

L'Infolettre du Centre doc

N° 9 :



Voici le neuvième numéro de l'Infolettre du Centre doc. En raison de l'actualité de la crise sanitaire que nous connaissons, ce numéro est particulier dans sa présentation.

NUMERO SPECIAL : Pandémie de COVID 19: quels impacts pour la promotion de la santé.

Ce document vise à synthétiser les publications les plus récentes sur l'impact de la pandémie du coronavirus pour la promotion de la santé. L'objectif est de questionner comment cette épidémie nous amène à reconsidérer les bases et les stratégies en promotion de la santé, notamment à destination des publics les plus vulnérables.

La pandémie du virus du SRAS-COV-2 a surpris la totalité des pays du monde entier dans sa rapidité de propagation sans distinction de genre, d'âge ou de statut socioéconomique, à la différence de la majorité des maladies non transmissibles. En seulement deux mois, le coronavirus est passé d'une menace lointaine à une pandémie mondiale doublée d'une inévitable récession, qui affecte toutes les facettes de notre société. Si cette crise inédite oblige l'ensemble de la population à faire des sacrifices, certains groupes sociaux sont plus touchés que d'autres.

Alors que chaque pays tente de manière désespérée de contenir la prolifération du virus et la diffusion de la maladie COVID-19 qu'il déclenche, des mesures urgentes de confinement et des stratégies barrières ont été imposées à la population entière. La menace d'une contamination généralisée, d'une part, avec ses conséquences en matière de diagnostic, de prise en charge médicale et hospitalière et d'autre part, la mortalité importante qui en est la conséquence la plus visible, posent un réel défi sur le plan de la gestion tant scientifique que politique de cette pandémie. Comme le précise Stephan Van den Brouckeⁱ, « **la santé (ou plutôt la menace d'une mauvaise santé) est devenue la préoccupation dominante qui prime sur toutes les autres questions, faisant de la santé dans toutes les politiques une réalité, mais pas de la manière prévue** ». (Traduction libre)

Les mesures prises se sont traduites par l'imposition d'une modification profonde de nos comportements comme en témoignent la distanciation physique ou l'adoption des gestes barrières. Alors que les spécialistes se donnent sans compter sur la gestion de la maladie et la lutte contre la surmortalité qui est associée, chaque individu se voit sous la contrainte de respecter les mesures sanitaires sous peine d'être sanctionné.

L'obligation, légitimée par la nécessité impérieuse de protection de la santé publique, dépasse la simple liberté de choix des comportements qui caractérise la majorité des recommandations générales de santé publique.

Ces mesures sont d'abord vécues par certains comme une restriction de leur liberté

avant d'être considérées comme une stratégie de protection individuelle et altruiste. La frustration du confinement peut également engendrer l'adoption d'autres comportements. Certaines études illustrent d'ailleurs un phénomène « compensatoire » par une augmentation de la consommation d'alcool et/ou de tabac, ainsi qu'un risque d'accroissement du surpoids et de l'obésité lié à une alimentation moins équilibrée et à la sédentarité.

L'initiation et l'augmentation de la consommation tabagique pourraient encore s'accroître en raison de l'effet préventif présumé de la nicotine sur les formes graves de la maladie. Il importe à ce sujet de rappeler que le tabac reste clairement plus « tueur » que « protecteur ». En effet, lorsque l'infection est confirmée, elle prend des formes plus sévères chez les fumeurs que les non-fumeurs.

Face à ces risques, **« la promotion de la santé peut contribuer à lutter contre la menace du virus CoV-2 à différents niveaux : en aval, en se concentrant sur le changement de comportement individuel et la gestion des maladies, au niveau intermédiaire par des interventions affectant les organisations et les communautés et en amont par des politiques d'information à destination de la population »** (Van den Broucke, *op.cit*).

Explorer les conditions d'apparition et de propagation de l'épidémie, les modes opérationnels de prise en charge des personnes infectées dans les institutions de soins ainsi que les précautions et l'accompagnement des malades lors de leur retour à domicile permet, selon cet auteur, de différencier les stratégies de promotion de la santé en suivant la trajectoire chronologique de la maladie.

Protéger les individus et la population de la contamination par le coronavirus en contenant sa propagation reste la priorité

de santé publique en l'absence d'un vaccin qui pourrait garantir l'immunisation individuelle et collective.

Dans ce contexte, il semble évident que pour faire face à la virulence et la dangerosité du virus, l'adoption de comportements de protection s'impose. Des recommandations ont été élaborées au début de l'épidémie pour favoriser sa prophylaxie.

Les premiers conseils ont été la distanciation physique (appelée à tort distanciation sociale) ainsi que le lavage régulier des mains et l'utilisation de mouchoirs jetables. Ces mesures ont ensuite été élargies au confinement en imposant la limite des déplacements aux activités essentielles sous peine de sanctions. Ces dispositions ont permis de limiter la propagation du virus. En Italie, le confinement a permis d'éviter 200 000 hospitalisations sur le seul mois de mars, selon une récente étude¹. Ces résultats doivent participer à dissiper le doute sur l'efficacité et la légitimité des mesures de confinement.

Force est de constater que si la majorité des personnes se sont soumises à cette obligation, le respect tente à s'estomper avec le temps, notamment avec la diminution du nombre de nouveaux cas (incidence) et la perspective d'un déconfinement progressif. Le virus reste pourtant bien présent et actif.

Il importe de se construire une réelle représentation de la menace associée à ce coronavirus. En effet, les premières informations "officielles" relatives au virus le comparaient à une "simple" épidémie de grippe, ce qui a perturbé la construction de la représentation que chacun pouvait se faire de sa dangerosité et de sa virulence.

L'adoption de comportements inhabituels nécessite préalablement **la prise de conscience de sa propre vulnérabilité par**

rapport aux risques et complémentarément une volonté altruiste de protection de la population en général. Mais cette prise de conscience ne suffit pas toujours.

Plusieurs obstacles peuvent intervenir pour compromettre l'adoption des recommandations.

1. La surmortalité importante concerne toutes les tranches d'âge. Or, les informations épidémiologiques soulignent que cette mortalité touche particulièrement les personnes les plus âgées dans notre société. Le fait que cette surmortalité est inégalement répartie en fonction de l'âge au sein de la population modifie la perception du risque. Elle peut s'avérer très variable en fonction de l'appartenance à certaines tranches d'âge. Pensons notamment aux adolescents.

2. Certaines catégories de population ont davantage de difficultés à accepter un confinement total en raison de l'importance qu'ils accordent à la vie sociale dans leur trajectoire de vie. La réalité varie pour chaque personne en fonction de son milieu de vie, de son habitat, de ses conditions de vie. Il est plus facile d'accepter ces nouvelles contraintes en présence d'un jardin, d'un espace qui permette à chacun de s'épanouir dans un espace qui lui est spécifique.

3. La pandémie actuelle confronte aussi à la violence de la séparation forcée, parfois sans espoir de retrouvailles, avec les plus âgés et les malades. Elle contraint à être confiné avec ses proches, et cette proximité est pour certains insupportable. **Dans un cas, trop d'éloignement, dans l'autre trop de présence. C'est donc aussi une crise du rapport à l'autre qui apparaît.**

Quelle est la bonne distance ? La pandémie dévoile en effet le besoin essentiel de ne pas laisser mourir nos proches seuls, sans leur dire combien ils comptent pour nous. Inversement les huis clos imposés au sein des familles révèlent les failles relationnelles, l'étouffement à vivre sans marge, sans silence, sans intimité. Cette séparation imposée, si elle présente l'avantage de garder à distance le virus, éloigne aussi ceux qu'elle est censée protéger. L'angoisse de séparation ou le besoin impérieux de maintenir le lien social, intervient, dans son combat, comme une faille dans le respect des règles imposées.

4. Le port du masque, même s'il n'est pas rendu obligatoire, à l'exception des transports en commun, peut également être perçu comme une difficulté supplémentaire. Son efficacité est souvent remise en question en raison des déclarations contradictoires qui ont notamment été faites au sein du monde politique. Il est pourtant reconnu par le milieu scientifique comme un moyen d'empêcher la transmission de ce coronavirus humain, comme en attestent l'étude de Leung et al.ⁱⁱⁱ, la recherche menée par Liang et al.^{iv} ainsi que la revue de littérature effectuée par Greenhalgh et al.^v.

Le Haut Conseil de Santé Publique France précise à ce sujet, que le port d'un masque grand public, répondant aux spécifications normatives, qu'il soit fabriqué par des industriels ou par des particuliers, est une mesure complémentaire aux mesures de distanciation physique, des autres gestes barrières, d'hygiène des mains, d'aération des locaux et de nettoyage-désinfection des surfaces. Le port du masque grand public trouve une justification en population générale pour des espaces clos, notamment mal aérés ou insuffisamment ventilés ou en

milieu extérieur si la distance physique ne peut être respectée ou garantie.

Le manque d'adhésion à ces recommandations est perçu (voire désigné) comme irresponsable, souvent même comme empreint d'égoïsme dans le cadre d'une pandémie. Or, comme le précise Van den Broucke (op. cit), ce n'est pas nécessairement le cas.

Pour lui, modifier son comportement ne répond pas à la seule exigence d'appliquer des recommandations basées sur des risques. Il fait référence à plusieurs théories d'analyse du changement de comportement pour souligner qu'un changement de comportement répond à quatre exigences :

- Le **sentiment de vulnérabilité** associée au risque (le fait d'être potentiellement atteint par le virus)
- La **perception d'une menace** suffisamment grave et sévère
- La **perception de l'efficacité** du comportement préventif pour réduire la menace
- La **croissance dans la capacité** à adopter le comportement.

Par ailleurs, un surplus ou une exacerbation de l'anxiété peut générer des stratégies **d'évitement cognitif** qui minimisent la menace perçue. Dans le même esprit, le **dénisme**, un phénomène également connu sous le nom de résistance au savoir, est une attitude qui tend à nier toute réalité aux faits scientifiques et à rejeter les recommandations qui en découlent. Ce phénomène est bien connu dans le contexte de la vaccination. Il a d'ailleurs été réactivé récemment par la perspective d'une vaccination de masse comme seul moyen d'éradiquer la maladie associée au coronavirus.

S'appuyant sur des principes de changement de comportement largement acceptés, Michie et al. (2020) font les recommandations suivantes pour réduire la transmission du COVID-19 dans la population :

i. **motiver les gens à adopter un comportement préventif** en leur présentant une justification claire, de préférence sous la forme d'un modèle mental du processus de transmission ;

ii. **créer des normes sociales** qui encouragent les comportements préventifs, à travers des campagnes ciblant l'identité de soi des gens et en amenant les gens à se donner mutuellement des rétroactions ;

iii. **créer le bon niveau et le bon type d'émotion** en associant les avertissements de santé à des conseils concrets pour une action de protection ;

iv. **donner des conseils sur la façon de remplacer les comportements à risque par des comportements plus efficaces**, plutôt que de simplement demander de les interrompre, et enfin,

v. **faciliter l'adoption du nouveau comportement**, par exemple en l'intégrant dans des routines existantes.

Le rôle de l'information est central dans le processus de changement de comportement. Van den Broucke rappelle que la collecte d'informations sur la santé est un **processus cognitif actif**.

Pour s'informer sur le virus et les moyens de se protéger, les gens sélectionnent activement des sources d'information et des informations à l'intérieur de ces sources, dont certaines peuvent être contradictoires.

La théorie du traitement de l'information rappelle que cette sélection est influencée par le contexte, les émotions et l'attention sélective, introduisant ainsi un biais de sélection potentiel par lequel plus d'attention

est accordée à certaines informations qu'à d'autres.

L'attention sélective consiste à rechercher des informations qui confirment les croyances déjà détenues et à ignorer ou à rejeter les informations qui contredisent ces croyances.

D'autres **biais** dans la recherche, la sélection et le traitement de l'information s'ajoutent à cette sélection.

Dans le contexte de la crise COVID-19, les plus importants sont peut-être les biais **d'information négative** (c'est-à-dire la tendance à accorder plus d'importance aux informations négatives qu'aux informations positives, entraînant une « pensée catastrophique »), les biais **d'information positive** (c'est-à-dire la tendance à se considérer comme moins à risque de conséquences négatives, provoquant un « optimisme irréaliste»), et **un biais de familiarité ou de récence** (c'est-à-dire que les choses familières ou récentes sont plus facilement récupérées dans la mémoire et donc plus facilement considérées comme « vraies »).

Comme la majorité des informations sur le coronavirus sont également diffusées via les médias sociaux, il existe un risque supplémentaire que de fausses informations soient consultées et prises pour véridiques.

Parmi les « mythes » persistants chez certaines personnes, survit la conviction selon laquelle le virus a été fabriqué en laboratoire.

Ces fausses croyances peuvent être renforcées sous la forme d'un consensus mensonger par la multiplication des partages sur les médias sociaux, conduisant à l'effet de « chambre d'écho » ou « illusion de vérité », ce qui implique essentiellement que les informations souvent répétées ont tendance à être plus facilement interprétées et reconnues comme vraies.

Le recours et l'utilisation d'internet en vue d'accroître sa connaissance biaisent donc la collecte d'informations. Les mots clés utilisés

opèrent un premier biais de sélection dans la quantité de ressources disponibles, sans compter le rejet des sites qui ne confirment pas les connaissances déjà acquises ou considérées comme plus facilement acceptables (individuellement et socialement).

La propagation des « fake news » sur les réseaux sociaux est une manifestation de cette sélection et de cette distorsion de la connaissance scientifique dans la perspective de rendre la « réalité » plus acceptable pour ces auteurs et ceux qui relayent et partagent ces fausses informations.

Van den Broucke précise que **« si la prévention de la propagation du COVID-19 repose largement sur l'information et l'encouragement de la population à adopter des comportements de protection, ces efforts peuvent être plus efficaces si les conseils d'experts sont combinés avec les connaissances des communautés locales.**

L'expérience de la réponse à l'épidémie d'Ebola dans les pays africains montre que dans un environnement de confiance, les partenaires communautaires peuvent aider à améliorer la compréhension des protocoles de contrôle des maladies. Il leur est même possible de suggérer des changements modérés qui reflètent mieux les sensibilités de la communauté sans compromettre la sécurité sanitaire.

Une telle approche empêche la stigmatisation et les réponses suscitées par la peur parmi les personnes, les familles et les communautés affectées.

Ces sentiments peuvent en effet entraver les efforts de prévention, mais s'ils sont utilisés à bon escient, ils peuvent aussi agir comme un puissant levier pour améliorer l'adhésion et mobiliser l'engagement communautaire ». (Traduction libre)

Pour cet auteur, « *la promotion de la santé a une longue tradition dans l'aide aux organisations et aux communautés à accroître le contrôle sur les facteurs qui définissent la santé. La Charte d'Ottawa souligne l'importance de l'action communautaire, dans le sens de l'évaluation des besoins, de la définition des priorités, de la planification conjointe, du renforcement des capacités, du renforcement des partenariats locaux, du travail intersectoriel et de l'amélioration de la participation du public et du soutien social. Toutes ces activités visent à créer des communautés autonomes, où les individus et les organisations mettent en application leurs compétences et leurs ressources dans des efforts collectifs pour répondre aux priorités de santé et répondre à leurs besoins de santé respectifs. Il est important de noter que l'action communautaire s'appuie sur les forces et les capacités existantes au sein d'une communauté, pour renforcer encore sa résilience. Les modèles, stratégies et exemples de cas d'action communautaire réussie et d'autonomisation documentés par les chercheurs et les praticiens de la promotion de la santé au fil des ans peuvent fournir des orientations aux communautés confrontées au défi de la pandémie de COVID-19* ». (Traduction libre)

L'auteur identifie alors plusieurs leçons pour la promotion de la santé, pouvant être retenues de cette situation de crise.

La **première** est l'élargissement de la compétence de la promotion de la santé aux maladies transmissibles. En effet, le champ d'action de la promotion de la santé s'est souvent concentré sur les maladies non transmissibles, à l'origine des causes de morbidité et de mortalité prématurée. C'est notamment le cas pour la prévention du tabagisme, la lutte contre l'obésité ainsi que la promotion de l'activité physique et le

combat contre la sédentarité. La seule exception a concerné la pandémie de HIV (virus du SIDA). Or, **l'expertise de la promotion de la santé peut largement s'étendre aux maladies infectieuses pour autant qu'elle se concentre davantage sur la recherche interventionnelle et qu'elle cherche à comprendre les processus impliqués dans la mise en œuvre, plutôt que de se limiter sur les résultats et la causalité.**

La **deuxième** leçon est une importance accrue à l'interaction entre l'homme et son environnement dans l'apparition et la gestion des problèmes de santé. L'origine de ce virus et sa rapide transmission ne sont pas sans lien avec un processus de mondialisation qui d'une part a accru la proximité entre le monde animal sauvage et les humains en réduisant leurs espaces de vie et d'autre part a permis une propagation rapide par des niveaux élevés de mobilité (dispersion des foyers d'infection).

Une **troisième** leçon est l'anticipation d'une crise sanitaire. Pour cet auteur, la lutte contre une épidémie nécessite de comprendre le processus actif du virus, son (ou ses) mode(s) de propagation mais aussi les processus de décision et les réactions tant des décideurs que des individus. Il est nécessaire d'agir sur la confiance envers les institutions publiques et sur la mobilisation du capital social pour rendre les populations plus résistantes aux crises sanitaires.

Complémentaire à cette analyse, la crise sanitaire révèle également l'importance et l'accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé qui restent la préoccupation majeure de la promotion de la santé.

L'OMS reconnaît en effet que le virus n'atteint pas les individus de la même manière.

Ainsi, pour certaines personnes au système immunitaire robuste, tels les enfants et les jeunes adultes, le COVID-19 ne semble pas

présenter de dangerosité aussi élevée que pour les personnes âgées.

Certains groupes d'âge ou de santé plus déficiente, plus vulnérables, sont davantage touchés par le COVID-19.

La crise tant sanitaire que socioéconomique qui en découle, affectent particulièrement les familles monoparentales, les personnes âgées ou en situation de pauvreté, les personnes ayant une maladie respiratoire, immunodéprimées ou atteintes de maladies chroniques.

Les conditions associées à la pauvreté accablent directement la santé des personnes, ce qui a pour effet de les rendre plus vulnérables encore à la contamination.

Ces mêmes personnes sont également plus nombreuses à occuper des emplois précaires et à faible revenu (quand elles en bénéficient), requérant souvent un contact humain direct, augmentant leur exposition aux risques.

Elles vivent généralement plus proches les unes des autres et sont plus susceptibles de connaître un surpeuplement.

Comme le précise l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (IUHPE), **il est naïf d'imaginer que le virus a un impact égal à tous les niveaux de désavantage social, qu'il s'agisse d'individus ou de populations.**

Même dans un contexte normal, un nombre non négligeable de ces personnes ne parvient pas à couvrir ses besoins de base. La crise actuelle renforce encore davantage la vulnérabilité de ces personnes : **des mesures pour assurer leur bien-être matériel et psychologique devraient donc être envisagées pour les soutenir dans ce contexte de crise.**

L'objectif prioritaire et immédiat de la gestion de la crise sanitaire reste évidemment le contrôle de la propagation de la maladie. Cela ne doit pas faire oublier la nécessité de

lutter contre les niveaux élevés et croissants de maladies chroniques dans nos sociétés.

Les études épidémiologiques relatives à la mortalité du coronavirus montrent d'ailleurs que la plupart des décès surviennent chez des individus qui souffrent de maladies sous-jacentes telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiaques ou respiratoires.

Or, plus une personne est socialement et économiquement défavorisée, plus elle est susceptible d'être atteinte par ces maladies.

A ces conditions s'ajoute le risque d'une détérioration de la santé mentale, détérioration qui se voit exacerbée par les sentiments d'isolement, de peur et d'insécurité.

Comme le précise le Haut Conseil de la Santé Publique^{vi}, la santé mentale et somatique de ces publics est progressivement fragilisée par leur très grande vulnérabilité et leur précarité.

L'incidence d'altérations de la santé mentale (psychologiques et psychiatriques) est multipliée par six par rapport à la population générale.

Leurs histoires, souvent empreintes de violences, mêlées à des conditions de vie, de logement et d'alimentation très difficiles, concourent à la dégradation progressive de leur santé générale. Celle –ci se manifeste par une incidence élevée d'hypertension artérielle et de maladies cardio-vasculaires, de troubles nutritionnels, d'obésité et de diabète, une santé bucco-dentaire très souvent altérée, parfois de tuberculose.

Face à ce constat, la promotion de la santé doit poursuivre, voire intensifier son investissement proportionné en privilégiant la promotion d'une alimentation saine et la pratique de l'activité physique pour accroître le système immunitaire de tous.

Comme le précisent Calder et al.^{vii}, « *les pratiques de santé publique développées pour limiter la propagation et l'impact des virus respiratoires, comme le lavage des mains, tousser dans son coude, la distanciation et la vaccination -contre certains virus- peuvent être complétées par d'autres stratégies de mode de vie qui renforcent l'immunité, comme la pratique régulière de l'exercice ou l'alimentation saine* ».

La crise sanitaire dévoile également une augmentation des inégalités de genre.

La surreprésentation de la population féminine au sein des professions médicales et paramédicales, mais également aux caisses des supermarchés, les expose à un risque accru d'être contaminées. Par ailleurs, l'impact des mesures prises les affecte particulièrement. L'organisation de la garde des enfants par la fermeture des écoles les contraint parfois à abandonner leur travail ou à cumuler une présence à la maison avec une occupation professionnelle.

La répartition par genre du nombre de cas d'infection montre en effet une surreprésentation de la gente féminine, alors que la mortalité est nettement supérieure chez les hommes.

Une attention toute particulière mérite d'être accordée à nos aînés dans la gestion de cette crise.

La surmortalité des personnes âgées dans les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) ne peut laisser indifférente. Ces espaces de vie qui ont connu une explosion dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle et au début de ce XXI^{ème} siècle, dévoilent un paradoxe dans le contexte de cette crise.

L'objectif premier de protection et de soins dans ces espaces restreints les a souvent exposés par le confinement et la

concentration, à un risque accru de contamination et de décès.

L'inaccessibilité aux structures de soins hospitaliers dénoncée par certains, en raison de leur âge et de leur provenance, symbolise également une forme de discrimination liée à l'âge et non à la fragilité potentielle.

Pour les personnes âgées qui ont été épargnées par le virus, **l'isolement imposé par la distanciation physique** est une épreuve supplémentaire dans leur trajectoire de vie. Beaucoup de témoignages exprimés par ces personnes traduisent le fait que l'isolement social, vécu comme une privation de liberté, est bien plus difficile à vivre que la perspective de laisser le virus emporter leur vie.

Ces éléments confortent l'idée que la gestion de la crise sanitaire et de son impact sur la vie quotidienne ne disparaîtront pas avec l'éradication du virus par le vaccin tant attendu.

Beaucoup de personnes, parmi lesquelles se trouvent les plus fragilisées de notre société, garderont des séquelles plus ou moins sévères de cette crise. Comme le soulignent Williams et al.^{viii}, **la distanciation sociale et l'isolement ont eu des impacts négatifs substantiels sur la santé mentale et le bien-être du public** britannique dans un court laps de temps après la mise en œuvre de ces mesures. Elles affectent de manière disproportionnée les personnes occupant un emploi mal rémunéré ou précaire.

Aux pertes sociales et économiques, s'ajoutent la **perte d'interaction sociale, la perte de revenu, la perte de structure et la perte de routine (conduisant à des «pertes» psychologiques et émotionnelles), la perte de motivation, la perte de sens et la perte de soi.**

Les préoccupations majeures des participants à cette étude étaient la durée

d'incertitude de ces mesures et leur capacité à y faire face à plus long terme.

Comme le souligne Mahase E.^{ix} « bon nombre des conséquences liées au confinement et aux mesures de distanciation sociale et physique qui y sont associées, sont elles-mêmes des facteurs de risque clés pour les problèmes de santé mentale. Ceux-ci incluent le suicide et l'automutilation, l'abus d'alcool et de substances, le jeu, la violence domestique et la maltraitance des enfants et les risques psychosociaux (tels que la déconnexion sociale, le manque de sens ou l'anomie, le piégeage, la cyberintimidation, le sentiment d'un fardeau, le stress financier, le deuil, la perte, chômage, sans-abri et rupture de la relation) ».

Plusieurs auteurs avancent un risque d'augmentation du nombre de stress post-traumatique en addition des conséquences financières et sanitaires de la crise. Pensons notamment aux personnes (dont beaucoup de soignants) qui, tout en ignorant leur statut de porteur du virus, ont contaminé involontairement une (ou des) personne(s) qui leur étai(en)t proche(s). Cette contamination a pu les conduire au décès sans pouvoir leur adresser un dernier au revoir ... Le sentiment de culpabilité, le deuil non résolu et rendu difficile par les conditions d'inhumation, la souffrance de la perte sont autant de facteurs de risque de ce stress post-traumatique.

La surmortalité chez les soignants laissera également des traces dans les familles et dans les équipes soignantes.

Comme le précisent Holmes E.A. et al.^x, « *la plupart des priorités immédiates (en fin de confinement) concerneront la surveillance des populations générales et spécifiques des effets de l'infection par le coronavirus sur la santé, allant des comportements liés à la santé, aux symptômes psychologiques, aux troubles neuropsychiatriques et à la mortalité, y compris, mais sans s'y limiter, au suicide. L'autre priorité immédiate est de rassembler des cohortes pour déterminer les résultats à plus long terme et fournir une ressource pour*

les études d'intervention de nidification et une ressource d'interventions pour surveiller leur efficacité ».

Ces auteurs ont analysé l'impact et les conséquences potentielles d'un ralentissement économique consécutif à une épidémie sur la santé mentale. Celles-ci sont susceptibles d'être graves pour les personnes directement touchées (familles et survivants) et pour leurs soignants.

Comme l'a montré antérieurement l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère en 2003, les résultats détaillent dans l'année qui a suivi la crise sanitaire :

- une augmentation de 30% du suicide chez les personnes âgées de plus de 65 ans ;
- environ 50% des patients guéris restaient anxieux ;
- 29% des travailleurs de la santé ont éprouvé une détresse émotionnelle probable.

L'histoire a montré que les problèmes de santé mentale ne se manifestent que très peu en période de crise, notamment par la mobilisation des ressources et des énergies nécessaires pour trouver les moyens de résister et de lutter contre celle-ci.

C'est par contre lors de la sortie de crise, associée dans le contexte actuel au contrôle de la propagation et de la lutte contre le virus, que s'exprimeront ces manifestations.

N'est-ce pas là un autre secteur d'investissement de la promotion de la santé ? La promotion du lien social et la création d'environnements favorables à l'accueil des personnes en souffrance en est d'ailleurs une stratégie.

L'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la santé (op. cit.) conclut en précisant que « **le coronavirus ne fait pas de distinction entre les riches et les pauvres. Mais, la capacité à laquelle les individus, les communautés et les pays**

peuvent faire face à la pandémie et à ses effets, diffère selon leur position sociale et économique.

Pour éviter d'aggraver les inégalités, cette institution suggère:

- **Premièrement**, à court terme, des soins de santé de haute qualité doivent être garantis pour tous, quelle que soit leur condition sociale et économique.

- **Deuxièmement**, des dispositions généreuses en matière de bien-être doivent garantir un niveau minimal de revenu, de logement et de sécurité alimentaire à ceux qui subissent les effets immédiats de l'épidémie, avec une feuille de route pour le rétablissement d'une sécurité à long terme.

- **Troisièmement**, bien que tous les pays soient à risque, les pertes subies par les pays en voie de développement seront proportionnellement plus importantes en raison des pressions existantes sur leurs systèmes de santé et économiques. Les pays à revenu élevé doivent faciliter et déployer des ressources pour minimiser les pertes catastrophiques au sein de ces pays.

- **Quatrièmement**, la collaboration et la coordination sont essentielles entre les experts de la lutte contre les maladies pour produire les meilleures recommandations possibles, qui devraient être continuellement révisées à mesure que de nouvelles informations sont révélées par ce virus unique. Un leadership mondial sera essentiel pour y parvenir, avec un accent particulier à destination des populations difficiles à atteindre et les plus défavorisées.

- **Cinquièmement**, des messages communs de promotion de la santé et de prévention des maladies devraient être élaborés et diffusés en utilisant les canaux de distribution les plus étendus et les plus appropriés en se basant sur les connaissances les plus récentes en ce qui concerne les conditions de transmission, de prévention et de rétablissement des maladies.

- **Sixièmement**, l'impact des inégalités sociales, économiques et sanitaires existantes doit être pris en compte dans toute réponse mondiale, nationale ou locale à la crise sanitaire. » (traduction libre)

Comme le souligne Laurent Chambaud^{xi}, professeur de santé publique à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), « *nous ne sortirons pas de cette crise comme nous y sommes entrés. Cela vaut pour tous les secteurs de notre société. Nous aurons des choix à faire sur nos modèles de développement économique, sur nos priorités, sur les modes de coopération ou d'isolement entre pays et, bien évidemment, sur l'attention que nous portons à la santé et à ses menaces. La santé publique couvre un champ de connaissances qui ne se résume pas à l'épidémiologie. C'est une manière globale de promouvoir et de protéger la santé au niveau des populations, des communautés. Nous aurons aussi besoin d'entrer dans un véritable dialogue avec les décideurs, sans attendre une nouvelle crise mondiale* ».

En conclusion, les leçons de cette pandémie rappellent encore une fois la nécessité d'investir dans la prévention et la promotion de la santé pour lutter contre les inégalités de santé.

La responsabilité de lutte contre le virus n'est pas qu'une responsabilité individuelle. Elle est aussi une responsabilité politique et sociétale.

Les solutions pour résoudre les problèmes de disparités de santé se situent également au-delà, ou plutôt en amont, afin d'agir sur leurs conditions d'apparition.

Il est essentiel que les systèmes de protection sociale soient solides et bien financés. Un soutien à l'emploi et au revenu doit être fourni pour faire face aux coûts supplémentaires et aux conséquences des maladies et des problèmes de santé.

Investir dans ces stratégies, c'est investir dans les personnes, dans la résilience, la

solidarité et finalement dans la santé et le bien-être de notre société.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VAN DEN BROUCKE, Stephan. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health promotion international*, 2020. (à paraître)

ⁱⁱ GATTO, Marino, BERTUZZO, Enrico, MARI, Lorenzo, et al. SPREAD DYNAMICS OF THE COVID-19 EPIDEMIC IN ITALY: EFFECTS OF EMERGENCY CONTAINMENT MEASURES, Actes de l'Académie des Sciences américaines

ⁱⁱⁱ LEUNG, Nancy HL, CHU, Daniel KW, SHIU, Eunice YC, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nature Medicine*, 2020, p. 1-5.

^{iv} LIANG, Mingming, GAO, Liang, CHENG, Ce, et al. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*, 2020.

^v GREENHALGH, Trisha, SCHMID, Manuel B., CZYPIONKA, Thomas, et al. Face masks for the public during the covid-19 crisis. *BMJ*, 2020, vol. 369.

^{vi} Haut Conseil de la Santé Publique, Avis relatif à la prise en charge de personnes en situation de précarité dans le contexte de l'épidémie COVID-19 et de la prolongation du confinement, 30 mars 2020, 13 p.

^{vii} CALDER, Philip C., CARR, Anitra C., GOMBART, Adrian F., et al. Optimal nutritional status for a well-functioning immune system is an important factor to protect against viral infections. *Nutrients*, 2020, vol. 12, no 4, p. 1181.

^{viii} WILLIAMS, Simon N., ARMITAGE, Christopher J., TAMPE, Tova, et al. Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study. *medRxiv*, 2020.

^{ix} MAHASE, Elisabeth. Covid-19: Mental health consequences of pandemic need urgent research, paper advises. 2020.

^x HOLMES, Emily A., O'CONNOR, Rory C., PERRY, V. Hugh, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 2020.

^{xi} Chambaud, Laurent. Repenser fondamentalement le concept en santé publique, in *The Conversation*, avril 2020