

IMPACT COVID-19

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX DE PREMIÈRE LIGNE
À BRUXELLES : IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE ET
RECOMMANDATIONS

CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ





CENTRE BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ



Diagnostic commandité par Madame Barbara Trachte, Ministre Présidente du Collège de la Commission communautaire française chargée de la Promotion de la Santé.

Avec le soutien de la Commission communautaire française

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX DE PREMIÈRE LIGNE À BRUXELLES : IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE ET RECOMMANDATIONS

FLORENCE GEURTS, DAMIEN FAVRESSE

Janvier 2022

AUTEURS

Florence Geurts, Damien Favresse

REMERCIEMENTS

Aux professionnels qui ont aimablement participé aux entretiens et à l'élaboration des recommandations ;

Aux jobistes qui ont retranscrit les entretiens ;

À l'équipe du CBPS pour ses coups de main tout au long de la réalisation du diagnostic (relectures, propositions d'animation, critiques méthodologiques, etc.) ;

À Philippe Engels, journaliste, pour sa participation à la rédaction de ce document

Aux membres du Comité de Pilotage des Stratégies Concertées Covid qui nous ont soutenus dans l'élaboration de ce diagnostic ;

Aux membres du Comité d'Accompagnement, à sa diversité sectorielle, qui a enrichi la démarche entreprise ;

À l'Administratrice générale de la Commission Communautaire Française, à ses différents services et au Cabinet de la Ministre Trachte sans qui le diagnostic n'aurait pu être réalisé.

MISE EN PAGE

Nathalie da Costa Maya, Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire - CDCS asbl

ÉDITION

Éditeur responsable : D. Favresse, rue Jourdan 151
1060 Bruxelles – Dépôt Légal : D/2022/15.416/02
Janvier 2022

VEUILLEZ CITER CE DOCUMENT DE LA FAÇON SUIVANTE :

Geurts F., Favresse D., *Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : impact de la crise sanitaire et recommandations*, Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, Bruxelles, 2022.

Ce document est la synthèse du rapport
«Quel diagnostic peut-on dresser de l'impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les pratiques des services médico-sociaux de première ligne et de proximité à Bruxelles ?»
disponible sur le site
www.cbps.be

Pour une question de confort de lecture, l'usage du masculin est utilisé dans ce texte lorsqu'il est question des personnes, quel que soit leur genre.

www.cbps.be

0.

TABLE DES MATIÈRES

1. OBJECTIF, MÉTHODE, CONCLUSIONS	4
2. ANALYSE ET CONSTATS	5
2.1. Des attitudes multiples face au virus	5
2.2. Défiance par rapport aux autorités, soutien relatif de la hiérarchie	9
2.3. L'épuisement et le doute quant à la mission médico-sociale	12
2.4. Des publics encore plus vulnérables	16
2.5. Des travailleurs en souffrance	19
2.6. Des conséquences à craindre sur le plan socio-sanitaire	21
3. PISTES DE RECOMMANDATIONS	23
3.1. Concernant les usagers	23
3.2. Concernant les conditions de travail médico-social de première ligne	25
3.3. Concernant les communes et les CPAS	26
3.4. Concernant la prévention de la Covid	27
4. CONCLUSION	28
5. BIBLIOGRAPHIE	31

1.

OBJECTIF, MÉTHODE ET CONCLUSIONS

De février à avril 2021, le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS) a mené une enquête qualitative, commanditée par la Ministre Barbara Trachte, auprès de travailleurs issus des services médico-sociaux de première ligne et de proximité. Suite à la deuxième vague de la pandémie de Covid-19, à l'automne 2020, il était apparu que les mesures de prévention ne rencontraient pas assez les objectifs définis au niveau régional dans certains quartiers fragilisés de Bruxelles.

La récolte des données s'est faite au moyen de 30 entretiens semi-directifs¹. Ils ont été menés auprès de professionnels intervenant auprès de populations vulnérables (personnes âgées, jeunes de quartiers défavorisés, personnes bénéficiant de l'aide sociale, personnes sans-abri, etc.). L'objectif de ces rencontres était de mieux comprendre l'impact que la crise a eue sur leurs pratiques et leurs usagers et élaborer, sur base de cette expérience, des recommandations pour mieux affronter ce type de pandémie dans le futur. Nous avons interviewé d'une part des travailleurs médico-sociaux de terrain (assistants sociaux, éducateurs de rue, infirmiers), d'autre part des responsables de projets, d'équipes ou de services.

Il en ressort que la crise actuelle a renforcé les inégalités qui touchent les populations les plus vulnérables. Celles-ci ont été davantage affectées par les mesures politiques prises. Les conséquences sur leur quotidien ont été importantes : creusement de la fracture numérique, moindre capacité d'adopter les comportements de protection, gestion difficile de l'anxiété. La défiance envers le monde politique n'a cessé d'augmenter : les autorités sont perçues comme déconnectés du vécu des populations fragilisées et des travailleurs de terrain.

La gestion de la pandémie affecte les liens sociaux, favorise les tensions sociales entre «bons» et «mauvais» citoyens, stigmatise certains comportements des plus démunis et, son caractère anxiogène impacte leur santé mentale. La tendance à réduire la pandémie à sa seule réalité sanitaire, prophylactique a su vraisemblablement permettre de gérer une situation d'urgence. Mais, au fur et à mesure que l'épidémie se prolonge, cette focalisation se révèle contre-productive en termes de prévention et de santé publique envers les publics fragilisés. Elle empêche de prendre en compte que la pandémie touche toutes les dimensions de la vie des populations et réduit les possibilités de mettre en place des interventions de prévention et de promotion de la santé jugées efficaces.

Nous plaçons pour une meilleure prise en compte des vulnérabilités sociales et culturelles, pour des démarches préventives et des mesures politiques construites à partir d'une pluralité de savoirs disciplinaires (Coutellec 2020 ; Mansour 2021) et pour une participation accrue des populations à la mise en œuvre des actions qui les concernent (Wallerstein 2006, 2018). Étant donné la diversité des profils et des attentes, les mesures de prévention ainsi que les politiques sociales et de santé doivent être davantage diversifiées. Outre une meilleure adhésion aux mesures de protection et une atténuation des conséquences mentales, sociales et physiques de la crise, ces démarches sont les plus à même de renforcer les compétences des personnes vulnérables pour faire face à une crise.

Ce document fait la synthèse d'un rapport de 132 pages. Dans la troisième partie, vous trouverez le détail des recommandations élaborées avec les professionnels.

¹ En tout, 22 organisations ont été interrogées dans 15 communes de la Région bruxelloise. Dans la liste figurent 10 services communaux, 6 CPAS, 3 AMO, 1 maison médicale et 2 services ambulatoires pour personnes sans-abri.

2.

ANALYSE ET CONSTATS

2.1. DES ATTITUDES MULTIPLES FACE AU VIRUS

Il y a une constante : le contexte particulièrement anxiogène et les divergences d'attitude envers d'une part, la pandémie et d'autre part, sa gestion publique sont venus entraver le rôle d'agents de prévention des professionnels de terrain.

QUELLE A ÉTÉ L'ATTITUDE DES USAGERS ?

Tel que l'ont observé les travailleurs médico-sociaux de première ligne, de multiples attitudes cohabitent au sein des usagers.

Un virus générant de l'anxiété

L'ensemble des acteurs interrogés témoignent de quelques cas d'usagers particulièrement angoissés et apeurés par le contexte pandémique. Les exemples les plus extrêmes dévoilent des situations d'isolement total, de personnes totalement coupées du monde extérieur, paralysées par la peur, n'osant plus sortir de chez elles, présentant des mains totalement desséchées par l'abus de solution hydroalcoolique, désinfectant à l'eau de javel les moindres produits introduits dans leurs domiciles, etc. Cette attitude, plus prégnante au début du confinement, se rencontre plus particulièrement chez les femmes seules avec de jeunes enfants (Brooks et al. 2020). Par ailleurs, la connaissance d'un proche atteint d'une forme sévère de la Covid, voire d'un décès, a tendance à favoriser cette anxiété.

D'un côté, l'angoisse et la peur ont été des incitants à la distanciation sociale et au respect des mesures. D'un autre côté, elles sont des obstacles au recours aux services de première ligne, plongent les personnes dans une incertitude, renforcée par un contexte d'infodémie², qui entrave la capacité d'adapter des pratiques rationnelles à l'égard du virus. Ce dernier étant perçu comme incontrôlable, ces personnes se montrent critiques envers les mesures prises par les autorités qui sont, bien souvent, jugées insuffisantes.

Un regard distancier sur le virus

Il ressort du discours des travailleurs que la plupart des usagers ont su relativiser et respecter les mesures sanitaires. C'est particulièrement prégnant chez les personnes qui ne se sont pas senties menacées par le virus, mais qui ont pourtant adopté les gestes barrières.

Plusieurs raisons permettent de mieux comprendre ce respect des mesures de protection. D'abord, la peur des sanctions policières ou administratives en cas de non adoption de ces mesures. Ensuite, le souci de protéger les proches (famille, amis, voisins) et les travailleurs eux-mêmes. C'est davantage la dangerosité du virus pour autrui que pour soi et la conscience de pouvoir le transmettre qui donne sens au respect des mesures. Cette attitude altruiste se retrouve davantage dans des populations qui ne sont pas elles-mêmes directement

2 L'infodémie désigne un «flux énorme et incessant d'informations, vraies et fausses, difficiles à gérer pour les individus». Source : LITS G. et al., Analyse de «l'infodémie» de Covid-19 en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire de Recherche sur les Médias et le Journalisme (ORM), 2020.

menacées par le virus, telles que les jeunes, mais qui ont des proches à risque, qu'ils ne souhaitent ni contaminer, ni angoisser par le manque d'application des gestes barrières.

Ces usagers n'ont pas manifesté de réticences à adopter les conduites de protection surtout si celles-ci conditionnaient l'accès aux services. Ces comportements sont devenus rapidement routiniers sans être nécessairement appliqués avec conviction ou opposition.

Une attitude de doute à l'égard de la dangerosité du virus

Les intervenants décrivent, également, des usagers qui relativisent de manière extrême la pandémie et ses conséquences. Ces derniers montrent davantage des formes de réticence à appliquer les mesures de protection. Plusieurs éléments alimentent cette résistance. Tout d'abord, l'absence de conviction sur le bien-fondé de ces gestes tient au caractère destructeur peu visible et perceptible de la menace sanitaire qui ne correspond pas à leur représentation de ce qu'est, à leurs yeux, une pandémie. Se référant, notamment, aux images d'une pandémie telles que véhiculées par nos modes de communication fictionnels (films, séries, jeux vidéo, romans, etc.), ces usagers n'expérimentent pas une telle situation dans leur quotidien. En résumé, le contexte sanitaire ne tient pas du scénario «catastrophe» qu'ils se font d'une pandémie avec ses milliers de morts qui jonchent les rues.

Chez ces usagers, les gestes barrières n'ont pas nécessairement de sens en soi. Ils s'y plient et les respectent mais à minima, notamment, pour accéder aux services.

Une incapacité à évaluer la dangerosité du virus

Les professionnels font aussi état d'usagers qui se révèlent en incapacité d'évaluer pleinement la situation sanitaire, soit parce que la connaissance qu'ils en ont ne passe pas par les voies classiques, soit parce qu'ils n'ont pas accès à cette connaissance, soit parce leur état mental les en empêche.

À l'écart des sources d'informations officielles et institutionnelles, une part des usagers s'informent sur la situation pandémique via d'autres sources d'informations. C'est en particulier le cas pour les usagers d'origine étrangères, qui ne parlent pas l'une des langues nationales, et dont la connaissance de la situation pandémique passe presque exclusivement par les médias de leur pays d'origine ou de leur communauté. La barrière de la langue, la perte de repères consécutive à la migration, l'attachement au pays d'origine, le développement des technologies de l'information sont quelques éléments qui alimentent vraisemblablement ce recours à des circuits d'information allochtones.

Pour d'autres usagers, ce sont leurs conditions de vie qui les empêchent d'avoir un accès aux informations sur la pandémie. C'est, notamment, le cas de ceux qui vivent en rue et qui n'ont pas les conditions matérielles pour s'informer sur la situation et les mesures en vigueur.

Au-delà de ces usagers qui n'ont pas accès aux canaux d'informations officiels, il y a aussi une part d'usagers qui ne sont pas dans des conditions psychiques suffisantes pour comprendre et respecter les mesures de protection. C'est en particulier le cas de populations vulnérables de rue, sans-abri ou en errance, qui cumulent, pour certains, des dépendances aux psychotropes et des troubles psychiatriques chroniques qui ne sont pas traités ou suivis. Elles ne sont plus, pour les professionnels, en mesure d'adopter des comportements de protection, voire refusent dans certains cas de se plier aux règles de confinement et de distanciation sociale.

Un virus qui exacerbe la méfiance envers les autorités

Une autre attitude est observée par les professionnels chez leurs usagers. Il s'agit de l'expression d'une réelle méfiance envers les autorités et les institutions publiques (hôpitaux, décideurs politiques, médias) qui s'accompagne, bien souvent, d'un non-respect à l'égard des mesures sanitaires, et de fausses croyances concernant le virus et la manière de le gérer.

Pour une part de ces usagers, il semble que plus ils se sentent discriminés et mal représentés par les autorités et les institutions publiques, plus ils sont susceptibles de se mettre en refus des règles, de ne pas s'y conformer, voire d'adhérer à des théories complotistes dans les cas les plus extrêmes. Les «bruits de

couloir», tels que l'injection d'un produit létal chez un proche hospitalisé, trouvent un terrain propice chez ces personnes qui, de par leurs parcours et contextes de vie, se sentent abandonnées ou rejetées par les pouvoirs publics et n'ont plus, par la même occasion, confiance dans les autorités et institutions publiques et privées. Il s'agit vraisemblablement de personnes, en rupture sociale, qui s'appuient sur un cadre de référence (normes, valeurs, croyances, etc.) autre que celui véhiculé par nos sociétés que celui-ci soit d'ordre communautaire ou soit le fruit de jeux d'alliance avec d'autres personnes partageant des convictions semblables.

Des usagers peu au courant des mesures

En début de pandémie, la connaissance des mesures en vigueur par les usagers faisait souvent défaut et ce, notamment, chez ceux qui ne se sentaient pas vraiment menacés par le virus. C'est ainsi que la fermeture et l'adaptation des services n'ont pas toujours été saisies par leurs usagers et que cette méconnaissance a dû être gérée par les professionnels.

Par ailleurs, les changements réguliers de mesures au cours de la pandémie ne permettent pas aux professionnels de disposer d'un cadre normatif et sécurisant pour les usagers. Cette instabilité du cadre est vue par les professionnels comme un élément entravant le respect des mesures. C'est ainsi qu'un an après le début de la pandémie, beaucoup de bénéficiaires ignorent où en sont les mesures sanitaires, à combien de personnes est limitée la bulle, jusque quand dure le couvre-feu, etc.

Plus particulièrement, le non-recours aux informations officielles et dominantes, la mésinformation et l'ignorance des mesures en vigueur parmi certains usagers découlent aussi de la complexification des normes et de la multiplication des niveaux de pouvoir qui les produisent. Cette complexité crée de la confusion et impose aux citoyens de devoir s'informer constamment sur ce qui est permis de faire ou non, sans que les moyens de le faire ne soient garantis. Et à ce sujet, les populations les plus fragilisées sont celles qui ont le moins accès à l'information et qui ont été le plus touchées par les sanctions (Tatti et al. 2021).

COMMENT ONT RÉAGI LES TRAVAILLEURS DE PREMIÈRE LIGNE ?

Si les réactions des travailleurs à l'égard de la pandémie varient d'une personne à l'autre, une série de constats partagés émergent de l'analyse des entretiens en lien, notamment, avec leur degré d'exposition au virus dans l'exercice de leur profession.

Un sentiment d'insécurité, source de multiples tensions

Au sein des intervenants, les travailleurs de première ligne se distinguent, plus souvent que leurs homologues hiérarchiques, par la crainte, la peur et le stress ressentis (assistants sociaux, éducateurs de rue), et particulièrement ceux qui ont senti leur sécurité sacrifiée sur «l'autel de la pandémie». Être les seuls à travailler en présentiel, dans toute la confusion du début du contexte pandémique, sans matériel disponible, ou sans conviction sur l'efficacité de ce matériel à les protéger, avec des directives qui ont tardé à arriver, est une expérience qui a été mal vécue. Cette angoisse du virus s'est accompagnée d'un fort taux d'absentéisme qui a engendré une surcharge de travail et affecté l'accès aux services sociaux. Des intervenants décrivent des situations initialement déjà tendues, auxquelles la crise de la Covid s'est ajoutée, ce qui a eu des effets plus pénibles que le virus en soi. Ces services souffraient de conjonctures assez défavorables avant la crise. Beaucoup ont donc «lâché» avec l'arrivée de la pandémie, à la suite d'un cumul de fatigue, de pression, d'essoufflement.

Au-delà de la crainte du virus, les tensions se jouent aussi au niveau personnel et prennent, parfois, la forme de ressentis contradictoires. D'un côté, les professionnels souhaitent que leur sécurité soit garantie au même titre que d'autres travailleurs moins exposés. Ils craignent pour une bonne part de contracter le virus ou de contaminer leurs proches à cause de leur activité professionnelle auprès d'un public fragilisé qui ne respecte pas toujours les mesures sanitaires ou n'est pas en mesure de le faire. D'un autre côté, ils souffrent de l'absence du terrain, et de ce qui fait l'essence de leur mission sociale, à savoir le contact humain avec leur public. Cette ambivalence génère de l'inconfort et affecte bien souvent les relations avec la hiérarchie, garante de l'exercice professionnel.

Ce sentiment d'insécurité fut particulièrement important, lors des deux premiers mois de confinement, de mars à mai 2020. Il a été exacerbé par les incohérences et contradictions des directives, notamment, concernant le port du masque et parfois par le maintien de l'activité professionnelle malgré des cas positifs en interne.

Une attitude plus distanciée à l'égard du risque

D'autres travailleurs ont adopté une attitude plus modérée à l'égard du virus et des risques de contamination. Conscients des dangers, ils prônent que le risque zéro n'existe pas. Il s'agit pour eux d'intégrer les gestes barrières dans les comportements, sans rigueur exacerbée pour autant, ni culpabilisation à outrance en cas de manquements. Cette rationalisation est exprimée en particulier par les profils de responsables d'équipes ou de projets, à qui incombe la coordination de travailleurs ou de bénévoles. Ils se perçoivent souvent comme des exemples et rappellent régulièrement les mesures à respecter. Ils se montrent rassurants par rapport aux différents discours ou faits inquiétants véhiculés par les médias. Leurs discours ne révèlent pas de méfiance particulière à l'égard des décisions politiques ni des institutions de santé. Ils ont aussi moins tendance à considérer l'existence du virus comme un frein à l'exercice professionnel.

Je reste attentive à ce que je fais, je reste prudente, j'ai l'impression d'avoir intégré un peu le fonctionnement, c'est devenu naturel, le désinfectant dans le sac, c'est devenu tout à fait classique et habituel, sans être complètement parano. (Une chargée de projet).

Pour eux, le respect strict et collectif des mesures sanitaires conditionne la pratique du travail, permet l'instauration de nouvelles conditions de travail sereines et participe au maintien de la cohésion d'équipe fragilisée par la distanciation physique.

Une crispation sur la vaccination

À l'image des débats publics et des discussions qui marquent nos quotidiens à tous, la vaccination divise également les travailleurs³ et fait l'objet de débats au sein des équipes de première ligne, autant dans les services sociaux que médicaux.

D'un côté, il y a les professionnels qui préconisent la vaccination, qui ressentent une confiance à l'égard des institutions de santé, des processus de contrôle et de validation scientifique mis en place pour les vaccins Covid, qui voient et reconnaissent le dispositif médical et pharmacologique comme sûr et sans danger. La vaccination est alors vue davantage comme un moyen de se protéger et de protéger les autres, de sortir de la crise, de reprendre une vie *la plus normale possible*, dans toutes ses dimensions (relations affectives, loisirs, voyages...). De l'autre côté, il y a les professionnels qui expriment des réserves sur les vaccins Covid et qui sont plus critiques à l'égard des autorités de santé. Cette méfiance à l'égard des vaccins Covid porte essentiellement sur les éventuelles conséquences personnelles des vaccins, telles que des effets sur la fertilité, ou encore, plus spécifiquement, sur le fait qu'ils ont été trop rapidement mis sur le marché. La méfiance provient aussi de l'innovation technologique des vaccins à ARN-messager et porte, plus globalement, sur l'industrie pharmaceutique. Parmi les professionnels rencontrés, la confiance envers le vaccin se retrouve davantage chez ceux qui ont une attitude plus distanciée. Il semble dès lors que la méfiance envers le vaccin touche davantage les professionnels qui se sont sentis insécurisés et abandonnés par la gestion publique de la crise.

Toutefois, les professionnels se rejoignent sur deux éléments : la nécessité de rendre la vaccination accessible aux plus vulnérables (critères d'âge et de comorbidités) et le fait que la vaccination doit rester un choix personnel.

3 Pour rappel, les entretiens ont été menés, au début de la campagne de vaccination, de février à avril 2021.

Globalement les intervenants rencontrés font état, contrairement à l'image parfois véhiculée dans les médias, d'usagers relativement coopérants et respectueux des mesures sanitaires. Néanmoins, l'adoption de ces mesures repose sur des fondements relativement fragiles (anxiété, doute, déficit d'informations, etc.) qui laissent les populations vulnérables démunies pour affronter ce type de crise.

Il semble aussi capital de réinterroger les stratégies d'information, de sensibilisation et de prévention à l'égard des populations vulnérables qui, dans le cadre de la crise sanitaire actuelle, ont été anxiogènes, semblent renforcer des dynamiques excluantes et nourrir la méfiance de ces populations à l'égard des institutions et organismes présents dans nos sociétés (écoles, hôpitaux, CPAS, services communaux...).

Du côté des professionnels, c'est le cadre insécurisant produit par la crise, surtout à ses débuts qui pose question et qui a été source de tensions personnelles et de divisions professionnelles (équipes en sous-effectif, injonctions hiérarchiques sans respect des mesures, tensions entre le risque pris sur un plan personnel et l'exercice de sa mission professionnelle, etc.). Les critiques envers les directives changeantes des autorités d'une part d'entre eux nous montrent que la méfiance envers les autorités, dans une moindre mesure, les touche également. Cette dernière se cristallise bien dans leur attitude divergente envers la vaccination.

2.2. DÉFIANCE PAR RAPPORT AUX AUTORITÉS, SOUTIEN RELATIF DE LA HIÉRARCHIE

Seules les organisations qui se sont montrées soutenantes et reconnaissantes ont pu obtenir de leurs travailleurs une flexibilité et une motivation suffisantes. Les mesures «top-down» sont très critiquées.

QUEL RESSENTI FACE À L'AUTORITÉ PUBLIQUE ?

La méfiance exprimée, par une majorité des intervenants rencontrés, à l'égard de nos dirigeants découle, entre autres, des mesures complexes, confuses et contradictoires émises par ceux-ci, de l'hétérogénéité des discours politiques ou encore des divergences d'avis relayés par les médias.

Une communication jugée désastreuse

La communication officielle destinée à informer les citoyens sur les restrictions en vigueur est vivement critiquée par les intervenants. Elle est considérée comme totalement déconnectée de la population et des réalités vécues par celle-ci, comme ne portant aucune attention aux populations les plus précaires et comme stigmatisante et culpabilisante envers, plus particulièrement, les jeunes.

Pour moi, les plus précarisés ont été totalement oubliés, moi je n'ai jamais entendu, au niveau politique, qu'on parlait de notre secteur social. J'ai entendu parler des médecins, des artistes, des enseignants, mais jamais des travailleurs sociaux. (Une assistante sociale)

Or ne pas se reconnaître dans une communication officielle a pour effet d'amoinrir la considération envers les services publics (Mercier, 2003).

Des directives complexes et confuses

Au cours de la dernière année, pléthore de directives et de mesures ont été émises par différents niveaux de pouvoirs, et n'ont cessé de changer : la durée des quarantaines, les conditions pour faire un test de dépistage, les heures d'ouverture des services, les conditions d'autorisation d'activités en intérieur ou en extérieur, etc.

À cela s'ajoutent les dispositions spécifiques aux villes, aux communes et aux secteurs. En ce qui concerne les services de première ligne, certains doivent composer avec des directives émanant d'instances multiples, entre l'ONE, l'aide à la jeunesse, l'aide à la personne, la scolarité, les dispositifs propres aux accueils de jour et de nuit, les règlements de capacité d'accueil maximum. Ces décisions changeantes, contradictoires et non concertées entre niveaux de pouvoirs et entre secteurs créent un surplus d'informations et placent les équipes de terrain dans des positions où elles doivent composer à partir de différentes injonctions. Sans compter que certains secteurs sont restés dans le flou, en l'absence de directives claires et que d'autres ont dû attendre la réaction parfois tardive de leurs instances à édicter ces directives. Le manque de stabilité ainsi généré exacerbe, pour une partie des intervenants rencontrés, le caractère anxiogène du contexte de crise et ce, d'autant plus, que les moyens matériels pour appliquer les directives faisaient défaut.

Cette instabilité entrave le travail sur le terrain. Elle donne l'impression aux professionnels que les autorités ne gèrent pas la crise. Elle est vécue sur un plan professionnel comme une perte de temps, comme une dépense d'énergie. Elle crée aussi l'angoisse de travailler pour rien, de devoir annuler et reprogrammer sans cesse les activités professionnelles, sans alternatives.

Pour les intervenants, c'est souvent l'échelon communal et la solidarité citoyenne qui se sont révélés les plus utiles en permettant de combler, en partie, l'absence de moyens matériels et humains pour appliquer les directives émanant des autorités régionales et fédérales.

Une récupération politique parfois malvenue

Pour une part des professionnels, les politiques mettent aussi à mal leurs interventions de terrain lorsqu'ils utilisent la crise sanitaire à des fins «électorales». C'est, notamment, le cas lorsque des personnalités politiques annoncent publiquement des mesures qui ne sont pas applicables, engendrant des demandes de la part des usagers, ou que les activités des professionnels sont au cœur d'oppositions entre les politiques.

Ouais souvent c'est «ah pourquoi vous refusez ?». «Mais l'état de besoin n'a pas démontré», «oui mais bon on pourrait mettre ça sur le fonds Covid». Et du coup ça passe. (...) Et il y a cette injonction que le fédéral a débloqué une grosse enveloppe et que du coup, il faut la dépenser. (Assistante sociale)

Ces incohérences, sources de perturbations pour les professionnels, sont d'abord perçues comme le résultat de décisions prises de manière descendante sans aucune concertation préalable avec les professionnels chargés de leur mise en œuvre. Elles se traduisent par une inadéquation entre les mesures décidées et les besoins des intervenants, par une charge de travail supplémentaire sans raison d'être pour les professionnels.

QUEL SOUTIEN AUPRÈS DE LA HIÉRARCHIE ?

La hiérarchie joue un rôle déterminant dans la capacité des travailleurs de terrain à faire face à la crise, à s'adapter au changement et à gérer le stress et l'anxiété qui en découlent.

L'analyse nous apprend que les travailleurs ayant bénéficié d'une hiérarchie proche, soutenante, à leur écoute et soucieuse de leur avis et, surtout, qui reconnaît leur travail, ont adopté une approche plus sereine et philosophique de la crise. La reconnaissance de leur hiérarchie à leur égard renforce leur engagement vis-à-vis de leur organisation et nourrit leur motivation professionnelle. De plus, le cadre protecteur de ce niveau hiérarchique semble préserver les travailleurs de la perturbation institutionnelle de la crise. Les responsables hiérarchiques agissent donc en moteur lorsque leur encadrement est bienveillant, soutenant et au service des travailleurs. Cette posture a un impact très positif sur la cohésion d'équipe, la solidarité entre collègues et la motivation des travailleurs.

Je suis quand même vachement écouté. Et donc ça c'est assez chouette de pouvoir faire passer ses idées, d'être entendu et, en fait on m'a très peu souvent dit non quand j'ai proposé des choses depuis le début de la crise. (Un éducateur de rue)

Cette reconnaissance se traduit à tous les niveaux, que ce soit d'un travailleur de rue à l'égard de son chef d'équipe, d'un chef d'équipe à son responsable de service ou d'un responsable de service à l'égard de toute son organisation. Chaque échelon professionnel bénéficie de cette bonne conjoncture, et cela encourage la mobilisation des équipes. Les discours des travailleurs mettent un exergue l'importance du besoin de reconnaissance. Celle-ci, loin d'être uniquement salariale, favorise le bien-être au travail.

À l'inverse, l'absence de soutien des échelons hiérarchiques directs à l'égard du travail de première ligne et les prescriptions imposées unilatéralement, sans concertation avec les professionnels, sont vécues comme des freins à la mise en place d'interventions en temps de crise. Elles diminuent, pour eux, les capacités de résilience et d'adaptation des travailleurs de première ligne, alimentent leurs frustrations et les rend plus fragiles. Plus spécifiquement, de nombreux travailleurs se sont sentis seuls, isolés professionnellement, dans un contexte anxiogène où, à leurs yeux, ils n'ont pu compter que sur leurs propres ressources pour s'adapter. L'absence de reconnaissance de la part des responsables hiérarchiques est perçue comme entravant leur motivation professionnelle et l'efficacité de leur intervention. Renvoyant le professionnel à un statut de simple exécutant, les décisions top-down se vivent comme un manque de considération envers leur travail et comme un manque de confiance à leur égard. Elles donnent parfois aux professionnels l'impression d'appartenir à une institution d'un autre temps, qui se révèle peu adaptée à affronter les enjeux d'une crise sanitaire et les interrogent sur l'utilité même de leur travail.

INTERVENTION POLICIÈRE ET INTERVENTION SOCIALE EN TENSION

Les mesures sanitaires sont au cœur de tensions entre des approches répressives et des approches d'émancipation.

Des quartiers sous tension

Les relations avec la police méritent une attention spécifique. Bien qu'il y ait des disparités selon les communes, les travailleurs dénoncent une intervention inadaptée des forces de police. Les éducateurs de rue, en parlant de leur public jeune en particulier, énoncent une série d'exemples d'interventions policières stigmatisantes et discriminatoires pouvant s'accompagner, en retour, de provocations à leur égard. Ce type d'attitude préexiste en partie au contexte pandémique mais il s'est aggravé et multiplié pendant la crise (Tatti et al. 2021), perturbant le travail de proximité des intervenants sociaux dans des quartiers souvent défavorisés, notamment, sur le plan des conditions de logement, de densité de population ou encore d'accès à des espaces verts.

Il en ressort que la pandémie a renforcé les inégalités déjà existantes en matière de répression policière qui touchent davantage certains quartiers et publics qui, par ailleurs, sont déjà moins bien lotis pour respecter les mesures sanitaires. Plus spécifiquement, cette répression cible davantage les jeunes des quartiers les plus populaires de Bruxelles comme si le contexte sanitaire avait servi de blanc-seing à l'adoption de comportements moins mesurés de la part d'une frange des forces de l'ordre. Ces conduites font tache d'huile et entachent la police dans son ensemble qui, de par sa simple présence, devient source de tensions au sein de ces quartiers.

L'impact pour l'intervention sociale ?

Ce type de tension a une double conséquence sur le travail des intervenants sociaux. D'abord, certains travailleurs sociaux se retrouvent régulièrement mis en situation de devoir apaiser les tensions ou à intervenir dans la médiation de conflits. Ils se trouvent empiétés dans leur pouvoir d'agir, à cause des interventions policières. Parfois, ils sont même criminalisés eux-mêmes. Ensuite, les intervenants tiennent à se distinguer des forces de l'ordre et évitent d'être assimilés, auprès de leurs usagers, à un travail de contrôle et de rappel à l'ordre. En ce sens, les mesures sanitaires symbolisent, d'abord, des politiques de surveillance et de répression avant d'être des politiques de prévention, telles qu'elles pourraient se concevoir dans une approche d'émancipation et de changement social propre à la philosophie du travail social.

Ces tensions ont davantage caractérisé le début de la crise pandémique. Elles ont été moins prégnantes ensuite et ce, apparemment, d'autant plus que les interventions policières s'élaborent à partir de l'intervention

sociale menée dans les quartiers. Dans ces conditions, il semble que l'intervention des forces de l'ordre soit mieux acceptée par les jeunes.

La gestion de la crise par les autorités fédérales et régionales est fortement critiquée et perçue comme contre-productive pour les interventions de première ligne auprès des populations vulnérables. Ces critiques portent principalement sur le caractère confus et instable des directives qui complique leur application sur le terrain, le contenu stigmatisant, culpabilisant et déconnecté des stratégies de communication officielle à l'égard de ce type de populations et le manque de transparence conduisant à la prise de décisions politiques. À ce sujet, il importe vraisemblablement que la communication des instances officielles porte aussi sur les mécanismes qui amènent aux prises de décision d'autant que, en situation de crise sanitaire, les décisions politiques sont difficiles à prendre (Stanton-Jean 2020), notamment, parce qu'elles sont prises dans l'urgence, qu'elles s'appuient sur une connaissance scientifique relative et changeante dans la mesure où cette connaissance n'a pas pu être soumise à l'examen et à l'approbation des pairs, qu'elles doivent pouvoir prendre en considération l'adhésion future de la population, son acceptabilité et ses possibilités de respecter les mesures prises, qu'elles seront sujettes à de nombreuses critiques émanant de divers groupes de représentants sectoriels, qu'elles doivent composer avec les capacités de notre système de soins de santé, etc.

Par ailleurs, la conciliation entre mesures préventives et répressives mérite aussi une attention particulière. En effet, les interventions policières plus fréquentes, dans certains quartiers défavorisés, ont aussi été ressenties comme contre-productives à l'exercice du travail social en raison, notamment, des tensions et discriminations qu'elles ont générées à l'égard des jeunes qui, par ailleurs, ne seraient pas une catégorie de la population plus irrespectueuse des règles (Denoël et al. 2021).

À l'inverse, le rôle déterminant de l'échelon local dans la capacité des intervenants à remplir leurs missions et à s'adapter au contexte de crise est davantage signalé par les professionnels à condition que ce dernier soit soutenant, reconnaissant et à l'écoute des travailleurs et de leurs besoins. Les élans de solidarité citoyenne ont aussi facilité l'amélioration des conditions de travail. Par contre, des mesures imposées à l'échelon local, sans prise en compte de l'avis et des besoins des professionnels, sont davantage considérées comme freinant la capacité des intervenants à s'adapter au contexte de crise. La littérature sur la réduction des inégalités sociales de santé va dans le même sens. Cette diminution passe par une politique de changement social et de prise en compte des différences spécifiques aux populations fragilisées. Cela nécessite, notamment, la mise en place de démarches ascendantes, basées sur l'établissement d'un lien de confiance avec ses populations, élaborées et construites avec elles, ancrées dans leurs milieux et conditions de vie et prenant en compte les personnes dans leur globalité (accès aux soins et droits sociaux, problèmes de logements, mise à disposition de matériel de prévention, etc.) (Wallerstein 2006, 2018 ; Hachar-Noé et al. 2019).

2.3. L'ÉPUISEMENT ET LE DOUTE QUANT À LA MISSION MÉDICO-SOCIALE

Les travailleurs de première ligne se sentent privés de l'essence de leur métier : maintenir le lien avec leurs publics-cibles.

LA PRÉVENTION COVID DEMANDE TROP D'ÉNERGIE

Aux yeux des travailleurs, les actions de prévention, de sensibilisation ou d'information autour des mesures sanitaires se résument régulièrement à des rappels à l'ordre autoritaires. Or, ces travailleurs de première ligne et de proximité tiennent à se distinguer de ce rôle d'autorité, de garant de l'ordre. Le rappel incessant de règles met le travailleur dans une situation de malaise, voire met à mal la relation d'aide qui fonde sa philosophie professionnelle.

À terme, la prévention Covid telle qu' «imposée» par les autorités génère des frustrations et de la fatigue. Elle est ressentie comme altérant la confiance des usagers, gâchant la qualité de l'échange avec l'usager du rapport social concerné. Si, dans un premier temps, ce rôle de garant des gestes barrières a pu être appliqué face à l'urgence pandémique, il devient, avec le temps, de moins en moins réaliste d'obtenir de la part des services sociaux une gestion presque «hospitalière» des espaces de travail et d'accueil des usagers.

L'obligation des gestes barrières constitue un frein en soi également : le port du masque, les entretiens téléphoniques, le respect de la distance... sont autant d'éléments qui complexifient la relation d'aide ou de soin, surtout lorsque l'usager s'exprime peu en français. Ils mettent à mal la compréhension mutuelle entre l'usager et l'intervenant, en formant encore un obstacle supplémentaire. Par ailleurs, aborder le virus, ses modes de propagation, et les moyens de lutte contre sa contagion exigent une compréhension et une maîtrise de connaissances et de compétences que les travailleurs sociaux ne possèdent que partiellement ou pas du tout. Dès lors, la crainte de diffuser de mauvaises informations ou de ne pas savoir répondre aux questionnements de leurs usagers peut également freiner les démarches proactives de prévention.

Les travailleurs médicaux considèrent, sans grande surprise, que la prévention de la Covid fait partie intégrante de leur mission. Cette prévention est même devenue la priorité pendant cette crise sanitaire. À défaut de pouvoir mener à bien d'autres projets, ces activités de prévention ont mobilisé les équipes qui se sont senties investies d'un devoir de santé publique.

LA PROMOTION DE LA VACCINATION SUSCITE DE FORTES RÉSISTANCES

Sur le sujet précis de la promotion de la vaccination, les résistances sont encore plus prégnantes que pour les actions de prévention et de sensibilisation aux mesures sanitaires. Ils ne peuvent promouvoir une vaccination pour laquelle une partie d'entre eux sont eux-mêmes en questionnement et qui relève, à leurs yeux, d'une décision personnelle.

Les intervenants estiment qu'il faut être un professionnel de la santé pour parler de vaccination. Ils se sentent peu légitimes pour la promouvoir, même en cas de formation spécifique. Au contraire, faire appel à une personne extérieure, dont le rôle de promotion de la vaccination est clairement défini et connu, est, selon des nombreux répondants, préférable et permet de ne pas perturber la relation d'aide. Cela préserve également l'éthique professionnelle des travailleurs, évitant ainsi de devoir traiter des données personnelles relatives à la santé des usagers qui ne les concerneraient pas, telles que leurs informations médicales.

À noter que certains travailleurs sociaux considèrent toutefois que leurs missions générales incluent la prévention des contaminations et la promotion de la vaccination. Les travailleurs qui tiennent ces propos occupent surtout des postes à responsabilité, et non des métiers de contacts directs. Ces positions sont également plus affirmées chez les travailleurs provenant de grandes institutions publiques (CPAS, services communaux, etc.) que chez ceux issus de petites structures associatives.

LES TRAVAILLEURS SE SENTENT PRIVÉS DE L'ESSENCE DE LEUR MÉTIER

Les intervenants ont dû s'habituer à plusieurs changements dans ce contexte de crise. Nous relevons que la plupart des mesures imposées et leur évolution ont été mal vécues. Les travailleurs s'estiment éloignés de la manière dont ils souhaitent exercer leur métier. Ils se disent amputés d'une part importante de leurs leviers d'actions et de leurs pratiques. La créativité et l'innovation dont ils font preuve sont loin de pouvoir compenser ces manques. Les discours dévoilent une véritable souffrance chez les travailleurs (à des intensités différentes toutefois). Leurs représentations de leur mission entrent en conflit avec les adaptations attendues en termes de priorités et de services minimum à mettre en place, qui leur sont davantage imposées et qui ne semblent pas entrer en cohérence avec les besoins de leurs publics.

La première frustration des travailleurs, c'est que leur métier perd de son sens en contexte de crise. L'injonction à la distanciation, la fermeture des services, la limitation des capacités d'accueil, l'interdiction de se rendre dans les milieux de vie des populations (que ce soit à domicile, dans les maisons de jeunes et les locaux de quartier, etc.), contraignent les travailleurs à une bureaucratisation et à une technocratisation qui

les incommodes, qui les freinent dans la relation d'aide ou de soin. Or, ils expriment le besoin de retrouver du sens, une forme d'utilité sociale, de pouvoir répondre à leurs besoins émotionnels et affectifs.

Quelques exemples de «technocratisation», illustrant la perte relationnelle dans la relation d'aide :

- Le système d'assistant social titulaire (réfèrent de l'utilisateur) remplacé par un système de ticketing
- Le séquençage des services et des suivis, qui impose le traitement des types de demandes par des équipes différentes et spécialisées
- Le remplacement des permanences physiques par des permanences en ligne ou téléphoniques
- L'informatisation et la distanciation entraînant la suppression de démarches où l'utilisateur devait se rendre sur place, remplacées par des démarches numériques.

Les intervenants dénoncent une véritable déshumanisation de la relation d'aide à l'utilisateur. De manière générale, le travailleur social définit son rôle comme un rôle d'accompagnateur d'une personne dont il connaît l'histoire, les peines et les défis, qu'il voit évoluer avec le temps, qu'il oriente vers les services relais adéquats, qu'il soutient dans l'exposition de ses problèmes. Tout cela passe par des échanges réels, que les écrans, les mails ou le téléphone ne parviennent pas à compenser.

L'ADN du travail de tous mes collègues c'est la rencontre avec le public, c'est l'échange avec le public, c'est l'échange entre le public et c'est tenter de mettre sur pied des projets ben qui favorisent la cohésion sociale, l'interculturalité. (Un chef de service)

Cette déshumanisation de l'intervention provient aussi du fait que les professionnels ont été privés de la plupart de leurs espaces de lien (maison de quartier, local de jeunes, maison médicale, visites à domicile, etc.) qui, permettent la mise en place d'actions collectives et la construction d'un lien de confiance avec les usagers. L'interdiction des visites à domicile pour les assistants sociaux, les infirmiers et les services d'aide aux personnes âgées est ambivalente. D'une part, cela procure un certain confort et un gain de temps, qui peut être alloué à l'augmentation de la charge de travail administratif découlant de la numérisation provoquée par la crise. Mais le revers est que cela dépossède les travailleurs d'une source d'informations importante et d'un accès à un espace dans lequel les usagers se livrent.

Certains intervenants décrivent une disjonction «significative» entre l'avant, considéré comme meilleur, valorisé positivement, et le présent, négativement connoté, frustrant et usant. Dans l'avant, c'est-à-dire avant la crise, le travailleur social considère être en possession de ses moyens, faire preuve de l'empathie et de l'humanité nécessaire au bon exercice de sa fonction. Le présent désigne un état où le travailleur est dépossédé de ses fonctions, de ses compétences. Dans le présent, les situations sont insolubles, les usagers harcèlent, les travailleurs sont dépassés. Chez certains assistants sociaux, cette disjonction entre l'avant et le présent se transcrit aussi à travers la vision de l'utilisateur, responsabilisé avant, *assisté* aujourd'hui. La responsabilisation de l'utilisateur renvoie à l'idée que le travailleur social doit conférer un cadre, des repères, et des conditions qui permettent *l'empowerment* de l'utilisateur, de prendre une part active dans les solutions à ses problèmes. L'assistantat, que les intervenants critiquent, est renforcé par le contexte pandémique, qui supprime les horaires de bureaux, annule l'obligation de sortir de chez soi, de rassembler ses documents et de faire un effort d'organisation.

Les travailleurs issus des services publics décrivent un phénomène d'épuisement, dû à une augmentation de leur charge de travail et à un accroissement du sentiment d'inutilité. La sensation d'impuissance professionnelle qui en découle impacte, pour eux, la qualité de la relation à l'utilisateur (changements d'humeur, dépersonnalisation de la relation d'aide, mise à distance des usagers, désengagement professionnel, etc.).

LE TÉLÉTRAVAIL EST JUGÉ AMBIVALENT

Une partie des intervenants actifs sur le terrain n'ont pas bénéficié du télétravail au même titre que d'autres fonctions plus administratives, nourrissant parfois le sentiment que leur santé, à eux, a été sacrifiée au profit de leur activité professionnelle. Dans d'autres services, les intervenants de première ligne ont pu alterner télétravail et travail en présentiel. Plus spécifiquement, le télétravail divise les professionnels. Dans ses aspects positifs, il procure un sentiment de sécurité par rapport au virus et améliore le confort de vie des

travailleurs en évitant le temps passé dans les trajets. Par contre, son opérationnalisation, est l'objet de critiques pour trois raisons principales :

- déficit d'équipements informatiques en nombre et en qualité suffisante pour télétravailler,
- surcharge de travail (caractère plus administratif du travail à domicile et des horaires plus souples),
- inadaptation des règles de travail, notamment, en matière de comptabilisation et récupération des heures supplémentaires.

Il pose également problème dans la mesure où il ne permet pas de remplacer la qualité du travail en présentiel, qu'il favorise la bureaucratisation des métiers et menace la cohésion d'équipe. En ce sens, il est perçu comme induisant des changements relatifs à l'essence du travail de première ligne.

Se reposer sur les professionnels relais du secteur social pour prévenir la transmission du virus, ou encore promouvoir la vaccination, est loin d'être une évidence pour les travailleurs sociaux. Aspirés par la pandémie, les travailleurs sociaux se sont sentis désarmés, dépossédés de leurs moyens d'actions, et dans l'incapacité de remplir une mission qui a encore du sens à leurs yeux. Leurs discours révèlent une grande souffrance et un épuisement émotionnel. La multiplication des obstacles à l'exercice de leur fonction n'est pas compensée par des aménagements qui font sens et qui préservent leur rôle d'utilité sociale. À leurs yeux, les mesures d'urgence sanitaire ont été prises au détriment des mesures d'urgence sociale qui sont au cœur de leur métier. Ils semblent vivre les mesures prises par les autorités publiques et les attentes de ces autorités à leur égard comme une non reconnaissance de leurs missions de base et une détérioration de la qualité de leur travail (déshumanisation de la relation d'aide, renforcement d'un assistanat de l'usager, accentuation des inégalités sociales, etc.). De sorte que ce manque d'évidence résulte davantage du modèle dans lequel s'inscrit la prévention de la Covid plus qu'une résistance à mener un travail de prévention. La connotation contrôlante, hygiéniste, menaçante et discriminante des mesures sanitaires va, pour ainsi dire, à l'encontre de leur visée prévenante, émancipatrice, responsabilisatrice et globale d'une prévention (Barras 2021) telle qu'elle peut se concevoir en travail social.

Sur ce point, il faut une nécessaire congruence entre l'exercice de leurs missions et des sollicitations des autorités en temps de crise. Cette conciliation en appelle à repenser les métiers essentiels en leur permettant d'assurer leurs missions de base, et le rôle préventif qu'ils peuvent assurer, dans des conditions suffisantes de protection ; à définir avec les professionnels, sur base de l'expérience présente, des directives claires à adopter dans le cadre d'une nouvelle pandémie ; à préciser avec eux, dans une logique de complémentarité, le rôle que chacun peut jouer en fonction de sa profession. Il semble aussi primordial de développer une approche intégrée de la prévention incluant également la dimension mentale et sociale de cette dernière et impliquant les divers intervenants gravitant autour des populations fragilisées.

Malgré ces réserves provenant d'une majorité d'intervenants sociaux, pour certains métiers (médicaux), les mesures sanitaires de la Covid sont directement intégrables à leurs missions professionnelles. Ce sentiment d'intégration est aussi plus présent auprès des responsables d'équipe.

2.4. DES PUBLICS ENCORE PLUS VULNÉRABLES

Les professionnels témoignent d'une précarisation et d'une fragilisation de l'état général du public-cible des services de première ligne.

DÉTÉRIORATION DES CONDITIONS DE VIE

La protection contre le virus demande des moyens, que ce soit du matériel de protection ou des espaces pour s'isoler, se mettre en quarantaine et se maintenir à distance de ses proches. Pour les usagers des services de première ligne, ces moyens engendrent des coûts qui n'ont pu être anticipés. Ces coûts supplémentaires entrent en concurrence avec d'autres postes de dépenses élémentaires, relatifs aux besoins primaires, tels que les soins de santé ou l'alimentation. À cela s'ajoutent l'impossible projection dans le futur, la capacité d'anticipation, dont les intervenants estiment que leur public est souvent dépourvu. Le report de soins est un exemple parlant. Il touche particulièrement les populations précarisées de quartiers fragilisés, et il est directement lié à cette incapacité à se projeter dans le futur et à croire en des perspectives d'avenir encourageantes.

La plupart des travailleurs alertent sur les conditions de logement de leur public et sur les difficultés à supporter un confinement dans des espaces de vie inadéquats. Les familles nombreuses, en particulier, ont dû supporter des mois d'enfermement dans des espaces très exigus, manquant d'intimité, d'espaces personnels et d'espace extérieur. Cette situation de logement défavorable est vraiment identifiée comme un facteur d'accélération de la fragilisation des relations intrafamiliales et de la santé mentale des membres de la famille, ébranlant ainsi la cohésion des familles, ressource pourtant essentielle pour faire face à cette crise sanitaire.

AUGMENTATION DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES

Ce confinement dans des espaces exigus et la précarisation des situations d'emploi ont provoqué la montée de la frustration, de l'agressivité, des assuétudes, ou encore la fragilisation de la santé mentale. En d'autres mots : cela a favorisé un environnement propice à la montée des violences. Selon une analyse publiée (Stavart 2021), les faits de violences entre partenaires ont augmenté de 30% dans certaines communes bruxelloises et les demandes auprès des services d'aide aux victimes ont explosé. Les intervenants expriment leur inquiétude face à ces violences intrafamiliales, domestiques et conjugales. Elles ne sont ni détectées, ni suivies, ni prises en charge correctement, compte tenu du travail à distance et de la dématérialisation des services (Noël 2021).

DÉTÉRIORATION DE LA SANTÉ MENTALE

Les professionnels craignent les répercussions mentales des mesures de confinement sur leurs bénéficiaires qui ont été synonymes, pendant des mois, d'isolement pour certains, d'enfermement ou encore d'abandon pour d'autres. Ces conséquences se manifestent à eux par l'observation d'un accroissement des troubles psychiques (problèmes de sommeil, troubles alimentaires, comportements hygiéniques compulsifs, etc.).

Ce qui ressort tout l'temps c'est vraiment l'isolement (...) Beaucoup ont évoqué des pertes ou des prises de poids, des problèmes de sommeil, de l'anxiété. C'est vrai que nous on a eu pas mal de personnes qui pétaient des câbles, qui décompensent sur le plan psychique. (Une infirmière)

Nombreux sont les exemples de jeunes, de parents, de personnes âgées, de personnes en rue qui décompensent, pètent les plombs, semblent épuisés, découragés, abandonnés de leurs forces. Les confinements, conjugués à la perte de tout support social et au caractère anxiogène de l'épidémie, ont transformé, chez des usagers fragiles en la matière, des problèmes de santé mentale latents en problèmes de santé mentale émergents.

Cette perte de régulation de l'état mental est particulièrement vraie chez les personnes dont les suivis psychiatriques se sont interrompus sur une trop longue période (UNIA, 2020).

«EXPLOSION» DES INÉGALITÉS SOCIALES

Les mesures sanitaires de confinement ont renforcé les sentiments d'abandon par les services publics. Pour certains travailleurs, il apparaît clairement que leurs bénéficiaires ont conscience de la déconnexion des mesures par rapport à leurs réalités vécues. Le renforcement de l'exclusion des personnes analphabètes ou qui ne maîtrisent pas une des langues officielles du pays est jugé préoccupant. Pour ce public, la plupart de leurs stratégies de débrouille reposent sur l'oralité, sur le fait de pouvoir compter sur l'appui de personnes humaines capables d'expliquer, de parler en leur nom, de comprendre leur situation et de prendre le temps de leur expliquer les solutions ou réponses en retour. L'absence de présentiel et de contact humain n'est pas compensée par des innovations sociales capables de comprendre et répondre adéquatement aux demandes de ces publics en contexte pandémique.

Certains intervenants, pour la plupart issus de services qui considèrent ne pas avoir fermé, condamnent la fermeture des services ou la politique des bureaux fermés, et leur effet sur leur public. Face à une perte de revenu due à la crise sanitaire, impossible d'activer les leviers publics qui garantissent un revenu minimum, et ce particulièrement pour les populations numériquement vulnérables. Cela génère de la frustration, de la colère et de l'incompréhension, qui alimentent la méfiance à l'égard des politiques, et plus particulièrement des administrations.

ÉLARGISSEMENT DES PUBLICS-CIBLES

Les femmes

Les entretiens distinguent des situations particulières vécues par des femmes, que la pandémie ébranle et enferme dans des rôles sociaux étouffants. La crise a renforcé les inégalités de genre dans plusieurs domaines, et ce particulièrement au niveau de la santé mentale et des violences conjugales. D'après les entretiens, c'est la parentalité qui semble le plus impactée. Les intervenants pointent différents facteurs qui les fragilisent : la charge des enfants confinés à domicile, le suivi de leur scolarité en hybridation (semi en distanciel, semi en présentiel), l'angoisse liée à la contamination de leurs enfants, ou encore la peur qu'il leur arrive quelque chose à elles et que leur progéniture soit laissée à elle-même.

Les jeunes désaffiliés

Par désaffiliation, il faut entendre le phénomène d'isolement, de mise à l'écart des jeunes des services qui leur sont destinés, et de l'affaiblissement des liens de proximité et de solidarité sur lesquels ils peuvent compter. Ces jeunes diminuent leur fréquentation des services d'aide à la jeunesse. Ils déposent des vécus et des tourments psychologiques particulièrement lourds, qui dépassent les travailleurs sociaux (Van Reeth 2021). Plusieurs intervenants racontent des cas de jeunes en rupture familiale, qui ont quitté leur domicile, et qui se retrouvent en décrochage scolaire, sans revenus, totalement livrés à eux-mêmes, en l'absence de perspectives d'avenir. Ils expriment leur inquiétude par rapport à leur capacité à pouvoir réentamer un travail avec ces jeunes, pour lesquels les solutions sont rares et éprouvantes. Dans les cas les plus extrêmes, les éducateurs de rue décrivent une population d'adolescents ou de jeunes adultes, issus de quartiers ou de cités fragilisés, en totale déconnexion avec la réalité, que ce soit au niveau de la scolarité, de l'emploi ou encore des institutions d'aides publiques. Dans certains quartiers, principalement des cités de logements sociaux, ils craignent l'entrée d'une part plus importante de jeunes dans les voies de l'illégalité, dans une sociabilité qui se construit en marge de la société, qui obéit à ses propres règles, hiérarchies et normes. La «solidarité» informelle répond plus efficacement et plus rapidement à leurs besoins que les mécanismes d'aide sociale publique.

Les personnes âgées isolées

Les intervenants expriment un malaise face à l'accentuation de la fragilité de leurs bénéficiaires seniors. L'augmentation des cas de décompensations psychologiques aigus inquiète. Pour les travailleurs, il n'est pas toujours évident de distinguer un cas de vieillissement «normal» d'un cas de démence déclenchée par les conditions de confinement. Face à ces situations déstabilisantes, les intervenants sociaux ne savent pas toujours analyser clairement la situation. Ils constatent toutefois que les situations de décompensation sont plus nombreuses et plus sévères. De plus, le pensionnaire ou le bénéficiaire en décompensation ne comprend pas forcément que l'hospitalisation, de force ou l'appel à des services d'urgence, soit pris au nom de son bien et il n'est pas rare que la culpabilité, d'une telle décision, soit reportée sur le travailleur social. D'autre part, les entretiens révèlent un état d'angoisse notamment chez les personnes âgées isolées à domicile. Ces angoisses oscillent entre la peur de sortir, d'être contaminées, de s'exposer en sortant de chez soi et la peur qu'il leur arrive quelque chose et qu'elles ne puissent être secourues en restant chez soi.

Les personnes sans-abri et les sans papiers

La crise a permis de visibiliser la gravité des situations et la détresse des personnes sans-abri. Le premier confinement en particulier a révélé leur présence exclusive en rue, à l'heure où tout le monde était sommé de rester chez soi. Le temps que les structures d'accueil se mettent en place, les seules personnes visibles en rue étaient les personnes sans-abri, à qui tout le monde, si ce n'est les rares services de première ligne encore actifs, a tourné le dos. C'est surtout la perte de repères qui perturbe le public en rue. Leur fragilité induit une moindre capacité à s'adapter à des événements perturbateurs tels qu'une pandémie. Les problèmes d'assuétudes et/ou de santé mentale sont systématiquement cités par les intervenants qui accompagnent le public de rue, et caractérisent leur quotidien. La rupture avec leurs habitudes, l'impossibilité d'être en contrôle de leurs consommations, la fermeture des lieux de fréquentation usuels, tout cela perturbe, panique et crée de la frustration qui peut éventuellement mener à de la violence.

Les intervenants actifs auprès des publics sans papiers expliquent, quant à eux, que la crise a précipité leur état de non-droit. Leur seul droit, c'est l'Aide Médicale Urgente (AMU). Or, la fermeture des CPAS et la dématérialisation des services ont freiné le recours à ce droit. Ce public sans papiers se repose fréquemment sur l'économie informelle et travaille au noir dans l'HoReCa, les petits commerces, le secteur de la construction, etc. L'arrêt des activités de ces secteurs a entraîné pour ces personnes une perte soudaine de revenus, sans pour autant leur donner droit à des revenus de remplacement, ni aux aides spécifiques offertes pendant la Covid, telles que le chômage temporaire ou le droit-passerelle. À cela s'ajoute l'accès réduit aux associations et aux solidarités habituelles. Les travailleurs alertent sur le dénuement total de ces populations, sur leur grande fragilisation et sur leur détresse.

De nouvelles couches de population fragilisées

Les assistants sociaux de CPAS sont unanimes dans leur constat que la crise a attiré de nouveaux bénéficiaires et de nouvelles demandes d'aide sociale. Il n'est pas étonnant que de nouvelles franges de la population soient ainsi tombées dans la précarité. C'est le cas, notamment, d'indépendants, de jeunes diplômés qui ne parviennent pas à s'insérer sur le marché de l'emploi, ou encore d'étudiants.

Deux ensembles se dessinent : d'une part, les ayants droits au RIS, mais qui auraient réussi à se débrouiller sans le CPAS hors contexte de crise ou qui n'avaient pas connaissance de leurs droits ; d'autre part, de nouveaux profils qui entrent dans les conditions pour bénéficier d'une aide sociale. Ces nouveaux profils sont caractérisés par une méconnaissance de leurs droits, des aides dont ils pourraient bénéficier et des procédures à effectuer pour les déclencher. Parfois, ces nouvelles catégories de personnes en détresse n'entrent dans aucune case, à cause du caractère inédit de leur situation (exemple : les Européens qui ont perdu leurs revenus et se sont retrouvés coincés en Belgique).

Le problème de ces nouveaux usagers, c'est qu'ils se manifestent trop tard. Leur situation est devenue urgente, voire catastrophique. Les assistants sociaux se trouvent parfois impuissants face à la gravité de leur état. Ils doivent composer avec les idées préconçues sur les missions des CPAS ou sur la marge de manœuvre des assistants sociaux. Cela ajoute de la pression sur leurs épaules, face à des situations dramatiques qu'ils ne peuvent parfois que constater.

La tendance à restreindre la santé à sa seule réalité prophylactique minimise le fait que la crise pandémique a un impact sur toutes les dimensions de la vie des citoyens. Au vu de ses conséquences multiples, elle en appelle à replacer la gestion de la crise dans une réelle démarche de santé publique qui ne se limite pas à éviter la propagation d'une maladie mais qui prend aussi en compte les déterminants psychosociaux et culturels de la santé, qui se construit dans une approche interdisciplinaire (épidémiologie, sociologie, économie, etc.), qui met l'accent sur les populations vulnérables et la réduction des inégalités sociales de santé, qui mise sur la participation des personnes et des populations à leur propre santé, etc.

Si les mesures prises dans l'urgence peuvent se justifier pour dépasser une situation exceptionnelle, elles doivent au fur et à mesure s'orienter vers une «politique de résilience» (Byk 2020). Dans cette perspective, il s'agit de passer d'une politique qui vise la régulation de la maladie à une politique qui vise davantage la capacité des populations à effectuer des choix éclairés (Barras 2021) envers la maladie et les risques qu'elle comporte, de renforcer, dans une démarche prospective, leurs capacités d'adaptation à des mesures de gestion de crise (Gilbert 2013) comme préconisées en matière de prévention.

2.5. DES TRAVAILLEURS EN SOUFFRANCE

La souffrance est particulièrement criante au sein des travailleurs sociaux de première ligne (assistants sociaux, éducateurs de rue) issus des grandes organisations publiques, telles que les CPAS ou les services communaux. Chez les professionnels rencontrés, plus la taille des organismes est grande, plus le degré de souffrance exprimée est important. Ce qui ressort, c'est une manifeste insatisfaction à l'égard des changements qui ont été opérés au sein de ces organisations au regard de la crise. Les nouvelles tâches imposées pendant la pandémie sont trop éloignées de leurs missions professionnelles de première ligne et génèrent une perte de confiance chez leurs usagers (lire aussi le point 2.3). Elles leur procurent le sentiment d'avoir été instrumentalisés sans être considérés dans leurs compétences professionnelles.

Le télétravail, comme nous l'avons évoqué précédemment, sous certains aspects a augmenté la charge de travail. Des assistants sociaux ont ainsi développé une «angoisse de la boîte mail». Il leur a fallu maîtriser un nouvel outil d'«échange», plus lent dans son application, sans bénéficier de ressources ni de temps supplémentaire.

Les cas de surmenage ne sont pas rares, d'autant que les attentes de la part des usagers se sont complexifiées ; attentes face auxquelles les professionnels se sentent de plus en plus impuissants. Cette fragilité n'est pas sans conséquence sur les usagers. Pour se préserver, les professionnels font écho de travailleurs qui en arrivent à s'indigner du comportement de leurs usagers, et à plaider pour davantage de mesures restrictives et de balises pour cadrer les sollicitations, alors même qu'ils condamnent la bureaucratie et les dérives contrôlantes de leur propre institution. Ces travailleurs sociaux transfèrent la violence et l'hostilité reçues des institutions publiques vers les usagers, phénomène connu du secteur social (Gonçalves 2012).

LA CRISE COMME LEVIER DE CHANGEMENT ?

Tout n'est pas noir. La crise sanitaire est également à l'origine de déblocages et d'innovations appréciées et soulignées par les travailleurs. Tout d'abord, certains travailleurs interviewés apprécient les divers financements exceptionnels⁴ qui ont été débloqués grâce à la pandémie. Aux yeux des intervenants qui

⁴ À titre d'exemples, citons les subsides émanant de la Commission Communautaire Commune (COCOM) : soutien financier aux institutions d'aide et de soin bruxelloises, prime régionale de soutien aux personnels d'aide et de soin, suspension des limites à la perception des allocations familiales, distribution de moyens de protection (masques, gel, etc.). Notons aussi les subsides Covid alloués aux CPAS, s'adressant à des particuliers qui n'étaient pas forcément bénéficiaires du RIS ou des aides du CPAS avant la crise.

la citent, cette intervention marque la volonté des décideurs politiques de ne pas fermer les yeux sur l'augmentation de la pauvreté et de la précarité de la population. D'autres intervenants soulignent que la crise a permis d'autoriser des projets ou des actions, qui jusque-là n'étaient pas la priorité, étaient controversés, ou dont le processus de validation était très long. Exemple : l'installation de toilettes publiques à destination des personnes vivant en rue.

Certains travailleurs soulignent avec fierté les changements que la pandémie a pu déclencher en eux-mêmes, que ce soit dans leur métier au quotidien, ou bien dans leur rapport à leurs missions. La confrontation à une situation d'exception a pu faire sortir le meilleur chez certains travailleurs, selon leurs propres dires. Il est ainsi question d'un possible glissement d'un rôle administratif vers un rôle social, humain, en dehors du cadre de la pièce délimitée du bureau.

De plus, le premier confinement et son caractère inédit ont également provoqué une mobilisation citoyenne sans précédent. Celle-ci est extrêmement valorisée et admirée par le discours des intervenants, qui expriment une grande reconnaissance à cet égard. C'est particulièrement en matière de dons (de colis alimentaires, de vêtements, de temps, de fabrication de masques, etc.), que les exemples sont les plus nombreux. Des bénévoles se sont mobilisés auprès des associations pendant la crise. Cette mobilisation citoyenne est apparue plus rapide que la réponse politique, et cela s'est vérifié ici comme à l'occasion de précédentes crises. Aux yeux des intervenants, cela contribue au renfort de la cohésion et au sentiment d'appartenance à une communauté, qui se mobilise pour la collectivité.

L'analyse des entretiens révèle que l'année écoulée a donné lieu à un processus d'adaptation, pendant lequel les travailleurs ont développé une plus ou moins grande résilience à la crise. Plus spécifiquement, les phases de déconfinement améliorent la résilience professionnelle alors que les phases de confinement la détériorent. La situation s'améliorant sur le long terme.

Les effets de la crise sanitaire sur les pratiques médicosociales sont multiples et impactent la qualité des services rendus aux usagers : approche segmentée des personnes, ne permettant pas la prise en charge d'usagers cumulant les problèmes, dilution des responsabilités professionnelles, complexification de la prise en charge avec la fermeture des organismes de première nécessité, dégradation de la cohésion des équipes, etc. La numérisation des services influe sur la relation d'aide (réciprocité perdue, augmentation des difficultés de communication et des conflits interpersonnels, renforcement du sentiment de ne pas être écouté, etc.) (Tisseron 2020) , complexifie la gestion, par les services présents sur le terrain, des usagers «numériquement» défavorisés qui perdent l'accès à des organismes de première nécessité (banques, mutuelles, CPAS, etc.) et détériore la dynamique d'équipe comme c'est le cas du télétravail (Tisseron 2020) qui renforce le sentiment d'abandon professionnel, qui «nuît à la création d'une culture commune» et «réduit les possibilités de création», qui augmente les risques de burn-out, etc.

Ce bilan en appelle à redéfinir la notion de métiers d'urgence sur base d'une part, des besoins indispensables des populations vulnérables et d'autre part, de l'interdépendance des organismes dans l'aide et le service apportés à ces populations.

À l'inverse, la prise en compte ponctuelle, par les politiques, de besoins spécifiques aux populations fragilisées et la mobilisation citoyenne sont perçues comme des facteurs de résilience à la gestion de la crise au niveau des intervenants de la première ligne.

2.6. DES CONSÉQUENCES À CRAINDRE SUR LE PLAN SOCIO-SANITAIRE

Et l'avenir ? La plupart des répondants estiment que l'exclusion et la précarisation de leurs usagers tend à s'aggraver de plus en plus. Cela se traduit par diverses craintes : l'alourdissement des problématiques dont souffrent leurs usagers, l'augmentation de leur charge de travail, le difficile retissage des liens avec leur public et l'inquiétude liée à la pérennisation du travail à distance et à la dématérialisation des services publics et sociaux.

L'ALOURDISSEMENT DES PROBLÉMATIQUES

La complexification des problématiques exige la mobilisation de compétences et de connaissances législatives et procédurières nouvelles, qui appelle à une formation continue et sort les travailleurs de leur zone d'expertise. La crainte de ne plus pouvoir faire face aux demandes des usagers est prégnante. De plus, la difficulté grandissante des modalités de prise en charge sociale se manifeste également par la certitude que les situations de détresse psychique et mentale des publics cibles augmentent. Situations auxquelles les travailleurs vont devoir s'adapter, s'ajuster, s'armer, faire preuve de patience et se montrer tolérants. Cela exige d'acquérir également de nouvelles compétences psychosociales dans la gestion des publics avec troubles psychiques, qu'ils soient chroniques ou non. Cette fragilisation psychologique est une menace réelle pour les travailleurs actifs auprès de personnes âgées, dont le renforcement de l'isolement du contexte de crise, particulièrement pour les résidents de maisons de repos, génère de réelles conséquences.

La crise Covid n'a pas créé à elle seule les inégalités qui clivent notre société, mais elle les a révélées et renforcées, selon le discours des intervenants, au même titre que d'autres événements et crises passées, dont pourtant les leçons ne semblent pas avoir été tirées. Les problèmes sont structurels et se traduisent par l'idée que notre société est incapable de prendre soin des pauvres, ni de prévenir la pauvreté. En sous-finançant un secteur social débordé et en sous-effectif, l'intervention politique est davantage perçue comme un «pansement sur une jambe de bois».

La complexification des problématiques concerne également les patients des services médicaux. Les professionnels de santé craignent les conséquences dues à l'absence de surveillance et de bilans de santé, l'arrêt des dépistages cancéreux ou des suivis de patients malades chroniques, le report ou le non-recours aux soins pendant les confinements.

L'AUGMENTATION DE LA CHARGE PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Ce qui inquiète également les travailleurs, c'est la perspective que leur charge de travail ne va cesser d'augmenter. Ils craignent que renouer le contact avec les usagers va demander un investissement supplémentaire, énergivore et chronophage. Cette rupture de contacts est inédite. Rarement auparavant, les services n'ont connu une telle mise à distance de leur public. La crainte se renforce dans le fait que cet obstacle pourrait être ni compris, ni pris en compte par les pouvoirs subsidiaires. Si la distance perdure, ceux-ci pourraient sanctionner financièrement les organisations concernées, soumises à l'obligation de rendre des comptes (souvent chiffrés) de leurs activités.

LA PÉRENNISATION DE LA DÉMATÉRIALISATION ET DU TRAVAIL À DISTANCE

Plusieurs intervenants estiment que l'injonction au télétravail a généré des inégalités entre travailleurs. Ils s'inquiètent donc des évolutions futures qui en découleront. Ils se demandent comment allier de manière pérenne la flexibilité apportée par le télétravail, l'égalité des conditions de travail et le maintien d'une présence suffisante et pertinente sur le terrain. Le télétravail est aussi vu comme une menace aux dynamiques de construction, de gouvernance partagée, et de participation de tous les travailleurs et des usagers. Il y a donc des risques clairs attachés au télétravail. Il est essentiel d'y apporter une réflexion concertée et transversale de fond.

Enfin, la dématérialisation des services, la numérisation des données et des procédures sont également source d'inquiétude pour les travailleurs. Cette évolution pourrait mettre en péril la dimension humaine de l'accompagnement social, selon certains intervenants.

QUELQUES ÉLÉMENTS ENCOURAGEANTS

La crise Covid ne donne pas exclusivement lieu à des projections négatives de la part des intervenants.

1. La pandémie a mis en lumière le rôle de filet de sécurité indispensable que les CPAS remplissent. Même si de nombreux CPAS ont fermé leurs portes, et ont été critiqués pour cela, les conséquences de ces fermetures ont été désastreuses. Et leur réouverture a donné lieu à un flot de demandes, révélant dès lors leur utilité.
2. Le deuxième signe d'encouragement réside dans la conviction de certains travailleurs d'avoir été visibilisés pendant la crise. C'est le cas par exemple des équipes de rue, telles que celles des éducateurs de rue ou du personnel médical ambulatoire.
3. La crise a aussi permis de bouger les lignes et d'étendre sans précédent la prise en charge de personnes vulnérables.
4. Enfin, un quatrième élément positif concerne les efforts de créativité et d'innovation des associations, qui ont su se réinventer en contexte de crise et continuer d'exercer leurs missions sociales de première ligne de la meilleure manière possible. Cela passe par la maîtrise de nouveaux supports, de nouveaux outils, l'acquisition de nouvelles compétences, et de l'imagination pour pouvoir continuer à donner la parole aux usagers.

3.

PISTES DE RECOMMANDATIONS

Il s'agit de pistes élaborés par les professionnels à partir de l'analyse des résultats des entretiens.

3.1. CONCERNANT LES USAGERS

DE MANIÈRE GÉNÉRALE

- Combattre l'isolement exacerbé par les périodes de confinement et éviter un état de fermeture des services, tel que celui que nous avons connu en 2020. Pour ce faire :
 - Élaborer des plans de contingence dans les institutions et les secteurs médico-sociaux qui prévoient le maintien de l'accueil au sein des services, tout en garantissant la sécurité des travailleurs (plannings de présence en alternance, jauges d'accueil maximum, plan de communication à l'intention des usagers, etc.).
 - Prévoir des dispositifs de maintien du lien avec les usagers les plus isolés, en prévoyant des mesures flexibles pour certains publics (jeunes de quartiers paupérisés, personnes fragilisées psychologiquement, etc.) et des moyens de protection nécessaires et en nombre suffisant au maintien du lien physique.
 - Garantir des alternatives à la dématérialisation des services pour les personnes numériquement vulnérables, combiner le présentiel et le distanciel.
 - Préserver la dimension humaine de la prise en charge afin d'assurer que les usagers ne soient pas considérés comme des numéros et que les intervenants sociaux aient une vision globale de leur situation.
- Lutter contre le creusement des inégalités sociales de santé en combattant les risques de non-recours aux aides et aux soins et la non couverture des besoins primaires. Pour ce faire :
 - Définir des mesures sanitaires de contexte pandémique qui tiennent compte de ce risque, à partir des constats dressés par la crise de la Covid-19.
 - Évaluer la primauté de l'intérêt collectif au regard des conséquences sociales, économiques et sanitaires à long terme découlant de fermetures, d'arrêt de services et de privation de libertés. Les compenser le cas échéant.
- Combattre la fracture numérique et lutter contre la vulnérabilité numérique. Pour ce faire :
 - Renforcer l'apprentissage de ces compétences numériques dans les écoles primaires et secondaires et dans les espaces de formation professionnelle pour adultes.
 - Intégrer dans les cursus scolaires l'éducation aux médias et les techniques de critique historique.
 - Outiller les services sociaux en matériel informatique adéquat.
 - Augmenter l'offre d'espaces publics numériques et leur accessibilité.
 - Investir dans l'acquisition de matériel numérique à destination des usagers et prévoir les critères de distribution simples et justes.
 - Prévoir systématiquement des alternatives physiques et en présentiel à la dématérialisation des services.

- Renforcer les secteurs oubliés de la pandémie de la Covid, tels que les secteurs du handicap, des personnes âgées à domicile, des services ambulatoires d'aide à la jeunesse, des secteurs de l'enseignement et du temps libre.

À L'ÉGARD DES PERSONNES ÂGÉES

- Maintenir et renforcer les services à domicile :
 - Prévoir des procédures qui garantissent le respect du personnel et une rémunération digne et attractive.
 - Financer le matériel de protection adéquat.
 - Adapter les soins à domicile : privilégier les suivis personnalisés des usagers (soit un travailleur de référence si possible), prendre en compte les aspects de dignité et d'intimité, éléments indispensables dans la prise en charge des personnes.
 - Valoriser les externalités positives hors soins de cette profession.
- Améliorer la gestion de la crise en maisons de repos et de soins :
 - Privilégier le maintien des visites coûte que coûte (prévoir les dispositifs en conséquence : des temps de rencontre limités, du matériel de protection, des espaces adaptés).
 - Définir des mesures d'isolement et de précaution qui ne prennent pas seulement en compte les risques sanitaires, mais également les risques mentaux et sociaux des résidents.
- Multiplier les centres de jour pour personnes âgées, en nombre insuffisant aujourd'hui, et qui permettent de combattre l'isolement social des seniors et soulager la charge des aidants-proches.
- Lutter contre la fracture numérique chez les plus de 65 ans :
 - Renforcer les plateformes d'échanges et d'aide intergénérationnelles entre citoyens bénévoles et seniors en demande.
 - Développer et renforcer les espaces publics numériques destinés aux seniors dans les communes.
 - Offrir des espaces où les seniors peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé dans leurs démarches numériques.

À L'ÉGARD DES PERSONNES SANS-ABRI

- Lutter contre le sans-abrisme, les personnes sans-abri ayant été visibilisées par la crise, et particulièrement impactées par les mesures de confinement :
 - Maintenir et augmenter les hébergements d'urgence ouverts toute l'année, de nuit et de jour, afin que l'accompagnement des personnes soit plus qualitatif et plus digne.
 - Augmenter le nombre de logements accessibles à Bruxelles.
 - S'assurer que les besoins de base (soins, hygiène, alimentation) soient couverts en toutes circonstances chez les personnes en rue et en logement précaire, désigner et financer des services responsables en contexte de crise.
 - Renforcer la lutte contre les expulsions de logement, augmenter les solutions de relogement.
 - Renforcer l'accès aux droits des personnes sans-abri.
- Prévoir des dérogations pour les mesures sanitaires à appliquer aux personnes sans-abri en contexte sanitaire.

À L'ÉGARD DES JEUNES DES QUARTIERS PRÉCARISÉS

- Lutter contre la cristallisation des tensions entre les forces de police et les jeunes de quartiers précarisés :
 - Mettre en place des dispositifs de collaboration et d'échanges entre les intervenants médico-sociaux de première ligne et les services de police ou de sécurité, afin que les dynamiques mutuelles soient connues et comprises des uns et des autres. Éviter ainsi que les interventions des deux types d'acteurs ne soient contreproductives et ne détériorent les acquis de terrain.
 - Augmenter la présence des métiers de prévention (éducateurs de rue, médiateurs, etc.) dans ces quartiers et élargir leur couverture horaire.
 - Renforcer les missions préventives et diminuer les interventions répressives de la police en vue d'améliorer leur acceptation dans la population jeune.
 - Privilégier la mobilisation d'unités de police de proximité, plutôt que des brigades d'intervention régionales, moins bien acceptées dans les quartiers.
 - Formaliser et élargir le métier de «régisseur de quartier», qui fait le lien entre police, services communaux et population.
- Flexibiliser le recours aux espaces publics extérieurs, faciliter leur exploitation.
 - Investir massivement dans les infrastructures externes et leur entretien.
 - Prévoir des assouplissements pour les services ambulatoires d'aide à la jeunesse actifs dans les milieux de vie, et ainsi pallier le manque d'accès aux espaces de lien (tels que les maisons de jeunes, les locaux communautaires, les salles de sport, etc.).

3.2. CONCERNANT LES CONDITIONS DE TRAVAIL MÉDICO-SOCIAL DE PREMIÈRE LIGNE

- Cadrer et adapter les dispositions de télétravail au secteur médico-social de première ligne :
 - Mobiliser les instances gouvernantes pour mener un dialogue social sur les conditions de télétravail dans les secteurs médico-sociaux. Réglementer la mise-en-pratique du télétravail, afin qu'elle réponde aux demandes du terrain et aux innovations technologiques.
 - Lutter contre les inégalités de travail créées par le télétravail, entre travailleurs pour lesquels le télétravail est possible et travailleurs de terrain qui ne peuvent en faire. Prévoir des dispositifs de compensation aux inégalités engendrées (tels que des primes de risque ou des congés compensatoires).
 - Adapter les analyses de risque et les bilans de santé pour les métiers de première ligne dans l'impossibilité de bénéficier de télétravail (même partiel), mettre du matériel de protection à disposition en suffisance, et ainsi lutter contre le sentiment d'insécurité des travailleurs.
- Valoriser le travail des intervenants non hospitaliers qui ont continué à exercer leur métier sous haute tension et qui n'ont pas pu être mis en dispense ou en télétravail pendant la crise, tels que le personnel des MRS, les aides et soins à domicile, les travailleurs sociaux, les éducateurs de rue :
 - Visibiliser, considérer et faire reconnaître leurs efforts et leurs conditions de travail difficiles, par les directions, la hiérarchie directe, et par les instances gouvernantes.
 - Éviter l'«instrumentalisation» des forces de travail de terrain «disponibles» pour réaliser des tâches qui sortent de leurs missions de base (telles que certaines missions de prévention de la Covid). Assurer qu'ils puissent remplir en priorité leurs missions d'urgence sociale et médicale. Offrir aux travailleurs la possibilité de se rendre disponibles sur base volontaire pour des tâches exceptionnelles propres à un contexte pandémique.
 - Consulter et concerter davantage les intervenants médico-sociaux de première ligne dans les instances décisionnelles de crise, pour garantir une plus grande cohérence et faisabilité des mesures sur les terrains d'actions, et lutter contre la méfiance générée par des décisions prises dans des logiques descendantes.

- Gérer l'anxiété des travailleurs médico-sociaux de première ligne en temps de pandémie :
 - Outiller les travailleurs sociaux concernant l'appréhension et la maîtrise de ressentis ambivalents générés par le contexte de crise (la peur de se mettre en danger en se rendant au travail, contre la frustration attachée à l'inaccessibilité du terrain d'action et la nécessité de maintenir le lien avec le public).
 - Augmenter les capacités décisionnelles des travailleurs dans un contexte caractérisé par des enjeux anxiogènes et contradictoires.
- Outiller les travailleurs sur la gestion des fausses informations (fake news) et des théories complotistes auxquelles les travailleurs de terrain (infirmiers, assistants sociaux, éducateurs,...) sont particulièrement exposés. Les outiller pour argumenter efficacement, et identifier les sources d'information «frauduleuses».

3.3. CONCERNANT LES COMMUNES ET LES CPAS

- Plusieurs administrations communales ont mis en place des call-centers généralistes pendant le premier confinement, en vue de répondre aux besoins et demandes des riverains. Ces dispositifs ont prouvé leur utilité. Dès lors, ils doivent être déployables rapidement en cas de besoin, et mutualisables, pour une meilleure utilisation des ressources et moyens nécessaires à leur déploiement et éviter que chaque commune ne réinvente la roue. Les mécanismes de mise en place de ces dispositifs doivent être capitalisés et les personnes ressources identifiées au préalable.
- Prévoir, actualiser et activer régulièrement un plan de contingence d'urgence en contexte de crise sanitaire qui pallie les arrêts d'activités et de services, réorganise les services communaux en fonction des priorités en contexte de crise sanitaire, et identifie clairement les acteurs et responsabilités à activer. S'inspirer des planifications d'urgence et procédures existantes ainsi que des diagnostics communaux (diagnostic social santé, diagnostic de cohésion sociale, diagnostic local de sécurité) et des acquis retirés de la crise actuelle.
- Renforcer le rôle de soutien des services support (finances, ressources humaines, administratif, infrastructures, etc.), leur déléguer des tâches administratives pour alléger les services de première ligne, lutter contre les dérives contrôlantes des services support.
- Dans chaque commune, renforcer le recours auprès des forces vives citoyennes :
 - Offrir un cadre et une organisation de mise en lien entre demande d'assistance et offre d'aide entre citoyens. Cela permettra de soulager la pression sur les services communaux, en particulier les services de prévention.
 - Répertorier et identifier les dispositifs d'aide citoyens ou privés qui reposent exclusivement sur du bénévolat, et estimer le nombre de bénéficiaires suivis par ces structures, et leurs activités.
- Prévoir plus d'échanges et de communication entre les communes, et leurs différents départements, afin de mieux répartir les efforts, et assurer que les différents services se connaissent mieux.
- Combattre le malaise professionnel et lutter contre l'absentéisme, et ce en particulier au sein des équipes sociales des CPAS. La crise a particulièrement mis en exergue la réalité vécue par les assistants sociaux de services sociaux généraux de CPAS, qui ont été mis à rude épreuve pendant la crise. Conjointement, il y a eu en même temps une prise de conscience collective de la nécessité et de l'intérêt de leur mission sociale. Pour ce faire :
 - Diminuer la pression des travailleurs en renforçant leurs effectifs et en diminuant le nombre de dossiers par assistant social.
 - Augmenter leurs marges de manœuvre et leur autonomie, et alléger et simplifier leurs tâches administratives. Flexibiliser les mécanismes de contrôle interne et octroyer davantage de responsabilités aux assistants sociaux dans la gestion de leurs dossiers.

- Consulter leurs avis et leur expertise professionnelle de manière régulière, les impliquer dans les changements institutionnels et les propositions d'améliorations de leurs services.
- Renforcer les dispositifs de soutien psychosocial à destination de ces travailleurs (interview, cellule d'accompagnement psychosocial, etc.).
- Offrir un cadre de travail sécurisant : une approche flexible du télétravail, un outillage informatique adéquat et disponible, des procédures claires et justes, du matériel de protection disponible.

3.4. CONCERNANT LA PRÉVENTION DE LA COVID

- Améliorer la communication et les campagnes de prévention à l'attention des populations marginalisées en contexte pandémique :
 - Éviter les messages de masse, culpabilisants et moralisateurs.
 - Soumettre les messages de prévention à un système de consultation citoyenne, avec des critères de représentativité des publics marginalisés et précarisés.
 - Faire valider la nature et le contenu des messages par le secteur de promotion de la santé de Bruxelles.
 - Tenir compte des besoins prioritaires (économiques, sociaux et sanitaires) des populations précarisées, à faire entrer en balance avec les mesures sanitaires.
 - Repenser les messages de prévention pour qu'ils soient appréhendables par une population fragilisée, ne maîtrisant pas l'une des langues nationales ou en déficit de littératie en santé. Privilégier des messages clairs, ciblés, simples et neutres.
 - Sortir de la logique de marketing dans les efforts de prévention.
- Améliorer la concertation intersectorielle au sein des instances gouvernantes des différents pouvoirs subsidiants ou référents au sujet des directives produites :
 - Augmenter la représentativité et l'expertise du secteur social dans les instances décisionnelles de crise, telles que le GEMS.
 - Lutter contre la contradiction et l'incohérence des mesures émanant d'organes différents mais affectant les mêmes services. (Exemple : incohérence entre le fait qu'il a été possible d'ouvrir de l'accueil de jour pour un public adulte sans-abri pendant le confinement, mais il n'a pas été possible de faire du collectif en intérieur avec des adolescents de plus de 12 ans. Incohérence entre la possibilité de prendre les transports en commun et l'interdiction de se rendre au cinéma).
- Garantir des temps de livraison de résultats de test de dépistage les plus courts possibles. Proposer un remboursement des tests par les mutuelles et un plafond pour leur prix. Distribuer les tests PCR et les tests antigéniques localement.
- Réduire les inégalités sociales de santé générées par le Covid Safe Ticket en remboursant les tests PCR et antigéniques, et en facilitant leur accès localement, puisque l'objectif poursuivi est de lutter contre la contamination, et non de stigmatiser les personnes non vaccinées.
- Proposer une définition de cas contacts claire et opérationnelle, qui tienne compte de la nature humaine et des comportements conscients et mesurables par des êtres humains. (15 mins à 1m50 de distance : ces mesures sont difficilement applicables et génèrent de la confusion quant à l'identification des cas contacts).
- Flexibiliser le recours aux espaces publics extérieurs, faciliter leur exploitation en contexte de crise, surtout dans les quartiers les plus denses, car ils pallient la fermeture des espaces de liens classiques (maisons de jeunes, salles de sport, etc.). Ne pas trop limiter la taille maximum de la bulle en extérieur (ne pas descendre en dessous de 5 personnes).

4.

CONCLUSION

RÉORIENTER LES POLITIQUES DANS UNE PERSPECTIVE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ POUR RENDRE LE CADRE PLUS OPÉRATIONNEL

Agir dans une finalité de réduction des inégalités sociales de santé et d'asseoir la résilience des populations à faire face à une pandémie s'effectue selon quelques principes fondamentaux.

En santé publique, l'expertise qui conduit à la prise de décision politique doit être pluridisciplinaire et chaque discipline doit être représentée de manière équilibrée (Mansour et al. 2021). Cette nécessité se base, notamment, sur le fait que la connaissance de toute discipline est relative et nous offre un regard sur la pandémie, mais aucune discipline ne peut prétendre à un savoir universel sur la pandémie. Si nous nous centrons sur l'épidémiologie, qui a été fort sollicitée au cours de cette crise, son apport est évidemment indéniable pour aborder une pandémie, mais se révèle insuffisant pour prendre des décisions éclairées qui concernent les conduites humaines. Elle nous permet, notamment, de mesurer l'efficacité probable d'une politique via le suivi de l'évolution de la maladie, mais se révèle insuffisante pour saisir les conditions d'efficacité de cette politique. Elle nous permet aussi d'identifier des groupes à risque, mais ne nous est d'aucune aide pour savoir comment intervenir sur ses groupes à risque, pour comprendre les raisons sous-jacentes à cette prise de risque et les différents enjeux qui se cachent derrière ses groupes. Les données sanitaires sont certes cruciales en temps de pandémie, mais insuffisantes pour asseoir une prise de décision politique éclairée (Stanton-Jean 2020). Par ailleurs, l'expertise unidisciplinaire n'est pas neutre, elle est porteuse d'un cadre idéologique et normatif. La surveillance épidémiologique, par exemple, peut se concevoir comme un système de «contrôle de la vie de l'individu et de sa famille, y compris ce qu'il y a de plus intime, au nom du bien-être de la communauté», peut être encline à voir la personne comme dépourvue de connaissances et de capacité à gérer sa vie, peut avoir tendance à considérer les besoins sanitaires comme surpassant les besoins réels des populations. Cette surveillance est utile et nécessaire et elle l'est, d'autant plus, qu'elle ne reste pas cloisonnée à un savoir clinique (Santos et al. 2010). En ce sens, ce n'est pas la démarche épidémiologique qui est questionnée ici, mais son utilisation à des fins normatives et idéologiques. La transmission d'une information centrée sur quelques données à risque (taux de vaccination, proportion des personnes adoptant les gestes barrières, admissions aux soins intensifs, etc.) n'est pas anodine. Elles nous donnent une image tronquée et plus menaçante de la maladie dans la mesure où la réappropriation individuelle et collective est en partie «indépendante» de son existence dite objective (Kmiec et al. 2014). Cette réappropriation n'est pas sans conséquences sur les populations qui évaluent les injonctions et les mesures prises sous le prisme de cette «subjectivité» (réserves alimentaires faites par une partie de la population en début de pandémie, parents anxieux qui refusent que leurs enfants retournent à l'école, individus développant un sentiment de manipulation en confrontant l'image véhiculée par les médias à leur vécu personnel de la maladie, personnes se détournant des médias traditionnels en raison de l'anxiété produite par les informations qu'ils diffusent, etc.). Les mesures créent un effet anxiogène auprès d'une partie de la population qui n'a pas nécessairement la possibilité d'avoir un regard distancié et critique à l'égard de ces chiffres, qui va être prédisposé à combler l'angoisse produite (Barras 2021) en ayant recours à d'autres informations, parfois peu objectives, pour se recréer un cadre sécurisant. En outre la qualité de l'expertise doit être garantie. Cette qualité n'est pas qu'une question de compétences, elle est liée, dans une perspective de santé publique, à l'indépendance des experts et doit être conduite par des personnes qui n'ont aucun intérêt financier, sectoriel et institutionnel par rapport à l'orientation des mesures

prises par les autorités. En outre, «toutes les expertises doivent être publiées de façon à ce que la population puisse disposer des éléments qui ont amené à prendre telle ou telle décision» (Mansour et al. 2021). Derrière l'interdisciplinarité, l'indépendance et la neutralité de l'expertise, c'est aussi la crédibilité de l'expertise auprès de la population qui est en jeu et la nécessaire soumission du savoir scientifique à l'examen des pairs, au débat scientifique pour le valider et le faire évoluer.

Les mesures prises doivent être adaptées au contexte de l'intervention propre aux populations vulnérables. Trop souvent, la non-adhésion de la population aux mesures préconisées par les «experts», qui occupent le devant de la scène de cette crise, est interprétée comme un manque de connaissance. Il suffirait donc d'utiliser les différents canaux d'informations pour transmettre cette connaissance et voir la population adhérer aux mesures. Or, si l'information est nécessaire, elle est souvent insuffisante pour générer de nouveaux comportements et ce, plus particulièrement, concernant les populations les plus vulnérables dont les conditions de vie ne leur permettent pas toujours de respecter les mesures prises (fracture numérique, capacité économique d'adopter les comportements de protection, gestion de l'anxiété, logement exigu, etc.). Ces inégalités s'inscrivent aussi, pour une part, dans un manque de confiance envers les autorités, perçues comme déconnectées de leur vécu. Ce manque de confiance touche aussi, dans une moindre mesure, les professionnels de la première ligne dont une part considère les mesures prises comme déconnectées de leur intervention. Ce décalage entre les mesures prônées par les autorités et les professionnels de première ligne semble, en partie, trouver sa source dans la manière d'appréhender les personnes lors de cette crise sanitaire. Les professionnels, et plus spécifiquement ceux du secteur social, ont davantage une approche globale de leurs usagers, les considérant dans leur dimension physique, mentale et sociale alors que les autorités fédérales ont davantage une approche focalisée des citoyens, centrée sur la maladie et donnant une primauté à la dimension physique de la santé sur les autres dimensions. Les principes de légitimité sur lesquels se fondent leurs actions ne sont donc pas les mêmes et, derrière cette différence, c'est la légitimité des autorités fédérales et des experts conseillant les autorités qui est questionnée. Si une primauté de l'expertise des sciences médicales sur les autres expertises sectorielles est plus commode pour faire face à la difficile gestion d'une urgence pandémique, sa perdurance pose des questions à plus d'un titre tant d'un point de vue sociétal, scientifique et pratique. Elle revient en quelque sorte à minimiser le fait qu'une crise sanitaire et sa gestion par les autorités touchent toutes les dimensions de la vie des citoyens, que la pandémie et les mesures prises ne sont pas qu'une question de contrôle d'une maladie, que ces dernières concernent aussi des enjeux fondamentaux de libertés individuelles, de droits des personnes et des patients, de protection des citoyens et de choix sociétaux. Elle axe surtout la prise de décision sur le contrôle d'une épidémie, sur laquelle la connaissance n'est pas arrêtée, et sur la capacité des urgences médicales à y faire face. Elle accorde, par contre, une moindre importance aux expertises, à même de mieux comprendre le processus d'adhésion des populations aux mesures prises (Mansour et al. 2021). Une bonne partie des professionnels rencontrés rejoignent ainsi les principes de gestion d'une épidémie telle qu'elle devrait se concevoir dans une démarche de santé publique et de promotion de la santé, où la santé est considérée dans ses multiples dimensions et où l'action cible aussi les facteurs qui influencent cette santé (les conditions de logement, les liens construits entre les professionnels et leurs usagers, l'accessibilité des services, les compétences psychosociales, les croyances qui guident les comportements, etc.). Or, les conditions pour agir dans une telle perspective font en partie défaut (impossibilité de travailler en réseau, approche de plus en plus segmentée de l'utilisateur, inaccessibilité des services de première nécessité, campagnes de communication de masse, etc.) avec ses conséquences à court, moyen et long terme sur la santé mentale, sociale et physique des personnes vulnérables. Ces conséquences en appellent à redéfinir un cadre d'actions «sensées» et adaptées aux populations vulnérables en situation de crise pandémique qui permet, non seulement, de promouvoir les comportements de protection spécifiques à la maladie de pandémie, mais également, d'intervenir sur les facteurs qui déterminent le respect de ces comportements (conditions de logement, problèmes financiers, tensions intrafamiliales, etc.), de réinscrire l'approche épidémiologique dans une perspective de santé publique, de replacer la gestion de l'épidémie dans une perspective de réduction des inégalités sociales et de renforcement de la capacité d'action des personnes et populations qui passe, notamment, par la confiance qu'elles ont envers les autorités et la capacité des autorités à les prendre en considération dans les mesures prises, à requestionner le cadre qui préside et oriente la prise de décision politique, etc.

Derrière l'urgence sanitaire et sa nécessaire régulation à court terme, il y a donc aussi l'urgence de maintenir ou plutôt restaurer la cohésion sociale, d'élaborer des interventions qui ont des effets pérennes afin que, dans l'avenir, une crise sanitaire similaire soit plus facile à vivre qu'aujourd'hui. Créer de nouvelles synergies entre les disciplines et les secteurs, travailler ensemble de manière coordonnée et concertée, développer des démarches participatives, qui ont fait leurs preuves (Wallerstein et al. 2006, 2018), en impliquant les

populations dans la résolution de la situation ne se fait pas du jour au lendemain. Ces logiques d'intervention sont le fruit d'un travail qui s'est construit dans le temps, qui a lui-même été, plus ou moins, impacté par les mesures de régulation de la propagation de la Covid et qui mérite d'être mieux pris en compte et activé en situation de pandémie. Elles en appellent à redéfinir les services de première nécessité dont l'accès physique est essentiel en temps de crise pour éviter un accroissement des inégalités sociales de santé, une surcharge de travail des professionnels restés sur le terrain, une meilleure prise en compte de l'impact de la crise de la Covid et de sa gestion sur les différentes dimensions de la vie des populations vulnérables. Cette crise a des conséquences mentales et sociales qui impactent les populations vulnérables avec un risque de les mettre en situation de ne plus maîtriser les règles de vie en société, de les placer pour les uns en retrait de la vie sociale, d'adopter une attitude d'abandon à l'égard des prescrits sociaux et de s'opposer, pour les autres aux règles sociales, de s'inscrire dans une attitude de transgression envers les prescrits sociaux (Favresse 2007). Il est vraisemblablement important de prendre des décisions pour interférer sur ce processus de fragilisation sociale liée au contexte pandémique, à sa gestion et empêcher que ces conséquences deviennent irréversibles pour les populations les plus fragilisées en (re)donnant à ces populations un rôle social, en leur permettant de rebondir et de reprendre une place active dans nos sociétés.

Plus spécifiquement, concernant les intervenants, il faut une nécessaire congruence entre l'exercice de leurs missions et des sollicitations des autorités en temps de crise. Cette conciliation en appelle à repenser les métiers essentiels en leur permettant d'assurer leurs missions de base dans des conditions suffisantes de protection ; à définir avec les professionnels, sur base de l'expérience présente, des directives claires à adopter dans le cadre d'une nouvelle pandémie ; à préciser avec eux, dans une logique de complémentarité, le rôle que chacun peut jouer en fonction de sa profession. Les modifications incessantes dans les directives engendrent des phases de construction-déconstruction des actions de prévention qu'il est primordial d'éviter autant que possible.

Par ailleurs, à côté des publics vulnérables, il importe aussi de prendre en compte que nos populations sont moins qu'autrefois soumises à l'autorité, qu'elles sont capables d'analyser, de penser librement, de s'affranchir des normes sociales et culturelles pour mettre en place des stratégies innovantes. Ne pas prendre en compte ces changements et miser principalement sur des stratégies de gestion construites sur une forme d'«obéissance sociale», sur le présupposé d'un intérêt général présent au sein de la population, c'est aussi risquer de voir, au sortir de la pandémie, le fossé entre les politiques et la population s'agrandir, la méfiance envers les pouvoirs publics s'accroître, de nouvelles formes de contestations sociales émerger.

La pandémie est venue interférer sur le changement de paradigme de l'intervention psycho-médico-sociale, en cours depuis plusieurs décennies, et l'un des enjeux de demain est de redonner une place plus importante à ce paradigme en tablant davantage sur des stratégies d'action participatives, construites avec les populations, mobilisant des démarches élaborées de manière intersectorielle et fondées sur des savoirs interdisciplinaires, alliant approche quantitative et qualitative. Cette dernière permet d'aller au-delà du caractère souvent «insensé» d'une appréhension chiffrée des conduites alors que ces comportements prennent tout leur sens lorsqu'ils sont «saisis de l'intérieur, resitués dans leur contexte» (Van Campenhoudt 2007). En matière d'intervention, il est donc important d'aller aussi à la rencontre des professionnels et des populations pour mieux saisir la manière dont ils se réapproprient le vécu de la pandémie, la manière dont leurs conduites émergent dans des contextes spécifiques (quartier, milieu professionnel, festival, famille, etc.) et s'inscrivent dans des dynamiques comportementales sensées et logiques.

5.

BIBLIOGRAPHIE

BANSE E., BIGOT A., DE VALKENEER C., LORANT V., LUMINET O., NICAISE P., SMITH P., TUBEUF S., WUILLAUME A., Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la pandémie du coronavirus en Belgique, *Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain*, 2020.

BARRAS C., Prévention menaçante, prévention prévenante : regards anthropologiques sur un concept polysémique, in *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 94:4-8, 2021.

BROOKS S. K., WEBSTER R. K., SMITH L. E., et. AL., The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, in *Lancet*, n°395, 2020.

BYK C., La pandémie de Covid-19 : un choc salutaire dans le contexte d'une crise de l'urgence, de l'autorité et de la liberté ? in *Droit, Santé et Société*, 1:4-10, 2020.

COUTELLE L., SCHMID A.-F., «La difficile construction d'un commun dans les sciences. Crise pandémique et éthique de la recherche», *Natures Sciences Sociétés*, 2020/3, 28:214-215.

DENOËL T., GHALI S., Éviter le décrochage d'une génération, *Le VIF*, numéro 07, 18 février 2021, p.15.

FAVRESSE D., Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, Dossier : «Précarité et réseaux», 45:2-7, 2007.

GILBERT C., De l'affrontement des risques à la résilience. Une approche politique de la prévention, in *Communication et langages*, 176 : 65-78, 2013.

GONÇALVES M., Entre le malaise des uns et la souffrance des autres, reste-t-il une place pour la contestation ? in *Journal du Droit des Jeunes*, n°314, avril 2012.

HACHAR-NOË N., BASSON J.-C., Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé, in *Innovations*, /3, 60:121-144, 2019.

KMIEC R. et ROLAND-LEVY C., «Risque et construction sociale : une approche interculturelle», *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2014/1, 101:69-99.

MANSOUR Z., CHAUVIN F., FALIU B., L'expertise sanitaire en temps de crise, in *La santé en action*, 456:15-19, 2021.

NOËL L., Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise, *Brussels Studies*, n° 157, 2021.

RENS E., SMITH P., NICAISE P., LORANT V. and VAN DEN BROECK K., Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study, *Front. Psychiatry*, 2021.

SANTOS S.S.B.S., MELO C.M.M., PERREAULT M., «Idéologies des personnels de santé dans la conception de la surveillance épidémiologique», *Pratiques et Organisations des Soins*, 2010/2, 40:143-149.

STANTON-JEAN M., Le savant et le politique. La prise de décision en temps de pandémie : que s'est-il passé au Québec (Canada) ? in *Droit, Santé et Société*, /1, 1:63-67, 2020.

STAVART C., Crise sanitaire : les femmes en ont plus souffert, *Le Journal du Médecin*, N°2670, 2021.

TATTI D., GUILLAIN C., JONCKHEERE A., Répression des infractions en temps de COVID-19 : nul n'est censé ignorer la loi ? , *L'Observatoire : le Social Sous la pression du Covid* /2, n°106, 2021.

TISSERON S., Facilités et pièges de la communication à distance : les leçons du confinement, in *Droit, santé et société*, /2, 2:35-40, 2020.

UNIA, Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve, www.unia.be, 2020.

VAN CAMPENHOUDT L., Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux, Dunod, Paris, 2007.

VAN REETH C., Coulez jeunesse, in *Alter Echos*, janvier 2021.

WALLERSTEIN N., What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006.

WALLERSTEIN N., WIGGINS N., «L'empowerment améliore l'état de santé de la population», in *La Santé en action*, 446:10-14, 2018.

CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ

