers la mise en œuvre d'un comportement de santé est loin d'être auto-

matique et demande un traitement actif de l'information par les personnes, une recherche de sens dans le choix de rejoindre ou non les moyens de prévention et d'un transfert potentiel dans la vie quotidienne et durable de la personne. Il faut encore ajouter à cela la question de l'environnement dans lequel évoluent les personnes, qui peut être plus ou moins favorable à la mise en œuvre de ces mesures: absence/présence de soutien social, autres problèmes de santé, préoccupation non prioritaire (par rapport à la perte d'un revenu par exemple), ou encore l'habitat favorisant ou non la promiscuité entre personnes et le possible respect des distanciations sociales.

Pourtant, les quelques traits généraux du principe d'agir en matière de prévention et d'éducation en santé brossés ci-avant ne semblent avoir été que peu rencontrés dans les stratégies adoptées par les gouvernements européens qui se focalisent sur des approches plutôt informatives, paternalistes et coercitives. Pour preuves, les communiqués de presse se suivent et se ressemblent avec comme toile de fond des messages activant la peur des individus, l'imposition de mesures de restriction universelles et l'expression de menaces et de sanctions en cas de non-respect des obligations. Un autre élément se situe dans la surveillance des comportements de santé au sein des populations. Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé appelle à un monitoring des connaissances, de la perception du risque, de la confiance dans l'information et comportements préventifs, force est de constater que les enquêtes menées à l'échelle nationale cherchent davantage à vérifier les comportements des individus, négligeant ainsi les facteurs qui motivent ces comportements. Finalement, tout se résume à ce que les personnes font



ou ne font pas avec le risque afin de les catégoriser entre bons et mauvais citoyens.

Les constats posent questions. Ils exacerbent un mode de gouvernance qui minimise la capacité et les compétences en santé des personnes, et montrent l'impréparation profonde de nos systèmes de santé à miser sur la capacité des citoyens à agir comme acteurs de leur santé. La crise réactive d'anciennes approches préventives basées sur l'idée qu'informer, c'est produire le comportement attendu d'autant plus qu'on joue sur la peur, sur des sanctions. Pourtant ces approches ont été démontrées comme peu efficaces depuis de nombreuses années.

Investir dans l'offre d'éducation en santé dans une perspective de promotion de la santé

Bien que les enjeux sanitaires soient très lourds, cela autorise-t-il les gouvernements à renouer avec des principes archaïques en matière d'approche préventive en santé ? La réponse est bien entendu négative. Repenser un système de santé en inscrivant le citoyen non pas seulement comme un bénéficiaire mais comme un acteur, un partenaire, nécessite un investissement majeur. Cette stratégie constitue une réponse à court et long termes du changement des profils sanitaires, qu'ils soient aigus (COVID-19) ou chroniques.

Investir dans le développement des capacités et compétences en matière de santé des citoyens passe inexorablement par une offre d'éducatons en santé. Cette offre existe et a besoin d'être soutenue et intégrée durablement dans les politiques de santé. On parle des éducations en santé pour désigner les différentes offres d'éducation ciblant un public ou un contexte particulier : l'éducation pour la santé

qui est l'action d'accompagner les citoyens dans leurs choix de vie de façon éclairée ; l'éducation thérapeutique du patient qui confère aux patients les compétences de gestion de leur traitement ; l'éducation à porter soins et secours qui donne aux individus et aux familles les capacités d'agir et de réagir face aux diverses situations de la vie courante ; l'éducation pour la santé familiale qui a pour but de conférer aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de maintenir leur santé, de résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations d'urgence à domicile, sans avoir à s'adresser systématiquement à un système de soins de premier recours.

Ce continuum des éducations en santé devrait s'inscrire indéniablement dans une approche dite de promotion de la santé ou de démocratie sanitaire. Autrement dit, l'éducation ne doit pas se faire selon une approche moralisatrice ou dogmatique mais bien de construction et d'émancipation de la personne, en tenant compte du fait que nous sommes loin d'être tous égaux en matière de santé.

Conclusion

Les observations relatives à la crise actuelle nous font la démonstration d'un besoin radical d'une évolution du système de santé, bien plus profonde que celle de la réponse à la présente crise. Les choix des autorités témoignent que la transition attendue vers le citoyen considéré comme acteur de santé est encore loin d'être achevée. Les enjeux éthiques et d'efficacité en matière de politique sanitaire appellent de manière urgente un investissement majeur dans les stratégies de promotion et prévention en santé, contribuant ainsi à réduire l'écart entre déclarations de politique nationale, régionale et les pratiques observées en matière de démocratie sanitaire.

Les effets du confinement sur les inégalités sociales de santé et les usager·es de drogues

Du rôle de la promotion de la santé

► **CLÉMENTINE STÉVENOT**, pour Eurotox - Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles

La pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement ont (eu) de multiples conséquences sur le fonctionnement de notre société. De nombreux lieux de travail, de vie, de socialisation, de commerce, de santé physique et mentale ont fermé; les travailleur·ses essentiel·le·s, y compris le personnel de santé, les travailleur·ses sociaux, les caissier·es, les éboueur·ses, les livreur·ses, les enseignant·es, continuent de travailler afin de permettre la continuité et la survie de la société tout entière, au péril de leur santé et de leur vie.

La crise sanitaire actuelle est anxiogène et stressante pour une large proportion de la population, qui est contrainte de puiser dans ses ressources psychologiques, sociales et financières pour la traverser. Les politiques publiques d'austérité menées ces dernières décennies en matière de santé et de sécurité sociale, ainsi que les mesures prises en réponse à la pandémie, ont engendré nombre de dégâts collatéraux, réduisant drastiquement la capacité du secteur du soin à gérer la crise et renforçant les inégalités sociales (de santé, de genre) préexistantes. Les populations préca-





risées (y compris une partie des usager-es de drogues), déjà davantage vulnérables en temps ordinaires, sont particulièrement impactées par la crise actuelle et les mesures de confinement.

La pandémie de COVID-19 exacerbe ainsi les inégalités sociales de santé et révèle les rouages systémiques qui participent à leur reproduction; elle rappelle également le rôle fondamental de la promotion de la santé.

Le renforcement des inégalités sociales

Les inégalités sociales de santé suivent le gradient social. Ce qui signifie que plus un individu occupe une position socio-économique défavorable (c'est-à-dire un statut socio-économique – ou SSE – faible), plus il a de probabilités d'être en mauvaise santé. De nombreux facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux interviennent dans cette corrélation et déterminent la santé physique et mentale des individus.

L'état de santé physique et mentale, le logement, la qualité des liens sociaux, la fracture numérique, les conditions de travail et la possibilité de travailler en sécurité, le fait d'avoir un revenu garanti et suffisant, le fait d'avoir un permis de séjour, l'accès aux soins de santé, le genre, les mécanismes de sécurité sociale, les représentations de la société¹, l'accès à l'information et la littératie en santé, etc. sont autant de déterminants qui influent sur les risques sanitaires et psychosociaux liés à la pandémie de COVID-19.

La crise sanitaire et les mesures politiques qu'elle a entraînées n'impactent donc pas uniformément l'ensemble de la population. D'abord, les **personnes de SSE faible sont**

davantage à risque que les personnes SSE élevé, parce que 1) elles sont davantage exposées à la COVID-19, et dès lors plus à risque de le contracter et de le transmettre, et 2) elles sont globalement en moins bonne santé que la population générale, ce qui peut augmenter les risques de développer des formes sévères de la COVID-19.

En effet, les professions considérées comme essentielles en temps de crise sanitaire sont majoritairement occupées par des personnes de SSE faible, des personnes racisées et issues de l'immigration², et sont fortement féminisées (aides soignant-es, infirmier-es, agent-es d'entretien, caissier-es, livreur-ses, aides ménagères à domicile, etc.; IREPS, 2020). Les personnes de SSE faible exercent aussi souvent des métiers qui ne permettent pas le télétravail (ouvrier-es, employé-es, en opposition aux cadres par exemple). De plus, la forte promiscuité et densité des lo-

La littératie en santé

Le concept de littératie en santé désigne « la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie » (Sørensen et al, 2012). La littératie en santé est inégalement distribuée au sein de la population et dès lors une source d'inégalité sociale.

1 Les représentations sociales désignent l'ensemble des croyances, connaissances et opinions produites, transmises et partagées au sein d'une société donnée, à un moment donné. Les individus agissent, interagissent et réagissent en fonction de ces représentations, qui ne sont évidemment pas immuables et peuvent évoluer dans le temps.

2 La notion de « racisation » (une personne « racisée ») désigne le processus dynamique et structurel de production sociale de la « race ». La « race » est donc le produit du rapport social; elle est une construction sociale, économique, historique et politique qui a des effets néfastes sur les personnes racisées (Orban, 2020).



gements précaires ou quartiers à hauts taux de pauvreté et de chômage participe à la transmission du virus au sein d'une même famille ou d'un ensemble d'habitations. Enfin, la présence de maladies préexistantes (notamment hypertension, diabète, obésité, maladies respiratoires ; Lang et al, 2020) peut jouer sur le développement de sévères difficultés respiratoires liées au virus, pouvant mener au décès. De plus, les ménages de SSE faible sont davantage susceptibles de retarder l'accès aux soins, en temps ordinaire et d'autant plus en temps de crise (Lang et al, 2020 ; Observatoire de la santé et du social, 2017).

Ensuite, les mesures de confinement impactent différemment la santé physique et mentale des individus selon leurs conditions de vie. De nouveau, les violences intrafamiliales³, l'accès à un domicile où se confiner, la possibilité de payer un loyer, la salubrité et la promiscuité au sein du logement, l'accès à un jardin, un balcon, un parc public, ont un impact non-négligeable sur le vécu du confinement et la santé globale des personnes. Le renforcement de la présence policière et la multiplication des contrôles touchent particulièrement les populations sans domicile ou ayant un logement précaire, davantage présentes en rue. Ceci peut également impacter la santé mentale des individus et les pousser à se cacher davantage ; autant d'éléments qui compliquent le travail d'*outréach* et d'accompagnement de ces publics (Alter échos, 2020a). De plus, les mesures de confinement peuvent entraîner le chômage (partiel), le licenciement ou l'impossibilité de poursuivre le travail caché exercé jusqu'à présent (prostitution, travail au noir, deal, mendicité, etc.).

Parallèlement, les dispositifs officiels (notamment les banques alimentaires, les associations et services publics de prévention, accompagnement et santé) ou officieux (par exemple, récupérer les invendus alimentaires) tentant (tant bien que mal) d'ordinaire de pallier les inégalités sociales de santé et la reproduction sociale sont fermés ou considérablement réduits/ralentis par les mesures de confinement. C'est notamment le cas des écoles⁴. La déscolarisation a des effets considérables sur la reproduction des inégalités sociales au sein des familles ayant un SSE faible. D'une part, la contrainte de garder les enfants et d'assurer l'école à la maison complique considérablement le travail des parents à l'extérieur ou à domicile, d'autant plus dans les familles monoparentales ; d'autre part, les ressources pour faire l'école à la maison sont inégalement réparties, qu'il s'agisse de la maîtrise de la langue d'enseignement et/ou de la culture scolaire, des conditions matérielles (accès à internet, papier, crayons, imprimante) ou des conditions de scolarisation à domicile (pièce calme, enfants en bas âge, parents disponibles, etc.). La fermeture des écoles participe dès lors au creusement des inégalités scolaires et peut considérablement impacter la santé mentale des familles.

La reproduction sociale

La notion de reproduction sociale désigne, pour le dire simplement, la perpétuation des positions sociales et de la hiérarchie entre les classes sociales. Elle repose sur la transmission du capital économique (revenus, dividendes), social (réseau de connaissances et interconnaissances), culturel (diplômes, biens culturels, savoir et savoir-être valorisés par l'école) et symbolique (valeur, prestige et légitimité) d'une génération à l'autre. Et c'est l'accumulation ou le déficit de ces différentes formes de capital qui détermine la place d'un individu dans la société (dans un rapport dominant-dominé). La transmission de capital et la reproduction sociale s'exercent par le biais de nombreuses institutions, notamment la famille et l'école.

La reproduction sociale maintient les rapports de domination et repose donc sur la perpétuation des inégalités sociales (de santé, de genre...).

Le confinement impacte également les personnes vivant en collectivité (personnes détenues, enfants placés, patient-es psychiatriques, personnes âgées, personnes porteuses d'un handicap, usager-es de drogues en traitement résidentiel, etc.). Une partie des patient-es psychiatriques et des personnes porteuses d'un handicap habituellement en résidentiel ou en centre de jour ont été renvoyés chez eux ou dans leur famille afin de respecter les consignes de confinement, au risque de chambouler l'équilibre relatif que ces établissements fournissent à la fois à la personne et à leurs proches (Alter Echos, 2020b ; Le Soir, 2020). Les personnes restées au sein des collectivités résidentielles sont quant à elles plus à risque face à la COVID-19, soit parce qu'elles ne sont pas en mesure de respecter la distanciation sociale (soins et *nursing* de la part des professionnel·les, difficultés ou incapacité à comprendre les consignes et/ou à appliquer les mesures d'hygiène personnelle, promiscuité), soit parce qu'elles sont déjà en moins bonne santé que la population générale (c'est le cas des personnes âgées, des personnes détenues, des usager-es de drogues, et d'une partie des patient-es psychiatriques et personnes porteuses d'un handicap ; Le Soir, 2020). À cela s'ajoutent l'isolement social, le sentiment de solitude ou d'abandon qui peuvent accompagner la réduction drastique des contacts humains, des soutiens psychologiques professionnels et des proches, et jouer sur la santé mentale et physique des individus (et de leurs proches).

3 Les violences intrafamiliales (psychologiques, physiques, économiques) touchent tous les milieux sociaux. Les personnes de SSE faible, victimes de ces violences, ont cependant moins de ressources pour y échapper.

4 Les sciences sociales ont depuis longtemps démontré le rôle des institutions scolaires dans la reproduction des inégalités (Bourdieu et Passeron, 1964, pour ne citer que les plus connus). La déscolarisation, cependant, renforce les inégalités sociales, puisque les familles sont inégalement équipées pour se substituer au rôle de l'école. Cela se vérifie déjà en temps ordinaires lors des grandes vacances d'été, au cours desquelles les écarts entre les enfants de SSE élevé et les enfants de SSE faible se creusent largement et durablement (Darnon, 2020).



Les facteurs influençant l'adhésion et l'application du confinement et des gestes barrières

Une revue de la littérature scientifique, encouragée par les mesures de confinement opérées à travers le globe, s'est intéressée aux facteurs jouant sur l'adhésion à celles-ci (Webster et al, 2020). Les recherches sélectionnées portent sur les mesures de quarantaine individuelle ou collective lors d'épidémies précédentes (SRAS, grippe porcine, Ebola).

Les études n'épinglent pas de lien entre les caractéristiques démographiques ou l'emploi et l'adhésion au confinement. Les facteurs les plus importants, qui jouent sur le respect des mesures de confinement et de protection sanitaire (laver les mains, porter un masque, éviter les rassemblements de personnes, se faire vacciner) sont les connaissances des individus au sujet de l'épidémie et des protocoles de distanciation physique, les normes sociales (pression sociale à la conformité, perception du respect du confinement par la population, devoir civique, volonté de respecter la loi), les coûts et bénéfices perçus du confinement, les risques perçus de l'épidémie et les aspects pratiques du confinement (perte de revenu, isolement social, capacité de garder les enfants...). D'autres facteurs peuvent également intervenir : le fait que les centres de soins fonctionnent bien et reçoivent les ressources nécessaires pour cela, ainsi que la confiance dans le Gouvernement, influencent l'adhésion des individus aux mesures de confinement.

Aux facteurs épinglés par la revue de la littérature, s'ajoutent évidemment l'ensemble des facteurs abordés ici, à savoir : le logement, le métier exercé, la santé physique et mentale, qui suivent le gradient social. Les connaissances relatives à l'épidémie et aux mesures de distanciation sociale sont tout à fait centrales, particulièrement dans un contexte où les fake news et les théories conspirationnistes circulent largement. La littératie en santé est inégalement répartie au sein de la société (les personnes de SSE faible, ayant un niveau d'instruction faible ou un âge avancé ont un niveau de littératie en santé moins élevé), suivant le gradient social et participant à la reproduction des inégalités sociales de santé (Rondia et al, 2019). De plus, la perméabilité aux théories du complot est plus élevée au sein des moins de 35 ans, des personnes les moins diplômées et issues des catégories sociales les plus défavorisées (IFOP, 2019). Une information large, adaptée et transparente est dès lors tout à fait centrale dans la poursuite de l'adhésion des individus aux mesures de distanciation physique et de protection sanitaire.

Le confinement aggrave les inégalités sociales⁵ et constitue dès lors une véritable **double peine** pour les personnes précarisées : non seulement sont-elles contraintes de rester chez elles et courent davantage de risques sanitaires, mais les dispositifs permettant d'ordinaire de garantir l'accès universel à la santé et de limiter la reproduction des inégalités sociales et leurs effets délétères sont à l'arrêt ou fortement ralentis. Les conséquences du confinement ont et auront des répercussions à court et à long termes sur la perpétuation des inégalités sociales de santé, et donc sur la santé et le bien-être des individus.

Les usager-es de drogues face à la crise sanitaire

Le confinement, l'ennui, la perte de repères temporels, la perte de liberté, les sensations de solitude et d'isolement, la rupture avec les habitudes et le quotidien, le contexte anxieux, la peur de la maladie, l'inquiétude pour ses proches, les interrogations concernant le virus et ses traitements, les incertitudes quant aux retombées économiques, etc. sont autant de facteurs pouvant jouer sur la consommation de drogues licites et illicites (Rolland et de Ternay, 2020). Plusieurs enquêtes en ligne ont été menées afin de mesurer les impacts du confinement sur la consommation de substances psychoactives au sein de la population générale belge, voir notamment Sciensano (2020), Antoine et al. (2020) et de l'UCLouvain.

Les usager-es de drogues licites et illicites courent à la fois les risques liés à la COVID-19 et ceux liés à la consommation de substances en période de confinement. Les personnes usagères de drogues ont souvent **un système immunitaire plus faible et des difficultés respiratoires**, ce qui constitue un risque supplémentaire de contracter le virus et de développer des symptômes graves. Elles sont davantage à risque d'être gravement malades ou de décéder de la COVID-19 :

- ▶ la COVID-19 aggrave les dépressions respiratoires provoquées par la consommation d'opioïdes, de benzodiazépines et d'alcool ;
- ▶ le sevrage aux opioïdes, potentiellement induit par le confinement, peut aggraver des difficultés respiratoires ;
- ▶ fumer ou inhaler des produits (tabac, cannabis, crack, cocaïne, meth/speed, etc.) aggrave les problèmes respiratoires ;
- ▶ les infections au HIV, hépatites virales et cancers du foie, dont la prévalence chez les usager-es injecteurs est élevée, affaiblissent le système immunitaire ;
- ▶ le confinement éloigne les personnes vulnérables des centres de soins de santé physique et mentale ;
- ▶ la co-occurrence d'une consommation problématique et de problèmes de santé mentale peuvent significativement compliquer l'*outreach*, la prise en charge et le respect des gestes barrières ;

⁵ Voir les résultats de l'étude COCONEL – Coronavirus et Confinement : Enquête longitudinale, réalisée par l'UMR Vitrome, EHESP et al (2020).



► certains usager-es, notamment les plus marginalisés ou précarisés, ont parfois une relation compliquée au milieu médical.

Les situations de **stress ou d'anxiété** liées à la pandémie et au confinement obligatoire peuvent avoir différents effets sur les usager-es de drogues et les personnes en sevrage ou sous traitement de substitution :

- envie ou besoin de consommer davantage (risque de surdoses) ;
- envie ou besoin de consommer à nouveau après une période d'abstinence (risque de rechute et de surdoses) ;
- état d'esprit propice aux *bad trip*.

S'ajoutent à cela les risques inhérents au **manque de matériel stérile et en bon état** pour consommer à moindre risque⁶, à la suite de la fermeture ou du ralentissement des dispositifs de réduction des risques⁷. De plus, **la disponibilité et la qualité** des drogues en circulation sont impactées par les mesures de confinement, probablement de manière différenciée sur le territoire et selon le produit :

- la chaîne de production, d'approvisionnement et de vente peut être perturbée par la maladie, les mesures de confinement, les contrôles policiers... entraînant une baisse de la disponibilité des produits, et dès lors, une augmentation des prix et de la proportion des produits de coupe, au risque de mettre la santé des usager-es en danger ;
- les activités en rue étant limitées et davantage contrôlées, le deal peut s'avérer davantage compliqué et dangereux qu'avant ;

► les usager-es qui en ont les moyens font des stocks de produits, dans la perspective d'aller se fournir moins souvent et/ou en anticipation d'une perturbation de la chaîne d'approvisionnement ;

► les usager-es qui en ont les moyens techniques, matériels et les connaissances se tournent vers le *Darknet* pour se fournir en produit.

La baisse de la qualité des produits en circulation, les produits de coupe et la baisse de la disponibilité peuvent entraîner de réels problèmes de santé pour les usager-es, y compris un sevrage contraint ou une moindre consommation par manque de produit/de principe actif.

Les **usager-es précarisés** sont d'autant plus à risque qu'ils cumulent à la fois les risques corrélés à un SSE faible et ceux liés à l'usage de drogues (licites et illicites). Leur santé est en effet impactée, d'une part, par les fluctuations du marché des drogues illicites et, d'autre part, par l'arrêt ou ralentissement des services de santé, prévention, réduction des risques, aide et accompagnement.

Si des études sont en cours afin d'objectiver la situation actuelle, certains centres et intervenant-es spécialisés en relation avec les usager-es précarisés rapportent une baisse de la disponibilité et de la qualité des produits illicites, une augmentation des prix en rue (Le Vif, 2020 ; Antoine et al, 2020)⁸, et globalement une aggravation de leurs conditions de vie et des risques socio-sanitaires (RTBF, 2020 ; Libération, 2020). La raréfaction des substances illicites, l'augmen-

6 Le manque de matériel de consommation stérile et en bon état augmente les pratiques de partage et réutilisation du matériel, et donc les risques de transmission et infection au VIH et hépatites B et C, et d'abcès.

7 À noter qu'en temps ordinaires, l'offre de matériel stérile ne rencontre déjà pas la demande, faute de moyens suffisants mis à disposition du milieu associatif (voir 20 ans d'échange de seringues en Belgique francophone : Quel dispositif d'accès au matériel stérile d'injection à Bruxelles et en Wallonie ? Mira Goldwicht. Modus Vivendi. Novembre 2016).

8 Précisons toutefois que d'après les résultats préliminaires de l'enquête menée par Sciensano (2020), les usager-es de drogues sondés ne rapportent pas de baisse de la qualité des produits en circulation, ni d'augmentation des prix, contrairement à l'enquête menée auprès des centres et intervenant-es spécialisés. Deux hypothèses peuvent expliquer la différence de constats : 1) les centres et intervenant-es rapportant une baisse de la disponibilité et une hausse des prix sont principalement en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, tandis que les usager-es sondés sont principalement en Région flamande (il y aurait donc éventuellement une disparité spatiale) ; 2) Les publics d'usager-es ne sont pas les mêmes : les usager-es ayant répondu à l'enquête en ligne se déclarent en effet en bonne santé, ont un emploi et ont un niveau d'éducation relativement élevé (secondaire et plus), alors que l'enquête auprès des centres et intervenant-es concernerait davantage des usager-es précarisés.



Innovation et adaptation des dispositifs de traitements de substitution aux opiacés et de réduction des risques

Partout en Europe, les services de TSO et de réduction des risques ont dû rapidement s'adapter et innover afin de poursuivre leurs activités, vitales pour nombre d'usager-es (EMCDDA, 2020).

Certains pays ont assoupli la réglementation en matière de TSO : allongement de la durée des prescriptions, augmentation des quantités prescrites, changements dans le dosage et les produits, réduction ou annulation des tests d'urine ou des prises supervisées... Des dispositifs de délivrance à domicile ont aussi été mis en place, ainsi que des programmes d'*outreach* mobiles (qui reposent sur un accès rapide et simplifié à un TSO).

Beaucoup de dispositifs de réduction des risques ont été fortement ralentis. Les services de *testing* ont dû arrêter leurs activités en face à face, mais ont parallèlement renforcé leur présence en ligne. Les dispositifs de distribution de matériel stérile ont quant à eux augmenté les quantités de matériel délivré en une fois et développé la livraison à domicile ou des lieux de self-service. Les salles de consommation à moindre risque ont pour beaucoup poursuivi leurs activités, en s'adaptant ; et certains pays ont mis en place des salles mobiles. Les abris à destination des personnes fortement marginalisées ont quant à eux développé des activités de réduction des risques liés à l'alcool.

tation de la demande et celle des risques pris par la chaîne d'approvisionnement peuvent en effet participer à l'augmentation des prix en rue. Or, les usager-es précarisés sont d'autant plus sensibles aux fluctuations du marché que leurs revenus sont faibles et incertains. L'augmentation des prix, la baisse de la qualité des produits et la réduction de leur disponibilité peuvent pousser les usager-es les plus précaires à consommer des produits de substitution et à diminuer leurs dépenses de première nécessité (nourriture, logement), aux dépens de leur santé, et/ou les précipiter dans des sevrages non-désirés, non-prévus et surtout non-accompagnés (RTBF, 2020 ; Hamilton et Stevens, 2020).

Les mesures de confinement et de distanciation physique ont d'autres effets délétères sur les usager-es précarisés. La fermeture ou le ralentissement des services de santé et d'accompagnement limitent l'accès aux soins, le nombre de places en résidentiel et l'accès aux traitements de substitutions au opiacés (notamment pour les nouveaux patient-es), et ce, alors même que les risques liés à l'usage de drogues et les risques de sevrage contraint augmentent.

En même temps, les dispositifs de prévention et de réduction des risques (matériel stérile de consommation, dépistage, testing de produits) subissent un ralentissement, dû aux mesures d'hygiène et de distanciation physique (RTBF, 2020 ; Alter échos, 2020a ; EMCDDA, 2020). D'autres services sur lesquels l'équilibre précaire de ces usager-es repose sont contraints de fermer ou de limiter leurs activités, notamment les douches, les centres de jour, les restaurants sociaux, les services sociaux, etc. (Alter échos, 2020a). Parallèlement, l'augmentation des contrôles policiers et la baisse drastique de la fréquentation de l'espace public impactent les usager-es précarisés qui sont davantage en rue. La consommation en rue, la mendicité, l'approvisionnement auprès des dealers, ou même le fait de se poser ou dormir dans l'espace public sont devenus beaucoup plus compliqués voire impossibles (Libération, 2020).

Tous ces éléments combinés poussent les usager-es précarisés à se cacher davantage et les éloignent des services d'aide, de soins et de réduction des risques, augmentant dès lors les risques liés à la consommation de drogues. Au final, le lien entre les services spécialisés et les usager-es, déjà fragile, risque de s'effiloche, et la santé physique et mentale des usager-es de se détériorer significativement. De nouveau, la crise sanitaire liée à la COVID-19 agit en révélateur des limites et manquements du modèle sociétal dans lequel nous évoluons ; un modèle basé sur la prohibition de certaines substances psychoactives et sur la répression des usager-es, plutôt que sur la promotion de la santé et une approche de l'usage de drogues licites et illicites depuis le prisme de la santé publique.

L'essoufflement de notre modèle de société

Ces constats ne sont évidemment pas nouveaux et ont déjà fait couler beaucoup d'encre. Les secteurs de la lutte contre la pauvreté, de la promotion de la santé, de la santé, de l'aide sociale, de la prévention et de la réduction des risques tirent depuis longtemps la sonnette d'alarme.

Les crises, qu'elles soient sociales, sanitaires, économiques ou écologiques, tendent à révéler les faiblesses structurelles des sociétés (Peretti-Watel, 2020). La crise sanitaire liée à la COVID-19 exacerbe, voire accélère, les conséquences des mesures politiques prises ces dernières décennies en matière de dérégulation du travail, de privatisation des services publics, d'austérité, de dissolution du système de protection sociale et de santé (les hôpitaux en première ligne) et de désintérêt pour la promotion de la santé ; autant de mesures qui ignorent les inégalités sociales préexistantes et qui font toujours davantage reposer la responsabilité de leur santé et de leurs conditions de vie sur les individus, et non plus sur la collectivité et l'État. Or, ce sont la collectivité et l'État qui devraient compenser, réparer et lutter durablement contre les inégalités sociales.

La crise actuelle exacerbe donc les inégalités sociales de santé qui persistent entre les classes sociales, les genres et les corps de métier. Elle souligne l'oubli systémique de ces

inégalités et de certaines franges de la population, ainsi que les politiques de l'urgence appliquées par les pouvoirs publics aux personnes précarisées, sans abri, détenues, institutionnalisées, âgées, marginalisées, sans papier, usagères de drogues, travailleuses du sexe, pour ne citer qu'elles. Elle met en exergue une hiérarchisation erronée des métiers, du mérite et de l'utilité basée sur la rentabilité et le profit, plutôt que sur la plus-value socio-sanitaire.

La crise actuelle rappelle en conséquence le rôle central et indispensable du travail reproductif⁹ et des dispositifs de soin, d'aide et d'accompagnement; et le rôle pilier que jouent les institutions publiques (l'école en premier lieu) et les points d'appui associatifs et non-gouvernementaux qui luttent contre la pauvreté et les inégalités sociales. Elle met également en lumière toute l'importance d'investir durablement dans la prévention et la promotion de la santé.

Le rôle de la promotion de la santé

La promotion de la santé permet aux individus d'améliorer la maîtrise de leur propre santé et comprend un vaste panel d'interventions sociales et environnementales visant à favoriser et protéger la santé et la qualité de vie, tout en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé (c'est-à-dire en agissant sur les déterminants de la santé; OMS, 2016). La santé est comprise de manière globale: la santé physique, certes, mais également la santé mentale et le bien-être. La promotion de la santé défend dès lors la mise en place d'un projet social durable qui s'inscrit dans un écosystème. Ce projet social tend vers la création des conditions et environnements favorables à la santé des individus et communautés.

Les modèles théoriques sur lesquels repose la promotion de la santé participent à mettre en place des actions cohérentes et globales autour des déterminants de la santé et à élaborer des stratégies de communication, d'information et d'éducation à la santé (Scheen et Aujoulat, 2020). La promotion de la santé vise à autonomiser les communautés et à faire vivre le projet démocratique en encourageant la participation citoyenne aux décisions ayant un impact sur la santé (IREPS, 2020). La collaboration interdisciplinaire et la création de liens et de solidarités sont au centre de son

fonctionnement. Ainsi, en temps ordinaires et en temps de crise, la promotion de la santé et ses acteur·rices permettent 1) la mise en place de politiques publiques soucieuses de leurs répercussions sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé, et 2) une communication optimale, non-paternaliste et transparente auprès des populations, qui tient compte du niveau de littératie en santé de celles-ci.

La promotion de la santé participe ainsi à l'édification d'un modèle de société plus égalitaire, plus équitable, plus démocratique et durable, qui considère la santé des individus comme un bien collectif et essentiel. Elle défend le caractère non-marchand et collectif de la santé, ainsi que le droit à la santé dans sa totalité (y compris des conditions de vie dignes, la participation démocratique aux décisions politiques, et l'accès à une information sanitaire complète et transparente; Mebtoul, 2020). Or, malgré son importance fondamentale dans la pérennité de la société, force est de constater que la promotion de la santé souffre d'un manque systémique de moyens financiers et humains et de considération de la part des pouvoirs publics.

i

EUROTOX ASBL

Observatoire socio-épidémiologique
alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles
info@eurotox.org
02 539 48 29



⁹ Le travail reproductif désigne l'ensemble des activités qui permettent de créer et renouveler la force de travail, c'est-à-dire procréer, mais aussi nourrir, loger, prendre soin et soigner des malades, des aîné·es et des jeunes, soutenir, nettoyer, éduquer, etc. à l'échelle du foyer domestique et de la société. Ce travail reproductif est largement dévalorisé au sein des sociétés occidentales, puisque considéré comme non rentable. Il repose fortement sur une répartition genrée et racisée des tâches, les femmes et personnes racisées étant surreprésentées dans le travail reproductif*. Parce que considéré comme une compétence « naturelle », une passion ou un dû, le travail reproductif est souvent dévalorisé, mal rémunéré voire gratuit (voir notamment De Beauvoir, 1949; Federici, 2014; Cognet, 2010).

Références

- ▶ Alter échos (2020a). « Drogues et précarité: confinement sous haute tension », in *Alter échos*, Marinette Mormont, 20/04/2020, Belgique.
- ▶ Alter échos (2020b). « Santé mentale: la grande contaminée », in *Alter échos*, Julie Luong, 16/04/2020, Belgique.
- ▶ Antoine, J. et al. (2020). « Analyse des conséquences de la crise de COVID-19 pour les centres de traitement spécialisés et les institutions en contact avec les personnes qui utilisent des drogues », Sciensano, Belgique.
- ▶ Bourdieu P., Passeron J.-C. (1964). *Les héritiers. Les étudiants et la culture*. France: Paris, Éditions de Minuit.
- ▶ Cagnet, M. (2010). « Genre et ethnicité dans la division du travail en santé: la responsabilité politique des États », in *L'Homme & la Société*, 176-177(2), 101-129.
- ▶ Darnon, C. (2020). « Inégalités scolaires: des risques du confinement sur les plus vulnérables », in *The Conversation*, 31/03/2020.
- ▶ De Beauvoir, S. (1949). *Le Deuxième Sexe*. France: Paris, Gallimard.
- ▶ EMCDDA (2020). "Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe", *Trendspotter briefing*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Portugal: Lisbonne.
- ▶ Federici, S. (2014). *Caliban et la sorcière: Femmes, corps et accumulation primitive*. Marseille/Genève-Paris, Éditions Senonevero/Éditions Entremonde.
- ▶ Hamilton I., Stevens, A. (2020). "How coronavirus is changing the market for illegal drugs", in *The Conversation*, 26/03/2020.
- ▶ IFOP (2019). « Enquête sur le complotisme – Vague 2 », Institut d'études d'opinion et marketing en France et à l'international, pour la Fondation Jean Jaurès et Conspiracy Watch.
- ▶ IREPS (2020). Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus: constats et pistes d'actions en promotion de la santé. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
- ▶ Lang et al. (2020). « Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, il faut pouvoir les mesurer! », in *Libération*, 04/05/2020, France.
- ▶ Le Soir (2020). « Santé mentale, handicap, psychiatrie: les grands oubliés du confinement », in *Le Soir*, Cécile Danjou, 30/03/2020, Belgique.
- ▶ Mebtoul, M. (2020). « Pour une prévention socio-sanitaire de proximité », in *Liberté*, 15/04/2020, Algérie.
- ▶ Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017). Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté. COCOM: Bruxelles.
- ▶ OMS (2016). « Qu'est-ce que la promotion de la santé? », Organisation mondiale de la santé, Suisse: Genève.
- ▶ OMS (2020). « Q&A on coronavirus (COVID-19) », Organisation mondiale de la santé, Suisse: Genève.
- ▶ Orban A-C., (2020). Confinement, Covid-19 et racisme: *Quand les réflexes coloniaux se couplent aux inégalités sociales et sanitaires*. BePax asbl, Bruxelles, Belgique.
- ▶ Peretti-Watel P. (2020). « Sociologie du risque et crises sanitaires: un éclairage sur la pandémie du coronavirus », interview du 08/04/2020, menée par Anne Châteauneuf-Malclès, SES-ENS, Écoles normales supérieures de Lyon, France.
- ▶ Rolland, B., de Ternay, J. (2020). « Confinement et prise de psychotropes: ce que nous apprend la guerre du Vietnam », in *The Conversation*, 22/04/2020.
- ▶ Rondia, K. et al. (2019). « Littératie en santé: quels enseignements tirer des expériences d'autres pays? », Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique.
- ▶ RTBF (2020). « Coronavirus: les usagers de drogues, population à risque oubliée? », in *RTBF.be*, Johanna Bouquet, 31/03/2020, Belgique.
- ▶ Scheen B., Aujoulat I., (2020). « Lu pour vous: Stephan Van den Broucke, Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa ». Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS-RESO.
- ▶ Sciensano (2020). « Résultats préliminaires sur l'usage et l'offre de substances illégales pendant la crise du coronavirus », Sciensano, Belgique.
- ▶ Sørensen K., Van Den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., For (Hls-Eu) Consortium health literacy project european. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80
- ▶ UMR Vitrome, EHESP et al. (2020). « COCONEL: Confinement et conditions de vie », Note de synthèse, vague 1, France.
- ▶ Webster, R., Brooks, S., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Rubin, G. (2020). "How to improve adherence with quarantine: Rapid review of the evidence", in *Public Health*, 182.

Une perspective de promotion de la santé à la réponse à la COVID-19

À l'heure où les virologues, les épidémiologistes, les spécialistes des systèmes de santé et les soignants, pour ne citer qu'eux, se mobilisent contre la Covid-19, on peut se demander si les promoteurs de la santé doivent ajouter leur voix aux rangs croissants de spécialistes qui veulent s'exprimer sur la manière de faire face à la pandémie. Pourtant, bien qu'à première vue, la perspective de promouvoir la santé semble bien éloignée de la gestion d'une crise sanitaire aiguë, la promotion de la santé a certainement un rôle clé à jouer pour affronter la Covid-19.

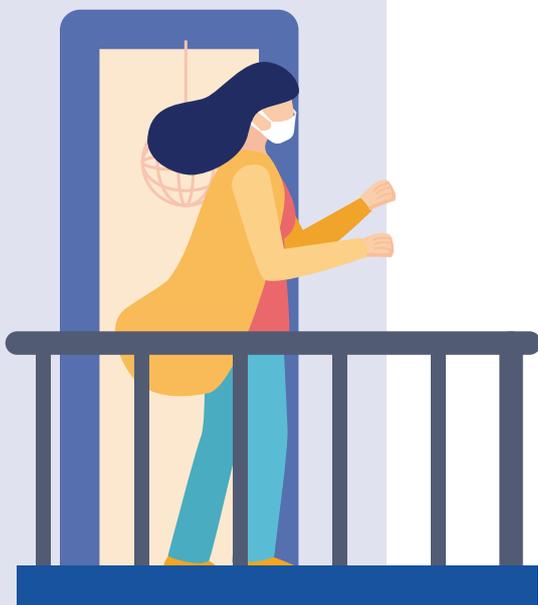
► **STEPHAN VAN DEN BROUCKE**, UCLouvain

D'une part, la protection contre l'infection repose dans une large mesure sur un changement de comportement. En tant qu'experts des comportements liés à la santé les éducateurs de santé ne devraient donc pas rester à l'écart du débat. D'autre part, l'ampleur de la pandémie et des mesures mises en place pour la contourner rendent nécessaire que les gens reprennent le contrôle de leur santé et fassent face à ses conséquences perturbatrices. Permettre aux gens de mieux contrôler leur santé et ses déterminants est au cœur de la promotion de la santé. Par conséquent, une contribution de la promotion de la santé est souhaitable à plusieurs niveaux : en aval, en se concentrant sur le changement de comportement individuel et la gestion de la maladie ; en milieu de chaîne, par des interventions touchant les organisations et les communautés ; et en amont, en informant les politiques touchant la population.

Encourager le comportement préventif de manière efficace

Pour contenir la propagation du virus, les autorités ont tenté de renforcer le comportement protecteur des citoyens en émettant des avertissements et en imposant des restrictions légales. Ces mesures ont rencontré un succès variable. Au début de la pandémie en particulier, la réaction du public aux avertissements était souvent faible, ce qui a conduit à une perte de temps et de l'occasion de contenir efficacement la propagation de la maladie. Au plus fort de la crise, le public a suivi de plus près les recommandations, mais lorsque les mesures se sont progressivement assou-





plies, il y a de nouveau eu moins d'adhésion aux consignes. Pour les éducateurs de santé, ce n'est pas surprenant.

Les modèles théoriques sur lesquels ils s'appuient, comme le Health Belief Model ou la Théorie de la Motivation à la Protection, montrent depuis longtemps que modifier le comportement des gens n'est tout simplement pas aussi facile que les informer sur les risques. En général, on n'agit sur les avertissements préventifs que si l'on croit qu'on est personnellement susceptible de développer la maladie, si elle est perçue comme grave, si on estime que l'action préventive est efficace pour réduire la menace, et si on se croit capable de l'effectuer.

Dans le cas de la Covid-19, ces conditions ne sont clairement pas toujours remplies. Une personne peut ne pas se considérer en danger si elle n'était pas en contact avec des personnes contaminées ; on peut sous-estimer la gravité de la maladie quand la plupart des décès surviennent aux personnes âgées ou souffrant d'une morbidité préexistante ; ou on peut ne pas se considérer comme étant capable d'effectuer les comportements préventifs.

D'autre part, la large couverture de la pandémie par les médias et la portée des mesures de prévention qui sont prises créent de l'anxiété. Alors qu'un certain niveau de préoccupation peut être un facteur qui favorise le comportement de protection, trop d'anxiété risque de provoquer une stratégie d'évitement cognitif minimisant la menace perçue, et diminuant ainsi la probabilité d'un changement de comportement. De même, les besoins d'identité sociale d'un individu en interaction avec les facteurs contextuels peuvent augmenter et atténuer le rejet effectif des preuves, un phénomène de plus en plus reconnu qui est appelé *résistance à la connaissance* (Klintman, 2019).

Néanmoins, la modification des comportements liés à la transmission du virus reste importante pour aplanir le pic de la pandémie. S'appuyant sur des principes de changement de comportement largement acceptés (Michie et al., 2020), la transmission du coronavirus parmi la population pourrait être réduite plus efficacement :

- ▶ en motivant les gens à adopter un comportement préventif en leur présentant une justification claire, de préférence sous la forme d'un modèle mental du processus de transmission ;
- ▶ en créant des normes sociales qui encouragent un comportement préventif, par des campagnes ciblant l'identité des gens et en les amenant à se donner mutuellement des informations en retour ;

- ▶ en créant le bon niveau et type d'émotion en associant les avertissements sur les risques à des conseils concrets pour une action de protection ;
- ▶ en donnant des conseils sur la manière dont les comportements à risque peuvent être remplacés par des comportements plus efficaces, plutôt que de simplement demander de les arrêter ;
- ▶ en facilitant le comportement, par exemple en l'intégrant dans les routines existantes ou en utilisant des nudges.

L'importance de la littératie en santé

Un autre facteur à prendre en compte est le rôle de la communication et de l'information. En temps de crise, les gens demandent à être bien informés afin de pouvoir prendre des mesures préventives et faire face aux conséquences. En ce qui concerne la Covid-19, il y a une abondance d'informations. Mais pour que cette information soit utile, elle doit non seulement être disponible mais aussi comprise, acceptée et appliquée.

Les recherches sur la littératie en santé ont montré que plus d'un tiers de la population belge a des difficultés à comprendre, évaluer et utiliser les informations nécessaires à la gestion de sa santé.

Les autorités feraient bien de tenir compte de ces limitations lorsqu'elles informent le public sur la Covid-19, et adapter l'information au niveau de littératie de leur public. Orkan et al. (2020) donnent les recommandations suivantes pour tenir compte des faibles niveaux de littératie en santé lors de la communication sur le CoV-2 :

- ▶ fournir des informations de manière compréhensible, en reconnaissant que les personnes et les groupes ayant une faible connaissance de la santé nécessitent plus d'explications ;
- ▶ utiliser différents formats de communication tels que des animations qui expliquent le virus, la maladie, sa transmission et les mesures de protection ;
- ▶ expliquer la situation de manière transparente et clarifier les objectifs primordiaux de manière répétée, afin de préparer les gens au fait que les interventions et les recommandations pourraient changer lorsque de nouvelles preuves arrivent et que les scénarios doivent être adaptés ;
- ▶ communiquer de nouvelles preuves et informations sans craindre de corriger les messages et déclarations antérieurs si nécessaire ;
- ▶ éviter les reproches, mais au contraire renforcer la responsabilité individuelle bien informée tout en faisant preuve de solidarité avec les groupes vulnérables.

Il serait aussi bon de reconnaître que la prise d'informations sur la santé est un processus cognitif actif. Pour s'informer sur le virus et les moyens de se protéger, les gens choisissent activement des sources d'information et



des informations provenant de ces sources. Les théories du traitement de l'information nous apprennent que cette sélection est influencée par le contexte, les émotions et l'attention sélective, ce qui introduit des biais de sélection et fait que plus d'attention est accordée à certaines informations qu'à d'autres. De même, essayer de comprendre les informations sur le virus et juger de l'importance des mesures préventives nécessite l'activation de schémas cognitifs pour filtrer, classer et assimiler les informations et établir des connexions avec les connaissances déjà disponibles, ce qui peut à nouveau provoquer des biais.

Par rapport au coronavirus, un risque supplémentaire est que de fausses informations soient consultées et prises pour la vérité. Parmi les « mythes » persistants, on trouve la croyance que le virus a été fabriqué en laboratoire ou autrement, que le froid ou les sèche-mains peuvent le tuer, que les jeunes ne peuvent pas être infectés ou que les antibiotiques ou les vaccins contre la pneumonie protègent contre l'infection. Ces fausses croyances peuvent être renforcées par le faux consensus qui se crée lorsque l'information est partagée sur les médias sociaux, ce qui conduit à l'effet de « chambre d'écho » ou d'« illusion de vérité », impliquant essentiellement que l'information qui est souvent répétée tend à être plus facilement considérée comme vraie. Pour contrer ces effets, certains principes de base peuvent être appliqués pour limiter la diffusion d'informations biaisées,

fausses ou trompeuses, comme vérifier l'exactitude et la crédibilité des informations, vérifier la source des informations (d'où viennent-elles, qui est derrière les informations, quelle est l'intention, pourquoi ont-elles été partagées, quand ont-elles été publiées), vérifier les informations en consultant une deuxième source, consulter les membres de la famille et les professionnels de la santé de confiance pour les informations « douteuses », et réfléchir à deux fois avant de partager des informations qui n'ont pas été vérifiées.

Combiner les conseils des experts avec les connaissances de la communauté

Encourager la population à adopter et maintenir des comportements protecteurs peut être plus efficace si les conseils des experts sont combinés avec les connaissances présentes dans la communauté. L'expérience de l'épidémie d'Ebola dans les pays africains montre que dans un environnement de confiance, les partenaires de la communauté peuvent aider à améliorer la compréhension des protocoles de prévention et suggérer des changements modérés qui reflètent mieux les sensibilités de la communauté sans compromettre la sécurité. Ce type d'approche peut renforcer la capacité des communautés à contrôler les facteurs qui définissent leur santé et les aider ainsi à être plus autonomes et résilientes.



Les communautés ne réagissent pas seulement à une crise en se protégeant, mais souvent aussi en faisant preuve de solidarité et de soutien mutuel. Ces expressions d'un état d'esprit positif montrent la résilience des communautés et fournissent une base solide sur laquelle s'appuyer pour les aider à faire face à une situation inhabituelle et à se réorganiser ou à reprendre le contrôle.

La promotion de la santé a une longue tradition d'aide aux organisations et aux communautés pour accroître le contrôle sur les facteurs qui définissent la santé. La Charte d'Ottawa souligne l'importance de l'action communautaire visant à créer des communautés habilitées, où les individus et les organisations mettent en œuvre leurs compétences et leurs ressources dans le cadre d'efforts collectifs pour répondre aux priorités en matière de santé et satisfaire leurs besoins respectifs. Il est important de noter que l'action communautaire s'appuie sur les forces et les capacités existantes au sein d'une communauté, afin de renforcer sa résilience. De plus, l'expérience de la promotion de la santé en termes de création d'environnements favorables peut guider les institutions dans toutes les mesures qu'elles prennent pour soutenir les personnes dans la poursuite de leurs activités professionnelles, la possibilité de maintenir les relations à distance, la possibilité de communiquer leurs sentiments d'incertitude, etc.



COVID-19 comme opportunité d'apprentissage

Si la promotion de la santé peut contribuer à relever le défi de la menace de la COVID-19, elle peut également apprendre de la crise. Tout d'abord, elle peut reconnaître que les maladies infectieuses restent une menace majeure pour la santé publique. Dans son effort pour s'éloigner d'une approche de la santé publique fortement axée sur les maladies, la promotion de la santé s'est davantage concentrée sur les problèmes de santé non transmissibles, négligeant principalement les maladies infectieuses en dehors du VIH/SIDA. Par conséquent, les professionnels de la santé publique qui s'occupent des maladies transmissibles ignorent souvent les apports de la promotion de la santé. La crise COVID-19 nous montre que les chercheurs et les praticiens de la promotion de la santé devraient s'intéresser aux maladies infectieuses et appliquer les principes et les méthodes de promotion de la santé pour aider à les combattre.

La pandémie nous apprend également que la santé humaine n'est pas une question isolée. Le virus du SRAS-CoV-2 est d'origine animale, transmis à l'homme, et pourrait se propager très rapidement dans un système économique mondial caractérisé par des niveaux élevés d'interconnexion et de mobilité. La promotion de la santé n'a jamais accordé beaucoup d'attention aux causes zoonotiques de la santé humaine, mais la crise actuelle suggère qu'elle devrait le faire. Un bon point de départ serait d'adopter le concept de « santé unique » (Atlas et al., 2010), qui reconnaît l'interconnexion entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun, dans le but d'obtenir des résultats optimaux en matière de santé.

Une troisième leçon à tirer de la pandémie COVID-19 est que la promotion de la santé ne doit pas attendre qu'une crise survienne, mais doit se préparer à y répondre rapidement. À cet effet, nous devons comprendre la façon dont

Références

- ▶ Atlas, R., Rubin, C., Maloy, S., Daszak, P., Colwell, R., & Hyde, B. (2010). One health – attaining optimal health for people, animals, and the environment. *Microbe*, 5(9), 383-389.
- ▶ Klintman, M. (2019). *Knowledge Resistance: How we avoid Insight from Others*. Manchester University Press.
- ▶ Michie, S., West, R., Amlôt, R. & Rubin, J. (2020) Slowing down the covid-19 outbreak: changing behaviour by understanding it. *BMJ Opinion*, March 11th, 2020.
- ▶ Okan, O., Sørensen, K. & Messer, M. (2020). COVID-19: a guide to good practice on keeping people well informed. *The Conversation*, March 19, 2020

les gens prennent des décisions, dont les organisations fonctionnent et dont les communautés se comportent en réaction aux situations de crise. L'analyse de la réponse aux situations de crise précédentes a mis en évidence l'importance de la cohésion sociale et de la confiance accordée au gouvernement, plutôt que simplement à la connaissance, pour faire face. Il faut donc poursuivre les recherches sur les moyens de renforcer la confiance dans les institutions publiques et de mobiliser le capital social afin de rendre les populations plus résistantes aux crises.

En fin de compte, la pandémie COVID-19 nous a appris qu'il n'est pas possible de tout contrôler, et que nous devons accepter un certain degré d'incertitude. Si permettre aux gens de mieux contrôler leur santé et ses déterminants reste au cœur de la promotion de la santé, elle peut aussi aider les individus, les organisations et les communautés à contrôler cette incertitude.

Pour une autre gestion de la crise de la Covid-19 et de l'après-confinement : anticiper pour construire autrement

► NOTE DES FÉDÉRATIONS BRUXELLOISE ET WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ (FBPS et FWPS)

Après la seconde guerre mondiale, sous l'égide de l'OMS, la santé cesse d'être le domaine d'expertise des seules sciences médicales. Elle doit être prise en compte dans toutes les politiques et bénéficier des apports de toutes les disciplines. Pourtant, force est de constater que trois quarts de siècle plus tard, dans le cadre de la gestion de la crise de la Covid-19, tel n'a pas été le cas.

Le personnel soignant a réalisé un travail formidable en faisant face à la crise malgré un système d'organisation des soins où les ressources humaines et matérielles (masques, réactifs, respirateurs, etc.), déjà mises à mal avant la crise, ont été extrêmement dépourvues pour contrer la pandémie actuelle. Il aurait pu en être autrement.

Centrés sur la gestion de la maladie, les dégâts collatéraux du confinement sur une partie de la population, n'ont pas été pris en compte. Les professionnel.le.s de la première ligne (personnel des grandes surfaces, infirmier.es à domicile, intervenant.e.s de l'action sociale, etc.) et les populations les plus vulnérables (les personnes âgées, les sans-abris, les chômeurs, etc.) ont été abandonné.e.s à leur sort. Les choix posés ont abouti à assister, au jour le jour, à l'embrassement des problèmes rencontrés par ces populations. Et les mesures de dé-confinement ont pris la même direction. Elles font fi des problèmes de fracture sociale qui se sont amplifiés et nécessitent que le dé-confinement ne se pense pas uniquement au travers du prisme de l'épidémiologie et de l'économie.

Pourtant, dès le début de la crise, les différents secteurs concernés ont réclamé des mesures leur permettant d'exercer décemment leur profession, sans risquer de devenir les vecteurs de contagion de leur public. De multiples

initiatives professionnelles et citoyennes ont vu le jour pour assurer une consultation en ligne, pour désamorcer l'impact mental du confinement et son poids sur les cellules familiales, pour dé-confiner virtuellement les personnes, pour confectionner du matériel de suppléance, pour aller à la rencontre des populations vulnérables, etc.

En tant qu'acteurs et actrices de promotion de la santé, nous affirmons qu'il est primordial que, tout autant que l'épidémiologie et les soins, ce foisonnement d'initiatives et d'interrogations puisse être entendu et soutenu par nos autorités politiques dont les maîtres mots restent, jusqu'à aujourd'hui, fortement imprégnés d'interdits, de conseils d'hygiène et de relance économique. Comme si le seul devoir des personnes était d'obéir et non d'être considérées comme des partenaires de la lutte pour la santé et de l'amélioration de nos sociétés. Or, le dé-confinement passe aussi par le rétablissement de l'expression des citoyen.ne.s et du débat démocratique. Il nécessite la reconnaissance des aspects sociaux et psychiques de l'épidémie et la reconstruction d'un lien de confiance entre la population et les pouvoirs publics.

La santé n'est pas une absence de maladie. Elle est liée de façon intrinsèque au social et à l'économique. Ce sont nos rapports aux autres qui nous permettent de comprendre, de choisir, de donner de la valeur, de prendre soin. Nos conditions économiques d'existence façonnent aussi notre santé et notre bien-être. Dissocier le social de la santé et de l'économique, voire les opposer, est source de danger pour la santé.

Nous refusons que les citoyen.ne.s portent seul.e.s la responsabilité du transfert de la propagation du virus et que l'on stigmatise les comportements « irresponsables » alors



que l'État ne semble pas en capacité de mettre en place des réelles mesures de prévention et de protection et que le futur reste incertain.

Ce que nous réclamons, c'est l'anticipation. Anticipation de la crise sanitaire et sociale, anticipation de ses conséquences. Anticiper exige la mobilisation des différents secteurs de la vie mentale et sociale ainsi que des différentes expertises disciplinaires pour pouvoir agir de manière plus large sur la santé. Anticiper réclame, dès à présent, de soutenir et pérenniser les modalités de travail qui permettent aux professionnel.le.s du socio-sanitaire de gérer la crise actuelle (consultations à distance, équipes mobiles d'intervention, collaboration entre le secteur des sans-abris et celui de la toxicomanie, etc.). Anticiper permet d'assurer la complémentarité des différents niveaux de pouvoir et des professionnel.le.s de différents secteurs, de considérer les citoyen.ne.s, non pas comme des réceptacles d'anxiété ou des délinquants à rendre dociles, mais comme des forces vives capables de créativité et d'entraide.

Anticiper nécessite la mise en place de stratégies adaptées à chaque situation avec l'aide des professionnel.le.s et publics concernés. Une telle adaptation aurait pu contribuer à éviter des catastrophes telles que celles rencontrées dans les maisons de repos car on se serait rappelé leur existence et le fait qu'elles étaient le refuge des personnes les plus à risques. Une adaptation de ce type peut amoindrir le choc de la crise socioéconomique qui s'annonce.

L'anticipation ne supprimera jamais tous les risques mais elle permettra de les atténuer.

Baucoup s'accordent pour dire que cette crise n'est pas seulement sanitaire. Elle s'ancre dans les crises environnementales et socioéconomiques en cours et les aggrave en renforçant les inégalités sociales. Elle éclaire les liens

entre les dégradations environnementales et la santé, entre les pollutions atmosphériques, la propagation du virus d'aujourd'hui et les affections bronchopulmonaires de longue date. Les liens entre les conditions de logement et la souffrance psychique, les interactions entre la santé et l'activité économique, entre la santé et l'activité scolaire, entre la santé et la convivialité, etc.

Il est incontestable que les mesures prises pour remédier à la crise sanitaire, si elles étaient essentielles, ont révélé et accru les inégalités sociales de santé. Or les moyens de les réduire sont connus : renforcer la cohésion sociale et la solidarité (et non la charité) en amenant les acteurs communautaires à développer des initiatives dans les quartiers, améliorer les conditions de vie et de travail et l'accès aux biens et services essentiels à la santé (alimentation, éducation, aide sociale, soins, culture), développer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés.

La promotion de la santé pose comme principe la confiance en la personne humaine et la reconnaissance de ses potentialités, de ses savoirs et de ses compétences. Elle affirme que la priorité absolue doit être accordée à la lutte contre les inégalités sociales de santé et à la prise en compte des déterminants de santé. Elle rappelle l'importance de donner aux personnes et aux groupes les moyens de participer aux décisions prises pour assurer leur santé et leur qualité de vie.

i

Pour en savoir plus sur les Fédérations de promotion de la santé :

- FBPS (Bruxelles) : fbpsante.brussels
- FWPS (Wallonie) : fwpsante.be



COVID et POST-COVID: quelle place pour la vie relationnelle, affective et sexuelle (VRAS)?

Différents professionnels actifs dans le domaine de la vie relationnelle, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap, en souffrance psychique et avec des aînés ont uni leur(s) expérience(s) autour de la question.

► **CHRISTIAN NILE**, Référent vie relationnelle, affective et sexuelle (AVIQ)

Quelques mois déjà que nous sommes entrés dans l'ère du Coronavirus. Que de bouleversements dans la vie de tout un chacun bien sûr, mais aussi et plus particulièrement dans la vie des personnes qui, pour des raisons diverses, vivent dans un lieu d'hébergement souvent collectif. Un lieu où leur capacité à vivre leur propre vie s'est révélée encore plus complexe qu'à l'ordinaire: maisons de repos pour les personnes âgées, centres d'hébergement pour les personnes en situation de handicap, sections psychiatriques pour les personnes en souffrance psychique, service de logements supervisés, services d'aide à la vie journalière... Des lieux qui ont un point commun: ils accueillent tous des personnes qui, dans leur vie et pour leurs choix quotidiens, dépendent d'autres individus.

Parmi ces personnes accompagnées, il y a notamment:

- celles qui ont vécu en famille, pour lesquelles cela a pu être un moment de retrouvailles, mais aussi celles qui dans leurs familles ont rencontré une situation plus tendue, parfois même explosive, car le répit n'était plus possible, ni pour leurs familles, ni pour elles-mêmes. Or ce besoin de répit était parfois à l'origine de leur présence en institution;
- celles qui ont été plongées dans des conditions plus strictes là où le Covid 19 a sévi et qui ont parfois dû vivre isolées en chambre;
- celles qui, en situation de grande dépendance physique, ont dû se contenter des soins primordiaux. Elles ont parfois été privées de leurs activités et leur vie sociale, déjà souvent appauvrie, a été considérablement réduite;
- celles qui ont été confrontées à la mort et qui n'ont pas les outils pour y faire face;
- celles dont les institutions ont vécu dans le stress, lié à la présence du virus, aux craintes du personnel ou des directions, voire parfois aux conflits au sein des équipes.

Depuis lors, un message quasi unique est véhiculé: la distanciation sociale, érigée au statut de loi sans aucune dérogation. Légitimement utilisée comme rappel pour le citoyen en général, la nécessaire distance de 1 mètre 50 pourrait être réductrice et enfermante pour les personnes évoquées.

Certaines personnes ont été soumises à des mesures de confinement renforcées par rapport au reste de la population. Ces mesures de confinement, comprenant des restrictions de liberté et l'instauration d'une distanciation physique, ainsi que leur maintien probable sur une période longue,





Cet article que vous venez de lire est un condensé des écrits déjà réalisés et que vous pouvez retrouver dans leur intégralité sur la page AVIQ enVIE d'amour. N'hésitez pas à alimenter les réflexions de ce groupe en partageant vos émotions, vos remarques, positives ou négatives, et vos témoignages, personnes accompagnées, familles et travailleurs du secteur. En connaissant mieux le concret de votre vécu autour des questions de vie relationnelle affective et sexuelle, il sera plus aisé de mieux comprendre vos attentes à ces niveaux.

https://www.aviq.be/handicap/AVIPH/projets_nationaux/enviedamour/envie-d-amour.html

<https://facebook.com/events/s/salon-envie-damour-edition-202/246428002033090/?ti=cl>

conduisent à une limitation des relations sociales ou à des changements majeurs dans celles-ci.

Le confinement, dont le but est de protéger la vie des plus fragiles d'entre nous a son grand paradoxe: certains, enfants, adolescents, personnes vieillissantes, personnes fragilisées psychiquement, socialement ou cognitivement, personnes en situation de handicap sont autant d'individus pour lesquels la désocialisation et un changement brutal des routines peuvent se révéler néfastes pour cette même santé que nous cherchons à protéger.

Et maintenant...

Certains ne disposent pas de ressources suffisantes pour se relever d'un déconfinement inadéquat.

Tout cela risque d'avoir des conséquences sur le plan affectif et relationnel tant pour les personnes accompagnées que peut-être aussi pour certains professionnels.

Au cœur de la crise sanitaire, certaines personnes en situation de handicap ou âgées constatent que la dynamique consistant à leur donner la parole risque d'être mise de côté dans le cadre d'un déconfinement centré sur la protection plus que sur l'autodétermination.

Qu'en sera-t-il désormais dans nos institutions, si les temps de la découverte et de l'appropriation sont interdits, dans une logique sécuritaire, où la santé se réduit au biologique et où elle n'est plus prise dans l'ensemble de ses composantes, dont la santé sexuelle ?

Des gestes affectueux, contenant ou d'apaisement sont indispensables pour tous, en particulier pour les personnes souffrant d'angoisse, présentant des comportements à problèmes ou désorientées.

Celles qui vont réintégrer leur institution après trois mois de vie en famille et qui devront y reconstruire leur place.

Quelle place, au temps du COVID et post-COVID, pour ce toucher hors contrôle sanitaire ? Ce toucher qui permet une

meilleure conscience de soi par le contact avec l'autre ? Ce toucher qui, pour être porteur, ne peut être aseptisé ?

Quelles conséquences pour chacun et chacune d'entre nous, conséquences psychiques, relationnelles, corporelles ? Conséquences qui seront plus profondes pour les personnes fragilisées par l'âge, le handicap, la réalité sociale mais aussi les enfants et les adolescents au niveau de la construction de leur identité, et enfin pour chacun et chacune d'entre nous. S'il était et est toujours indispensable de se mettre à distance et se « cacher » derrière un masque, quelles seront les conséquences de ce comportement dans l'avenir ? Pour toutes ces personnes, le corps occupe une place très importante dans leur vie.

Agissons !

L'après COVID avec la réouverture progressive et prudente se prépare, mais elle ne pourra se faire sans l'apport d'experts plus en lien avec les secteurs psychologique, psycho-pédagogique et sociologique, mais aussi avec des apports plus philosophiques et éthiques permettant de re-questionner le rapport à l'autre et à soi, la place du corps et de ses expressions toniques et émotionnelles à la lumière du coronavirus.

Faisons en sorte que chacun, femme, homme, enfant, adulte, aîné, soit reconnu comme personne à part entière, être désirant et désiré. Osons ramener la vie là où elle a été chassée par la peur.

Osons redonner sa force de vie à la sexualité accueillie dans sa globalité: affective, relationnelle et sexuelle.

Dépassons nos résistances: les personnes qui vivent avec un handicap, les personnes âgées, les personnes en souffrance psychique nous confirment de plus en plus nettement qu'elles sont semblables à nous et que si elles ont à être protégées, c'est seulement à hauteur des risques réels qu'elles encourent.

C'est ainsi qu'il faudra globalement veiller au respect de la qualité de vie et cela englobe notamment:

- ▶ une reprise des activités, des groupes de paroles autour de la vie relationnelle, affective et sexuelle;
- ▶ de permettre aux personnes qui développent des sentiments amoureux de s'approprier, de se rapprocher, de se toucher, alors que la distanciation sociale sera encore de mise durant les prochains mois, et peut-être même les prochaines années...;
- ▶ pour les personnes en situation de handicap, il est important de recommencer les soirées adaptées en discothèques dont elles raffolent ou encore les après-midis de rencontres entre célibataires de plusieurs institutions, les initiatives ainsi que les speedating qui étaient en train de se développer;
- ▶ de permettre finalement à tout le monde de réaliser ses besoins de rencontres avec l'extérieur, d'élargissement du champ social.

Redonnons vie à la vie !

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

